

MANUAL TÉCNICO PARA O CUIDADO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

INSTITUTO DE PESQUISA E APOIO AO DESENVOLVIMENTO SOCIAL
PROJETO CIDADANIA JOVEM

1ª Edição - 2019



MANUAL TÉCNICO PARA O CUIDADO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELO MANUAL

Elizete Prescinotti Andrade

Juliana Pasti Villalba

Líli Freire Rodrigues de Souza Li

Ficha Catalográfica

SOUZA LI, Líli Freire Rodrigues; ANDRADE, Elizete Prescinotti; VILLALBA, Juliana Pasti

Manual Técnico para o Cuidado à Saúde do Adolescente na Atenção Básica/ Líli Freire Rodrigues de Souza Li/ Elizete Prescinotti Andrade/Juliana Pasti Villalba. Campinas, SP. IPADS 2019.

156p.

1. Saúde do Adolescente. 2. Atenção Básica. 3. Atenção Integral. 4. IPADS. 5. BAYER. 6. CONASEMS.

ISBN: 978-65-80223-06-0

PP-MIR-BR-0103-1
Dezembro/2019

EQUIPE RESPONSÁVEL PELO PROJETO

Núcleo de Gestão

Coordenação Geral:
Carmen Lavras

Apoio Técnico:
Maria José C. N de Sá
Giulia Picchi

Assessoria administrativa

Domenico Feliciello

Assessoria jurídica

Maria Teresa P. M. Porto

Avaliação

Thiago L. Trapé

Núcleo de Educação

Maria Helena Nogueira de Sá
Maria Helena Pereira Dias
Cláudia Chebabi

Núcleo de Saúde

Bruno Ferrari Emerich
Gustavo Bonin Gava
Juliana Pasti Villalba
Líli Freire Rodrigues de Souza Li
Elizete Prescinotti Andrade

Núcleo de Comunicação

Adriana Chebabi Andrade
Lenir Brizzi
Marcus Vinicius Pasini Ozores

ÍNDICE

Apresentação IPADS	9
Apresentação BAYER	10
Apresentação CONASEMS	11
CONCEITUANDO E CONTEXTUALIZANDO A ADOLESCÊNCIA	15
1.1 Aspectos físicos, psicológicos e sociais	16
1.2 Desenvolvimento sexual	18
1.3 Critérios para definir o final da adolescência	18
QUESTÕES IMPORTANTES NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA PARA O CUIDADO EM SAÚDE DE ADOLESCENTE	23
2.1 Conhecimento do território e respeito à sua singularidade	23
2.2 Competências da rede de atenção básica para o cuidado a adolescentes.....	24
2.3 A Unidade Básica de Saúde	26
2.3.1 Ambiência	27
2.3.2 Perfil da equipe de saúde	27
NECESSIDADES DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES NO BRASIL	31
3.1 Situações de risco inerentes à adolescência.....	32
3.2 Cenário atual	32
3.3 A consulta do adolescente.....	33
3.3.1 Aspectos éticos e legais	33
3.4 Situações com garantia de sigilo	35
3.5 Situações com quebra de sigilo	36
3.6 Avaliação de risco	36
3.7 Intervenção breve	41
3.7.1 Adolescentes que não usam SPA.....	43
3.7.2 Adolescentes que não usam drogas, mas que têm amigos que usam.....	43
3.7.3 Adolescentes que já bebem ou usam drogas	44
3.8 Exame físico.....	44
3.9 Primeira consulta	46
3.10 Retornos.....	46

3.11 Hipóteses diagnósticas	46
3.12 Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	48
3.12.1 Puberdade	48
3.12.1.1 Puberdade feminina	48
3.12.1.2 Puberdade masculina	49
3.12.2 Estirão do crescimento	50
3.12.3 Desenvolvimento do tecido adiposo	51
3.12.4 Desenvolvimento do tecido muscular	51
3.12.5 Saúde nutricional	51
3.12.5.1 Avaliação nutricional do adolescente.....	52
3.12.5.2 Obesidade.....	52
3.12.5.3 Transtornos alimentares.....	53
3.12.5.4 Saúde bucal do adolescente	55
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	59
4.1 Orientações básicas para promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.....	59
4.1.1 Divulgação	59
4.1.2 Parcerias.....	61
4.1.3 Características da Unidade de Saúde	62
4.1.4 Equipe para atender adolescentes.....	62
4.1.5 Tipos de atendimentos	63
4.2 Anticoncepção e planejamento familiar	68
ATENÇÃO INTEGRAL AO ADOLESCENTE EM SAÚDE MENTAL E USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	79
5.1 Depressão	79
5.2. Autoagressão não suicida	80
5.3 Suicídio	80
5.4 Uso de mídias: influência e abuso	83
5.5 Violência	84
5.5.1 Violência contra a mulher adolescente	85
5.5.2 Experiências adversas na infância.....	86
5.5.3 Bullying e Cyberbullying.....	86
5.6 Uso de substâncias psicoativas	87

5.6.1 Álcool.....	88
5.6.2 Cigarro	89
5.6.3 Maconha.....	89

REFERÊNCIAS

93

ANEXOS.....

101

Anexo 1 – Grupos vulneráveis

102

Anexo 2 – Profissionais e formas de atendimento.....

104

Anexo 3 – Instrumentos de gestão do cuidado

107

Anexo 4 – Acolhimento

108

Anexo 5 – Imunização.....

110

Anexo 6 – Métodos contraceptivos ofertados pelo SUS.....

111

Anexo 7 – Anamnese

113

Anexo 8 – Intervenção breve

120

Anexo 9 – Exame físico

124

Anexo 10 – Aspectos éticos e legais

131

Anexo 11 – Cronograma de consultas

132

Anexo 12 – Plano de cuidado

133

Anexo 13 – Atividades educativas: temas importantes a serem abordados

134

Anexo 14 – Sugestão de modelo de ficha de consulta do adolescente.....

141

Anexo 15 – Quadro síntese: o cuidado à saúde do adolescente na atenção básica

144



Apresentação IPADS

O presente Manual elaborado no âmbito do “Projeto Promoção da Saúde de Adolescentes – Cidadania Jovem” desenvolvido através da parceria estabelecida entre o Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS) e a Indústria Farmacêutica BAYER, com apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), cumpre com o propósito de contribuir com a qualificação do cuidado em saúde ofertado aos adolescentes, nas Unidades Básicas de Saúde existentes em todo o país, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse “Manual Técnico para o Cuidado à Saúde do Adolescente na Atenção Básica” foi construído na perspectiva de constituir-se em referência para os profissionais de saúde que atuam nas UBS, necessitando, para tanto, ser discutido e apropriado pelos profissionais, respeitando a diversidade de conformação dessas unidades no país.

O documento busca, inicialmente, conceituar e melhor contextualizar essa faixa etária, muitas vezes pouco perceptível aos serviços de saúde, e destaca a importância da organização do serviço na melhoria do cuidado a ser ofertado. Na sequência, destacam-se as principais necessidades de saúde dos adolescentes e, frente a elas, apresentam-se de forma bem sistematizada: os aspectos que devem ser valorizados no atendimento aos indivíduos dessa faixa etária; as principais questões de saúde relacionadas ao crescimento e desenvolvimento aí presentes; as principais questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva comuns nessa faixa etária, bem como as relacionadas à saúde mental e ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Cabe ainda destacar a apresentação como Anexos de um conjunto de instrumentos construídos no sentido de favorecer a utilização e a incorporação de tudo que foi apresentado às práticas dos profissionais das UBS.

Na produção desse Manual buscou-se respeitar as diretrizes e recomendações contidas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), bem como nos documentos oficiais do Ministério da Saúde.

Entendendo tratar-se de um instrumento de gestão do cuidado, que deva ser adaptado a cada realidade e periodicamente atualizado, esperamos que possa efetivamente contribuir com os profissionais do SUS envolvidos na oferta de cuidados aos adolescentes no país.

Carmen Lavras



Apresentação BAYER

O “Projeto Promoção da Saúde de Adolescentes – Cidadania Jovem”, parceria entre a BAYER e o Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS), com apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), é um projeto de grande responsabilidade social que visa promover o conhecimento de adolescentes sobre aspectos sociais, ambientais e direito à saúde, e capacitar profissionais a proporcionarem acolhimento e atendimento centrado neste público.

Desta forma, a empresa contribui para uma transformação na saúde do adolescente e aprimoramento dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), adequando-os às necessidades específicas de adolescentes e respeitando suas características. Além de proporcionar informações de qualidade sobre diferentes aspectos, incluindo o Planejamento Familiar, tema de grande importância para esta fase crucial e determinante da vida.

O material tem o objetivo de transformar a saúde dos adolescentes dos municípios do Brasil, fomentando um Plano de Ação de Promoção da Saúde na Atenção Básica direcionado a este público.

Boa leitura!



Apresentação CONASEMS

O “Projeto Promoção da Saúde de Adolescentes – Cidadania Jovem” desenvolvido através de uma parceria entre o Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS) e a Indústria Farmacêutica BAYER, foi apoiado pelo CONASEMS que acreditou no seu potencial para contribuir com a melhoria da atenção à saúde dos adolescentes no SUS.

Nesse sentido, é com satisfação que apresentamos essa publicação intitulada “Manual Técnico para o Cuidado à Saúde do Adolescente na Atenção Básica” como um dos produtos desse Projeto.

Este Manual deve ser visto como um guia para os profissionais que cotidianamente constroem o SUS nesse imenso e diversificado país.

CAPÍTULO

1

CONCEITUANDO E CONTEXTUALIZANDO A ADOLESCÊNCIA

Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta e é uma etapa crucial da vida, com profundas mudanças físicas, emocionais, comportamentais e sociais. As mudanças biológicas levam o indivíduo a procurar novos padrões de comportamento e uma nova identidade para o corpo em transformação. Estas mudanças estão intimamente relacionadas a fatores socioeconômicos e às normas e valores culturais, e resulta em busca por uma nova identidade e novas interações nas relações do adolescente com sua família e amigos. É comum nessa fase a formação de grupo de pares e o afastamento progressivo dos pais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera adolescentes indivíduos entre 10 e 19 anos de idade, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Brasil considera a idade entre 12 e 18 anos¹.

No Brasil, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) há 34.157.631 adolescentes entre 10-19 anos, dos quais 50,4% homens e 49,5% mulheres, destes 17.166.761 entre 10-14 anos e 16.990.870 entre 15-19 anos. A população adolescente corresponde a 18% da população nacional. Assim, trata-se de um grupo com grande expressividade populacional.

A adolescência é uma fase de grandes transformações. O desenvolvi-

¹ A Organização Mundial da Saúde circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). A lei brasileira considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos (BRASIL, 2007).

mento durante a adolescência consiste em um processo complexo, nos quais aspectos físicos, cognitivos, emocionais e psicossociais se desenvolvem de maneira dessincronizada, de intensidade variável em cada indivíduo e cultura. Objetiva-se que tal desenvolvimento culmine no ganho de independência, autonomia e formação de uma identidade sólida e segura.

No campo neurobiológico observa-se que o cérebro continua sua maturação com podas de neurônios e de sinapses e aumento da substância branca que envolve as sinapses aumentando a eficiência na transmissão de mensagens. Nessa fase, as porções posteriores e mediais do cérebro que são responsáveis pela busca de prazer e gratificações e impulsos já se encontram bem desenvolvidas, entretanto, as porções frontais como o lobo pré-frontal que é responsável pelo controle das emoções e dos impulsos não, e estas porções só vão terminar sua maturação em torno de 24 anos. A delimitação final da adolescência, tanto na teoria como na prática, não permite critérios rígidos, porém para fins didáticos, a adolescência é dividida em 3 fases:

Puberdade (10-14 anos): que se inicia com as transformações corporais e alterações psíquicas derivadas destes acontecimentos.

Adolescência propriamente dita (14-17 anos): em que o elemento central são as questões relacionadas à sexualidade, em especial a passagem da bissexualidade infantil para a sexualidade adulta.

Juventude (17-20 anos): onde há o estabelecimento de novos vínculos com os pais, a questão profissional, a aceitação do novo corpo e dos processos psíquicos do mundo adulto.

1.1 Aspectos físicos, psicológicos e sociais

A origem da palavra “adolescente” vem do latim *adulescere*, que significa crescer, desenvolver, aumentar, tornar-se maior.

Apesar da sua etimologia, o conceito de adolescência engloba não só as transformações físicas, mas também as psicológicas, familiares e sociais.

A puberdade marca o início da adolescência, com transformações corporais marcantes que incluem: estirão puberal, desenvolvimento de caracteres sexuais, aumento de pilificação, mudança de composição corporal, mudança de voz, aparecimento de acne e tecido mamário.

As transformações psicológicas neste período estão relacionadas com as mudanças corporais e só são possíveis quando se elabora lenta e dolorosamente os lutos: o luto pelo corpo de criança, pela identidade infantil e

pela relação com os pais da infância. O adolescente vai se modificando lentamente e nenhuma pressa interna ou externa favorece esse processo, pois como toda elaboração, exige tempo.

Luto pelo corpo infantil

As mudanças corporais são inevitáveis na vida de todas as crianças e não há como controlar esse processo. Mesmo que a criança não queira crescer ela terá que elaborar o luto pelo corpo de criança e aceitar as transformações físicas.

Luto pela identidade infantil

Aliada às mudanças físicas, o comportamento que é esperado para o adolescente também é outro, e os comportamentos infantis não são mais aceitos. Isso faz com que o adolescente tenha que abrir mão de atitudes infantis que lhe servia, mas que agora são inaceitáveis.

Luto pelos pais da infância

As relações das crianças com seus pais são marcadas por intenso contato físico; beijos, abraços e colos são atitudes comuns. Entretanto, com as mudanças corporais e hormonais da puberdade, as relações se tornam sexualizadas e os contatos físicos entre pais e filhos geram desconforto no adolescente e há um distanciamento entre eles. Além disso, a mudança corporal está associada à mudança da sua imagem que muda também a sua identidade e leva o adolescente a questionar os valores de seus pais, gerando mudança nesse relacionamento. O adolescente precisa, então, adquirir uma ideologia que lhe permita sua adaptação ao mundo e/ou sua ação sobre ele para mudá-lo. Por tudo isso, a adolescência é um período confuso, de contradições, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricções com o meio familiar e social.

Crise parental

Aliado ao processo de luto pelo qual o adolescente está passando, há a crise parental, pois a entrada de seus filhos na adolescência coincide com os pais sentirem os primeiros sinais de declínio físico, sexual e mental. Isso leva os pais a uma revisão de valores e de aspectos importantes da vida, como a sexualidade, as relações afetivas. Deve-se levar em conta o outro lado do problema: a ambivalência e a resistência dos pais em aceitar o processo de crescimento de seus filhos que podem estar associadas à maior dificuldade na adolescência. A incompreensão e rejeição muitas vezes são mascaradas pela excessiva liberdade que pode ser sentida pelo filho adolescente como abandono.

Ao considerar os aspectos sociais, o adolescente procura uma nova posição na sociedade, e a maneira como a família lida com as questões do adolescente facilita ou não sua adaptação social. Quanto maior a resistência da família em aceitar as mudanças, maiores serão os conflitos na vida desse adolescente.

Estresse e traumas durante a infância vão repercutir na saúde física, mental e social do indivíduo adulto. Ações integradas na adolescência que buscam acompanhar continuamente o cidadão, dando suporte à sua saúde física, mental e aos aspectos sociais, permitem o pleno desenvolvimento de seu potencial e, nesse sentido, são fundamentais para sua inserção na sociedade.

1.2 Desenvolvimento sexual

O desenvolvimento sexual na adolescência é dividido em desenvolvimento sexual puberal, da adolescência média e da juventude.

O desenvolvimento sexual na adolescência se inicia com o desenvolvimento puberal, e o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, levando o indivíduo ao processo de autoconhecimento e autoerotismo com a masturbação.

Na fase adolescência média o comportamento sexual do adolescente é centrado em si mesmo, com pouca disponibilidade de interação com o outro e com relações predominantemente casuais.

Já na fase da juventude surge um comportamento sexual diferenciado, mais expressivo, com relações íntimas e com maior capacidade de troca, de dar e receber afetividade.

1.3 Critérios para definir o final da adolescência

Consideram-se ao menos 4 critérios para afirmar que o indivíduo passou da adolescência para a vida adulta: estabelecer uma identidade estável; aceitar sua sexualidade e se ajustar ao papel sexual adulto; tornar-se independente dos pais (pelo menos emocionalmente) e fazer a escolha de uma carreira ou encontrar uma vocação. Os achados da neurociência, demonstrando que o cérebro só alcança a maturação por volta dos 24 anos, têm levado a um questionamento se a adolescência não deve ser estendida até essa idade. Na prática, devido à maior complexidade do mundo atual,

o período de estudos e aprimoramento profissional se tornou maior para os jovens, e a independência financeira e os relacionamentos mais duradouros têm ocorrido mais tarde.

CAPÍTULO

2

QUESTÕES IMPORTANTES NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA PARA O CUIDADO EM SAÚDE DE ADOLESCENTE

Os serviços de Atenção Básica (AB) devem garantir o acesso de adolescentes a ações de promoção à saúde, prevenção, atenção aos agravos e doenças, bem como reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, é necessário que o atendimento seja centrado no paciente e ainda: adequar os serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes, respeitando as características da atenção local vigente, considerar os recursos humanos e materiais disponíveis; respeitar as características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local; estimular a participação ativa de adolescentes nas ações de prevenção e promoção à saúde.

2.1 Conhecimento do território e respeito à sua singularidade

A **territorialização** já é historicamente reconhecida e consolidada, no SUS, como a mais potente forma de adscrição de clientela², pois possibilita

² A adscrição de clientela, entendida como processo de identificação e registro da população na UBS, pode ser realizada mediante diferentes critérios. Outras formas de adscrição de clientela podem ser utilizadas de modo complementar à territorialização, buscando não se restringir apenas a relação do usuário com o território enquanto local de moradia ou trabalho, mas identificando aqueles que, efetivamente, utilizam a unidade. Através da adscrição de clientela é possível estabelecer as reais necessidades de saúde de uma população segundo seus riscos característicos, implementar, monitorar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e prover o cuidado para os cidadãos no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências. A adscrição de clientela não tem o mesmo significado na acepção da palavra territorialização. Adscrição de usuários/pacientes pode ser feita a partir da definição de território e, conseqüentemente, com a população que ali vive, mas também pode ser estabelecida a partir de outros arranjos, conforme vulnerabilidades, risco e dinâmica comunitária, ou busca pelo serviço, de acordo com as especificidades de cada local (LAVRAS et al., 2018).

a apropriação do território pelos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) e reconhece toda a população ali existente como usuária do serviço.

A **apropriação do território** pela unidade de saúde coloca-se como pré-requisito para a organização da oferta do cuidado em saúde, independentemente da modalidade de atenção básica adotada, possibilitando a identificação de necessidades de saúde, recursos existentes e de problemas a serem enfrentados. As ações da UBS devem ser programadas a partir de sua base territorial, organizando-a em relação aos outros pontos de atenção da rede de saúde.

A partir da demarcação de territórios, as estratégias de organização da AB passam a traduzir no planejamento e execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, bem como prevenindo riscos, agravos e reduzindo vulnerabilidades, intervindo positivamente sobre os determinantes e condicionantes da saúde, para a atuação das equipes de saúde.

Reconhecer os adolescentes como indivíduos pertencentes a um grupo social vinculado a um território contribui para o conhecimento de suas necessidades, bem como para a constituição de vínculos e intervenções mais adequadas e responsáveis.

Sendo assim, destacam-se como elementos essenciais para o cuidado à saúde do adolescente na UBS: a investigação das necessidades de adolescentes do território; o desenho específico de atividades voltadas para esse grupo; o desenvolvimento de tecnologias materiais e relacionais adequadas a elas; e o incentivo à participação de adolescentes nos rumos de seu próprio cuidado e de sua comunidade.

2.2 Competências da rede de atenção básica para o cuidado a adolescentes

O documento técnico “Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2013, aponta como competências da rede de atenção básica para o cuidado a adolescentes:

- *Participar e/ou desenvolver ações de promoção de saúde nos territórios, articulando e potencializando os diversos espaços e equipamentos comunitários, especialmente a escola*

- *Articular canais junto à população adolescente que facilitem a sua expressão e o reconhecimento de suas potencialidades por meio de atividades artísticas, esportivas e culturais, rádio ou jornal comunitário, campeonatos, gincanas, grupos de voluntários, palanque da cidadania, olimpíadas desportivas ou intelectuais*
- *Articular ações intra e intersetoriais, fortalecendo uma intervenção mais coletiva, capaz de promover o desenvolvimento saudável de adolescentes e favorecer ambientes protetores*
- *Participar e/ou desenvolver ações de incentivo à participação juvenil, fortalecendo o protagonismo juvenil, identificando e valorizando lideranças estudantis e juvenis da comunidade para participarem na solução de problemas que impactam efetivamente a saúde pública, no âmbito de suas comunidades, e na promoção da educação em saúde entre pares para uma melhor qualidade de vida*
- *Articular parcerias e desenvolver ações de educação em saúde que valorizem a alimentação saudável, a prática de atividades de lazer, de esportes e culturais, favorecendo hábitos saudáveis*
- *Articular parcerias e promover, junto às famílias, atividades de educação e saúde relacionadas ao crescimento e desenvolvimento de adolescentes, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, à prevenção de violências e acidentes, à promoção da cultura de paz, à redução do uso abusivo de álcool e outras drogas, dando ênfase ao diálogo familiar como estratégia fundamental na melhoria das relações afetivas entre pais, responsáveis e filhos, e favorecendo comportamentos, hábitos e ambientes seguros e saudáveis para adolescentes*
- *Realizar a vigilância à saúde no desenvolvimento de adolescentes e jovens, identificando fatores de risco e de proteção às doenças e agravos, identificando as desarmonias do crescimento, os distúrbios nutricionais e comportamentais, as incapacidades funcionais, as doenças crônicas e a cobertura vacinal, o uso abusivo de álcool e outras drogas e a exposição às violências e aos acidentes, encaminhando o adolescente, quando necessário, para os serviços de referência e para a rede de proteção social*
- *Desenvolver ações educativas relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva baseadas nas demandas e necessidades trazidas pelos adolescentes, criando ambientes participativos de discussões em grupo que favoreçam o exercício das relações afetivas e fortaleçam o autoco-*

nhecimento, o autocuidado e o cuidado com o outro para tomadas de decisões esclarecidas e responsáveis

- *Articular parcerias e desenvolver estratégias sistemáticas de busca ativa de adolescentes grávidas no território acolhendo-as e realizando atendimento pré-natal considerando as especificidades e necessidades deste grupo etário, envolvendo os parceiros e os familiares no atendimento*
- *Articular estratégias no território, em redes intra e intersetorial, para o desenvolvimento de ambientes protetores às adolescentes grávidas, mães e pais adolescentes, na garantia da sua permanência na escola, do acesso à profissionalização e ao primeiro emprego e do fortalecimento dos laços familiares*
- *Identificar, no território, os adolescentes em situação de vulnerabilidade social e pessoal, articulando as políticas sociais básicas e a sociedade para uma ampla intervenção que favoreça a melhoria da qualidade de vida e promova ações de apoio, inclusão social, proteção e garantia de direitos*
- *Construir espaços para troca de experiências, atualizações e estudos entre os profissionais, incluindo a intervenção e supervisão dos casos* (BRASIL, 2013, p.10)

2.3 A Unidade Básica de Saúde

A UBS como porta de entrada preferencial para o atendimento e acompanhamento em saúde, pode captar os adolescentes através de ações/atividades estratégicas desenvolvidas, tanto no interior da unidade (como por ex. presença espontânea do adolescente nas diversas ações já desenvolvidas; presença de seus pais na unidade de saúde, acolhimento com avaliação de risco e intervenção breve em todas as oportunidades) quanto pela busca ativa nas visitas domiciliares e na integração escola/unidade de saúde/comunidade, de acordo com os diferentes modelos de organização dos serviços de saúde e das distintas realidades territoriais. É importante atentar-se às situações de vulnerabilidade, tais como: adolescentes envolvidos com exploração sexual, envolvidos com violência, egressos de atividades laborais de risco, moradores de rua, institucionalizados, adolescentes vivendo com HIV, dentre outros.

2.3.1 Ambiência

Ao chegar à Unidade de Saúde o adolescente deverá sentir que tem um espaço próprio, no qual seus problemas e suas experiências de vida sejam acolhidos, a partir do estabelecimento de vínculo, empatia, compreensão e respeito.

É importante criar ou adaptar ambientes onde adolescentes, de ambos os sexos, se sintam mais à vontade, e, sempre que possível, podem ser destinados turnos específicos de atendimento. De acordo com a realidade de cada local, esse ambiente poderá contar com vídeos, jogos, murais, painéis de mensagens, notícias e informações, música, cartazes, revistas, livros, dentre outros. Os consultórios devem permitir a necessária privacidade.

2.3.2 Perfil da equipe de saúde

Devem ser ressaltadas, como importantes, algumas características ao profissional de saúde para a atenção a adolescentes:

- Estar disponível para atender o adolescente e sua família sem autoritarismos
- Estar atento ao adolescente e ter capacidade de formular perguntas que auxiliem a conversação, buscando compreender sua perspectiva
- Não ser preconceituoso, evitando fazer julgamentos, especialmente no que diz respeito à abordagem de determinadas temáticas como sexualidade e uso de drogas
- Buscar, de forma contínua, atualização técnica na área específica de atuação profissional

CAPÍTULO

3

NECESSIDADES DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES NO BRASIL

Determinantes sociais de saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Estas condições ou circunstâncias são moldadas pela família, comunidade e pela distribuição de renda, poder e recursos a nível global, nacional e local, onde são afetados por escolhas políticas em cada um desses níveis. Contextos biológico, comportamental, social e econômico atuam na genética do indivíduo e moldam os determinantes sociais, resultando em diferentes trajetórias do indivíduo que podem ser de saúde e resiliência ou de riscos e doenças. É na adolescência que o indivíduo provavelmente iniciará a sua atividade sexual, será exposto a drogas lícitas e ilícitas e terá um risco aumentado de sofrer violência e transtornos mentais. No Brasil, o início da atividade sexual ocorre aos 13,9 anos nos meninos e 14,1 anos nas meninas. A experimentação de álcool e drogas ocorre precocemente na adolescência, sendo que o pico de início de uso é entre 14-15 anos. A Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PENSE, 2015) mostrou que 55% dos escolares dos 9 anos do ensino fundamental já experimentaram bebida alcóolica, e 21,4% referem-se a pelo menos um episódio de embriaguez e 9,0% já usaram drogas ilícitas tais como maconha, cocaína, crack, cola, lança-perfume, ecstasy, oxy. Estes dados reforçam a importância de o pediatra e outros profissionais de saúde realizarem uma história psicossocial do adolescente.

Além da consulta de rotina, há diversas situações que o adolescente vai à unidade de saúde: para resolver queixas agudas, para pegar medicação,

para tomar vacina, para avaliação odontológica, para participar de grupos. Toda a equipe de saúde deve enxergar essas situações como oportunidades de acolhimento do adolescente e seus familiares. Portanto, entender os diferentes fluxos de atendimento e criar procedimentos de triagem de risco do adolescente dentro desses fluxos é estratégico. É importante manter uma atitude proativa em relação a criar vínculo e se avaliar risco dos pacientes adolescentes, visando a promoção de cuidado e saúde e a prevenção de riscos.

Para melhor atendimento do adolescente há necessidade de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. O atendimento deve ser baseado no tripé: direitos, deveres e responsabilidade, dando autonomia para o adolescente, valorizando-o e estimulando a sua autoestima.

3.1 Situações de risco inerentes à adolescência

Diversos são os fatores que levam o adolescente à unidade básica de saúde: doenças crônicas, queixas agudas, vacinação, menstruação, desenvolvimento psicossocial, questões nutricionais, problemas dentários, ortopédicos, oculares, gravidez, acidentes, violência e abuso sexual, depressão.

Possíveis trajetórias na adolescência estão intimamente relacionadas às vivências e aos aprendizados ocorridos na infância, e os comportamentos de risco geralmente estão associados a:

- Uso de droga, álcool e tabaco
- Atividade sexual de risco
- Conduta propensa a acidentes (imprudência)

A maior mortalidade no Brasil é no sexo masculino, entre 15 e 19 anos, e está associada a:

- Homicídio
- Acidentes de trânsito
- Suicídio

3.2 Cenário atual

Mais de 3000 adolescentes morrem por dia no mundo por causas evitáveis. A causa mais comum de morbidade e mortalidade na adolescência são as causas externas, associadas a acidentes de trânsito, homicídio e suicídio.

No Brasil, o homicídio corresponde a 56,5% da causa de óbito de homens e 14,1% das mulheres entre 15 a 19 anos. Segundo o Atlas da violência de 2018, a taxa de homicídio no Brasil é 30 vezes maior que a da Europa, e é crescente, atingindo 62.517 homicídios em 2016. Destes, 54% foram de jovens entre 15 e 24 anos com uma taxa de homicídio por 100 mil habitantes de 142,7, ou uma taxa de 280,6, se considerarmos apenas a subpopulação de homens jovens, e essas taxas aumentaram 14% nos últimos 10 anos, com 65,5 jovens por 1.000 assassinados, sendo os piores cenários nos Estados do nordeste (Sergipe 142,7) e norte (Amapá 101,2). As desigualdades das mortes violentas por raça/cor ficam evidentes na estatística, com taxas crescentes de homicídio de homens negros, sendo 2,5 vezes maior do que não negros e com um aumento de 23% em 10 anos, o que implica dizer que 71,5% das pessoas que são assassinadas a cada ano no país são pretas ou pardas.

Apesar da taxa de homicídio ser maior entre os homens, a taxa de violência é maior nas mulheres jovens, com aumento importante nos últimos 10 anos, principalmente para as mulheres negras e pardas. A taxa de homicídio das mulheres negras cresceu 15,4% em 10 anos. Em 2016 ocorreram 49.497 estupros, e 68% dos registros, no sistema de saúde, referem-se a estupro de menores, e quase um terço dos agressores das crianças e adolescentes (até 13 anos) eram amigos e conhecidos da vítima e outros 30% eram familiares mais próximos como pais, mães, padrastos e irmãos. Estima-se que a violência sexual seja subnotificada e que 2,42% das mulheres foram vítimas de violência sexual nos últimos 12 meses.

A “juventude perdida” é um problema crucial no desenvolvimento social do nosso país. Cabe a toda a sociedade cuidar dos adolescentes, reduzindo riscos, oferecendo supervisão e orientação. O profissional de saúde tem papel importante na prevenção de riscos do adolescente. Estudos mostram que quando o profissional da saúde gasta 2 a 3 minutos da consulta falando sobre riscos, esse adolescente estará protegido de riscos por 3 a 6 meses.

3.3 A consulta do adolescente

3.3.1 Aspectos éticos e legais

Para o profissional de saúde, os dois primeiros minutos da consulta com o adolescente são cruciais para se estabelecer o diálogo com o paciente e iniciar o vínculo. As mudanças cerebrais na adolescência são relacionadas a uma maior dificuldade de comunicação, tomada de decisões e há maior

percepção de ameaça. Comunicação efetiva pode ser aprendida, resultando em melhor acompanhamento do paciente, maior adesão ao tratamento e qualificação de sua saúde em geral. O adolescente tem em média metade do vocabulário de um adulto de 30 anos de idade e tem dificuldade em discutir emoções. Cabe ao profissional de saúde cuidar de como se comunica com o paciente, agindo de forma espontânea e amigável. Deve se apresentar e perguntar como o adolescente gostaria de ser chamado. Isso é importante, pois mostra a preocupação do profissional com o indivíduo. Usar o título de doutor muitas vezes pode reforçar o desequilíbrio de poder na relação e contribuir para dificultar a comunicação. Posicione o adolescente em um lugar que facilite a conversa, e mostre interesse nele gastando algum tempo conhecendo-o, antes de focar nos problemas clínicos. Faça perguntas ao adolescente e se precisar ouvir os pais, peça permissão.

A consulta do adolescente tem várias particularidades. Diferentemente da criança em que a consulta é feita toda na presença dos cuidadores responsáveis, em algum momento da consulta o adolescente tem direito à privacidade, ou seja, ser atendido sozinho em espaço privado. O profissional de saúde, especialmente o médico, deve procurar criar um ambiente acolhedor, centrado no paciente, respeitando a sua autonomia e privacidade para melhorar o vínculo. Nesse período, ele também tem direito à confidencialidade, e tudo o que for conversado durante a consulta só será dito aos pais ou responsáveis se consentido pelo adolescente.

O código de ética médica em seu artigo 74 trata especificamente da relação do médico com seus pacientes adolescentes:

Art. 74. É vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Esse artigo, além de abordar o sigilo médico, trata também do princípio da autonomia, a doutrina do menor maduro e o respeito ao pudor, ou seja, em cada consulta o médico deve avaliar o quanto aquele adolescente tem capacidade de autocuidado para decidir o quanto de autonomia ele apresenta e o quanto da participação dos pais ou responsáveis legais ele precisa, para o encaminhamento e a resolução do problema. A autonomia é um

processo que se inicia por volta dos 10 anos de idade e vai se consolidando ao longo da vida. Nas consultas de saúde deve-se considerar a capacidade autônoma, respeitando as escolhas dos pacientes e não julgar ou usar seus valores pessoais como parâmetro de certo e errado. Outros artigos do código de ética médica que tratam da relação do médico com seus pacientes também são pertinentes na consulta com adolescentes.

- *Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.*
- *Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.*
- *Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.*
- *Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.*
- *Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.*
- *Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.*
- *Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.*

O respeito à autonomia e sigilo na consulta do adolescente, incluindo os direitos reprodutivos e sexuais também são contemplados em diversos dispositivos do ECA: artigos 3º, 5º, 15º, 17º e 18º.

3.4 Situações com garantia de sigilo

Há três situações de risco em que o adolescente tem direito ao sigi-

lo: atividade sexual, infecção sexualmente transmissível e experimentação de drogas. Caracteriza-se como experimentação o uso esporádico, realizado normalmente em grupo.

3.5 Situações com quebra de sigilo

A confidencialidade na consulta com o adolescente tem limites e deve ser explicada para o paciente, pois em algumas situações de risco poderá haver quebra do sigilo, principalmente quando algum comportamento põe em risco a saúde do paciente ou a de uma terceira pessoa.

Situações como gravidez, HIV/Aids, transtorno de uso de substâncias, recusa ao uso de medicamento, tendências suicidas ou homicidas, indicam que o sigilo deve ser quebrado para a proteção do paciente. Lembrando que, apenas abuso sexual é de notificação compulsória. Sempre que houver necessidade de quebra de sigilo, é importante conversar previamente com o paciente adolescente e este deve fazer parte da quebra do sigilo. O papel do profissional de saúde é de apoiar e preparar o adolescente para que ele conte à sua família ou responsáveis legais o que está acontecendo com ele. Quando os riscos não forem imediatos, a quebra do sigilo deve ser acordada com o adolescente, para que ele se prepare e se fortaleça, melhore a sua autoestima e realize o diálogo com seus pais, podendo essa conversa ser mediada pelo profissional de saúde.

É importante ressaltar também que o adolescente tem direito à privacidade durante o exame físico e a presença de acompanhante durante o procedimento é opcional, se o paciente pedir ou se o médico preferir.

3.6 Avaliação de risco

A avaliação de risco e a intervenção breve devem ser iniciadas antes que o adolescente manifeste problemas de comportamento de risco, portanto a partir dos 10 anos de idade, pois o profissional de saúde, em especial o médico, tem a possibilidade de realizar uma prevenção primária e de conversar com o adolescente e com a família mais de uma vez.

Sugere-se o uso do acrônimo HEEADSSS que inclui avaliação da dinâmica familiar (*Home*), como está a escola e/ou trabalho (*Education/Employment*), distúrbios alimentares e atividades de lazer com colegas (*Activities* e alimentação), uso de drogas lícitas e ilícitas (*Drugs*), sexualidade

(*Sexuality*), segurança (*Security*), suicídio (*Suicide*) e Sono. Esta avaliação deve ser sem a presença dos pais ou responsável. A seguir, apresentam-se alguns exemplos do que perguntar:

Habitação: Quem mora com você? Como está em casa? Há alguma situação estressante? Há conflitos? Sofre algum tipo de violência? Quem melhor te entende?

Educação e emprego: Estuda? Em que ano está? Como estão as coisas na escola? Tem amigos? Quantos? Inimigos? Sofre *bullying*? Projetos para o futuro?

Atividades de lazer: O que você faz depois da escola? Em que atividade você é bom? O que você gosta de fazer para relaxar? Alimentação: Se gosta ou não do corpo? Mudança recente no peso? Se fez dieta no ano passado? O que você acha que seria uma dieta saudável? Você se preocupa com o seu peso, com que frequência? Você come na frente da TV? Computador? Você provoca vômito para controlar seu peso? Como seria se você ganhasse (perdesse) peso?

Drogas lícitas e ilícitas: sugere-se o CRAFFT (acrônimo de Car; Relax; Alone; Forget; Family/Friends; Trouble) que tem sido internacionalmente recomendado para rastreamento de uso de substâncias psicoativas (SPA) em adolescentes, e já foi validado para a língua portuguesa (Quadro 1). Dependendo da idade e do número de dias de uso de álcool nos últimos 12 meses, deve-se estimar o risco, podendo ser baixo, médio ou alto. O quadro 2 apresenta o que fazer diante dos diferentes riscos.

Sexualidade: As discussões sobre parceiro sexual devem ser neutras, não assumam que seu paciente seja heteroafetivo. Você já teve algum relacionamento? Se fosse ter um relacionamento seria com um menino ou uma menina? Você já teve algum tipo de relacionamento sexual? Se sim, o que você faz para evitar gravidez e doenças sexualmente transmissíveis? Você gostaria de saber mais sobre métodos para evitar gravidez e doenças sexualmente transmissíveis? Você sabe o que é consentimento? Você pede permissão da outra pessoa quando você quer fazer algo com ela?

Sono: Como é o seu sono? Que horas você vai dormir? Que horas você acorda? Como você se sente quando acorda?

Risco de suicídio e depressão: Sugere-se realizar o PHQ-2 que são as duas primeiras perguntas do PHQ-9 e que devem obrigatoriamente ter um escore maior do que 1 para que seja sugestivo de depressão. Se o escore no PHQ-2 (Quadro 3) for maior do que 2, deve-se realizar PHQ-9 (Quadro 4).

Deve-se fazer o interrogatório HEEADSSS para todos os pacientes, independente da percepção de risco que o profissional tenha sobre o comportamento do paciente. Para investigação de álcool e drogas e para depressão e suicídio, deve-se usar questionário estruturado (CRAFTT e PHQ-2 respectivamente), para que as perguntas sejam feitas sempre da mesma maneira, sem viés inconsciente. As Diretrizes para Serviços de Prevenção de Adolescentes da Associação Médica Americana recomendam que os adolescentes devam ser rastreados para o uso de álcool e outras drogas, anualmente. Apesar disso, um estudo americano mostrou que 84% dos médicos não utilizavam um questionário estruturado ao investigarem o uso de substância. Identificou-se que esses profissionais subestimavam o uso problemático de substância, perdendo a chance de iniciar uma intervenção profilática e precoce.

QUADRO 1 – CRAFTT

Faça a pergunta do CARRO apenas	Faça todas as 6 perguntas do CRAFTT*	
Parte B	Não	Sim
1. Você já andou num CARRO/MOTO dirigido por alguém (inclusive você) que estava alterado ou tinha bebido álcool ou usado drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Você já bebeu álcool ou usou drogas para RELAXAR , sentir-se bem ou se enturmar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Você já bebeu álcool ou usou drogas quando estava por sua conta ou SOZINHO/A ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Você já ESQUECEU coisas que fez quando tinha bebido álcool ou usado drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A sua FAMÍLIA ou AMIGOS já falaram para você diminuir seu uso de álcool e drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Você já se meteu em ENCRENCA enquanto estava usando álcool ou drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: The Center for Adolescent Substance Abuse Research (CeASAR) at Boston Children’s Hospital. For more information, contact ceasar@childrens.harvard.edu or see www.craftt.org © John R. Knight, MD, Boston Children’s Hospital, 2016. All rights reserved. Reproduced with permission.

Entrevista de triagem CRAFTT-II versão para Brasil

Comece: “Agora vou fazer algumas perguntas que sempre faço para todos os meus pacientes. Por favor, responda com sinceridade; vou manter suas respostas em sigilo.”

Parte A

Nos últimos 12 MESES, quantos dias você:

1. Bebeu qualquer bebida <u>alcoólica</u> tais como cerveja, cachaça, vodka, vinho (mais do que uns goles)?	<input type="text"/> <small>0 se não usou</small>
2. Fumou <u>maconha</u> (marijuana, haxixe) ou <u>maconha sintética</u> tais como “K2” ou “Spice”?	<input type="text"/> <small>0 se não usou</small>
3. Tomou <u>remédio</u> que NÃO foi receitado para você ou tomou MAIS do que recomendado (por exemplo calmante, remédio para dor ou TDAH)?	<input type="text"/> <small>0 se não usou</small>
4. Usou qualquer <u>outra coisa</u> para ficar <u>alto/louco/chapado</u> (“outra coisa” inclui drogas ilegais, remédios com receita médica ou inalantes)?	<input type="text"/> <small>0 se não usou</small>

Seu paciente respondeu “0” para todas as perguntas na Parte A?

Sim



Não



QUADRO 2 – Estimativa de risco por idade e frequência de uso de álcool



ESTIMATIVA DE RISCO POR IDADE E FREQUÊNCIA DE USO DE ALCOOL NOS ÚLTIMOS 12 MESES
REF: Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner’s Guide, www.niaaa.nih.gov/YouthGuide

QUADRO 3 – PHQ-2 – Triagem para sintomas depressivos (marque a pontuação correspondente). Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por:

	Nenhum dia 0	Vários dias 1	Mais da metade dos dias 2	Quase todos os dias 3
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas				
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva				

Se a pontuação do PHQ-2 for maior do que 2, deve-se fazer o PHQ-9 para ampliar a investigação.

QUADRO 4 – PHQ-9 – Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por:

	Nenhum dia 0	Vários dias 1	Mais da metade dos dias 2	Quase todos os dias 3
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas				
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva				
3. Dificuldade de dormir ou insônia ou dormir muito				
4. Se sentir cansado ou com pouca energia				
5. Com pouco apetite ou comendo demais				

6. Se sentir mal, que é um fracasso				
7. Dificuldade de se concentrar em coisas (ler jornal, assistir TV)				
8. Fazendo coisas de forma lenta que notam ou, o contrário, agitado demais				
9. Pensamentos de que seria melhor morrer ou de se machucar				
10. Quão difícil tem sido para você trabalhar, se relacionar, cuidar da casa	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente

Interpretação dos escores do PHQ-9

Escore total	Gravidade da Depressão
1 – 4	Depressão mínima
5 – 9	Depressão leve
10 – 14	Depressão moderada
15 – 19	Depressão moderadamente grave
20 – 27	Depressão grave

PHQ9 Copyright © Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-MD ® is a trademark of Pfizer Inc.

3.7 Intervenção breve

Considerando os estudos que mostram que se o médico gastar 2-3 minutos da consulta discutindo riscos, o paciente adolescente estará protegido do risco por 3 a 6 meses, a intervenção será efetiva se o médico tiver tempo e disponibilidade interna para o diálogo franco. Deve-se cultivar a empatia, aceitação, autenticidade, confiança e sigilo, evitar preconceito e juízos de valor. Além disso, deve-se estimular hábitos saudáveis, identificar resiliência e recursos individuais e redes de apoio, que são importantes fatores de proteção. As principais causas de morte nesta faixa etária são causas exter-

nas, com lesões não intencionais e suicídio, decorrentes de comportamento de risco e problemas de saúde comportamentais (uso de drogas e depressão). Portanto, intervenção efetiva do profissional de saúde é crítica na adolescência com potencial benefício para toda a vida.

Sono: Uma boa higiene do sono é importante nesta faixa etária, uma vez que pode interferir na memória, disposição física, regulação do peso e crescimento. O uso de celulares e mídia digital interfere na regulação do sono e pode gerar distúrbios do sono. O adolescente necessita de uma média de 8 a 10 horas de sono diária, de preferência durante a noite.

Suicídio e depressão: Flutuações de humor e estado de ânimo são comuns na adolescência e nem sempre facilmente perceptíveis, inclusive para a família. Se algum fator externo, como por exemplo, piora no relacionamento familiar, incidir, aumenta a possibilidade destas manifestações. Além da triagem sistemática com o PHQ-2 e PHQ-9, é importante avaliar o quanto os sintomas depressivos estão afetando as atividades diárias do paciente. Dar um espaço para o paciente discutir seus problemas é medida importante para o alívio de sintomas depressivos. Retornos periódicos em intervalos mais curtos para acompanhamento e avaliação de necessidade de encaminhamento especializado são necessários.

Sexualidade: O pediatra deve discutir as questões relacionadas à afetividade, relacionamentos saudáveis e abusivos, consentimento, autoestima, bem como autocuidado em relação à atividade sexual. Caso a atividade sexual já ocorra ou haja intenção de ocorrer, é importante discutir todos os métodos anticoncepcionais, dando ênfase à dupla proteção, ou seja, uso de preservativo e outro método. Atualmente os métodos mais indicados na adolescência são os de longa duração (LARC), incluindo DIU e implante.

Uso de Drogas lícitas e ilícitas: O uso de SPA (substâncias psicoativas) na adolescência pode prejudicar a função cerebral em áreas críticas para a motivação, a memória, o aprendizado, o julgamento e o controle do comportamento. O uso de drogas geralmente é um sintoma resultante da interação entre o indivíduo, a droga e o ambiente.

É comum que os adolescentes que usam álcool e outras drogas tenham problemas familiares e/ou sociais, desempenho escolar ruim, problemas relacionados à saúde (incluindo saúde mental) e até envolvimento com a lei. Quanto mais precoce se dá o uso das SPA maior é a chance do uso ser abusivo. Por exemplo, quando o uso de álcool se inicia antes dos 14 anos há um risco de 50% de um uso problemático na vida, com transtorno de uso de

substância grave. Se o pediatra ou outro profissional de saúde puder influenciar no impedimento ou postergação da experimentação de drogas, talvez possa prevenir o uso abusivo.

3.7.1 Adolescentes que não usam SPA

- Reconhecer que a decisão de não beber ou usar outras drogas reflete o cuidado dele com a sua saúde
- Reforçar a importância de escolhas saudáveis na vida e encorajar estas decisões: “Você fez uma escolha inteligente”
- Pedir para o adolescente apontar as razões para ele se manter abstinente e reconhecer: “Estas são boas razões e mostra que você se preocupa com sua saúde”
- Perguntar se o adolescente gostaria de saber sobre riscos e consequências do uso de drogas
- Conversar com ele sobre os riscos de pegar carona com um motorista que está bebendo ou usando outras drogas
- Repetir avaliação de risco o mais tardar em um ano

3.7.2 Adolescentes que não usam drogas, mas que têm amigos que usam

Este adolescente tem 7 vezes mais chance de iniciar o uso de drogas nos próximos meses.

- Reconhecer que a decisão de não beber e não usar drogas reflete o cuidado dele com a sua saúde
- Conversar com ele sobre o que fazer quando os amigos bebem perto dele. Perguntar em tom neutro: “Quando seus amigos estão bebendo e você não, me fale mais sobre isso”
- Construir com o adolescente um plano de como se manter abstinente quando os amigos bebem: Perguntar como ele vai agir quando receber pressão dos amigos para beber/usar drogas
- Explicar que a melhor resposta é simplesmente: “Não, obrigado”
- Quando pressionado, uma resposta efetiva é: “Eu não quero!”, sem necessidade de justificativa
- Conversar com ele sobre os riscos de pegar carona com um motoris-

ta que está bebendo ou usando outras drogas

- Reavaliar o risco na próxima consulta

3.7.3 Adolescentes que já bebem ou usam drogas

- Orientação para o adolescente reduzir e/ou parar o uso, e se no acompanhamento persistir o uso, encaminhar para tratamento especializado
- Conversar com ele o que é bom e não tão bom de usar SPA e o que seria bom e não tão bom se parasse de usar SPA (não usar a palavra ruim, pois não deixa de ser um julgamento)
- Auxiliar na elaboração de objetivos pessoais e plano de ação
- Conversar com ele sobre os riscos de usar SPA e ver a possibilidade de abstinência, se possível, redução do uso e planos de contingência (aceitar ser encaminhado para tratamento)
- Conversar com ele sobre os riscos de dirigir sob efeito de álcool e drogas e de pegar carona com um motorista sob efeito de álcool e drogas
- Planejar uma entrevista psicossocial para o paciente

Resumindo: Reveja os resultados do CRAFFT com o paciente; faça uma intervenção breve: reforce a autoeficácia: “Você fez uma escolha inteligente!”. Evoque declarações automotivadoras: “Você tem tanto potencial! Não deixe que o álcool atrapalhe as realizações de seus sonhos”; recomende o não uso; recomende a não pegar carona com quem usou.

Lembre-se, a prevenção dos transtornos associados ao uso de SPA é um desafio para os profissionais de saúde e tem um papel efetivo na prevenção de comportamento de risco na adolescência. Uma visita adicional aumenta significativamente a eficácia de sua intervenção e deve ser marcada sempre que necessário.

3.8 Exame físico

O adolescente tem direito ao exame físico em um espaço privado, sem acompanhante. A presença de acompanhante é sempre permitida, desde que seja vontade do paciente.

Ao exame físico, além dos procedimentos habituais, tais como avalia-

ção detalhada de cada segmento, incluindo inspeção, palpação e ausculta torácica e abdominal, alguns aspectos específicos devem ser avaliados:

- Dados gerais: peso, estatura, PA, pulso, FC
- Avaliação de estágio de maturação sexual
- Avaliação nutricional: gráficos de peso e altura e IMC para idade (peso/estatura²)
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento puberal utilizando dos gráficos para avaliação do peso e estatura, e definindo o estadiamento puberal de Tanner (Anexo 9) que define para meninas graus de desenvolvimento mamário (M) e de pelos (P) e para meninos graus de desenvolvimento gonadal (G) e de pelos (P)
- O índice de Massa Corporal (IMC) apresenta um gráfico especial para crianças e adolescentes, pois ele varia de acordo com idade e sexo (diferente dos adultos em que é igual para ambos os sexos). O IMC atinge o menor valor entre 4 e 6 anos e depois aumenta progressivamente (denominado contrafeito da adiposidade). Se precoce, está associado a risco de desenvolver obesidade na vida adulta. Então se deve conhecer a história pregressa do adolescente também em relação ao peso
- Ao avaliar em meninos e meninas a presença de tatuagens, *piercing* ou outras modificações corporais, observar-se-á presença de lesões compatíveis com autoagressão não suicida, agudas ou cicatriciais. Lembre-se que geralmente essas lesões são feitas em locais do corpo que não ficam expostas

Particularidade do exame no menino

Avaliar presença de Ginecomastia e realizar exame detalhado dos órgãos genitais masculinos externos, para identificação de possíveis problemas, entre eles: fimose, hipospádia, criptorquidia, ISTs, orquite, epididimite, torção do cordão espermático, hidrocele, hematocele, varicocele, hérnia inguinal ou inguinoescrotal.

Particularidade do exame na menina

Avaliar as mamas e os genitais externos femininos, observar presença de leucorreias. Os profissionais devidamente capacitados podem realizar exames ginecológicos e coleta de Papanicolaou.

3.9 Primeira consulta

Explicar tanto ao adolescente como à família as normas que regem a consulta do adolescente, já descritas anteriormente. A primeira parte dessa consulta é feita com os responsáveis, se presentes, e o adolescente. Caso os responsáveis solicitem conversarem sozinhos com o médico, isso poderá acontecer desde que o adolescente seja informado do fato e não se oponha, dado que ele é o nosso paciente. Conversar com os responsáveis pode ser necessário, pois pode haver fatos que o adolescente desconheça, como por exemplo, aspectos de saúde e histórico pessoal, ou segredo de família (adoção, conflitos, filiação, etc.).

Na segunda parte o adolescente deverá ser atendido sozinho, porém deve-se respeitar a opção de continuar o atendimento acompanhado, pois na fase inicial da adolescência podem se sentir desconfortáveis com esse tipo de atendimento, uma vez que era atendido de forma diferente anteriormente. Então pode ser feito com os responsáveis e, posteriormente, em outras consultas, o adolescente se sentirá mais confortável para ficar sozinho com o médico. Nas consultas privadas, caso necessário, os responsáveis podem ser chamados novamente, para junto com o adolescente receberem outras informações.

3.10 Retornos

O adolescente entra sem a presença dos responsáveis e, caso necessário, no final da consulta, na presença dos adolescentes, eles poderão participar para esclarecerem dúvidas ou para informações.

Esse modelo de consulta estimula os adolescentes a assumirem o protagonismo em relação à sua saúde, entretanto, é necessário oferecer aos pais a possibilidade de serem acolhidos em suas dúvidas e angústias.

3.11 Hipóteses diagnósticas

Ao realizar as hipóteses diagnósticas, além do diagnóstico nutricional, vacinal, desenvolvimento neuropsicomotor e sindrômico, deve-se incluir os diagnósticos relativos à avaliação de risco para depressão e SPA, e o estágio do desenvolvimento puberal.

Sugestão de modelo de ficha de consulta (Anexo 14)

Nome; DN; Prontuário; nome da mãe; idade; profissão; nome do pai; idade; profissão.

Queixa principal; História mórbida atual; Medicamentos em uso; Interrogatório referente aos outros aparelhos; Antecedentes pessoais: história gestacional, doenças e internamentos anteriores, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação, Outras informações; Heredograma; História mórbida familiar. Condições de moradia; Condições socioeconômicas.

Interrogatório a ser feito sem a presença do acompanhante:

- Habitação e dinâmica familiar
- Escola e trabalho, projeto de vida
- Atividades de lazer, atividade física e alimentação
- CRAFFT e cigarro, horário do primeiro cigarro
- Sexualidade (não assuma a heterossexualidade do(a) paciente); Segurança (assédio verbal, violência física, psíquica, sexual, *bullying*, *ciberbullying*); Sono
- Saúde mental (PHQ-2 e se escore maior do que 2, realizar PHQ-9)
- Rever o escore do CRAFFT e PHQ-2/9 com o(a) paciente
- Realizar intervenção breve
- Discutir mudanças de comportamento e hábitos saudáveis
- Exame físico
- Peso (Percentil); IMC (peso/altura²); Altura (Percentil); FC; PA; Estado geral; Olhos; Ouvido; Nariz; Boca e dentes; Garganta e tireoide; Mamas (ginecomastia); Pulmão; Coração; Pulsos; Abdome; Osteoarticular; Genital (Estágios de Tanner; Pênis e testículos; Leucorreias); Lesões de pele (cicatrizas de cutting)
- Convidar o acompanhante para voltar à sala e reforçar aspectos que possam apoiar o autocuidado do(a) paciente
- Hipóteses Diagnósticas: Sindrômica, nutricional, DNPM, Vacinal: Atualizadas () Sim () Não; Estadio Puberal de Tanner (M/G e P); Classificar sintomas depressivos (mínimos, leve moderado, moderadamente grave e grave); Uso de SPA? S () N (); Risco: Alto () Médio () Baixo ()
- Conduta: Escrever plano terapêutico; Exames solicitados; Decidir juntamente com o(a) paciente a data do retorno

3.12 Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

É durante a adolescência que ocorrem mudanças marcantes no crescimento e desenvolvimento. Por conta dos eventos da Síndrome Normal da Adolescência, é uma fase de grande vulnerabilidade e de surgimento de comportamentos de risco.

Nessa fase, o profissional de saúde deve mudar o atendimento do paciente, oferecendo mais autonomia para o cuidado.

As mudanças corporais necessitam de serem acompanhadas mais de perto, o que requer retornos mais frequentes para reavaliação, em média de 3 em 3 meses.

Durante o estirão do crescimento, que dura em média 2 anos, as consultas podem passar a ser a cada 4 meses, e após a desaceleração do crescimento, depende das necessidades de cada paciente, variando de retornos anuais, quando não houve riscos adicionais, até mais frequentes. Em casos de alterações, os retornos serão definidos de acordo com as especificidades de cada caso.

3.12.1 Puberdade

É um fenômeno físico mensurável e inicial da adolescência.

Puberdade e adolescência não são sinônimos, e o período da puberdade é bem menor, durando em média 2,5 anos. Diversos fatores estão associados ao início da puberdade: o padrão familiar, o estado nutricional e fatores ambientais como disruptores endócrinos. Quando o relógio biológico inicia a puberdade há estímulo das gônadas e secreção de esteroides sexuais, nas meninas o estrógeno e nos meninos a testosterona. No desenvolvimento puberal normal na maturação sexual há grande variabilidade quanto a:

Idade de início

Duração

Sequência

Amplitude

3.12.1.1 Puberdade feminina

O primeiro sinal é o aparecimento de botão mamário (telarca), segui-

do de aparecimento de pelos pubianos (pubarca) e, por último, a primeira menstruação (menarca).

Inicia-se entre os 8 e 13 anos, entretanto, atualmente pode começar até um ano antes.

Ovários são estimulados e começam a produzir estrogênio que estimula a produção de hormônio de crescimento dando início ao estirão puberal.

O estrógeno estimula vários órgãos alvos:

As mamas começam a se desenvolver e em 80% das vezes é o primeiro evento puberal.

Na vagina e vulva há aumento de secreção e maturação celular.

O útero vai aumentando de volume e desenvolvendo a camada do endométrio.

Ocorre aumento de pilificação pubiana, axilar e de glândulas cutâneas que é estimulado pelos hormônios androgênicos produzidos nas suprarrenais.

A primeira menstruação (denominada menarca) ocorre no estádio puberal de Tanner, no meio da puberdade.

3.12.1.2 Puberdade masculina

O primeiro sinal é o crescimento dos testículos (4 ml), seguido de crescimento peniano e de pelos (pubarca).

Inicia-se entre os 9 e 14 anos.

Os testículos são estimulados e passam a produzir testosterona, que age localmente e sistemicamente induzindo crescimento peniano, de pelos e estimulando a produção de hormônio de crescimento.

A testosterona estimula vários órgãos alvos:

A genitália externa com aumento do volume testicular progressivo.

Crescimento de pelos (pilificação pubiana, axilar, facial e glândulas cutâneas).

Alterações da voz por espessamento da cartilagem cricotireoideana.

Inicia a produção de espermatozoides, denominada espermarca.

Aumento das mamas que podem estar presentes em até 70% dos meninos, dada a conversão periférica de testosterona em estradiol pela enzima aromatase.

3.12.2 Estirão do crescimento

O estirão do crescimento é a única fase na vida pós-natal em que há aceleração do crescimento. Apesar do aumento dos ossos longos, o desenvolvimento nessa fase está mais relacionado com o crescimento da coluna que é vulnerável a sofrer desvios. Por isso é importante o monitoramento da coluna vertebral durante o estirão.

O aumento dos esteroides sexuais leva ao:

Aumento do hormônio do crescimento (GH).

Aumento do hormônio IGF-I (responsável pela ação do GH na cartilagem de crescimento).

Estirão puberal com aumento de 20 a 25% da estatura definitiva.

O estirão puberal:

Varia com o sexo e desenvolvimento puberal:

Feminino: pico = TII e TIII.

Masculino: pico = testículos 10-15 cm³ (GIII e GIV).

Idade: quem amadurece mais cedo tem maior ganho puberal.

Duração de 24 a 36 meses: quanto mais cedo maior a duração.

Altura inicial: maior nos que começarem a puberdade mais tardia.

Altura dos pais: Altura média dos pais tem correlação com a altura atingida durante o estirão e altura final.

O crescimento de um indivíduo é influenciado por:

Atividade física.

Sono (GH é liberado na fase IV do sono).

Doenças crônicas (verminose, ITU de repetição, DM tipo I, asma grave).

Nutrição (desnutrição).

O quanto um adolescente vai crescer e qual será sua estatura final depende de fatores Genéticos e Ambientais, tais como: nutricionais, higiênicos, sociais e psicológicos.

O estirão de crescimento nas meninas:

É mais precoce, ocorrendo no início da puberdade.

Mais curto do que nos meninos, resultando em uma estatura final menor.

Estirão coincide com a menarca (6 meses antes, até 6 meses depois).

O estirão de crescimento dos meninos:

Em média 2 anos mais tarde do que das meninas.

Mais intenso, com maior velocidade de crescimento.

Resulta em média 13 cm a mais do que as meninas.

Para se calcular a altura que o adolescente poderá atingir utiliza-se o canal de crescimento que identifica o potencial genético de crescimento e fornece uma previsão da altura final, que dependendo de fatores ambientais poderá ou não ser atingida, que pode ser usado desde a infância para acompanhamento.

Como se calcula estatura final alvo:

Meninas: soma das estaturas dos pais menos 13 divididos por 2.

Meninos: soma das estaturas dos pais mais 13 divididos por 2.

O canal de crescimento estará mais ou menos 8 centímetros da estatura alvo.

3.12.3 Desenvolvimento do tecido adiposo

Ocorre um aumento progressivo de gordura corporal, e aos 18 anos o percentual de gordura corporal total é de 18% nos meninos e 25% nas meninas.

3.12.4 Desenvolvimento do tecido muscular

Durante a adolescência há um aumento de 35 kg de massa magra nos meninos e 18 kg nas meninas.

3.12.5 Saúde nutricional

Escolha dos alimentos são determinadas por fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais. Os adolescentes são vulneráveis a distúrbios nutricionais. Consumo de dieta inadequada pode influenciar negativamente o crescimento e desenvolvimento, pois é um período de grande atividade física. Esse risco pode se agravar quando a adolescente engravida.

É um período de aumento de necessidades energéticas, de ingestão proteica (10-14%), com aumento mais importante da densidade mineral óssea.

3.12.5.1 Avaliação nutricional do adolescente

Carências e distúrbios nutricionais

Em relação às vitaminas deve-se aumentar a oferta de algumas vitaminas em situações especiais:

Tiamina, principalmente para quem usa muito açúcar refinado.

Vitamina C, principalmente se fumantes e em uso de anticoncepcionais.

Vitamina B12, quando em dietas radicais ou vegetarianos exclusivos.

Na adolescência há necessidades aumentadas de Ácido fólico, vitamina A e D. Aumenta a necessidade de Cálcio, pois 50% da massa óssea é adquirida nesta fase. As necessidades diárias são de 1300 mg de cálcio elemento/dia e 60% deve ser adquirido pela alimentação com ingestão de produtos lácteos. Aumenta a necessidade de Ferro, devido à expansão do volume plasmático e, em meninos, maior massa eritrocitária e de mioglobina. Aumenta a necessidade de Zinco que está associado à regeneração óssea e muscular, desenvolvimento ponderal e maturação sexual. Dose recomendada: 8-11 mg/dia.

3.12.5.2 Obesidade

Obesidade é um distúrbio do metabolismo energético, onde ocorre um armazenamento excessivo de energia no tecido adiposo, sob a forma de triglicérides. Os estoques de energia no organismo são regulados pela ingestão e gasto energético.

Desequilíbrio crônico entre ingesta e gasto com balanço positivo leva à obesidade ao longo do tempo. Obesidade exógena (ocorre a partir de variáveis externas ao organismo) é um problema de saúde pública e há uma epidemia mundial, sendo mais frequente no primeiro ano de vida, entre 5 e 6 anos e na adolescência.

Houve uma tendência a aumento de obesidade, inclusive em países em desenvolvimento, de 10 a 40% em 15 anos. Há mecanismos biológicos fortes que resistem à mudança no conteúdo de massa gorda e são responsáveis pelo reganho de peso após perda de peso.

Causas de obesidade:

Exógena: 95-98% dos casos.

Endócrinas: hipercortisolismo, hipotireoidismo.

Síndromes genéticas: Prader Willi, Bardet Biedl.

Lesão hipotalâmica: trauma, aumento da pressão intracraniana, cirurgia, tumores SNC, sendo que o craniofaringioma é a causa neuroendócrina mais comum.

Etiologia da obesidade exógena:

Doença complexa, multifatorial.

Sobreposição de fatores genéticos, comportamentais e ambientais.

Fatores genéticos:

Ter um dos pais obesos aumenta em mais de 2 vezes o risco de uma criança obesa ou não obesa ser obesa na idade adulta.

Fatores de risco:

Fatores ambientais: modificam a influência genética facilitando ou limitando o ganho de peso, entre eles, renda familiar, urbanização e região de moradia.

Fatores comportamentais:

Hábitos alimentares, com uso de alimentos industrializados, com alto teor calórico e rico em gorduras saturadas.

Sedentarismo, com maior tempo gasto assistindo televisão, em videogames e computador.

Distúrbios da dinâmica familiar e do vínculo mãe-filho, onde o alimento é usado para dar afeto. Filhos únicos, caçulas e pais idosos.

Prognóstico:

Obesidade infantil abaixo dos 3 anos de idade tem pouca relação com obesidade na idade adulta, exceto se um dos pais for obeso.

Obesidade em crianças mais velhas é um indicador importante de obesidade na fase adulta, independente do peso dos pais.

Peso na adolescência é um bom preditor do peso na idade adulta.

3.12.5.3 Transtornos alimentares

As mudanças corporais levam a introjeções primitivas em relação ao corpo. Novo corpo exige pensá-lo de forma diferente. Limites do corpo não podem ser negados tão facilmente. Na adolescência, algumas vezes, há a necessidade intensa de testar os limites do próprio corpo, colocando em risco a própria saúde e a própria vida.

Os transtornos alimentares resultam de uma falha na organização do indivíduo, de um ataque desorganizador externo ou interno e de um poder maior ou menor de reorganização. Incapacidade ou dificuldade de se expressar emocionalmente, reagir, sentir e externar afetos, incapacidade para fantasiar, sendo difícil e, às vezes, impossível abstrair, o mundo da fantasia é pobre. “Pensamento operatório” – ocasiona baixa capacidade para perceber afetos e emoções. Fica mais no concreto.

Preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo mórbido de engordar). Autoavaliação baseada quase que exclusivamente na aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitas. Dietas extremamente restritivas ou descontrole no comportamento alimentar com uso de métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Vômitos e episódios de diarreia podem prejudicar a absorção e eficácia de certos medicamentos como contraceptivos orais.

A Etiologia é multifatorial:

Genética

Neurotransmissores

Hormonal

Personalidade

Relação familiar

Socioculturais

Geralmente há fatores predisponentes, fatores desencadeantes e fatores mantenedores.

Anorexia

Medo mórbido de engordar, mesmo estando abaixo do peso normal

Distorção grosseira da percepção da autoimagem corporal

Dietas autoimpostas rígidas e até bizarras

Busca desenfreada pela magreza

Restritivo: dietas rígidas, exercícios.

Purgativos: vômitos autoinduzidos, laxantes, diuréticos, enemas.

Bulimia

Episódios recorrentes de ingestão de excesso de alimento com perda de controle

Preocupação persistente com o comer e desejo irresistível por comida

O medo de engordar e a culpa pela ingestão alimentar levam a métodos compensatórios:

Vômitos

Laxantes

Diuréticos

Frequência: em média 2 vezes por semana, por 3 meses

Anemia

A anemia é frequente nessa fase, principalmente nas meninas, pois a perda menstrual pode chegar a 1,4 mg/dia. Em caso de anemia em meninas sempre avaliar a menstruação: regularidade ou não do ciclo, volume menstrual, número de dias com sangramento, presença de sangramento intermenstrual ou após. Recomendação de reposição de ferro na forma de sulfato ferroso: 8 mg/dia até 13 anos e 11 mg/dia para meninos e 15 mg/dia para meninas entre 14-18 anos.

3.12.5.4 Saúde bucal do adolescente

Nessa fase ainda ocorrem erupções dentárias ou a presença de dentes recém-irrompidos que merecem atenção por serem mais vulneráveis. Particularmente, a erupção dos terceiros molares (dente do siso), que em geral ocorre entre os 17 e 21 anos, pode ocasionar desconfortos e processos inflamatórios, ou até mesmo infecciosos.

As doenças bucais mais prevalentes na adolescência são a cárie e a doença periodontal⁵. Outros agravos frequentes incluem: má oclusão, disfunções da articulação temporomandibular (bruxismo – ranger e/ou apertar os dentes, dor na articulação) e fraturas dentárias por traumatismos, frequentemente associadas à violência física/sexual, acidentes de trânsito e de esportes.

Na adolescência, o uso de *piercing* pode causar complicações de ordem inflamatória e até infecciosa, além da má oclusão e manchamentos nos dentes, halitose (mau hálito), entre outros do campo da estética. Em caso

⁵ As duas principais doenças do periodonto entre os adolescentes são: (1) a gengivite, que é uma manifestação inflamatória da gengiva marginal e livre desencadeada pelo acúmulo de placa bacteriana supragengival e rompimento do equilíbrio agressão/defesa e constitui-se em um processo inflamatório que deve ser prevenido e tratado; e (2) a periodontite, que acontece quando as condições inflamatórias presentes na gengivite favorecem o surgimento da placa bacteriana subgengival, mais virulenta, que causa a inflamação dos tecidos de suporte, que caracteriza inflamação destes tecidos de sustentação e proteção dos dentes, vem acompanhada de perda de inserção de tecido conjuntivo.

de bulimia pode levar à erosão dentária e cárie na face lingual dos dentes anteriores.

A equipe de saúde deve ficar atenta a esses problemas relacionados à saúde bucal de adolescentes e compreender a relação com a saúde geral, a fim de executar o trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar.

Para se despertar o interesse dos adolescentes para a saúde bucal, é fundamental que se perceba qual o real valor e sentido da boca nesse grupo, como por exemplo, ter uma boa aparência pessoal para uma conquista amorosa, sexual, profissional, etc.

A título de exemplo, a abordagem acerca do ato de beijar, os empecilhos do bom desempenho no beijar, quando se tem mau hálito ou quando os dentes se apresentam com problemas, são estratégias que têm se mostrado muito mais eficazes que as técnicas tradicionais de educação em saúde bucal.

CAPÍTULO

4

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA NA ATENÇÃO BÁSICA

4.1 Orientações básicas para promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes

Embora adolescentes procurem a atenção básica diariamente, seja para atendimento médico, odontológico ou para realização de vacinas, essas oportunidades comumente são perdidas do ponto de vista da realização de ações preventivas e de promoção em saúde. E com isso perde-se a oportunidade para que esses adolescentes atuem como propagadores dessas ações em suas escolas e na comunidade.

Essa seção abordará como a atenção básica pode se estruturar para um melhor atendimento ao adolescente em relação a sua saúde sexual e saúde reprodutiva.

4.1.1 Divulgação

Os adolescentes, de maneira geral, possuem boas condições de saúde, entretanto, podem estar sujeitos a grandes vulnerabilidades. Dessa forma, é necessário que a atenção básica se torne um local receptivo ao adolescente, para ações preventivas e de saúde.

É muito importante que os jovens do território abrangido pela atenção

básica tenham conhecimento de que há ou haverá um programa específico de atendimento voltado para eles e como será esse atendimento:

Será respeitada a privacidade, confidencialidade e o sigilo.

Poderá tomar decisões autônomas e informadas.

O atendimento será para adolescentes em toda sua diversidade.

Não haverá nenhum tipo de discriminação ou preconceito.

Deverão ser elaborados cartazes e *folders* informativos como os exemplos a seguir, para serem fixados na própria unidade (recepção, principalmente), bem como na escola e comunidade. Os agentes comunitários também poderão divulgar nas visitas domiciliares. Caso se institua dias e horários exclusivos de atendimento somente para adolescentes, isto também deve ser divulgado, principalmente nas escolas.

Exemplo de encartes para divulgar as ações específicas de saúde sexual na Atenção Básica.



A unidade de saúde próxima a sua escola tem um programa de atendimento voltado para você adolescente.

Você poderá ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis.

Você tem direito ao sigilo sobre seu atendimento, que será respeitado por toda a equipe.

Nome, local e telefone da UBS ou ESF



**Adolescentes e jovens podem ser atendidos sem a presença dos pais.
Também têm direito ao sigilo em todas as consultas e atendimentos.**

Venha saber mais sobre sua saúde!

4.1.2 Parcerias

Estabelecer parcerias com escolas, igreja e outras instituições que estejam em acordo com os **direitos dos adolescentes**. Essas parcerias podem tanto ajudar na divulgação das ações nas unidades básicas, bem como atuar como multiplicadoras das ações educativas.

A escola é a que tem o papel mais importante, idealmente muitas ações educativas poderiam ser feitas nas escolas por profissionais da saúde junto com professores. Outra boa ideia é a marcação de consultas nas unidades de saúde, feitas por meio da escola.



4.1.3 Características da Unidade de Saúde

Área Física

A área física da unidade de saúde deve oferecer condições de atendimento com privacidade.

As unidades devem ser estruturadas de maneira que os pacientes sempre possam ser atendidos em locais privados, com paredes e portas. Dois locais merecem considerações especiais:

Recepção – cada paciente deve ser atendido separadamente, a uma distância dos demais, para que ele possa expor o que necessita sem que outros escutem.

Farmácia – deve seguir o mesmo procedimento da recepção.

Considerar deixar o preservativo masculino em local mais privado, para que principalmente as mulheres não se sintam inibidas em pegá-los.

Área Processual

Atendimento mesmo que o(a) adolescente não disponha dos documentos exigidos pelo serviço.

Não exigir a presença dos pais ou responsáveis para o atendimento.

Sempre informar sobre as atividades educativas ou outras ações desenvolvidas na unidade ou fora dela. Informar local e horário.

Possibilitar o agendamento de consultas direto na escola.

Definir um ou dois períodos na semana, em horários alternados, para concentrar o atendimento de adolescentes. Os adolescentes se sentirão mais à vontade na sala de espera se tiverem outros adolescentes, e fica mais fácil para desenvolver atividades educativas.

4.1.4 Equipe para atender adolescentes

A equipe deve ser capacitada nas características específicas dessa faixa etária, e nas Diretrizes Nacionais para promoção e prevenção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes. Além disso, os profissionais que irão trabalhar com adolescentes também precisam desenvolver habilidades de comunicação com os adolescentes, evitando julgamentos e ditar condutas.

Faz-se necessário que os profissionais revisem seus conceitos sobre a adolescência, e vejam os adolescentes como sujeitos de direito que estão aprendendo a tomar decisões e devem para isso ter as informações corretas,

mas destituídas de valores pessoais e preconceitos.

Recomenda-se que as equipes façam periodicamente reuniões onde dúvidas e crenças pessoais possam ser esclarecidas, visando o melhor atendimento possível ao adolescente.

Definir um/a profissional que seja referência para adolescentes na unidade, afixar cartazes informando quem são esses profissionais a quem os adolescentes devem procurar. Esses profissionais também farão a ponte com a escola, indo até lá para que os alunos os conheçam. Isso facilita o acesso dos adolescentes à unidade.

4.1.5 Tipos de atendimentos

Clínico Geral

As consultas clínica, ginecológica e andrológica devem ser feitas em locais privados, por profissionais capacitados e sempre com base nos três pilares que regem o atendimento do adolescente: sigilo, privacidade e princípio da autonomia. Antes de iniciar o exame deve-se falar o que será feito e pedir permissão verbal para o adolescente. Para as meninas, anotar sempre a data da última menstruação.

Ao examinar os adolescentes, retirar a roupa por partes, para que não se sintam vulneráveis e desconfortáveis.

As Pranchas de Tanner, gráficos de peso, altura e IMC devem ser de fácil acesso, assim como os demais encartes necessários.

Consulta clínica e exame clínico geral é seguido do exame específico.

Exame ginecológico

Não existe idade ideal na qual se deva iniciar o exame ginecológico, mas após iniciar a atividade sexual, o recomendado é que seja feito pelo menos uma vez por ano.

A adolescente deve ter uma visão positiva sobre o exame ginecológico para que faça disso uma rotina. Para isso é importante explicar como será o exame; se necessário, utilizar figuras para mostrar como será, e responder a todas as dúvidas.

Permitir que a adolescente decida se quer ou não algum acompanhante durante o exame.

Aproveitar o exame para ensinar a adolescente a conhecer o próprio corpo.

Explicar que o exame das mamas que deve ser feito sempre por ela mesma não substitui o exame realizado por um profissional ou o US e a mamografia, mas que se ela notar qualquer alteração, deve procurar um serviço de saúde.

Durante o exame ginecológico pode-se identificar situações de violência sexual ou mesmo a adolescente pode relatar a violência. É importante que o profissional esteja capacitado no atendimento desses casos e que possa contar com o apoio de outros profissionais, caso necessário.

A unidade precisa ter um protocolo completo de atendimento e encaminhamentos para que se possa dar o melhor atendimento a essa adolescente. Não se deve acrescentar mais sofrimento à adolescente.

Exame andrológico

É focado nas especificidades masculinas, e da mesma forma que já descrito para o exame ginecológico, deve-se esclarecer como será realizado e sanada as dúvidas que surgirem. Além do estadiamento puberal, observar:

Se testículos são ambos tópicos

Hidroceles

Hematocoles

Tumores testiculares e de pênis

Hérnias inguinais e inguinoescrotais

Secreções ou lesões de pele que podem indicar ISTs

Varicoceles – podem causar infertilidade.

Atendimento em IST/ HIV /Aids

O diagnóstico e tratamento das ISTs /HIV/Aids precisam ser priorizados, principalmente quando as taxas de HIV entre adolescentes e jovens vêm subindo no país. A falta de uso de preservativos nas relações sexuais tem relação com esse aumento. É evidente que ações de conscientização para os riscos de uma relação sexual desprotegida têm que ser intensificadas e frequentes.

Os adolescentes precisam saber que as unidades básicas de saúde oferecem tanto o diagnóstico como o tratamento de ISTs e, em casos necessários, podem referenciar para centros específicos.

Essas informações devem ser divulgadas por meio de cartazes e outros. É importante anunciar que os pacientes terão a privacidade e o sigilo garantidos.

Atendimento na UBS /ESF

Oferecer atendimento para as ISTs de acordo com as normas do Ministério da Saúde, segundo o link abaixo:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf

Oferecer teste e aconselhamento pré e pós testes para HIV segundo as normas do Ministério da Saúde

Oferecer vacina para hepatite B

Oferecer preservativos

Parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM), 1998, para testagem de HIV em crianças e adolescentes.

Quando se tratar de crianças (0-12 anos incompletos), a realização e entrega dos testes de HIV será sempre com a presença dos pais ou responsáveis.

Quando se tratar de adolescentes (12 a 18 anos) após a avaliação de suas condições de discernimento, fica restrita à sua vontade a realização do exame. A participação do resultado a outras pessoas que possam protegê-los(as) deve ser negociada.

Fonte: Marco legal – Saúde, um direito de Adolescentes, 2005.

Prevenção de câncer de colo de útero

As unidades de saúde devem fazer campanhas educativas para conscientizar os adolescentes sobre a importância da vacina para HPV, para homens e mulheres, e sobre a importância de ser realizada antes do início da atividade sexual. As informações sobre a importância da vacina do HPV devem ser transmitidas a todas as pessoas que circulem pelas unidades básicas, para que um maior número de adolescentes seja imunizado.

Todas as adolescentes que já iniciaram atividade sexual podem fazer a coleta do exame preventivo, não há restrições em relação à idade.

A coleta do exame preventivo deve ser feita por profissional capacitado.

É preciso fazer busca ativa das adolescentes com exames alterados que não retornaram à unidade de saúde, mas de forma discreta para que o sigilo

e a privacidade sejam garantidos.

Os casos que precisam ser referenciados, o ideal é que a própria unidade faça o agendamento. A adolescente deve ser muito bem orientada quanto ao local e como chegar até lá. Verificar posteriormente se o atendimento ocorreu.

Planejamento familiar

O Planejamento familiar com adolescentes tem particularidades específicas e idealmente deve ser feito, quando em grupo, apenas entre adolescentes, pois facilita a linguagem empregada. Como os adolescentes estão em desenvolvimento e esse não guarda relação estrita com a idade, deve-se conhecer os participantes antes de se iniciar as ações.

A seguir damos algumas dicas de como proceder para tornar o local mais acolhedor aos adolescentes e as ações mais efetivas.

- Fazer o aconselhamento em locais reservados onde o(a) adolescente não será visto(a) nem ouvido(a). Garanta a confidencialidade e assegure que ninguém saberá do teor da conversa
- Ouça cuidadosamente e faça perguntas abertas, tais como: “Em que posso ajudar você?” ou “Que dúvidas você tem?”
- Utilize linguagem simples e evite os termos técnicos
- Use termos que se adequem aos adolescentes e jovens. Evite termos tais como “planejamento familiar,” que podem parecer irrelevantes para as pessoas que não são casadas
- Seja caloroso e receptivo com os parceiros e incorpore-os ao aconselhamento, caso a adolescente assim deseje
- Tente certificar-se de que as escolhas sejam decisão da adolescente e não resultado da pressão de seu parceiro ou família
- Em particular, se ela estiver sendo pressionada a fazer sexo, ajude esta adolescente ou jovem a refletir sobre o que pode dizer e fazer para resistir e diminuir a pressão
- Faça-a praticar suas habilidades em negociar o uso de preservativos.
- Fale sem expressar julgamento (por exemplo, diga “você pode” ao invés de “você deve”)
- Não critique mesmo que você não aprove o que a adolescente ou jovem está dizendo ou fazendo
- Ajude as adolescentes e jovens a tomar decisões que sejam de seu

melhor interesse. Dedique tempo para abordar as dúvidas, receios e falta de informação sobre sexo, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e métodos anticoncepcionais

- Muitas adolescentes e jovens precisam de alguém que lhes diga que as mudanças em seu corpo e emoções são normais
- Esteja preparado para responder a questões mais frequentes sobre puberdade, menstruação, masturbação, ejaculação noturna e higiene genital ***

*** Planejamento Familiar – Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf;jsessionid=65121F697F5063D48900C5E76A40A6B6?sequence=6

<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>

Pré-natal

O pré-natal de adolescentes difere do pré-natal de mães não adolescentes, ele tem dupla função: cuidar da gestação em curso e manter os cuidados com as vulnerabilidades próprias dessa fase.

Durante o pré-natal, por exemplo, os profissionais de saúde têm que auxiliar essa adolescente a não abandonar a escola, a se fortalecer para que ela possa assumir o papel real de mãe.

Lei n.º 6.202/75: Art.1º. A partir do oitavo mês de gestação e durante três meses, a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei número 1.044 de 21 de outubro de 1969 (BRASIL, 1975).

É importante que os cuidados do pré-natal sejam estendidos ao pai do bebê, que muitas vezes é adolescente também e passa por angústia que pode afastá-lo da gestante e da corresponsabilidade.

O pré-natal deve seguir as normas do Ministério da Saúde e ter as anotações de forma clara no cartão de pré-natal.

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

Deve-se estimular o aleitamento materno durante todo o pré-natal, e após o nascimento, orientar a adolescente quanto à possível gravidez durante a amamentação.

Adolescentes com recorrência de gestação têm indicadores socioeconômicos e assistenciais piores do que aquelas em primeira gestação. Essas adolescentes são menos propensas a retomar os estudos ou a alcançar autossuficiência econômica, e seus filhos possuem maior chance de apresentarem problemas emocionais e comportamentais. Em virtude disso, deve-se oferecer à adolescente, assim que possível, a possibilidade de utilização de LARC (anticoncepção reversível de longa duração).

Atendimento de adolescentes LGBT

Adolescentes LGBT têm direito a receber atendimento livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude da orientação sexual e identidade de gênero.

Garantir acesso e assistência qualificada à população LGBT, capacitando os profissionais para atuarem de forma adequada sobre as necessidades, demandas e iniquidades em saúde da população LGBT e criar unidades livres de LGBTfobia.

Incluir Nome Social nos prontuários/formulários. Garantir a impressão do Cartão do SUS com o nome social. Todos os profissionais da unidade devem fazer o uso do nome social.

Garantir a livre utilização de banheiros para travestis e pessoas trans na UBS.

Incluir os temas diversidade sexual e identidade de gênero nas diversas atividades educativas realizadas tanto nas UBS como escola e demais locais.

Promover o acesso de adolescentes LGBT nos diversos serviços oferecidos pela UBS, como as atividades educativas, coleta de citopatológico do colo do útero e consultas.

Realizar teste rápido e aconselhamento de pré e pós teste para HIV, Sífilis e Hepatites virais.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

4.2 Anticoncepção e planejamento familiar

A anticoncepção é um dos principais pilares dos direitos sexuais e reprodutivos; é indicador de qualidade em atenção aos adolescentes em serviços que se propõem a atendê-los. Existem peculiaridades na adolescência que precisam ser pensadas e abordadas de forma efetiva quando se propõe a

fazer a anticoncepção e o planejamento familiar.

Aspectos éticos

Existem muitas dúvidas entre os profissionais de saúde quanto a prescrição de anticoncepcionais para adolescentes sem o conhecimento dos pais ou responsáveis, sendo importante que fique claro que existem leis e documentos oficiais que atestam a legalidade da prescrição.

Código de Ética Médica – Segredo médico

Artigo 74 – É vedado ao médico

Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir os próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação poderá causar danos ao paciente.

Artigo 78 – Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados.

Anticoncepção de emergência

Conselho Federal de Medicina – Resolução N 1.811, de 14 de dezembro de 2006

Art. 4 – A anticoncepção de emergência pode ser utilizada em todas as etapas da vida reprodutiva.

Baixa adesão a métodos anticoncepcionais.

Existem muitas razões pelas quais, mesmo adolescentes que não desejam engravidar, não fazem uso ou não usam de forma correta os métodos anticoncepcionais. Abaixo listaremos algumas, mas é importante que cada unidade de saúde busque compreender as razões próprias do seu território, somente assim poderá implantar medidas efetivas de prevenção de gravidez nessa faixa etária.

Possíveis dificuldades para o uso de anticoncepção por adolescentes:

1. Desconhecimento dos adolescentes sobre seus direitos.
2. Não aceitação por adultos do direito de adolescentes a ter vida sexual ativa. Isso faz com que tanto a família como outras instituições não falem sobre isso e, conseqüentemente, não falem sobre prevenção.
3. Barreiras de acesso aos serviços de saúde: adolescentes procuram pouco as unidades de saúde por doenças específicas, entretanto, não podem passar despercebidos, e cada ida deles à unidade deve ser encarada como

uma oportunidade de orientação sobre anticoncepção e prevenção de gravidez, para ambos os sexos.

4. Profissionais não preparados para atender o público adolescente ou que deixam que suas crenças pessoais os levem a não aceitarem o direito dos adolescentes à vida sexual ativa. Outra barreira em relação aos profissionais de saúde é o desconhecimento acerca de quais métodos são possíveis de serem utilizados por adolescentes.

5. Não atender o adolescente sem a presença dos pais ou responsáveis.

6. Dificultar o acesso aos métodos anticoncepcionais.

7. Pouca integração entre a unidade de saúde e a escola.

Aconselhamento contraceptivo para Adolescentes

Como já citado previamente, a atividade sexual se inicia a partir dos 13 anos nos meninos e 14 anos nas meninas brasileiras. Segundo a ONU, a América Latina e o Caribe continua sendo a sub-região com a segunda maior taxa de gravidez adolescente no mundo, e dentro dessa região, a taxa de gravidez adolescente do Brasil é mais alta que a média. A taxa mundial de gravidez adolescente é estimada em 46 nascimentos para cada 1 mil meninas de 15 a 19 anos, enquanto a taxa na América Latina e no Caribe é estimada em 65,5 nascimentos e no Brasil, a taxa é de 68,4. A pesquisa realizada pela Fiocruz em 2012 – “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” demonstrou que 2/3 das adolescentes declarou não ter desejado a gravidez.

Gravidez não planejada na adolescência e gestações subsequentes têm um substancial impacto negativo na saúde e socioeconômico nas mulheres e em suas famílias, resultando em maiores taxas de depressão materna, violência doméstica por parte do parceiro, baixo peso ao nascer do recém-nascido, baixas taxas de amamentação. Em longo prazo, temos como desfecho pior comportamento mental, físico e de desenvolvimento da criança, em adição, baixa escolaridade da mãe e do pai o que leva a altas taxas de pobreza e necessidade de ajuda governamental. Há evidências de que a gestação não planejada e o nascimento aumentam a pobreza em mulheres menos escolarizadas. Como base nos fatos dispostos, o aconselhamento contraceptivo se faz crucial nessa etapa da vida.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) junto com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) elaboraram documento de que a “prescrição de métodos anticoncepcionais deve-

rá levar em conta a solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, independentemente da idade. A prescrição de métodos anticoncepcionais para adolescente menor de 14 anos, desde que respeitados os critérios acima, não constitui ato ilícito por parte do médico. Na atenção à menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir, frente ao conhecimento que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir da informação da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário médico”.

Baseando-se em evidências científicas disponíveis, a Sociedade de Medicina e Saúde do Adolescente (SAHM) elaborou um protocolo de aconselhamento contraceptivo com 12 princípios:

1. Demonstrar 3 atributos-chave de conselheiros efetivos: expertise, confiança e acessibilidade.

2. Endereçar questões de confidencialidade e o papel dos pais na escolha do contraceptivo.

3. Utilizar estratégias para engajar o adolescente no aprendizado e recordação de pontos importantes além de disponibilizar acesso fácil a uma fonte de informações confiável.

4. Discutir 4 pontos relevantes da contracepção: escolha do método, uso correto, uso consistente e troca de método.

5. Facilitar a escolha do método (simplificar e focar as informações a serem transmitidas) e priorizar os métodos mais eficazes (LARCs – DIUs e implante subdérmico).

6. Considerar o quanto o método se encaixa ao estilo de vida (avaliar além dos aspectos técnicos relacionados aos métodos, também fatores sociais, reações emocionais, estigmas, considerações de imagem, sentimentos de eficácia, parceiros, relacionamentos e mitos).

7. Se o paciente for do grupo de risco para ISTs (que é quase sempre o caso para adolescentes) recomenda-se a dupla proteção com preservativos e um método contraceptivo mais eficaz.

8. Ajudar o adolescente a conseguir um uso correto e consistente do método.

9. Abordar os principais eventos adversos antes da ocorrência dos mesmos.

10. Se houver desejo de troca de método contraceptivo, garantir que a troca se faça por um método igualmente ou mais efetivo.

11. Garantir que haja acompanhamento do adolescente a fim de verificar como está sendo a adaptação e o uso.

12. Se possível, garantir o início precoce do método (mesmo dia), a não ser que haja algum impedimento clínico para tal.

Deve-se seguir os seguintes princípios para a orientação sobre anticoncepção:

1. Respeitar os princípios de: respeito, autonomia, liberdade, privacidade, confidencialidade e sigilo.

2. Escolha livre e informada dos métodos.

3. As orientações em anticoncepção e em planejamento familiar, quando em grupo, devem ser feitas somente com adolescentes. Dessa forma eles se sentirão mais confortáveis para falar e tirar dúvidas.

4. Deve-se sempre iniciar a orientação sobre anticoncepção, dos métodos mais efetivos (contraceptivos reversíveis de longa duração), até se atingir todos os métodos. Temos a tendência a prestar mais atenção no início das apresentações. Um estudo realizado nos Estados Unidos, entre os anos 2007 e 2011, ofereceu gratuitamente aos adolescentes todos os métodos anticoncepcionais disponíveis, de maneira livre e informada, incluindo os métodos de longa duração (Implantes, DIU LN_g e DIU com cobre). A maioria (68,9%) escolheu um método de longa duração (Long Acting Reversible Contraception – LARC), sendo 46,9% DIU-LN_g, 12,4% implantes e 10,5% DIU com cobre. Observou-se alta taxa de continuidade do método e uma menor taxa de gravidezes não intencionais nas mulheres usando um método de longa duração, comparado com as mulheres que escolheram outros métodos (CHOICE Project).

5. Informação para as e os adolescentes, baseadas em evidências científicas e atualizadas. As informações baseadas em evidências científicas devem ser também compartilhadas com tomadores de decisão, autoridades, gerentes de programas, provedores/as de serviços, comunidades, famílias e jovens sobre a segurança, efetividade, reversibilidade, custo-efetividade, aceitabilidade, alta taxa de continuação e os benefícios não contraceptivos dos métodos reversíveis de longa duração para as adolescentes e jovens que desejam evitar uma gravidez.

6. Equipe capacitada em anticoncepção e em técnicas de comunicação interpessoal com adolescentes: todos os profissionais que atuam na unidade precisam ser capacitados em anticoncepção. Essa capacitação se dará de acordo com a função exercida na unidade. Exemplo: dentistas podem, du-

rante o atendimento, fornecer informações e responder perguntas sobre o tema. O profissional da recepção precisa saber que o(a) adolescente tem direito a ser atendido(a) sozinho(a) e que pode adquirir anticoncepcionais sem a presença de pais ou responsáveis.

7. Esclarecer todas as dúvidas das/dos adolescentes.

8. Todos que atuam na unidade básica têm que se comprometer em reconhecer que a anticoncepção é um direito de todos, inclusive de adolescentes (independente de crenças pessoais).

9. Garantir o fácil acesso aos métodos contraceptivos, ou seja, possibilidade de consultas médicas e disponibilidade dos métodos na unidade.

10. Incluir os métodos anticoncepcionais reversíveis de longa duração (implantes e DIU, hormonal e com cobre) a todas as adolescentes e jovens sexualmente ativas, independentemente de sua idade e paridade. Assegurar que os métodos reversíveis de longa duração sejam oferecidos e estejam disponíveis entre as opções essenciais na educação sobre anticoncepção e na orientação em planejamento reprodutivo nos serviços de saúde.

11. Possibilitar que a aquisição dos métodos contraceptivos, incluindo os preservativos, tanto masculino como feminino, possa ser feita em um local com privacidade. A maioria das unidades fica em locais de grande circulação de pessoas, que por um lado é bom, pois é visível a todos, por outro inibe os adolescentes a pegarem, pois poderiam sofrer algum tipo de julgamento.

12. Informar que não precisa de exame ginecológico prévio para iniciar o uso do método contraceptivo, e no caso de colocação de DIU, é necessário facilitar o acesso à Ultrassonografia.

13. Todo atendimento em anticoncepção precisa ser acompanhado do atendimento em ISTs / Aids.

14. Controle de utilização e de estoque dos métodos anticoncepcionais mais utilizados pelos usuários.

15. Planejamento das ações educativas a serem realizadas na unidade devem ser adequadas aos adolescentes em uma linguagem mais próxima a eles. Podendo ser divididas em:

a) Passar uma informação: um mural informativo, minuto informativo, mensagens, folhetos, cartazes etc.

b) Ação educativa sobre métodos anticoncepcionais deve ser feita em grupo e incluir informações sobre todas as opções, mesmo que elas não estejam disponíveis no setor público.

c) A orientação é individual: deve ser realizada para que a adolescente possa escolher o método e o/a médico/a possa verificar os critérios médicos de elegibilidade. Essa orientação individual pode ser ou não dentro da consulta médica.

Apesar dos esforços realizados nos últimos anos para melhorar o acesso de adolescentes a métodos anticoncepcionais e de criar serviços de boa qualidade no atendimento ao adolescente, o número de gravidezes não planejadas nessa população ainda é bem maior que o desejado. Anualmente, cerca de 18% dos nascimentos no Brasil são de filhos de mães adolescentes. Em números absolutos isso representa 400 mil casos por ano, segundo dados do IBGE. Portanto, é de se notar que as ações restritas unicamente às unidades de saúde não são suficientes para diminuir o número de gravidez não planejada na adolescência. É necessário que as unidades de saúde compactuem com outros setores da sociedade para que as ações sejam mais efetivas.

Capacitação de educadores e adolescentes para atuarem como multiplicadores de prevenção

A capacitação deve ter como base os marcos de referência em saúde, em educação e nos aspectos legais. As informações devem ser sempre obtidas com base em evidências científicas. A capacitação deve ser contínua e é necessário a disponibilidade de profissionais para auxiliar nas dúvidas.

As informações passadas por educadores têm possibilidade de atingir um número muito maior de adolescentes, não ficando restritas a somente aqueles que procuram a unidade. Propicia um canal entre as escolas e a unidade. Podendo-se inclusive implementar a marcação de consultas diretamente na escola. Além disso, essa ação cria um canal entre as escolas e a unidade, sendo possível implementar um sistema para que as consultas sejam marcadas diretamente na escola.

Quando adolescentes realizam as ações educativas de prevenção, elas tendem a ser mais efetivas, além de promoverem maior facilidade na comunicação com seus pares, tanto para passar as informações como para deixar os demais adolescentes à vontade para fazerem as perguntas.

Integração unidade de saúde, escola e comunidade

É importante que os profissionais da saúde, educadores, escola e comunidade façam ações integradas e periódicas de prevenção para os adolescentes. Por exemplo, uma comunidade pode utilizar as datas já existentes,

como semana de prevenção à gravidez na adolescência e o dia nacional do adolescente para promover as ações, ou mesmo realizá-las em datas que sejam mais convenientes para aquela comunidade.

Sugerimos que todas as unidades possuam ou consultem on-line os seguintes documentos para serem utilizados nas ações descritas anteriormente:

Planejamento familiar

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf;jsessionid=63121F697F5063D48900C5E76A40A6B6?sequence=6

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>

Anticoncepção na adolescência

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20290c-GPA_-_Anticoncepcao_na_Adolescencia.pdf

https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/15-ANTICONCEPCAO_PARA_ADOLESCENTES.pdf

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1545-opcoes-anticoncepcao-na-adolescencia-5&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965

<http://www.anticoncepcao.org.br/site/>

Dados de anamnese que podem auxiliar na escolha do método:

1. Idade da menarca
2. Como é o fluxo menstrual?
3. Dismenorreia
4. Uso prévio de contraceptivos, quais?
5. Há necessidade de esconder o método?
6. Expectativa em relação ao método contraceptivo escolhido
7. Habilidade e motivação para o uso correto – Ex: se usa ACO*, faz uso correto?
8. Já utilizou anticoncepcional de emergência? Quantas vezes? Por quê?
9. Opinião sobre métodos injetáveis e LARCs**
10. Apoio do parceiro e de familiares

* ACO – anticoncepcional oral combinado

** LARCs – contraceptivos reversíveis de longa duração

CAPÍTULO

5

ATENÇÃO INTEGRAL AO ADOLESCENTE EM SAÚDE MENTAL E USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Problemas psicológicos e comportamentais na adolescência são frequentes, pois é um momento crítico da vida do ser humano no qual ocorrem intensas mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, e se decide por padrões de comportamento. Por tudo isso, a adolescência é um período de grande vulnerabilidade e risco. Entretanto, as possíveis trajetórias estão intimamente relacionadas com as vivências e aprendizados ocorridos na infância.

Entre os problemas psicológicos e comportamentais na adolescência, são frequentes:

Problemas de internalização: manifestado por meio de perturbações emocionais e cognitivas como depressão e ansiedade.

Problemas de externalização: manifestado por meio de problemas comportamentais ou de atuação, sendo o problema mais comum o comportamento delinquente.

Abuso de substâncias.

5.1 Depressão

A depressão nessa fase do ciclo de vida está presente em 8 a 10 % da

população adolescente e pode se manifestar por episódios de depressão severa ou atípica (distímia), podendo ocorrer tristeza persistente e irritabilidade.

As principais características são:

- Perda de interesse em atividades antes consideradas prazerosas
- Mudança drástica de peso e apetite
- Hipersonia ou insônia
- Agitação ou hipoatividade
- Perda de energia
- Sentimento de impotência ou culpa inapropriada
- Dificuldade de concentração
- Pensamentos de morte ou suicida
- Isolamento

Crítérios para diferenciar uma variação normal do humor e conduta de problemas mais sérios:

- Duração maior do que duas semanas
- Persistência e gravidade de sintomas fixos com perda de flutuação do humor e comportamento
- Impacto dos sintomas na performance escolar, nos relacionamentos interpessoais, em casa e nas atividades de lazer

5.2. Autoagressão não suicida

Fazem parte de autoagressão comportamentos de cortar, queimar, escharificar, beliscar a superfície da pele com intensão de aliviar um sofrimento emocional. Sua prevalência varia de 15 a 35%. Está associada a sintomas depressivos e outros agravos de saúde mental.

Observação: Tatuagens e *piercings* não entram nessa categoria.

5.3 Suicídio

As ações de autoagressão com o objetivo de terminar a vida que resulta em morte não discrimina sexo, idade e etnia, também são encontradas na população adolescente e as taxas vêm aumentando mundialmente.

Os principais fatores de risco para suicídio são:

- Tentativa anterior de suicídio

- Depressão e outras doenças mentais
- Uso de SPA
- História familiar de doença mental, uso de SPA e suicídio
- História familiar de violência incluindo *bullying*, abuso físico e sexual
- Ter uma arma de fogo em casa
- Ter sido preso ou outros problemas com a lei
- Ser exposto a comportamento suicida de outras pessoas da família, amigos ou celebridades
- Doenças debilitantes
- Ter entre 15 e 24 anos

Homens morrem mais de suicídio do que mulheres por usarem métodos mais letais como arma de fogo e sufocamento.

Mulheres tentam se suicidar mais frequentemente do que homens, mas usam métodos menos letais, como envenenamento.

Sinais de alerta para suicídio:

- Falar sobre querer morrer ou querer se matar
- Falar de sentir-se vazio, sem esperança ou sem razão para viver
- Planejar ou procurar uma maneira de se matar, como pesquisar on-line, armazenar pílulas ou adquirir itens potencialmente letais (por exemplo, armas de fogo, cordas)
- Falando de grande culpa ou vergonha
- Falando de se sentir preso ou sentindo que não há soluções
- Sentir dor insuportável, tanto física quanto emocional
- Falando sobre ser um fardo para os outros
- Usando álcool ou drogas com mais frequência
- Agindo ansioso ou agitado
- Afastando-se da família e amigos
- Mudança de hábitos alimentares e/ou de sono
- Mostrando raiva ou falando em buscar vingança
- Correr riscos que podem levar à morte, como direção imprudente
- Falar ou pensar em morte com frequência
- Exibindo mudanças extremas de humor, mudando repentinamente

de muito triste para muito calmo ou feliz

- Doar os bens importantes
- Dizer adeus a amigos e familiares
- Colocando os assuntos em ordem, fazendo um testamento

Os comportamentos e pensamentos suicidas são sinais de grande sofrimento e não devem ser interpretados como apenas desejo de chamar atenção. Quando as pessoas falam que estão pensando em se ferir, o risco é real e deve sempre ser valorizado.

Perguntar para as pessoas sobre suicídio não as põe em risco, pelo contrário, pode ser uma oportunidade para identificar o risco e daí falar sobre o seu sofrimento.

Deve-se fazer a triagem universal para sintomas depressivos, independente da sua percepção quanto ao humor do paciente. Use um questionário padronizado para fazer a investigação de sintomas depressivos. Ver o capítulo sobre consulta do adolescente em que sugerimos o instrumento PHQ-2 que consiste em duas perguntas, e se o escore for maior do que 2 deve-se completar a investigação com o instrumento PHQ-9.

Intervenção breve para prevenção ao suicídio

Objetivo: fornecer ao paciente uma série de estratégias e recursos que podem ser usados se os pensamentos suicidas voltarem.

É recomendável que as intervenções funcionem de forma a seguir passos, mas se o paciente sentir que está em grande risco ou com dificuldades para continuar seguindo o “cronograma”, deve procurar atendimento imediatamente.

Os passos são sugestões, não devem servir como um fator estressor ou uma obrigação a ser cumprida.

É importante que a intervenção ocorra após uma avaliação do risco de suicídio.

Definir os eventos que ocorreram antes, durante e após a crise suicida recente, descrevendo os fatores precipitantes e suas reações a esses acontecimentos, facilita a identificação de sinais de alarme que podem ser incluídos no plano de segurança.

O desenvolvimento do plano deve ser feito de forma colaborativa.

Etapas:

- a) Reconhecer os sinais de alarme de uma crise suicida iminente

- b) Usar as estratégias para lidar com os acontecimentos

c) Usar as interações sociais como formas de distração diante dos pensamentos suicidas

d) Entrar em contato com familiares ou amigos que possam ajudar a resolver a crise

- e) Entrar em contato com profissionais de saúde mental ou instituições

f) Reduzir o uso potencial de meios letais: discutido após completar o restante do plano, com o auxílio de familiares e/ou amigos, por um período determinado

5.4 Uso de mídias: influência e abuso

Sabemos que as mídias exercem grande influência no comportamento social, principalmente entre crianças e jovens, pois retratam modelos de conduta de uma determinada maneira, selecionam informações e conhecimentos, fornecem estímulos e têm efeito da terceira pessoa. Assim como adultos, adolescentes acreditam que a mídia influencia a todos, menos a si mesmos.

Crianças e adolescentes são influenciáveis pela mídia:

- Aprendem por observação, imitação e pelas suas próprias atitudes
- Atitudes e comportamentos agressivos podem ser aprendidos pela imitação de modelos observados
- Exposição prévia à violência correlaciona-se com comportamento agressivo
- O Brasil está em segundo lugar em tempo gasto por adolescentes usando mídia
- Média de 9 horas e 32 minutos/dia e 55 a 70 horas/semana
- Várias horas de música/dia como fundo para outras atividades
- 10.000 cenas de violência/ano
- 15.000 cenas com referências sexuais/ano
- Somente 15% lidando com temas como anticoncepção, DST e gravidez
- 1% com ênfase a riscos

A mídia pode ter influência positiva, contribuindo na socialização e

educação de crianças e adolescentes, promovendo aspectos positivos de conduta e possibilitando o desenvolvimento de habilidades cognitivas. Fornece informações, expande conhecimentos, estimula a proficiência no uso da tecnologia e a habilidade para trabalhar com jogos e programas, melhora a coordenação motora fina e a prática de resolver problemas. Entretanto, quando em excesso pode ter efeitos negativos na criança e adolescente no que tange a:

- Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor
- Desenvolvimento da Sexualidade
- Violência
- Transtornos alimentares (obesidade, anorexia)
- Problemas escolares
- Uso de drogas

A longo prazo:

- Problemas físicos e mentais
- Condutas agressivas
- Dessensibilização à violência
- Medo
- Depressão
- Pesadelos
- Distúrbios do sono

5.5 Violência

Alguns autores encaram a agressividade e a violência como uma resposta adaptativa perante circunstâncias adversas.

O comportamento antissocial é visto como uma resposta necessária e inevitável da criança ou adolescente para sobreviver em lugares em que os perigos ao seu bem-estar são comuns. A agressão física é um problema de saúde pública. Crianças agressivas apresentam grande risco de se tornarem adolescentes e adultos violentos. A agressão física é um precursor de problemas mentais na vítima e também no agressor.

Alguns dos fatores que estão relacionados à violência são:

- Causas a curto prazo: consumo de álcool e drogas e a inserção em gangues

- Causas a longo prazo: práticas parentais inadequadas, abandono e exposição repetida à violência

Estudos apontam que ações no campo da prevenção à violência devem considerar:

- Programas de fortalecimento dos vínculos familiares
- Programas de prevenção ao uso de drogas
- Prevenção e redução de problemas de comportamentos nas escolas
- Redução do fracasso escola
- Estímulos para melhorar a autoestima dos adolescentes
- Estímulos ao Protagonismo Juvenil

5.5.1 Violência contra a mulher adolescente

A violência contra a mulher é muitas vezes invisível, pois diferentemente da violência perpetrada contra homens que ocorre em espaços públicos, a violência contra a mulher ocorre, em sua maioria, em ambiente doméstico e por pessoas de sua convivência diária. A violência pode ser sexual, física, psicológica, maus-tratos, negligência e exploração pelo trabalho. As adolescentes estão sujeitas a maior risco, pois além de serem mulheres, elas apresentam imaturidade psicossocial, dependência econômica e falta de garantias de direito. Estudos desenvolvidos com adolescentes e jovens demonstram que a violência presente nas relações afetivas aumenta o risco de doença sexualmente transmissível/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/Aids), pois há uma associação significativa entre violência interpessoal e o não uso de preservativo nas relações sexuais. No Brasil, 43% das mulheres declararam ter sofrido alguma forma de violência, e a cada 15 segundos, um ato de violência é praticado contra elas. Uma em cada três ou quatro meninas jovens sofrem abuso sexual antes de completar 18 anos. Há diversos obstáculos para a prevenção da violência contra a mulher, entre eles as culturas da violência, a masculinidade tóxica que promove o ambiente machista e misógino, o racismo, a homofobia e a concepção de que um evento que ocorre na vida privada não é uma questão a ser tratada pela sociedade.

A Atenção Básica é um local privilegiado para identificar a violência vivenciada, discutir direitos sexuais e reprodutivos e prevenir desfechos graves. Ações intersetoriais permitem intervenções de forma contextualizada combatendo as múltiplas facetas determinantes da violência. Destaca-se

a necessidade de discutir a contracepção nessas pacientes para evitar uma gravidez precoce do seu agressor.

5.5.2 Experiências adversas na infância

As experiências adversas na infância (EAI) são classificadas em abusos (físico, sexual, verbal e emocional), negligência (física e emocional) e problemas no ambiente familiar (presenciar a mãe ser submetida à violência física, familiar com doença mental, dependente de SPA, encarceramento ou divórcio). A frequência de experiências adversas na infância é alta, estudos norte-americanos estimam que 64% da população apresentou pelo menos uma EAI. O estresse tóxico associado às experiências levam a graves consequências e impactam o aprendizado, o desenvolvimento cognitivo de crianças e a longo prazo resultam em aumento do risco cardiovascular, obesidade, câncer e óbito. Os gastos com EAI são enormes, pois indivíduos afetados apresentam menor produtividade, com faltas frequentes no trabalho, maior uso do sistema de saúde e de assistência médica, dificuldade escolar e de aprendizado, com necessidade de educação especial, e devido à desestruturação familiar, geralmente essas crianças acabam em abrigos e na vida adulta apresentam maior risco de serem encarceradas. Mais do que 6 EAI levam o indivíduo a perder aproximadamente 20 anos de sua vida.

5.5.3 Bullying e Cyberbullying

O *Bullying* caracteriza-se pelo uso de força física, ameaça ou coerção para abusar, intimidar ou dominar agressivamente outras pessoas de forma frequente e habitual. Quando acontece no meio virtual é chamado de *Cyberbullying* e ambos levam a graves consequências para a saúde. Afetam todas as pessoas, especialmente crianças e adolescentes de todas as classes sociais.

Profissionais da atenção primária têm a responsabilidade de reconhecer pessoas em sofrimento e intervir, onde possível, para evitar os resultados adversos associados ao *bullying* e ao *ciberbullying*. Para isso se faz necessário investigar em todas as consultas a possibilidade do jovem estar envolvido em atos de *bullying* ou *cyberbullying*. As UBS e ESF devem, além de reconhecer as crianças e adolescentes que são alvos, atuar junto com a escola e comunidade na prevenção dessas violências.

Faz-se necessário também o acolhimento e o cuidado com o agente

causador do *bullying* ou *cyberbullying*, para entender a motivação, pois muitos agentes da violência foram ou são alvos de violência.

O quadro a seguir apresenta os principais sintomas e riscos associados ao *bullying* e *cyberbullying*:

Cefaleia	Dor de estômago	Dor em extremidades	Dor no pescoço
Dores nas costas	Diarreia	Constipação	Vômitos
Síndrome do intestino irritável	Enurese noturna	Alterações do sono	Apneia do sono
Desmaios	Tonturas	Paralisias	Hiperventilação
Irritabilidade	Queixas visuais	Anorexia	Bulimia
Isolamento	Agressividade	Choro fácil	Perda de memória
Histeria	Pânico	Medo	Resistência em ir à escola
Insegurança por estar na escola	Mal rendimento escolar	Demonstração de tristeza	Depressão
Ansiedade	Atos deliberados de autoagressão	Ideação suicida	Tentativas de suicídio

Modificado a partir de: Lopes Neto, 2005 e Gini, G.& Pozzoli, T. 2013

5.6 Uso de substâncias psicoativas

Na adolescência a impulsividade, curiosidade, necessidade de explorar o mundo, expressar a independência, vivenciar novas emoções, melhorar a criatividade e fugir de sensações desagradáveis podem levar jovens a condutas de risco, inclusive à experimentação de substâncias psicoativas. Durante essa fase do desenvolvimento, regiões relacionadas à emoção e gratificação são pouco suprimidas e não há uma boa elaboração do entendimento das consequências de seus atos, por isso a adolescência está associada a altas taxas de condutas propensas a acidentes incluindo acidentes de trânsito, homicídio e suicídio.

Fatores de risco para uso de SPA:

- Desconhecimento das drogas e seus efeitos
- Busca de prazer e curiosidade
- Noção errada de que “todo mundo usa”
- Tédio e falta de opções de lazer
- Fácil acesso às drogas
- Sociedade desigual e falta de perspectiva de vida

- Dificuldades na escola
- Atitudes familiares favoráveis ao uso de drogas

5.6.1 Álcool

O álcool é a droga mais consumida no mundo. Estima-se que 2 bilhões de pessoas consomem bebida alcoólica, e é responsável por 3,2% das mortes e 4% de todos os anos perdidos de vida útil.

Também é a droga mais consumida no mundo por adolescentes. Apesar de ser proibida a sua venda para menores de 18 anos em nosso país, há pouco empecilho para que eles comprem e consumam álcool. Estudos mostram que quanto mais cedo for o início de seu uso, maior a chance deste uso ser problemático na vida. Experimentação de bebida alcóolica abaixo de 13 anos aumenta o risco de uso problemático em 50%. Este risco reduz progressivamente com a idade e atinge 10% após os 21 anos.

Dados da PeNSE (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar) 2015 mostraram que 109 mil estudantes do 9º ano do turno diurno de escolas públicas e privadas do Brasil começam a beber por volta dos 13,9 anos e com 14,6 anos já bebem frequentemente. Outros achados:

- 5% iniciam aos 10 anos
- 34% dos adolescentes entre 14-17 anos bebem (na região sudeste 55% dos meninos e 64% das meninas entre 12-17 anos)
- 24% dos adolescentes relatam beber pelo menos 1 vez ao mês e 13% deles apresentando padrão intenso de consumo
- 21% dos meninos e 12% das meninas bebem até se embriagar, ou seja, mais de 3 doses em menos de 2 horas

Jovens que consomem álcool em grande quantidade/frequência têm:

- 2 a 6x mais probabilidade de ter consumido maconha do que a população geral
- 2 a 9x mais chance de ter consumido cocaína durante o ano anterior

O uso de álcool somado à inibição da função do receptor de glutamato produzem uma euforia inicial que é identificada como um dos mais importantes facilitadores (gatilhos) para o uso de SPA, particularmente a cocaína, com redução na percepção de risco e tomada de decisão.

5.6.2 Cigarro

Houve aumento do uso de tabaco em adolescentes. Outros derivados com nicotina como o narguilé também são populares entre grupos de adolescentes. Estima-se que fumar um recipiente de narguilé equivale a 100 cigarros.

5.6.3 Maconha

O uso de maconha está aumentando em todo o mundo devido à sua associação como forma de tratamento medicinal. No Brasil o uso ainda é baixo, em torno de 4%, sendo mais usado por meninos.

As consequências do uso abusivo de álcool e outras SPA na adolescência são muito variadas, incluindo:

- Má performance escolar
- Problemas sociais
- Prática de sexo sem proteção e/ou sem consentimento
- Maior risco de suicídio, homicídio e acidentes relacionados ao consumo

As intervenções na Atenção Básica voltadas à saúde de adolescentes serão efetivas se reconhecidas e respeitadas suas singularidades e necessidades.

A equipe de saúde deverá buscar a vinculação do adolescente ao serviço propiciando um ambiente acolhedor e confiável. Nesse sentido, é imprescindível manter a confidencialidade, respeito e valorização de sua capacidade autônoma nas suas escolhas.

CAPÍTULO

6

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. P. S. et al. Prevalência da gravidez de repetição rápida e fatores associados em adolescentes de Caruaru, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, PE, v. 17, n. 2, p. 355-363, 2017.

ANTICONCEPÇÃO on line. Disponível em: <http://www.anticoncepcao.org.br/site/>.

BAVA, S.; TAPERT, S. F. Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychology Review*, v. 20, n. 4, p. 398-413, 2010. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11065-010-9146-6.pdf>.

BLANKENSTEIN, N. E. et al. Individual differences in risk-taking tendencies modulate the neural processing of risky and ambiguous decision-making in adolescence *Neuroimage*, v. 172, p. 663-673, 2018. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1053811918300855?token=D4E7F5D17A68D4E3C0A9078F6637DA094C0424C178B591D383A34DCDBEF59E690CED355668D929D1E04C767A9E9CD35C>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao#adolescente>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_adolescentes.pdf. Acesso em: 28 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf. Acesso em: 29 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT): atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. A política nacional de saúde íntegra de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf. Acesso em: 28 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília, DF, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 6). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 19 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde: área técnica da saúde do adolescente e jovem. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica da Saúde do Adolescente e Jovem. Saúde sexual e saúde reprodutiva: um direito de adolescentes: guia para UBS e ESF. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: resolução CFM n. 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf. Acesso em: 28 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.811 de 14/12/2006. Norma

Federal – Publicado no DO em 17 jan. 2007. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido à mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. 3. ed. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4. ed. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Lei n. 6.202, de 17 de abril de 1975. Atribui a estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-Lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências. Brasília, DF, 1975.

CERQUEIRA, D. Atlas da violência 2018. Rio de Janeiro, RJ: Ipea; Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), 2018.

COHEN, E.; MACKENZIE, R. G.; YATES, G. I. HEADSS. A psychosocial risk assessment instrument: implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *Journal of Adolescent Health*, v. 12, n. 7, p. 539-544, 1991. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/019700709190084Y?token=4AE24319CF9B8E14F-DD913A4347E023022A825A8E4607DB851B866359CF0B495131E7D36E56B411002B-217B660487BCA>.

CRESPIN, J.; REATO, L. F. N. Hebiatria: medicina do adolescente. São Paulo, SP: Roca, 2007.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção à saúde do adolescente. 2. ed. Curitiba, PR: SMS-Curitiba, 2006. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centro_educacao/saude_do_adolescente/adolescente_001.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

De WIT, H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addiction Biology*, v. 14, n. 1, p. 22-31, 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1369-1600.2008.00129.x>

FEBRASGO – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Anticoncepção para adolescentes. São Paulo, SP, 2017. (Série Orientações e Recomendações, n. 9). Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/15-ANTICONCEPCAO_PARA_ADOLESCENTES.pdf.

FEBRASGO – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Contracepção reversível de longa ação. São Paulo, SP, 2016. (Série Orientações e Recomendações, n. 3). Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/03-.pdf>.

FONSECA, A. M. et al. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no

- Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, SP, v. 43, n. 5, p. 743-749, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/24.pdf>.
- GALDURÓZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 13, número especial, p. 888-895, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea17.pdf>.
- GILBERT, A. L.; RICKERT, V. I.; AALSMA, M. C. Clinical conversations about health: the impact of confidentiality in preventive adolescent care. Journal of Adolescent Health, v. 55, n. 5, p. 672-677, 2014. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1054139X14002390?token=8FF44E1DE1A1003D618AF81D0F6467B168B4F9F025673C53E06C47EFD3C455CBD075501D110B136060809B9DF9CF335F>.
- GINI, G.; POZZOLI, T. Bullied children and psychosomatic problems: a meta-analysis. Pediatrics, v. 132, n. 4, p. 720-729, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0614>.
- GOGTAY, N. et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. PNAS, v. 101, n. 21, p. 8174-8179, 2004. Disponível em: <https://www.pnas.org/content/pnas/101/21/8174.full.pdf>.
- GRILLO, C. F. C. et al. Saúde do adolescente. Belo Horizonte, MG: NESCON/UFMG, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3072.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.
- HALFON, N.; HOCHSTEIN, M. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. The Milbank Quarterly, v. 80, n. 3, p. 433-479, 2002. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1468-0009.00019>.
- HORTA, R. L. Lifetime use of illicit drugs and associated factors among Brazilian schoolchildren, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, SP, v. 17, supl. 1, p. 31-45, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/1415-790X-rbepid-17-s1-00031.pdf>.
- JACCARD, J.; LEVITZ, N. Counseling adolescents about contraception: towards the development of an evidence-based protocol for contraceptive counselors. Journal of Adolescent Health, v. 52, p. S6-S13, 2013. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1054139X13000608?token=53B6140972E3A6FA772AF5135B91A503157301B21EED3B97489A8513BBDE08D0966BA2B49E2A2E5AEED0BD2C9445A-FBA>.
- JESUS, N. F. (Coord.); SOARES JR., J. M.; MORAES, S. D. T. A. (org.). Adolescência e saúde 4: construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos. São Paulo, SP: Instituto de Saúde, 2018.
- KNIGHT, J. R. et al. Prevalence of positive substance abuse screen results among adolescent primary care patients. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, v. 161, n. 11, p. 1035-1041, 2007. Disponível em: file:///C:/Users/cendoc/Downloads/poa70049_1035_1041.pdf.
- KNIGHT, J. R. et al. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, v. 156, n. 6, p. 607-614, 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/cendoc/Downloads/poa10425.pdf>.
- KUH, D. et al. Life course epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health, v. 57, n. 10, p. 778-783, 2003. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/jech/57/10/778.full.pdf>.
- LAVRAS, C. C. C. et al. Plano Diretor de Unidade Básica de Saúde: manual de apoio para uso de facilitadores. Campinas, SP: NEPP/UNICAMP, 2018. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/upload/documents/publicacoes/87d5248f505c3b4c9e8d403051419974.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2019.
- LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 30, supl. 1, p. S5-S7, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0005.pdf>. Acesso em: 01 out. 2019.
- LEAL, M. C. Contracepção na adolescência. Hebiatria: medicina do adolescente. São Paulo, SP: Editora Roca, 2007.
- LUBIANCA, J. Opções de anticoncepção na adolescência. In: OPAS/OMS. Uso racional de medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da assistência farmacêutica. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1545-opcoes-anticoncepcao-na-adolescencia-5&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965.
- LUNDBERG, B. R. G.; MANIN, M. G. Contracepção: medicina do adolescente: fundamentos e prática. Rio de Janeiro, RJ: Atenheu, 2019.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à saúde do adolescente. Belo Horizonte, MG: SES-MG, 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3443.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.
- MORAES, S. D. T. A. et al. Planejamento reprodutivo na adolescência. In: JESUS, N. F. (Coord.); SOARES JR., J. M.; MORAES, S. D. T. A. (org.). Adolescência e saúde 4: construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos. São Paulo, SP: Instituto de Saúde, 2018.
- NEGREIROS, F. R. N. et al. Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, DF, v. 43, n. 1, p. 23-31, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n1/1981-5271-rbem-43-1-0023.pdf>.
- NETO, A. A. L. J198-MW_LOPES_Bullying, 81, 164-172, 2005.
- NIAAA – NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. Alcohol screening and brief intervention for youth: a practitioner's guide. 2019. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/YouthGuide.pdf>.
- OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Planejamento familiar: manual global para profissionais e serviços de saúde. Brasília, DF, 2007. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.

pdf;jsessionid=63121F697F5063D48900C5E76A40A6B6?sequence=6.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ação global acelerada para a saúde de adolescentes (AA-HA!): guia de orientação para apoiar a implementação pelos países. Washington, DC, 2018. (Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

PAHO – PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean: report of a technical consultation. Washington, DC, 2016. Disponível em: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Accelerating%20progress%20toward%20the%20reduction%20of%20adolescent%20pregnancy%20in%20LAC%20-%20FINAL.pdf>.

PAKS, C.; PEIPERT, J. F. Eliminating health disparities in unintended pregnancy with long-acting reversible contraception (LARC). *American Journal Obstetrics & Gynecology*, v. 214, n. 6, p. 681-688, 2016. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S000293781600301X?token=8D1F4EC29382D53B7F10C75C438755B4DD8443269B5C-0646C42EC9B26681C47C2B98E97AD1EC63AA1EE66E6C09A790CA>.

PEDIATRICS TAA OF POLICY STATEMENT. Children, adolescents, substance abuse, and the media. *Pediatrics*, v. 126, n. 4, p. 791-799, 2010. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/4/791>.

PENSE. Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, 2015.

PEREIRA, B. A. A. X.; SCHRAM, P. F. C.; AZEVEDO, R. C. S. Avaliação da versão brasileira da escala CRAFFT/CESARE para uso de drogas por adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 1, p. 91-99, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0091.pdf>.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1509.pdf>.

SAITO, M. I. et al. *Adolescência e sexualidade: visão atual*. São Paulo, SP: Atheneu, 2016.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. *Adolescência: prevenção e risco*. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2014.

SAMHSA – SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: mental health findings. 2013.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo, SP, 2006. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/38473036/Manual-Do-Adolescente>. Acesso em: 26 mar. 2019.

SBP – SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Adolescência. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais

como instrumentos ao pediatra. São Paulo, SP, 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21512c-MO_-_ConsultaAdolescente_-_abordClinica_orienteticas.pdf. Acesso em: 07 mar. 2019.

SBP – SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Anticoncepção na adolescência. São Paulo, SP, 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20290c-GPA_-_Anticoncepcao_na_Adolescencia.pdf.

SILVA, K. S. et al. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 5, p. 2485-2493, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a18v16n5.pdf>.

STANLEY, B.; BROWN, G. K. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 19, p. 256-264, 2012. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1077722911000630?token=A-01C38A70EA9B94BD7A66246CEBABF7EFCBC50DE7AE970931EA0CEB50C059C38C-222F19E5CCB59ED5BA9D5E26281FD39>.

TAQUETT, S. R. Políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher adolescente/jovem. *Adolescência e Saúde*, v. 5, n. 3, p. 49-53, 2008.

UNODC. World Drug Report 2018. 2018. Disponível em: <https://www.unodc.org/wdr2018/>.

VERBIEST, S. et al. Catalyzing a reproductive health and social justice movement. *Maternal and Child Health Journal*, v. 20, p. 741-748, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10995-015-1917-5.pdf>.

VITALLE, M. S. S. et al. *Medicina do adolescente: fundamentos e prática*. São Paulo, SP: Atheneu, 2019.

WHITE, B.; VINER, R. M. Improving communication with adolescents. *Arch Dis Child Educ Pract*, v. 97, n. 3, p. 93-97, 2012. Disponível em: <https://ep.bmj.com/content/edpract/97/3/93.full.pdf>.

WILSON, C. R. et al. Are clinical impressions of adolescents substance use accurate? *Pediatrics*, v. 114, n. 5, 2004.

ANEXOS

Anexo 1 – Grupos vulneráveis

Ao analisar a natureza dinâmica dos comportamentos individuais e sua interação com dimensões socioeconômicas e culturais, incorporou-se o conceito de **vulnerabilidade**, favorecendo estratégias mais efetivas ao controle das doenças e dos agravos à saúde.

Vulnerabilidade – Conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, diante de uma determinada doença, condição ou dano.

Adolescentes vulneráveis incluem aqueles que:

- Residem em áreas de risco ambiental, risco à saúde e com estatísticas de maior violência
- Vivem em famílias sem referências significativas, passando por processos de desestruturação de vínculos e/ou por processos de fragilidade econômica
- Estejam sofrendo ou em risco de sofrer violência doméstica
- Estejam com dificuldades escolares significativas, tendendo à evasão escolar
- Iniciaram vida sexual sem o necessário apoio dos serviços de saúde
- Vivem com necessidades especiais ou doenças crônicas
- Têm riscos nutricionais, ou seja: obesidade, dislipidemias, desnutrição, anemias carenciais, bulimia, anorexias etc.
- Exercem qualquer forma de trabalho não prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente
- Têm história de riscos do ambiente familiar como doença mental, dependência química, suicídio ou encarceramento de um dos cuidadores, presenciar a mãe recebendo violência física

Identificar situações que se configuram como de ALTO RISCO para os adolescentes, devendo ser priorizado o atendimento àqueles que:

- Estejam vivenciando situação de gravidez não planejada

- Apresentaram alguma infecção sexualmente transmissível (IST)
- Estejam em sofrimento mental com destaque às situações de depressão, risco de suicídio, alta ansiedade, impulsividade, manias, oscilações de humor significativas etc.
- Estejam envolvidos com substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas, tendendo ao abuso, à dependência química e/ou ao envolvimento com o tráfico
- Fogem com frequência de casa, tendendo a se estruturar nas ruas
- Estejam sendo vítimas de exploração sexual ou que tenham sofrido abuso sexual

Para perceber as situações de vulnerabilidade, é importante que os atendimentos não recaiam em fórmulas restritas a ouvir queixas e encaminhar condutas, mas que os encontros com os adolescentes sejam também oportunidades para apreender as vulnerabilidades do adolescente, as características de sua vida, seu grupo de amigos, família, da convivência comunitária e escolar, dentre outros.

Cada situação é particular e deve ser considerada na plenitude de sua singularidade. O que, por sua vez, pode gerar ações e manejos muito diferentes entre elas. Devem ser tratadas da forma mais ampliada possível pela saúde, podendo merecer também ações intersectoriais.

Anexo 2 – Profissionais e formas de atendimento

Para que a atenção ao adolescente não fique concentrada em encontros clínicos individuais face a face, através de consultas médicas, de enfermagem ou de outros profissionais, ou ainda, atividades de grupos realizadas de forma tradicional caracterizadas por palestras, é possível pensar em modalidades diferenciadas de atendimento, individual ou em grupo, visando a garantia do acesso e qualificação do cuidado ofertado a esse público alvo.

São consideradas **modalidades diferenciadas de atendimento**:

- **Atendimentos individualizados**, de tal forma que o adolescente se sinta valorizado e participativo, seja **na UBS, no domicílio**, ou até mesmo **não presencial** (por meio eletrônico ou mensagens instantâneas), respeitando os aspectos éticos e legais
- **Atendimentos em grupo**, como por ex. grupo operativo, atendimento por pares, dentre outros

O **cuidado multiprofissional** é necessário para a introdução de formas diversificadas de atenção profissional, especialmente na atenção básica. É construído pela relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas dos vários profissionais e pela interação entre esses agentes, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais.

Sugestões de modalidades diferenciadas de atendimento profissional
Atendimentos individualizados
<p>Encontros clínicos individuais</p> <p>A consulta médica pode ser requalificada no contexto da atenção multiprofissional, ou seja, a interação de outros profissionais de saúde não médicos, retirando da responsabilidade da consulta médica, várias tarefas que podem desempenhar. Em casos complexos, a atenção deve ser provida por uma equipe multiprofissional coordenada por um gestor de caso.</p> <p>Atenção domiciliar / Visita domiciliar</p> <p>Há uma série de termos ao classificar as diferentes ações de cuidado em saúde no domicílio, como: “visita domiciliar”, “atendimento domiciliar”, “internação domiciliar”, “atenção domiciliar”. As definições de cada termo complementam-se e o termo mais abrangente é “atenção domiciliar”, que engloba as definições de todos os outros e contempla todos os objetivos simultaneamente. Envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio.</p>

A visita domiciliar prioriza o diagnóstico da realidade na qual o adolescente está inserido e facilita as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações.

Atendimentos não presenciais (por meio eletrônico ou mensagens instantâneas)

Os atendimentos não presenciais envolvem: acesso on-line aos prontuários eletrônicos, acesso on-line aos resultados de exames, agendamento eletrônico dos atendimentos e acesso on-line de material educativo.

Atenção contínua

Proposta para atender pessoas de forma sequenciada, passando por diferentes profissionais de saúde, num mesmo turno de trabalho. Facilita para a pessoa usuária porque, num mesmo período do dia, ela se desloca para um único lugar e tem a atenção prestada por diferentes profissionais da equipe. (O último horário pode ser dedicado a um trabalho de grupo, com objetivo de educação em saúde).

É prestada, em série, por diferentes profissionais, mas não envolve o trabalho concomitante desses profissionais.

Deve haver um coordenador que pode ser um dos membros da equipe. Esse coordenador articula-se com o pessoal administrativo para verificar se todas as comunicações foram feitas em tempo oportuno, recebe as pessoas no dia agendado, verifica se os profissionais e os locais de atendimento estão disponíveis, checka se os exames complementares solicitados estão prontos e orienta os fluxos na unidade.

Atendimentos em grupo

Grupo operativo

A técnica se constitui de trabalho com grupos, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos, baseado numa tarefa. O grupo pode ser formado por portadores de determinada condição de saúde, por portadores de grupos de condições de saúde semelhantes, por idade, por gênero e outros critérios.

Atenção por pares (ou atenção por leigos)

Significa introduzir ou ampliar, na atenção básica, as atividades de grupos de portadores de condições crônicas, conduzidas por pessoas leigas portadoras dessas condições.

A seleção da pessoa usuária, que irá conduzir o grupo, é feita pela equipe de saúde, através de entrevista e observação. Adotam-se critérios como empatia, interesse em ajudar, motivação, habilidade de comunicação, interesse no trabalho voluntário e boa capacidade de autocuidado. A pessoa passa por capacitação para ser a facilitadora de grupos, realizada pela equipe de saúde.

Algum membro da equipe de saúde pode estar presente no grupo, mas somente como observador.

Para que os profissionais de saúde qualifiquem o cuidado ofertado é indispensável que usufruam de **atividades de capacitação e/ou de retaguarda**, que busquem melhorar a qualidade do atendimento, bem como a integração das práticas profissionais e dos serviços de saúde.

Atividades de capacitação e/ou de retaguarda aos profissionais de saúde

São as atividades voltadas ao aperfeiçoamento profissional e à promoção do trabalho conjunto entre os profissionais da equipe da AB e os especialistas, tendo como exemplo: matriciamento, segunda opinião, tutoria, supervisão formativa, processos de educação permanente e/ou continuada e outros processos de capacitação.

Anexo 3 – Instrumentos de gestão do cuidado

A gestão do cuidado se processa nos níveis político-institucional, organizacional (entre os diferentes níveis assistenciais) e nas práticas profissionais, que articulados superam a fragmentação e garantem a integralidade e continuidade da atenção à saúde. Potencializa a conformação de redes de atenção à saúde com serviços integrados e cuidados coordenados pela atenção básica à saúde.

No processo de gestão do cuidado para atenção ao adolescente, especificamente nos âmbitos das práticas profissionais e organizacional, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos:

- **Instrumentos de acompanhamento clínico**, que incluem os prontuários, as fichas de acompanhamento, cartões/carteiras do usuário (caderneta de saúde do(a) adolescente, carteira de vacinação), os relatórios de encaminhamento, dentre outros.

Ajudam a garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, auxiliam na comunicação e tomada de decisão em equipe e permitem um arquivo de dados-base.

- **Documentos de referência para as práticas profissionais**, que incluem as diretrizes clínicas, os protocolos clínicos, os protocolos de encaminhamento, os documentos técnicos de LC, os protocolos de serviços de saúde, os manuais técnicos, a carteira de serviços de saúde da UBS, dentre outros.

Com o intuito de orientar decisões relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de riscos e agravos e à assistência, bem como a organização de serviços para a oferta de cuidados adequados ao adolescente, com a incorporação de evidências da clínica, da saúde pública e da gestão em saúde, esses documentos contribuem com a normalização das atividades profissionais e dos serviços e acabam por facilitar a comunicação entre eles e a efetividade dos cuidados prestados.

- **Materiais de informação, educação e comunicação** tais como vídeos, *folders*, aplicativos, cartilhas; que servem de apoio aos profissionais de saúde para ampliar o conhecimento do adolescente e da família a respeito do processo saúde/doença em curso.

Anexo 4 – Acolhimento

O **acolhimento ao adolescente e sua família** proporcionado pela equipe da UBS deve ser entendido como uma oportunidade para o estabelecimento de relação de confiança, para a resolução das necessidades de saúde apresentadas e para o estabelecimento de vínculos com esse usuário.

As oportunidades de contato da equipe de saúde com o adolescente ocorrem, na maioria das vezes, na atenção à demanda espontânea. Cabe à equipe, integrada ao acolhimento, a abertura para outras possibilidades de atenção, especialmente ao seguimento da saúde em toda a faixa etária.

O tipo de abordagem no atendimento ao adolescente, desde a recepção na UBS até a consulta propriamente dita e seus eventuais encaminhamentos, vai viabilizar a vinculação com a unidade como referência de ajuda e apoio não só às queixas orgânicas, como também aos seus conflitos e suas dúvidas.

Para que o acolhimento seja efetivo, faz-se necessário:

- Escuta qualificada que permita a tomada de uma solução para o adolescente (atendimento, agendamento, encaminhamento, ou o que for necessário)
- Presença de protocolos institucionais que definam a estrutura do atendimento na recepção do adolescente
- Foco na integralidade da atenção ao adolescente
- Valorização do momento de encontro, para estabelecimento de vínculo e de cuidado
- Garantia de acesso, com a oferta de consulta imediata, ou com garantia de agendamento, tomando cuidado para não estabelecer regras rígidas que dificultem ou impossibilitem o acesso do adolescente aos serviços
- Triagem e **classificação de risco clínico**, compreendendo como um mecanismo de manejo clínico, que auxilia o profissional a estabelecer diagnóstico, uma exclusão diagnóstica ou uma prioridade na atenção
- **Estratificação de risco socio sanitário**, que se relaciona diretamente com o conceito de vulnerabilidade social, e em última instância, a aspectos sociopolíticos e culturais combinados, como o acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, dentre outros

No que se refere tanto à classificação de risco clínico como à estratificação de risco socio sanitário, é indispensável avaliação dinâmica dos fatores de risco, ou seja, devem ser reavaliados rotineiramente.

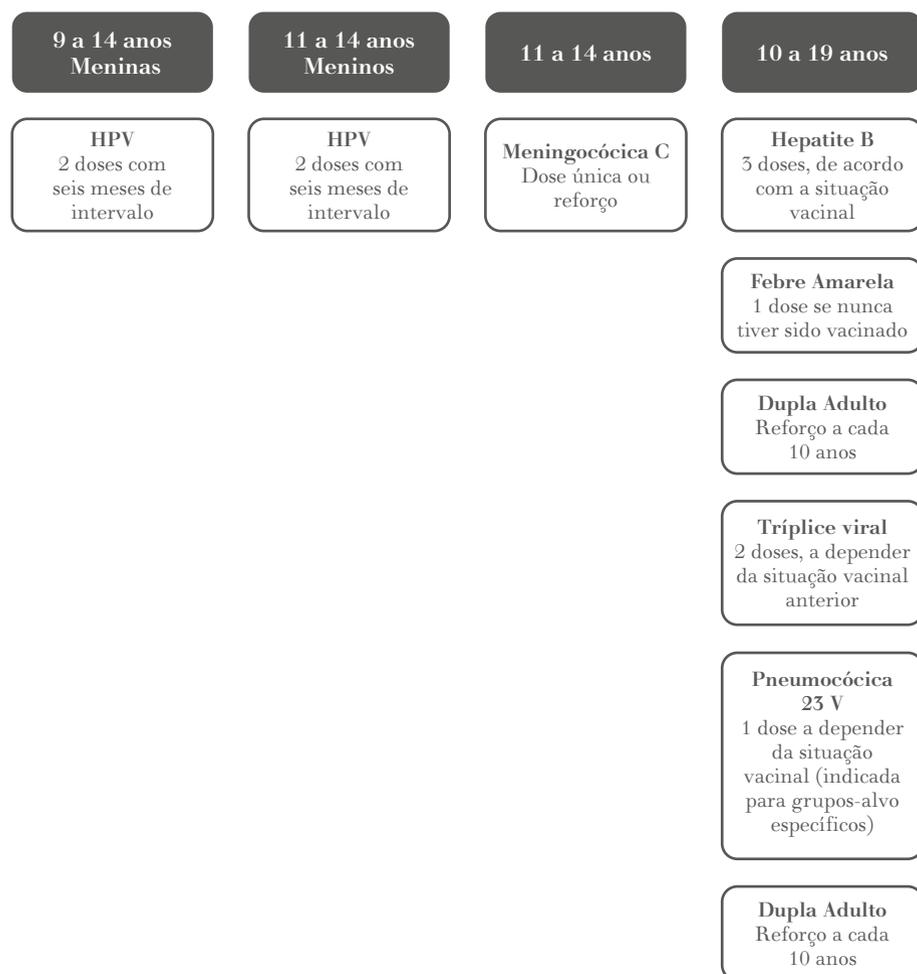
Como parte do processo de acolhimento, a recepção pró-ativa é entendida como o conjunto de atividades desenvolvidas no momento de chegada do adolescente no espaço físico da unidade, em todas as vezes que ele necessitar de algum tipo de cuidado. A **recepção pró-ativa** tem a potência para superar os limites burocráticos das recepções de caráter administrativo que ainda acontecem em muitas unidades de saúde.

A **recepção pró-ativa** é um ato de escuta, de empatia para com o adolescente, de realizar avaliação do risco e da vulnerabilidade, e de responsabilização pelo que é trazido como queixa, como demanda, como expectativa.

Anexo 5 – Imunização

A maioria das vacinas disponíveis no Calendário Nacional de Vacinação⁴ é destinada a crianças até os 10 anos de idade. Porém, há vacinas que são recomendadas para o período da adolescência, como também algumas, que foram administradas na infância, precisam de reforço nesse período.

Esquema Básico de Imunização em Adolescente



Fonte: Brasil (2019).

⁴ Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/jpg/2019/marco/22/Calendario-de-Vacinacao-2019-Atualizado-Site-22-05-19.jpg>

Anexo 6 – Métodos contraceptivos ofertados pelo SUS

Métodos de Barreira	Indicações na Adolescência	
Diafragma	Pouco popular entre adolescentes, exige avaliação do ginecologista para medição do colo uterino. Não protege para IST /HIV /Aids. Associar espermicida e preservativo.	
Preservativo	Previne IST /HIV /Aids e se usado de forma correta é de alta eficácia para prevenção de gravidez. Orientar usar em todas as relações sexuais, mesmo com outro método (dupla proteção).	
Feminino	Pouco utilizado por adolescentes	
Masculino	Sempre orientar seu uso, nunca assumir que os adolescentes sabem colocar de forma correta.	
Métodos Hormonais	Indicações na Adolescência	
Orais	ACO Combinado Monofásico	Sem restrições (Obs. critérios de elegibilidade) Associar preservativo para dupla proteção
	Minipílula	Menos eficaz que o combinado, não interfere na densidade mineral óssea, apresentam poucos efeitos adversos e poucas contraindicações.
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	É importante que os adolescentes conheçam esse método e saibam que deve ser usado em caráter de exceção, somente em situações emergenciais, e não como método anticoncepcional regular. Deve ser prescrita juntamente com ACO com a orientação de uso nas situações específicas de risco de gravidez. Reforçar dupla proteção.

Injetáveis	Mensal combinado	Boa opção para adolescentes, principalmente para as com baixa adesão ao oral.
	Trimestral	Causa aumento de peso e outros efeitos adversos. Há evidências de diminuição da densidade mineral óssea ao longo do tempo de uso em adolescentes, além de prejudicar a aquisição de massa óssea naquelas que ainda não atingiram seu pico de ganho ósseo. Ainda não há conclusão definitiva sobre os efeitos sobre o futuro ósseo: para pacientes maiores de 18 anos. Seu uso continuado depende de avaliação individual de riscos e benefícios.
Métodos Mecânicos	DIU Tcu-380 A DIU T de cobre	Atualmente é o método de escolha durante a adolescência. Pode ser colocado em nulíparas, precisa de acompanhamento em decorrência do maior risco de expulsão. Pouca reação com DIP. Recomendar associar preservativo (Dupla proteção).

Long Acting Reversible Contraception (LARC).

O DIU, o implante subdérmico e o SIU-LNG compõem o grupo dos LARC. Estes métodos têm alta eficácia por não dependerem da adesão e observância da usuária e independem do fator “esquecimento”, por isso são os mais indicados em adolescentes.

Implante e SIU-LNG não são oferecidos de forma rotineira e generalizada pelo SUS.

Alguns municípios possuem serviços e programas com esses métodos disponíveis para adolescentes.

Anexo 7 – Anamnese

A anamnese implica coletar informações sobre o paciente, familiares e o ambiente onde vive. Deve-se estender para aspectos da vida social, de trabalho, da sexualidade, da situação psicoemocional e violência, entre outros.

Do ponto de vista didático, pode-se dividir a anamnese em **três ou mais momentos: entrevista com paciente e familiares juntos, entrevista com o paciente a sós e retorno para cliente e pais/responsáveis.**

Primeiro momento: adolescente e familiares juntos

Oportunidade em que se faz a investigação das condições de nascimento, peso e estatura ao nascimento, aleitamento materno, desenvolvimento psicomotor, antecedentes pessoais fisiológicos e patológicos, antecedentes familiares, queixa principal e história da moléstia atual, segundo a visão familiar, história vacinal.

Segundo momento: a sós com o adolescente

Constitui o tempo mais importante da consulta, uma vez que é a oportunidade de o paciente se expressar de forma mais livre e aberta. É o momento oportuno para se fazer avaliação de comportamentos de risco (HEADSSS), bem como realizar **intervenção breve**⁵.

Terceiro momento: com os pais /responsáveis

Volta-se ao acompanhante para que, também com ele, sejam discutidas as condutas e esclarecidas as dúvidas existentes.

Na existência de conflitos evidentes, ou de violência familiar, torna-se necessário **mais uma etapa**, desta vez **para uma conversa a sós com os responsáveis**. Entretanto, deve-se ter muito cuidado para não perder o vínculo com o paciente, pois ele pode pensar que você vai contar aos pais sobre o que foi conversado durante o momento a sós com ele. Caso sinta que há necessidade de conversar com os pais por comportamentos durante conflitos familiares, converse com o adolescente antes, explicando que você gostaria de conversar com os pais sobre os conflitos e peça permissão para conversar a sós com eles. Mostre ao adolescente que você está do lado dele e que o objetivo da conversa é melhorar os conflitos. Combine com ele o que você pode falar aos pais e o que não pode falar.

⁵ O termo Intervenção Breve refere-se a uma estratégia de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente. O Anexo 8 elucida a aplicação da Intervenção Breve no que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas pelo adolescente.

Considerações

- A realização da anamnese em momentos deve ser entendida de maneira flexível e adaptada a cada situação.
- Nos casos em que houver impossibilidade de uma relação direta com o adolescente, a consulta é realizada em um único tempo: médico/familiar/adolescente.
- A ausência de acompanhante não pode ser obstáculo para a realização da consulta. Caso o adolescente compareça sozinho, deve ser garantido o seu atendimento e, conforme a necessidade, poderá ser solicitada a presença de um responsável posteriormente.
- Pode-se garantir o sigilo ao paciente menor de idade, desde que não incorra em risco de vida para ele próprio ou para terceiros. Em todas as situações em que se caracterizar a necessidade da quebra de sigilo, o(a) adolescente deverá ser informado(a) a respeito.
- Durante a anamnese podem surgir barreiras de comunicação. Além de reconhecê-las e tentar superá-las, o profissional deverá buscar explorar as razões que determinam esse comportamento. Não sendo possível melhorar o relacionamento profissional de saúde/adolescente, deve-se considerar a referência a outro profissional.

A utilização da guia HEEADSSS

Empregada para avaliar comportamentos e complementar a anamnese do adolescente, podendo ser incorporada na prática cotidiana.

Significado da sigla HEEADSSS e sugestões para a abordagem em cada área

Sigla e significado		Indagações sugeridas
H	Home Casa	Onde você mora? Quem reside na casa com você? O ambiente é calmo ou “agitado”? Quem briga mais na sua casa?
E	Education/ Employment Educação / emprego	Sabe ler e escrever? Atualmente estuda? Em que ano? Você trabalha? Em quê? Horário – carteira assinada – interfere nos estudos?
E	Eating Disorders Distúrbios alimentares	Já fez dieta? Gosta de seu corpo? Está contente com seu peso e altura?
A	Activities Atividades	O que você faz além da escola? Pratica esporte? Qual? Quantas vezes por semana? Utiliza celular? Você joga videogame? Quanto tempo passa entre celular, games, TV, computador, telinhas em geral?
D	Drugs Drogas lícitas/ ilícitas	Você bebe? Com que frequência? Quando foi seu último porre? Onde costuma beber: em casa/bar/festas? Já experimentou kit (vodka + energético)? Já ficou de porre? Quando foi a última vez? Fuma tabaco? Início, quantidade de cigarros/maços por dia? Usou/usa outra droga? Qual, início, frequência, intoxicações / “overdose”? O CRAFFT (acrônimo de Car; Relax; Alone; Forget; Family/Friends; Trouble), descrito a seguir, tem sido internacionalmente recomendado para rastreamento de uso de SPA em adolescentes, e já foi validado para a língua portuguesa.

S	Sexuality Sexualidade	Já ficou? Está apaixonado(a)? Divide sua intimidade corporal com alguém? Já teve relações sexuais? Com pessoas de sexo oposto, mesmo sexo, ou tanto faz?
S	Security Segurança	Já sofreu algum tipo de violência? Onde? Por quem? Assalto? <i>Bullying</i> ? Já causou violência em alguém? Consequências?
S	Suicide Suicídio (risco de suicídio e depressão)	O que você faz quando se sente triste: fica quieto? Chora? Já pensou em desaparecer / se machucar? Já tentou? Recomenda-se realizar o PHQ-2 que são as duas primeiras perguntas do PHQ-9 e devem obrigatoriamente ter um escore maior do que 1 para que seja sugestivo de depressão. Se o escore no PHQ-2 for maior do que 3, realizar PHQ-9 (descrito a seguir).

Fonte: Sociedade de Pediatria de São Paulo, informe n° 10, janeiro de 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21512c-MO_-_ConsultaAdolescente_-_abordClinica_orientÉticas.pdf.

CRAFFT/CESARE – Perguntas para Triagem

Responda, por favor, a todas as perguntas honestamente.
Garantimos a confidencialidade de suas respostas.

IDADE: _____ SEXO: masculino feminino

Parte A
Nos últimos 12 meses:

	Não		Sim
A1. Bebeu <u>álcool</u> (mais do que alguns golinhos)?	<input type="checkbox"/>	Se você respondeu NÃO a todas as perguntas responda somente a B1	<input type="checkbox"/>
A2. Fumou <u>maconha</u> ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
A3. Usou <u>qualquer outra coisa</u> para ficar <u>alto/louco/chapado</u> ? ("qualquer outra coisa" inclui drogas ilegais, qualquer remédio e inalantes)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Se você respondeu SIM a alguma pergunta responda de B1 a B6	

Parte B

	Não	Sim
B1. Você já andou num <u>CARRO</u> dirigido por alguém (inclusive você) que estava "alto" ou que tivesse bebido álcool ou usado droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2. Você já <u>ESQUECEU</u> coisas que fez enquanto bebia ou usava droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3. Você já bebeu ou usou droga quando estava <u>SOZINHO</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4. Sua família ou <u>AMIGOS</u> já lhe disseram que você devia parar de beber ou usar menos droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5. Você já usou droga ou bebeu para <u>RELAXAR</u> , sentir-se melhor ou para se enturmar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6. Você já se meteu em <u>ENCRENCA</u> enquanto estava usando droga ou bebendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA CONFIDENCIAL:
A informação registrada nesta página pode estar protegida por leis federais especiais de confidencialidade (42 CFR Parte 2), que proíbem a revelação destas informações a menos que haja consentimento expresso e específico. Uma autorização generalizada para liberação de informações médicas NÃO basta para este propósito.

© CHILDREN'S HOSPITAL BOSTON, 2009. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.
Reproduzido com a permissão do Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston.
(www.ceasar.org)

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado(a) ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo(a) – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a)	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem. Ou o oposto – estar tão agitado(a) ou irrequieto(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____ = Total Score: _____				

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que eles lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas.			
<input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade	<input type="checkbox"/> Alguma dificuldade	<input type="checkbox"/> Muita dificuldade	<input type="checkbox"/> Extrema dificuldade
Interpretação do Score Total do PHQ-9			
Escore Total		Gravidade da depressão	
1-4		Depressão Mínima	
5-9		Depressão Leve	
10-14		Depressão Moderada	
15-19		Depressão Moderadamente Grave	
20-27		Depressão Grave	

Fonte: Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer; Janet B. W. Williams; Kurt Kroenke e colegas (1999), com um subsídio educacional da Pfizer Inc.

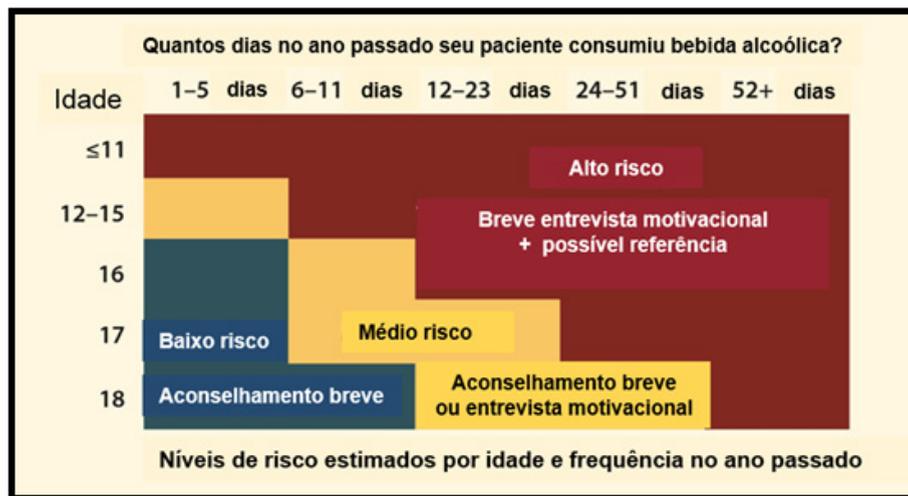
Anexo 8 – Intervenção breve

A **Intervenção breve** dirigida a adolescentes pode impedir ou postergar a experimentação de substâncias psicoativas (SPA), bem como prevenir seu uso abusivo.

Como proceder:

- Realizar a triagem inicial do uso de álcool e/ou outras drogas. Recomenda-se a utilização de instrumentos padronizados, de preferência validados para uso no Brasil.

Para classificar o risco relacionado ao uso do álcool, sugere-se a utilização do gráfico a seguir, juntamente com perguntas elaboradas para esse fim e condizentes com essa faixa etária.



Fonte: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2018). (Traduzido para o Português).

- Após a avaliação, tomar as medidas necessárias conforme o risco.

Sugestão para a abordagem, conforme o risco relacionado ao uso de álcool para aqueles que já usam:

Baixo risco	Médio risco	Alto risco
<p>Aconselhar sobre evitar uso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você não acha que agora é a melhor hora para você parar de beber? Seu cérebro ainda está se desenvolvendo e pode afetá-lo. Álcool pode levar você a fazer escolhas erradas que você irá se arrepender depois. Penso que você não gostaria de ver o álcool interferindo em seu futuro. 	<p>Se não tiver problemas relacionados ao uso, aconselhamento sobre evitar uso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você não acha que agora é a melhor hora para você parar de beber? Seu cérebro ainda está se desenvolvendo e pode afetá-lo. Álcool pode levar você a fazer escolhas erradas que você irá se arrepender depois. Penso que você não gostaria de ver o álcool interferindo em seu futuro. • Adicionar sua preocupação relacionada à frequência e quantidade de uso. <p>Se já tiver problemas relacionados ao uso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar sobre evitar o uso utilizando Entrevista Motivacional • Perguntar se os pais sabem • Pedir retorno em 1 mês 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Motivacional e intervenção breve para estimular mudanças • Perguntar se os pais sabem e pedir para compartilhar com eles • Considerar encaminhamento para serviço de tratamento • Pedir retorno em 1 mês

Pacientes com risco eminente

- Dirigir sob efeito de drogas
- Ingestão intensa de álcool e/ou outras drogas



Tomar medidas imediatas para garantir a segurança do adolescente, tais como:

- Notificar os pais
- Aconselhar a retirada da chave do veículo
- Encaminhar para tratamento em serviço de referência

Sugestão de Intervenção breve para uso de SPA

Definição de Embriaguez para adolescentes: 3 doses de bebidas em um espaço de 2 horas.

Adolescentes que não usam drogas:

- Reconhecer que a decisão de não beber e usar outras drogas reflete o cuidado dele com a sua saúde
- Reforçar a importância de escolhas saudáveis na vida e encorajar estas decisões: “Você fez uma escolha inteligente”
- Pedir para o adolescente apontar as razões para ele se manter abstinente e reconhecer: “Estas são boas razões e mostra que você se preocupa com sua saúde”
- Perguntar se o adolescente gostaria de saber sobre o risco e as consequências do uso de drogas
- Conversar com ele sobre os riscos de pegar carona com um motorista que está bebendo ou usando outras drogas
- Repetir a avaliação de risco o mais tardar em um ano

Não usam drogas, mas que têm amigos que usam:

- Reconhecer que a decisão de não beber e não usar drogas reflete o cuidado dele com a sua saúde
- Conversar com ele sobre o que fazer quando os amigos bebem perto dele. Perguntar em tom neutro: “Quando seus amigos estão bebendo e você não, me fale mais sobre isso”
- Construir com o adolescente um plano de como se manter abstinente quando os amigos bebem: Perguntar como ele vai agir quando receber pressão dos amigos para beber/usar drogas
- Explicar que a melhor resposta é simplesmente: “Não, obrigado”
- Quando pressionado, uma resposta efetiva é: “Eu não quero!”, sem necessidade de justificativa
- Conversar com ele sobre os riscos de pegar carona com um motorista que está bebendo ou usando outras drogas
- Reavaliar o risco na próxima consulta

Bebem ou usam drogas:

- Auxiliar na elaboração de objetivos pessoais e plano de ação
- Conversar com ele sobre os riscos de usar drogas e ver a possibilidade de abstinência, se possível, redução do uso e planos de contingência (aceitar ser encaminhado para tratamento)
- Conversar com ele sobre os riscos de dirigir sob efeito de álcool e drogas e de pegar carona com um motorista sob efeito de álcool e drogas
- Planejar uma entrevista psicossocial para o paciente

Anexo 9 – Exame físico

O adolescente tem direito à privacidade durante o exame físico e a presença de um acompanhante somente é necessária se ele preferir. Entretanto, caso o profissional de saúde prefira ter um acompanhante durante o exame físico, não há restrição, desde que o paciente concorde.

Devem ser avaliados ou examinados:

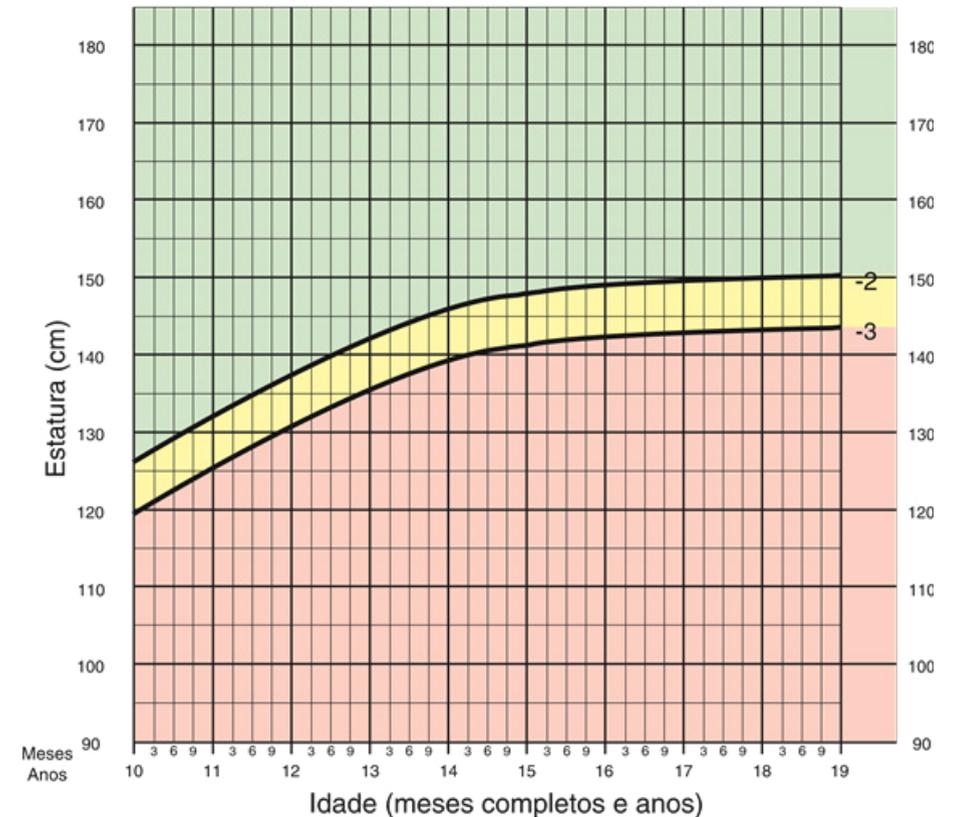
- Aspectos gerais (aparência física, pele hidratada, eupneico, normocorado etc.)
- Peso, altura, índice de massa corporal (IMC)/ idade e altura/idade – utilizar gráficos e critérios da OMS; Pregas cutâneas
- Pressão arterial (deve ser mensurada pelo menos uma vez/ano e compará-las às curvas de pressão arterial para idade)
- Avaliação dos sistemas: respiratório, cardiovascular, gastrointestinal etc.
- Acuidade visual com escala de Snellen
- Estado nutricional
- Tireoide, cavidade oral, otoscopia
- Coluna vertebral e postura
- Exame neurológico e mental (sumários)
- Maturação sexual – utilizar critérios de Tanner (masculino e feminino), orquímetro para avaliar o volume testicular

Na falta de orquímetro, lembrar que um volume testicular maior do que 2,5 cm no seu maior diâmetro equivale a 4 ml e já é considerado puberal, sendo G2. A partir de G2, o testículo vai aumentando progressivamente de volume até atingir um volume adulto que varia de 15 a 25 ml, porém não é o testículo e sim o desenvolvimento peniano que vai determinar os outros estádios puberais.

A genitália deve ser avaliada ao final do exame físico, no próximo momento oportuno se o paciente não permitiu, especialmente se houver queixa específica. O profissional deve ser habilitado para tal exame, evitando a exposição desnecessária do paciente.

Gráfico de estatura por idade (sexo feminino)

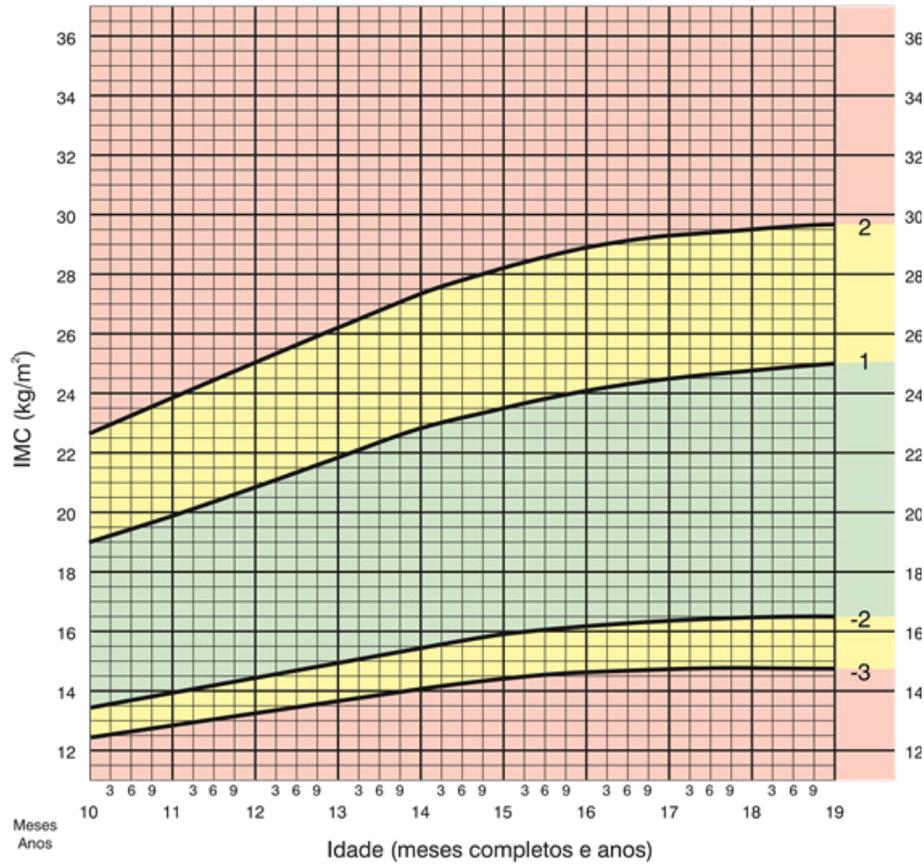
Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



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

Gráfico de IMC por idade (sexo feminino)

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



Valores Críticos DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
> Escore-z +2	Obesidade
> Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Escore-z -2 e < Escore-z +1	Eutrofia (IMC Adequado para a idade)
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
< Escore-z -3	Magreza acentuada

Estágios de Maturação Sexual Pranchas de Tanner

Estágios de desenvolvimento das mamas



Estágio 1
Mamas infantis (M1)



Estágio 2
O broto mamário forma-se com uma pequena saliência com elevação da mama e da papila e ocorre o aumento do diâmetro areolar. Melhor visualizar lateralmente. (M2)



Estágio 3
Maior aumento da areóla e da papila sem separação do contorno da mama. (M3)



Estágio 4
Aumento continuado e projeção da areóla e da papila formando uma segunda saliência acima do nível da mama. (M4)



Estágio 5
Mama com aspecto adulto, com retração da areóla para o contorno da mama e projeção da papila. (M5)

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



Estágio 1
Ausência de pelos, ou pelagem natural. (P1)



Estágio 2
Pelos iniciam-se com uma pelagem fina, longa, um pouco mais escura, na linha central da região pubiana. (P2)



Estágio 3
Pelos em maior quantidade, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



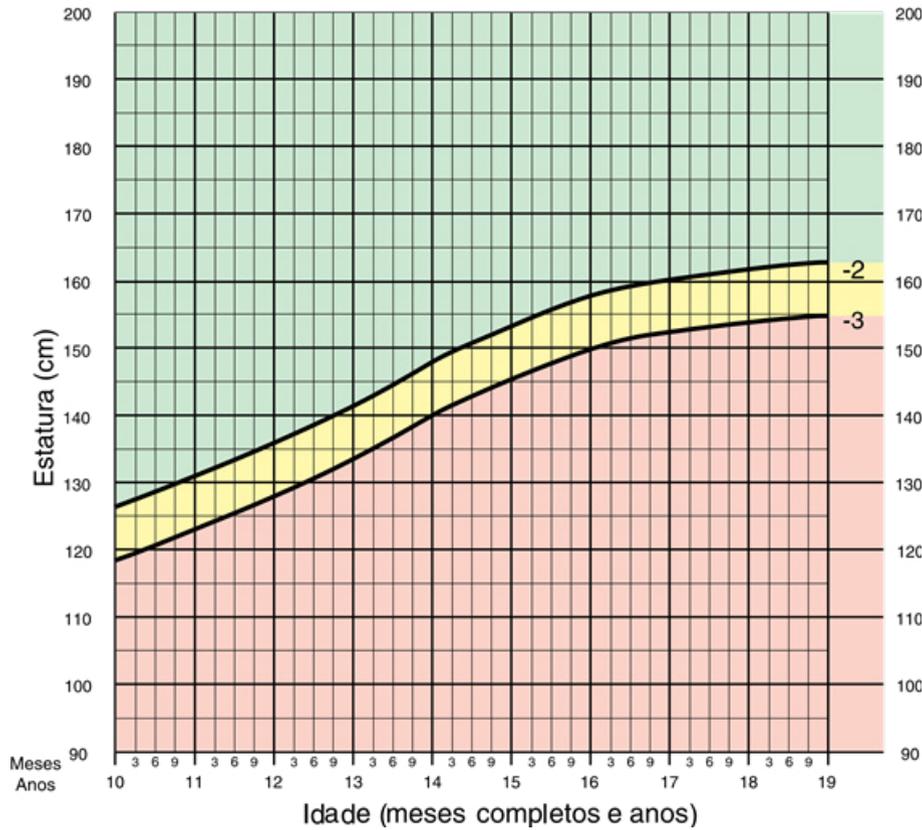
Estágio 4
Pelos do tipo adulto, encaracolados, mais distribuídos, e ainda em pouca quantidade. (P4)



Estágio 5
Pelos tipo adulto, com maior distribuição na região pubiana, e na raiz da coxa. (P5)

Gráfico de estatura por idade (sexo masculino)

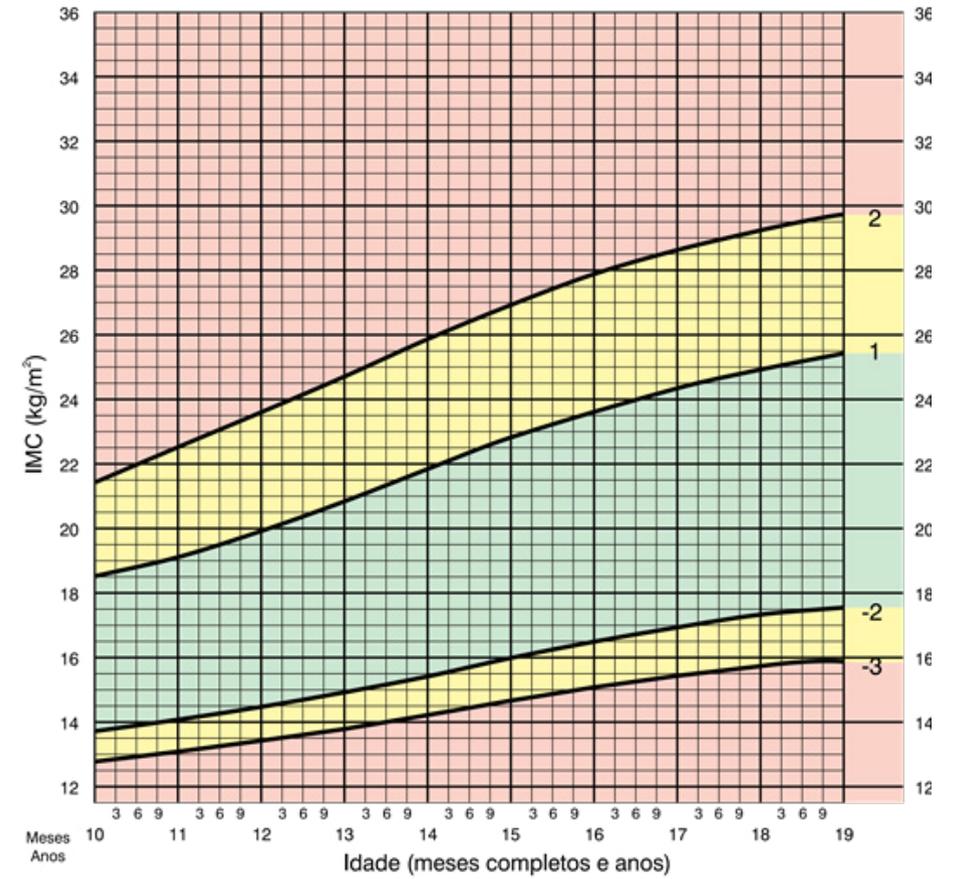
Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



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

Gráfico de IMC por idade (sexo masculino)

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



Valores Críticos DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
> Escore-z +2	Obesidade
> Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Escore-z -2 e < Escore-z +1	Eutrofia (IMC Adequado para a idade)
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
< Escore-z -3	Magreza acentuada

Estágios de Maturação Sexual Pranchas de Tanner

Estágios de desenvolvimento da genitália



Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



Anexo 10 – Aspectos éticos e legais

Ética – a relação profissional de saúde com os adolescentes deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos Códigos de Ética das diferentes categorias.

Privacidade – adolescentes podem ser atendidos sozinhos, caso desejem, independentemente da idade, em um espaço privado de consulta, em que são reconhecidas sua autonomia e individualidade, e será estimulada sua responsabilidade crescente com a sua saúde integral. Privacidade, no entanto, não significa diminuição da responsabilidade familiar ou sonogação do direito dos pais de participar das vivências do adolescente. É importante que se estabeleça, num momento adequado, uma relação pactuada e esclarecida entre o médico, enfermeiro, a família e o adolescente. Devem ser consideradas as situações de exceção como déficit intelectual importante, falta de crítica (alguns distúrbios psiquiátricos, toxicomania etc.), desejo do adolescente de não ficar só, entre outras.

O adolescente tem direito à privacidade durante o exame físico e a presença de um acompanhante somente é necessária se ele preferir. Entretanto, caso o profissional de saúde prefira ter um acompanhante durante o exame físico, não há restrição desde que o paciente concorde.

Confidencialidade e Sigilo – Adolescentes devem ter garantido o direito ao sigilo das informações obtidas durante o atendimento de saúde. A quebra do sigilo deve ser feita sempre que houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o adolescente quanto para terceiros, a exemplo de situações como abuso ou exploração sexual, risco ou tentativa de suicídio, risco ou tentativa de aborto, informações de homicídios, dependência de drogas, gravidez e outros. Nestes casos, a necessidade da quebra de sigilo deverá ser comunicada ao adolescente e a maneira e o momento de tal revelação aos pais ou responsáveis legais deverão ser individualizados a cada situação.

Anexo 11 – Cronograma de consultas

(Quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento puberal)

Intervalos das consultas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento puberal, conforme a fase em que o(a) paciente se encontra.

Fase do crescimento	Intervalo da consulta
No início da puberdade	De 3 em 3 meses
Aceleração	De 4 em 4 meses
Desaceleração	Uma vez ao ano até finalizar o crescimento

Fonte: Sociedade de Pediatria de São Paulo, informe n. 10, jan. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21512c-MO_-_ConsultaAdolescente_-_abordClinica_orienteticas.pdf.

No caso de alterações (estatura baixa ou elevada, maturação tardia ou antecipada), os intervalos de retorno serão definidos pelo profissional, conforme a necessidade do caso.

Anexo 12 – Plano de cuidado

A identificação de riscos e vulnerabilidades, desde o primeiro contato com o adolescente pela equipe de saúde, é fundamental para estabelecer o plano de cuidado, incluindo a regularidade dos retornos e seu nível de complexidade, que devem ser revistos a cada consulta.

O **plano de cuidado** tem como atributos: o enfoque de trabalho em equipe; a participação proativa dos adolescentes e/ou familiares; e o suporte de um sistema de informações em saúde.

Envolve vários momentos: o diagnóstico físico, psicológico e social; a explicitação das intervenções de curto, médio e longo prazos e a definição dos responsáveis por elas na equipe multiprofissional; a elaboração conjunta de metas a serem cumpridas; a definição dos passos para alcançar essas metas; a identificação dos obstáculos ao alcance das metas; as ações para superar esses obstáculos; o suporte e os recursos necessários para alcançar as metas; o estabelecimento do nível de confiança do adolescente para alcançar as metas; e o monitoramento conjunto das metas ao longo do tempo.

É parte fundamental do prontuário clínico (preferencialmente eletrônico).

Utiliza-se, também, o termo “**projeto terapêutico singular**” como referência ao **plano de cuidado**. O nome “**projeto terapêutico singular**”, em lugar de “**projeto terapêutico individual**”, como também é conhecido, justifica-se pelo fato de que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação. Trata-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com **apoio matricial**, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. Incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do adolescente, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência. As equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade e de vínculo entre equipe de saúde e adolescente/família. Cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo o tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio consoante necessário e, finalmente, assegurando a alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema.

Anexo 13 – Atividades educativas: temas importantes a serem abordados

As atividades educativas, sejam elas realizadas de formas individuais ou coletivas, devem ser pautadas por demandas frequentes de adolescentes aos serviços de saúde – por demanda própria, por demanda de familiares, equipamentos comunitários, ou por outros serviços de saúde ou de outros setores.

A escolha do tema e da forma da abordagem das atividades dependerá do contexto e serão mais efetivas se forem sucedidas de maneira participativa, com a colaboração dos próprios adolescentes, assim como de outros atores das suas comunidades.

Alguns temas recomendados para o trabalho com adolescentes

Temas	Sugestões de questionamentos para a abordagem do tema
Adolescência	<p>O que é ser adolescente para você, no contexto em que vive? Tem outros adolescentes em sua família? O que é diferente e igual entre vocês?</p> <p>O que você gosta e não gosta de fazer? Qual seu sonho hoje? Você tem algum medo? Por ser adolescente, você faz alguma coisa que não queria fazer? Você queria fazer alguma coisa e não pode? Quem te impõe esses limites? O que você faz hoje que não podia fazer antigamente?</p> <p>Você tem amigos da sua idade? Também tem amigos mais novos e mais velhos? Como é a relação de vocês? A idade deles muda alguma coisa? Por quê?</p> <p>Você já se apaixonou? Compartilhou isso com alguém? Você já beijou? Meninos ou meninas? Você já teve relações sexuais? Com meninos ou meninas? Seus amigos falam disso com você? Como seus pais/familiares lidam com isso?</p> <p>Fale três pessoas (família, amigos etc.) que você mais gosta e três pessoas que você menos gosta. Quais são os seus motivos para gostar e não gostar de alguém?</p> <p>Você já observou ou vivenciou alguma situação de discriminação? Você já observou ou vivenciou alguma situação de violência? Se sim, como se sentiu? Você já falou dessa situação para alguém? Conhece alguém com quem sabe</p>

	<p>que pode falar disso? Você sabe quais são os seus direitos e recursos nesse tipo de situação?</p> <p>Você participa de algum grupo ou coletivo, dentro ou fora da sua comunidade?</p> <p>Quais outros serviços e instalações públicas que você conhece em sua comunidade? Já teve experiências boas ou ruins ao frequentar alguns desses serviços e instalações?</p> <p>Como os(as) adolescentes que você conhece cuidam da saúde? Como você cuida da sua saúde? Tem dificuldades com algum aspecto? Algumas coisas lhe preocupam em relação à sua saúde?</p>
Alimentação	<p>Quais são os alimentos mais consumidos em sua casa? Quais alimentos consideram básicos? Quais alimentos são considerados “especiais”? Você come mais dentro ou fora de casa? Sua alimentação é igual ou diferente dos integrantes de sua família? Alguém em sua família come diferente dos outros? Por quê?</p> <p>Para você, o que seria “comer bem”? O quanto você está satisfeito com o que come no dia a dia? O que você mais gosta de comer? Com que frequência come isso? Gostaria de comer isso com mais frequência?</p> <p>Quem é o responsável por comprar comida e por cozinhar em sua casa? Você participa ou dá opinião na decisão do que comer? Se (você ou sua família) tivesse mais dinheiro, você comeria diferente? E se tivesse mais tempo e liberdade para (aprender a) cozinhar?</p> <p>Você acha que a sua alimentação influencia na saúde? De que forma? O que seria uma alimentação saudável para você? Você acha que come de forma saudável? E a sua família?</p> <p>Você já recebeu comentários, elogios ou críticas de outras pessoas, amigos, familiares ou profissionais de saúde, a respeito da sua alimentação? O que você acha disso?</p> <p>Quais seriam os obstáculos que poderiam tornar mais difícil, para você, comer bem e de forma saudável? Você conhece pessoas, serviços ou outros recursos que poderiam lhe ajudar caso você quisesse mudar a forma como você se alimenta ou para refletir melhor sobre essa questão?</p>

Corpo	<p>Você diria que conhece bem o seu corpo? Você se sente à vontade com ele? O que mais admira nele? Você se reconhece em seu corpo? Mudaria algo em seu corpo? O quê? Por quê? Você já fez ou faz algo para mudar seu corpo?</p> <p>Qual é o padrão de beleza para você? Você identifica algo em seu corpo que corresponde a esse padrão de beleza? Identifica algo que não corresponde a esse padrão? Em sua família, as pessoas correspondem a esses padrões? Entre os seus amigos, quantos correspondem aos padrões de beleza? Os padrões de beleza servem para quê? Para quem? Quais são suas consequências para a sociedade?</p>
Saúde sexual e reprodutiva	<p>Você costuma conversar sobre sexo com algumas pessoas? Esse assunto parece estranho para você? Tem alguém em sua família com quem pode conversar sobre sexo? Possui algum(a) amigo(a) com quem conversa sobre sexo? Você já buscou informação sobre sexo? Em quais meios? O que encontrou/aprendeu?</p> <p>O que é sexo para você? Quais práticas você considera como sexo? Você já fez sexo? Atualmente, tem vida sexual ativa? – Se não: qual o motivo de você não ter relações sexuais? Você se sente feliz assim ou desejaria começar a ter relações sexuais? Como você se sente em relação à ideia de ter uma relação sexual? Como você acha que aconteceria? Você tem algum receio, alguma exigência ou necessidade para que aconteça da forma que você quer? Você saberia utilizar uma camisinha? O que faria se o seu parceiro ou a sua parceira não quisesse utilizar camisinha? – Se sim: você diria que está satisfeito(a) com sua sexualidade? Ter prazer sexual é fácil ou difícil para você? Como é a sua relação com seus(suas) parceiros(as) sexuais? A sua atividade sexual já teve consequências indesejadas para você ou seus(suas) parceiros(as)? Você tem dúvidas com relação à sexualidade? Alguma coisa o(a) preocupa em relação à sua sexualidade? Já aconteceu de algum(a) parceiro(a) não querer usar camisinha? O que vocês fizeram naquela situação? O que você poderia fazer diferente?</p> <p>Para você, o que seria “sexo seguro”? Você sabe o que são IST? Sabe o que são métodos contraceptivos? Você já usou, usa ou indicou para um(a) parceiro(a) métodos de proteção contra IST ou contraceptivos? O que mais você pode fazer para cuidar de sua saúde e da de seu(sua) parceiro(a) em relação ao sexo?</p>

Gênero e sexualidade	<p>Quem são os membros da sua família? Quantos homens e quantas mulheres? Convive com pessoas do sexo oposto que tenham sua idade? Para você, o que diferencia os corpos de homens e mulheres?</p> <p>Você se reconhece como homem ou mulher? Por quê? Para você, como um homem deve se comportar? E uma mulher? A forma como você se comporta com as outras pessoas corresponde àquilo que as pessoas esperam de um homem ou de uma mulher? Tem coisas que você faz “igual a um homem”? Tem coisas que você faz “igual a uma mulher”? Você gosta disso ou não? Tem coisas que você não deve ou não pode fazer por ser menino(a)? Por quê?</p> <p>Como você se relaciona com meninos? E com meninas? Você já sentiu atração por meninos, meninas e ambos? Se sim, como reagiu? Você já sentiu que alguém sentia atração por você? Se sim, como se sentiu? Como reagiu? Você já teve relações sexuais? Se sim, como foi? Contou para alguém? Houve alguma consequência, positiva ou negativa, para você e para o seu parceiro ou sua parceira?</p>
Violência	<p>Que situações de violência você conhece? Você já observou ou vivenciou alguma situação de violência? Se sim, como se sentiu? Você já falou dessa situação para alguém? Conhece alguém com quem sabe que pode falar disso? Você sabe quais são os seus direitos e recursos nesse tipo de situação?</p>
Uso de álcool e outras drogas	<p>O que é droga para você? Dê exemplos. Para você, existem produtos cujo consumo é mais aceitável e menos aceitável? Por quê? Qual produto é mais utilizado por seus familiares? E por seus amigos? Usam com frequência? Em quais circunstâncias? Você percebe efeitos positivos e/ou negativos desse uso?</p> <p>Você usa algum tipo de droga? Se sente à vontade para falar qual? Com que frequência usa? Você a utiliza em quais momentos? Quando tem mais vontade de usar? Como se sente antes de usar? Como se sente após usar? Quais efeitos gosta de sentir? Qual não gosta? Na sua percepção, quais são os seus aspectos positivos? E quais seriam os negativos?</p> <p>Você acha que algumas pessoas lhe julgariam ou julgam negativamente por usar essa droga? Como se sente em relação a isso? Você considera que corre algum risco por utilizar algum produto? Qual (is)? Você consegue imaginar uma forma de reduzir esses riscos sem prejudicar os lados positivos do uso?</p>

	<p>Como tem acesso a esse(s) produto(s)? Como começou a utilizá-lo(s)? Como você adquire e financia seu uso? Utiliza livremente ou escondido? Quem sabe que você utiliza? Quem não sabe? Quem não pode saber? Qual seria a reação se soubesse?</p>
Escola	<p>Você gosta da sua escola? Do que você mais gosta nela? Do que menos gosta? Você mudaria alguma coisa na sua escola?</p> <p>Como são suas aulas? Quais são as matérias de que você mais gosta? Das quais você menos gosta? Por quê? Gostaria de estudar outros temas (citar exemplos como informática, culinária, sexualidade, música etc.)?</p> <p>Tem professor favorito? Tem professor de que você não gosta? Por quê? Você conversa com seus professores? Sobre o quê? Se algum problema acontecer na escola, com quem você busca ajuda?</p> <p>Quantos alunos têm na sua sala? Como é sua relação com os(as) colegas de classe?</p> <p>Na escola existem atividades diferentes, além de aulas? Quais? Você sabe o que é grêmio estudantil? Sua escola tem?</p> <p>Você mora longe da sua escola? Você almoça na sua escola? Gosta do seu almoço? Você lancha na sua escola? Leva lanche de casa?</p>
Projetos e sonhos	<p>Como você gostaria que fosse o mundo onde viverá no futuro? Como gostaria de se ver na vida adulta? Você tem sonhos ou planos para seu futuro?</p> <p>Você já compartilhou esse sonho com alguém da família ou amigos? O que dizem sobre seu sonho? Você sabe o que pode fazer hoje para contribuir para a realização dos seus sonhos e projetos? Acha que seus amigos e familiares lhe apoiariam?</p> <p>Você trabalha? Já trabalhou? Que trabalho você gostaria de realizar, idealmente? Já conheceu alguém que faz um trabalho parecido? Conhece alguém que pode lhe apoiar e lhe ajudar com seu projeto?</p>
Religião, cultura, etnia, raça e cor da pele	<p>O que é religião para você? Quantas religiões você conhece? Quais existem no bairro onde você mora?</p> <p>Você diria que tem fé? Em quê? Você tem alguma religião? Do que mais gosta em sua religião? Do que menos gosta?</p> <p>É a mesma religião do resto da sua família, ou é diferente?</p>

	<p>Tem amigos da mesma religião que a sua? Tem amigos de religiões diferentes? Você já se sentiu julgado por causa da sua religião? Se sim, como foi?</p> <p>O que você acha das outras religiões? Quais diferenças você percebe entre elas? O que elas têm em comum?</p> <p>Você acha que algumas religiões são associadas a algumas culturas, etnias, raças ou cor da pele? De que forma? Como isso se manifesta na sua comunidade?</p> <p>A sua religião influencia a forma como você cuida da sua saúde? Você acha que religiões podem ajudar ou tornar mais difícil o cuidado com a saúde? Como?</p>
Território	<p>Você mora em casa ou em apartamento? Com quem divide esse espaço? Você tem um quarto ou um espaço só seu? Você costuma levar amigos para sua casa? Você já foi à casa de algum amigo?</p> <p>Como você descreveria sua rua? Seu bairro tem mais crianças, adolescentes, jovens, adultos ou idosos? Quais serviços, instalações e estabelecimentos têm em seu bairro (mercado, igreja, banco, loja, serviços de saúde, escolas, creches, transportes, praças, parques, espaços de lazer etc.)? Você sente falta de ter algum serviço ou estabelecimento por perto?</p> <p>Qual o seu local preferido no seu bairro? Existe um lugar para esportes, eventos, encontrar pessoas, passear etc.?</p> <p>Quais tipos de transportes públicos estão disponíveis em seu bairro (trem, metrô, ônibus)? Qual desses você mais utiliza? Para onde você costuma se deslocar no seu dia a dia? Seus familiares trabalham, em sua maioria, pelo seu bairro ou em localidades mais distantes que precisem de transporte público?</p> <p>Quais serviços de saúde existem em seu bairro? Você frequenta algum deles? Você conhece os profissionais que trabalham lá? Como é sua relação com eles?</p>
Participação social e direitos humanos	<p>Você conhece os direitos de crianças e adolescentes estabelecidos pelo ECA? (Buscar junto com o adolescente exemplos de como os direitos que contém no ECA se aplicam na sua vida cotidiana e poderiam ser invocados para mudar situações)</p>

Saúde digital	Quais as mídias digitais e redes sociais que você conhece? Pedir para classificá-los do mais ao menos favorito ou utilizado por ele(a). Perguntar os motivos da classificação, os prós e contras – os “likes” e “dislikes” – de cada um e como ele(a) faz uso do meio virtual identificado. Como usa a mídia? Quantas horas por dia? Todos os dias? O que é bom nas mídias? O que não é tão bom nas mídias?
Hábitos saudáveis	Você já ouviu falar em hábitos saudáveis? O que você entende por hábitos saudáveis? Que hábitos saudáveis faz parte de sua rotina? Que hábitos saudáveis que precisam melhorar na sua vida? O que precisa acontecer para melhorar esse hábito em sua vida?

Anexo 14 – Sugestão de modelo de ficha de consulta do adolescente

Nome:

DN:

Prontuário:

Queixa principal; história mórbida atual; medicações em uso; interrogatório referente aos outros aparelhos; antecedentes pessoais: história gestacional, doenças e internamentos anteriores, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação; outras informações; heredograma; história mórbida familiar. Condições de moradia; condições socioeconômica.

Vacinas

Vacina	Recomendado	Paciente	Vacina	Recomendado	Paciente
DT	5 doses DPT+ Reforço a partir dos 14 anos		Varicela	2 doses	
Tríplice Viral	2 doses		Febre amarela	Área endêmica	
Hepatite B	3 doses (0-1-6)		Outras:		
HPV	3 doses (0-1-6)				

Interrogatório a ser feito sem a presença do acompanhante:

Habitação: Quem mora com você? Como está em casa? Há alguma situação estressante? Há conflitos? Sofre algum tipo de violência? Quem melhor lhe entende?

Educação e emprego: Estuda? Em que ano está? Como está seu rendimento escolar? Como estão as coisas na escola? Tem amigos? Quantos? Inimigos? Sofre *bullying*? Projetos para o futuro?

Atividade de lazer: O que você faz depois da escola? Em que atividade você

é bom? O que você gosta de fazer para relaxar? Alimentação: diário alimentar, restrição alimentar. Gosta do seu corpo? Você se acha magra, gorda ou com peso adequado? Mudança recente no peso? Fez dieta no ano passado? O que você acha que seria uma dieta saudável? Você se preocupa com o seu peso, com que frequência? Você come na frente da TV? Computador? Você provoca vômito para controlar seu peso? Como seria se você ganhasse (ou perdesse) peso? O que você faz de atividade física?

CRAFFT (ver encarte) e cigarro, horário do primeiro cigarro.

Sexualidade: Você já teve algum relacionamento? Se tivesse um relacionamento seria com um menino ou uma menina? Você já teve algum tipo de relacionamento sexual? Se sim, o que você faz para evitar a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis? Você gostaria de saber mais sobre métodos para evitar a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis? Você sabe o que é consentimento? Você pede permissão da outra pessoa quando você quer fazer algo com ela? Idade da menarca, ritmo menstrual, DUM, como é o fluxo menstrual? Dismenorreia? Iniciou atividade sexual? () sim () não; Teve DST; gravidez; espermaca; Utiliza preservativo? () sim () não; Utiliza MAC? Qual método? Como utiliza? Como adquire? Há necessidade de esconder o método? Expectativa em relação ao método? Habilidade e motivação para o uso? Já utilizou anticoncepção de emergência? Quantas vezes? Opinião sobre métodos LARC? Apoio familiar e do parceiro? Pretende engravidar?

Segurança (assédio verbal, violência física, psíquica, sexual, *bullying*, *ciberbullying*)

Saúde mental (ver encarte PHQ-2 e se escore maior do que 2, realizar PHQ-9)

Sono: Como é o seu sono? Que horas você vai dormir? Que horas você acorda? Como você se sente quando acorda?

Rever o escore do CRAFFT e estimativa de risco de uso de substância

Rever escores de PHQ-2/9 com o(a) paciente

Realizar intervenção breve

Discutir mudanças de comportamento e hábitos saudáveis

Exame físico

Peso (Percentil); IMC (peso/altura²); Altura (Percentil); FC; PA; Estado ge-

ral; Olhos; Ouvido; Nariz; Boca e dentes; Garganta e tireoide; Mamas (ginecomastia); Pulmão; Coração; Pulsos; Abdome; Osteoarticular; Genital (Estágios de Tanner; Pênis e testículos; Leucorreias); Lesões de pele (cicatrizes de cutting).

Convidar o acompanhante para voltar à sala e reforçar aspectos que possam apoiar o autocuidado do(a) paciente.

Hipóteses Diagnósticas: Síndrômica, Nutricional, DNPM, Vacinas: Atualizadas? () Sim () Não; Estadio Puberal de Tanner (M/G e P); Classificar sintomas depressivos (mínimos, leve, moderado, moderadamente grave e grave); Uso de SPA? S () N (); Risco: Alto () Médio () Baixo (); Conduta: Escrever plano terapêutico; Exames solicitados; Decidir juntamente com o(a) paciente a data do retorno.

Anexo 15 – Quadro síntese: o cuidado à saúde do adolescente na atenção básica

Público alvo	Ações	Atividades	Profissionais e formas de atendimento ²	Local de desenvolvimento das atividades	Medicamentos e outros insumos	Apoio diagnóstico	Instrumentos de gestão do cuidado ³
Adolescentes e sua família	Identificação/captação de adolescentes atentando-se ao reconhecimento das vulnerabilidades ¹	Divulgação, nas atividades de rotina da unidade de saúde, da existência de atendimento peculiar a essa faixa etária Divulgação da existência de atendimento peculiar a essa faixa etária, junto à comunidade e às outras instituições	Equipe multiprofissional, respeitando as atribuições e competências de cada profissional Atendimento individual e em grupo Busca ativa	Unidade Básica de Saúde, Domicílios, Instituições comunitárias e outras existentes na área de abrangência da unidade	Oferta de preservativos ⁶		Materiais de informação, educação e comunicação
Adolescentes e sua família	Acolhimento ⁴ /Garantia do acesso	Oferta de escuta qualificada ⁴ às demandas apresentadas, como oportunidade para o estabelecimento de vínculos e de cuidado Garantia de acesso, com oferecimento de consulta imediata, ou com garantia de agendamento Triagem com classificação de risco clínico e estratificação de risco socio-sanitário ⁴	Equipe multiprofissional, respeitando as atribuições e competências de cada profissional Recepção proativa ⁴ Atendimento individual, em grupo Busca ativa	Unidade Básica de Saúde Domicílios Instituições comunitárias e outras existentes na área de abrangência da unidade	Vacinas ⁵ Contraceptivos ⁶	Exames complementares, se necessário	Materiais de informação, educação e comunicação Instrumentos de acompanhamento clínico: prontuário Documentos de referência para as práticas profissionais: documento técnico da linha de cuidado, protocolos clínicos, protocolos de serviços de saúde, manuais técnicos

Público alvo	Ações	Atividades	Profissionais e formas de atendimento ²	Local de desenvolvimento das atividades	Medicamentos e outros insumos	Apoio diagnóstico	Instrumentos de gestão do cuidado ³
Adolescentes acompanhados ou não de seus familiares	Consulta	<p>Anamnese⁷ incluindo, preferencialmente, momentos da entrevista com o adolescente junto ao familiar ou responsável e momento a sós com o adolescente. Garantia do atendimento, caso o adolescente compareça sozinho, motivando-o conforme a necessidade, à presença de um responsável no próximo atendimento.</p> <p>Avaliação de riscos clínico e socio-sanitário⁴</p> <p>Procedimento para intervenção de riscos – intervenção breve⁸</p> <p>Exame físico completo⁹ e detalhado, possibilitando a avaliação do crescimento, do desenvolvimento e da saúde como um todo, respeitando os aspectos éticos e legais¹⁰</p> <p>Elaboração de cronograma de consultas conforme a fase de desenvolvimento que o adolescente se encontra¹¹ (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial) e/ou de acordo com o caso</p> <p>Atualização vacinal⁵</p> <p>Preenchimento da caderneta de saúde</p> <p>Solicitação de exames, se necessário</p> <p>Orientações sobre os diagnósticos formulados ou as hipóteses diagnósticas, os exames pedidos e a conduta adotada</p> <p>Cadastramentos e/ou notificações necessários nos sistemas de informação</p> <p>Agendamento da próxima consulta na unidade e encaminhamento para serviços especializados quando indicado, mantendo o acompanhamento paralelo na atenção básica</p> <p>Encaminhamento para a unidade de urgência/emergência caso sejam detectados sinais ou sintomas de perigo</p>	Médico, equipe de enfermagem, respeitando as atribuições e competências de cada profissional Atendimento individual	Consultório e/ou sala para atendimento individual, sala para realização e/ou coleta de exames, sala de vacinas	Vacinas ⁵ Contraceptivos ⁶ Medicamentos	Exames complementares, se necessário	<p>Instrumentos de acompanhamento clínico: prontuário, ficha de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico, caderneta de saúde do adolescente, cartão de vacinação, relatórios de encaminhamento</p> <p>Materiais de informação, educação e comunicação</p> <p>Documentos de referência para as práticas profissionais: documento técnico de linha de cuidado, protocolos clínicos, protocolos de serviços de saúde, manuais técnicos</p>

Público alvo	Ações	Atividades	Profissionais e formas de atendimento ²	Local de desenvolvimento das atividades	Medicamentos e outros insumos	Apoio diagnóstico	Instrumentos de gestão do cuidado ³
Adolescentes e seus familiares	Elaboração do plano de cuidado ¹²	Elaboração de um plano de ação específico para cada caso, incluindo: diagnóstico físico, psicológico e social; a explicitação das intervenções e a definição dos profissionais responsáveis; a elaboração conjunta de metas a serem cumpridas; a definição dos passos para alcançar essas metas; a identificação dos obstáculos ao alcance das metas; as ações para superar esses obstáculos; o suporte e os recursos necessários para alcançar as metas; o estabelecimento do nível de confiança do adolescente e responsável para alcançar as metas; e o monitoramento conjunto das metas ao longo do tempo	Equipe multiprofissional, respeitando as atribuições e competências de cada profissional				Instrumentos de acompanhamento clínico: prontuário, ficha de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico Agenda compartilhada com os profissionais envolvidos Documentos de referência para as práticas profissionais: documento técnico de linha de cuidado, protocolos clínicos, protocolos de serviços de saúde, manuais técnicos
Adolescentes acompanhados ou não de seus familiares	Consultas de retorno	Revisão da ficha de acompanhamento do adolescente e da caderneta de saúde, avaliação da situação vacinal, avaliação clínica, avaliação dos resultados de exames com os devidos encaminhamentos e solicitação de outros, se necessário. Reavaliação/reclassificação do risco com revisão plano de cuidado Orientações sobre os diagnósticos formulados e a conduta Encaminhamento para serviços especializados quando indicado, mantendo o acompanhamento paralelo na atenção básica	Médico, equipe de enfermagem, respeitando as atribuições e competências de cada profissional Atendimento individual	Consultório e /ou sala para atendimento individual, sala para realização e/ou coleta de exames, sala de vacinas	Vacinas ⁵ Contraceptivos ⁶ Medicamentos	Exames complementares, se necessário	Instrumentos de acompanhamento clínico: prontuário, ficha de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico, caderneta de saúde do adolescente, cartão de vacinação, relatórios de encaminhamento Materiais de informação, educação e comunicação Documentos de referência para as práticas profissionais: documento técnico de linha de cuidado, protocolos clínicos, protocolos de serviços de saúde, manuais técnicos
Adolescentes acompanhados ou não de seus familiares	Consultas odontológicas	Consulta odontológica: avaliação geral – história médica e odontológica, exame clínico e planejamento do tratamento a ser realizado; orientações quanto à saúde bucal.	Dentista, auxiliar de saúde bucal (ASB) e/ou técnico de saúde bucal (TSB), respeitando as atribuições e competências de cada profissional Atendimento individual	Consultório para atendimento odontológico	Medicamentos	Exames complementares, se necessário	Instrumentos de acompanhamento clínico: prontuário/ ficha odontológica, relatórios de encaminhamento Documentos de referência para as práticas profissionais: protocolos clínicos, protocolos de serviços de saúde, manuais técnicos Materiais de informação, educação e comunicação

Público alvo	Ações	Atividades	Profissionais e formas de atendimento ²	Local de desenvolvimento das atividades	Medicamentos e outros insumos	Apoio diagnóstico	Instrumentos de gestão do cuidado ³
Adolescentes e sua família	Práticas Educativas	<p>Atividades educativas¹⁵ a serem desenvolvidas ao longo do período da adolescência com foco na prevenção de riscos e agravos à saúde, buscando a abordagem de temas relevantes a essa faixa etária</p> <p>Estabelecimento de estratégias que possibilite a participação de adolescentes no planejamento e na execução das atividades educativas, contando com seu potencial criativo, construtivo e solidário</p> <p>Orientações quanto aos direitos do adolescente, no âmbito da atenção à saúde</p>	<p>Equipe multiprofissional, com distribuição de tarefas entre os diferentes membros da equipe de saúde</p> <p>Atendimento individual e/ou em grupo</p>	<p>Unidade Básica de Saúde</p> <p>Domicílios, em instituições comunitárias e outras existentes na área de abrangência da unidade</p>			<p>Materiais de informação, educação e comunicação</p> <p>Instrumentos de acompanhamento clínico: Prontuário</p>
Adolescentes e sua família	Identificação dos adolescentes faltosos e monitoramento daqueles que foram encaminhados para unidades de referência	<p>Controle do comparecimento do adolescente nos retornos previstos</p> <p>Estabelecimento do contato com o adolescente/familiar para reagendamento da consulta, procurando identificar problemas e apoiar a superação das dificuldades percebidas</p> <p>Monitoramento do adolescente referenciado a uma unidade especializada de forma a garantir a continuidade do cuidado à saúde do adolescente</p>	<p>Equipe multiprofissional, respeitando as atribuições e competências de cada profissional</p> <p>Busca ativa</p> <p>Visita domiciliar</p>	<p>Unidade Básica de Saúde através de meios de comunicação (telefone, e-mail, mensagem eletrônica, telegrama, carta)</p> <p>Domicílios</p>			<p>Instrumentos de acompanhamento clínico: prontuário, ficha de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico</p> <p>Agenda de consultas</p> <p>Materiais de informação, educação e comunicação</p> <p>Documentos de referência para as práticas profissionais: protocolos de serviços de saúde</p>



