
Manual de Atenção à

Saúde

do adolescente



Manual de Atenção à

Saúde

do adolescente

**PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**PREFEITO
GILBERTO KASSAB**

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
MARIA CRISTINA FARIA DA SILVA CURY**

**Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde
CODEPPS
Silvia T. Kobayashi**

MANUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente - CODEPPS

Cléa Rodrigues Leone

Lucimar A. Françoso

Athenê M. de M. F. Mauro

Lucília N. da Silva

Fernanda F. Ranña

Geny Marie M. Yao

Lílian dos S. R. Sadeck

FICHA TÉCNICA

Capa: Carlos Navarro e Flávia Lundgren

UNI REPRO Soluções para documentos Ltda.

Diagramação: Fernando Minoru Baba

UNI REPRO Soluções para documentos Ltda.

Editoração: Janaína Val Bueno

UNI REPRO Soluções para documentos Ltda.

Reprodução: UNI REPRO Soluções para documentos Ltda.

1ª Edição, 2006

Tiragem: 3.000 Exemplares

FICHA CATALOGRÁFICA

S241m São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde

Manual de atenção à saúde do adolescente./ Secretaria da Saúde.

Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-

CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006.

328p.

1. Atenção à saúde. 2. Adolescência. I. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. II. Título.

CDU 30

MANUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

COORDENADORAS

LUCIMAR APARECIDA FRANÇOSO

Doutora em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Assistente da Clínica de Adolescência do Departamento de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Especialista em Pediatria com Habilitação em Adolescência pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Membro da equipe da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente da CODEPPS, SMS/SP.

ATHENÊ MARIA DE MARCO FRANÇA MAURO

Pediatra com especialização em Hebiatria pela UNIFESP, Escola Paulista de Medicina. Membro da equipe da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente da CODEPPS, SMS/SP. Médica assistente do Ambulatório de Adolescentes do Serviço de Pediatria do Hospital do Servidor Público Estadual.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
São Paulo
2006

MANUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

COLABORADORES

Alfredo Toscano Jr.: Médico psiquiatra e psicoterapeuta do PRODAF, Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, Escola Paulista de Medicina.

Andréa Hercowitz: Especialista em Pediatria com área de atuação em Adolescência, pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Professora colaboradora do Instituto de Hebiatria da Faculdade de Medicina do ABC. Membro do Departamento de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Antônio Carlos Madeira de Arruda: Diretor do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus. Vice-Presidente do Departamento de Dermatologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo (triênio 2004/2006).

Benito Lourenço: Médico Hebiatra da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança, HCFMUSP. Médico de Adolescentes da UBS Parelheiros e da Casa do Adolescente do Grajaú. Presidente da Associação Paulista de Adolescência. Membro do Departamento de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Clarice Blaj Neufeld: Assistente da disciplina de Gastroenterologia Pediátrica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Cláudia Regina Tacollini Manzoni: Fonoaudióloga, especialista em audiologia pelo CFFa. Membro da Equipe de Saúde da Pessoa com Deficiência da CODEPPS, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Cláudia Spinelli Rossi: Pediatra, médica da Prefeitura de São Paulo, do Hospital Infantil Darcy Vargas e do Hospital Geral de Pirajussara. Colaboradora do Serviço de Saúde Escolar do Departamento de Pediatria da Unifesp/EPM nos anos 1995-1999.

Débora Gejer: Chefe do Ambulatório de Especialidades Médicas e Coordenadora do Programa de Saúde do Adolescente do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus. Presidente do Departamento de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo (triênio 2004/2007).

Eliana Biondi Medeiros Guidoni: Doutora em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Assistente do Serviço de Nefrologia Infantil do Departamento de Pediatria da Santa Casa de São Paulo.

Egeu Bosse: Médico Neurologista da Infância e Adolescência do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus e do Hospital Estadual do Grajaú John Liberato Di Dio, UniSA.

Fernanda Fernandes Ranña: Psicóloga com aprimoramento em psicoterapia psicanalítica de crianças e adolescentes. Membro da equipe da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente da CODEPPS, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Geni Worcman Bezno: Doutora em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Especialista em Pediatria com área de atuação em Adolescência, pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Vice-presidente do Departamento de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo (triênio 2004/2007).

Jacques Crespim: Pediatra e Hebiatra. Ex-Presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Ex-Presidente da Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA).

Jonas Melman: Médico psiquiatra e psicoterapeuta. Mestre em Medicina pelo Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. Assistente Técnico da Área Técnica de Cultura de Paz, Saúde e Cidadania da CODEPPS, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Júlio José Máximo de Carvalho: Doutor em Medicina. Assistente da disciplina de Urologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Membro da equipe da Área Técnica de Saúde da Mulher da CODEPPS, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Júlio Mayer de Castro Filho: Médico tocoginecologista responsável pela Saúde Sexual e Reprodutiva da Área Técnica de Saúde da Mulher da CODEPPS, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Júlio Toporovski: Professor livre docente em Pediatria. Assistente do Serviço de Nefrologia Infantil do Departamento de Pediatria da Santa Casa de São Paulo.

Lígia de Fátima Nóbrega Reato: Pediatra e Hebiatra. Doutora em Medicina pela FMUSP. Professora da Disciplina de Pediatria e Coordenadora do Instituto de Hebiatria da Faculdade de Medicina da Fundação ABC (FMABC). Membro do Comitê Científico do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Membro do Departamento de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Vice-Presidente do Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Lucília Nunes da Silva: Psicóloga clínica. Membro da equipe da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente da CODEPPS, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Márcia Regina de S. A. Quedinho Paiva: Especialista em Pediatria com área de atuação em Nefrologia Pediátrica pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Mestre em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Assistente do Departamento de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Marco Cesar Rodrigues Roque: Médico Neuropediatra do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus e do Hospital do Servidor Público Estadual.

Maria José Carvalho Sant'Anna: Mestre em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Assistente da Clínica de Adolescência do Departamento de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Membro do Departamento de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Maria Sylvia de Souza Vitale: Doutora em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina (UNIFESP, EPM). Médica assistente do Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente da disciplina de Especialidades Pediátricas do Departamento de Pediatria da UNIFESP, EPM. Médica do laboratório de pesquisa da disciplina de Nutrologia do Departamento de Pediatria da UNIFESP, EPM.

Mariângeka Aoki: Psicóloga. Assistente técnica do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD)/SAS/Ministério da Saúde.

Marta Miranda Leal: Médica assistente da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Maurício de Souza Lima: Médico da Unidade de Adolescentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Pós-graduado em Medicina Esportiva pela UNIFESP, Escola Paulista de Medicina e pelo Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HC/USP.

Mauro Borghi Moreira da Silva: Médico Assistente da Unidade de Endocrinologia Pediátrica e do Ambulatório de Metabolismo Ósseo do Departamento de Pediatria e Puericultura da Santa Casa de São Paulo. Mestre em Medicina, Área de Pediatria, pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Mauro Sérgio Toporovski: Responsável pela disciplina de Gastroenterologia Pediátrica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Vice-Presidente do departamento de Gastroenterologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Mirna Reni Marchioni Tedesco: Fonoaudióloga. Mestre e Doutora em Distúrbios da comunicação humana no campo da fonoaudiologia, pela UNIFESP, EPM. Assistente Técnica da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência da CODEPPS, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Nelson Figueira Junior: Psicólogo, com especialização em psicologia clínica pela PUC de Campinas. Membro da equipe da Área Técnica de Cultura de Paz, Saúde e Cidadania da CODEPPS, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Paulo César Pinho Ribeiro: Preceptor do Curso de Especialização em Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Coordenador do Programa Saúde na Escola do Governo de Minas Gerais. Presidente do Núcleo Científico do Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria e Coordenador das Comissões de Estudo do Comitê de Adolescência da Associação Latino Americana de Pediatria (ALAPE). Mestre em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Regina Célia Lucizani Muller: Doutora em Pediatria pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, SP. Hebiatra por proficiência pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Ex-Coordenadora do Ambulatório de Obesidade na Adolescência do Hospital das Clínicas da UNICAMP, SP. Membro do Departamento de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Sandra Helena Iglesias: Fisioterapeuta, especialista em RPG, geriatria e psicomotricidade. Membro da Equipe de Saúde da Pessoa com Deficiência da CODEPPS, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Sandra Maria de Freitas Villela Vieira: Fonoaudióloga, especialista em linguagem pelo CFFa. Especialização em Saúde Pública pela UNAERP. Membro da Equipe de Saúde da Pessoa com Deficiência da CODEPPS, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Simone Paiva Laranjo: Mestre em Medicina, área de Pediatria, pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Assistente da Unidade de Nefrologia Infantil do departamento de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Sônia Maria Motta Palma: Psiquiatra infantil. Membro da Equipe de Saúde Mental da CEDEPPS, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Taís Helena Mastrocinque: Mestre em Medicina, área de Pediatria, pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Assistente da Unidade de Nefrologia Infantil do departamento de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Veronica Coates: Professora Titular e Livre-docente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Chefe da Clínica de Adolescência do Departamento de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde, considerando as peculiaridades e vulnerabilidades da faixa etária da adolescência, e ciente da sua responsabilidade quanto à saúde desses jovens, elaborou o **Programa de Atenção à Saúde do Adolescente – PRO-ADOLESC**, que tem como objetivo promover a atenção integral à saúde de adolescentes de 10 a 19 anos de idade, visando a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a redução da morbimortalidade nesse grupo etário.

O Programa pretende ampliar o acesso e aumentar a adesão dos adolescentes aos serviços de saúde, além de garantir assistência de qualidade na rede municipal, visando atender às especificidades dessa faixa etária, com a atenção especialmente voltada aos aspectos preventivos.

Este Manual constituirá um instrumento de apoio para os profissionais, médicos ou não, que se propuserem a trabalhar com essa faixa etária nas Unidades de Saúde, fornecendo orientações e subsídios técnicos, buscando a padronização do atendimento e das condutas profissionais em todas as Unidades e garantindo, assim, a qualidade do atendimento.

MARIA CRISTINA FARIA DA SILVA CURY

SUMÁRIO

Introdução.....	17
SEÇÃO I: Atendimento do Adolescente e a Legislação.....	19
1. Captação e acolhimento do adolescente	21
2. O papel da Unidade Básica de Saúde	27
3. Legislação e a Saúde do Adolescente	33
SEÇÃO II: Prevenção e Promoção da Saúde	53
1. Saúde nas escolas: a escola, o adolescente e o pediatra.....	55
2. Trabalho em grupos de adolescentes: reflexão em saúde.....	57
3. Vulnerabilidades: desafios do atendimento sob um olhar de resiliência	61
4. Exercícios físicos na adolescência	65
5. Alimentação na adolescência	69
SEÇÃO III: Atenção Integral à Saúde	77
1. A consulta médica.....	79
2. Atenção integral à saúde do adolescente	85
3. Ética no atendimento do adolescente	91
4. Crescimento e desenvolvimento físico.....	95
5. Desenvolvimento psicológico	107
6. Desenvolvimento da sexualidade.....	109
7. Atenção à saúde do adolescente com deficiência.....	117
8. Imunização	121
SEÇÃO IV: Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados	131
1. Contracepção na adolescência	133
2. Gravidez na adolescência: um novo olhar	153
3. Doenças sexualmente transmissíveis	159
4. HIV / Aids	167
SEÇÃO V: Agravos à Saúde.....	177
1. Obesidade.....	179
2. Transtornos alimentares	185
3. Hipertensão arterial	189
4. Acne juvenil	201
5. <i>Piercings</i> e tatuagens na adolescência	205
6. Cefaléia.....	209

7. Distúrbios paroxísticos não epilépticos	213
8. Dismenorréia	217
9. Leucorréias	221
10. Distúrbios menstruais.....	229
11. Alterações mamárias na adolescência	235
12. Varicocele.....	241
13. Doença péptica e a infecção pelo <i>Helicobacter pylori</i>	245
14. Enurese noturna	251
15. Infecção urinária.....	255
16. Ginecomastia.....	261
SEÇÃO VI: Saúde Mental	263
1. Depressão na adolescência.....	265
2. Suicídio na adolescência.....	269
3. Transtornos por uso de drogas na adolescência	271
4. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).....	287
SEÇÃO VII: Causas Externas de Morbimortalidade.....	291
1. Violência contra o adolescente.....	293
2. Violência sexual	303
3. <i>Bullying</i>	313
4. Esportes e o uso indevido de anabolizantes e suplementos	315
5. Vivendo no espaço público da rua	321

INTRODUÇÃO

Lígia de Fátima Nóbrega Reato

Lucília Nunes da Silva

Fernanda Fernandes Ranña

A adolescência pode ser definida de diferentes formas. Trata-se de uma etapa de crescimento e desenvolvimento do ser humano, marcada por grandes transformações físicas, psíquicas e sociais. Mais precisamente, entende-se adolescência como o período de desenvolvimento situado entre a infância e a idade adulta, delimitado cronologicamente pela Organização Mundial da Saúde como a faixa dos 10 aos 19 anos de idade, esta também adotada no Brasil, pelo Ministério da Saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera, ainda, como juventude o período que se estende dos 15 aos 24 anos, identificando adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos).

A lei brasileira, através do Estatuto da Criança e do Adolescente, considera adolescente o indivíduo de 12 a 18 anos.

O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PRO-ADOLESC) da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo adota a definição cronológica da OMS e, por isso, considera adolescente o indivíduo de 10 a 19 anos de idade.

ADOLESCÊNCIA E PUBERDADE

Para que se possa compreender melhor as peculiaridades desta faixa etária, é importante ressaltar a diferença entre os conceitos de puberdade e adolescência.

A puberdade engloba o conjunto de modificações biológicas que transformam o corpo infantil em adulto, constituindo-se em um dos elementos da adolescência. A puberdade é constituída pelos seguintes componentes: crescimento físico: aceleração, desaceleração, até a parada do crescimento (2º estirão); maturação sexual; desenvolvimento dos órgãos reprodutores e aparecimento dos caracteres sexuais secundários; mudanças na composição corporal; desenvolvimento dos aparelhos respiratório, cardiovascular e outros. A puberdade é um parâmetro universal e ocorre de maneira semelhante em todos os indivíduos.

A adolescência abrange, além da puberdade, os componentes psicológicos e sociais característicos dessa fase da vida. Está sujeita, portanto, a influências sociais e culturais.

Quanto ao desenvolvimento, sabe-se que a adolescência é um período difícil, onde o indivíduo se prepara para o exercício pleno de sua autonomia. Basta lembrar as muitas expectativas que são depositadas nessa etapa (corpo adulto, capacidade reprodutiva, identidade sexual, responsabilidade, independência, maturidade emocional, escolha profissional), que fica fácil compreender porque a adolescência é uma fase de tantos conflitos.

OS ADOLESCENTES NA CIDADE DE SÃO PAULO

Em 2006, a faixa etária de 10 a 19 anos corresponde a aproximadamente 16% da população total da cidade de São Paulo, o que equivale a 1.657.723 adolescentes. As regiões Leste e Sul concentram as maiores proporções desses jovens na cidade, possuindo, respectivamente, 17,39% e 16,92%. Na região Norte, a população de adolescentes compreende 15,35% da população total, seguida da região Sudeste, com 13,87% e da Centro-Oeste, com 11,9%.

Com esses valores é possível perceber que, além de ter importância qualitativa, por se tratar de uma fase complexa e repleta de conflitos, a adolescência possui importância quantitativa, por representar 16% da população do município. Desta forma, é imprescindível que se voltem atenções especiais para esse público, que representa o futuro de São Paulo.

A vulnerabilidade desta faixa etária é outra questão que faz com que ela necessite de um cuidado ainda mais amplo e sensível. Essa maior vulnerabilidade aos agravos, determinada pelo processo de crescimento e desenvolvimento, pelas características psicológicas peculiares dessa fase da vida e pelo contexto social em que está inserido, coloca o adolescente na condição de maior suscetibilidade às mais diferentes situações de risco, como gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis (DST), acidentes, diversos tipos de violência, maus tratos, uso de drogas, evasão escolar, etc.

É reconhecido que a gravidez durante a adolescência, especialmente naquelas muito jovens, eleva os riscos de mortalidade materna, de prematuridade e de baixo peso ao nascer. Além dessas conseqüências físicas para a jovem e para o bebê, existem as conseqüências psicossociais, entre as quais a evasão escolar, redução das oportunidades de inserção no mercado de trabalho, gerando, por vezes, insatisfação pessoal e manutenção do ciclo de pobreza.

Em 2005, na cidade de São Paulo, o número total de partos foi de 171.416, dos quais 25.257 (15%) foram de mães adolescentes. A região Leste concentra o maior número de adolescentes grávidas (17,6% das gestantes), seguida das regiões Sul, 15,8%; da Norte, 15%; Sudeste, 12,4% e da Centro-Oeste, com 10,3% do total de gestantes da região.

Em todo o município de São Paulo, essas porcentagens têm se mantido praticamente estáveis deste 2002, variando cerca de 1 a 2% para mais ou para menos, o que mostra que o número de adolescentes grávidas não vem aumentado significativamente nos últimos anos; entretanto, também não tem diminuído. Desta forma, é de extrema importância que o poder público desenvolva ações que tenham como objetivo a prevenção da gravidez entre adolescentes, o que ocasionaria a redução significativa desses dados estatísticos.

Todos estes aspectos que caracterizam a adolescência, somados à importância demográfica que esse grupo representa na cidade de São Paulo, justificam a necessidade de atenção integral à sua saúde, levando em consideração as peculiaridades dessa faixa etária.

Este Manual tem como objetivo fornecer orientações e subsídios técnicos aos profissionais da rede de saúde, a fim de que sejam promovidas ações efetivas e resolutivas, visando à atenção integral à saúde dos adolescentes.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Narvaez RO. Salud Integral del Adolescente. Su abordaje interdisciplinario. Adolescencia Latino Americana 1997; 1:5-10.
2. Friedman HL, Ferguson JB. Enfoques de la OMS sobre la Salud de los Adolescentes. In: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, Silber TJ, Ojeda ENS, Yunes J. La Salud del Adolescente y del Joven. OPAS 552, 1995.
3. Neinstein LS, Kaufman FR. Normal Physical Growth and Development. In: Neinstein LS. Adolescent Health Care. A Pratical Guide. 3ª ed., 1996.
4. Brasil. SEADE/CEInfo/SMS-SP. Dados estatísticos da cidade de São Paulo. Disponível em: www.portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/tabnet/0002

Atendimento do Adolescente e a Legislação

1. Captação e acolhimento do adolescente
2. O papel da Unidade Básica de Saúde
3. Legislação e saúde do adolescente

CAPTAÇÃO E ACOLHIMENTO DO ADOLESCENTE

Lucília Nunes da Silva
Fernanda Fernandes Ranña

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

Por esse motivo, é fundamental que o adolescente sintam-se reconfortado, ajudado e respeitado para que possa confiar e dar continuidade ao tratamento. A maneira como ele será tratado no atendimento, desde a recepção na Unidade Básica de Saúde, até a consulta propriamente dita e seus eventuais encaminhamentos, vão definir o vínculo que ele estabelecerá com o tratamento e com a unidade como referência de ajuda e apoio.

Existe despreparo dos serviços de saúde para o trabalho com adolescentes, para a atenção às peculiaridades e complexidade das suas necessidades, faltando espaços e suporte apropriados às suas demandas. No imaginário social, os adolescentes são desinteressados, rebeldes e até agressivos, um preconceito que reforça a intolerância. É necessário priorizar investimentos na transformação do profissional da saúde que trabalha com adolescentes.

Existe uma certa tendência para olhar a adolescência como uma etapa do desenvolvimento humano homogênea. Na verdade, a adolescência se refere a um conjunto de experiências de vida, à peculiaridade com que cada um constrói sua identidade pessoal. Sendo assim, é impossível tentar conhecer os adolescentes de um ponto de vista mais genérico ou então pelo enfoque de risco. Toda forma de generalização gera posturas inadequadas em relação aos jovens e pode ser uma forma de caracterizar esse período da vida de modo restritivo e negativo.

O conceito de vulnerabilidade é mais adequado para que sejam entendidas as experiências dos jovens frente aos riscos, sendo essa definida como a capacidade do indivíduo de decidir sobre sua situação de risco, estando associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos.

Ao trabalhar com adolescentes, deve-se procurar identificar questões que possam aumentar o seu grau de vulnerabilidade frente aos riscos, tais como: questões de gênero associadas com raça/etnia e classe social; condições de vida; condições de saúde; acesso ou não à informação; insuficiência de políticas públicas em saúde e educação, etc.

Olhar a adolescência pelo foco do desenvolvimento e entendê-la não como tempo de risco, mas como um período de oportunidades, podem tornar os serviços de saúde espaços mais acolhedores para jovens e adolescentes.

É necessário que os profissionais procurem respeitar o aspecto confidencial das informações e a privacidade dos adolescentes. Apesar da importância da família nos atendimentos, os profissionais que atendem o adolescente devem sempre lembrar que o paciente é o jovem, e não o adulto que o acompanha.

O trabalho voltado à atenção do adolescente deve buscar o desenvolvimento de estratégias apropriadas à complexidade de suas demandas, aos diferentes espaços de ação, respeitando a intersetorialidade e todos os atores envolvidos.

ADOLESCÊNCIA E SEUS ESPAÇOS

Os serviços de saúde não são os espaços, por excelência, de trânsito ou permanência dos adolescentes. Pensar em um programa de atenção integral à saúde dos jovens significa poder encontrá-los. A necessidade dos jovens em relação à saúde está mais relacionada a questões de ordem subjetiva: busca de compreensão das mudanças vividas, autopercepção, orientações, sexualidade, dentre outras.

Ter um olhar mais cuidadoso para os principais espaços onde o adolescente transita ajuda a conhecê-lo e compreendê-lo melhor, a encontrá-lo e também a organizar as ações de saúde.

- **Família**

O conceito de família vem sofrendo diversas alterações. O modelo nuclear que por tanto tempo foi considerado a base das relações sociais e econômicas, deixou de ser hegemônico para dar lugar a diversas conformações, tanto em relação aos seus componentes, como ao espaço físico ocupado por essas pessoas.

Segundo Rocha (2001), a família, como toda instituição social, apresenta aspectos tanto positivos quanto negativos. Pode ter componentes afetivos, de apoio e solidariedade, mas também pode impor normas rígidas, gerando conflitos e ambigüidades. Do ponto de vista deste equilíbrio dinâmico, o conflito pode adquirir uma dimensão criadora e não destrutiva.

É nesse cenário que o adolescente se aprofunda no processo de autodiferenciação. Os conflitos familiares demonstram como o adolescente se prepara para se afastar do círculo familiar, tornando-se mais independente e buscando novos círculos de relacionamento. O afeto que era predominantemente vivido naquele convívio mais próximo se diversifica e é direcionado a tantas outras pessoas: novos círculos vão se formando.

Os pais também participam dessa inquietação. A adolescência dos filhos traz de volta rumores do que os pais viveram. Há sofrimento em ambas as partes. Ambos compartilham a experiência do processo de crescimento, de busca de novos valores, de novo direcionamento da vida. Pais e filhos sentem-se obrigados a rever suas metas pessoais; o modelo usado até então se torna ultrapassado, pede uma revisão profunda, exige ampliação.

É o momento em que os jovens sentem necessidade de ter maior independência em relação a seus pais; tornam-se pessoas com vontades e projetos próprios. Um certo grau de confronto com os pais é comum nesse processo de construir a si mesmo. Nesse caminho de construção da identidade, alguns radicalizam mais do que outros, podendo mesmo chegar a rompimentos drásticos, temporários ou duradouros.

Ao mesmo tempo os pais se inquietam com o comportamento rebelde dos filhos, com a vulnerabilidade a que estão expostos, quanto às amizades, atividade sexual, uso de substâncias psicoativas, dentre outras. Quando se trabalha com família é fundamental incluir temas como: relacionamento familiar, direitos sexuais e reprodutivos, vulnerabilidade social, educação, esporte, lazer, cultura, condições de habitação, situações de violência, uso de substâncias psicoativas, trabalho infanto-juvenil, dentre outros.

É de fundamental importância trabalhar com as competências familiares: mesmo nos momentos de crise é preciso fortalecer os recursos que as famílias possuem. Isto identifica potencialidades e novas perspectivas de vida e futuro, além de enriquecer o trabalho em saúde.

- **Escola**

Parte das funções do sistema de saúde também pode ser assumida pelas instituições escolares, sem que isso signifique que devam ser instalados equipamentos específicos dentro das escolas para prevenir ou intervir no processo saúde-doença de alunos.

Cada vez mais a integração Saúde-Educação se faz presente, propondo ações de promoção de saúde. Os agentes de promoção da saúde no espaço escolar podem ser tanto os profissionais de saúde como os da educação, bem como os próprios adolescentes.

A possibilidade destas ações ocorrerem tanto dentro da escola, como em outros espaços da comunidade garante o fortalecimento do conceito de que saúde é algo que vai muito além do cuidado de patologias. Saúde é um conceito amplo que diz respeito à qualidade de vida, ao cuidado consigo mesmo e com o meio ambiente, a relações afetivas com proximidade e intimidade, dentre outros.

A articulação entre os equipamentos de educação, os de saúde e os espaços específicos de adolescentes e seus interesses é fundamental para o desenvolvimento das ações coletivas em saúde e para o envolvimento genuíno destes últimos no processo, formando uma rede de referência em torno da questão da adolescência.

Na experiência de trabalho com adolescentes, constata-se a importância e o valor atribuídos à escola por parte dos adolescentes, da família e da comunidade. A escola é uma instituição de grande significado na vida do jovem; é o primeiro espaço social fora da família onde a criança se insere, ocorrendo a partir daí um enriquecimento na formação de sua identidade pessoal. Na adolescência a escola torna-se importante centro de ampliação da socialização: um espaço que possibilita o estabelecimento de uma ampla rede de relações interpessoais, proporcionando ao adolescente a expansão de sua identidade para além da família.

É neste momento que o indivíduo começa a adquirir mais consciência sobre o meio no qual está inserido, percebendo condicionamentos e diferenças sociais existentes, buscando algum equilíbrio entre sua subjetividade e as exigências externas. A escola é um dos espaços onde o adolescente começa a planejar seus projetos de vida futura.

- **Meio social**

Os serviços de saúde não são, tradicionalmente, espaços onde se encontram os adolescentes em sua maioria, pois nesse ciclo da vida não apresentam questões com grande demanda de atendimento clínico individual como ocorre, por exemplo, com crianças e idosos.

Entende-se o meio social como espaço privilegiado do trabalho com adolescentes. Os espaços de inserção dos adolescentes são estratégicos e fundamentais para o trabalho no campo da saúde, na medida em que se valorizam os grupos de convivência, a expressividade do contingente de adolescentes no espaço da rua, além da comunidade.

Questões de ordem social podem afetar de modo marcante a saúde dos adolescentes, tais como: altos índices de evasão escolar e a inserção precoce no mercado de trabalho, sem as garantias previstas em lei das cláusulas de proteção ao desenvolvimento físico e intelectual dos jovens. Além de estarem vivendo numa sociedade de crescentes índices de violência e empobrecimento, muitos adolescentes estão “abandonados” no espaço público - a rua.

Por isso, intervenções de saúde no meio social em que vivem os adolescentes e que tenham como objetivo o fortalecimento do grupo, reduzindo as vulnerabilidades a que estão expostos, contribuem na formação de cidadãos, sujeitos de direitos, capazes de decidir e de se responsabilizarem por suas escolhas.

ESPAÇO DE ATENDIMENTO

A entrada do adolescente na unidade, na medida do possível, não deve ficar restrita aos esquemas tradicionais de marcação de consulta para as especialidades básicas, que definem previamente alternativas de atendimento. Todo profissional da UBS pode fazer o acolhimento do adolescente em sua chegada ao equipamento de saúde. Isso significa que todo profissional, mesmo os que não sejam da assistência direta, tem papel fundamental na entrada desse jovem, venha ele acompanhado ou não ao serviço.

Muitas pessoas chegam à UBS e pedem informação a quem primeiro encontram: pode ser o agente de segurança que está na entrada da unidade, algum funcionário administrativo ou alguém que trabalhe com serviços gerais. Isso significa que esses profissionais também devem estar minimamente sensibilizados para essa recepção.

É preciso estar atento ao fato de que quase sempre a demanda trazida pelo adolescente não é a sua real preocupação. Esta é camuflada até que o jovem sinta-se seguro para expressar o real motivo que o leva a pedir ajuda. Por isso, é fundamental criar um ambiente preservado com garantia de sigilo para que paciente e profissional possam estabelecer uma relação de confiança e credibilidade. Só assim o adolescente poderá sentir-se mais à vontade e seguro para expor o que o aflige de verdade e o profissional poderá intervir através de suas ações e orientações na profilaxia e prevenção de agravos.

ABORDAGEM A SER UTILIZADA

A consulta pode ser individual ou em grupo, e esta escolha deve respeitar as necessidades do adolescente e o caráter da atividade proposta. Nunca se deve esquecer de que a confiança, a troca e o respeito ao modo de ser do adolescente são os principais "trunfos" do profissional para que aquele tenha a unidade de saúde como referência de ajuda e dê continuidade ao tratamento quando for necessário.

A família deve ter um espaço no atendimento, respeitadas as regras do sigilo, da privacidade e da concordância do adolescente. É recomendável que familiares e adolescentes conheçam e aceitem a proposta de atendimento do serviço.

Quando o profissional desenvolve uma postura acolhedora, permite que o adolescente expresse suas questões dentro de seu próprio tempo. O profissional necessita ser cuidadoso, não emitindo qualquer juízo de valor ou reprovação diante das manifestações do jovem. Assim, o mesmo entenderá que seus valores e conhecimentos são respeitados.

Os encaminhamentos serão mais bem assimilados se o profissional puder fundamentá-los. O diálogo é a base para que o adolescente se comprometa com o tratamento ou outra ação que seja indicada. Desta maneira, quando o profissional se expressa com linguagem simples, clara e objetiva, dá um grande passo para facilitar a comunicação, permitindo mais proximidade e possibilitando a criação de vínculo afetivo. É o vínculo que facilitará a inserção do adolescente no serviço de saúde na perspectiva de sujeito de direito, não como paciente (passivo), mas como protagonista de sua existência. As ações em saúde podem ser meios para o fortalecimento da cidadania.

É também importante deixar claro qual o suporte que os adolescentes podem ter do serviço e dos atendimentos; quando eles entendem o funcionamento da estrutura fica mais fácil ampliar a expressão de suas necessidades, mesmo que estas não sejam somente aquelas relacionadas ao serviço de saúde.

É recomendável que o tempo de consulta seja o necessário para que o adolescente possa expressar suas questões, o motivo que o levou até o serviço e a realização dos procedimentos. A confiança será conquistada gradativamente.

No trabalho com adolescentes, é importante que os seguintes aspectos sejam abordados: sua motivação; espaços e posturas que facilitem a expressão de seus valores, conhecimentos, comportamentos, dificuldades e interesses; elementos de troca e reflexão que favoreçam o controle da própria vida, práticas de

responsabilização e de participação mais ampla nas decisões que lhes dizem respeito; reconhecimento da totalidade da vida do adolescente; atenção aos seus dilemas, ouvindo, apoiando e o acolhendo, exercendo os princípios do respeito, privacidade e confidencialidade.

É fundamental que a comunidade tenha conhecimento da existência de atendimento especializado para adolescentes e, por isso, faz-se necessária a divulgação do serviço, especialmente para os jovens que nela residem. Quando o adolescente tem conhecimento deste tipo de serviço, a procura por ajuda, apoio e tratamento pode tornar-se mais fácil e mais garantida.

O Agente Comunitário de Saúde tem papel fundamental na captação dos adolescentes para as Unidades Básicas de Saúde. Durante suas visitas deve incentivar os responsáveis e, principalmente, os próprios adolescentes a procurem a UBS de referência diante de qualquer problema ou dúvida, informando-os sobre a existência de serviços especializados para adolescentes e das atividades que ocorrem e que são voltadas para este público. É preciso lembrar que muitos adolescentes deixam de procurar ajuda e/ou tratamento porque desconhecem os serviços que lhes são oferecidos e, por isso, temem o tipo de receptividade que podem encontrar na UBS.

O Agente Comunitário de Saúde precisa estar atento às adolescentes gestantes da comunidade e orientá-las sobre a importância do pré-natal e onde elas podem realizá-lo. Atividades em grupo podem ser organizadas para trabalhar assuntos de extrema importância, não apenas para essas futuras mães como para todos os adolescentes. Quando estão em grupo os adolescentes sentem-se mais seguros e confiantes para interagir com os outros e exporem suas dúvidas para os colegas e para o coordenador, que pode ser um profissional da saúde que está na UBS.

Através de atividades em grupo os profissionais têm a oportunidade de se aproximarem mais dos jovens, de detectarem suas reais necessidades e, conseqüentemente, maiores chances de conquistar a confiança deles, podendo trazê-los para o âmbito das UBS. Esses grupos devem focalizar temas de interesse e que despertem a curiosidade dessa faixa etária.

A adolescência é caracterizada como uma fase de muitas mudanças físicas, psicológicas e sociais, fazendo do adolescente um "investigador" do mundo, das pessoas, das coisas e, principalmente, de si próprio. Desta forma, muitos temas, como sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, preservativos, drogas, todos eles diretamente relacionados à saúde, podem ser bastante atraentes.

DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS

É importante ressaltar que existem grupos de adolescentes e jovens em situações específicas de agravos, que devem ser priorizados na atenção à saúde. Isso implica no desenvolvimento de estratégias diferenciadas, como a criação de mecanismos de integração com as instituições que lidam com esses grupos.

Pela dimensão da cidade de São Paulo é possível constatar que a prevalência desses grupos não é uniforme, o que faz pensar que as estratégias de abordagem dessas questões precisam ser regionalizadas, de modo que cada território desenvolva ações de acordo com suas necessidades.

Dentre esses grupos, deve-se destacar os seguintes:

- os envolvidos com exploração sexual;
- os envolvidos com violência;
- os profissionais do sexo e de outras formas de trabalho perigoso, penoso, insalubre e noturno;
- os egressos de atividades laborais de risco;
- os moradores de rua e de áreas de invasão;
- os institucionalizados;
- os que estejam cumprindo medidas socioeducativas;

- os que apresentam alguma deficiência;
- os infectados pelo HIV.

Nos serviços em que for observada uma participação majoritária de mulheres, é importante o desenvolvimento de estratégias específicas para ampliar a captação de adolescentes do sexo masculino, tais como a realização de grupos de homens.

CONCLUSÃO

Trabalhar com adolescentes na área da Saúde remete os profissionais a questões que nem sempre são levadas em conta. Quando se deseja, realmente, ter uma atuação eficaz no trabalho com essa faixa etária é aconselhável que se possa desenvolver uma visão mais abrangente para a compreensão das demandas e das ações que deverão ser desenvolvidas.

Na atuação com o adolescente está intrínseca maior mobilidade, quer seja na captação desse jovem para o serviço de saúde, quer seja na forma como ele assimilará sua interação com a equipe multiprofissional.

O sucesso do trabalho está vinculado à capacidade de construir ações conjuntamente: adolescentes e serviços de saúde.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Brasil. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Programa de Saúde do Adolescente. Manual do Facilitador: Adolescentes, Pensando Juntos e Fazendo Juntos. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/pensando_juntos.doc . Acessado em 29/03/2006
2. Rocha CRM, Tassitano CMLN, Santana JSS. O Acompanhamento do Adolescente na Família. *Adolescer: Compreender, Atuar, Acolher*. ABEn/Ministério da Saúde, 2002, p. 38-44.. Disponível em: www.abennacional.org.br/revista/cap2.2.html. Acessado em 29/03/2006.
3. Rocha CRM. O Acompanhamento do Adolescente no Meio Social. *Adolescer: Compreender, Atuar, Acolher*. ABEn/Ministério da Saúde, 2002, p. 35-7. Disponível em <http://www.abennacional.org.br/revista/cap2.1.html>. Acessado em 29/03/2006.
4. Rocha CRM, Ferriani MGC, Souza, MSS. O Acompanhamento do Adolescente na Escola. *Adolescer: Compreender, Atuar, Acolher*. ABEn/ Ministério da Saúde, 2002, p. 45-52. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/revista/cap2.3.html>. Acessado em 29/03/2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientação para Organização de serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005.
7. Bursztyjn I, Branco VMC, Tura LFR. Avaliação do PROSAD: uma construção a partir dos atores. *Saúde em Foco* 2001; 21:97-114.
8. Ventura M, Chaves Jr., Oliveira E. Direitos da População Jovem: um Marco para o Desenvolvimento. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Brasília, 2003.

O PAPEL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Athenê Maria de Marco França Mauro

A necessidade da existência de serviços de saúde de qualidade tem sido colocada como um desafio para o alcance de melhores condições de vida e de saúde dos adolescentes, o que também significa compreender a importância das dimensões econômica, social e cultural que permeiam a vida desse grupo.

Os serviços têm como objetivo principal garantir o acesso de adolescentes e jovens 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 essa organização devem ser levados em consideração a disponibilidade, a formação e a educação permanente dos recursos humanos, a estrutura física, os equipamentos, os insumos e o sistema de informação, adequando-os ao grau de complexidade da atenção a ser prestada.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve:

- adequar os serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes, respeitando as características da atenção local vigente, 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 dos jovens nas ações de prevenção e promoção à saúde.

PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE DOS ADOLESCENTES

1º - Diagnóstico

Recomenda-se, inicialmente, realizar um diagnóstico que considere os seguintes aspectos:

- a) Características dos adolescentes que residem na área de atuação da unidade de saúde:
 - Idade, sexo, orientação sexual, etnia, raça, nível socioeconômico, escolaridade, inserção no mercado de trabalho (formal e informal), pessoas com deficiências;
 - Informações sobre morbimortalidade, uso de álcool, tabaco e outras drogas, gravidez na adolescência, conhecimento e uso de contraceptivos;
 - Aspectos subjetivos como desejos, valores, insatisfações, ídolos, vínculos com a família, amigos e percepção sobre escola, a comunidade e a unidade de saúde.
- b) Características das famílias: renda, estrutura e dinâmica família.
- c) Condições de vida: tipo de moradia, saneamento, destino do lixo, condições de segurança, transporte
- d) Recursos comunitários: escolas, atividades profissionalizantes, culturais e esportivas, áreas de lazer, igrejas, grupos organizados da sociedade civil.
- e) Condições de atendimento nas unidades de saúde: acesso, programas, projetos e atividades, porcentagem de homens e mulheres, concentração de consultas, captação de gestantes por trimestre, principais motivos de atendimento, serviços oferecidos.

2º - Recursos humanos

a) Equipe de trabalho

A busca do trabalho inter e multiprofissional deve ser uma constante, mas sua impossibilidade não pode ser um impedimento. Um único profissional interessado pode iniciar atividades específicas com esse grupo etário e, gradativamente, sensibilizar outros profissionais e setores da unidade para o trabalho em equipe.

b) Educação permanente da equipe

Deve visar, mais que um simples domínio de conhecimentos e habilidades técnicas, a transformação da prática profissional e da qualidade do serviço. A educação continuada, que pode se dar por meio das reuniões da equipe, é um mecanismo importante no desenvolvimento das relações entre a própria equipe.

3º - Estrutura física

É importante criar ou adaptar ambientes onde adolescentes e jovens, de ambos os sexos, se sintam mais à vontade. Sempre que possível, podem ser destinados turnos específicos de atendimento, para que a sala de espera fique disponível para esse grupo. 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, entre outros. Os consultórios devem permitir a necessária privacidade.

4º - Equipamentos, instrumentos e insumos básicos

a) Equipamentos

Dentre os equipamentos básicos necessários, destacam-se: tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança antropométrica, fita métrica, lanterna e espelho. Equipamentos como orquidômetro, oftalmoscópio, otoscópio deverão estar disponíveis nos serviços.

b) Insumos

Preservativos e outros métodos contraceptivos, fitas de teste imunológico de gravidez (TIG), luvas descartáveis, swab para cultura, abaixadores de língua.

Medicamentos padronizados para a rede básica.

Impressos:

Gerais: como receituários.

Específicos: gráficos de peso, altura, índice de massa corporal (IMC), pranchas de Tanner para avaliação do estadiamento puberal, tabela de aferição da pressão arterial.

Material educativo sugerido: folhetos, kit educativo dos métodos anticoncepcionais, material audiovisual, álbuns seriados, vídeos educativos, cartazes, modelo pélvico feminino, modelo de genitália masculina, jogos educativos.

5º - Trazer adolescentes para a unidade de saúde

1) Captação

Deve ser realizada por meio de ações e atividades estratégicas desenvolvidas tanto no interior das unidades de saúde quanto nas comunidades.

A captação envolve diferentes estratégias:

a) Divulgação interna na unidade:

- cartazes contendo os diferentes serviços, horários e profissionais de contato, a serem afixados na entrada da unidade e em setores estratégicos;
- folhetos com as informações sobre os serviços oferecidos e as formas de acesso, para serem entregues aos adolescentes e seus familiares;
- divulgação por meio de funcionários da unidade a partir da porta de entrada ou recepção.

b) Visitas domiciliares:

Durante as visitas devem ser divulgados os serviços que a unidade de saúde local oferece, reforçando a importância dos adolescentes participarem das atividades educativas.

c) Divulgação na comunidade:

Podem ser usados os recursos disponíveis na comunidade como, por exemplo, rádio, carro de som, murais nas Igrejas, dentre outros.

d) Parcerias institucionais:

Estabelecimento de redes interinstitucionais da Unidade Básica de Saúde com escolas, organizações religiosas, grupos sociais, familiares, fábricas, associações juvenis, sindicatos, clubes, etc.

A escola é um espaço privilegiado para a captação de adolescentes porque:

- agrega grande parte dos adolescentes da comunidade
- é um espaço de socialização, formação e informação
- é na escola onde eles passam a maior parte do tempo.

Sugestões de estratégias de integração escola-unidade de saúde-comunidade:

- Apoiar e implementar as atividades conjuntas entre a escola, os serviços de saúde, comunidade e famílias
- Envolver os adolescentes em projetos e ações educativas nas escolas e comunidade
- Trabalhar junto a grêmios estudantis, entidades esportivas, centros comunitários, para divulgação do serviço e estabelecimento de ações conjuntas.
- Os adolescentes podem criar jingles, mensagens curtas e anúncios para promover os serviços e ações a serem trabalhados
- Criar boletins informativos, jornais comunitários, jornais escolares, caixas de dúvidas e sugestões
- Realizar eventos que promovam a saúde, a cidadania e a qualidade de vida, tais como gincanas, passeios, shows musicais e artísticos, campeonatos
- Viabilizar nas escolas e na comunidade murais relativos aos serviços de saúde.
- Oferecer a unidade para a realização de feiras de saúde organizadas pelos adolescentes.

e) Desenvolvimento de estratégias específicas:

É importante ressaltar aos profissionais envolvidos no atendimento que devem ter um olhar especial para os adolescentes em situações especiais de agravos. Esses grupos não vêm sendo adequadamente atendidos por despreparo dos serviços de saúde para o acolhimento dessa clientela. Isso implica no desenvolvimento de estratégias diferenciadas, como a criação de mecanismos de integração com as instituições que lidam com esses grupos.

Dentre esses grupos, deve-se destacar os seguintes:

- envolvidos com exploração sexual
- envolvidos com violência
- profissionais do sexo e de outras formas de trabalho perigoso, penoso, insalubre e noturno
- egressos de atividades laborais de risco;
- moradores de rua;
- institucionalizados;
- que estejam cumprindo medidas socioeducativas;
- infectados por HIV;
- discriminados por serem considerados diferentes.

É importante também o desenvolvimento de estratégias específicas para ampliar a captação de adolescentes do sexo masculino, tais como a realização de grupos de homens e o estabelecimento de parcerias com entidades que realizam atividades esportivas.

2) Recepção

Configura-se como uma oportunidade de formação de vínculo com o serviço. Para que se estabeleça um clima de confiança e de compromisso, torna-se fundamental a adoção de atitudes acolhedoras, cordiais e compreensivas.

3) Acolhimento

Trata-se de um conjunto de ações que fazem com que o indivíduo se sinta bem recebido pelo serviço em todos os locais e momentos, humanizando as relações entre equipes de saúde e usuários.

6º - Ações da Unidade de Saúde

Poderão constar de:

- 1) Visita domiciliar
- 2) Atendimento individual
- 3) Atividades em grupo para adolescentes e familiares
 - desenvolver a capacidade de ouvir, falar e de comunicar-se
 - estabelecer um processo coletivo de discussão e reflexão
 - construir uma experiência de reflexão educativa comum.

Nem todos se beneficiam ou se sentem à vontade em participar do atendimento em grupo. Portanto, devem ser consideradas as necessidades do cliente e o seu desejo em participar.

Sugestões de temas relevantes para trabalhar com esse grupo etário:

- cidadania, direitos e deveres
- projetos de vida, sonhos, auto-estima
- participação juvenil e voluntariado
- direitos sexuais e reprodutivos
- sexualidade e saúde reprodutiva
- relações de gênero e etnia
- crescimento e desenvolvimento
- relacionamentos sociais: escola, família, grupo de amigos
- corpo, autocuidado e autoconhecimento

- uso de drogas lícitas e ilícitas
- violência doméstica e social
- cultura de paz
- esportes e nutrição
- trabalho
- saúde bucal
- temas de interesse dos adolescentes.

4) Ações educativas e de promoção da saúde

Devem ser incluídas como componentes fundamentais da consulta. As visitas de rotina configuram-se como oportunidades para:

- desenvolver ações de educação em saúde
- verificar se as imunizações estão de acordo com o calendário vacinal
- desenvolver vínculos que favoreçam um diálogo aberto sobre questões de saúde e de outros interesses
- identificar precocemente fatores de risco que impliquem em vulnerabilidade
- incentivar a participação em atividades esportivas, culturais, de lazer, bem como em grupos organizados na comunidade;
- incentivar o diálogo nas famílias e orientá-las sobre as etapas normais do desenvolvimento de seus filhos
- os adolescentes deverão receber esclarecimentos a respeito de seu crescimento físico e desenvolvimento psicossocial e sexual.

5) Ações de participação juvenil

São estratégias de fortalecimento da autonomia, por meio da participação criativa, construtiva e solidária de adolescentes no enfrentamento de problemas reais da comunidade.

A participação pode se dar de diferentes maneiras, tais como:

- identificação e valorização das lideranças estudantis e juvenis da comunidade
- mobilização para debates sobre as condições de saúde de seu bairro e sobre as necessidades específicas para o bem-estar social, resultando na elaboração de propostas
- realização de campanhas que mobilizem a comunidade, como por exemplo, em prol da prevenção da violência ou da dengue
- apoio às iniciativas de adolescentes em prol da comunidade ou de seus pares, colocando-se a Unidade à disposição para dar suporte, sem tomar a liderança das mãos dos jovens, por meio de fornecimento de materiais, de disponibilização do espaço físico da Unidade e divulgação
- estabelecimento de parcerias com os grupos organizados de jovens que existem na comunidade para articulação com os diferentes projetos realizados pelo serviço de saúde
- apoio na criação de canais para a sua expressão e reconhecimento, tais como: atividades artísticas e culturais, rádio ou jornal comunitário, campeonatos, gincanas, grupos de voluntários, palanque da cidadania, olimpíadas desportivas ou intelectuais.

6) Articulação intersetorial

Nenhuma organização é capaz de, isoladamente, realizar todas as ações necessárias para assegurar a saúde e o desenvolvimento aos adolescentes. Alianças e parcerias são essenciais para a criação das condições de proteção do bem-estar e para a maximização dos potenciais de todos eles.

A articulação intersetorial pode incluir atividades que são desenvolvidas nas escolas, nos centros comunitários, nos clubes, nas igrejas, nas associações de moradores e em outros locais da comunidade. Recomenda-se:

- identificação de todos os equipamentos sociais existentes na comunidade
- reuniões com os representantes das diferentes instituições-entidades, incluindo os adolescentes nesses debates
- realização de um planejamento conjunto de atividades voltadas para essa população, onde cada instituição tenha uma definição clara de suas responsabilidades
- acompanhamento e avaliação das principais ações de forma integrada
- criação de parcerias que viabilizem o acesso dos adolescentes a atividades culturais, profissionalizantes e desportivas oferecidas pelas demais instituições.

7) Referência e contra-referência

Deve-se assegurar acesso universal e oportuno, em termos de atenção, que corresponda ao problema identificado.

A contra referência é fundamental, pois a equipe de saúde tomará conhecimento dos procedimentos realizados, dando continuidade ao acompanhamento dos casos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Brasil.Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual do multiplicador adolescente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997, 160p.
2. Ministério da Saúde. Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional. Brasília, DF. Ministério da Saúde,1999.
3. Ministério da Saúde. Saúde Integral de Adolescentes e Jovens. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2005.
4. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo de avaliação em serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública 1997; 13(1): 103-7.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de adolescência: orientações para profissionais da área médica. Rio de Janeiro, 2000.
6. Tanaka Y, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo, Edusp, 2001.

LEGISLAÇÃO E A SAÚDE DO ADOLESCENTE

Lucília Nunes da Silva
Fernanda Fernandes Ranña

A legislação brasileira contempla a atenção integral à saúde dos adolescentes em várias leis, que devem ser do conhecimento de todos os profissionais que se propõem a trabalhar com esses jovens. As principais serão descritas neste capítulo.

É importante salientar que, ao longo do texto abaixo, encontram-se vários trechos extraídos do documento "Marco Legal", do Ministério da Saúde, que foram mantidos em sua íntegra, a fim de garantir a fidedignidade e precisão das informações nele contidas.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – ECA

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA - (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) é um marco e um divisor de águas na história recente da cidadania de meninos e meninas no Brasil. Ele substituiu o Código de Menores (Lei nº 6.697, de 10/10/1979) que se circunscrevia às crianças e aos adolescentes em situação irregular, e ditou regras e normas durante 10 anos. Entretanto, sua presença cultural – termos, vícios de linguagem, visão estrutural das instituições – ainda perdura, impedindo que a própria sociedade reconheça os direitos e deveres das crianças e dos adolescentes.

O ECA passa a reconhecer todas as crianças e todos os adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais. Segundo tal estatuto a condição de pessoa em desenvolvimento não retira da criança e do adolescente o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, a autonomia, os valores e as idéias, o direito de opinião e expressão, de buscar refúgio, auxílio e orientação.

O Estatuto da Criança e do Adolescente não se resume a um conjunto de leis isoladas. Sua proposta é muito mais ampla porque prevê a criação de uma rede de atendimento, caracterizada por ações integradas. Dessa rede, fazem parte as organizações governamentais e não-governamentais, os movimentos sociais, comunidades locais, grupos religiosos, entidades nacionais, organismos internacionais, categorias de trabalhadores e a própria população. Todos devem participar da discussão dos problemas locais, formulando propostas, negociando, optando pela melhor política a ser desenvolvida e, principalmente, oferecendo serviços.

Para garantir a criação desta rede, o Estatuto estipula a implantação, em cada município brasileiro, de órgãos que têm a responsabilidade de assegurar o cumprimento das políticas públicas voltadas à criança e ao adolescente. São eles: o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos Tutelares.

O acesso da criança e do adolescente à justiça também é reformulado a partir do Estatuto, criando-se a Justiça da Infância e Juventude no âmbito dos Poderes Judiciários Estaduais, além de mecanismos e procedimentos próprios de proteção judicial e extrajudicial dos interesses individuais, difusos e coletivos das crianças e adolescentes.

Crianças e adolescentes tornam-se sujeitos de direito e deveres civis, humanos e sociais previstos na Constituição e em outras leis. Passam a ser considerados cidadãos em desenvolvimento, tendo o seu universo protegido (doutrina da proteção integral).

Estabelece os direitos referentes à saúde, à educação, à alimentação, à informação, ao lazer, ao esporte, dentre outros. Determina a obrigatoriedade de pais e responsáveis matricularem seus filhos e acompanha-

rem sua frequência e seu aproveitamento escolar. Amplia e divide a responsabilidade pelo cumprimento de direitos e deveres entre a família, a sociedade e o Estado, tornando-os responsáveis.

Decorrente dessa nova forma de considerar os adolescentes, foi promulgada uma lei municipal que proíbe o uso da palavra "menor" na descrição de projetos e atividades inseridos no Orçamento Programa Anual do Município de São Paulo (Lei nº 13.187, de 16 de outubro de 2001).

Direitos e Deveres

A questão dos direitos e deveres da criança e do adolescente, pela primeira vez na história brasileira, tem prioridade absoluta, e a sua proteção é dever da família, da sociedade e do Estado.

Contudo, é comum verificar que muitas pessoas acreditam somente na existência dos direitos das crianças e dos adolescentes. O grande mérito do Estatuto foi transformar crianças e adolescentes em cidadãos sujeitos de direitos e deveres, estabelecendo regras de prioridade absoluta das políticas públicas.

Código de Menores

Não havia distinção entre crianças e adolescentes. Todo indivíduo com idade inferior a 18 anos era considerado "menor" e, portanto, sujeito ao Código de Menores.

Crianças e adolescentes não eram considerados sujeitos de direitos; eram tratados pela Legislação como seres "inferiores", objetos tutelados pela lei e pela justiça. O Código de Menores dispunha sobre a assistência, proteção e vigilância da criança e/ou do adolescente que se encontrasse abandonado, exposto, carente ou que apresentasse desvio de conduta.

O Poder Judiciário era a única instância que controlava as omissões e os abusos. De acordo com o ECA, a intervenção tanto da polícia quanto da justiça, passou a ser permitida somente em situações em que ocorre ato infracional contra a lei criminal. Também ficou impossibilitada a privação de liberdade do adolescente sem o devido processo legal.

Estabeleceu tipos penais aos atos praticados contra crianças e adolescentes, por ação ou omissão, e determinou medidas específicas aplicáveis a pais ou responsáveis na hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual. Anteriormente não existiam medidas específicas aplicáveis a pais ou responsáveis em situações de maus-tratos, opressão ou abuso sexual.

A LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394, de 20/12/1996) estabelece a incumbência da União Federal na elaboração do Plano Nacional de Educação, outorgando ao Conselho Nacional de Educação funções normativas e de supervisão.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais incluem o tema Educação para a Saúde como obrigatório, a ser tratado de forma transversal por todas as áreas, incluindo tópico especial para a questão da orientação sexual. A reformulação das diretrizes educacionais em 1996 harmonizou-se com o novo conceito de saúde conectado ao social e refletiu a preocupação e a estratégia de reduzir a gravidez não planejada, a Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis na adolescência.

AS LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE

As Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080, de 19/09/1990 e Lei nº 8.142, de 28/12/1990) regulamentaram o artigo constitucional que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a saúde como um direito de todos. A gestão do SUS é complementada pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), diversas portarias e normas técnicas, expedidas pelo Ministério da Saúde, e resoluções do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito da União.

Os estados, os municípios e o Distrito Federal possuem igualmente competência para gerir o sistema em seu âmbito administrativo. Dessa forma, a ausência de uma norma federal, por exemplo, específica para o atendimento do adolescente nos serviços de planejamento familiar, não impede que em nível estadual e/ou municipal o mesmo seja regulado, respeitados os limites da legislação federal (vide anexo: Lei Estadual nº 11.976, de 25 de agosto de 2005, e Portaria Municipal nº 527, de 20 de agosto de 2004).

A LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS - (Lei nº 8.742/93) - regulamenta o direito constitucional à assistência social do Estado, independente de contribuição, e expressamente garante a proteção especial à adolescência e o amparo aos adolescentes carentes. Garante um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. As ações governamentais nessa área são realizadas com recursos do orçamento mediante programas especiais.

O enfrentamento da pobreza é um dos maiores problemas nacionais que reflete diretamente na saúde do adolescente, aumentando a vulnerabilidade e retirando dos jovens as oportunidades de construção de uma vida digna.

Na definição das linhas de ação para o atendimento da criança e do adolescente, o Estatuto da Criança e do Adolescente destaca as políticas e programas de assistência social, determinando o fortalecimento e ampliação de benefícios assistenciais e políticas compensatórias como estratégia para redução dos riscos e agravos de saúde dos jovens.

Esses são os novos marcos ético-legais que devem nortear as políticas nacionais de atenção à saúde dos jovens no Sistema Único de Saúde.

LIMITAÇÃO LEGAL PARA O EXERCÍCIO DE DIREITOS E ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE

Um dos pontos mais controvertidos no dia a dia dos profissionais que atendem adolescentes e jovens são as diversas limitações legais para o exercício pessoal de direitos, fixados pela lei civil e penal.

Todas as legislações, seguindo a recomendação internacional, fixam faixas etárias ou condições para o seu exercício, considerando a idade, a saúde ou o desenvolvimento intelectual de determinadas pessoas, com o fim de protegê-las.

No direito brasileiro foram fixados diversos limites etários. A existência de diversas limitações etárias, para os adolescentes exercerem seus direitos, causa perplexidade e dificuldades para os profissionais de saúde no atendimento da população adolescente, criando receios do ponto de vista ético e legal.

Atender um adolescente que tenha menos de 14 anos de idade e que esteja desacompanhado é uma questão que provoca muitas dúvidas nos profissionais da área de Saúde.

O direito à saúde constitui um direito humano fundamental, um direito tutelar que exclui qualquer outra norma que demonstre prejudicial ao bem juridicamente tutelado à saúde da pessoa humana.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, que consolida os direitos básicos da população infanto-juvenil, em seu artigo 1º, claramente dispõe a doutrina da proteção integral, determinando a natureza tutelar dos direitos ali elencados, que predominarão sobre qualquer outro que possa prejudicá-lo.

Dessa forma, qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável.

Caso a equipe entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias, e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento.

A resistência do adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família é uma dificuldade que deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o direito do adolescente em exercer seu direito à saúde. Dessa forma, recomenda-se que, havendo resistência fundada e receio de que a comunicação ao responsável legal, implique em afastamento do usuário ou dano a sua saúde, se aceite pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, aplicando-se analogicamente o princípio do art. 142 do ECA:

“Os menores de dezesseis anos serão representados e os maiores de dezesseis e menores de vinte e um anos assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma da legislação civil ou processual”.

SIGILO PROFISSIONAL

É vedado aos profissionais:

Art. 154: Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena: detenção de três meses a um ano (Código Penal Brasileiro).

Considerando que a revelação de determinados fatos para os responsáveis legais pode acarretar consequências danosas para a saúde do jovem e a perda da confiança na relação com a equipe, o Código de Ética Médica não adotou o critério etário, mas o do desenvolvimento intelectual, determinando expressamente o respeito à opinião da criança e do adolescente, e à manutenção do sigilo profissional, desde que o assistido tenha capacidade de avaliar o problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo.

É vedado ao médico:

Art. 103: Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente (Código de Ética Médica).

Art. 107: Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados (Código de Ética Médica).

Considerando as dificuldades para o enfrentamento de algumas questões, recomenda-se:

- que a equipe médica busque sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis têm a obrigação legal de proteção e orientação de seus filhos ou tutelados;

- que a quebra de sigilo, sempre que possível, seja decidida pela equipe de saúde juntamente com o adolescente e fundamentada no benefício real para a pessoa assistida, e não como uma forma de “livrar-se do problema”.

COMUNICAÇÃO OBRIGATÓRIA DE FATOS QUE CONSTITUAM CRIMES

O Estatuto da Criança e do Adolescente considera infração administrativa os casos em que o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos e/ou negligência contra a criança e o adolescente (Art. 245 – ECA).

A norma que obriga esta comunicação busca prevenir danos maiores à vítima e à segurança pública. Tal procedimento deve ser discutido com a equipe e revestido das cautelas necessárias de modo a garantir:

- que o fato realmente constitua uma violação de direito;
- a proteção máxima do adolescente;
- o estabelecimento de um vínculo de confiança entre a equipe e a vítima;
- absoluta segurança para o usuário revelar aos profissionais aspectos íntimos de sua vida;
- o acolhimento, prevenção e tratamento dos envolvidos nos fatos.

A comunicação deve ser dirigida ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais que se façam necessárias, como o encaminhamento para exame de corpo delito da vítima ou o registro da ocorrência junto à autoridade policial. Pode ainda a denúncia ser encaminhada ao Juiz ou à Promotoria da Infância e da Juventude.

Se for certo que a equipe de saúde deve apurar corretamente os fatos e buscar o consentimento e a participação do adolescente para desencadear as providências legais, reconhecemos que não é tarefa fácil. Por isso, recomenda-se a atuação integrada e conjunta do setor de Saúde com os Juizados e Promotorias da Criança e Adolescente e Conselhos Tutelares, buscando estabelecer um consenso saúde/justiça/segurança quanto à conduta que os profissionais devem adotar diante de determinados fatos. Iniciativas locais dessa natureza viabilizarão uma melhor assistência, reduzindo a resistência e o medo dos profissionais de se envolverem em questões judiciais.

A comunicação sem as devidas cautelas pode trazer sérias conseqüências para a própria vítima, afastando-a definitivamente dos serviços de saúde.

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

O Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), que introduziu na normativa internacional o conceito de direitos reprodutivos, inseriu os adolescentes como sujeitos que deverão ser alcançados pelas normas, programas e políticas públicas.

Em 1999, a ONU realizou um processo de revisão e avaliação da implementação do programa (Cairo +5), avançando nos direitos dos jovens. Na revisão do documento, deixou de ser incluído o direito dos pais em todas as referências aos adolescentes, garantindo o direito dos adolescentes à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive sexual no currículo escolar, à informação e assistência à saúde reprodutiva.

O Comitê de Direitos da Criança traçou recomendação específica (Recomendação Geral nº 4, de 6 de junho de 2003) sobre o direito à saúde dos adolescentes, fixando o alcance dos princípios da Convenção Internacional dos Direitos da Criança e as obrigações dos estados em promovê-lo.

O Comitê destaca a recomendação internacional do direito à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade do adolescente (menores de 18 anos) e ao seu acesso aos serviços de saúde, independente da anuência ou presença dos pais e responsáveis, para o enfrentamento das suas questões, inclusive sexual e reprodutiva; e o direito do adolescente não ser discriminado em razão de alguma deficiência física, mental, sorológica (HIV/AIDS) ou por questões de sexo, orientação sexual e estilo de vida.

No plano normativo nacional, possuímos algumas leis que tratam do tema, relacionadas a seguir.

A Lei n.º 6.202/1975 estabelece que a gestante estudante tem direito a receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo, de acordo com indicação médica, esse período ser prolongado. A prestação dos exames escolares é garantida por “regime de exercícios domiciliares” e seu aproveitamento escolar poderá ser aferido por meio de trabalhos feitos em casa.

A Constituição Federal Brasileira garante a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias; a licença paternidade pelo período de cinco dias, a contar do dia do nascimento do filho; o direito ao recebimento do salário família, de acordo com o número de filhos.

A Lei n.º 9.263/1996 (planejamento familiar) regula um conjunto de ações para a saúde sexual e saúde reprodutiva. Não trata a nova lei expressamente sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes, o que não constitui uma barreira para o acesso aos serviços de saúde; ao contrário, é direito do adolescente o atendimento integral e incondicional, decorrente dos princípios e diretrizes adotados pela Constituição Federal, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, pelo Sistema Único de Saúde e pela própria lei sobre o tema.

A única restrição estabelecida na lei é para a realização da esterilização cirúrgica nas pessoas menores de 25 anos com menos de dois filhos. Importante destacar que, a respeito do controle de doenças sexualmente transmissíveis na população adolescente, o Conselho Federal de Medicina, por meio do Ofício CFM n.º 2.797/1998, em resposta à solicitação da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, registrou parecer baseado nos dispositivos do Estatuto da Criança e do Adolescente, do Código de Ética Médica, da Convenção Internacional dos Direitos da Criança e na realidade epidemiológica e sociopsicológica brasileira, recomendando que:

- No caso de crianças de zero a 12 anos incompletos, o teste e a entrega dos exames anti-HIV sejam realizados somente na presença dos pais ou responsáveis;
- No caso de adolescente de 12 a 18 anos, após uma avaliação de suas condições de discernimento, fica restrita à sua vontade a realização do exame, assim como a participação do resultado a outras pessoas.

A Norma Técnica expedida no ano de 1999 pelo Ministério da Saúde para “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, revisada e ampliada em 2005, regulamentou o atendimento ao aborto legal por meio do Sistema Único de Saúde, dando cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n.º 258, de 6/11/1997) e o artigo 128 do Código Penal que autoriza o aborto nos casos de gravidez resultante de violência sexual. O serviço proposto na Norma Técnica não se limita à realização do aborto, mas executa atendimento amplo de todos os agravos resultantes de violência sexual.

A Norma Técnica prevê a autorização do representante legal da adolescente apenas para os casos de aborto. Recomenda-se que, caso ocorra divergência entre a vontade da vítima e do seu responsável legal, deve prevalecer a vontade da adolescente. Porém, considerando o grau de complexidade da questão, a equipe deve encaminhar o caso para o Conselho Tutelar ou Promotoria da Infância e Juventude que deverão, por intermédio do devido processo legal, solucionar o impasse.

O Código Penal Brasileiro, quando trata o Código Penal dos crimes contra a liberdade sexual e integridade física da pessoa, que inadequadamente denomina Crimes Contra os Costumes (crime de estupro, aten-

tado violento ao pudor, sedução de menores, rapto), agrava a pena do infrator quando a vítima encontra-se na faixa etária de 14 a 21 anos, e presume crime qualquer ato sexual com menor de 14 anos, constituindo um critério etário para decidir sobre o exercício da sexualidade.

Nos casos de gravidez em pessoa menor de 14 anos, em princípio, é permitida a realização do aborto em razão da presunção de violência e agravando a pena nos casos de crimes de estupro ou atentado violento ao pudor, quando a vítima estiver na faixa etária de 14 a 18 anos. A jurisprudência vem reduzindo o rigor do dispositivo, desde que fique comprovado o discernimento do adolescente para consentir a prática do ato sexual.

O início da vida sexual dos adolescentes tem se tornado cada vez mais precoce. É importante que o profissional avalie o contexto no qual o adolescente está inserido e considerar sua solicitação. Se um adolescente procura um serviço de saúde com alguma questão relacionada a sua vida sexual, é importante que ele seja acolhido, ouvido e atendido (por exemplo: disponibilização de contraceptivos) mesmo que ele tenha menos do que 14 anos de idade e que não esteja acompanhado por um responsável (vide anexa Portaria 527/04 - SMS). Além disso, esse adolescente também deve ser convidado a participar de algum programa específico para essa faixa etária na Unidade de Saúde, para que tenha um espaço no qual possa discutir de forma mais ampla essa sua etapa de vida e as demandas correspondentes.

As questões de saúde dos adolescentes, muitas vezes não estão relacionadas com patologias e sim com a organização de sua vida nos aspectos bio-psico-sociais. A saúde sexual e reprodutiva do adolescente causa tanta controvérsia porque os tabus que envolvem o sexo ainda estão muito arraigados em nossa cultura. Toda aparente liberação da prática sexual ainda carrega conceitos arcaicos sobre o direito ao exercício da vida sexual de cada um.

O profissional de saúde deve tomar cuidado para não permear suas ações com crenças pessoais, impedindo o acesso do adolescente ao atendimento que lhe seja necessário. Deve ser feita uma avaliação sobre o nível de vulnerabilidade a que esse adolescente esteja exposto. A ação do profissional de saúde não deverá aumentar essa vulnerabilidade. Se o profissional não se sentir seguro para tomar uma decisão individualmente, é aconselhável que o faça após discutir com a equipe de trabalho. E se a situação for muito delicada e gerar muitas dúvidas, a equipe pode buscar ajuda com o Conselho Tutelar e/ou Vara da Infância.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005.
2. Leis: ver anexos.

AGRADECIMENTO

Especial agradecimento a Dra. Miriam Ventura, autora do texto "Marco Legal: Saúde, um direito do adolescente", pela sua luta incansável para garantir os direitos humanos, especialmente dos adolescentes.

ANEXOS

1. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – ECA

www.presidencia.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8069.htm

www.mj.gov.br/sedh/dca/eca.htm

2. LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE

Lei nº 8.080, de 19/09/1990

www.presidencia.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm

Lei nº 8.142, de 28/12/1990)

www.presidencia.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8142.htm

3. LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO

Lei nº 9.394, de 20/12/1996

www.mec.gov.br/legis/pdf/LDB.pdf

4. LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – LOAS

Lei nº 8.742, de 07/12/1993

www.presidencia.gov.br/CCIVIL/leis/L8742.htm

5. LEI Nº 6.202, de 17 de abril de 1975 – Gestante estudante

www.presidencia.gov.br/ccivil_03/LEIS/1970-1979/L6202.htm

6. LEI Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 – Planejamento Familiar

www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm

7. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=codigoetica&portal

www.cremesp.com.br

8. CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

www.presidencia.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm

9. LEI Nº 13.187, de 16 de outubro de 2001

LEI Nº 13.187, 16 de outubro de 2001

(Projeto de Lei nº 84/2000, da Vereadora Aldaíza Sposati - PT)

Proíbe o uso da palavra “menor” na descrição dos projetos e atividades referentes a crianças e adolescentes inseridos no Orçamento Programa anual do Município de São Paulo.

A Prefeita do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal de São Paulo, nos termos do disposto no inciso I do artigo 84 do seu Regimento Interno, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - Fica proibido o uso da palavra “menor” na descrição dos projetos e atividades referentes a crianças e adolescentes inseridos no Orçamento Programa anual do Município de São Paulo.

Art. 2º - Em substituição à palavra "menor" deverão ser utilizadas as palavras "criança", "adolescente", "criança e adolescente", "infância", "adolescência", ou "infância e adolescência", conforme o caso.

Art. 3º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

10. PORTARIA MUNICIPAL Nº 295, de 19 de maio de 2004

Portaria SMS.G Nº 295, de 19 de maio de 2004

GONZALO VECINA NETO, Secretário Municipal da Saúde, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei,

Considerando que a porcentagem de adolescentes usuárias do SUS que engravidam, muitas delas de forma não planejada e cada vez mais jovens, permanece elevada;

Considerando o Projeto Nascer Bem - gravidez saudável e parto seguro, implantado pela Prefeitura do Município de São Paulo, em que o Planejamento Familiar tem fundamental importância, não só pela garantia de um direito constitucional dos cidadãos mas também pela oportunidade dos casais planejarem o número de filhos que desejam ter, assim como o intervalo entre as gestações;

Considerando que a gravidez indesejada leva, freqüentemente, ao aborto em condições inseguras, causando seqüelas e até a morte de mulheres; e

Considerando a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro 7498/86 e a Resolução 271/02, que dispõe sobre o que cabe a(o) Enfermeira(o) como integrante da equipe de saúde: realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde,

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir o Protocolo para o fornecimento de contraceptivos reversíveis na Rede de Atenção Básica do Município de São Paulo, com a finalidade de ampliar e agilizar a oferta dos métodos aos usuários do SUS de forma segura e com acompanhamento adequado.

§ Único - Garantir o cumprimento deste protocolo através da publicação anexa à esta Portaria, para conhecimento dos Gerentes, Gestores e Profissionais de Saúde da Rede Pública do SUS do Município de São Paulo.

Art. 2º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ANEXO ÚNICO

PROTOCOLO PARA O FORNECIMENTO DE CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS NA REDE BÁSICA

A atuação dos Profissionais de Saúde na atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva, com ênfase na anticoncepção, deve seguir um Fluxo de Atendimento dentro da UBS, para facilitar a organização do processo de trabalho e melhorar a qualidade da assistência prestada.

Propomos que, preferencialmente, o usuário seja encaminhado para as Atividades Educativas em Saúde Sexual e Reprodutiva - Planejamento Familiar e a seguir encaminhado para a Consulta Médica e/ou Consulta

de Enfermagem. Esta consulta de enfermagem está respaldada na Lei do Exercício Profissional 7.498/86 e na Resolução 271/02, onde determinam que cabe ao Enfermeiro, como integrante da equipe, realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde.

Preferencialmente, a primeira consulta individual ou do casal deverá ser no mesmo dia em que participar da atividade educativa. Não havendo esta possibilidade (por dificuldade pessoal ou por que a UBS não dispõe de grupo formado), o usuário deverá ser encaminhado para uma consulta médica ou de enfermagem, onde as atividades de orientação e educação serão individuais, de modo a garantir o acesso ao serviço.

Anticoncepção na adolescência:

Em relação aos usuários adolescentes, a Lei Federal 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente reconhece-os como sujeitos de direitos, devendo ser assegurado atendimento à criança e ao adolescente por meio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Os Códigos de Ética Médica (art. 103) e de Ética do Enfermeiro - COREN/SP (art. 29) determinam a importância do sigilo profissional no atendimento aos menores de idade, inclusive em relação a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios, salvo quando a não revelação possa acarretar danos aos pacientes. A Sociedade de Pediatria de São Paulo e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia referendam estas recomendações.

O Fórum 2002 em Contracepção: Adolescência e Ética, organizado pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas - FMUSP, reunindo profissionais de Saúde, da Justiça e de Comissões de Bioética, concluiu que a prescrição de contraceptivos às meninas menores de 14 anos não constitui ato ilícito, desde que não haja situação de abuso ou vitimização e que a adolescente detenha capacidade de autodeterminação com responsabilidade e consciência a respeito dos aspectos que envolvem a sua saúde e a sua vida.

Os adolescentes, estando entre a população mais vulnerável às DSTs/AIDS, devem ser orientados para a "Dupla Proteção", ou seja, devem usar um método de barreira (Preservativo masculino ou feminino) associado a outro método (por exemplo, um método hormonal como a pílula combinada ou a pílula do dia seguinte ou ainda os injetáveis).

Crítérios Clínicos de Elegibilidade:

Após a escolha do método contraceptivo de sua preferência, o usuário receberá este método de acordo com os critérios clínicos de elegibilidade (classificados de 1 a 4 em ordem crescente de restrições ao uso) preconizados pela OMS e adotados pelo Ministério da Saúde:

CATEGORIA 1 - Método pode ser usado sem restrições;

CATEGORIA 2 - Método pode ser usado com restrições;

CATEGORIA 3 - Método de última escolha; e

CATEGORIA 4 - Método é contra-indicado na situação clínica encontrada, podendo o contraceptivo ser prescrito pelo Médico ou Enfermeiro conforme o critério no qual o método se enquadrar.

A) Métodos Comportamentais:

- Ogino-Knaus (tabelinha);
- Temperatura basal;
- Billings (muco cervical);
- Sinto-térmico (sintomas e sinais de ovulação associados à temperatura basal e muco cervical).

Enquadram-se na Categoria 1 - não existem condições clínicas que restrinjam o seu uso, podendo ser orientado e acompanhado por qualquer Profissional de Saúde bem treinado.

B) Métodos de Barreira:

- PRESERVATIVO MASCULINO:

Categoria 1 - não existem condições clínicas que restrinjam o seu uso, podendo ser orientado, fornecido e acompanhado por qualquer Profissional de Saúde bem treinado (*).

Exceto no caso de alergia ao látex (não se enquadra ao preservativo de plástico), quando o método muda para a Categoria 3 - Método de última escolha, pois os riscos decorrentes do seu uso superam os benefícios, sendo necessário acompanhamento rigoroso pelo médico.

- PRESERVATIVO FEMININO:

Categoria 1, idem ao masculino (*) - lembrar que o preservativo feminino é de poliuretano, sendo mais raros os casos de alergia.

(*) Atuação do Profissional de Saúde:

a) Primeira consulta (feita preferencialmente com o casal):

- Avaliar o grau de participação masculina na prática da contracepção. Reforçar o aconselhamento.
- Explicar detalhadamente e discutir com os usuários a técnica de uso do método.
- Fornecer preservativos em quantidade suficiente para o primeiro mês de uso, considerando a frequência de relações sexuais do indivíduo e/ou do casal.
- Considerar o oferecimento de outro método contraceptivo, para uso associado ao preservativo (por exemplo, a contracepção de emergência), com vista à redução do risco de gravidez por falha de uso do método nos grupos de maior risco, como nos adolescentes.

b) Consultas de retorno:

- Podem ser feitas por qualquer profissional de saúde, desde que devidamente treinado.
- O fornecimento sistemático dos métodos não precisa estar vinculado à consulta com profissional de saúde.

- DIAFRAGMA:

Enquadra-se em uma das 3 Categorias:

- Categoria 1 - não existem condições clínicas que restrinjam o seu uso, pode ser orientado, dispensado e acompanhado por Enfermeiro (**).

- Categoria 2 - método pode ser usado com restrições, as vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados, como nos casos de doença cardíaca valvular complicada por Hipertensão Pulmonar, Fibrilação atrial e história de Endocardite Bacteriana sub-aguda e nas usuárias com baixo risco para infecção pelo HIV e outras DST, podendo ser orientado, fornecido e acompanhado por Enfermeiro (**).

- Categoria 3 - é o método de última escolha, pois os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método, nos casos de alergia ao látex (não se aplica ao diafragma de silicone) ou de história de Síndrome do Choque Tóxico, sendo necessário acompanhamento rigoroso pelo médico.

() Atuação do Profissional de Saúde:**

a) Primeira consulta:

- Explicar detalhadamente a técnica de uso do método.
- Determinar o tamanho adequado do diafragma.
- Verificar se o tamanho escolhido está adequado.
- Agendar retorno em uma semana, com o diafragma colocado em casa para verificar se está adequado.
- Na ocorrência de coito desprotegido orientar a mulher para o uso de anticoncepção de emergência.

b) Primeiro retorno (uma semana após a primeira consulta):

- Verificar se a colocação do diafragma está correta, pelo toque vaginal.
- Solicitar que a mulher retire e recoloca o diafragma. Verificar a exatidão da técnica.
- Agendar novo retorno em 30 dias, recomendando que a mulher traga consigo o diafragma.

c) Demais consultas de retorno:

- Retornos anuais.

Obs.: A Área Temática de Saúde da Mulher recomenda o uso do diafragma sem a Geléia espermaticida à base de nonoxinol-9 pois há trabalhos mostrando que sua eficácia não se altera e além disso ele pode aumentar o risco de transmissão sexual do HIV e outras DST por provocar lesões (fissuras/microfissuras) na mucosa vaginal e retal.

Em relação às UBS(s) que não tiverem os medidores de diafragma, esta Área Temática recomenda que utilizem o próprio diafragma como medidor (um para cada numeração), tomando o cuidado de fazer uma perfuração no meio para não ser utilizado e esterilizá-lo no autoclave.

C) Anticoncepção Hormonal Oral:

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA:

Oral apenas com progestogênio (Código REMUME G03AC01 ou SUPRI 11.064.009.047.0040-9 - Levonorgestrel 0,75mg).

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas ou os 2 comprimidos de uma vez até 72 horas, podendo o prazo ser ampliado até 5 dias após a relação sexual desprotegida.

Método de Yuspe:

Orais combinados (Código REMUME G03AA07 ou SUPRI 11.064.009.047.009-3, contendo 0,15mg de Levonorgestrel e 0,05mg de etinilestradiol).

Tomar 4 comprimidos de 12 em 12 horas (Total de 8) até 72 horas, podendo o prazo ser ampliado até 5 dias após a relação sexual desprotegida.

Enquadra-se na Categoria 1 - Qualquer mulher pode usar a contracepção de emergência desde que não esteja grávida. Deve ser usada apenas em situações de emergência, como por exemplo:

- Estupro;
 - Ruptura de preservativo ou diafragma;
 - Expulsão do DIU;
 - Esquecimento de duas ou mais pílulas anticoncepcionais de progestogênio;
 - Atraso menstrual há mais de duas semanas para usuária de acetato de medroxiprogesterona de depósito (injetável trimestral);
 - Relação sexual no período fértil em casais usuários de abstinência periódica (ritmo, Billings entre outros).
- Pode ser prescrita, orientada e acompanhada por Enfermeiro (inclusive para as adolescentes, conforme o item contracepção na adolescência)

Obs.:

1 - Para se coibir abusos, os casos em que a mesma usuária solicitar a contracepção de emergência mais de uma vez em um período inferior a 30 dias, deverão ser encaminhados para avaliação médica.

2 - A prescrição efetuada pelo enfermeiro só terá validade para dispensação dentro da própria UBS.

3 - Depois do atendimento de urgência, a usuária deve ser encaminhada para o trabalho educativo (em grupo ou individual).

ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO (PÍLULA COMBINADA):

(Código REMUME G03AA07 ou SUPRI 11.064.009.047.009-3 - Levonorgestrel 0,15mg + Etinilestradiol 0,03mg)

Pode se enquadrar em uma das 4 Categorias.

Deve ser prescrito e acompanhado pelo médico.

MINIPÍLULA (ORAL COM APENAS PROGESTOGÊNIO):

(Código REMUME G03AC01 ou SUPRI 11.064.009.049.0011-4 - Noretisterona, Acetato 0,35mg)

Indicada para ser usada durante amamentação.

Pode se enquadrar em todas as Categorias (igual à pílula combinada).

Deve ser prescrito e acompanhado pelo médico.

D) Anticoncepção Hormonal Injetável:

- Hormonal injetável trimestral (injetável apenas com progestogênio):

(Código REMUME G03AC03 - Medroxiprogesterona, Acetato 150mg/ml)

SEÇÃO I: Atendimento do Adolescente e a Legislação

Pode se enquadrar em todas as Categorias (de 1 a 4).

Deve ser prescrito e acompanhado pelo médico.

- Hormonal injetável mensal (injetável com Estrogênio e Progestogênio):

(Código REMUME G03 AC - Enantato de Estradiol + Acetofenido de algestona)

Pode se enquadrar em todas as Categorias (de 1 a 4).

Deve ser prescrito e acompanhado pelo médico.

E) Dispositivo Intra Uterino (DIU):

(Código REMUME G02BA ou SUPRI 11.065.004.001.6595-8 - DIU T de Cobre 380)

Pode se enquadrar em todas as Categorias (de 1 a 4).

Deve ser indicado, inserido e acompanhado pelo médico.

Obs.: Para a elaboração deste Protocolo contamos com a valiosa colaboração das Áreas Temáticas de Saúde do Adolescente e do Jovem e de Assistência Farmacêutica.

BIBLIOGRAFIA:

* Johns Hopkins Population Information Program. Pontos Essenciais da Tecnologia da Anticoncepção - Setembro de 2.001.

* Ministério da Saúde. Planejamento Familiar - Manual para o Gestor e Manual Técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos - 2.002.

* Maria José de Oliveira Araújo e Carmem Simone Grilo Diniz. O lugar do Diafragma como método anticoncepcional no Brasil. Coletivo Feminista - Sexualidade e Saúde - 1.994.

* Thomas R. Moench, Tsungai Chipato e Nancys Padian. Preventing disease by protecting the cervix: the unexplored promise of internal vaginal barrier devices. Lippincott, Williams & Wilkins - 2.001.

11. PORTARIA 667/04 - SMS

O Secretário Municipal da Saúde do Município de São Paulo, no uso das suas atribuições legais,

RESOLVE:

I - Efetuar alterações na Portaria 295/04-SMS, publicada no DOM de 18/05/04, nos itens abaixo especificados:

Método de Yuspe, orais combinados

Onde se lê: 0,05mg de Etinilestradiol

Leia-se: 0,03mg de Etinilestradiol

Hormonal Injetável Trimestral (Injetável apenas com Progestogênio)

Onde se lê: Código Remune GO3ACO3

Leia-se: GO3ACO6

Hormonal Injetável Mensal (Injetável com Estrogênio e Progestogênio)

Onde se lê: Código Remune GO3 AC - Enantanto de Estradiol e Acetofenido de Algestona

Leia-se: Código Remune GO3AC50 - Valerato de Estradiol + Enantato de Noretisterona

II - Esta Portaria entrará em vigor da data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

12. PORTARIA MUNICIPAL Nº 527, de 20 de agosto de 2004

OS SERVICOS DE SAÚDE DEVEM EFETIVAR O DIREITO DE ADOLESCENTES E JOVENS ENTRE 10 E 24 ANOS À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.

PORTARIA 527/04 - SMS

O Secretário Municipal da Saúde, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei e,

CONSIDERANDO:

01 - Que a Lei Federal 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente - afirma o valor intrínseco da criança e do adolescente como seres humanos, a necessidade de especial respeito às suas condições de pessoas em desenvolvimento, o seu reconhecimento como sujeitos de direitos e a prioridade absoluta à criança e ao adolescente nas políticas públicas e que os direitos assegurados aos adolescentes devem ser efetivados por meio de políticas sociais públicas, tal como é expresso pela Constituição Federal no art. 227, § I e pelo próprio ECA em seus art. 7º, 11, 17 e 18,

02 - O art. 103 do Código de Ética Médica, em que fica 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-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente",

03 - A Lei Mun. 11.288, de 21/11/92, que dispõe sobre a obrigatoriedade da assistência de saúde aos adolescentes na Rede Municipal de Saúde do Município de São Paulo, ressaltando a perspectiva do trabalho em equipe multiprofissional,

04 - As recomendações da Sociedade de Pediatria de São Paulo - que orienta como campo de atuação do Pediatra a faixa compreendida entre 0 e 20 anos incompletos - referendadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria e pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, de que para a boa prática da consulta aos adolescentes devem ser garantidas a confidencialidade e o sigilo das informações, mesmo perante seus familiares, desde que não se incorra em riscos à vida dos adolescentes, de que pais ou responsáveis só poderão ser informados sobre o conteúdo das consultas com o expresso consentimento dos adolescentes, de que a ausência de pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico aos adolescentes, seja nas consultas iniciais ou nas de retorno e de que em todas as situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo, os adolescentes devem ser informados, tanto das condutas, quanto de suas justificativas,

05 - As orientações da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia para os serviços de orientação em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes, que indicam a confidencialidade das informações, a privacidade no atendimento, a facilidade de acesso aos serviços, a boa comunicação, com linguagem simples e sem julgamentos morais ou valorativos e a focalização do interesse da entrevista nos (as) adolescentes, sendo que a presença de pais ou familiares só deve ocorrer por solicitação do (a) adolescente como pré-requisitos mínimos para a boa qualidade da atenção à saúde,

06 - O Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (CAIRO, 1.994) que introduziu o conceito de direitos sexuais e reprodutivos na normativa internacional e inseriu os adolescentes como sujeitos/públicos destas normas, programas e políticas públicas, sendo que na revisão deste plano, promovida pela ONU em 1.999 (CAIRO +5), avançou-se na consideração dos direitos dos jovens, deixando de serem incluídos os direitos dos pais em todas as referências aos adolescentes, garantindo a estes os direitos à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação sexual no currículo escolar, à informação e assistência à saúde reprodutiva,

07 - As conclusões do Fórum 2.002 em Contracepção: Adolescência e Ética - organizado pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas - FMUSP reunindo profissionais de Saúde, da Justiça e de Comissões de Bioética - sobre a prescrição de contraceptivos a adolescentes menores de 14 anos, indicando que: a prescrição de contraceptivos aos adolescentes menores de 14 anos não constitui ato ilícito por parte do Médico, desde que não haja situação de abuso ou vitimização e que a adolescente detenha capacidade de autodeterminação - com responsabilidade e consciência a respeito dos aspectos que envolvem a sua saúde e a sua vida,

08 - O Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais em seus art. 16, 17 e 18, o Código de Ética do Enfermeiro - COREN/SP em seu art. 29, o Código de Ética Profissional dos Psicólogos em seus art. 21, 26 e 27, e, ainda, constando no código de ética de outras profissões do campo da saúde a importância do sigilo profissional na relação com os pacientes (incluídos crianças e adolescentes) e no cuidado com vistas ao estabelecimento de confiança para a intervenção em saúde,

09 - A importância de se propiciar condições adequadas de sigilo, escuta e cuidado aos adolescentes de ambos os sexos que procuram os serviços de saúde ou são por ele abordados (como nas ações do Programa Saúde da Família), para que se estabeleça uma relação de confiança de fato, que conduza à maior resolutividade das demandas identificadas e,

10 - Que na experiência de vida de adolescentes encontram-se a criação de identidade própria através de grupos de pertinência, reconhecimento de seu espaço social/exclusão social, entrada no mercado de trabalho, escolha educacional/profissional, as relações familiares e seus conflitos, a violência doméstica, o início da vida sexual, a eventual ocorrência de uma gravidez, as DST/AIDS, o aborto, o contato com drogas lícitas e ilícitas, ou seja, uma grande diversidade de experiências que interferem em suas condições de saúde e nas suas possibilidades de se cuidar,

DETERMINA:

I - Que os serviços de saúde sob a gestão municipal devem efetivar o direito de adolescentes e jovens, pessoas entre 10 e 24 anos, à atenção integral à sua saúde, respeitando as especificidades e as condições de vulnerabilidade relacionadas a este momento de vida.

II - O acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde sem preconceitos de origem, raça sexo, orientação sexual ou quaisquer outras formas de discriminação ou privilégios.

III - Que profissionais de saúde de todas as categorias e especialidades devem realizar o atendimento do/da adolescente com sigilo e confidencialidade, preservado de qualquer interferência.

IV - Que profissionais de saúde que abordam adolescentes nos serviços da rede municipal de saúde devem propiciar condições de sigilo e privacidade aos (às) pacientes adolescentes de forma a favorecer diagnósticos mais precisos e completos e condutas terapêuticas mais adequadas e continentas.

V - Que se deve estimular a participação da família e/ou responsáveis na atenção à saúde dos adolescentes, bem como incentivar que os próprios adolescentes envolvam suas famílias e/ou responsáveis no acompanhamento de seus problemas, assegurando, porém, que a relação dos profissionais de saúde com a família não deve preponderar sobre a relação entre os mesmos profissionais e os pacientes adolescentes.

VI - Sempre que possível, priorizar a abordagem da atenção multiprofissional à saúde do adolescente, considerando a integralidade das ações e estratégias que contribuam para a solução das demandas trazidas por adolescente e a preservação de sua intimidade.

VII - Que as agendas das Unidades Básicas de Saúde contemplem o acompanhamento dos adolescentes, com ênfase no atendimento médico - notadamente de pediatras, ginecologistas, clínicos gerais e generalistas - e da oferta de outras ações de promoção da saúde e de prevenção dos agravos relacionados aos aspectos de vulnerabilidade dos (as) adolescentes, tais como gravidez, DST/AIDS e violência, favorecendo a aderência aos serviços de saúde e facilitando o intercâmbio de informações.

VIII - Que a gerência das unidades de saúde deve indicar, através de avaliação de interesse e capacitação, os profissionais de saúde da equipe multiprofissional que devem se tornar referência no atendimento de adolescentes e de jovens, de forma que os mesmos possam ser identificados e reconhecidos pela população adolescente de seu território.

IX - Que na atenção à saúde de adolescentes e jovens sempre deve ser realizada orientação relativa à sexualidade e à saúde reprodutiva e devem ser disponibilizados os métodos contraceptivos a todos os adolescentes atendidos, inclusive contracepção de emergência, conforme Port. 295/04-SMS.G, devendo ser dispensada atenção especial nos casos de relatos de resistência ao uso de preservativo, de experiências de gravidez, aborto, DST/AIDS e abuso sexual - acolhendo suas dúvidas e propiciando espaço de troca isento, livre de preconceitos e de julgamentos morais.

X - Que o fornecimento de métodos contraceptivos a adolescentes e jovens, principalmente, os preservativos para prevenção de DST/AIDS e gravidez, deve ocorrer de forma simples e desburocratizada.

XI - Desenvolver ações integradas entre os serviços de saúde e outras áreas, tais como a área da educação, trabalho, assistência social, articulando e complementando políticas e atividades.

XII - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

13. LEI ESTADUAL Nº 11.976, de 25 de agosto de 2005

LEI Nº 11.976, de 25 de agosto de 2005.

(Projeto de lei nº679/2002, do deputado Arnaldo Jardim - PPS)

Cria o Programa de Saúde do Adolescente

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo, nos termos do artigo 28, § 8º, da Constituição do Estado, a seguinte lei:

Artigo 1º - Fica criado o Programa de Saúde do Adolescente.

Artigo 2º - São objetivos do Programa de Saúde do Adolescente:

I - desenvolver ações fundamentais na prevenção contínua (primária, secundária e terciária) com ênfase à prevenção primordial, de modo que o adolescente sinta a necessidade de ter e resguardar sua saúde;

II - assistir as necessidades globais de saúde da população adolescente, a nível físico, psicológico e social;

III - estimular o adolescente nas práticas educativas e participativas, como fator de um desenvolvimento do seu potencial criador e crítico;

IV - estimular o envolvimento do adolescente, dos seus familiares, e da comunidade em geral nas ações a serem implantadas e implementadas.

Artigo 3º - Para efeito dos objetivos de que trata o artigo 2º, usar-se-ão as seguintes definições:

I - considerar adolescente aquele cuja idade se situar entre 10 (dez) e 20 (vinte) anos completos, independentemente de sexo, características biológicas ou psíquicas;

II - considerar uma equipe multiprofissional mínima necessária para atendimento primário, um médico, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo.

Artigo 4º - São áreas de atuação do Programa de Saúde do Adolescente:

I - assistência social, quando serão analisadas as condições e problemas de natureza sócio-econômica do adolescente, das possibilidades de apoio, levantamento de recursos de sua comunidade, identificação das atividades de lazer e culturais;

II - enfermagem, quando será feito um levantamento inicial de dados de orientação sobre aspectos preventivos e educativos para adolescentes;

III - psicológico, propiciando ao adolescente oportunidades de auto conhecimento acerca de suas potencialidades, bem como áreas de conflito, dificuldades, oferecendo-lhes ações que estimulem o desenvolvimento normal de sua personalidade;

IV - atendimento clínico ou pediátrico, com o intuito de prevenir, diagnosticar, tratar e recuperar a saúde do adolescente;

V - ações educativas, que serão desenvolvidas de acordo com as principais diretrizes da Organização Mundial da Saúde, como atividades de prevenção primordial, acolhendo, discutindo, analisando e orientando os problemas, os anseios, e as expectativas do adolescente que dizem respeito à sua saúde.

Artigo 5º - O Programa procurará fomentar atividades já realizadas pelo Poder Público, tais como:

I - pesquisa de Sexualidade;

II - disque-adolescente;

III - projeto Janela;

IV - casa do adolescente;

V - programa Parceiros do Futuro.

Parágrafo único - O Programa promoverá sua integração com as atividades de que trata este artigo.

Artigo 6º - As eventuais despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias.

Artigo 7º - O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias, a contar de sua publicação.

Artigo 8º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Prevenção e Promoção da Saúde

1. Saúde nas escolas: a escola, o adolescente e o pediatra
2. Trabalho em grupos de adolescentes: reflexão em saúde
3. Vulnerabilidades: desafios do atendimento sob um olhar de resiliência
4. Exercícios físicos na adolescência
5. Alimentação na adolescência

SAÚDE NAS ESCOLAS: A ESCOLA, O ADOLESCENTE E O PEDIATRA

Cláudia Spinelli Rossi

A saúde escolar iniciou-se no Brasil no final do século XIX com o nome de Higiene Escolar, inspirada no ideário higienista da República. Estava preocupada sobretudo com a alta prevalência de doenças contagiosas, o que poderia comprometer a mão-de-obra, interferindo na atividade econômica. Concentravam-se esforços no sentido de inspecionar indivíduos, verificar a situação vacinal e o ambiente da escola. Esta política não levava em conta os determinantes socioeconômicos da falta de saúde. A partir da década de 1950 o avanço tecnológico traz a biologização das questões de saúde escolar. O baixo rendimento escolar era visto como consequência da desnutrição e do estado mental do indivíduo. Na década de 1970, a saúde escolar recebe o nome de Medicina Escolar, dando ênfase aos exames de massa através dos registros de saúde. Diante da crescente demanda e da insuficiência dos serviços de saúde, priorizaram-se as crianças com supostos déficits, acarretando um fluxo de alunos das salas de aula para os consultórios médicos. Herança que se carrega até hoje: é freqüente a situação do pediatra atender crianças e adolescentes com dificuldades escolares, uma questão multifatorial complexa, com determinantes socioeconômicos que vão muito além da questão puramente clínica. Nas décadas de 1970 e 1980 na saúde escolar buscou-se formar comissões de profissionais de saúde e educação; no aparelhamento do Estado, medidas eram impostas de cima para baixo sem se levar em conta as experiências locais. Somente na década de 1980, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, houve grande avanço no conceito de saúde, ampliado com a noção de cuidado.

Vive-se hoje o momento político-econômico da globalização: quando o avanço tecnológico não gerou por si só melhores condições de vida para a maioria, quando as diferenças entre pobres e ricos do mundo estão acirradas, aumentando o abismo entre estes dois grupos no tocante às benesses da "democracia"... Exemplo disto ocorre quando se pergunta a um adolescente de camadas pobres da população quais são seus planos para o futuro? Não raramente há um grande vazio como resposta. No Brasil, à medida que a faixa etária avança, a proporção de jovens que estudam cai e aproximadamente 13% dos jovens não estudam, não trabalham e não procuram emprego. A literatura os chama de população de "isolados".

Como nem tudo está perdido, nas últimas décadas têm-se discutido novas estratégias para melhorar a condição de saúde da população. Destaca-se aqui a Promoção da Saúde, definida pela Carta de Ottawa como "um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de bem-estar físico, mental e social, as pessoas e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar o meio ambiente favoravelmente". Definiram-se também os campos de ação da promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; participação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos serviços de saúde. Neste novo modelo o papel tradicional do médico também passa por mudanças para além do atendimento individual, que também é necessário, e desenvolve a consciência para a adoção de hábitos de vida saudáveis.

A figura solitária do pediatra deve então deixar os limites das quatro paredes de seu consultório, constituir grupos de trabalho e ganhar o mundo no tocante à saúde do adolescente na escola. Deve tentar desenvolver um enredo sobre a problemática que as pessoas vão lhe trazer e neste enredo se enredar. Cada fato trazido pelos adolescentes e suas famílias, pela escola, enfim, por setores da comunidade na qual ele está inserido suscitará diferentes desfechos, de acordo com as possibilidades dadas em cada caso.

Daí a grande dificuldade de se trabalhar deste jeito novo, pois não há *guidelines*, não existem rotinas pré-estabelecidas. Modelos novos são construídos a todo instante a partir da experiência vivida. Trabalhar com promoção da saúde é desenvolver a habilidade de integrar setores sociais sendo facilitador e ator do diálogo na medida em que novas propostas concretas de atuação surjam deste encontro.

Para finalizar, seguindo os campos de ação da promoção da saúde propostos pela Carta de Ottawa: trabalhar com a comunidade no sentido de conquistar um ambiente físico e emocional melhor; estimular a participação comunitária na construção da cidadania; cobrar a implantação de políticas públicas saudáveis; como exemplo cita-se a Iniciativa de Cidades Saudáveis e a Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde.

Dentro desta última proposta, escola e profissionais da saúde trabalham juntos para a promoção e manutenção da saúde de crianças e adolescentes, no seu significado mais amplo, procurando prevenir agravos futuros.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Silva CS. Programa de Saúde Escolar numa Perspectiva Crítica. Rio de Janeiro, sd.
2. Abramovay M. Violência na escola: América Latina e Caribe. Unesco, Brasília, 2003, p.96-7.
3. Carta de Otawa. I Conferência Internacional de promoção da Saúde. Otawa, Canadá, 1986.
4. Harada J. Introdução. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola Promotora de Saúde. São Paulo, 2003.
5. Organização Panamericana de Saúde. Escuelas Promotoras de Salud. Modelo y Guia para la Acción. Washington DC, 1996.
6. Westphal MF. O movimento Cidades/Municipios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1).

TRABALHO EM GRUPOS DE ADOLESCENTES: REFLEXÃO EM SAÚDE

Benito Lourenço

“ Você pode descobrir mais sobre uma pessoa em uma hora de brincadeira do que em um ano de conversa.”

Platão

A adolescência compreende uma série de transformações corporais, psicológicas e de inserção social que ocorrem na segunda década de vida, constituindo um período de particular vulnerabilidade pelas intensas e rápidas modificações que nela ocorrem: a puberdade, a evolução da sexualidade, o afastamento progressivo dos pais, as atitudes reivindicatórias, as contestações e as percepções paradoxais de invulnerabilidade do adolescente. Os riscos da adolescência são sustentados, reforçados e ampliados pelas freqüentes dúvidas, questionamentos e preocupações sobre eventos “normais” que ocorrem nesse período e que, comumente, não encontram espaços para adequada orientação.

A Unidade Básica de Saúde (UBS), espaço saudável de atenção primária, merece ampliação de sua atuação, além da tradicionalmente voltada à Saúde Materno-Infantil e do Idoso. Sustenta-se a importância de atenção específica e integral para os adolescentes, reconhecidamente **SUJEITOS DE DIREITO à SAÚDE e CIDADANIA**. Em face às especificidades desse momento e necessidade das ações educativas de promoção de Saúde e prevenção de agravos, a efetivação de uma Atenção Integral à Saúde do Adolescente, acolhedora de sua demanda específica, não fragmentada, promotora da cultura de auto-cuidado e reforçadora de protagonismo, deveria, portanto, constituir-se em mais um foco das ações desenvolvidas nesse espaço.

Quem trabalha com adolescentes freqüentemente se questiona acerca de como pode incluir os adolescentes no desenvolvimento das ações de promoção de Saúde, absorvendo suas vivências e potencializando seu crescimento e desenvolvimento integral. A proposta metodológica das atividades em grupo constitui-se num elo importante nessa direção. Consideradas dentro dos pressupostos básicos de participação, desenvolvimento da reflexão crítica e iniciativa, as atividades desenvolvidas em grupo representam uma possibilidade real de educação em Saúde mais eficaz.

Texto escrito com base na ação denominada “Grupo de Adolescentes”, atividade semanal que se desenvolve ininterruptamente desde o ano de 2000 na Unidade Básica de Saúde de Parelheiros, região periférica de São Paulo - SP - Brasil

Um dos componentes mais significativos do desenvolvimento na adolescência compreende a tendência grupal. Todos no grupo estão no mesmo momento existencial, vivenciando a mesma “crise”, os mesmos questionamentos, as mesmas dúvidas... O forte vínculo com o grupo é uma manifestação de defesa do adolescente, numa busca ativa de uma identidade “fora” do âmbito familiar. Na turma, de alguma forma, todos se parecem na procura por suas identidades e na recusa dos valores adultos. Num grupo, cada componente torna-se menos frágil, menos solitário, sendo a ele oferecidos segurança emocional, suporte, compreensão e encorajamento. A dependência dos pais é, dessa forma, parcialmente transferida para o grupo. Sentindo-se como parte deste, o adolescente se afirma, se alinha, se integra e se assegura. O grupo passa a representar fonte de comparações e identificações. Por vezes, a vinculação ao grupo é tão

intensa, que parece quase impossível essa separação. Comumente, nos atendimentos, ouvem-se relatos de "até parece que não gostam mais da gente (família); só querem ficar com os amigos...". A vivência grupal é uma experiência estruturante e positiva e não necessariamente perigosa ou fortalecedora de condutas anti-sociais, como entendida, por algumas pessoas. O favorecimento do espírito de equipe, cooperação, responsabilidades e lideranças construtivas representam, por exemplo, alguns elementos positivos da vinculação ao grupo. O sentimento da força da turma, nesta fase vivencial, é muito forte, mobilizando os seus membros a crer que, sem a união de idéias, atitudes e valores, nada é possível.

Porque, então, não se poderia utilizar essa característica do adolescente na implantação de uma metodologia de trabalho sobre Saúde, com nossos jovens? Propõe-se, dessa forma, a ação em "Grupos de Adolescentes", com o objetivo de oferecer um espaço saudável para a participação e expressão do jovem, onde ele saia enriquecido, mais forte, compreendido e compreendendo, contribuído e contribuindo... No grupo, suas idéias, dúvidas, sentimentos e experiências podem ser valorizados pelo outro. Não haveria a pretensão de se "fazer a cabeça" em relação a assunto algum, mas, do estímulo aos fatores universalmente aceitos como de proteção e resiliência (competição com a adversidade) na adolescência: auto-estima, juízo crítico, projetos de vida, percepção de talentos e criatividade. Os Grupos de Adolescentes estão estruturados e se auto-sustentam nos eixos norteadores de incentivo ao vínculo, aspecto lúdico das atividades, protagonismo (o adolescente como agente de suas ações e de suas idéias) e interatividade. Nessas atividades, não há a pretensão meramente informativa, como nos modelos clássicos de palestras e apresentações. A metodologia participativa permite a atuação efetiva dos jovens no processo educativo sem considerá-los meros receptores, nos quais se depositam conhecimentos e informações. Nesse enfoque, valorizam-se os conhecimentos e experiências dos participantes, envolvendo-os na discussão, identificação e busca de soluções para as questões cotidianas.

Os temas ligados à Saúde Integral do Adolescente, particularmente os relacionados à sexualidade, desenvolvimento, família e relacionamentos, violência, doenças transmitidas pelo sexo, gravidez, uso de drogas, etc., suscitam a emergência de emoções, valores, mitos, tabus e preconceitos que estão arraigados na identidade pessoal e social dos jovens. Portanto, para o desenvolvimento das ações de promoção de Saúde e prevenção de agravos, um método participativo facilita os processos de reflexão pessoais e interpessoais e, num contexto onde vínculos de afetividade e respeito mútuo são estabelecidos, identificam-se os resultados positivos.

As atividades em Grupo, alicerçam-se em alguns princípios:

- na criação de um clima lúdico e de liberdade que comprometa e faça emergir a motivação para aprendizagem;
- no trabalho participativo numa visão sistêmica e sócio-interacionista, onde os participantes são agentes ativos e atores de sua própria história (protagonismo);
- na dinamização da aplicação das técnicas, que motiva o compromisso e a reflexão crítica no processo de conscientização, oportunizando a re-significação de emoções, valores e de conhecimentos.

As metodologias atuais multiplicam-se numa diversidade teórica e de técnicas grupais. Não cabe a esse texto a apresentação e teorização das técnicas disponíveis, mas o compromisso com uma mudança real, uma nova visão a respeito das atividades em Grupo, para que se possa criar uma nova ética de trabalho em Saúde do Adolescente. Conforme apresentado no capítulo "Vulnerabilidades", desta publicação, é perigosa a centralização das atividades "educativas" para adolescentes nos temas relacionados à "Gravidez, DST e Drogas", fato que, infelizmente, permeia a metodologia de orientação preventiva na adolescência em inúmeros locais. Quantas vezes, indagados sobre a realização de atividades relativas à Saúde dos adolescentes, ouvem-se: " Sim, fazemos... temos um grupo de DST ou um grupo de distribuição de camisinhas...". Apresentar, de forma

tutorial, para um grupo de pessoas os sinais e sintomas da sífilis ou gonorréia ou os efeitos adversos da maconha, garantem proteção? Numa atividade onde se discute "curiosidade", por exemplo, pode-se trabalhar melhor a prevenção da gravidez não planejada do que numa aula expositiva sobre a biologia da ovulação. Portanto, atividades aqui referidas "de grupo" não se limitam a aulas expositivas e muito menos em apresentações reiteradas sobre os chamados "temas de risco" ou "assuntos-problema" em Saúde do Adolescente. Novamente, o trabalho relacionado aos fatores de proteção primordiais, anteriormente apresentados (auto-estima, criatividade, perspectivas de vida, juízo crítico, bom humor, espiritualidade, vínculo, etc...) pode ser muito mais efetivo no sentido de proteção à Saúde.

A dinâmica de grupo aqui apresentada não é psicoterapia de grupo. Essa metodologia do trabalho em grupo não deve aprofundar-se em problemas pessoais, mas proporcionar benefícios para a coletividade.

A partir do que é trazido, inicia-se o processo de reflexão e, junto com o grupo, chega-se à conceituação desejada ao ponto comum que é o novo conhecimento construído, em produções criativas e espontâneas, com toda sua riqueza. Durante uma atividade com um Grupo de Adolescentes, há especial cuidado para dois pontos: percepção de si mesmo (com manifestação de afetividade e sensibilidade – espontaneidade e criatividade) e percepção do outro. Importante ressaltar que os Grupos têm seu próprio ritmo e dinâmica. Nesse sentido é importante respeitar esse movimento.

Na adolescência, os grupos são inevitáveis; no trabalho em Grupo, também o são. Na adolescência, os grupos são onipotentes, os trabalhos em Grupo também podem ser. Além disso, mobilizam poderosas forças com influências decisivas nos indivíduos. O grupo motiva o indivíduo e o indivíduo motiva o grupo.

Um dos desafios com que se defronta o responsável de um grupo de trabalho é o de favorecer e assegurar o crescimento de seu grupo e sua integração. A vivência com esse tipo de trabalho nos mostra que essa integração se opera gradativamente, em fases muito particulares.

Num primeiro momento, uma fase mais individualista, onde cada participante tem sua tendência a querer se afirmar distinto dos outros. Não são observadas trocas de olhares; todos quase que unicamente se dirigem ao facilitador. Decidirá, nesse momento, quanta interação e comunicação deseja ter. Nessa fase do Grupo, é imprescindível o máximo de cuidado para que ninguém fique exposto a situações onde haja necessidade de responder pelo grupo ou colocar para ele questões pessoais. O profissional, nesse momento, deve visar motivação para atrair, cativar e despertar o interesse pelo tema, de uma forma ampla.

Segue-se uma fase de identificação, natural dos grupos, prolongada por vezes, determinada pelo subgrupamento dos indivíduos. É um momento onde já há a idéia de estar reunido, e começa, por exemplo, a disputa pela liderança ou pela maior atenção. Há tomada de decisões, partilha de responsabilidades, questionamentos do facilitador, mas distribuição dos poderes de uma forma ainda desorganizada.

Finalmente, chega a tão desejada fase de integração, onde cada elemento sente-se plenamente aceito. É uma fase de afeto: os participantes já se diferenciaram, no que se refere à responsabilidade e ao poder e passarão a experimentar formas de se tornarem emocionalmente integrados. A atmosfera de intimidade que se apresenta neste período favorece a formalização. É neste momento que o produto de toda vivência do grupo frutifica. Pode haver a percepção do facilitador de um certo distanciamento dos participantes; ainda assim, precisará manter a postura de referência e suporte.

O facilitador de grupo precisa de disposição e abertura frente ao outro, escuta (saber escutar o que os participantes querem dizer e não o que ele deseja ouvir), para trocar, compartilhar e, acima de tudo, aprender. Fixar-se numa postura de onipotência impede esse crescimento. O facilitador não se antepõe à interpretação dos participantes, busca, de forma provocativa, a participação dos mesmos e pondera, em termos de aprofundamento, apontando aspectos que não foram tocados na interpretação.

Algumas regras básicas para operacionalização dos grupos devem ser lembradas. É importante estabelecer o contrato com o grupo com objetivos e regras específicas, colocando o contexto, espaço e duração, envolvendo o grupo na aceitação e no compromisso. Criar um clima favorável à quebra de resistências, à consolidação de vínculos de confiança e respeito mútuos. Fundamental também é a correta identificação das necessidades, adequando o planejamento ao desenvolvimento do grupo e ao objetivo da atividade, para que se tenha condições de lidar com as variáveis que poderão surgir durante as dinâmicas. Nunca se deve levar uma atividade em grupo à exaustão; vislumbra-se, sim, o "gostinho de quero mais...", suscitando o prazer pela participação.

Ao trabalhar com grupos é importante desmistificar o conceito que as pessoas têm sobre dinâmicas e técnicas grupais, já que elas têm critérios e não poderiam ser aplicadas de forma aleatória. A aplicação inconseqüente gera aumento de resistências, além do desrespeito dos participantes. Sua utilização não é apenas lúdica; ela compromete o participante a viver algo que os comova e que os envolva.

Atividades grupais nessas bases desenvolvidas, além de refletirem-se positivamente sobre o indivíduo, desencadeiam outros efeitos interessantes. Estimula-se a apropriação do equipamento de Saúde e reforça-se a interação dos jovens com a Unidade, de forma que a UBS torna-se um espaço comunitário e divertido de Saúde e não, como outrora observado, de doença. Há uma mudança na percepção estereotipada de "risco" da adolescência, que reforça a dificuldade de aproximação da equipe de Saúde às questões específicas dessa faixa etária; esse clássico obstáculo ao acolhimento na UBS é minimizado. A Unidade de Saúde passa a desempenhar uma função referencial para o adolescente, na sua integração com outros espaços sociais, como a família e a escola.

Essa atividade insere-se no contexto da Atenção Integral do Adolescente, num modelo efetivo para o acompanhamento do adolescente em uma Unidade Básica de Saúde, cuja proposta integra as genuínas e fundamentais ações de Prevenção e Promoção de Saúde.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Blum RW. Risk and resilience: a model for public health intervention for adolescents. *Adolesc Latinoam* 1997; 1(1).
2. Carver CS. Resilience and thriving: issues, models, and linkages. *J Social Issues* 1998; 54(2):245-66.
3. Knobel M. Desenvolvimento psicológico. In: Comissão de Saúde do Adolescente. Secretaria de Estado da Saúde. *Adolescência e Saúde*. São Paulo, Paris Editorial, 1988.
4. Leal MM, Saito MI. Síndrome da Adolescência Normal. In: *Adolescência: Prevenção e Risco*, São Paulo, Atheneu, 2001.
5. Slap GB. Conceitos atuais, aplicações práticas e resiliência no novo milênio. *Adolesc Latinoam* 2001; 2(3).

VULNERABILIDADES: DESAFIOS DO ATENDIMENTO SOB UM OLHAR DE RESILIÊNCIA

Benito Lourenço

*“ É quase impossível não nos transformarmos
no que os outros pensam de nós...”
Gabriel Garcia Marquez*

Ao longo da história, o estudo da adolescência e a cultura leiga produziram uma crença, hoje um tanto cristalizada, de que esse é, por si, um período “problemático” do desenvolvimento humano. Presencia-se um momento sócio-cultural onde o adolescente é considerado sob uma visão de risco constante. A adolescência problemática causa, por vezes, transtornos à sociedade e está vulnerável a toda sorte de vivências de risco. Considerados promíscuos e erotizados ao extremo, são submetidos a uma pressão constante da mídia que exerce verdadeira sedução estética. São apresentados como protagonistas do exercício da sexualidade irresponsável, culpada por uma verdadeira epidemia de gravidezes consideradas “precozes” e representando potenciais disseminadores das doenças sexualmente transmissíveis. São agentes e vítimas da violência e de risco para o uso e abuso de substâncias lícitas ou não. A sociedade os cunhou com o neologismo: aborrecentes. Ser adolescente torna-se sinônimo de ser rebelde, irresponsável, descompromissado e incoseqüente. Não causaria surpresa se um dia se assistisse uma palestra ou visse em um artigo ou projeto de pesquisa a expressão “Prevenindo a adolescência”. Mas, será que a Adolescência é sinônimo de encrenca? Essa é a precipitada conclusão a que alguns podem chegar se prestarem atenção aos “manuais” ou artigos leigos das publicações teens, tradicionalmente oferecidos aos pais ou mesmo aos jovens.

Quantos pais se inquietam com o pensamento “como será quando ele(a) chegar na adolescência” ainda diante de seus filhos impúberes? E continua-se ouvindo: “Prepare-se, imagine quando chegar aquela fase...” Como construir uma idéia mais saudável de adolescência diante destas provocações? Cuidados especiais devem ser tomados para que estas idéias não contaminem o espaço da consulta do adolescente. Outro aspecto é preocupante: quantos jovens se justificam diante da expressão “tem paciência comigo, afinal, estou naquela fase...”.

Sabe-se, entretanto, que os rótulos determinados sobre o comportamento adolescente, baseados em pontos específicos do desenvolvimento e nos aspectos paradoxais do comportamento, que incomodam, por vezes, a sociedade e os pais, nem sempre correspondem à realidade. O entendimento da existência de uma clara vulnerabilidade do adolescente aos denominados “comportamentos de risco”, do desprovimento da crítica e da ligação desses fenômenos simplesmente ao conceito de “rebeldia jovem”, podem e reforçam ainda mais o estereótipo público de hostilidade sobre o adolescente. Em Saúde e Educação, os estudos sobre risco são muito mais comuns na literatura do que os que avaliam os fatores de proteção e resiliência (definida como capacidade de competição com a adversidade). Existe hoje certa clareza no entendimento de que o pior fator de risco para a adolescência é, paradoxalmente, a consideração de que essa é uma faixa etária de “risco”. Hoje, talvez a sociedade esteja, de certa forma, “pagando o preço” de tê-los chamado de aborrecentes durante esse tempo todo. Cita-se, novamente, a reflexão de Gabriel Garcia Márquez: “é quase impossível não nos transformarmos no que os outros pensam de nós”.

A prática da Atenção Integral à Saúde de nossos Adolescentes e Jovens se reveste de grandes desafios. O primeiro grande desafio é o de desfazer-se do conceito que associa o adolescente aos problemas e pre-

ocupações e de que ser jovem representa riscos de ter ou ser problema. Alicerçar a Saúde do Adolescente no repertório de temas relacionados à gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, violência e drogas é ato bastante questionado. O risco generalizado não deve definir e nem circunscrever negativamente esse período de vida. Essa visão repele e de modo algum contribui para a aproximação genuína entre o Profissional de Saúde/Educador e o jovem. Mais modernamente, recomenda-se a utilização de vocabulário novo na interlocução da Saúde com a Adolescência: os fatores de proteção. Auto-estima, plano e perspectivas de vida, percepção de talentos, criatividade, juízo crítico, espiritualidade são exemplos de áreas de abordagem que podem fazer parte da atenção à Saúde dos Adolescentes, conferindo-lhe uma nova roupagem, onde risco e proteção são abordados de maneira conjunta. Quantas gravidezes nomeadas progressivamente de "indesejadas", hoje são compreendidas e embebidas de desejo velado, que determina plano, perspectiva e papel social para a jovem adolescente? Quantos jovens em conflito com a lei vitimaram-se com os olhares de desconfiança de uma sociedade que banaliza a violência? Quantos adolescentes são encaminhados aos profissionais pela suspeita de experimentação de uma droga, destituídos de qualquer prognóstico positivo pela sua família, mesmo neles se encontrando um repertório saudável de fatores de proteção que, de certa forma, nos garantem a transitoriedade desse momento? Ao contrário, quantos jovens assustam ou preocupam pela completa ausência de características que os tornam competidores em um ambiente hostil? Os problemas, portanto, podem e devem ser redesenhados.

Porque pensar em resiliência quando se discute Saúde do Adolescente? Estudos sobre resiliência iniciaram-se em contraponto à exuberância dos estudos de risco existentes na área da Saúde. Tomando como exemplo o assunto drogas, atual e preocupante, aprendeu-se um dia que "filhos de famílias com problemas relacionados às drogas, manifestam o "risco" do uso e abuso dessas substâncias (a velha teoria do "filho de peixe..."). A ciência e a bioestatística provam essa teoria. Mas, particularmente na última década, começou-se a desviar o olhar para os que, mesmo nesse ambiente adverso, não reproduzem o comportamento inadequado. Esse é o conceito de resiliência em Saúde: o da competição saudável, o da não interferência dos fatores deformadores sobre o indivíduo, o de "dançar adequadamente a música da vida". O conceito é extrapolado para outras áreas em Saúde Integral. Será que filhos de famílias desestruturadas serão necessariamente complicados? Adolescentes de comunidades violentas necessariamente reproduzirão esse modelo? Sabe-se que não. Os indivíduos resilientes manifestam nítidas características protetoras. E são essas que devem ser percebidas, apontadas e diagnosticadas pelo provedor de Saúde. Mais ainda, poderiam ser ensinadas... As técnicas de grupo podem se prestar para tal desafio. É ilusória a percepção de que, um dia, não haverá drogas rondando os jovens, que se acabará com a gravidez na adolescência, que todas as mazelas sociais serão resolvidas, etc., mas é real a possibilidade da competição saudável: "isso não é para mim..." A resiliência questiona, o adolescente questiona, o adolescente resiliente muda.

Todos os adolescentes esperam mais que instituições eficientes, tarefas definidas, fluxogramas coordenados e técnicos preparados. Esperam sim, um olhar que possa situá-los numa história singular e única, que os retire, antes de mais nada, dos rótulos e estigmas, que muitas vezes os aprisionam.

Não é infrequente, nas consultas de adolescentes, o profissional se defrontar com questões relacionadas a modos peculiares de comportamentos, de vestuário, de atitudes e de relacionamentos, trazidos pelos próprios pacientes ou pelos pais como intenções, queixas, dúvidas ou preocupações. Quem atende adolescentes deve sentir-se apto para abordar esses assuntos com seu cliente e com seus familiares, numa postura ética e sensata, despindo-se de preconceitos e dispondo corretas informações e orientações.

A percepção do conjunto de particularidades do desenvolvimento do adolescente (especificidade), longe de representar um modelo restrito para o conhecimento do comportamento, permite a compreensão desse momento de vida e oferece instrumentos para a avaliação da singularidade que representa o desenvolvimento dos jovens. O adequado entendimento e, particularmente, a apropriada postura do profissional

diante de certos eventos, comportamentos e preocupações dos jovens constitui a chave essencial para as efetivas e eficazes estratégias de Prevenção de Agravos e Promoção de Saúde.

A adolescência é o período da vida onde mais se questiona a normalidade. Ressalta-se que a simples pontuação desse fato, por vezes, não garante a tranquilização completa do adolescente e nem deve garantir o cumprimento da tarefa básica de orientação ao jovem. Quantas preocupações sobre acne e estatura, por exemplo, são conduzidos pela família e pelos médicos como triviais, sem avaliação da repercussão negativa sobre a auto-estima e comportamento? Ser "normal" durante a adolescência não deve significar o não merecimento, eventualmente, uma abordagem terapêutica ou, no mínimo, de um suporte mais substancial ao paciente adolescente.

Nessa etapa evolutiva do adolescente há uma evolução significativa sob o ponto de vista intelectual caracterizada pelo aparecimento da lógica, que permite a teorização acerca de grandes modificações que ocorrem no mundo exterior. Isso facilita a crítica, as contestações e as reivindicações. A capacidade de fantasiar sustenta os movimentos de experimentação e a busca de uma particular identidade. As oscilações e flutuações repercutem sobre a postura do profissional na consulta preventiva. Hoje, a opinião francamente favorável sobre o preservativo, por exemplo, pode transformar-se numa significativa aversão, algum tempo depois. Os temas preventivos devem ser reiteradamente discutidos. É impróprio, portanto, o entendimento de que "sobre isso já discuti com o meu cliente e o assunto está encerrado...". Aflorado do fascínio pelo novo, uma idéia constante permeia o pensamento do adolescente: o "como seria se..." Não seria surpresa se, durante a consulta de um adolescente que refere freqüentes relações sexuais com a namorada, "sempre" protegidas com uso do preservativo, quando perguntando se nunca houvera vontade de não utilizá-lo, ele referisse que apenas "uma vez"; na última semana, quis experimentar o sexo sem a camisinha (observem que toda a conduta e postura do profissional deverá se adequar a essa nova informação).

Adolescentes vivem numa certa transitoriedade, com comportamentos paradoxalmente diferentes em ambientes diversos (em casa, com os amigos ou na escola), nos envolvimento temporários em várias "tribos adolescentes" ou mesmo nas fugazes manipulações da imagem corporal (cabelos, moda, linguagem, etc). Padrões alimentares, religiosidade, movimentos sociais são questionados, às vezes, de forma veemente e com extremismo. Antes de apavorar os adultos e sustentar a visão estereotipada do adolescente rebelde, deveriam ser considerados mecanismos modificadores da ordem vigente. Adolescentes protagonistas de ações sociais e de trabalhos voluntários, envolvidos ativamente em movimentos políticos ou religiosos são exemplos da positiva experiência da contestação.

Num forte vínculo com o grupo, onde, de alguma forma, todos se parecem, cada componente torna-se menos frágil, menos solitário, sendo a ele oferecidos, segurança emocional, suporte, compreensão e encorajamento. A turma representa fonte de comparações e identificações. No atendimento hebiátrico, deve-se considerar essa característica. Não é incomum o fato de uma opinião desfavorável das amigas impedir a adolescente de utilizar a pílula anticoncepcional, por exemplo, mesmo após minuciosa orientação técnica. Abordar os temas de forma mais ampla, do grupo para o indivíduo, pode amenizar essa interferência.

A vivência grupal é uma experiência estruturante e positiva e não necessariamente perigosa ou fortalecedora de condutas anti-sociais, como entendida, ainda, por algumas pessoas. O favorecimento do espírito de equipe, cooperação, responsabilidades e lideranças construtivas representam, por exemplo, alguns elementos positivos da vinculação ao grupo.

Entretanto, há que se reconhecer que o adolescente pode pagar um preço para fazer parte do grupo; pode despir-se de preferências e opiniões pessoais para adotar uma espécie de "código grupal". Os adolescentes na instituição "turma", seguem "regras" e comportamentos que os uniformizam com seus pares, seja no vestuário, na linguagem, na preferência musical, etc. O temor da exclusão justifica a obediência às regras grupais e a homogeneidade da turma.

Na adolescência, pequenos triunfos entusiasma e alegram. Determinados momentos são marcados pela euforia do pleno sucesso e felicidade, quando o adolescente acredita ser, saber e fazer tudo, julgando-se onipotente e indestrutível. Entretanto, subitamente, diante de mínimas frustrações, sentem-se deprimidos, angustiados, solitários, isolando-se em seus espaços, negando qualquer contato com familiares ou amigos. São permitidas ao adolescente essas "micro-depressões", sem que representem qualquer evento patológico.

Cabe aos profissionais que se dedicam ao acompanhamento dos adolescentes, à luz do conhecimento dessas características habituais e singulares dessa etapa do desenvolvimento humano, o desafio de ultrapassar a visão de risco e do problema, para uma visão protetora e de soluções.

Considera-se, portanto, a existência de dois grandes desafios a serem claramente discutidos entre os profissionais que atendem adolescentes e que, quando superados, refletir-se-ão em melhora sensível de nossas ações de Saúde. São eles: o da visão de **PROTEÇÃO** e **RESILIÊNCIA** e da consideração da **ESPECIFICIDADE** do adolescente. Todos os denominados "problemas de saúde da adolescência e juventude", quais sejam os relacionados à Saúde Reprodutiva (DST e Gravidez, por exemplo), uso abusivo de drogas, violências, transgressões e todos os "comportamentos de risco", poderiam ser redimensionados com a observância e atenção a esses pontos de reflexão.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Blum RW. Risk and resilience: a model for public health intervention for adolescents. *Adolesc Latinoam* 1997; 1(1).
2. Carver CS. Resilience and thriving: issues, models, and linkages. *J Social Issues* 1998; 54(2):245-66.
3. Knobel M. Desenvolvimento psicológico. In: Comissão de Saúde do Adolescente. Secretaria de Estado da Saúde. *Adolescência e Saúde*. São Paulo, Paris Editorial, 1988.
4. Leal MM, Saito MI. Síndrome da Adolescência Normal. In: *Adolescência: Prevenção e Risco*, São Paulo, Atheneu, 2001.
5. Slap GB. Conceitos atuais, aplicações práticas e resiliência no novo milênio. *Adolesc Latinoam* 2001; 2 (3).

EXERCÍCIOS FÍSICOS NA ADOLESCÊNCIA

Maurício de Souza Lima

INTRODUÇÃO

Este texto tem o objetivo de orientar o médico que trabalha com adolescentes, fornecendo informações sobre como adequar os exercícios físicos às alterações fisiológicas peculiares a esta faixa etária. Um exercício bem orientado dá ao adolescente conhecimento e noções de limites do próprio corpo, contribuindo de forma geral para a promoção da saúde.

Segundo a Pesquisa Sobre Padrão de Vida 02/03 – IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) somente 7,9% dos brasileiros fazem exercícios físicos na maioria dos dias, por mais de 30 minutos. A *American Heart Association* reconhece a inatividade física como um fator de risco similar ao tabagismo, à hipertensão e ao nível sérico de colesterol elevado.

Vários estudos epidemiológicos demonstram o papel benéfico do exercício regular para todas as faixas etárias. Portanto, a atividade e o condicionamento físicos estão diretamente associados a uma redução da taxa de mortalidade. O grande problema enfrentado, principalmente por quem trabalha com adolescente, é como dosar os exercícios físicos. Dependendo da quantidade dessas atividades, os resultados poderão promover a saúde ou, ao contrário, provocar sérios danos ao corpo, inclusive à imagem corporal, agravando dificuldades de ordem psicológica.

A PROCURA DO CORPO IDEAL

É comum durante a consulta do paciente adolescente do sexo masculino, um pedido para a liberação de atividades esportivas relacionadas a práticas que possam proporcionar um aumento de massa muscular com a finalidade estética (exercícios predominantemente anaeróbios – levantamento de pesos). Já no sexo feminino, a maior preocupação está relacionada à eliminação de gordura, sendo que o ganho de massa muscular é pouco importante para a maioria. O que incomoda é o número de quilos apontado pela balança. E apenas uma pequena minoria das adolescentes julga o seu peso adequado ou inferior ao desejável.

De forma geral, adolescentes dos sexos masculino e feminino apresentam em comum, o culto à boa forma ou desejo de rápidas e mágicas mudanças corporais. E, muitas vezes, estão dispostos à execução de programas de treinamento físico extremamente pesados e inadequados às suas condições porque têm, como meta, a conquista do corpo idealizado pela maioria da sociedade.

ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO FÍSICO

Durante a fase de desenvolvimento puberal, seguindo os critérios estabelecidos por Tanner (classificação do desenvolvimento mamário no sexo feminino e características do desenvolvimento genital no sexo masculino além de pêlos pubianos em ambos os sexos) o corpo do adolescente experimenta períodos de diminuição da quantidade de gordura corporal e ganho de massa muscular. Para o sexo feminino, no momento em que a menina encontra-se no seu pico de velocidade de crescimento (M3, segundo os critérios de Tanner), o ganho de massa gordurosa está muito diminuído. Portanto, na orientação de exercícios físicos, esse dado deve ser levado em conta, pois a própria natureza contribui, nesta fase, para a redução de tecido adiposo.

Já para os meninos, o ganho de massa muscular corresponde ao pico de velocidade de crescimento (classificação G4 de Tanner), mas a força muscular só é adquirida em uma etapa posterior. É importante ter em mente, entre outros aspectos, que mesmo que o adolescente do sexo masculino apresente aos nossos olhos uma massa muscular adequada, o peso que tal massa suporta pode estar muito aquém do que o adolescente aparenta, ou seja, ele ainda não tem a força muscular que aparenta. Se isto não for levado em conta as lesões decorrentes do excesso de exercícios com pesos podem provocar danos ao corpo, ou afastar o jovem da atividade física por um período longo. Este erro poderia ser facilmente evitado se a prescrição de exercícios fosse adequada desde o início.

Portanto, durante a fase de aceleração do estirão puberal, os adolescentes não devem realizar exercícios de levantamento de peso com uma carga acentuada. Deve-se priorizar o número de repetições para um grupo muscular. Por exemplo: levantar um peso de 5 Kg realizando 4 séries de 20 repetições é mais aconselhável que levantar um peso de 10 Kg realizando 3 séries de 8 repetições para o mesmo grupo muscular. As atividades aeróbias, como corrida, natação, andar de bicicleta, devem ser estimuladas nesta etapa. Exercícios com pesos ou de musculação, com a finalidade estética de ganho de massa muscular só devem ser realizados na fase de desaceleração do crescimento, ou seja, após o estadio IV de Tanner.

Outro fator importante é que a generalização não é aconselhável. Cada adolescente faz seu crescimento de forma singular. Não há uma padronização utilizando, por exemplo, o critério cronológico para indicar qualidade e quantidade de exercícios físicos. O critério que deve ser levado em conta é o estágio de desenvolvimento puberal que irá ser alcançado em diferentes idades pelos adolescentes. A avaliação deve ser individual, uma vez que generalizações sobre o desenvolvimento puberal empobrecem o diagnóstico, sendo fundamental levar em conta fatores como, por exemplo: hereditariedade, nutrição, ambiente, sistema neuroendócrino e doenças.

ORIENTAÇÃO DO EXERCÍCIO

A dose adequada de exercício para a obtenção de um certo resultado desejado é semelhante à dose do medicamento prescrito em uma receita para produzir determinado efeito. Deve-se respeitar os intervalos entre as doses e atentar para os possíveis efeitos adversos. Dessa forma, o objetivo inicial deve estar claro tanto para o médico como para o adolescente. Há exercícios que têm como objetivo a contribuição para redução de gordura corporal. São exercícios predominantemente aeróbios que mantêm a frequência cardíaca entre 60% e 70% da frequência cardíaca máxima (FCMáx). Para determinar a FCMáx existem testes, como o teste ergométrico em esteira. Porém, este cálculo pode ser feito de forma aproximada para a maioria da população da seguinte maneira:

A partir do número 220 (constante) subtrai-se a idade do indivíduo e encontra-se a FCMáx.

Exemplo para uma pessoa de 20 anos: $220 - 20 = 200$

Portanto 200 é a FCMáx – 60% de 200 = 120; 70% de 200 = 140

Se a frequência cardíaca for mantida entre 120 e 140 batimentos por minuto, este indivíduo reduzirá a quantidade de gordura corporal de forma mais eficiente. Para isso poderá caminhar, correr, andar de bicicleta, etc. O preconizado é que o exercício com este objetivo (reduzir gordura) seja constante, durante um período de 45 minutos e em uma frequência de 4 vezes por semana. Outros visam um melhor desempenho em determinada competição esportiva (são exercícios que mantêm a frequência cardíaca de 80 a 90% da FCMáx). Estes necessitam de um acompanhamento mais próximo de um profissional da área esportiva para que treinamentos específicos sejam efetivos.

Quatro itens são importantes para qualquer prescrição de exercícios físicos. São eles:

- 1) **Tipo:** aeróbio ou anaeróbio
- 2) **Frequência:** 3 ou 4 vezes por semana (acima dessa frequência geralmente trata-se de exercícios competitivos e devem ser prescritos baseando-se em testes específicos)
- 3) **Intensidade:** pode ser determinada pela frequência cardíaca como foi exposto acima (esse é um dos parâmetros que pode ser utilizado facilmente no cotidiano). O acúmulo de lactato no sangue ou outros testes mais sofisticados são utilizados no treinamento de atletas.
- 4) **Duração:** geralmente não ultrapassando 60 minutos no caso dos aeróbios

A alimentação balanceada para adolescentes não atletas é suficiente para um bom desempenho do exercício, não sendo necessário prescrever os famosos suplementos alimentares. O jovem que toma café da manhã, almoço, janta e faz um lanche entre essas refeições, está apto a realizar exercícios sem prejuízo para a saúde. As proporções entre os alimentos construtores, reguladores e energéticos devem obedecer padrões habitualmente prescritos. É mais importante “gastar o dinheiro” na feira, comprando frutas, verduras, legumes, carnes, etc, do que gastar na farmácia adquirindo suplementos alimentares. Os suplementos devem ser reservados para aqueles que fazem treinamento competitivo com acompanhamento constante.

Por último, deve-se definir o predomínio do tipo de exercício, aeróbio e anaeróbio, conforme as necessidades e objetivos do adolescente. Se a finalidade é reduzir gordura e/ou melhorar o condicionamento físico, os exercícios aeróbios descritos acima (caminhada, corrida, andar de bicicleta) são suficientes em uma primeira etapa. Também deve-se propor exercícios anaeróbios (trabalho com pesos) para o fortalecimento de grupos musculares específicos. Neste caso, o acompanhamento e orientação de um profissional de saúde da área esportiva é importante. As atividades anaeróbias podem e devem ser recomendadas na infância e adolescência, desde que não tenham como objetivo o aumento de massa muscular com finalidade estética. Algumas brincadeiras infantis como subir em árvores, brincar no “trepá-trepá” são exemplos de exercícios anaeróbios que não prejudicam a musculatura, mas estimulam seu desenvolvimento saudável.

AValiação para a Prática de Exercícios

Todas as pessoas que começam a praticar exercícios regulares devem ser submetidas previamente a uma avaliação médica que será aprofundada dependendo das condições clínicas.

Pode-se utilizar uma classificação que envolve 3 grupos: assintomáticos, sintomáticos e cardiopatas. Os exames subsidiários devem ser solicitados somente quando o médico julgar necessário, lembrando que para a maioria dos jovens o exame clínico, a anamnese, juntamente com antecedentes pessoais e familiares, são suficientes para uma boa orientação.

No caso de adolescentes, como já foi mencionado anteriormente, observa-se o grau de desenvolvimento puberal e sua co-relação com a velocidade de crescimento. Alguns autores não acham conveniente envolver o adolescente em competições esportivas nessa etapa. Existem jovens com 12 anos de idade e na aceleração do estirão puberal (classificação G3 de Tanner) que são submetidos a treinamentos diários com duração de 3 ou 4 horas. Esses treinamentos podem ser de natação, futebol, tênis ou outro esporte. Nesses casos o exagero existe e as lesões podem surgir com maior probabilidade, uma vez que o corpo está em fase de crescimento acelerado.

A consulta médica deve seguir as mesmas etapas de uma consulta normal. Atenção especial deve ser dada para os antecedentes pessoais e familiares relacionados aos sistemas cardiovascular e ósteo-articular.

O médico, durante o exame físico, deve avaliar níveis de capacidade funcional para a participação em atividades físicas vocacionais recreativas e esportivas. Deve ficar atento aos desvios posturais, como as deformidades da coluna vertebral, assimetria de membros, assimetria da cintura escapular, alterações da

marcha e outros fatores que possam estar associados a dores durante o exercício. Se isto ocorrer, este tipo de exercício deve ser contra-indicado e o jovem deve procurar outro tipo de atividade.

Dependendo dos achados clínicos, a opinião de um colega de outra especialidade (ortopedista ou cardiologista) pode ser necessária.

Dessa maneira, é importante incentivar exercícios físicos para todas as pessoas, respeitando-se os limites individuais para a realização dos mesmos.

CONCLUSÕES

Por fim, o médico deve pensar no adolescente como um indivíduo em transformação, que necessita de orientação criteriosa. Isto diminui os riscos de surgimento de danos físicos ou de agravos, no presente e no futuro, decorrentes da prática inadequada de exercícios. As constantes transformações nesta etapa da vida exigem que o médico busque também constantes avaliações, para que possa detectar mudanças em relação às necessidades, aos limites e às novas possibilidades do adolescente.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Haskell WL. Physical activity and health: Need to define the required stimulus. *Am J Cardiol* 1985; 55:4D-9D.
2. Howley ET. *Health/Fitness Instructor's Handbook*. 2nd ed. Champaign, IL. Human Kinetics.
3. Mcardle W. *Fisiologia do Exercício*. 4a ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.
4. Neinstein LS. *Adolescent Health Care. A Practical Guide*. 3rd ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
5. Powers S, Howley E. *Fisiologia do Exercício*. 3a ed., São Paulo, Manole, 2000.
6. Siscovick DS et al. The incidence of primary cardiac arrest during vigorous exercise. *New Engl J Med* 1984; 311:874-7.

ALIMENTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Maria Sylvia de Souza Vitalle

INTRODUÇÃO

O padrão alimentar brasileiro tem apresentado mudanças, devido ao maior consumo de alimentos industrializados, substituindo as tradicionais comidas de preparo caseiro. Essa transformação do padrão alimentar é provocada pelo estilo de vida moderno, que propicia o consumo em excesso de produtos ricos em gorduras, açúcares, doces e bebidas açucaradas (de elevado índice glicêmico) e a diminuição da ingestão de cereais e/ou produtos integrais, frutas e verduras (fontes de fibras).

Como parte do estilo de vida, os adolescentes têm por hábito omitir refeições, principalmente o desjejum. Entre as várias mudanças nos hábitos alimentares citam-se: a utilização de alimentos industrializados, geralmente com elevado teor energético, denunciado pela presença abundante de gordura saturada e colesterol.

Nesta fase da vida, muitas vezes o profissional de saúde se depara com problemas relacionados aos hábitos de consumo alimentar, que antes inexistiam, ou eram pouco freqüentes, decorrentes de: influência exercida por amigos, conforme a fase da adolescência em que o indivíduo está e dependente da influência dos pais; atitudes para contrariar a família, que vão desde mudanças de comportamentos e atitudes no dia a dia, até alterações nos padrões/comportamentos alimentares, numa tentativa de também neste aspecto se auto-afirmar e revelar a sua nova identidade, entendendo que a alimentação possa ser mais um setor de controle do poder familiar.

Lembrar que o adolescente está sujeito a diversas características de crescimento e transformações biopsicossociais, devendo se propor uma alimentação que atenda às suas reais necessidades neste período, podendo, portanto, prevenir agravos e, quando presentes, minimizá-los.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

No manejo da alimentação do adolescente, para se proceder à orientação correta, deve-se considerar:

1. Obedecer sempre os critérios de variedade, moderação e proporcionalidade;
2. A orientação dietética do adolescente não deve ser rígida, devendo ser incluída em programas de promoção da saúde;
3. Além de flexível, deve ser discutida com o adolescente, para que resulte em mudanças de atitudes e hábitos alimentares;
4. Nunca abordar a alimentação de forma monótona, baseada em listagens de nutrientes e cobranças que possam causar desestímulo;
5. A fase de maturação sexual em que se encontra (aferível pelos estádios puberais de Tanner), pois as necessidades nutricionais estão aumentadas durante o estirão pubertário. O pico máximo de ingestão calórica coincide com o pico de velocidade máxima de crescimento, podendo haver, portanto, aumento real de apetite nesta fase. Convém ter em mente que na fase de repleção, evidente nas moças, imediatamente antes do aumento da velocidade de crescimento, deverá haver aumento de peso e muitas vezes desaceleração do crescimento;
6. A atividade física habitual (tipo, intensidade, freqüência) ou a presença de sedentarismo;
7. O uso de contraceptivo: pois afeta o metabolismo dos hidratos de carbono, das proteínas, lipídeos, vitaminas e sais minerais, podendo haver aumento dos níveis de triglicéridos e dos níveis plasmáti-

cos de vitamina A, diminuição da albumina plasmática e dos níveis circulantes de vitamina C, ácido fólico, peroxidase, vitamina B₁₂ e riboflavina;

8. O uso do álcool: pois o consumo crônico pode comprometer o estado nutricional, alterando o metabolismo e a utilização de alguns nutrientes (zinco, por exemplo). Pode ainda causar danos hepáticos que promovem a diminuição dos estoques de vitamina A. Além disso, pode causar danos à mucosa intestinal, alterando a absorção de nutrientes;

9. Vigência de gravidez e lactação: situações que, co-existindo com o crescimento da adolescente, resultam em aumento das necessidades nutricionais. Lembrar que o crescimento da adolescente não termina antes de dois anos pós-menarca;

10. Hábito de fazer dietas: modismos alimentares e dietas esdrúxulas podem causar deficiências nutricionais sérias. Não impor e orientar sobre dietas restritivas. Geralmente na fase de repleção a adolescente inicia algum tipo de dieta, sem orientação adequada, por sentir-se "gorda";

11. Transtornos alimentares: padrões de beleza física incompatíveis com a constituição orgânica podem desencadear transtornos, como a anorexia nervosa, a bulimia e a compulsão alimentar. Como resultante, poderá haver padrões alimentares restritivos, com ingestão inadequada de nutrientes e, conseqüentemente, com agravos físico-emocionais para a adolescente;

12. Diagnóstico individual do estado nutricional e acompanhamento da velocidade de crescimento;

13. Monitorização do Índice de Massa Corporal (IMC): quando houver aumento do IMC nos últimos 12 meses, atentar para co-morbidades, como história familiar de doença cardiovascular prematura, hipertensão arterial, obesidade, diabetes melito, preocupação com o próprio peso, elevação da lipídemia, possibilidade de anemia;

14. Que o senso de onipotência e indestrutibilidade, característico da adolescência, pode fazer com que não haja qualquer preocupação com a promoção e prevenção da saúde;

15. Apesar de sentirem-se indestrutíveis e isentos de riscos, os adolescentes são susceptíveis aos apelos da mídia, vulneráveis aos seus ídolos, quer sejam estes professores, técnicos ou treinadores. Portanto, a orientação alimentar adequada deve ser constantemente afirmada e colocada em discussão.

Feita esta avaliação, deve-se intervir nas situações necessárias e orientar o adolescente a ter alimentação saudável, equilibrada, praticar exercícios, e acompanhar caso a caso.

O acompanhamento é individualizado, devido às condições específicas de cada adolescente. Porém, de modo geral, na fase de estirão, devido aos riscos nutricionais, o acompanhamento deve ser feito a cada 3 a 6 meses e, na fase pós-estirão, a cada ano.

ORIENTAÇÕES PARA OS ADOLESCENTES

- Realizar exercícios físicos com regularidade, que vão desde ajudar na limpeza doméstica, brincar com os amigos, passear no quarteirão próximo de casa, até dançar;
- Ter horários regulares de alimentação;
- Ao se alimentar, ter local específico para tal, evitando comer em pé, andando, concentrado em outras atividades, como: fazer lições, ler, assistir televisão, jogar videogame. Comer devagar, mastigando bem os alimentos e vagarosamente, em pequenas porções;
- Evitar ingestão de refrigerantes, muitos doces (açúcares) ou salgadinhos, principalmente os "beliscos" entre as refeições;
- Lembrar que a anemia carencial ferropriva é doença altamente prevalente na sociedade brasileira. A ingestão regular de salgadinhos e lanches rápidos, em detrimento da dieta do brasileiro ("arroz com feijão"), contribui para aumentar as taxas de anemia. Não esquecer, portanto, de recomendar o consumo

de carnes e leguminosas. Alimentos como carnes (peixe inclusive), grãos e vegetais são fontes importantes de ferro. Orientar que as carnes e os alimentos ricos em ácido ascórbico aumentam a absorção de ferro dos outros alimentos;

- Sempre respeitar as preferências e o hábito do adolescente, mas orientá-lo adequadamente, por exemplo, caso só coma ovo e não goste de carne; lembrá-lo que o ovo pode substituir a carne para satisfazer as necessidades de proteína, mas não as de ferro;
- Habituar-se a comer frutas e verduras;
- Evitar frituras: substituir, por exemplo, a coxinha por um lanche assado (esfiha);
- Havendo necessidade, ocasionalmente pode-se substituir as refeições clássicas por lanches, sanduíches, desde que atendam às necessidades. Mudar o "recheio" do sanduíche, incluindo verduras e alimentos com baixo teor de gorduras, para que sejam nutricionalmente adequados;
- Beber muito líquido, de preferência água, cerca de 2 litros /dia;
- Com relação às dietas, lembrar que a dieta lacto-ovo-vegetariana e aquelas que permitem o consumo de peixe são menos lesivas do que aquelas estritamente vegetarianas. Estas últimas, por serem pobres em ferro e cálcio, além de ricas em fitatos e oxalatos, poderão comprometer o estirão pubertário. Além disso, poderá haver também o risco aumentado de anemia pois, devido à escassa quantidade de cálcio disponível, os fitatos e oxalatos se ligarão ao ferro, dificultando ainda mais a sua absorção;
- De modo geral, a alimentação de adolescentes atletas e daqueles que praticam atividades físicas é suficiente para garantir que suas necessidades sejam adequadamente supridas. Porém, existem atletas em que é preciso considerar a necessidade do uso de suplementos alimentares, principalmente no tocante a vitaminas/minerais ou suplementos hipercalóricos, para não haver prejuízo em seu crescimento físico ou em suas atividades esportivas. Nestes, o ganho de peso isoladamente não é medida adequada para o acompanhamento, devendo-se utilizar outros parâmetros como, por exemplo, a monitorização do percentual de gordura, que permitirá a instituição da conduta alimentar mais correta. Deve-se desencorajar o uso de suplementos alimentares por conta própria e insistir na incorporação do conceito de que esses suplementos, sem a instituição de uma dieta balanceada, não têm efeito adequado;
- Lembrar que dieta pobre em calorias e gordura, aliada à prática intensa de exercícios físicos, pode associar-se à amenorréia;
- Realizar, idealmente, 5 refeições por dia, não permanecendo longos períodos em jejum;
- Ingerir diariamente frutas, legumes, verduras e cereais. Deve-se estar alerta para detectar, o quanto antes, condutas alimentares de risco para transtornos alimentares;
- Avaliar a regularidade de horários, a quantidade ingerida e a qualidade da alimentação, no que se refere às necessidades energético-proteicas, vitamínicas, de fibras e de oligoelementos e minerais.

NECESSIDADES E RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

Na adolescência, o crescimento apresenta velocidade máxima e a nutrição desempenha papel importante para que seja atingido o seu potencial. Nesta época da vida o indivíduo ganha 50% do peso final e de 20% a 25% da estatura final. Há diferenças importantes na taxa de maturação e no padrão de crescimento conforme as diferenças étnicas e socioeconômicas. No Brasil, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN, 1989) revelou maior prevalência de sobrepeso em adolescentes de renda mais elevada, mas em estudos locais se verificou o inverso. Estudos de tendência de sobrepeso/obesidade em adultos brasileiros, mostraram que a prevalência vem diminuindo em classes sociais mais altas e aumentando nas classes sociais mais baixas.

As necessidades nutricionais nesta fase da vida são complexas, apresentando muitas variações individuais, que devem ser respeitadas (Quadro 1).

Quadro 1: Recomendações Dietéticas Diárias de Nutrientes (RDA, 1989)

	Masculino		Feminino	
	11 - 14	15 - 18	11 - 14	15 - 18
Idade (anos)	11 - 14	15 - 18	11 - 14	15 - 18
Calorias (kcal)	2.500	3.000	2.200	2.200
Proteínas (g)	45	59	46	44
Cálcio (mg)	1200	1200	1200	1200
Ferro (mg)	12	12	15	15
Vitamina C (mg)	50	60	50	60
Vitamina A (µg)	1000	1000	1000	1000

Fonte: Recommended Dietary Allowances – Food and Nutrition Board / National Research Council, 1989.

Energia

As recomendações atuais sugerem que o melhor índice para a estimativa de ingestão de energia é a relação de energia por unidade de estatura, pois o crescimento linear é o evento que melhor representa o estado anabólico deste período.

Proteínas

Hábitos alimentares inadequados durante o período da adolescência, principalmente aqueles com restrição energética representam grande risco nutricional, quando fontes protéicas são usadas como energia, particularmente durante o estirão pubertário, podendo causar comprometimento do crescimento.

As proteínas de alto valor biológico são encontradas em todos os tipos de carnes e vísceras de animais e também no leite e derivados, nos embutidos e nos ovos. Alguns alimentos de origem vegetal são fontes de proteínas, como os grãos, as nozes e as castanhas. Embora estes últimos sejam considerados como proteínas de baixo valor biológico, ou seja, contêm um ou mais aminoácido limitantes, podem ser transformadas em alto valor, se associados, por exemplo, o arroz com o feijão. A alimentação do adolescente deve conter proporções adequadas das duas fontes.

Gorduras

Desde a infância e adolescência deve ser incentivada a ingestão de dieta balanceada, com baixos teores de gordura saturada, colesterol e sódio, para prevenir doenças cardiovasculares, aterosclerose e hipertensão. Essas doenças podem ter início na infância; por isso, é apropriado iniciar as mudanças no hábito alimentar e estilo de vida o mais cedo possível.

No Brasil, devido ao grande desequilíbrio socioeconômico, o adolescente de baixa renda consome muitos alimentos ricos em gordura saturada, como substitutos da proteína animal, cujo custo é mais alto. É freqüente incluir na alimentação embutidos como linguiças, salsicha, mortadela e ovos, como alternativa ao consumo de carne bovina; o hábito freqüente de ingerir frituras e a grande quantidade de óleo utilizada durante o preparo das refeições, são fatores que tornam a dieta hipergordurosa.

É recomendada, para a criança e o adolescente, a ingestão de dieta balanceada (15 % a 20% de proteínas, 30% de gorduras e 50% a 55% de carboidratos), proporcionando 300 mg de colesterol por dia ou 100mg por cada 1000 kcal consumidas. O percentual recomendado, de 30% de gordura na dieta, deve ser originado de alimentos com gorduras poliinsaturadas (de origem vegetal), monossaturadas (óleo de oliva) e saturadas (origem animal) divididas em partes iguais.

Ferro

Os requerimentos do ferro na adolescência são mais altos do que na idade adulta, em função do crescimento acelerado.

Na adolescência, a necessidade de ferro aumenta em ambos os gêneros, decorrente do acelerado crescimento linear, do incremento da massa muscular, do aumento do volume sanguíneo e das enzimas respiratórias. Além disso, em particular no sexo feminino, a necessidade é maior na fase de desaceleração do estirão, pela perda de ferro durante a menstruação. No sexo masculino, a necessidade de ferro é maior durante o pico do estirão pubertário. A eritropoiese está aumentada na puberdade masculina, podendo chegar ao aumento de duas a três vezes em relação aos níveis basais. Essas alterações na hemoglobina circulante aumentam a necessidade de ferro durante um período relativamente curto. Embora o progressivo decréscimo no ferro estocado seja observado enquanto a puberdade avança, a perda de associação com os parâmetros de crescimento provavelmente indica aumento na absorção intestinal. A drástica diminuição dos estoques ocorre ainda no início da puberdade, fazendo crer que esse fato funcione como estímulo para um aumento na absorção intestinal de ferro.

A recomendação nutricional de ferro na fase da adolescência passa a diferir de acordo com o sexo. No masculino, há um adicional apenas durante o estirão pubertário. Para o sexo feminino, o adicional é devido à fase do estirão e à menarca, permanecendo maior até a idade adulta, pelas perdas menstruais. Após os 16 anos, a necessidade diária de ferro no sexo feminino é três vezes maior do que no masculino.

Enfatiza-se que é preciso observar a biodisponibilidade do ferro ingerido na dieta e a interação alimentar, pois há fatores facilitadores e inibidores. São fontes de ferro: a carne, os cereais e os vegetais folhosos.

Cálcio

As necessidades de cálcio são maiores durante a puberdade e adolescência do que em qualquer época da vida, devido ao acelerado crescimento muscular e esquelético. Nesse período, a densidade óssea é máxima e a massa esquelética equivale a 45% do total da fase adulta, que se completará até aproximadamente os 30 anos de idade.

Alimentos ricos em cálcio: leite e derivados, couve, feijão, feijão de soja, mostarda e folhas de nabo.

Muitas vezes, o adolescente se recusa a consumir leite, por relacioná-lo a alimento infantil. O profissional de saúde deve estar atento, orientar a importância do consumo e oferecer outras fontes alternativas.

Vitaminas

As necessidades diárias de vitaminas na adolescência são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2: Ingestão Dietética Diária de Referência – Vitaminas (IDR,1997)

Vitaminas	Masculino		Feminino	
	9 – 13	14 – 18	9 – 13	14 – 18
Idade (anos)	9 – 13	14 – 18	9 – 13	14 – 18
A (µg)	600	900	600	700
C (mg)	45	75	45	65
D (µg)	5	5	5	5
E (mg)	11	15	11	15
K (µg)	60	75	60	75
Tiamina (mg)	0,9	1,2	0,9	1,0
Riboflavina (mg)	0,9	1,3	0,9	1,0
Niacina (mg)	12	16	12	14
B₆ (mg)	1,0	1,3	1,0	1,2
Folato (µg)	300	400	300	400
B₁₂ (µg)	1,8	2,4	1,8	2,4
Ácido Pantotênico (mg)	4	5	4	5
Biotina (µg)	20	25	20	25
Colina (mg)	375	550	375	400

Fonte: Dietary Reference Intakes – Food and Nutrition Board / National Academies, 1997.

Vitamina A

Extremamente necessária para o crescimento, para a diferenciação e a proliferação celular, para a reprodução e a integridade do sistema imunológico.

O requerimento de vitamina A, como também de outras vitaminas, para os adolescentes, são inexatos, pois são extrapolados das recomendações de crianças e de adultos.

As recomendações de vitamina A na adolescência são consideradas separadamente por sexo, devido às influências hormonais nos valores sanguíneos de vitamina A, independentemente de suas reservas.

Muitos trabalhos em países desenvolvidos e em desenvolvimento referem a deficiência dietética de vitamina A em adolescentes. O Brasil é considerado um dos países em que a forma subclínica de hipovitaminose A é problema de saúde pública.

A vitamina A da dieta provém dos carotenóides presentes nos alimentos de origem vegetal, sendo considerados alimentos-fonte, as frutas, legumes e hortaliças de cor amarelo-laranja ou verde-escuro (cenoura, manga, mamão, abóbora, mostarda, almeirão, agrião); e os de origem animal (retinol ou vitamina A pré-formada), como o óleo de fígado de bacalhau.

Vitamina C

A vitamina C atua, fundamentalmente, como agente redutor em várias e importantes reações de hidroxilação no organismo. Participa na síntese de colágeno, tendo importância no processo de cicatrização, formação de dentes e integridade dos capilares. É necessária para a função normal dos fibroblastos e osteoblastos, além de intervir na síntese de hormônios supra-renais e nas funções dos leucócitos.

A recomendação pelo RDA, após revisão, pode ser aumentada de 50mg a 60mg/dia para 100mg a 200mg/dia em ambos os gêneros.

São fontes de vitamina C, as frutas cítricas (laranja, limão, acerola, morango) e os vegetais folhosos crus (espinafre, repolho).

Deve ser estimulada a ingestão de pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças por dia, para que se garanta a ingestão desse nutriente. Tarefa laboriosa quando se trata de adolescente, que geralmente não ingere este tipo de alimento.

Vitamina D

É importante para manter a homeostase do cálcio, fósforo e a mineralização óssea, sendo, portanto, essencial para o crescimento esquelético.

Alimentos-fonte: gema do ovo, fígado, manteiga e pescados gordos. Carnes e peixes magros têm somente traços desta vitamina, sendo que as maiores concentrações são encontradas no arenque e na cavala.

Fibras

Conforme a região do país, pode haver comportamento alimentar diferente. O mesmo acontece com relação às fibras. Sendo assim, somente para citar um exemplo, Lima et al. (2004) observaram, em adolescentes matriculados em programa ambulatorial no Rio Grande do Norte, média de ingestão de fibras que demonstra a necessidade de estímulo ao maior consumo de alimentos ricos em fibras. Moura e Sonati (1998) encontraram consumo médio de fibras satisfatório em escolares na cidade de Campinas, SP.

A importância do consumo de fibras reside no fato de sua ação em:

- Diminuírem a absorção de gorduras;
- Aumentarem o peristaltismo intestinal;
- Produzirem ácidos graxos de cadeia curta, que atuam no combate ao colesterol;
- Regularem o tempo de trânsito intestinal;
- Apresentarem alto poder de saciedade.

Fibras, do ponto de vista fisiológico, são a soma de celulose, hemicelulose, pectinas e outros polissacarídeos (goma, mucilagem, polissacarídeos de algas) provenientes da dieta.

A média de polissacarídeos não celulósicos, celulose e lignina presente nos cereais, corresponde a, respectivamente, 75%, 17% e 7%, e nas frutas, 63%, 20% e 17%. As frutas e vegetais têm maior quantidade de celulose que os cereais e o conteúdo de lignina é maior nas frutas com sementes comestíveis e nos vegetais maduros. Pães fornecem o aporte de 20% do total da fibra dietética.

Fontes de fibras, portanto, são os vegetais e grãos (celulose); os legumes e produtos de aveia (gomas) e as maçãs e frutos cítricos (pectinas).

A Academia Americana de Pediatria recomenda a ingestão de 0,5g/kg de peso/dia, após o primeiro ano de vida.

Outras recomendações para a idade dos 3 aos 19 anos têm sido de 6,8 a 34,5g/dia para o sexo masculino e de 6 a 28,5g/dia para o feminino.

A oferta de 25g/dia para adolescentes é cifra segura, que não ocasiona perda energética.

Existem variações nessas quantidades, na dependência do tipo de alimento que o indivíduo recebe no conjunto e que influem sobre a presença ou não de constipação.

A regra da, $\boxed{\text{idade} + 5\text{g/dia}}$, supõe cifras que variam de 8g aos 3 anos a 25g diários aos 20 anos, que parece recomendável, pois propicia boa função intestinal, sem os inconvenientes com relação à absorção de energia e minerais.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Albuquerque MFM, Monteiro AM. Ingestão de alimentos e adequação de nutrientes no final da infância. *Rev Nutr Campinas* 2002; 15(3): 291-9.
2. Andrade A, Bosi MLM. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Rev Nutr Campinas* 2003; 16(1): 117-25.
3. Ballabriga A, Carrascosa A. *Nutrición en la infancia y adolescencia*. 2a ed. Edicions Ergon, 2001; p. 583-602.
4. Barnen LA. *Pediatric Nutrition Handbook 3rd ed*. Elk Grove Village III: American Academy of Pediatrics, 1993; p. 100-6.
5. Carvalho CMRG, Nogueira AMT, Teles JBM, Paz SMR, Sousa RML. Consumo alimentar de adolescentes matriculados em um colégio particular de Teresina, Piauí, Brasil. *Rev Nutr* 2001; 14(2): 85-93.
6. Lima SCVC, Arrais RF, Pedrosa LFC. Avaliação da dieta habitual de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. *Rev Nutr* 2004; 17(4): 469-77.
7. Monteiro CA, Benício DA, Conde WL, Popkin BM. Shifting obesity trends in Brasil. *Eur J Clin Nutr* 2000; 54(4): 342-6.
8. Moura EC, Sonati JG. Perfil lipídico de dietas e sua relação com os níveis de colesterolemia em escolares de uma escola pública de Campinas, SP, Brasil. *Rev Nutr* 1998; 11(1): 69-75.
9. Neutzlind M, Taddei JA, Rodrigues EM, Sigulem DM. Adaptação do critério antropométrico para avaliação do estado nutricional de adolescentes em dois níveis socioeconômicos no Município de São Paulo. *J Pediatr* 1992; 68(1/2): 26-33.
10. Vitalle MSS. Alimentação do adolescente. In: Lopez FA, Brasil ALD. *Nutrição e dietética em clínica pediátrica*. São Paulo, Atheneu, 2003, p. 73-84.
11. Vitalle MSS, Brasil ALD. Alimentação do adolescente. In: Morais MB, Campos SO, Silvestrini WS. *Pediatria. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. São Paulo, Manole, 2005, p. 9-17.
12. Williams CL, Ballella M, Wynder EL. A new recommendation for dietary fiber in childhood. *Pediatrics* 1995; (Suppl): S85-8.

Atenção Integral à Saúde

1. A consulta médica
2. Atenção integral à saúde do adolescente
3. Ética no atendimento do adolescente
4. Crescimento e desenvolvimento físico
5. Desenvolvimento psicológico
6. Desenvolvimento da sexualidade
7. Atenção à saúde do adolescente com deficiência
8. Imunização

A CONSULTA MÉDICA

Lígia de Fátima Nóbrega Reato

INTRODUÇÃO

Os adolescentes representam, aproximadamente, 25% da população mundial e, além de sua grandeza numérica, a gravidade de seus problemas (abuso de drogas, gravidez, violência, DST, etc) e sua singularidade transformam essa faixa etária num grupo mais vulnerável para diversos problemas de saúde.

Apesar de sua evidente importância, ainda há uma série de obstáculos a serem suplantados para que se garanta o atendimento integral à saúde dos adolescentes. Falta de espaço, de tempo, número pequeno de profissionais habilitados e dificuldade para lidar com aspectos emocionais são algumas das justificativas mais frequentemente referidas. Entretanto, pelo exposto, fica fácil perceber que os motivos alegados estão relacionados, ou aos profissionais, ou aos serviços de saúde. As dificuldades apresentadas são, portanto, de fácil resolução, pois implicam basicamente em sensibilização e capacitação.

Compreender de que maneira deve ser conduzida a consulta médica do paciente adolescente pode ser o primeiro passo para que o atendimento a essa faixa etária ocorra de modo adequado. Para isso, é essencial incorporar a idéia de que o atendimento ao adolescente reveste-se de aspectos peculiares que levam em consideração suas especificidades, diversas do atendimento de outras áreas da saúde, tanto na clínica médica, como na clínica pediátrica.

A CONSULTA MÉDICA DO ADOLESCENTE

A consulta médica é um momento privilegiado de relação humana e deve ser pautada por três princípios fundamentais: confiança, respeito e sigilo. Para que isso aconteça, existem três pontos básicos, que devem ser sempre lembrados no atendimento ao paciente adolescente:

- Visão Global de Saúde: é primordial que a anamnese seja completa, abrangendo diversos aspectos;
- Relação médico-paciente diferenciada: como o adolescente, embora menor de idade, necessita de um espaço sozinho e ampliado com o médico, a consulta é realizada em "tempos" ou "momentos" diversos. Um tempo em que o médico atende apenas o adolescente, um momento onde o responsável também encontra-se presente, podendo haver ainda um espaço para o atendimento conjunto – médico/adolescente-acompanhante. A ordem desses tempos varia de serviço para serviço. Na nossa experiência, tem-se adotado a seguinte seqüência: 1º) médico/adolescente; 2º) médico/família/adolescente. Nos casos em que houver impossibilidade de uma relação direta com o adolescente (p.ex. retardo mental), a consulta é realizada em um único tempo: médico/familiar/adolescente. É imprescindível salientar que 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.
- Sigilo e confidencialidade: de acordo com o artigo 103 do Código de Ética Médica, 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 respeito.

Levando-se em consideração esses aspectos, será apresentado a seguir um roteiro padronizado de consulta médica para adolescentes, utilizado em serviço universitário (Instituto de Hebiatria da Faculdade de Medicina do ABC). Vale salientar que, na rede pública de saúde, pode-se adotar este mesmo esquema de forma simplificada ou resumida, conforme experiência adquirida pela instituição acima mencionada nos cursos de capacitação para profissionais de saúde da região do ABCD.

1. CONSULTA DE MATRÍCULA

Anamnese

Com o adolescente

- **QD** (queixa e duração) + **HPMA** (história pregressa da moléstia atual) – diz respeito à queixa principal e ao início do(s) sintoma(s) até a presente data. OU: **MC** (motivo da consulta) – frequentemente, os adolescentes procuram o serviço sem uma queixa específica ou com sintomas vagos ou gerais. Relatar o que foi dito pelo paciente.
- **ISDA** (interrogatório sintomatológico dos diversos aparelhos) – dados que devem se obrigatoriamente pesquisados: sono, apetite, atividade, ganho ou perda de peso, estado emocional, mal-estar, hábito intestinal, hábito urinário, características dos ciclos menstruais, **DUM** (data da última menstruação), dores nas costas.
- **Alimentação** – dia alimentar. Substituições, horários, hábitos alimentares.
- **Constituição familiar**: estrutura, relacionamento intra e extra domiciliar – posição do adolescente na família, características familiares, relacionamentos, amizades, grupos de referência.
- **Condições sócio-econômicas**: moradia, saneamento básico, renda familiar.
- **Escolaridade, trabalho, lazer, escola**: em que série se encontra, aproveitamento, repetências, dificuldades; trabalho: tipo, remuneração, horário; lazer – o que costuma fazer nas horas de folga; tempo de exposição à TV e acesso à *Internet*.
- **Religião, esportes, hábitos**: religião; prática esportiva e frequência; tabagismo, alcoolismo, drogas ilícitas: conhecimento, experimentação, utilização no grupo ou família, uso, abuso.
- **Desenvolvimento pubertário**: auto-avaliação, utilizando-se como referencial as pranchas ou tabelas com o estadiamento pubertário segundo Tanner: telarca (aparecimento do broto mamário), pubarca (aparecimento dos pêlos pubianos), menarca (primeira menstruação), semenarca (primeira ejaculação).
- **Sexualidade**: abordar de acordo com a idade (estágio de desenvolvimento puberal) e receptividade do adolescente. Identificar fontes de informação, conhecimento, interesse, dúvidas. Prática masturbatória. Atividade sexual. Afetividade. Prazer. Medidas de prevenção.
- **Abordagem psicológica**: opinião sobre si mesmo, temperamento, imagem corporal, aspirações futuras / projeto de vida.

Anamnese

Com a mãe (ou acompanhante)

- **QD + HPMA**: nem sempre a queixa do responsável é a mesma do adolescente.
- **Gestação, parto, condições de nascimento**: de modo resumido: gravidez, tipo de parto, peso ao nascer, período neonatal, intercorrências.
- **Crescimento e desenvolvimento**: ocorreram dentro dos padrões da normalidade? controle esfincteriano? distúrbios de conduta?
- **Imunizações** – situação atual do esquema de vacinação, incluindo reforços.

- **Antecedentes mórbidos pessoais:** doenças próprias da infância, cirurgias, convulsões ou demais, internações, alergias, uso de medicamentos.
- **Antecedentes familiares.**

Postura do adolescente e acompanhante

Impressão a respeito de motivação, receptividade e colaboração durante a consulta médica.

HD (Hipóteses Diagnósticas) – devem incluir:

- 1º) Diagnóstico principal (ou o que motivou a vinda do adolescente ao serviço)
- 2º) Diagnósticos secundários
- 3º) Estado nutricional
- 4º) Desenvolvimento puberal (compatível, atrasado ou precoce em relação à idade)
- 5º) Desenvolvimento psicológico (síndrome da adolescência normal, desvios)
- 6º) Situação imunitária – vacinas atualizadas ou atrasadas?

Atenção: Situações de risco, como por exemplo, abuso de drogas, comportamento de risco para gravidez ou DST/AIDS, devem ser incluídas entre as hipóteses diagnósticas, quando for o caso.

2. CONSULTA DE RETORNO

- Quando a consulta é de rotina – em caso de retorno há mais de 06 meses, rever principalmente os dados positivos anteriormente e aqueles passíveis de modificação. Como: alimentação, condições sócio-econômicas, relacionamento familiar, escolaridade, trabalho, lazer, atividade física, hábitos, desenvolvimento puberal, sexualidade. Exame físico completo (excluir exame de genitais quando não houver queixa específica ou já tiver completado desenvolvimento puberal).

Exame físico

Dados antropométricos – peso (percentil), estatura (percentil), cálculo do IMC (percentil).

Dados gerais – temperatura, PA (colocar no gráfico ou tabela)

ATENÇÃO: Antes de iniciar o exame, no caso de adolescente do sexo oposto ao examinador, é recomendável a presença de outra pessoa na sala (acompanhante ou profissional de saúde).

Exame geral

Pele: não esquecer de pesquisar acne, tipos de lesões e extensão.

Sistema Linfático

Cabeça e Pescoço

Aparelho Respiratório

Aparelho Cardiovascular

Abdome

Aparelho Locomotor – exame da coluna vertebral: inspeção estática e dinâmica, identificação de assimetrias e deformidades.

Aparelho Genital – avaliar pilificação / estágio de desenvolvimento (Tanner), preferencialmente na consulta de matrícula e, posteriormente, a cada 06 meses, até completar o desenvolvimento (estadio 5).

Mamas: no sexo masculino, pesquisar ginecomastia; no sexo feminino, orientar o auto-exame. Genitália feminina – inspeção e, nos casos indicados, exame pélvico completo (**).

Sistema Nervoso

()** **Indicações de exame ginecológico completo:** início de atividade sexual, suspeita de gravidez, abuso sexual, amenorréia primária ou secundária, dismenorréia resistente a tratamento, vulvovaginite específica ou resistente a tratamento, amenorréia de qualquer duração + hirsutismo + galactorréia. Nestes casos, fazer orientação e providenciar encaminhamento ao ginecologista.

Como ROTINA, nas fases de estirão do crescimento, orientar retorno a cada 03 ou 04 meses. No período de desaceleração, a cada 06 meses.

CONCLUSÃO

Uma das diferenças mais marcantes da consulta do adolescente em relação à consulta da criança é que, na primeira, o modelo até então estabelecido profissional/mãe ou responsável, passa a ser substituído pela relação direta médico-adolescente, constituindo-se em verdadeiro rito de passagem.

Essa mudança representa, inclusive, uma possibilidade concreta de estímulo para que o adolescente assuma progressivamente a responsabilidade pelo seu auto-cuidado.

Também não deve ser esquecido que cada adolescente é único e o respeito a essa individualidade deve permear a consulta. O profissional que atende adolescentes não pode adotar posturas preconceituosas e deve se respaldar por valores de saúde.

Finalmente, toda oportunidade de envolvimento do jovem com o serviço de saúde deve ser bem aproveitada. É importante que não se estabeleçam regras rígidas que dificultem ou impossibilitem o acesso do adolescente aos serviços para que não se percam oportunidades de propiciar orientação e apoio nas questões referentes à sua saúde física, seja nos aspectos físicos ou emocionais, assim como prevenção dos mais diferentes agravos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Narvaez RO. Salud Integral del Adolescente. Su Abordaje Interdisciplinario. Adolescência Latino Americana 1997; 1: 5-10.
2. Friedman HL, Ferguson J.B. Enfoques de la OMS sobre la Salud de los Adolescentes. In: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, Silber TJ, Ojeda ENS, Yunes J. La Salud del Adolescente y del Joven. OPAS 552, 1995.
3. Neinstein LS, Kaufman FR. Normal Physical Growth and Development. In: Neinstein LS. Adolescent Health Care. A Practical Guide, 3ª ed., 1996.
4. Reato LFN, Azevedo MRD. Desenvolvimento Psicológico do Adolescente. A "síndrome da adolescência normal". Sinopse de Pediatria 1999; 3: 57-9.
5. Parolin ICH. Adolescência nossa de cada dia. In: Weinberg C. Geração Delivery. Adolescer no Mundo Atual. São Paulo, Sá Editora, 2001; p. 216.
6. Poit ML Desenvolvimento Puberal. In: Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência. São Paulo, Atheneu, 2001; p. 21-32.
7. Reato LFN. Desenvolvimento da sexualidade na adolescência In: Françoso LA, Gejer D, Reato LFN. Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência. Série Atualizações Pediátricas SPSP. São Paulo, Atheneu, 2001.

8. Saito MI. Atenção Integral à Saúde do Adolescente. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência. Prevenção e Risco. São Paulo, Atheneu, 2001.
9. Saito MI. Atenção Integral à Saúde do Adolescente. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria Básica. Tomo I. 9ª.ed. São Paulo, Atheneu, 2002.
10. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Departamentos de Adolescência e Bioética. Aspectos Éticos do Atendimento ao Adolescente. Rev. Paulista de Pediatria. 1999; 17 (02):95-7.
11. Crespim J. Consulta Médica do Adolescente. In: Françoso LA, Gejer D, Reato LFN. Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência. Série Atualizações Pediátricas da SPSP. São Paulo, Atheneu, 2001.
12. Crespim J. Consulta Clínica e Ética no Atendimento ao Adolescente. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. Medicina do Adolescente. 2ª ed. São Paulo, Sarvier, 2003.

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Márcia Regina de S. A. Quedinho Paiva

INTRODUÇÃO

A adolescência, período marcado por mudanças no crescimento e desenvolvimento físicos, alterações emocionais, hormonais e sociais, é uma fase de oportunidades e riscos, na qual o adolescente saudável terá oportunidade de percorrer esta caminhada tirando o máximo proveito de seus recursos e potencialidades, assim como escolher livremente os seus riscos.

É durante a adolescência que o indivíduo elabora sua identidade pessoal e sexual, cria independência familiar, desenvolve valores éticos e morais próprios e também escolhe a profissão e o ofício para seu futuro.

Geralmente é um período marcado por crises caracterizadas por perdas e ganhos que vêm contribuir para o auto-conhecimento e amadurecimento individual.

Via de regra, o adolescente é um indivíduo saudável, que recorre pouco aos serviços de saúde. Assim, perde-se a oportunidade de prestar cuidados antecipatórios e preventivos e muitas afecções podem passar despercebidas.

Alguns exemplos dessas afecções são as alterações do crescimento e desenvolvimento pubertário, a acne, patologias ginecológicas, alterações alimentares, de comportamento e psicossociais.

Essas patologias são frequentemente coexistentes e necessitam ser inseridas no "todo" que é o adolescente, exigindo uma abordagem global, somática e psicossocial, feita num espaço próprio, que respeite sua privacidade e autonomia e com profissionais interessados, disponíveis e com formação adequada.

A atenção integral é a resposta que os vários grupos de referência devem dar aos indivíduos, considerando sua faixa etária, momento de vida e inserção sociocultural. A atenção integral específica à saúde do adolescente se faz então necessária por levar em conta a singularidade deste momento do processo de crescimento e desenvolvimento, marcado pelo impacto de mudanças físicas e psíquicas vivenciadas de maneira diversa nos diferentes contextos. Daí a importância do médico e outros profissionais da saúde aprimorarem seus conhecimentos e desenvolverem habilidades para entender e atender pacientes tão especiais e diferenciados por conta desta faixa etária.

MODELOS DE ATENDIMENTO

Os serviços de atenção à saúde do adolescente em nosso meio datam de aproximadamente três décadas, já existindo anteriormente em países desenvolvidos. Os modelos de atendimento até hoje utilizados apresentam as seguintes características:

- a) baseiam-se na atenção global que considera o adolescente como ser humano indivisível, com suas necessidades, problemas de saúde e relações com o meio ambiente;
- b) estabelecem-se frequentemente ligados às Universidades, utilizando equipes multiprofissionais. Hoje, cada vez mais se considera o trabalho interdisciplinar ou mesmo as parcerias fora da área da saúde, envolvendo educação, justiça, trabalho, etc.
- c) desdobram-se em níveis primário, secundário e terciário sendo, porém, a prevenção de agravos e a promoção de saúde o enfoque principal em qualquer circunstância, pois a adolescência é o momento crucial para a formação de hábitos e comportamentos que se conservarão por toda a vida.

Dentro desta proposta específica, torna-se pertinente considerar a relação médico-adolescente, a equipe multiprofissional, o cliente em seguimento ambulatorial e o paciente adolescente internado. Não pode ser esquecida a formação de pessoal capacitado de preferência desde a graduação, o que envolve aperfeiçoamento e dedicação constantes.

CARACTERÍSTICAS DO PROFISSIONAL E A RELAÇÃO MÉDICO-ADOLESCENTE

Atender adolescentes requer interesse, tempo e experiência profissional. Para obter uma consulta frutífera, é fundamental o bom relacionamento médico/adolescente, unicamente possível se o médico GOSTAR de trabalhar com jovens, pois estes têm uma sensibilidade apurada e logo percebem falta de interesse ou empatia. O profissional deve mostrar competência, firmeza e autoridade sem, no entanto, parecer autoritário. O médico deve escutar mais do que falar e não julgar ou dar palpite. Mas deve esclarecer e informar onde for necessário, sempre com retidão, honestidade e veracidade, o que é diferente de advertir. Como para qualquer idade, o médico deve mostrar respeito e consideração pelo paciente e sua família.

Na relação médico-adolescente, o primeiro preceito a ser observado é o respeito à individualidade do jovem, encarado como pessoa e não como objeto de prática científica dirigida a um ou mais órgãos. É importante ter em mente que não há uma fórmula pronta e única para trabalhar com adolescentes. Cada jovem é diferente e cada um acrescenta em vivência e experiência que permitem aos profissionais a reavaliação constante. Condições relevantes para este tipo de atendimento incluem saber ouvir e interpretar, sem julgamentos. O adolescente deve identificar-se como sendo ele o cliente, mas, por outro lado, pais e/ou responsáveis não poderão permanecer à margem do atendimento, pois poderão beneficiar-se com informações e esclarecimentos.

A EQUIPE DE SAÚDE

Idealmente, o atendimento deve ser feito por equipe multidisciplinar, composta pelo menos por médico, psicólogo e assistente social. Essa equipe deverá contar com o apoio das especialidades (neurologista, oftalmologista, endocrinologista, além de outros, dependendo da problemática encontrada). O médico da equipe não deve substituir especialistas, mas também não pode ser um simples "triador" de casos. Precisa colaborar efetivamente, discutindo cada caso com os especialistas para a tomada de decisões comuns, sem eventualmente esquecer-se de que é o médico do paciente e deve assumi-lo como um todo. A primeira tarefa do médico é separar os aspectos peculiares (físicos e psicológicos) da adolescência da doença real. No primeiro caso, sua função é informar, esclarecer e acalmar a família.

A equipe de saúde deverá atuar em conjunto, pois campos complementares do saber ampliam a abordagem frente ao adolescente. Esse trabalho porém, não é fácil e exige preparo, tempo de convivência (onde são aparadas as arestas) e o firme propósito de torná-lo eficaz. São pré-requisitos para sua realização:

- a) ter o adolescente como objetivo de trabalho
- b) interesse genuíno de todos os profissionais envolvidos
- c) não fragmentação do cliente pelas várias áreas profissionais envolvidas
- d) conhecimento por parte de todos os membros da equipe das características e singularidades da adolescência
- e) privacidade, confidencialidade, credibilidade, estando presentes atitudes de compreensão, orientação, sendo evitados o julgamento e o preconceito
- f) respeito mútuo e companheirismo entre os profissionais
- g) uso de prontuário único para facilitar a atuação
- h) diagnóstico global realizado com a contribuição de todos, conduzindo a intervenções conjuntas.

Deve-se salientar que o modelo multiprofissional não é o único, e que a sua inexistência não deve impedir o atendimento. Os únicos pré-requisitos imprescindíveis são a capacitação profissional e um ambiente adequado para a consulta. O que mais distingue o atendimento para essa faixa etária é a postura do médico e dos outros profissionais. Para que haja diálogo não é necessário que o profissional se transforme em outro adolescente. Todo autoritarismo deve ser descartado, o que não impede o estabelecimento de uma relação verdadeira e proveitosa. Os profissionais envolvidos devem ter em mente que seus valores são frequentemente diferentes daqueles dos adolescentes e que só há construção se a história de vida do outro for considerada.

A CONSULTA

(ver maiores detalhes no capítulo correspondente)

Como em qualquer idade, a consulta consiste em anamnese, exame físico e solicitação de exames complementares, quando necessários. O objetivo é detectar doenças físicas e avaliar aspectos do desenvolvimento social e psicológico, que talvez necessitem de intervenção.

a) O local:

- O local de consulta deve ser acessível ao adolescente, com acesso desburocratizado e horário flexível, tendo em conta os horários escolares;
- A consulta deve ser marcada por hora, de forma a evitar demora no atendimento. Lembrar que a consulta do adolescente é mais demorada pela necessidade de entrevistas separadas e em conjunto com o paciente e seus familiares;
- Se possível, a sala de espera deve ser separada de adultos ou crianças ou, caso não seja possível, que as consultas de adolescentes sejam marcadas em dias ou horários separados para garantir maior privacidade e liberdade dos pacientes.

b) Aspectos práticos do atendimento:

- Considerar que a empatia criada na primeira consulta é fundamental para o sucesso de qualquer abordagem;
- O adolescente deve ser cumprimentado em primeiro lugar e o atendimento e diálogo estabelecidos preferencialmente com ele;
- O médico e os outros profissionais de saúde eventualmente presentes deverão ser apresentados;
- Saber o nome pelo qual o adolescente gosta de ser tratado;
- O adolescente poderá ser observado numa primeira abordagem com os pais, mas deverá ser sempre reservado um momento de privacidade do adolescente com o médico ou outro profissional da equipe;
- A confidencialidade deverá ser explicada e assegurada ao adolescente e aos pais, logo na primeira consulta, e só poderá ser quebrada de acordo com os termos legais, se estritamente necessário;
- Adotar uma linguagem de fácil compreensão, rejeitando utilizar a linguagem utilizada pelos adolescentes entre si;
- Além do motivo da vinda à consulta, deve ser realizada uma anamnese completa que permita analisar dados relevantes da vida do adolescente e que englobem a família, a escola/trabalho, ocupação de tempos livres, consumo, sexualidade, eventual presença de sintomas depressivos e acidentes. A sigla "HEADS" engloba áreas a serem interrogadas com maior cuidado:

H = Habitação: relacionamento com os pais e familiares, intimidades, brigas, agressões

E = Educação: se estuda, em que série está, repetências, notas insatisfatórias

A = Atividade: trabalho, esporte, lazer, amizades, aspirações para o futuro

D = Drogas (lícitas e ilícitas): uso, experimentação

S = Sexualidade e Suicídio (idéias e tentativas)

- O exame físico deve ser realizado pelo médico, respeitando a privacidade do adolescente e na ocasião mais adequada, deixando o exame da genitália para o final da avaliação ou em momento que achar oportuno, evitando-se a exposição desnecessária do corpo do adolescente. Realizar o exame físico de forma segmentar, não esquecendo de cobrir a região que não está sendo examinada;
- Deve-se encorajar o diálogo entre o adolescente e os pais, bem como com a escola e os diversos recursos da comunidade;
- Numa linha de promoção à saúde, incentivar o jovem a fazer escolhas responsáveis de estilos de vida saudáveis.

c) Orientações e prescrição:

- Esclarecer ao adolescente e seus pais os diagnósticos formulados, os exames pedidos e a conduta adotada, transmitindo-lhes segurança e uma parcela adequada de responsabilidade;
- O manejo do paciente não deve restringir-se à queixa que motivou a consulta. Deve-se tentar encontrar solução para todos os problemas eventualmente detectados;
- Encaminhar ao especialista quando necessário sem esquecer-se de que é o médico responsável pelo caso;
- Perguntar se faltou algo a conversar, enfatizar sua disponibilidade para o diálogo e colocar-se à disposição para eventuais atendimentos e orientações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É relevante que, frente à proposta de atendimento dos adolescentes, os profissionais abandonem preconceitos e estereótipos, tais como "adolescentes são sempre problemáticos" ou "adolescentes são irresponsáveis". Cabe salientar que estereótipos e/ou preconceitos não são exclusivos da cultura contemporânea ou deste momento histórico, estando quase sempre relacionados ao conflito de gerações. Sócrates, em 339 a.C., já colocava que "Nossa juventude é mal-educada, não respeita a idade, ignora a autoridade ..." ou ainda Heríodo, século VII a.C. mostrava neles pouca crença: "Não vejo esperança para o futuro de nosso povo se ele depender da frívola juventude de hoje, pois todos os jovens são indivisivelmente frívolos. Quando eu era menino, ensinavam-nos a respeitar os mais velhos, mas os meninos de hoje são excessivamente sabidos e não toleram restrições". Qualquer semelhança com a atualidade não é mera coincidência, bastando lembrar que pais, professores, médicos... são adultos.

Todos os esforços devem ser feitos para garantir um atendimento global e regular a todos os adolescentes. Os Serviços de Saúde devem responder às necessidades de saúde dos adolescentes de modo integrado e proporcionar-lhes um ambiente adequado. A competência técnica deve ser acompanhada de respeito e sensibilidade para compreender a realidade de cada adolescente e descobrir os problemas subjacentes que possam ou não ser a causa imediata da vinda à consulta. Sendo a Pediatria a especialidade médica responsável pela prestação de cuidados de saúde à criança (definida, segundo a Convenção das Nações Unidas, como o ser em desenvolvimento desde o nascimento até os 18 anos), os Pediatras podem e devem ter um papel relevante, mas não exclusivo, na saúde do adolescente. Deste modo haverá mais jovens sadios que poderão tornar-se adultos sadios.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Beznos GW. A Adolescência e o Adolescente. In: *Pediatria: Diagnóstico e Tratamento*, 6ª edição. São Paulo, Sarvier, 2003.
2. Colli AS. A consulta do adolescente. In: Marcondes E. *Pediatria Básica*, 8ª edição. São Paulo, Sarvier, 1991.
3. Corrêa MGBRM. A consulta do adolescente. In: Gutierrez MT et al. *Pediatria: Diagnóstico e Terapêutica*. São Paulo, Robe Editorial, 1998.
4. Gomes SMT. Atenção integral à saúde. In: Coates V, Françoso LA, Beznos GW. *Medicina do adolescente*. São Paulo, Sarvier, 1993.
5. Saito MI. Relação médico-adolescente. In: Marcondes E. *Pediatria básica*, 8ª edição. São Paulo, Sarvier, 1991.

ÉTICA NO ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE

Maria José Carvalho Sant'Anna

A adolescência é uma etapa da vida do ser humano, fundamental para a construção do sujeito, resultante da infância e determinante da vida adulta, onde o futuro é agora e o presente para sempre.

Estas características, somadas à importância demográfica que este grupo representa, fazem com que o atendimento do adolescente de uma maneira global, abordando-o em todos os seus aspectos biopsicossociais, torne-se um desafio, o que justifica plenamente a necessidade de atenção global à saúde, levando em consideração as peculiaridades específicas dessa faixa etária. Atender adolescentes significa acolhê-los, respeitando-os dentro dos mais rigorosos princípios éticos.

Apesar de já amplamente discutidos, ainda existe muita insegurança e receio nas questões que norteiam o atendimento ao adolescente, tendo sempre presente o binômio de risco e vulnerabilidade que permeiam esta faixa etária. Na proposta de atenção integral à saúde do adolescente, deve-se sempre:

- 1- reconhecê-lo como sujeito, sendo a ele devidos proteção e respeito dentro dos princípios de privacidade e confidencialidade, condicionados à responsabilidade;
- 2- abordá-lo como um ser indivisível em seus aspectos biopsicossociais, não fragmentando-o nesta ou naquela patologia ou órgão;
- 3- sempre ter a promoção de saúde e prevenção de agravos como meta principal em atuação primária, secundária ou terciária.

A CONSULTA DO ADOLESCENTE

Frente a essas peculiaridades, a consulta do adolescente reveste-se de maior complexidade, levando frequentemente a que profissionais da saúde, especialmente pediatras, deparem-se com conflitos de natureza ética. A consulta é um momento privilegiado, onde os princípios éticos estão relacionados à privacidade, confidencialidade, sigilo, respeito à autonomia, maturidade e capacidade de julgamento do adolescente. Estes fatores devem ser considerados para a realização de diagnósticos mais precisos, detecção de fatores de riscos e intervenções mais adequadas.

Na relação médico-paciente deve ser observado o respeito à individualidade, sendo o adolescente visto como pessoa e não como objeto da prática científica. O adolescente deve ser encarado como indivíduo capaz de exercitar progressivamente a responsabilidade quanto à sua saúde e seu corpo. O jovem precisa identificar-se como sendo ele o cliente; pais e/ou responsáveis não poderão permanecer à margem do atendimento, são importantes e funcionam como retaguarda para a execução de orientações, prescrições, sem que se esqueça do papel formativo do adolescente e também dos familiares. O atendimento deve ser feito em tempos diferentes: entrevista com o adolescente e o momento do profissional com os pais e/ou responsáveis e o adolescente, prevalecendo o vínculo com o jovem. Nesta oportunidade deve-se explicar questões como sigilo médico, confidencialidade e que nenhuma informação obtida dos jovens será repassada aos pais e/ou responsáveis sem a explícita concordância do adolescente.

O médico manterá o sigilo respaldado pelo Código de Ética Médica – Artigo 103, publicado no DOU de 26 de janeiro de 1983: "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-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente".

Segundo o parecer nº1734/87, do CREMESP, o médico deve guardar segredo profissional sobre todas as confidências que receber de seu paciente, mesmo menor de idade. A revelação do segredo médico só deve acontecer quando o médico:

- Entender que o menor não tenha capacidade para avaliar a extensão do problema ou conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo;
- Entender que a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Em vários estados americanos o conceito de "menor maduro" encontra-se definido por lei: "paciente com capacidade de compreender os benefícios e riscos do atendimento e de responsabilizar-se pela assistência recebida". O julgamento sobre a capacidade do menor é altamente subjetivo, ajudando muito nesta avaliação a experiência do profissional.

Em algumas circunstâncias o sigilo deve ser quebrado: casos de risco à vida do paciente ou terceiros, drogadição, AIDS, proposta ou intenção de suicídio ou homicídio, gravidez, intenção de aborto e a recusa de uso de medicamentos, situações que não podem ser mantidas em sigilo; este nunca será quebrado sem a anuência do jovem, mesmo que sem o seu aval. Em qualquer circunstância, o diálogo com a família deve ser incentivado e o apoio por parte da equipe sempre deve ser oferecido. Na presença de atividade sexual, experimentação de drogas e outras DST, a manutenção do sigilo pode ser fator favorável ao vínculo, colaborando nas orientações prescritas. O adolescente é o cliente, ele deverá permanecer o tempo todo no ambiente da consulta, a não ser em situações especiais.

BIOÉTICA E ADOLESCÊNCIA

Os Departamentos de Bioética e de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo, reconhecendo essas particularidades e dificuldades no atendimento do adolescente, apresentam as seguintes recomendações:

- O médico deve reconhecer o adolescente como indivíduo progressivamente capaz e atendê-lo de forma diferenciada;
- O médico deve respeitar a individualidade de cada adolescente, mantendo uma postura de acolhimento, centrada em valores de saúde e bem estar do jovem;
- O adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis no ambiente da consulta, garantindo-se a confidencialidade e o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos necessários. Dessa forma, o jovem tem o direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, assumindo integralmente seu tratamento. Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre determinados conteúdos das consultas, como por exemplo nas questões relacionadas à sexualidade e prescrição de métodos contraceptivos, com o expresse consentimento do adolescente;
- A participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável. Os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e para o jovem. O adolescente deve ser incentivado a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas;
- A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos;
- Em situações consideradas de risco (por exemplo: gravidez, abuso de drogas, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, risco à vida ou à saúde de terceiros) e frente à realização de procedimentos de maior complexidade (por exemplo, intervenções cirúrgicas), torna-se necessária a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis;

- Em todas as situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para esta atitude.

ÉTICA E CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Ao considerar-se o número cada vez maior de adolescentes iniciando a vida sexual e o risco que envolve a atividade sexual desprotegida, pediatras e ginecologistas precisam estar preparados para a abordagem deste tema durante o atendimento dos jovens. O médico que atende adolescente depara-se com questões de ordem prática e legais relacionadas à contracepção, deve conhecer os principais métodos contraceptivos utilizados na adolescência, as vantagens e desvantagens de cada um deles, sempre valorizando a importância da dupla proteção, isto é, proteção contra gravidez e DST (doença sexualmente transmissível) e ainda a ética e a lei na prescrição destes métodos.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) dispõe claramente sobre a prioridade do atendimento médico do adolescente, o direito à autonomia e sua absoluta proteção à vida e à saúde, de forma a permitir seu desenvolvimento sadio e harmonioso. Em nenhum momento o ECA condicionou o acesso do adolescente a esses serviços ou direitos, através da anuência de seus pais ou responsáveis. Por outro lado, garante que toda criança ou adolescente seja ouvido e sua opinião considerada no momento em que se decidirem sobre fatos que envolvam sua vida íntima. Portanto, deve-se entender que os direitos dos adolescentes à assistência à saúde sexual e reprodutiva consistem em direitos individuais garantidos pelo ECA, e podem ser exercidos independentemente da autorização da família ou responsável.

A população entre 10 e 14 anos (fase inicial da adolescência) também deve ser considerada como de risco para atividade sexual consentida e, freqüentemente, desprotegida. Sustentam esta afirmação, entre outras, a maturação biológica mais cedo, com início precoce da atividade sexual e o aumento das taxas de gravidez e aborto entre 10 e 14 anos. Assim, métodos e técnicas de prevenção precisam estar direcionados à adolescência inicial. Não esquecer que, neste grupo, prevalecem a curiosidade, experimentação e conseqüentemente, comportamentos de risco. É interessante, ainda, lembrar que nesta faixa etária, onde prevalece a fantasia, é imprescindível que se garanta uma abordagem mais ampla da sexualidade, com ênfase para a afetividade e o prazer. Independentemente da idade, os profissionais devem valorizar a autonomia de decisão e capacidade do adolescente de administrar suas tarefas.

O médico pode desempenhar importante papel na discussão sobre sexualidade. Deve aproveitar todas as oportunidades de contato com adolescentes e suas famílias para promover a reflexão e a divulgação de informações sobre temas relacionados à sexualidade e saúde reprodutiva. Mesmo que não haja solicitação, deverá realizar a orientação sexual pertinente, ressaltando-se a importância da informação sobre todos os métodos anticoncepcionais, com ênfase no uso de preservativos, sem colocar, a priori, juízo de valor. A prescrição de anticoncepcionais está relacionada à solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios de elegibilidade, independente da idade.

Em relação ao temor da prescrição de anticoncepcionais para menores de 14 anos, faixa em que haveria violência presumida (estupro), esse deixa de existir frente à informação ao profissional da não ocorrência da violência, a partir da informação da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve ser devidamente registrada no prontuário médico. Devem ser consideradas todas as medidas cabíveis para a melhor proteção da saúde do adolescente.

Os adolescentes de ambos os sexos têm direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual, ao acesso e disponibilidade gratuita dos métodos anticoncepcionais. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade do jovem, estimulando-o a assumir a responsabilidade por sua própria saúde. O respeito à sua autonomia faz com que ele passe de objeto a sujeito de direito.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Brasil. Leis e decretos. Estatuto da criança e do adolescente. Lei Federal nº 8069/90 de 13 de julho de 1990. Brasília: Presidência da República, 1990.
2. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. Brasília: CFM,1988.
3. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. Caracterização da fecundidade das adolescentes no Estado de São Paulo. Disponível em www.seade.gov.br. Acesso em: novembro 2003.
4. Melhado A, Coates V. Gravidez na adolescência: Prevalência de nova gravidez após realização de pré-natal multiprofissional. XIII Fórum de Pesquisa de Iniciação Científica, CNPQ, 2005.
5. NCHS. Births: Final Data for 2000. National Vital Statistics Reports, 2000.
6. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la atención integral de salud de los adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductivas. 2000. Série OPS/FNUAP, nº 2.
7. Rigsby DC, Macones GA, Driscoll DA. Risks factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1998; 11:115-26.
8. Saito MI, Leal MM, Silva LEV. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. *Pediatria (São Paulo)* 1999; 21:122-6.
9. Sant'Anna MJC, Coates V. Gravidez na adolescência: visão do hebiatra. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. *Medicina do Adolescente*. 2ª ed. São Paulo, Sarvier, 2003; p 361-71.
10. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Departamentos de Bioética e de Adolescência. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Rev Paul Pediatr* 1999; 17:95-7.
11. The United Nations International Conference on Population and Development. 1994, Cairo, Egypt.
12. Treffers PE. Teenage pregnancy, a worldwide problem. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147(47):2320-5.

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO FÍSICO

Geni Workman Beznos

A puberdade constitui o componente biológico da adolescência, englobando um conjunto de transformações anatômicas, destacando-se:

1. Crescimento: aceleração e desaceleração do crescimento esquelético
2. Alterações da composição corporal (principalmente na quantidade e distribuição de gordura e musculatura)
3. Desenvolvimento dos sistemas circulatório e respiratório levando, principalmente no sexo masculino, ao aumento de força e resistência
4. Maturação sexual.

O processo da puberdade é desencadeado e regulado por mecanismos neuroendócrinos, ainda não totalmente conhecidos. Do ponto de vista hormonal observam-se, de início, picos noturnos de hormônio luteinizante (LH), que expressam maturidade do centro hipotalâmico, até então inibido pelos baixos níveis circulantes dos esteróides sexuais. Com o progredir da puberdade, ocorre aumento da secreção do hormônio folículo estimulante (FSH) e do LH. Estes hormônios hipofisários estimularão a síntese e secreção dos esteróides sexuais responsáveis pelas modificações físicas características deste período.

A puberdade está concluída com o fim do crescimento esquelético que coincide com a soldadura das cartilagens de conjugação dos ossos longos e com o amadurecimento gonadal, que permite a plena execução da função reprodutora. O término da adolescência é mais difícil de determinar, pois sofre influência de fatores sócio-culturais.

Grupos de adolescentes de mesma faixa etária podem se mostrar em diferentes estágios de maturação sexual. As principais variações normais da puberdade se relacionam à diferença na época de início, na duração, na intensidade ou inter-relações dos eventos puberais, influenciados principalmente por fatores genéticos e ambientais.

Fatores genéticos ou hereditários influenciam acentuadamente o crescimento e o desenvolvimento físico do adolescente e, em condições ambientais favoráveis, o potencial genético se expressa em sua plenitude. Por exemplo, na maioria das meninas a idade da menarca ocorre aproximadamente na mesma idade em que ocorreu a menarca da mãe (ou meses mais cedo). Características como quantidade, cor, distribuição dos pêlos sexuais e corporais, das mamas, vulva e outras características também costumam ser semelhantes entre pais e filhos.

Quanto aos **fatores ambientais**, o nível sócioeconômico é importante determinante do crescimento e desenvolvimento do adolescente. Nutrição adequada é um dos requisitos fundamentais para a plena realização do plano genético, tanto que, quanto pior o estado nutricional, mais tarde ocorre a puberdade. Este fato foi evidenciado em nosso meio, através do estudo realizado no Projeto de Santo André em 1978. Verificou-se que a menarca ocorre, em média aos 12,2 anos na classe sócio-econômica mais alta e aos 12,8 anos nas classes mais baixas; assim como a gonadarca masculina ocorre aos 10,9 anos na classe sócio-econômica mais alta e aos 11,6 anos nas classes mais baixas.

Quanto à **raça e clima**, estudos mostram que meninas de raça negra têm maturação sexual e menarca mais precoce do que as de raça branca e que adolescentes vivendo em altitudes elevadas têm o início da puberdade e a menarca mais tardiamente. As condições sócio-econômicas e nutricionais têm, sem dúvida, uma influência muito mais eficaz do que raça e clima em relação à época do início da puberdade.

A duração do processo pubertário é variável podendo levar, em média, de dois a três anos para uns e de quatro a cinco anos para outros.

CARACTERES SEXUAIS	DIAGNÓSTICO
Surgimento do broto mamário e pêlos pubianos entre 8 e 13 anos no sexo feminino	Adolescente com puberdade normal
Aumento do volume testicular (diâmetro igual ou maior que 3 cm) e pêlos pubianos, entre 9 e 14 anos no sexo masculino	Adolescente com puberdade normal
Ausência de caracteres sexuais secundários: No sexo feminino com mais de 13 anos No sexo masculino com mais de 14 anos	Puberdade tardia
Presença de caracteres sexuais secundários: No sexo feminino com menos de 8 anos No sexo masculino com menos de 9 anos	Puberdade precoce

Fonte: Ministério da Saúde - Normas de Atenção a Saúde Integral do Adolescente - Brasília 1993.

MUDANÇAS NO TAMANHO E FORMA DO CORPO

As transformações físicas de uma criança até a fase adulta, consistem em importantes mudanças em altura, peso, distribuição de gordura, musculatura e na proporção corporal.

1. ALTURA

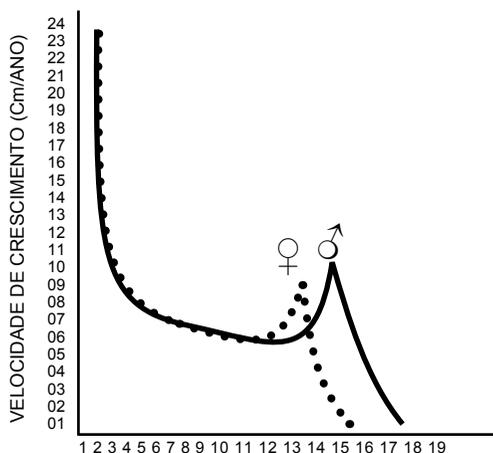
Uma das características mais notáveis da puberdade é a aceleração da velocidade de crescimento. É a fase em que o indivíduo mais cresce, excetuando o 1º ano de vida.

O ganho de altura durante a adolescência equivale a cerca de 20% da altura final do adulto e resulta da aceleração do crescimento por um período de 24 a 36 meses.

Curvas de crescimento (Santo André ou *National Center of Health Statistics*) podem ser utilizadas para a avaliação da evolução estatural.

Convertendo-se os valores atingidos nas diferentes idades para a velocidade de crescimento, obtém-se uma curva (Figura 1).

Figura 1. Curva de Velocidade de Crescimento de Menino e Menina Hipotéticos (Adaptado de Tanner et al., 1966)



O crescimento esquelético na puberdade pode ser esquematicamente dividido em três fases:

A) Fase de crescimento estável

Os acréscimos de altura e peso são geralmente constantes (aproximadamente 5 a 6 cm e 2 a 3 quilos por ano).

B) Fase de aceleração de crescimento

A velocidade de crescimento aumenta progressivamente até atingir um valor máximo (pico do estirão).

C) Fase de desaceleração

A velocidade de crescimento diminui gradativamente até a parada do crescimento.

Observa-se, para qualquer grupo populacional, que o estirão feminino ocorre cerca de dois anos mais cedo e é menos intenso que o estirão masculino.

Ocorre mais cedo, pois as meninas iniciam a puberdade aproximadamente um ano antes dos meninos e, é menos intenso pois a velocidade máxima de crescimento no sexo feminino é de cerca de 9 cm por ano enquanto que no sexo masculino aproximadamente 10,3 cm por ano.

O início do estirão pubertário também é variável de um indivíduo para outro, mostrando alguns estudos seu início entre 9,5 e 14,5 anos nas meninas e entre 10,5 e 16 anos nos meninos, com o pico do estirão ocorrendo em média entre 11 e 12 anos no sexo feminino e entre os 13 e 14 anos para o sexo masculino.

Após o pico do estirão, segue-se gradual desaceleração do ganho estatural até a parada de crescimento ao redor de 15 ou 16 anos nas meninas e 17 ou 18 anos nos meninos. Crescimento adicional pode ser notado até 18 anos nas meninas e até os 20 anos nos meninos.

Até aproximadamente os 9 ou 10 anos de idade, meninos e meninas são muito semelhantes em relação a peso e altura. Entre 11 e 14 anos, os valores médios dessas medidas são superiores no sexo feminino e ao redor dos 15 anos essa situação se inverte atingindo o sexo masculino dimensões médias maiores.

A diferença estatural entre um indivíduo adulto do sexo masculino e feminino é em média de 13 cm (10%) e, esta diferença é obtida durante a puberdade.

2. PESO E DISTRIBUIÇÃO DE GORDURA

O ganho de peso na adolescência é resultante do aumento do tamanho do esqueleto, músculos, órgãos internos e quantidade de gordura.

O peso é uma medida mais variável que a estatura, pois depende também de fatores externos, como a dieta.

O aumento de peso na adolescência apresenta, como no caso da estatura, uma fase de aceleração e posterior desaceleração, representando um ganho de cerca de 40 a 50% do peso adulto final.

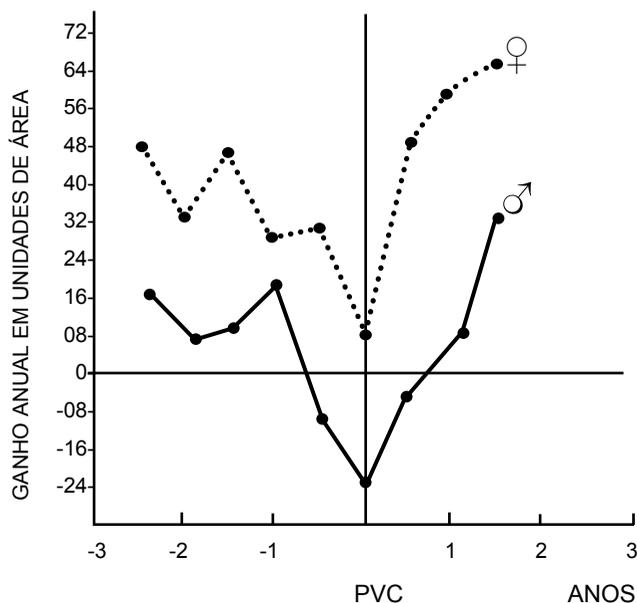
A velocidade máxima de ganho de peso nas meninas ocorre cerca de 6 meses após o pico do estirão; nos meninos os picos de peso e estatura coincidem. No ano do pico máximo de crescimento estatural, o ganho de peso é, em média, de 9 a 10 kg.

O ganho de peso no sexo masculino é resultante principalmente do aumento da massa muscular sob a influência da testosterona, enquanto no sexo feminino é consequência da deposição de gordura, por ação estrogênica.

Por volta dos 8 a 10 anos de idade ocorre uma fase de repleção pré-puberal, onde ocorre acréscimo de tecido adiposo em ambos os sexos. Com o início do estirão puberal, a velocidade de ganho de gordura diminui, atingindo valores mínimos na época em que o esqueleto tem velocidade máxima (pico do estirão). Esta diminuição do tecido adiposo é mais acentuada no sexo masculino.

A taxa de deposição de gordura nas meninas é sempre maior do que nos meninos e, mesmo diminuindo o ritmo de depósito, as meninas continuam ganhando gordura embora mais lentamente, enquanto que os meninos chegam realmente a perder tecido adiposo, podendo levar a uma “falsa impressão de magreza” (Figura 2).

Figura 2: Velocidade média de ganho anual de gordura subcutânea (área transversal combinada de braço + coxa + perna), em função do tempo, antes e depois do PVC (Pico de Velocidade de Crescimento) (adaptado de Tanner, 1965)



O depósito de gordura, após a fase de decréscimo, volta a aumentar, sendo mais acentuado e prolongado no sexo feminino, de forma que há duas vezes mais gordura na mulher adulta do que no homem.

As mulheres tem corpos mais arredondados do que os homens devido à deposição de gordura em áreas como a região da pele, peito, costas, quadril e nádegas.

3. MUSCULATURA E FORÇA

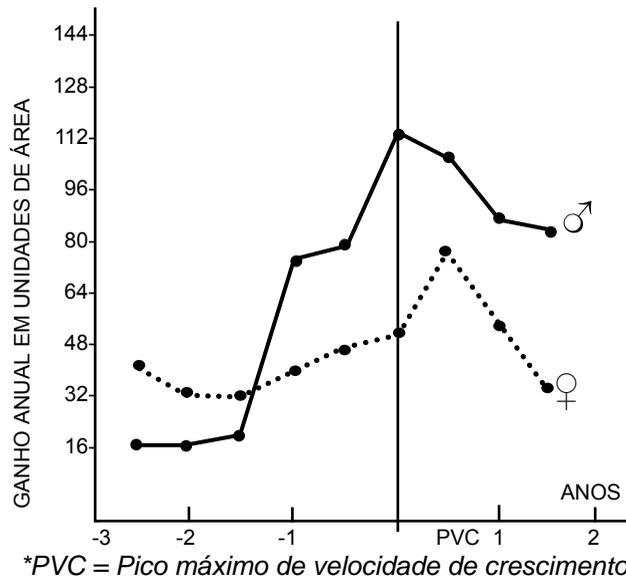
O desenvolvimento muscular do adolescente é devido ao aumento do número (hiperplasia) e tamanho (hipertrofia) das células musculares.

A massa muscular aumenta gradativamente em tamanho e força durante a puberdade, atingindo seu pico máximo na mesma época ou logo após o pico de crescimento estatural (Figura 3).

Antes da puberdade não há diferença significativa entre massa e força muscular entre meninos e meninas; a discrepância aparece durante a puberdade e persiste na idade adulta.

Entre 11 e 16 anos, a massa muscular dobra nos meninos e aumenta apenas 50% nas meninas; aos 17 anos os rapazes tem 30 a 50% mais células musculares que as meninas.

Figura 3. Velocidade média de ganho anual de tecido muscular (área transversal combinada de braço + coxa + perna), em função do tempo, antes e após o PVC (Adaptado de Tanner, 1965)



O adolescente que ainda não teve seu estirão não poderá ter o mesmo grau de desenvolvimento e a mesma força muscular que outro de mesma idade, porém em fase adiantada da puberdade. Portanto, a solicitação para atividades físicas incompatíveis com o grau de desenvolvimento muscular resultará certamente em fadiga e em sensação de fracasso.

Como o aumento da força muscular atinge seu máximo somente um ano após o pico do estirão, ou seja, mais próximo ao fim da puberdade, muitos adolescentes, embora fisicamente bem desenvolvidos, não têm o mesmo desempenho e resistência física do adulto.

4. PROPORÇÕES CORPORAIS

Durante a puberdade o crescimento esquelético não é uniforme. As extremidades iniciam o estirão antes do tronco; a aceleração de crescimento segue então uma direção distal-proximal. Assim, os pés e as mãos são os primeiros a crescerem, seguidos das pernas, coxas e, por último, o tronco. Estes segmentos também param de crescer na mesma ordem; os pés, ao atingirem a velocidade máxima de crescimento, param de crescer antes dos outros segmentos.

O tronco é o último segmento a parar de crescer, o que implica em aumento na relação tronco/membros.

A face sofre mudanças significativas durante a puberdade; seus ossos crescem mais rapidamente que os da caixa craniana, fazendo com que a face pareça emergir do esqueleto. O perfil torna-se mais fino, o nariz mais projetado e a mandíbula mais proeminente. Todas estas mudanças são mais marcantes no sexo masculino. Más oclusões dentárias também surgem frequentemente ou se acentuam durante o estirão puberal. Observa-se crescimento do globo ocular, principalmente do eixo sagital (podendo ocorrer mais frequentemente neste período a miopia).

Há ainda na puberdade aceleração do crescimento dos diâmetros biacromial e biilíaco em ambos os sexos. A relação entre diâmetro biacromial e biilíaco aumenta no sexo masculino e diminui no sexo feminino e, portanto, os rapazes passam a ter ombros mais largos e as moças quadris mais largas ao se considerar sua proporção relativa à altura.

MUDANÇAS INTERNAS

Além de importante mudança no sistema reprodutivo, na puberdade existem também mudanças que envolvem estruturas de vários órgãos do corpo, assim como suas funções fisiológicas, incluindo o coração, pulmões e vísceras abdominais (fígado, rim, pâncreas, porções não linfáticas do baço).

A laringe, por ação da testosterona, no sexo masculino apresenta rápido crescimento, provocando a típica mudança do timbre da voz, mais frequentemente observada em fase adiantada do desenvolvimento puberal e as cordas vocais tornam-se mais longas e espessas e a voz mais grave.

Praticamente todos os órgãos participam do processo de aceleração do crescimento, com exceção do tecido linfóide que sofre involução.

MATURAÇÃO SEXUAL

A maturação sexual engloba o desenvolvimento das gônadas, órgãos de reprodução e caracteres sexuais secundários.

1. SEXO MASCULINO

A primeira manifestação de puberdade no sexo masculino consiste no aumento do volume testicular (gonadarca), às custas do aumento dos túbulos seminíferos que passam a ter luz e se tornam tortuosos. A gonadarca ocorre em média aos 10,9* anos, podendo variar de 9 a 14 anos.

A maturação das células de Leydig e o conseqüente aumento da produção dos níveis séricos de testosterona, ocasiona o crescimento de pêlos pubianos, o desenvolvimento peniano e o aparecimento de pêlos axilares e faciais.

O aumento dos níveis séricos de testosterona ocorre após o início do desenvolvimento dos túbulos seminíferos; assim, é de se esperar que na puberdade normal masculina o aumento do volume testicular anteceda as outras manifestações sexuais.

Os pêlos axilares se desenvolvem geralmente dois anos após o início dos pêlos pubianos, seguindo-se o aparecimento dos pêlos faciais e posteriormente os pêlos do resto do corpo.

A ação androgênica estimula o funcionamento das glândulas sudoríparas, com aumento da sudorese e surgimento do odor adulto característico. Há também estímulo sobre as glândulas sebáceas, localizadas principalmente na face, que se traduz com aumento da oleosidade da pele e aparecimento da acne.

A mensuração do volume testicular é critério importante de avaliação da maturação sexual. Utiliza-se para este fim o **“Orquidômetro de Prader”**, que consiste em um conjunto de doze modelos de testículos, de forma elipsóide, feitos de madeira ou plástico, graduados em volumes crescentes de 1 a 25 ml, com os quais o testículo é comparado.

O encontro de um volume de 4 ml ou mais, é indicativo de puberdade masculina, enquanto que os volumes de 12 a 25 ml significam volumes adultos.

Se não se dispuser do orquidômetro, pode-se medir os dois eixos do testículo com uma régua e calcular o volume pela seguinte fórmula:

$$0,52 \times \text{eixo maior} \times (\text{eixo menor})^2$$

Cerca de 25% dos adolescentes podem apresentar diferenças, geralmente pequenas, entre os volumes dos testículos direito e esquerdo. Quando o aumento testicular for apenas unilateral, deve-se levantar a suspeita de tumor, principalmente se este estiver endurecido.

Próstata, glândulas bulbouretrais, vesículas seminais e epidídimo apresentam também crescimento acentuado a partir do desenvolvimento testicular. O início do desenvolvimento testicular ocorre em média aos 10,9* anos de idade, a pilosidade pubiana aos 11,3* anos, os pêlos axilares aos 12,9* anos e os faciais aos 14,5* anos.

(*) Valores referentes à classe sócio-econômica mais alta do estudo de Santo André, em 1978.

A idade da primeira ejaculação é bastante variável, ocorrendo geralmente em fases adiantadas do desenvolvimento genital, embora alguns meninos possam produzir esperma em fases iniciais.

O estadiamento puberal é realizado, no sexo masculino, pela avaliação do desenvolvimento dos genitais e dos pêlos pubianos, utilizando-se a Classificação de Tanner, 1962 (Pág. 104).

Cerca de 2/3 dos meninos apresenta aumento de tecido mamário (ginecomastia) durante o desenvolvimento puberal, principalmente nos estádios 3 e 4 de Tanner. Este aumento persiste por um ou 2 anos, involui espontaneamente na maioria dos casos, podendo ser uni ou bilateral. Havendo repercussões psicológicas importantes, a cirurgia pode ser indicada naqueles casos em que ginecomastia puberal não involui adequadamente. Deve ser feito diagnóstico diferencial com acúmulo excessivo de tecido adiposo nesta região (lipomastia), observado em obesos, e também diferenciada daquelas que ocorrem devido à ingestão de drogas, tumores adrenais ou gonadais, hepatopatia, síndrome de Klinefelter e outras causas.

2. SEXO FEMININO

A primeira manifestação de puberdade no sexo feminino é o aparecimento do broto mamário (telarca), que inicialmente pode ser unilateral. A telarca ocorre em média aos 9,7* anos, podendo variar de 8 a 13 anos. É seguida de perto pelo aparecimento dos pêlos pubianos. Os pêlos axilares ocorrem um pouco mais tardiamente, em torno dos 10,4* anos. A menarca ocorre cerca de dois anos e meio após o aparecimento do broto mamário, em média aos 12,2* anos.

(*) Valores correspondentes à classe sócio-econômica mais alta do estudo de Santo André, 1978).

A menarca é fenômeno tardio dentro do desenvolvimento puberal e as primeiras menstruações costumam ser irregulares, durante os primeiros doze a vinte e quatro meses. A ovulação pode ocorrer desde a primeira menstruação, porém habitualmente está presente um ano ou mais após a menarca.

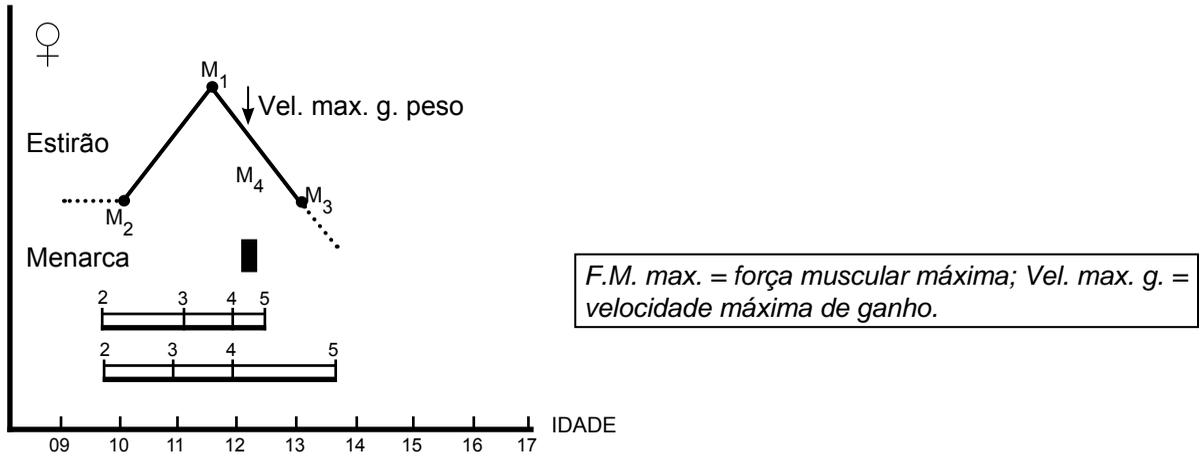
Algumas adolescentes apresentam, nos meses que antecedem a menarca, uma secreção vaginal clara (leucorréia fisiológica), mucóide, sem sinais inflamatórios. Útero, trompas e vagina apresentam desenvolvimento marcante na adolescência.

O estadiamento puberal no sexo feminino é realizado pela avaliação do desenvolvimento mamário e dos pêlos pubianos, utilizando-se a Classificação de Tanner, 1962 (Pág. 105).

SEQUÊNCIA DOS EVENTOS PUBERAIS EM RELAÇÃO AO CRESCIMENTO ESTATURAL

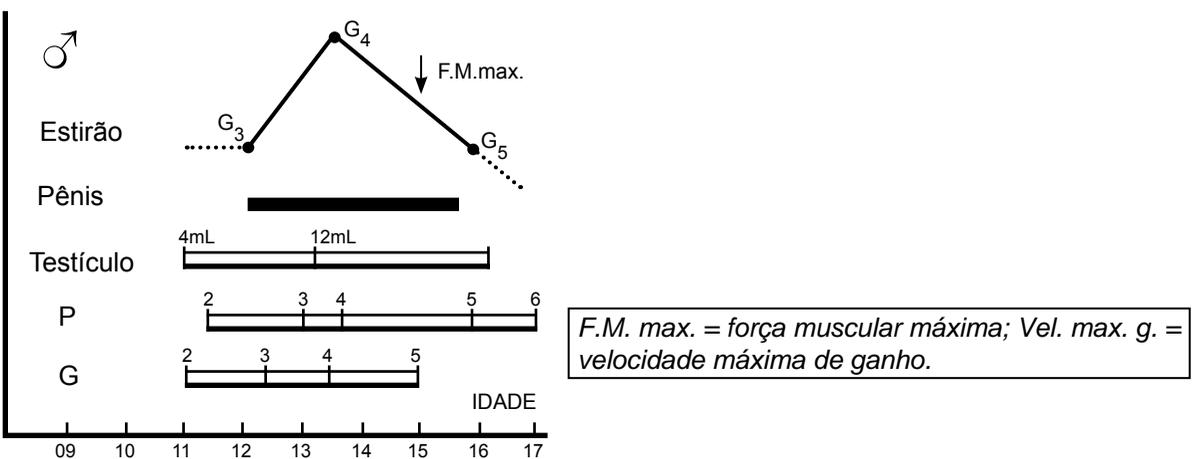
O crescimento estatural está diretamente relacionado com a maturação sexual. Assim sendo, no sexo feminino, na época do aparecimento do broto mamário (M2), as jovens já estão acelerando seu crescimento, atingindo velocidade máxima em M3, seguindo-se gradual desaceleração nos estágios seguintes. A menarca ocorre na fase de desaceleração e o ganho de altura após a menarca é de aproximadamente 7 cm (Figura 4), dentro dos próximos dois anos.

Figura 4. Correlação entre a maturação sexual e o estirão do crescimento (Foram utilizados valores para adolescentes brasileiros, de Colli, 1988).



No sexo masculino observa-se que, ao iniciar o desenvolvimento genital (G2), os meninos mantêm ainda a velocidade de crescimento constante, quando os ganhos correspondem a 5 a 6 cm por ano. A aceleração do crescimento começa cerca de um ano após, concomitantemente ao crescimento do pênis (G3). O pico do estirão de crescimento coincide frequentemente com o estágio G4, seguindo-se gradual desaceleração em G5 (Figura 5).

Figura 5. Correlação entre a maturação sexual e o estirão do crescimento (Foram utilizados valores para adolescentes brasileiros, de Colli, 1988).



A importância prática de se conhecer a seqüência dos eventos puberais em relação ao crescimento de um adolescente está, entre outros, no fato de que quanto mais ele estiver na fase inicial da maturação sexual, independentemente da sua idade cronológica, mais chance terá de crescer, sendo o inverso também verdadeiro.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Colli AS. Crescimento e Desenvolvimento Físico. In: Manual de adolescência. Sociedade Brasileira de Pediatria. Comitê de adolescência. Biênio 1988/1990.
2. Colli AS. Crescimento e Desenvolvimento Pubertário em crianças e adolescentes Brasileiros V. Maturação Sexual. São Paulo, Ed. Bras. de Ciências, 1988.
3. Colli AS. Crescimento e Desenvolvimento Físico. In: Marcondes E. Pediatria Básica, 8º edição, São Paulo, Sarvier, 1991.
4. Colli AS. Maturação sexual: Referências. In: Setian, N. Endocrinologia Pediátrica - Aspectos físicos e Metabólicas do Recém Nascido ao Adolescente. São Paulo, Sarvier, 1989.
5. Colli AS. Maturação sexual na População Brasileira: Limites de idade. J Pediatr 1986; 60 (4).
6. Colli AS, Coates V, Guimarães EMB. Monitorização do Crescimento e Desenvolvimento Físico: In Coates V, Franco LA, Bezno GW. Medicina do Adolescente. São Paulo, Sarvier, 1993.
7. Damianini D, SETIAN N. Crescimento e Desenvolvimento Físico do Adolescente Normal: In Setian N, COLLI AS, Marcondes E. Adolescência Monografias Médicas. São Paulo, Sarvier, 1979.
8. Guimarães MM. Puberdade normal. In: Manual de Endocrinologia Pediátrica Sociedade Brasileira de Pediatria. Comitê de Endocrinologia, 1996.
9. Kaplan SA. Clinical Pediatric and adolescent endocrinology. Philadelphia, Saunders, 1982.
10. Kreipe RE. Normal Somatic Adolescent Growth and Development. In: Textbook of Adolescent Medicine. Philadelphia, WB.Saunders Company, 1992.
11. Ministério da Saúde. Normas de Atenção a Saúde Integral Adolescente Brasília, 1993.
12. Marshall WA, Tanner IM. Puberty. In: Davis JA, Dobbing J. Scientific Foundations of Pediatrics, Philadelphia, Saunders, 1974.
13. OMS. La Salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Genebra,1995.
14. Setian N. Puberdade precoce: Como avaliar e como tratar? In: Manual de Endocrinologia Pediátrica. Sociedade Brasileira de Pediatria. Comitê de Endocrinologia, 1996.
15. Setian N. Puberdade atrasada: Como proceder? In: Manual de Endocrinologia Pediátrica. Sociedade Brasileira de Pediatria Comitê de Endocrinologia, 1996.
16. Tanner JM. Growth at adolescence, 2nd ed. Oxford Blackwell, 1962.

DESENVOLVIMENTO PUBERAL MASCULINO

Tabelas de Tanner

Genitália



Pré-Púbere (Infantil)



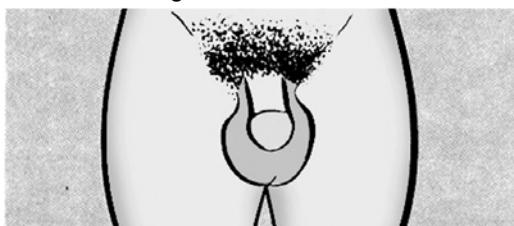
Aumento do escroto e dos testículos, sem aumento do pênis.
Pele da bolsa escrotal fina e rosada



Aumento do pênis em comprimento.
Continua o aumento de testículos e escroto

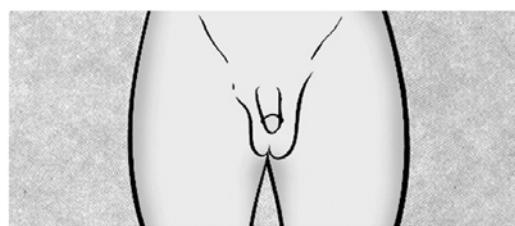


Aumento do diâmetro do pênis e desenvolvimento da glândula. Continua o aumento de testículos e escroto, cuja pele escurece e engrossa



Genital adulto em tamanho e forma

Pêlos pubianos



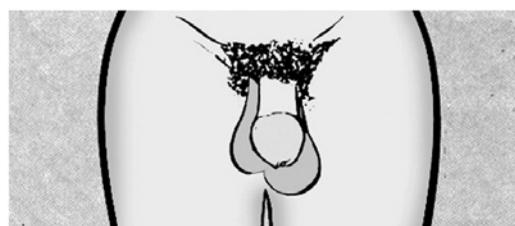
Pré-Púbere (Infantil)



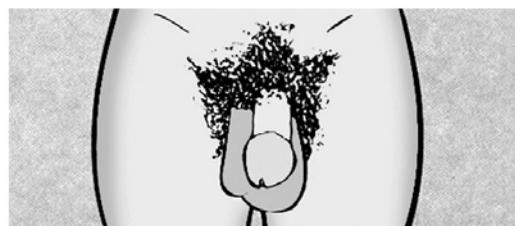
Pêlos longos, finos e lisos na base do pênis



Pêlos mais escuros, mais espessos e encaracolados sobre o púbis



Pêlos escuros, espessos e encaracolados cobrindo totalmente o púbis, sem atingir as raízes das coxas

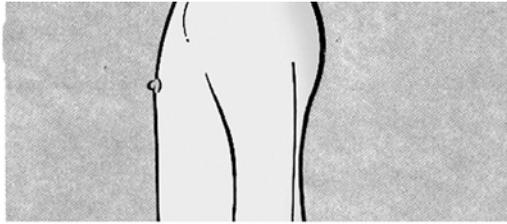


Pêlos estendendo-se até as raízes das coxas

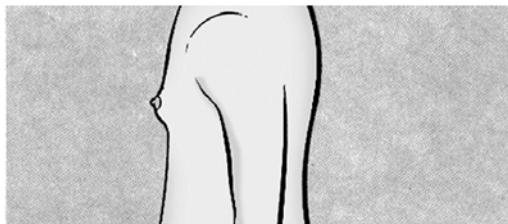
DESENVOLVIMENTO PUBERAL FEMININO

Tabelas de Tanner

Genitália



Pré-Púbere (somente elevação da papila)



Broto mamário sub-areolar



Maior aumento da mama e da aréola, sem separação dos seus contornos

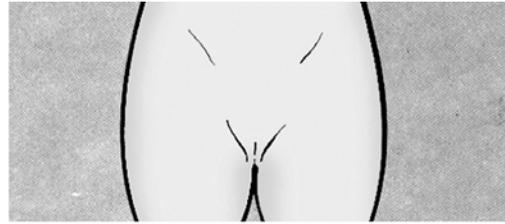


Projeção da aréola e da papila, com aréola saliente em relação ao contorno da mama

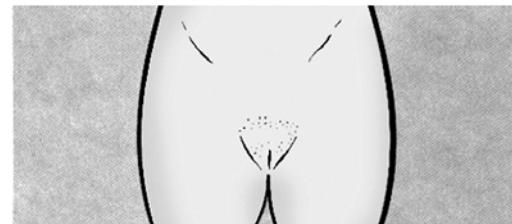


Aréola volta ao contorno da mama, saliência somente da papila. Mama adulta

Pêlos pubianos



Pré-Púbere (ausência de pêlos)



Pêlos longos, finos e lisos ao longo dos grandes lábios



Pêlos mais escuros, mais espessos e encaracolados parcialmente sobre o púbis



Pêlos escuros, espessos e encaracolados cobrindo totalmente o púbis, sem atingir as raízes das coxas



Pêlos estendendo-se até as raízes das coxas

DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO

Andrea Hercowitz

Adolescência é um período de mudança de estilo e de personalidade. Durante essa fase, a busca da identidade adulta e independência são os principais objetivos, acompanhados pelas modificações físicas e cognitivas.

Para vivenciar todas essas mudanças, o adolescente passa por momentos de experimentação e perdas, de modo a reformular os conceitos que tem a respeito de si mesmo e do mundo.

Durante esse rito de passagem, o jovem vivencia três grandes perdas:

- **Luto pela perda do corpo infantil:** o corpo se modifica, independente de sua vontade, o que causa grande desconforto, mais facilmente percebido nas fases iniciais da adolescência.
- **Luto pela perda da identidade infantil:** a sociedade e o próprio indivíduo passam a exigir um comportamento diferente daquele mostrado até o momento, com responsabilidades e deveres.
- **Luto pela perda dos pais da infância:** os pais deixam de ser vistos como ídolos infalíveis e passam a ser vistos como humanos, tão frágeis e capazes de errar como qualquer outro.

Para elaborar essas perdas, o jovem apresenta uma série de manifestações emocionais e alterações comportamentais que, se encontradas nesta fase da vida, podem ser consideradas normais, fazendo parte do processo de crescimento físico e psíquico. Aberastury e Knobel (1981) aglomeraram estas características na chamada Síndrome da Adolescência Normal, podendo cada uma delas estar ou não presente em cada adolescente, com maior ou menor intensidade e aspectos individuais, de acordo com o contexto sócio-cultural de cada um.

Fazem parte da Síndrome da Adolescência Normal:

- **Busca de si mesmo e da identidade:** para descobrir quem é e do que gosta, o indivíduo passa por uma reformulação da auto-imagem, apresentando padrões transitórios de comportamento, encontros fortuitos e paixões repentinas. É uma fase de experimentação, onde analisa a reação do meio frente as suas atitudes. Costuma nesta fase ser erroneamente acusado de vulnerável ou até mesmo promíscuo pelos adultos.
- **Separação progressiva dos pais:** as relações interfamiliares se modificam, surgindo uma ambiguidade de sentimentos tanto nos jovens como em seus pais, que desejam o seu crescimento e maturidade, porém temem os riscos aos quais seus filhos estão expostos. Iniciam-se então as divergências e discussões, tão comuns nesta fase. É preciso que fique claro aos pais angustiados que o conflito de gerações é necessário para que se atinja a independência e individualidade esperadas de um adulto saudável.
- **Tendência grupal:** enquanto afasta-se ideologicamente dos pais, o adolescente procura um grupo com o qual se identificar. É mais um passo a caminho da independência. É devido a essa característica que observam-se as "tribos", onde todos usam um mesmo linguajar e vestem-se do mesmo modo. Não é uma decisão estática, pois o grupo de identificação pode mudar várias vezes.
- **Necessidade de intelectualizar e fantasiar:** o pensamento concreto da infância torna-se abstrato, podendo o jovem formular hipóteses a partir de suas vivências. É ao mesmo tempo uma fuga para o seu interior, diante das mudanças que estão acontecendo em seu corpo, as quais assiste passivamente sem poder modificar. Mais uma vez os desentendidos tendem a criticar estes jovens, taxando-os de desatentos ou preguiçosos, quando estão, na realidade, exercitando suas capacidades mentais.
- **Crises religiosas:** a experimentação da identidade é acompanhada pela busca de uma dimensão religiosa. Pode variar do ateísmo a crenças ortodoxas, independente do credo de suas famílias.

Essa identificação não é estática, podendo ser modificada no decorrer dos anos e tendendo, muitas vezes, a se definir no início da vida adulta, com os padrões de seus pais.

- **Distorção temporal:** existe uma distorção do tempo, considerando urgentes situações não tão urgentes assim, e protelando atitudes que aos adultos parecem urgentes. Há uma dilatação da dimensão do presente e um afastamento da dimensão do passado e futuro. O adolescente é imediatista, vivendo para o aqui e o agora. Esperar atitudes preventivas espontâneas nesta fase da vida é um engano, pois para eles o futuro é muito distante.

- **Contradições sucessivas na manifestação de conduta:** o adolescente está à procura de seu papel na sociedade e é através da experimentação que deverá encontrá-lo. Não é esperado que apresente uma linha de conduta rígida, pois sua personalidade ainda é maleável, sendo moldada através das vivências de cada um.

- **Atitude social reivindicatória:** o processo do amadurecimento envolve uma necessidade de autoafirmação, com a contestação dos padrões vigentes. Associada à capacidade de fantasiar um mundo ideal, o jovem vai à luta, procurando um universo melhor e, quando não encontra espaço para sua busca, pode agir com agressividade. Diferente dos adultos, o adolescente ainda não se decepcionou muitas vezes e, portanto, acredita poder transformar a humanidade.

- **Constantes flutuações de humor:** diante de tantas modificações, conquistas e impedimentos, percebem-se sentimentos de exaltação e euforia intercalados com depressão e solidão. São muitas as experiências vividas a cada dia e a reação a cada uma delas é muito variada. É assim que o jovem vai aprendendo a ter sentimentos próprios e a elaborar as suas dificuldades.

- **Evolução sexual:** a sexualidade evolui do auto-erotismo de caráter exploratório da fase inicial da adolescência, passando pela relação genital descompromissada, até chegar ao relacionamento onde predomina a preocupação com o parceiro e a estabilidade emocional. É comum ocorrerem nesta fase experiências homossexuais como parte do aprendizado, sem que signifiquem uma opção sexual já definida.

A adolescência é, portanto, uma fase evolutiva do ser humano, onde ocorrem todas as alterações necessárias para transformar a criança em adulto. É uma fase turbulenta, marcada por mudanças biopsicossociais que, se não compreendida, passa a ser rotulada de problemática.

Aqueles que pretendem lidar com adolescentes devem fazê-lo sem preconceitos, acolhendo esses jovens e apoiando-os neste período da vida, que muitas vezes os assusta. A agressividade e a relutância mostradas inicialmente nada mais são que máscaras escondendo a insegurança diante de tantas mudanças, que acontecem sem autorização de ninguém, sem que se possa voltar atrás.

Com o conhecimento do desenvolvimento psicológico e das características da Síndrome da Adolescência Normal, pode-se compreender melhor a juventude e suas formas de expressão, fortalecendo os vínculos com nossos pacientes. Dessa forma, poder-se-á colaborar para que tenham uma adolescência saudável, culminando em adultos maduros e responsáveis.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Aberastury A, Knobel M. Adolescência Normal. 5a ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1981.
2. Saito MI, Leal MM. Síndrome da Adolescência Normal. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência: Prevenção e Risco. 1a ed. Atheneu, São Paulo, 2001.
3. Knobel M. Visão Psicológica da Adolescência. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. Medicina do Adolescente. 2a ed. Sarvier, São Paulo, 2003.

DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE

Lígia de Fátima Nóbrega Reato

De todos os aspectos que constituem o desenvolvimento do adolescente, o tema sexualidade tem sido considerado como um dos mais difíceis de lidar por pais e profissionais. Isto porque, quando se aborda sexualidade, são envolvidos também valores, tabus, preconceitos, dificuldades pessoais, além de informações inadequadas ou insuficientes.

Apesar da preocupação da maior parte dos educadores e familiares direcionar-se para os componentes biológicos e comportamentos de risco, não se pode restringir o tema sexualidade a estas questões. Este tipo de abordagem não responde às necessidades do adolescente, na medida em que exclui pontos essenciais como afetividade e prazer.

Desta maneira, é imprescindível que os diferentes profissionais que prestam assistência à saúde dos adolescentes estejam familiarizados com as peculiaridades da sexualidade nesta faixa etária.

Entendida como parte do processo evolutivo do desenvolvimento do ser humano, a sexualidade será enfocada neste capítulo como um dos aspectos fundamentais do desenvolvimento psicossocial na adolescência.

DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL

De modo genérico, define-se desenvolvimento como um processo dinâmico, de diferenciação e maturação, que ocorre durante toda a vida. Por que então é mais complexo na adolescência?

A adolescência é conceituada como uma fase de desenvolvimento do ser humano situada entre a infância e a idade adulta que, apesar de transitória, é extremamente importante, uma vez que, neste período, são obtidas as características físicas, psicológicas e sociais de adulto. Além disso, a avaliação do desenvolvimento na adolescência reveste-se de maior complexidade, pois existe uma variabilidade individual muito grande. Na média, sabe-se que as meninas entram na puberdade um a dois anos antes dos meninos, porém a idade e a velocidade com que ocorrem as modificações são extremamente diversas de um indivíduo para outro. Da mesma maneira, cada adolescente responde às demandas e oportunidades da vida de modo pessoal e único.

Adicionalmente, a transição da infância para a idade adulta pode não ocorrer de maneira uniforme e contínua; períodos de crescimento podem ser intercalados com fases de regressão.

Apesar destas diferenças, o ponto em comum e que distingue a adolescência, é a transformação. Assumir mudanças na imagem corporal, adotar valores e estilo de vida, conseguir independência dos pais e estabelecer uma identidade própria são as principais tarefas da adolescência.

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

- Adolescência inicial – dos 10 aos 13 anos
- Adolescência média – dos 14 aos 16 anos
- Adolescência final – dos 17 aos 20 anos

No Quadro 1 estão agrupados os eventos mais marcantes observados em cada período.

Quadro 1. Desenvolvimento Psicossocial do Adolescente

TAREFA	AD. INICIAL	AD. MÉDIA	AD. TARDIA
INDEPENDÊNCIA	- Diminui o interesse pelas atividades com os pais	- Conflito com os pais	- Reaceitação dos valores parentais
IMAGEM CORPORAL	- Preocupação consigo e com as mudanças puberais. Insegurança acerca da aparência	- Aceitação do corpo. Preocupação em torná-lo mais atraente	- Aceitação das mudanças puberais
GRUPO	- Relação intensa com amigos do mesmo sexo	- Comportamento conforme valores do grupo - Atividade sexual e experimentação	- Valores dos pares menos importantes. - Mais tempo em relações íntimas
IDENTIDADE	- Desenvolvimento da inteligência - Aumenta o mundo da fantasia - Vocação idealizada - Aumenta a necessidade de privacidade - Impulsividade	- Desenvolvimento da habilidade intelectual - Onipotência - Comportamento de risco	- Vocação realística e prática - Refinamento dos valores sexuais, religiosos e morais - Habilidade para assumir compromisso e para aceitar limites

FONTE: Neinstein LS. Adolescent Health Care. A practical Guide.

A adolescência inicial é um período marcado pelo rápido crescimento e pela entrada na puberdade; a adolescência média caracteriza-se pelo desenvolvimento intelectual e pela maior valorização do grupo e, na adolescência tardia, consolidam-se as etapas anteriores. Nesta última fase, se todas as transformações tiverem ocorrido conforme previsto, incluindo a presença de um suporte familiar e do grupo de iguais, o adolescente estará pronto para as responsabilidades da idade adulta.

Segundo Erikson, a busca da identidade adulta é a principal tarefa da adolescência e, para que isto aconteça, é necessário que o jovem vivencie três grandes perdas: 1) luto pela perda do corpo infantil; 2) luto pela perda dos pais da infância; 3) luto pela perda da identidade e do papel infantil.

A elaboração destas perdas é observada através de manifestações comportamentais e emocionais. Abernethy e Knobel, estudando estas alterações, agruparam as principais e denominaram este conjunto de Síndrome da Adolescência Normal (SAN). A SAN é constituída de dez itens, dos quais faz parte a evolução sexual, desde o auto-erotismo até o exercício da sexualidade genital adulta.

Assim sendo, tanto quando se considera o desenvolvimento dividido por idade, como quando se analisa o mesmo sob a óptica de uma síndrome bem definida, um ponto em comum é o fato da sexualidade ter um papel tão relevante.

O desenvolvimento da sexualidade, portanto, está intimamente ligado ao desenvolvimento integral do indivíduo. Da maneira como cada ser humano aprende a relacionar-se consigo mesmo e com os outros e alcança um equilíbrio emocional que lhe permita manifestar seus sentimentos, dar e receber afeto dependerá em grande parte do exercício harmonioso de sua sexualidade.

Este processo inicia-se na infância e consolida-se na adolescência, para que possa ser vivenciado em plenitude na idade adulta.

DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE

De acordo com Freud, a sexualidade pode ser entendida como uma carga energética que se distribui pelo corpo de maneiras distintas, conforme a idade: no primeiro ano de vida, na boca (fase oral); de 18 meses até 3 ou 4 anos, na região anal e perineal (fase anal); dos 3 aos 5 ou 6 anos, nos genitais (fase genital infantil); dos 6 ou 7 anos até a puberdade, na atividade muscular e intelectual (fase de latência).

Na pré-adolescência, o sexo biológico, baseado em cromossomos, gônadas e hormônios já está determinado e a identidade de gênero, ou senso de masculinidade e feminilidade, está estabelecida. Com o início da puberdade, a energia sexual polarizada até então para regiões definidas, passa a se transformar juntamente com as mudanças físicas, caracterizando a etapa genital adulta.

A adolescência inicial distingue-se pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários, pela curiosidade acerca dessas mudanças e pelas fantasias sexuais, que são comuns e que podem vir acompanhadas de sentimento de culpa. A prática masturbatória começa neste período e os jovens envolvem-se em muitas atividades não genitalizadas, como falar ao telefone ou bater papo na Internet com seus amigos.

Na adolescência média, completa-se a maturação física e a menstruação inicia-se nas meninas; a energia sexual está mais desenvolvida e ocorre maior ênfase ao contato físico. O comportamento sexual é de natureza exploratória, as relações casuais com o corpo são comuns e a negação das conseqüências da atividade sexual é uma atitude típica.

O término do crescimento físico e da maturação genital acontece na adolescência tardia, onde o comportamento sexual torna-se mais expressivo e menos explorador, com relações íntimas mais desenvolvidas.

Autores como Blos e Erikson dividem a sexualidade na adolescência em 04 etapas, onde estão reunidas as características mais importantes do desenvolvimento psicosssexual deste grupo (Quadro 2).

Quadro 2: Desenvolvimento Sexual na Adolescência

ETAPA	IDADE	MOTIVAÇÃO	MANIFESTAÇÃO
ISOLAMENTO	12 - 14 anos	Muitas modificações puberais	Meninos tendem a buscar companhia do mesmo sexo. Meninas procuram o sexo oposto. Rejeição ao banho. Linguagem obscena (palavrões). Masturbação.
INCERTEZA	14 - 15 anos	Domínio relativo sobre as mudanças corporais. Procura de figuras de identificação não parentais	Idealização. Amigo íntimo. Canalização da energia sexual através de contos, confidências. Masturbação. Experiências homossexuais.
ABERTURA PARA A HETEROSEXUALIDADE	15 - 17 anos	Afirmação da identidade sexual Narcisismo	Relações entre ambos os sexos, intensas, ambivalentes, com pouco compromisso, fugazes.
CONSOLIDAÇÃO	17 - 19 anos	Identidade definida	Maior estabilidade emocional. Busca de objeto amoroso único. Capacidade de troca (dar e receber).

FONTE: Sexualidad Humana. Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual

Alguns aspectos do comportamento sexual na adolescência merecem comentários à parte, pelas peculiaridades com que se apresentam.

MASTURBAÇÃO

A masturbação é definida como a procura solitária do prazer sexual, através da auto-estimulação.

No início da adolescência a atividade masturbatória apresenta caráter basicamente explorador, sendo acompanhada de curiosidade, experimentação e avaliação do desempenho, principalmente no sexo masculino. Na medida em que vai ocorrendo o amadurecimento, a masturbação passa a se direcionar para a busca do orgasmo, com o objetivo de saciar a necessidade sexual.

A freqüência da prática masturbatória é alta nos meninos e bem maior nestes do que nas meninas.

Apesar de se saber que a normalidade não é medida numericamente, é importante ficar atento para aqueles casos onde a freqüência é muito grande. Em algumas situações, o jovem pode estar tentando compensar frustrações ou descarregar tensões, através da masturbação. Portanto, diante de uma queixa desse tipo, é necessário que se verifique se está havendo interferência nas condições habituais de vida. Devem ser discutidas com o adolescente suas atividades, perspectivas, relacionamentos e a inadequação da realização desta prática de forma compulsiva, na medida em que ela não modifica as situações frustrantes, que deveriam ser resolvidas de outra maneira.

Outros aspectos a serem considerados dizem respeito, no caso das meninas, à utilização de objetos masturbatórios na vagina e, em ambos os sexos, a questão da privacidade, condição a ser respeitada tanto pelo adolescente, como por seus familiares.

Finalmente, vale ressaltar que, embora a masturbação tenha sofrido uma série de recriminações morais e religiosas no decorrer dos tempos e de, ainda hoje, ser motivo de vários tabus, raramente sua prática na adolescência traz algum dano ao desenvolvimento normal.

Essencialmente, a masturbação funciona para o adolescente como uma forma de auto-conhecimento e busca de prazer.

POLUÇÃO NOTURNA

A polução noturna acontece quando os espermatozoides já formados não são eliminados através da masturbação ou da relação sexual e buscam uma saída durante o sono. Este processo seria decorrente de um estímulo cerebral para sonhos eróticos que levariam ao orgasmo; daí a denominação popular de "sonhos molhados". Apesar de se tratar de uma particularidade fisiológica, esta ejaculação noturna involuntária às vezes causa constrangimento ao adolescente, que deve ser tranqüilizado quanto a sua normalidade.

JOGOS SEXUAIS

Na segunda etapa do desenvolvimento, quando existe uma tendência maior ao contato físico e o comportamento ainda é basicamente explorador, podem surgir atividades sexuais entre adolescentes do mesmo sexo. É a chamada fase pubertária homossexual do desenvolvimento.

Um dos jogos sexuais praticados pelos meninos é o vulgarmente conhecido como "troca-troca" que, quando descoberto pelos adultos, costuma gerar dúvidas e preocupações quanto a uma possível identificação homossexual na vida adulta. Segundo Tiba, este tipo de prática está mais relacionada ao treino do papel do que à busca da satisfação sexual; nestas situações, o adolescente visualiza o outro como um espelho. A possibilidade de dano só é real quando existe diferença de idade ou de

fase de desenvolvimento entre os participantes ou quando, por pressão do grupo ou por vontade própria, o jovem passa a ser sempre o passivo; a permanência nessa passividade pode tornar o púbere um homossexual.

Portanto, a ocorrência de eventuais relações entre indivíduos do mesmo sexo no início da adolescência não significa necessariamente orientação homossexual.

O “FICAR”

O “ficar” é definido como o namoro corporal sem compromisso social. Pode incluir carícias, beijos, abraços, toques e até relação sexual, sendo que, na maioria das situações, o grau de intimidade depende do consentimento da menina.

Como aspecto positivo, identifica-se a descoberta da sexualidade ocorrendo entre jovens da mesma faixa etária, porém, o que preocupa é o fato do “ficar” iniciar-se exatamente na fase exploratória do desenvolvimento, onde, além da ausência de compromisso, a onipotência, a negação e os comportamentos de risco são aspectos característicos (Quadros 1 e 2).

ATIVIDADE SEXUAL

A maior parte das adolescentes experimenta o desejo sexual de modo diferente dos rapazes; enquanto para os meninos o impulso é urgente, eminentemente genital, e separado da noção de amor, nas meninas, ele é difuso e associado a outros sentimentos.

Quanto ao início, a primeira relação sexual tem ocorrido cada vez mais precocemente. A idade média situa-se entre 15 e 16 anos, com uma tendência a acontecer mais cedo entre os adolescentes de classes sociais menos favorecidas.

Existem algumas condições consideradas como necessárias para que a experiência sexual seja enriquecedora: o indivíduo deve estar informado a respeito dos aspectos biológicos e preventivos da sexualidade, deve ser capaz de lidar com eventuais pressões familiares, sociais e com o aprofundamento da relação, e deve estar apto a exercer essa atividade de maneira agradável para ambos, livre de culpa e consciente. Ou seja, não induzida pelo medo de perder o outro ou pela incapacidade de dizer não.

OBSERVAÇÕES FINAIS

Várias questões se colocam quando se discute sexualidade na adolescência: maturidade física precoce; senso de indestrutibilidade; postura da família; visões opostas e muitas vezes contraditórias da sociedade sobre o tema; pressão do grupo; influência da mídia.

Impulsionados por seus pares, pelos meios de comunicação e por sensações, como curiosidade, desejo, necessidade de afeto ou de independência, os adolescentes freqüentemente agem por impulso e envolvem-se em atividades sexuais sem estarem emocionalmente preparados.

Neste sentido, vale a pena salientar o papel dos meios de comunicação, particularmente da televisão. Os jovens têm recebido um alto conteúdo sexual nas programações e propagandas veiculadas pela TV, através de mensagens que valorizam o sensacionalismo, a erotização, as relações casuais, estabelecendo-se uma relação direta com características do comportamento adolescente: tendência grupal, onipotência, atemporalidade e pensamento mágico. Nas novelas e seriados, a maioria dos atores são jovens e belos, mudam constantemente de parceiros, não usam métodos contraceptivos nem de proteção contra DST e, mesmo assim, não se contaminam, não engravidam e os finais são sempre felizes. Essa imagem irreal do comportamento sexual aliado ao despreparo do adolescente pode resultar em uma barreira para desenvolver atitudes e valores saudáveis a respeito do sexo.

No entanto, é preciso deixar claro que este espaço ocupado pela mídia ampliou-se porque, além da sociedade ter se tornado mais permissiva, durante muito tempo fontes primárias de informação, como escola e família, adotaram uma postura omissa no que diz respeito à educação sexual.

Por este motivo, é primordial que os pais assumam o seu papel formador e preparem-se para educar seus filhos, e que as escolas complementem as informações transmitidas.

Na realização desta tarefa, tanto familiares quanto educadores devem enfatizar não apenas os comportamentos de risco, mas também, prazer, afetividade, envolvimento, responsabilidade, como possibilidade efetiva de preservar a saúde física e emocional do adolescente e de seus pares.

Segundo Saito, a educação deve ser entendida como um processo através do qual o jovem recebe ajuda pela informação e onde ele deve ser estimulado a pensar e a fazer escolhas.

Na transmissão destes conhecimentos, não se pode esquecer o grupo, principal referência para o adolescente. Os jovens devem ser envolvidos no processo e incentivados a se tornarem agentes multiplicadores, uma vez que são eles a mais importante fonte de informação para seus companheiros.

Quanto aos profissionais de saúde, sua atuação pode ser extremamente ampla, estendendo-se do apoio aos adolescentes ao suporte familiar e ao fornecimento de subsídios para os educadores. Para isso, é necessário que, além de conteúdo, estes profissionais sejam sensíveis aos múltiplos aspectos correlacionados à sexualidade e adotem uma postura adequada em relação ao adolescente. A atitude do médico deverá ser baseada no conhecimento, pautada pelo acolhimento, pelos valores de saúde e pela possibilidade de troca, de aprender com o outro.

Como tão bem colocou Martín, é fundamental compreender que “para a multiplicidade de problemas, existe uma multiplicidade de soluções educativas...; a vida do adolescente não é só seu momento atual, mas também seu passado e seu futuro.”

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Basso SC. Sexualidad Humana. Aspectos para desarrollar docencia en Educación Sexual. OPAS, 2ª ed., 1991.
2. Bearinger LH. Sudy Group Report on the Impact of Television on Adolescent Views of Sexuality. J Adol Health Care 1990; 11:71-5.
3. Blum R. Television and Teens: Health Implications. Executive Summary. J Adol Health Care 1990; 11:86-90.
4. Brown JD, Childers KW, Waszak CS. Television and Adolescent Sexuality. J Adol Health Care 1990; 11:62-70.
5. Friedman HL, Ferguson JB. Enfoques de la OMS sobre la Salud de los Adolescentes. In: Maddaleno M, Munist M,; Serrano CV, Silber TJ, Ojeda ENS, Yunes J. La Salud del Adolescente y del Joven. OPAS 552, 1995.
6. Knobel M. A Síndrome da Adolescência Normal. In: Aberastury A, Knobel M. Adolescência Normal. Porto Alegre, Artes Médicas, 10ª ed., 1992.
7. Luna MF. Aspectos Psicológicos en Sexualidad Humana. In: Basso SC. Sexualidad Humana. Aspectos para desarrollar docencia en Educación Sexual. OPAS, 2ª Ed., 1991.
8. Neinstein LS, Kaufman FR. Normal Physical Growth and Development. In: Neinstein LS. Adolescent Health Care. A Pratical Guide. 3ª ed., 1996.
9. Neinstein LS, Juliani MA, Shapiro J. Psychosocial Development in Normal Adolescents. In: Neinstein LS. Adolescent Health Care. A Pratical Guide. 3ª ed., 1996.

10. Reato LFN, Azevedo MRD. Desenvolvimento Psicológico do Adolescente. A síndrome da adolescência normal. *Sinopse de Pediatria*, 1999, 3: 57-9.
11. Reato LFN. Desenvolvimento da sexualidade na adolescência. In: Françoso LA, Gejer D, Reato LFN. *Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência*. Série Atualizações Pediátricas SPSP. São Paulo, Atheneu, 2001.
12. Saito MI. Educação Sexual: Adolescência, Sexualidade e Escola. In: "Saúde Escolar: a criança, a vida e a escola".
13. Strasburger VC, Donnerstein E. Children, Adolescents and the Media: Issues and Solutions. *Pediatrics* 1999; 103:129-39.
14. Tiba I. *Adolescência. O Despertar do Sexo*. Editora Gente, 1994.
15. Tiba I. *Sexo e Adolescência*. Editora Ática, 10ª ed., 1997.
16. Pinto LFM. Televisão e Educação Sexual. *Jornal de Pediatria*, 1995; 7:248-54.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA

Mirna Reni Marchioni Tedesco
Sandra Maria De Freitas Villela Vieira
Cláudia Regina Tacollini Manzoni
Sandra Helena Iglesias

No período da adolescência estabelece-se a criação da identidade do indivíduo por meio de suas experiências nos diferentes espaços sociais.

O adolescente com deficiência, além da própria vulnerabilidade estabelecida pelo período do ciclo de vida, encontra maiores dificuldades em relação ao reconhecimento de seus grupos de pertinência, sexualidade e escolha vocacional, estabelecida por limitações impostas pelas deficiências específicas.

A conduta social é aprendida e reforçada por fatores ambientais, sendo que os ambientes integrados oferecem maior probabilidade de reforçar ou reprimir condutas indesejáveis. Desta forma, o isolamento social tem como consequência a diminuição de informações sobre os temas relacionados às mudanças ocorridas neste período de vida.

A melhora dos cuidados com a saúde e o processo de inclusão social das últimas décadas tem contribuído para a diminuição dos riscos e o estabelecimento de responsabilidades e liberdade de escolha da pessoa com deficiência.

Durante a adolescência é importante que os jovens tenham acesso às informações sobre as transformações físicas e sociais inerentes a este período particular da vida, quando o profissional de saúde assume um papel de extrema importância na divulgação deste conhecimento.

SEXUALIDADE E DEFICIÊNCIA

A sexualidade humana compreende tanto a função fisiológica, relacionada à necessidade de reprodução, quanto a função erótica cuja finalidade é o prazer. Por si só é muito complexa, com tendência a se moldar pelo processo de socialização. A influência dos valores e normas de conduta social no campo da sexualidade é um fato e um tabu que, somado à deficiência, torna-se imensamente amplificado.

A falta de estimulação em aspectos que contribuem para a construção de uma personalidade mais equilibrada, como a exposição a experiências de relações de intimidade e afeto, assim como a escassez de relações interpessoais saudáveis e diversificadas, configuram-se num mal-estar afetivo e social.

As mudanças físicas e hormonais que despertam para a sexualidade estão presentes no adolescente com deficiência, seja qual for sua limitação, e a evolução da sexualidade vai depender da autonomia para explorar seu corpo e das condições oferecidas para se relacionar com o outro.

Levar em conta somente limitações físicas ou mentais reflete-se em atitudes errôneas ou repressivas. É extremamente comum observar-se, nos familiares das pessoas com deficiência, a manutenção de um comportamento interativo onde a imagem da eterna criança se faz presente nas atitudes, com consequências extremamente dramáticas para o desenvolvimento integral e harmonioso do adolescente. A superproteção atinge catastróficamente o campo sexual, onde a pessoa com deficiência, apesar de crescida, continua a ser vestida como criança e barreiras atitudinais inconscientes, como o uso de fala infantilizada por parte do interlocutor ou até mesmo a ausência de tentativa de comunicação por subestimar a compreensão, são freqüentemente verificadas.

Dependendo da deficiência física, o comprometimento fisiológico das sensações sexuais ocorre em diferentes graus e, quanto maior a orientação para o alcance da autonomia, a afirmação do valor como homem/mulher e a participação nas várias áreas da vida, mais recursos haverá para a expressão das necessidades da pessoa com deficiência de forma adequada. Não se pode ignorar a evidente satisfação ao estabelecer relações de amizade desde as idades mais tenras, no dar e receber afeto. Para tanto, o desenvolvimento de uma escuta dessas necessidades, trazidas principalmente pelos familiares das pessoas com deficiência, é primordial para um direcionamento das ações em saúde.

De maneira geral, a criança e o adolescente com deficiência mental precisam de informação e limites em doses maiores, mas isso não significa repressão do desejo. Apenas ouvir mais vezes, por exemplo, que a masturbação só pode ocorrer em lugares privados e em horas específicas, longe da presença de outras pessoas, é por vezes eficiente.

A criança com deficiência visual tem desenvolvimento sexual normal. A diferença é que ela precisa de muita liberdade para descobrir seu corpo, pois é essa exploração que lhe permite sentir as mudanças físicas. Se ela é reprimida, ficará insegura sobre como é e como os outros a vêem. Os pais devem valorizar as transformações para o filho, indicar que ele está crescendo e conversar sobre como essas mudanças o preparam para a vida sexual.

No caso da deficiência auditiva, a necessidade de estratégias comunicativas, como o uso de materiais visuais ilustrativos ou de comunicação gestual, facilita o acesso às informações.

Numa sociedade inclusiva, o aumento e o direcionamento de estratégias comunicativas eficientes devem garantir informações sobre atividade sexual, reprodução, contracepção e prevenção de DST e AIDS, voltado para cada tipo de deficiência.

A ausência de uma aprendizagem sobre a sexualidade leva as pessoas com deficiência a sentirem dificuldades em valorizar e respeitar o seu "eu", e a relacionar-se saudavelmente com o outro, exprimindo seus sentimentos. A sexualidade depara-se com as limitações da pessoa e com as dificuldades em adequar comportamentos a contextos, acrescidos de conceitos que não permitem à pessoa com deficiência a sua plena inclusão.

Uma integração da unidade de saúde com os espaços sociais, priorizando a família e a escola, onde sejam respeitadas as situações individuais, deve ser favorecida por atividades educativas de saúde.

ESCOLHA VOCACIONAL E DEFICIÊNCIA

A escolha da profissão está intimamente relacionada à formação da identidade.

As pessoas com deficiência manifestam muitas dúvidas sobre esta escolha, denotando uma tendência em traçar seu futuro profissional, considerando unicamente sua deficiência.

A dificuldade de proceder a uma escolha profissional que lhe traga realização está intimamente relacionada à escassez de oportunidades de inclusão em ambientes que possibilitem ao adolescente com deficiência se apropriar de seu potencial criativo e garantir a expressão do seu "eu".

A possibilidade de viver criativamente é o instrumento através do qual o indivíduo poderá ser capaz de entrar em contato com objetos e situações novas, de forma transformadora, tanto no que diz respeito à transformação pessoal, quanto à transformação ambiental.

A saúde requer mais projetos com caráter inclusivo junto a outros segmentos sociais e políticos, no sentido de desmistificar as diferenças ou mesmo de concebê-las como aspectos positivos, abrindo a possibilidade de espaços para a consecução de projetos de vida diferentes, pelo simples fato de pertencerem a pessoas com características particulares.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Assumpção Júnior FB, Sproviere MH. Introdução ao estudo da deficiência mental. Memnon, 1991, p148-78.
2. Gomes AMA. Idéias gerais sobre a sexualidade dos deficientes. In: Félix I, Marques A. E nós somos diferentes?. 1ª ed. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar, 1995, p. 11-28.
3. Bastos ALG. O adolescente com deficiência e seu processo de escolha profissional. Adolesc Latinoam 2002; 3(1).

IMUNIZAÇÃO

Jacques Crespín

A vacinação é o capítulo mais importante da Medicina Preventiva e o uso racional e oportuno das vacinas existentes é a melhor arma no combate a doenças endêmicas e/ou epidêmicas. Não há melhor exemplo desse fato do que ocorreu com a varíola, hoje totalmente erradicada no mundo graças à vacinação em massa, bem como a erradicação, mais recente, da pólio e do sarampo no Brasil.

Apesar de admitir-se ser ainda grande o número de adolescentes suscetíveis às várias doenças para as quais existem vacinas eficazes, poucos são os autores que demonstram real preocupação com a imunização na Adolescência. Não há a menor conscientização a respeito: mesmo pessoas mais esclarecidas julgam que as vacinas se destinam apenas às crianças. Além do mais, sabe-se que nem sempre é fácil convencer o adolescente a se vacinar, pela sensação que tem de invulnerabilidade e indestrutibilidade. Esta é a razão pela qual a Academia Americana de Pediatria designa os adolescentes de "órfãos da profilaxia vacinal".

COMO REVERTER A SITUAÇÃO VACINAL DO ADOLESCENTE

Em muitos casos, o adolescente não mais possui a carteira de vacinações e há informações contraditórias a respeito das vacinas eventualmente aplicadas e de suas respectivas datas, cabendo ao médico tentar avaliar a situação vacinal de cada paciente. As possibilidades quanto à situação vacinal do adolescente são:

1ª Hipótese: Vacinação completa

Verificar se recebeu as vacinas mais recentes do calendário vacinal (contra hepatites B e A e varicela). Caso não tenha recebido, aplicar a vacina contra hepatite B, disponível na Unidade Básica de Saúde, e orientar sobre a disponibilidade das demais vacinas na rede particular.

2ª Hipótese: Vacinação incompleta

Atualizar o calendário, aplicando apenas as doses que faltam; incluir as novas vacinas.

3ª Hipótese: Vacinação duvidosa

Se houver impossibilidade de reconstituir a história vacinal ou pairarem dúvidas, deve-se agir como se o adolescente não estivesse vacinado; além da imunização básica, introduzir as vacinas mais recentes.

Essas várias hipóteses fazem com que, na verdade, a imunização do adolescente seja algo individual, sem nunca perder de vista os Calendários de Vacinação do Estado de São Paulo (Quadro 1) e o do Ministério da Saúde para o Adolescente (Quadro 2).

Os quadros não fazem referência à vacina contra varicela, que pode ser aplicada em qualquer fase da adolescência.

Quadro 1 – Calendário de Vacinação do Estado de São Paulo

Idade	Vacina
Ao nascer	BCG-ID contra hepatite B ¹ (1 ^a)
1 mês	contra hepatite B (2 ^a)
2 meses	OPV (1 ^a) tetavalente (DTP + Hib) ² (1 ^a) Rotavírus (1 ^a)
4 meses	OPV (2 ^a) tetavalente (DTP + Hib) (2 ^a) Rotavírus (2 ^a)
6 meses	OPV (3 ^a) tetavalente (DTP + Hib) (3 ^a) contra hepatite B (3 ^a)
9 meses	contra febre amarela ³
12 meses	tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola – SCR)
15 meses	OPV (reforço) DTP (1 ^o reforço)
4 a 6 anos	SCR (reforço) DTP (2 ^o reforço) OPV (2 ^o reforço)
10 anos	contra febre amarela ³
15 anos	dT (dupla tipo adulto) ⁴

1. A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido.
2. O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetavalente (combinação da vacina DTP com a vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo b). Recomendam-se reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP) aos 15 meses e entre 4 e 6 anos.
3. A vacina contra febre amarela está indicada para crianças a partir dos 9 meses de idade, que residam ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO, e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados: BA, ES e MG).
4. Reforço a cada 10 anos, por toda a vida. Em caso de gravidez e na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimentos, o intervalo deve ser reduzido para 5 anos.

Quadro 2 – Calendário de Vacinação do Adolescente
Ministério da Saúde do Brasil (Portaria nº 597, de 08/04/04)

IDADE	VACINA
11 a 19 anos (primeira visita)	contra hepatite B ¹ (1 ^a) contra difteria e tétano ² - dT contra febre amarela ³ contra sarampo, caxumba e rubéola ⁴ – SCR
1 mês após a 1 ^a dose Hep B	contra hepatite B (2 ^a)
6 meses após a 1 ^a dose Hep B	contra hepatite B (3 ^a)
2 meses após a 1 ^a dose dT	contra difteria e tétano ² - dT (2 ^a)
4 meses após a 2 ^a dose dT	contra difteria e tétano ² - dT (3 ^a)
A cada 10 anos, por toda a vida	contra febre amarela ³ contra difteria e tétano ⁵

Fonte: <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/imu/imu03.htm> (2005)

1. Adolescente que não tiver comprovação de vacina anterior, seguir este esquema. Se apresentar documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado.
2. Adolescente que já recebeu anteriormente três doses ou mais das vacinas DTP, DT ou dT, aplicar uma dose de reforço. São necessárias doses de reforço da vacina a cada dez anos. Em ferimentos graves, antecipar a dose de reforço para cinco anos após a última dose. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.
3. Adolescente que resida ou que irá viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO, e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados: BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar dez dias antes da viagem.
4. Adolescente que tiver duas doses da vacina Tríplice Viral (SCR) devidamente comprovada no cartão de vacinação não precisa receber esta dose.
5. Adolescentes grávidas, que estejam com a vacina em dia, mas receberam sua última dose há mais de cinco anos, precisam receber uma dose de reforço. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para cinco anos após a última dose.

Cada vacina preconizada para o adolescente merece alguns comentários.

a) Vacina Contra a Tuberculose (BCG)

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) não recomenda que se faça uma 2ª dose de BCG.

b) Vacina Contra a Poliomielite

A doença está erradicada no Brasil e é de se supor que o adolescente, tendo tomado várias doses de vacina de vírus atenuado (Sabin), esteja devidamente imunizado. A preocupação recente relativa à poliomielite pós-vacinal indica que se faça no adolescente inadequadamente imunizado somente a vacina inativada (Salk).

Vacina Salk – dose única
via IM ou subcutânea

c) Vacina Contra Difteria e Tétano (dT) ou Tríplice Acelular (dpaT)

Na ausência de qualquer informação sobre essas vacinas, faz-se, no adolescente, a vacinação primária, isto é, 3 doses com intervalo de 30-60 dias entre cada uma. Fazer um reforço após 10 anos.

Caso se queira também imunizar contra a coqueluche, a única vacina isenta de riscos neurológicos é a acelular (tríplice acelular: dpaT).

É importante manter a vacina antitetânica em dia para evitar os riscos decorrentes da aplicação do soro antitetânico (choque anafilático).

dT ou dpaT: 3 doses: 1 a cada 30 a 60 dias – reforço após 10 anos
via IM

d) Sarampo, Caxumba e Rubéola (Vacina Tríplice Viral)

Serão aplicadas as vacinas isoladas ou combinadas, de acordo com cada caso. Lembrar que a rubéola, geralmente benigna, pode causar a embriopatia rubéolica por ocasião de uma gravidez. Não sendo possível restabelecer o calendário vacinal e havendo dúvidas sobre a aplicação anterior, ou se tiverem sido aplicadas em torno de 1 ano de idade, a melhor conduta é vacinar. Dar preferência à vacina combinada, mesmo se o adolescente já tiver tido uma das doenças.

Sarampo, Caxumba e Rubéola – dose única
via IM ou SC

e) Hepatite B

Inútil insistir sobre a importância desta vacina, tendo em vista que a doença pode se manifestar de formas variadas: aguda benigna, fulminante ou crônica (com evolução para cirrose ou carcinoma).

Hepatite B: 3 doses (a 2ª após 1 mês e a 3ª seis meses após a 1ª)
via IM, região deltóide

f) Hepatite A

Doença endêmica, muitas vezes assintomática na infância. Entre adolescentes e adultos, é normalmente sintomática e dura várias semanas, podendo se prolongar por até seis meses.

Hepatite A: 2 doses com intervalo de 6 meses.
via IM

g) Hepatite A + B

É a vacina combinada contra os dois tipos de vírus. Ideal para aqueles que ainda não tenham recebido nenhuma vacina contra hepatite.

Hepatite A + B: 3 doses ou apenas duas quando já tenha sido aplicada 1 dose da Hepatite B,
via I.M

h) Varicela

Apesar de ser doença benigna, a varicela pode complicar-se com encefalite e síndrome de Reye, além de infecção bacteriana cutânea. Recomendar para não usar ácido acetil salicílico durante 6 semanas após a vacinação.

até 12 anos: dose única, via SC
após 12 anos ou em imunodeprimidos: 2 doses (com 1 mês de intervalo)

VACINAÇÕES EM SITUAÇÕES ESPECIAIS E/OU CIRCUNSTANCIAS**1 – Em Emergência (acidentes, ferimentos)**

A necessidade de vacinação contra o tétano e mesmo do soro antitetânico vai depender do tipo e das condições do ferimento, bem como da história de imunização prévia (Quadro 3).

Quadro 3 – Profilaxia do tétano pós-ferimentos

HISTÓRIA DA VACINAÇÃO PRÉVIA	FERIMENTO LIMPO E/OU SUPERFICIAL		OUTROS FERIMENTOS	
	VACINA ¹	SAT* ou IGHAT**	VACINA ¹	SAT* ou IGHAT**
Incerta	Sim ²	Não	Sim	Sim
Última dose há menos de 5 anos	Não	Não	Não	Não
Última dose entre 5 e 10 anos	Não	Não	Sim	Não
Última dose há mais de 10 anos	Sim	Não	Sim	Não

Fonte: Ministério da Saúde. Normas de Vacinação

(1) Dar preferência à vacina dupla (dT) ou Tríplice acelular (dpaT)

(2) Aproveitar para completar o esquema

* SAT: soro antitetânico

** IGHAT: imunoglobulina humana antitetânica

2 – Vacinação da Adolescente Grávida

A administração de qualquer medicamento à mulher grávida, adolescente ou não, exige do médico a maior prudência, levando-se em conta os eventuais prejuízos ao concepto. O mesmo deve ocorrer com relação às vacinas, cujas conseqüências devem ser analisadas em função do binômio mãe-filho.

A vacinação antitetânica na gestante, com o objetivo de se evitar o tétano umbilical, já está consagrada pelo uso. Em alguns serviços de pré-natal é norma a aplicação de três doses de toxóide tetânico por via IM, no sexto, sétimo e oitavo mês da gestação. Nas pacientes adequadamente vacinadas, aplica-se uma única dose de reforço no sétimo mês.

Outras vacinas serão aplicadas somente em casos absolutamente necessários, como, por exemplo, na vigência de epidemia de poliomielite (vacina Salk) ou de meningite. As vacinas contra a febre amarela e cólera serão aplicadas somente se a gestante tiver que se deslocar para região epidêmica.

A vacina anti-rábica será feita exclusivamente se houver certeza de que a gestante foi mordida por animal raivoso.

Estão formalmente contraindicadas as vacinas tríplice viral, pólio oral e varicela. Portanto, além da vacina antitetânica, já rotineira, não vacinar durante a gravidez, a não ser em circunstâncias muito especiais.

3 – Vacinação de Imunodeprimidos

A vacinação de imunodeprimidos implica em ter-se em mente três fatos fundamentais: 1º) que são pacientes de risco para a aquisição de infecções; 2º) que a resposta imunológica pode ser débil ou mesmo inexistente; 3º) que microrganismos, mesmo atenuados, podem, em condições especiais, manter seu poder patogênico. Assim, deve ser estudada, com muito cuidado, a relação vantagens/possíveis riscos.

A vacina dupla contra difteria e tétano (dT), de antígenos inativados, pode ser aplicada ao adolescente imunodeprimido, embora a resposta seja diminuída ou nula.

As vacinas contra o sarampo, caxumba e rubéola podem ser aplicadas, desde que se analise cada caso de forma individual e que o paciente esteja em remissão.

Particularmente sensíveis às infecções respiratórias, pode-se vacinar o adolescente imunodeprimido com a vacina contra *Haemophilus influenzae* (dose única, via IM), se possível antes ou nos intervalos da eventual quimioterapia. Pela mesma razão, também é recomendada a vacina antipneumocócica (dose única, via IM).

Havendo necessidade de se vacinar contra a poliomielite, dar-se-á preferência à vacina de vírus inativados (Salk) sobre a vacina de vírus vivos atenuados (Sabin): primeira e segunda dose com um mês de intervalo e a terceira após seis meses da última.

Os esplenectomizados correm grande risco de contrair a doença meningocócica, razão pela qual devem receber a vacina conjugada contra o meningococo C, superior em eficácia às vacinas polissacarídicas. Também, nestes casos, deve-se aplicar a vacina antipneumocócica.

Nos adolescentes portadores do HIV pode-se aplicar qualquer vacina, desde que respeitadas as indicações e contra-indicações habituais. Já no adolescente com Aids instalada serão aplicadas apenas as vacinas consideradas individualmente como indispensáveis, embora a resposta possa ser de ténue a nula.

Nenhuma vacina será aplicada na vigência de tratamento com corticóides.

4 – Vacinação de Alérgicos

A vacinação de alérgicos envolve ainda muitos temores, tanto médicos como leigos. No entanto, o preparo de vacinas cada vez mais purificadas, em que somente os antígenos dotados de poder imunogênico são mantidos, faz com que as reações alérgicas, bem como os efeitos secundários após vacinação, se tornem cada vez mais raros.

É preciso conhecer todos os elementos que constituem determinada vacina, bem como seu meio de cultura, capazes de produzir eventual reação alérgica. Há vacinas que contêm antibióticos (penicilina, neomicina, polimixina). Outras, além de certos conservantes, são cultivadas em ovos embrionados (vacinas contra gripe, febre amarela, sarampo, caxumba, rubéola, esta última em embrião de pato).

Reações alérgicas ao BCG são raras e consistem em discreta erupção cutânea quatro a oito semanas após a vacinação.

As vacinas tríplice (difteria, coqueluche e tétano), aplicadas até os 6 anos de idade, e dupla (difteria e tétano) tipo adulto, aplicada além daquela idade, podem produzir, além de febre, importantes reações locais e até reação geral do tipo asmático. Nestas condições, cabe ao médico julgar se determinado adolescente, em função de seus antecedentes, pode ou não ser vacinado, tomando as seguintes precauções básicas:

- a) Não vacinar o adolescente (em particular o asmático) na vigência de crise.
- b) Não vacinar se o jovem está em tratamento com corticóides ou se o mesmo foi suspenso há pouco - um prazo de quatro semanas deve ser observado.
- c) Assegurar-se de que a vacina a ser aplicada não contenha antibióticos ou conservantes aos quais o paciente seja alérgico.
- d) Em caso de dúvidas, iniciar tratamento anti-histamínico no dia da vacinação, mantendo-o por 7-10 dias nos indivíduos muito alérgicos.

5 – Vacinação de Diabéticos

Desde que a doença esteja sob controle e o paciente em bom estado geral, com glicosúria mínima, diurese normal e ausência de corpos cetônicos na urina, o adolescente diabético pode receber todas as vacinas normalmente indicadas.

Como há freqüentes acidentes hipoglicêmicos por ocasião de epidemias de gripe, recomenda-se a vacinação dos jovens diabéticos com a vacina respectiva. Há quem recomende também a vacina antipneumocócica. A vacina tifo-paratifo está contra-indicada no diabético.

6 – Vacina Contra a Febre Amarela

Indicada para os residentes em zonas endêmicas ou para adolescentes que viajam para áreas consideradas de risco. Injeção I.M., dose única 7-15 dias antes da viagem.

7 – Vacina Contra Pneumococo

A vacina anti-pneumocócica pode ser aplicada em casos de portadores de doenças crônicas ou em imunodeprimidos. Normalmente empregada na prevenção de pneumonia, otite e sinusite, tem eficácia também contra a meningite por pneumococo. Dose única S.C ou I.M.

8 – Vacina Contra Meningococo

Existem dois tipos de vacina: a Meningo A+C, indicada contra infecções meningocócicas causadas por *Neisseria meningitidis* dos grupos A e C, freqüentemente responsáveis por casos de meningite bacteriana e a vacina conjugada contra o meningococo C, de emprego mais recente e, tudo indica, muito eficaz. Dose única por via I.M.

9 – Vacina Contra Influenza

Embora possa ser aplicada em adolescentes em geral, têm prioridade nos casos de pneumopatias, doenças cardiovasculares e imunodeprimidos. Dose única por via I.M.

10 – Vacinação do Adolescente Infectado pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

Quadro 4 - Vacinação do adolescente infectado pelo HIV

VACINA	ESTADO CLÍNICO	
	ASSINTOMÁTICO	SINTOMÁTICO
Dupla tipo adulto (dT)	Sim	Sim
Oral contra a poliomielite	Não	Não
Inativada contra a poliomielite	Sim	Sim
Tríplice viral	Sim	Sim
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B	Sim	Sim
Contra o pneumococo	Sim	Sim
Contra a hepatite A	Sim	Sim
BCG	Sim	Não

Fonte: Amato Neto, V.; Baldy, J.L.S.; Silva, L.J.: Imunizações, 1991.

ATENÇÃO: Algumas vacinas são de aplicação exclusiva dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) do Ministério da Saúde.

11 – Raiva Humana

Quadro 5 – Orientação para tratamento preventivo da raiva humana
(baseada em esquema da OMS).

NATUREZA DO CONTATO	CONDIÇÕES DO ANIMAL	
	Clinicamente sadio	- Clinicamente raivoso - Animal selvagem - Animal que não pode ser submetido à observação (G)
Contato indireto	Não tratar	Não tratar
— Lamedura de pele lesada — Arranhões — Mordeduras leves nos braços, tronco e pernas	Observar o animal. Se o mesmo estiver sadio no 10º dia após a agressão, encerrar o caso. Se o animal se tornar raivoso, morrer ou desaparecer durante o período de observação (10 dias), aplicar o tratamento: 1 dose diária de vacina até completar 7 (sete) mais 3 doses de reforço no 10º, 20º e 30º dias após a última dose da série	1 dose diária de vacina até completar 7 (sete) 3 outras doses de reforço ao 10º, 20º e 30º dias após a última dose da série
— Mordeduras na cabeça, pescoço e mãos — Mordeduras profundas, múltiplas e dilacerantes em qualquer parte do corpo — Lamedura de mucosas	Uma dose diária de vacina até completar 5 (cinco). Se o animal estiver sadio no 5º dia, interromper o tratamento e continuar a observação até o 10º dia. Se no 10º dia após a agressão o animal estiver sadio, encerrar o caso. Se o animal se tornar raivoso, morrer ou desaparecer durante a observação, aplicar soro, completar a vacinação para 10 (dez) doses e aplicar 3 doses de reforço, no 10º, 20º e 30º dias após a última dose da série	Soro mais uma dose diária da vacina até completar 10 (dez) doses 3 doses de reforço no 10º, 20º e 30º dias após a última dose da série.
OBSERVAÇÕES A) Lavar o ferimento com água e sabão B) O período de observação de 10 dias somente se aplica a agressão por cães e gatos. C) Doses e vias de inoculação. Vacina — 1 ml, IM ou SC, na região deltóide ou glútea. As crianças, em qualquer idade, deverão receber a mesma dosagem dos adultos. Soro — dose única de 40 UI / Kg / peso corporal, aplicada simultaneamente com a dose de vacina correspondente, porém em locais diferentes. A metade da dose de soro, se possível, deve ser infiltrada ao redor e abaixo do ferimento. O restante será aplicado por via IM. Fazer testes de sensibilidade no paciente antes da aplicação do soro. D) O tratamento não tem contra-indicação por doença intercorrente, gravidez ou outro tratamento. Sempre que possível, suspender a administração de corticosteróide e imunossupressores. E) No caso de nova exposição ocorrida 90 dias após o início do tratamento anterior, aplicar três doses da vacina em dias alternados, independente do tempo transcorrido. Nestes casos, não aplicar o soro. F) No caso de interrupção do tratamento, ao reiniciá-lo, devem ser completadas as doses inicialmente prescritas (7 ou 10) e não reiniciar a série. G) Em caso de mordedura por rato, aplicar esquema reduzido de vacinação, 7 doses seguidas + 2 reforços ao 10º e 20º dias após a última dose da série.		

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Ajjan N. La Vaccination. Institut Mérieux, Lyon, 1987.
2. Amato Neto V et al. Imunizações. Sarvier, São Paulo, 1991.
3. American Academy Of Pediatrics. Report of the Committee on Infectious Diseases. 24ª ed., 2000.
4. American Academy Of Pediatrics. Immunization in Special Circumstances. In: Pickering, LK. Red Book: Report of Committee on Infectious Diseases 25ª ed., 2000; 54-81.
5. American Academy Of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Recommended Childhood and Adolescent Immunization Schedule. Pediatrics 2003; 111: 212-6.
6. Averhoff FM et al. Immunization of adolescents: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American Medical Association. J Sch Health 1997; 67: 298-303.
7. Centers for Disease Control And Prevention - Measles, Mumps an Rubella. Vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella and congenital Rubella Syndrome and control mumps. Recommendations of the Advisory Committee on immunization Practices. MMWR 1998; 47 (RR- 8).
8. Centre International De L'enfance. Bulletins nºs 27 a 32, Paris, 1989-1990.
9. Colli AS et al. Vacinação de adolescentes em atendimento ambulatorial. Pediat (São Paulo) 1984; 6:189-91.
10. Crespin J. Situação vacinal de 400 adolescentes vistos em clínica particular. Ped Mod 1987; 22(6):244-48.
11. Crespin J. Vacinação do adolescente. Rev Paul Pediatr 1987; 5(18):121-22.
12. Crespin J. Vacinação. In: Coates V, Françoso LA, Beznos GW. Medicina do Adolescente. São Paulo, Sarvier, 1993.
13. Farhat CK, Carvalho ES, Weckx LY, Succi RCM. Imunizações: fundamentos e prática. São Paulo, Atheneu, 2000.
14. Fulginiti VA, Comerci GD. Immunization for adolescents. Paediatrician 1981; 10: 191.
15. Maluf EMCP et al. Imunização. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. Medicina do Adolescente. São Paulo, Sarvier, 2003.
16. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Normas de Vacinação. Ministério da Saúde, Brasília, 2001.
17. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Recomendações para vacinação de pessoas infectadas pelo HIV. Brasília, 2002.
18. Ministério da Saúde. Calendário de Vacinação da Criança e Calendário de Vacinação do Adolescente. Brasília, 2005.
19. Norma do Programa de Imunização. Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) do Estado de São Paulo. Comissão de Assessoramento em Imunizações, 1988.
20. Rasmussen CM, Lochner FE. How immune are our teenagers? Am Fam Physician 1974; 10:100.
21. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações. 2ª ed., 2000.
22. Veronesi R. Doenças Infecciosas e Parasitárias. 7ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982.
23. Weckx LY, Amato Neto V. Controvérsias em Imunizações. São Paulo, Lemos, 2002.

Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

1. Contracepção na adolescência
2. Gravidez na adolescência: um novo olhar
3. Doenças sexualmente transmissíveis
4. HIV / Aids

CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Marta Miranda Leal

MÉTODOS HORMONAIS

1. MÉTODOS HORMONAIS COMBINADOS (ESTROGÊNIO + PROGESTERONA)

1.1. Anticoncepcional combinado oral (pílula combinada)

O anticoncepcional combinado oral (ACO) ou “pílula”, como comumente é chamado, é o anticoncepcional mais conhecido e talvez por isso seja a demanda inicial da maioria das adolescentes.

Vantagens:

- Alta eficácia se usado corretamente.
- Utilização independente da atividade sexual, não requerendo qualquer ação no momento da relação.
- Regularização do ciclo menstrual.
- Diminuição da frequência e intensidade da dismenorréia.
- Proteção contra anemia por diminuir o volume e o tempo de sangramento menstrual.
- Proteção contra cistos foliculares, tumores benignos de mama e ovário, câncer ovariano e de endométrio e câncer colorretal.
- Efeitos positivos sobre a densidade óssea.
- Possibilidade de aumentar o prazer sexual por diminuir o temor de gravidez.
- Permite períodos de amenorréia (se tomada de pílulas ativas ininterruptamente).
- Retorno imediato da fertilidade após parada do uso.
- Pode ser usado desde a adolescência até a menopausa sem necessidade de pausas para “descanso”.

Desvantagens:

- Não protege contra DST/Aids, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção.
- Necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior.
- Existência de contra-indicações absolutas e relativas.
- Ocorrência não rara de efeitos colaterais menores.
- Risco muito baixo de complicações sérias, como trombozes venosas profundas.
- Necessidade de motivação para uso correto.
- Eficácia dependente da tomada diária.
- Custo elevado das apresentações com baixíssima dosagem de etinilestradiol.

Contra-indicações:

a) Contra-indicações absolutas

- Fenômenos tromboembólicos, acidente vascular cerebral e oclusão coronariana, atuais ou progressos;
- Certeza ou suspeita de câncer de mama ou de outras neoplasias hormônio-dependentes;
- Hepatopatia aguda ou crônica;
- Tumores de fígado malignos ou benignos;
- Icterícia colestática relacionada à gravidez ou secundária ao uso de ACO;

- Hipertensão arterial (níveis maiores que 140 x 90mmHg) e/ou com doença vascular;
- Cardiopatia isquêmica ou doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana);
- Enxaqueca com sintomas neurológicos focais;
- Diabetes com evidência de nefropatia, retinopatia, neuropatia, doença vascular ou com mais de 20 anos de evolução;
- Lúpus eritematoso sistêmico juvenil;
- Idade maior ou igual a 35 anos e fumante (15 ou mais cigarros/dia);
- Menos de 21 dias pós-parto (a coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se em torno de 3 semanas pós-parto);
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada;
- Sangramento vaginal anormal de etiologia não diagnosticada;
- Gravidez.

b) Situações em que se deve considerar a relação risco/benefício

- idade ginecológica inferior a 2 anos;
- fatores de risco para tromboembolismo;
- existência de outras doenças crônicas;
- uso de drogas que interagem com o ACO diminuindo sua eficácia, quando se mostra necessário o uso concomitante de método de barreira ou, preferencialmente, utilização de um método não hormonal:
 1. Rifampicina;
 2. Anticonvulsivantes (hidantoína, fenobarbital, carbamazepina, primidona);
 3. Griseofulvina;
 4. Alguns retrovirais inibidores das proteases;
 5. Produtos fitoterápicos à base de hypericum perforatum (erva de São João).

Apresentações comerciais:

Os anticoncepcionais orais combinados utilizados na adolescência são os ditos de baixa dosagem, ou seja, com a concentração do componente estrogênico variando entre 15 e 35µg. Os progestágenos utilizados são vários e deles dependem muitas das características dos ACO. Na adolescência, de modo geral, opta-se pelas apresentações monofásicas (mesma dosagem de esteróides em todas as pílulas), por não se perceber vantagens nas bifásicas ou nas trifásicas. Algumas apresentações comerciais de anticoncepcionais combinados, do tipo monofásico, existentes no mercado, estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Anticoncepcionais orais utilizados na adolescência

ESTROGÊNIO/DOSE	PROGESTERONA/DOSE
Etinilestradiol 35µg	Acetato de ciproterona 2mg
Etinilestradiol 30µg	Levonorgestrel 0,15mg
	Desogestrel 0,15mg
	Gestodene 0,075mg
Etinilestradiol 20µg	Drospirenona 3mg
	Desogestrel 0,15mg
	Gestodene 0,075mg
Etinilestradiol 15µg	Gestodene 0,060mg

Procedimentos para iniciar o uso do método

- Anamnese cuidadosa; exame físico completo (para avaliar a presença de contra-indicações) e orientação detalhada sobre o ACO são procedimentos essenciais e obrigatórios em todas as circunstâncias.
- Exame pélvico (especular e toque bimanual), triagem para câncer de colo uterino e para DST (por testes de laboratório) em indivíduos assintomáticos são procedimentos apropriados para uma boa atenção preventiva, mas não tem relação com o uso seguro do método anticoncepcional.
- Testes laboratoriais rotineiros (hemograma, perfil lipídico, glicemia, enzimas hepáticas) são procedimentos desnecessários.

O fato de alguns desses procedimentos não serem absolutamente necessários não significa que não possam ser realizados em serviços que disponham dos recursos adequados; uma vez que são pertinentes a uma boa prática médica; desde que não considerados pré-requisitos para prescrição.

Tópicos importantes que devem ser incluídos na orientação de uso de um ACO:

- Aspectos práticos como quem vai comprar, onde vai guardar (principalmente em caso do não conhecimento da atividade sexual por parte dos pais), a que horas tomar, o que fazer se esquecer, o que fazer em caso de vômitos ou diarreia, etc.
- Uso correto do método, incluindo instruções para pílulas esquecidas; sinais e sintomas para os quais deve procurar o serviço de saúde e proteção contra DST/Aids.
- Eficácia; efeitos colaterais comuns (importante causa de abandono do método) e mudanças no padrão menstrual, incluindo sangramento irregular ou ausente.
- Possibilidade de interações medicamentosas e necessidade de, ao passar por um outro médico, informá-lo sobre o uso do ACO.
- Benefícios não contraceptivos dos anticoncepcionais, pois o conhecimento sobre estes pode aumentar a adesão ao método: proteção contra o câncer de ovário e endométrio, melhora da acne, da dismenorréia, da hipermenorragia ou da anemia e regularização do ciclo menstrual.

É fundamental o reforço de todas as orientações nos retornos que se seguem, até que se certifique de que a adolescente está utilizando o ACO adequadamente.

Os retornos devem ser freqüentes, no mínimo mensais, no primeiro trimestre de uso, pois a taxa de descontinuidade é maior neste período; posteriormente, podem ser trimestrais. A jovem deve, ainda, ser estimulada a retornar sempre que surjam problemas ou dúvidas sobre a contracepção.

Efeitos colaterais:

Efeitos colaterais mais comuns (geralmente transitórios e que desaparecem além dos três primeiros meses de uso):

- náuseas (podem ser minimizadas com a tomada da pílula à noite ou após uma refeição; a persistência dos sintomas após a terceira cartela pode indicar necessidade de troca do ACO);
- sangramentos irregulares e *spottings* (mais freqüentes entre as usuárias dos ACO de muito baixa dosagem de estrógeno, principalmente nos primeiros ciclos). Se, após a 3ª cartela, houver persistência de sangramento nos primeiros 10 dias do ciclo, a adolescente deve ter uma deficiência relativa de estrógeno, devendo-se trocar para uma apresentação com dosagem maior. Deve-se afastar outras causas comuns de sangramento irregular como a tomada da pílula em horário inadequado, presença de vômitos ou diarreia, interações medicamentosas, etc;

- cefaléia leve (minimizada pelo uso de antiinflamatório não esteróide);
- hipersensibilidade mamária;
- alterações do humor.

Vômitos dentro das primeiras duas horas da tomada do ACO:

Repetir a dose (o ideal é que este comprimido extra seja retirado de uma outra cartela para que não atrapalhe a seqüência da que está em uso).

Diarréia importante ou vômitos por mais de 24 horas:

Continuar a tomar o ACO, se possível, mas evitar a atividade sexual ou fazê-la com uso de um método de barreira até que tenha tomado uma pílula por dia, por sete dias seguidos, depois que a diarréia e os vômitos tenham cessado.

Tromboembolismo:

Embora seja uma complicação muito rara dos ACO de baixa dosagem, orienta-se quanto às situações clínicas que sugiram tal problema, quando, então, a adolescente deverá parar de tomar a pílula e procurar imediatamente atendimento médico:

- dor abdominal intensa,
- dor torácica intensa com tosse e dificuldade respiratória,
- cefaléia muito intensa,
- importante dor na perna,
- perda ou borramento de visão.

Adolescentes a serem submetidas a cirurgias nos membros inferiores e/ou que necessitem de imobilização pós-operatória não deverão fazer uso de ACO pelo risco aumentado de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.

Início de uso

Pode-se iniciar o uso da pílula em qualquer momento do ciclo menstrual, desde que se tenha certeza de que a jovem não está grávida, mas recomenda-se esse início no primeiro dia do ciclo menstrual, o que garantiria eficácia contraceptiva já a partir da primeira cartela; tomando a pílula sempre à mesma hora, a cada dia. O uso da cartela seguinte depende da apresentação do anticoncepcional escolhido:

- Cartela com 21 comprimidos ativos (maioria das apresentações comerciais): após tomar a última pílula da cartela, esperar 7 dias e reiniciar nova cartela, continuando assim ininterruptamente, ou seja, 3 semanas sim, 1 semana não; neste intervalo ocorrerá a menstruação.
- Cartela de 24 comprimidos ativos: característica das pílulas contendo 15µg de etinilestradiol. As apresentações comerciais vêm com 28 comprimidos (24 ativos + 4 placebos), os quais devem ser ingeridos na seqüência, ininterruptamente, sem intervalos entre as cartelas. Durante a tomada do placebo, ocorrerá a menstruação.

O que fazer em caso de esquecimento?

Não existe um consenso; a proposta de conduta abaixo considera que 7 dias de pílulas consecutivas são suficientes para impedir a ovulação.

Pílulas com 30 a 35mcg de etinilestradiol:

esqueceu 1 ou 2 pílulas ou começou a cartela com 1 ou 2 dias de atraso

Pílulas com 20mcg ou menos de etinilestradiol:

esqueceu 1 pílula ou começou a cartela com 1 dia de atraso

- Tomar uma pílula ativa assim que possível, 2 pílulas no mesmo dia e até de uma única vez se necessário, e continuar o uso da cartela no horário regular.

Pílulas com 30 a 35mcg de etinilestradiol:

esqueceu 3 ou mais pílulas ou começou a cartela com 3 dias de atraso

Pílulas com 20mcg ou menos de etinilestradiol:

esqueceu 2 ou mais pílulas ou começou a cartela com 2 dias de atraso

- Tomar a última pílula esquecida assim que possível, 2 pílulas no mesmo dia e até de uma única vez se necessário, deixar as demais pílulas esquecidas na cartela e continuar o uso da cartela no horário regular.
- Abster-se das relações sexuais ou usar preservativo até que tenha tomado 7 pílulas ativas em seqüência.
- Se o esquecimento foi na 3ª semana da cartela, terminar de tomar as pílulas ativas e iniciar a próxima cartela imediatamente após, sem intervalo.

Se a adolescente atrasou o início da cartela por 2 ou mais dias ou esqueceu de tomar 2 ou mais pílulas e teve uma atividade sexual desprotegida, deve-se considerar o uso do contraceptivo de emergência.

1.2. Anticoncepcional combinado injetável

Os injetáveis combinados de uso mensal intramuscular possuem as mesmas contra-indicações e semelhantes efeitos colaterais da pílula combinada de uso oral. Estão disponíveis no mercado as apresentações com enantato de noretisterona 50mg + valerato de estradiol 5mg e acetato de medroxiprogesterona 25mg + cipionato de estradiol 5mg.

Vantagens:

- Aplicação a cada 30 dias: opção interessante para as jovens que apresentam dificuldade para aderir ao uso diário da pílula.
- Alta eficácia, pois não demanda uso diário.
- Privacidade.
- Diminuição da incidência de efeitos gastrintestinais como náuseas e vômitos.

Desvantagens:

- Não protege contra DST/Aids, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção.
- Necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior.
- Existência de contra-indicações (mesmas do ACO).

- Não rara a ocorrência de efeitos colaterais menores e risco baixo de complicações sérias (à semelhança do ACO).

1.3. Anticoncepcional combinado transdérmico (adesivo)

É um adesivo de cor bege, medindo 20cm² que libera, via transdérmica, diariamente, 20mcg de etinilestradiol e 150mcg de norelgestromim, com efeitos colaterais, indicações e contra-indicações semelhantes às apresentações combinadas orais.

Vantagens:

- Troca do adesivo três vezes por ciclo. Cada embalagem vem com 3 adesivos para serem utilizados por 3 semanas consecutivas. No 1º ciclo, colocar o adesivo entre o 1º e 5º dia; cada adesivo deve permanecer no local por 7 dias, quando deve ser trocado por um novo. Após a retirada do 3º adesivo, permanecer sem o anticoncepcional por 1 semana e reiniciar novo ciclo (3 semanas sim, 1 semana não, à semelhança da pílula combinada).
- Alta eficácia, pois não demanda uso diário. Provavelmente menos eficaz em mulheres obesas, com peso superior a 90kg, nas quais a absorção transdérmica parece diminuída.
- Diminuição da incidência de efeitos gastrintestinais como náuseas e vômitos.
- Geralmente não se solta espontaneamente, mesmo em situações de muita umidade e calor ou durante banho de mar ou piscina.

Desvantagens:

- Não protege contra DST/Aids, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção.
- Necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior.
- Existência de contra-indicações (mesmas do ACO).
- Não rara a ocorrência de efeitos colaterais menores e risco baixo de complicações sérias (semelhante ao ACO); reação de pele local é rara e em geral desaparece rapidamente após a retirada do adesivo; minimizada através da rotação dos locais de colocação.
- Exposição das usuárias a um nível constante mais elevado de estrógeno do que o proporcionado pela maioria das pílulas anticoncepcionais (cerca de 60% a mais do que o nível alcançado com apresentações de 35mcg), embora o pico atingido seja 25% menor do que o alcançado com o ACO; não se sabendo, ainda, se isso aumenta o risco de tromboembolismo.
- Os sítios possíveis de aplicação - baixo ventre, nádegas, parte superior do braço e parte superior do tronco (excluindo-se regiões de mamas) – dependendo da vestimenta usada não garantem discrição, mas o fato de ser visível é, ainda, um lembrete diário que facilita o uso consistente e correto do método.
- Preço superior ao da maioria dos ACO.

1.4. Anticoncepcional combinado vaginal (anel vaginal)

Anel de plástico transparente, flexível, macio, com um diâmetro de 54mm que libera diariamente 15mcg de etinilestradiol e 120mcg de etonogestrel (metabólito biologicamente ativo do desogestrel).

Vantagens:

- Manipulação do anel apenas 2 vezes por mês, para colocar e retirar. Deve ficar na vagina por 3 semanas; e após 1 semana de pausa (quando ocorrerá a menstruação), um novo anel deve ser inserido (3 semanas sim, 1 semana não, à semelhança da "pílula" e do adesivo).

- Alta eficácia, pois não demanda uso diário.
- Fácil inserção e retirada (o lugar exato na vagina não influencia sua eficácia).
- Privacidade (ninguém percebe que a adolescente o está usando).
- Diminuição da incidência de efeitos gastrintestinais como náuseas e vômitos.

Desvantagens:

- Não protege contra DST/Aids, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção.
- Necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior.
- Existência de contra-indicações (mesmas do ACO).
- Não rara a ocorrência de efeitos colaterais menores e risco baixo de complicações sérias (semelhantes ao ACO).
- Raros problemas relacionados ao anel: expulsão espontânea (geralmente associada à parede vaginal mais flácida), sensação de corpo estranho, percepção do anel durante a relação sexual, desconforto vaginal e vaginites.
- Preço superior ao da maioria dos ACO.
- Difícil utilização por adolescentes com tabus relacionados à manipulação dos genitais, freqüentes na cultura local.

2. ANTICONCEPÇÃO APENAS COM PROGESTAGÊNIO

2.1. Anticoncepcional oral contendo apenas progestagênio

As pílulas contendo apenas progestágeno, ao contrário do ACO, são tomadas ininterruptamente, sem pausa entre as cartelas (tanto as com 28 quanto aquelas com 35 comprimidos). Estão indicadas nas mulheres com contra-indicações ao componente estrogênico, existindo 2 opções no mercado:

- Mini-pílula ou pílula progestínica: contendo progestágeno em baixa dosagem (metade a um décimo da quantidade de progestagênio contido nos ACO):
 - noretisterona 0,35mg: 35 pílulas ativas;
 - levonorgestrel 0,030mg: 35 pílulas ativas;
 - linestrenol 0,5mg: 28 pílulas ativas
- Anticoncepcional oral com média dosagem de progestagênio: contendo 75mg de desogestrel em cada comprimido. Com uma quantidade maior de progestágeno, apresenta, teoricamente, uma eficácia superior à mini-pílula.

Vantagens:

- Não causa os efeitos colaterais dependentes de estrógeno.
- Uso contínuo, sem intervalo entre as cartelas.
- Ótima opção para as adolescentes que estão amamentando, pois além de não interferir na lactação e não apresentar efeitos sobre o bebê, tem sua eficácia aumentada pela amamentação.

Desvantagens:

- Não protege contra DST/Aids, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção.
- Necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior.
- Existência de contra-indicações.
- Menos eficaz que a pílula combinada, exige maior precisão no horário da ingestão do contraceptivo.

Se a adolescente esquecer 1 ou mais pílulas por mais de 3 horas, deve tomar 1 pílula o mais breve possível, continuar a cartela regularmente e usar preservativo ou abster-se das relações sexuais pelos próximos 2 dias.

- Irregularidades frequentes do ciclo menstrual (sangramento irregular e amenorréia).

2.2. Anticoncepcional injetável apenas com progestágeno (trimestral)

O uso intramuscular de 150mg de depoacetato de medroxiprogesterona, trimestralmente, é uma opção eficaz e interessante para mulheres que apresentem contra-indicações ao uso de estrógeno, mas seu efeito negativo sobre a densidade óssea restringe o uso prolongado na adolescência.

Vantagens:

- Alta eficácia.
- Uma aplicação a cada 3 meses.
- Baixo custo.
- Privacidade.
- Não causa os efeitos colaterais dependentes de estrógeno.
- Não interfere na amamentação.

Desvantagens:

- Não protege contra DST/Aids, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção.
- Necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior.
- Existência de contra-indicações como suspeita de gravidez, tumores dependentes de hormônios sexuais ou doença hepática ativa.
- Efeitos colaterais mais frequentes: sangramento irregular, amenorréia, ganho de peso.
- Efeitos negativos sobre a densidade óssea, tanto maior quanto mais prolongado for o uso. Como a adolescência é um momento crucial para o desenvolvimento ósseo, essa opção está indicada como método contraceptivo de longa duração, por mais de 2 anos, somente no caso de nenhum outro ser factível.
- Demora do retorno da fertilidade.

2.3. Implantes subdérmicos

São cápsulas de material plástico, contendo progestágeno (Desogestrel), que são implantadas sob a pele do braço não dominante, através de pequeno procedimento cirúrgico e que liberam o hormônio continuamente para a corrente sanguínea.

Vantagens:

- Alta eficácia, mesmo em mulheres obesas.
- Anticoncepcional de longa duração (3 anos), podendo ser retirado a qualquer momento que se deseje.
- Retorno da fertilidade quase imediatamente após retirada.
- Privacidade.
- Não causa os efeitos colaterais dependentes de estrógeno, opção interessante para adolescentes que apresentam contra-indicações ao uso do estrógeno e que busquem uma anticoncepção prolongada.
- Não interfere na amamentação.

Desvantagens:

- Não protege contra DST/Aids, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção.
- Necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior.
- Existência de contra-indicações.
- Comuns alterações do fluxo menstrual como sangramento prolongado ou amenorréia.
- Necessidade de profissional treinado para sua inserção e retirada.
- Alto custo.

DISPOSITIVOS CONTRACEPTIVOS INTRA-UTERINOS

O dispositivo intra-uterino de cobre (DIU de cobre) e o sistema intra-uterino de levonorgestrel são contraceptivos eficazes, mas não protegem contra DST e suas contra-indicações relativas limitam seu uso na adolescência.

Vantagens:

- Necessidade de motivação para seu uso apenas inicial.
- Anticoncepção eficaz e duradoura.
- Não interfere na relação sexual.
- Retorno rápido da fertilidade após retirada.
- Troca somente a cada 1 a 5 anos.
- Após inserção, reavaliações médicas somente anuais.

Desvantagens:

- Não protege contra DST/Aids, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção.
- Necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior.
- Necessidade de profissional treinado para sua inserção e retirada.
- Associação com o aumento na incidência de infecções do trato genital feminino, gravidezes ectópicas e anormalidades do ciclo menstrual.
- Contra-indicações relativas: nuliparidade, múltiplos parceiros e infecções do trato genital inferior (risco relacionado à inserção e presente nas 3 semanas que se seguem a esta).
- Alto custo do DIU com levonorgestrel.

MÉTODOS DE BARREIRA

1. PRESERVATIVO MASCULINO

Ótima opção contraceptiva, o preservativo masculino, se utilizado adequadamente, pode atingir uma eficácia de 97-98%. Essa eficácia, no entanto, está diretamente relacionada à orientação fornecida ao casal, uma vez que a falha resulta, na maioria das vezes, do uso incorreto. Frequentes causas da falência do método:

- Armazenamento inadequado do preservativo (calor e umidade danificam o látex);
- Uso de preservativos fora da validade e/ou sem selo de qualidade (selo do Inmetro);
- Uso de lubrificantes à base de óleo;
- Erros na colocação do preservativo: colocá-lo após contato genital (coito interrompido para colocação do preservativo, por exemplo); não desenrolá-lo até a base do pênis; não retirar o ar de sua extremidade;

- Danos no preservativo de causa mecânica (unhas, jóias ou bijuterias cortantes, piercings, dentes, etc.
- Não retirada do pênis, ainda ereto, da vagina, imediatamente após ejaculação, segurando o preservativo pela base (causa de extravasamento do sêmen).

Assim, como usar, em que momento do ato sexual colocar, como retirar, data de validade, etc., são questões que devem ser abordadas, mesmo quando o adolescente diz já saber “tudo sobre camisinha”.

Vantagens:

- Se utilizado corretamente, garante dupla proteção: contracepção eficaz e proteção contra DST/Aids.
- Fácil obtenção e uso.
- Baixo custo.
- Sem necessidade de prescrição médica.
- Responsabilidade da contracepção partilhada pelo casal.
- Sem efeitos colaterais e contra-indicações (exceto reação alérgica ao látex).

Desvantagens:

- Deterioração com o tempo e exposição ao sol, calor e/ou umidade.
- Possibilidade de furar ou romper. São fundamentais a orientação, prescrição e até fornecimento prévio do contraceptivo de emergência para a utilização pela parceira nos casos de “acidente”.
- Interrupção do ato sexual.
- Tabus relacionados à diminuição do prazer sexual. Necessário discutir que embora o preservativo modifique a sensibilidade, não a diminui, nem interfere no prazer sexual; pode, ao contrário, prolongar o tempo até a ejaculação, o que muitas vezes é visto como uma vantagem pelo casal (os tabus referentes à interferência no desempenho e prazer sexual são importantes causas de não adesão ao método).
- Textura, cheiro e sabor considerados desagradáveis por alguns.
- Reações alérgicas ao látex ou aos lubrificantes.
- Dependência do parceiro para sua utilização.

2. PRESERVATIVO FEMININO

Dispositivo de poliuretano com cerca de 16cm de comprimento e 8cm de largura que traz dois anéis flexíveis em suas extremidades (o anel interno fixa-se sobre o colo do útero, nos moldes do diafragma, e o externo nos pequenos lábios); já vem lubrificado com espermicida e, assim como o preservativo masculino, não é reutilizável.

Vantagens:

- Se utilizado corretamente, garante dupla proteção: contracepção eficaz e proteção contra DST/Aids.
- Independente da vontade do parceiro.
- Possibilidade de inserção prévia à relação sexual (até 8 horas antes), não interrompendo o ato sexual.
- Sem necessidade de prescrição médica.
- Sem efeitos colaterais e contra-indicações.

Desvantagens:

- Custo (mais caro que o preservativo masculino).
- Tabus culturais relacionados à manipulação dos genitais.

3. DIAFRAGMA

É um pequeno dispositivo de látex que se acopla ao colo do útero, impondo-se como barreira física à entrada de espermatozoides. Sua associação com espermicida aumenta muito sua eficácia anticoncepcional.

Vantagens:

- Boa eficácia se uso apropriado.
- Inócuo.
- Pode ser inserido antes do ato sexual.
- Durabilidade: 2 a 3 anos se observadas as recomendações de conservação do produto.

Desvantagens:

- Não protege contra DST/Aids, necessitando do uso concomitante de preservativo pelo parceiro, para cumprir o critério de dupla proteção.
- Necessidade de avaliação médica para medição do colo uterino, prescrição e orientação para aprendizagem da colocação e retirada.
- Necessidade de reavaliações posteriores por possíveis mudanças nas características locais: pós-parto, obesidade (após ganho superior a 5kg), etc.
- Aversão cultural à manipulação de genitais.
- Possibilidade de deslocamento durante o ato sexual.
- Necessidade do uso de espermicida.
- Reações alérgicas ao látex ou ao espermicida.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

1. COITO INTERROMPIDO

É um método falho mesmo entre adultos, mais ineficaz entre adolescentes, ainda sem controle e conhecimento adequados da dinâmica sexual. Dada à frequência com que é utilizado nessa faixa etária, é importante que se faça, durante a orientação anticoncepcional, discussão detalhada sobre suas desvantagens.

Vantagens:

- Nenhum custo.
- Sem necessidade de prescrição médica.
- Responsabilidade da contracepção partilhada com o parceiro.

Desvantagens:

- Baixa eficácia mesmo quando praticado corretamente (presença de espermatozoides no líquido pré-ejaculatório).
- Não protege contra DST/Aids.
- Possibilidade de interferir no prazer sexual.
- Risco de desenvolvimento de disfunção sexual.

2. CALENDÁRIO (“tabelinha”)

A “tabelinha” exige registro dos últimos 6 ciclos menstruais, pelo menos, para cálculo do início e fim da abstinência:

Início: subtrair 18 do número de dias do ciclo menstrual mais curto.

Término: subtrair 11 do número de dias do ciclo mais longo.

Exemplo: ciclos variando entre 26 e 32 dias:

Ciclo mais curto: $26 - 18 = 8$

Ciclo mais longo: $32 - 11 = 21$

Período fértil: 8º a 21º dia de cada ciclo.

Vantagens:

- Não requer drogas ou dispositivos contraceptivos.
- Promoção do diálogo do casal.
- Seu uso aumenta os conhecimentos sobre a fisiologia da reprodução.

Desvantagens:

- Não protege contra DST/Aids, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção.
- Baixa eficácia, ainda mais ineficaz quando os ciclos são irregulares.
- Requer registro e conhecimento dos ciclos menstruais e planejamento da atividade sexual.
- Determina abstinência de 1/3 a 1/2 do ciclo.
- Desejo e oportunidade não estão relacionados com o ciclo menstrual.
- Necessidade de anotar todos os ciclos menstruais, pois os cálculos devem ser refeitos sempre que ocorram ciclos mais longos ou mais curtos, 2 ou mais vezes em 1 ano.
- A freqüente irregularidade menstrual entre adolescentes, o freqüente não registro dos ciclos menstruais por parte das jovens, a vivência temporal característica desta faixa etária (“aqui e agora”), a freqüência da atividade sexual (uma questão de oportunidade), assim como várias outras características das vivências sexuais dos jovens dificultam e até mesmo inviabilizam a utilização desse método.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A contracepção de emergência (CE) é definida como a utilização de drogas (progestágeno isolado ou associado ao estrógeno em altas doses) para evitar a gravidez após uma atividade sexual desprotegida.

A Tabela 1 apresenta os contraceptivos de emergência aprovados pelo Ministério da Saúde, sua eficácia e algumas das apresentações comerciais.

Tabela 1. Contraceção de emergência

TIPO DE CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA	TAXA DE GRAVIDEZ*	APRESENTAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO VIA ORAL
	SEGUNDO O TEMPO OCORRIDO ENTRE O "ACIDENTE" E A TOMADA DO CE		
Pílula anticoncepcional combinada (Método de Yuzpe)	< 24h: 2,0	comprimido com 50 µg de etinilestradiol + 0,25 mg de levonorgestrel	2 comprimidos a cada 12 horas (2 doses; total: 4 comprimidos)
	25 - 48h: 4,1 49 - 72h: 4,7	comprimido com 30µg de etinilestradiol + 0,15 mg de levonorgestrel	4 comprimidos a cada 12 horas (2 doses; total: 8 comprimidos)
Pílula contendo apenas progestágeno	< 24h: 0,4	comprimido com 0,75 mg de levonorgestrel	2 comprimidos (dose única)
	25 - 48h: 1,2 49 - 72h: 2,7	comprimido com 1,5 mg de levonorgestrel	1 comprimido (dose única)

*O risco de engravidar em uma única relação sexual desprotegida é de 8,0 gravidezes por 100 mulheres/ano.

- A ação anticoncepcional desses métodos só é garantida se a droga for administrada até 120 horas após a relação sexual desprotegida, mas sua eficácia depende do tempo decorrido entre o "acidente contraceptivo" e a tomada da medicação - quanto mais precoce for a ingestão da medicação, maior a eficácia - o ideal é que ela seja ingerida nas primeiras 12 a 24 horas após o "acidente".
- Os efeitos colaterais são leves e transitórios, presentes nos 2 dias após; são eles: náuseas, vômitos, fadiga, aumento de sensibilidade mamária; sangramento irregular; retenção líquida e cefaléia.
- Utilizar, preferencialmente, as pílulas contendo apenas progestagênio (e não o método de Yuzpe), pois apresentam menos efeitos colaterais, como náuseas e vômitos, são mais eficazes; possuem uma formulação específica para esse fim e são passíveis de serem administradas em dose única (o que facilita a adesão e uso correto).
- Caso ocorram vômitos dentro de 2 horas da ingestão do CE, deve-se repetir a dose o mais rápido possível; se os vômitos persistirem, uma outra dose de CE pode ser feita via vaginal.
- Apresenta baixa eficácia e com efeitos colaterais quando utilizada como método anticoncepcional rotineiro e freqüente.
- Não existem contra-indicações para sua utilização; mesmo nas mulheres que não podem receber anticoncepcionais combinados (doença hepática, tromboembolismo, etc).
- Não é teratogênico.
- A CE não protege contra DST/Aids e nem contra outra gravidez no ciclo.
- O próximo ciclo pode ser antecipado ou retardado, devendo-se pensar na possibilidade de gravidez caso a menstruação não ocorra dentro de três semanas.
- Provavelmente o uso repetido é mais seguro do que uma gravidez indesejada e/ou um aborto, não se devendo, portanto, negar a prescrição da CE somente porque a adolescente fez uso desta recentemente, ainda que no mesmo ciclo menstrual.
- Após a utilização do CE, um anticoncepcional de rotina mais eficaz deve ser iniciado ou continuado:
 - Métodos de barreira: podem ser utilizados imediatamente;
 - Contraceptivos hormonais orais, adesivos ou anéis vaginais: podem ser utilizados de duas maneiras:

- a) Iniciar ou reiniciar no dia seguinte à tomada do CE, mantendo-se abstinente ou utilizando preservativo pelos próximos 7 dias;
 - b) Esperar o próximo ciclo menstrual para iniciar o método, mantendo-se abstinente ou utilizando preservativo durante todo o período de espera.
- Contraceptivos injetáveis; implantes e dispositivos intra-uterinos: esperar o próximo ciclo menstrual para iniciar o método, mantendo-se abstinente ou utilizando preservativo durante esse período.

CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCENTE PORTADORA DE DOENÇA CRÔNICA

A escolha de um método anticoncepcional adequado para as pacientes portadoras de doenças crônicas deve ser sempre precedida por uma revisão bibliográfica cuidadosa e consiste em decisão que deve ser tomada conjuntamente pelo médico que atende a adolescente, pelo ginecologista e pela própria cliente. Encontra-se disponível na Internet o consenso da OMS "Critérios de Elegibilidade Médica para Uso dos Métodos Anticoncepcionais": (www.reprolatina.net/website_portugues/html/ref_bibliog/criterios2004_pdf/criterios_medicos2004_integral.pdf), atualizado em 2004, cujo objetivo é prover o profissional com informações que lhe permitam pesar os riscos de uma gravidez contra os riscos do método contraceptivo, em cada situação em particular. Ainda, pacientes portadoras de doenças crônicas, freqüentemente utilizam várias medicações diferentes e as interações entre o método contraceptivo e os medicamentos utilizados devem ser consideradas.

Independente da situação clínica, o preservativo (masculino ou feminino) deve ser sempre indicado, associado a outros métodos ou não, com o intuito de prevenir DST/Aids. A possibilidade de falhas quando do uso desse método isolado deve ser considerada, particularmente nos casos onde uma gravidez determinaria repercussões importantes na evolução da doença ou até risco de morte. No caso de acidente com o preservativo indicar, se necessário, o mais precocemente possível, o contraceptivo de emergência, o qual não possui contra-indicações.

O Quadro 2 apresenta algumas considerações sobre o uso de contraceptivos em adolescentes portadoras de doenças crônicas.

Quadro 2. Algumas considerações sobre o uso de contraceptivos em pacientes com doenças crônicas

DOENÇA	HIPERTENSÃO ARTERIAL (H.A.)		DOENÇA TROMBOEMBÓLICA	DOENÇA VALVAR SIGNIFICATIVA	PROLAPSO DE VALVA MITRAL
	Sistólica 140-159mmHg ou Diastólica 90-99mmHg	Sistólica \geq 160 mmHg ou Diastólica \geq 100 mmHg			
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS					
ANTICONCEPCIONAIS COMBINADOS	<p>Não devem ser usados, os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oraís • Injetáveis • Transdérmicos • Vaginais 		<p>Não devem ser usados por apresentarem um risco inaceitável.</p>	<p>Possível aumento do risco de trombose arterial. Podem ser na doença cardíaca valvular não complicada. Totalmente contra-indicados nos casos complicados (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, histórico de endocardite bacteriana subaguda)</p>	<p>O uso é controverso. Deve ser evitado em pacientes com outros fatores de risco como tabagismo, enxaqueca, hipertensão, história de doença tromboembólica, presença de taquicardia, precordialgia, regurgitação mitral</p>
PROGESTÁGENOS ISOLADOS	<p>As apresentações oraís e os implantes podem ser usados sem restrições. Os injetáveis de depósito também podem ser usados, mas exige um acompanhamento mais rigoroso da usuária.</p>		<p>Não devem ser utilizados na doença ativa, teoricamente os progestágenos podem aumentar o risco de trombose, embora substancialmente menos do que os combinados.</p>	<p>Consiste uma boa opção. Cuidado com a possibilidade de retenção hídrica.</p>	<p>Parece ser uma boa opção, embora não existam estudos bem controlados confirmando isto.</p>
DISPOSITIVO INTRA-UTERINO	<p>Os injetáveis de depósito também podem ser usados, mas exige um acompanhamento mais rigoroso da usuária.</p>		<p>Contra-indicado o dispositivo com levonorgestrel nos casos de doença tromboembólica ativa.</p>	<p>Contra-indicado o dispositivo com levonorgestrel nos casos de doença tromboembólica ativa.</p>	<p>Pode ser usado em pacientes selecionadas *. A Academia Americana de Cardiologia recomenda uso de antimicrobiano profilático na inserção e remoção do dispositivo. Nos pacientes em uso de anticoagulante, pode ocorrer aumento do fluxo menstrual. Cuidado com a possibilidade de síndrome vaginal durante a inserção.</p>
DISPOSITIVO INTRA-UTERINO	<p>Pode ser usado em pacientes selecionadas *. As usuárias do DIU com levonorgestrel exigem acompanhamento mais rigoroso.</p>				

* Pacientes selecionadas para o uso de DIU são aquelas com relações estáveis, mutuamente monogâmicas

DOENÇA MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	EPILEPSIA	ENXAQUECA	ASMA	FIBROSE CÍSTICA	HEPATITE
<p>As pílulas de baixa dosagem e as trifásicas devem ser evitadas. Devem conter no mínimo 35µg de etinilestradiol, pois todos os anticonvulsivantes, exceto o ácido valpróico e os benzodiazepínicos, diminuem o nível sérico dos esteróides, por aumentar o seu metabolismo hepático. Após introdução da pílula, deve-se solicitar nível sérico dos anticonvulsivantes.</p> <p>ANTICONCEPCIONAIS COMBINADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oraís • Injetáveis • Transdérmicos • Vaginais 	<p>As mini-pílulas e os implantes devem ser evitados. Os injetáveis são uma boa opção por manter bons níveis séricos.</p>	<p>Estão contra-indicados nas enxaquecas com auras ou sintomas neurológicos focais. As demais pacientes adolescentes devem ser monitorizadas quanto ao aumento da intensidade, freqüência ou mudança das características das crises após a introdução da pílula.</p>	<p>Podem ser utilizados, porém deve-se ficar atento com as interações medicamentosas entre a pílula e as medicações utilizadas que tenham metabolização hepática. Os níveis séricos devem ser monitorizados principalmente se ocorrer piora da asma. Pode ser necessário a redução de até 30% da dose da aminofilina, por exemplo.</p>	<p>Seu uso é controverso, podendo ser usados com cautela até que novos estudos comprovem sua segurança. Considerar possíveis interações medicamentosas nessas pacientes que diminuem a eficácia dos ACO (rifampicina p.ex.)</p>	<p>Estão contra-indicados na doença ativa e cirrose, sendo necessária a normalização da função hepática antes da introdução da pílula e monitorização durante a sua utilização. Nas hepatites virais crônicas, seu uso permanece controverso pela possibilidade de aumentar o risco de carcinoma hepatocelular.</p>
<p>PROGESTÁGENOS ISOLADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oraís • Injetáveis • Implantes 	<p>As mini-pílulas e os implantes devem ser evitados. Os injetáveis são uma boa opção por manter bons níveis séricos.</p>	<p>Podem ser utilizados. Contra-indicados nas enxaquecas com sintomas focais desenvolvidos durante o uso do método.</p>	<p>Podem ser utilizados com as mesmas considerações feitas para os ACO combinados.</p>	<p>Contra-indicados nas hepatites virais agudas. São uma boa opção nos quadros de portadores.</p>	<p>Contra-indicados nas hepatites virais agudas. São uma boa opção nos quadros de portadores.</p>
<p>DISPOSITIVO INTRA-UTERINO</p> <ul style="list-style-type: none"> • DIU de cobre • DIU com levonorgestrel 	<p>Podem ser utilizados em pacientes selecionadas*, porém deve-se estar preparado para complicações (crises convulsivas e síncope vascular) durante a inserção e remoção.</p>	<p>Podem ser utilizados em pacientes selecionadas*. Contra-indicado o dispositivo com levonorgestrel nas pacientes que desenvolvam enxaqueca focal durante o uso do método.</p>	<p>Podem ser utilizados em pacientes selecionadas*. Está contra-indicado nas pacientes imunossuprimidas.</p>	<p>Podem ser utilizados em pacientes selecionadas* exceto nas hepatites de transmissão sexual. Contra-indicado o uso do dispositivo com levonorgestrel nos quadros agudos.</p>	<p>Podem ser utilizados em pacientes selecionadas* exceto nas hepatites de transmissão sexual. Contra-indicado o uso do dispositivo com levonorgestrel nos quadros agudos.</p>

* Pacientes selecionadas para o uso de DIU são aquelas com relações estáveis, mutuamente monogâmicas

DOENÇA MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR	ANEMIA FERROPRIVA	DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS	ANEMIA FALCIFORME
<p>ANTICONCEPCIONAIS COMBINADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oraís • Injetáveis • Transdérmicos • Vaginais 	<p>São contra-indicados na doença ativa ou associada à má-absorção. Podem ser usados na doença estável, com cautela e monitorização rigorosa para identificar possível impacto na atividade da doença. Cuidado com as possíveis interações medicamentosas, particularmente com os antimicrobianos, frequentemente utilizados por essas pacientes.</p>	<p>São contra-indicados nos pacientes com doença ativa ou tratada clinicamente. Possibilidade de uso, mas com acompanhamento rigoroso naquelas com doença tratada por colecistectomia.</p>	<p>São indicados, inclusive contribuindo com melhora do quadro devido à diminuição do fluxo menstrual.</p>	<p>São indicados, inclusive contribuindo para a diminuição das perdas sanguíneas durante as menstruações e diminuindo o risco de hemorragia durante a ovulação.</p>	<p>Podem ser utilizados, mas com acompanhamento mais rigoroso da paciente.</p>
<p>PROGESTÁGENOS ISOLADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oraís • Injetáveis • Implantes 	<p>São indicados (exceto os orais) nos casos de doença ativa, superando os problemas com a absorção entérica da medicação.</p>	<p>Podem ser utilizados.</p>	<p>São indicados, particularmente os injetáveis que induzem à amenorréia quando utilizados por longos períodos.</p>	<p>São indicados com as mesmas considerações feitas para os ACO combinados, sendo que apenas os injetáveis diminuem o risco de hemorragia na ovulação.</p>	<p>São indicados, principalmente os injetáveis que induzem a uma diminuição do fluxo menstrual.</p>
<p>DISPOSITIVO INTRA-UTERINO</p> <ul style="list-style-type: none"> • DIU de cobre • DIU com levonorgestrel 	<p>Podem ser usados em pacientes selecionadas* e são contra-indicados nas que estão imunossuprimidas.</p>	<p>Podem ser usados em pacientes selecionadas*.</p>	<p>O dispositivo de cobre não deve ser utilizado em pacientes com anemia severa, pela possibilidade de aumentar o fluxo menstrual. Dispositivo com levonorgestrel pode ser utilizado, desde que não provoque aumento no fluxo menstrual.</p>	<p>Estão contra-indicados pelo risco de aumentar as hemorragias.</p>	<p>Podem ser usados com cautela. Considerar o risco de aumento do fluxo menstrual e infecção.</p>

* Pacientes selecionados para o uso de DIU são aquelas com relações estáveis, mutuamente monogâmicas

DOENÇA MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	DIABETES MELLITUS	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO	ARTRITE REUMATÓIDE	LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO
<p>ANTICONCEPCIONAIS COMBINADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orais • Injetáveis • Transdérmicos • Vaginais 	<p>São recomendados pela OMS, preferindo-se os trifásicos e os de baixa dosagem contendo progestágenos com fraca ação androgênica. O controle da glicemia e do perfil lipídico deve ser cuidadoso após a introdução da pílula. Contra-indicados nas pacientes diabéticas com evidência de nefropatia, retinopatia, neuropatia, doença vascular ou com mais de 20 anos de evolução.</p>	<p>Podem ser utilizados, não havendo contra-indicações</p>	<p>Podem ser utilizados. Vários estudos sugerem que os ACO combinados podem reduzir o risco de desenvolvimento da doença.</p>	<p>São contra-indicados. Alguns estudos dizem que podem ser utilizados com muita cautela em pacientes com LES muito leve, sem hipertensão, doença vascular, comprometimento renal ou hepático.</p>
<p>PROGESTÁGENOS ISOLADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orais • Injetáveis • Implantados 	<p>Podem ser utilizados com cautela e rigoroso controle. Os injetáveis de depósito estão contra-indicados nas pacientes com diabetes com evidência de nefropatia, retinopatia, neuropatia, doença vascular ou com mais de 20 anos de evolução.</p>	<p>Podem ser utilizados, não havendo contra-indicações</p>	<p>Podem ser utilizados.</p>	<p>São considerados métodos de escolha para essas pacientes. Considerar risco de osteoporose na utilização dos injetáveis. Deve-se ter muita cautela na inserção dos implantes, pelo risco de infecção.</p>
<p>DISPOSITIVO INTRA-UTERINO</p> <ul style="list-style-type: none"> • DIU de cobre • DIU com levonorgestrel 	<p>Podem ser utilizados em pacientes selecionadas*. Alguns estudos apontam para menor eficácia do método nas diabéticas, o que deve ser considerado.</p>	<p>Podem ser utilizados em paciente selecionadas*. Estão contra-indicados nas pacientes em uso de imunossuppressores e naquelas com deformidades severas que impossibilitem a verificação do dispositivo.</p>	<p>Podem ser utilizados em paciente selecionadas*. Estão contra-indicados nas pacientes em uso de imunossuppressores e naquelas com deformidades severas que impossibilitem a verificação do dispositivo.</p>	<p>São contra-indicados nas pacientes imunocomprometidas.</p>

* Pacientes selecionadas para o uso de DIU são aquelas com relações estáveis, mutuamente monogâmicas

DOENÇA MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA	DEPRESSÃO*	RETARDO MENTAL	USUÁRIOS DE DROGAS
<p>ANTICONCEPCIONAIS COMBINADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oraís • Injetáveis • Transdérmicos • Vaginais 	<p>Podem ser utilizados com cautela, sendo benéficos nas pacientes em diálise que apresentam hipermenorréia. Estão contra-indicados nas pacientes com hipertensão ou com complicações tromboembólicas.</p>	<p>Não há contra-indicações</p>	<p>Não há contra-indicações. Maior facilidade do uso de injetáveis. As demais apresentações podem ser utilizados em pacientes institucionalizadas ou naquelas que tenham um responsável capaz de garantir sua administração correta. A diminuição do fluxo menstrual auxilia na higiene destas pacientes.</p>	<p>Podem ser utilizados. Preferência aos injetáveis ou vaginais, pela dificuldade de aderência aos métodos que exigem manipulação mais freqüente.</p>
<p>PROGESTÁGENOS ISOLADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oraís • Injetáveis • Implantes 	<p>Podem ser utilizados. Estão contra-indicados nas pacientes com HA severa ou com doença tromboembólica ativa. Os implantes devem ser evitados pelo risco de infecção no local.</p>	<p>Não há contra-indicações.</p>	<p>Os progestágenos injetáveis são uma excelente opção para pacientes incapazes de tomar a pílula diariamente e sem supervisão. A diminuição do fluxo menstrual auxilia a higiene destas pacientes. Os implantes podem ser utilizados se a paciente for capaz de cooperar no momento da sua inserção e remoção.</p>	<p>Os progestágenos injetáveis e os implantes são os mais indicados para essas pacientes.</p>
<p>DISPOSITIVO INTRA-UTERINO</p> <ul style="list-style-type: none"> • DIU de cobre • DIU com levonorgestrel 	<p>São contra-indicados pelo risco de infecção, devido à imunossupressão e sangramento, provocando acentuação da anemia.</p>	<p>Pode ser utilizado criteriosamente em pacientes selecionadas**.</p>	<p>Atenção ao risco de DST nas pacientes que, pela incapacidade de julgamento, estiverem propensas a relações com múltiplos parceiros e abuso sexual.</p>	<p>Não é indicado pelo grande risco de doenças sexualmente transmissíveis a que estão expostas essas pacientes.</p>

**Exceto desordem bipolar e depressão pós-parto, sobre os quais não se dispõem de dados.*

***Pacientes selecionados para o uso de DIU são aquelas com relações estáveis, mutuamente mono-gâmicas*

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Blum RW et al. Sexual Behavior of Adolescents With Chronic Disease and Disability. *J Adolesc Health Care* 1996;19(2): 124-31.
2. Blum RW. Sexual health contraceptive needs of adolescents with chronic conditions. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151(3):290-7.
3. Borgelt-Hansen L. Oral contraceptives: an update on health benefits and risks. *J Am Pharm Assoc* 2001; 41(6):475-586.
4. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (October 2004). Contraceptive choices for young people. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004; 30(4):237-51. Available from <http://www.ffprhc.org.uk>
5. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. Faculty Statement from the CEU on New Publication: WHO Selected Practice Recommendations Update (April 2005). Available from: www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/MissedPillRules%20.pdf
6. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (April 2005). Drug interactions with hormonal contraception. Available from: www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/DrugInteractionsFinal.pdf
7. Hartcher RA et al. Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção. Baltimore, Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, Programa de Informação de População, 2001.
8. Kartoz C. New options for teen pregnancy prevention. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2004; 29(1):30-5.
9. Ministério da Saúde do Brasil. Anticoncepção de emergência. Perguntas e respostas para profissionais de saúde. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno no 3. Brasília, 2005. Available from: www.redece.org/manualce2005.pdf
10. Neinstein LS. Contraception in women with special medical needs. *Compr Ther* 1998; 24(5): 229-50.
11. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. 3 ed. OMS, Genebra, 2004. Disponível em: www.reprolatina.net/website_portugues/html/ref_bibliog/criterios2004_pdf/criterios_medicos2004_integral.pdf
12. Pettinato A, Emans SJ. New contraceptive methods: update 2003. *Current Opinion in Pediatrics* 2003;15:362-9.
13. Society for Adolescent Medicine. Provision of emergency contraception to adolescents: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adol Health* 2004; 35:66-70.
14. World Health Organization. Department of Reproductive Health Research. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2nd ed. WHO, Geneva, 2004.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM NOVO OLHAR

*Maria José Carvalho Sant'Anna
Veronica Coates*

Desde o momento em que inicia sua vida sexual, a maioria das mulheres, incluindo as adolescentes, ressentem-se da falta de informação e de educação em saúde reprodutiva. Poucos tipos de métodos contraceptivos estão disponíveis e em limitada quantidade, com falta de orientação em planejamento familiar. Estes aspectos, somados às modificações dos padrões da sexualidade nos últimos 20 anos, repercutiram no aumento da incidência da gravidez na adolescência, particularmente nos países em desenvolvimento e nas adolescentes mais jovens. Tem sido motivo de preocupação das organizações de saúde nacionais e internacionais pelas conseqüências físicas, psicológicas e sociais na própria jovem, em seu filho e em toda a sociedade. O número de partos em adolescentes corresponde à cerca de 10% do total de nascimentos mundiais por ano; no Brasil, o número de RNs (recém-nascidos) de mães adolescentes corresponde a 26,75% dos nascimentos, havendo variações regionais com maiores taxas no Norte e Nordeste.

Diferenças no número de adolescentes grávidas entre os países desenvolvidos são causadas, principalmente, pela disponibilidade de efetivos métodos contraceptivos para jovens e não pelas diferenças de comportamento sexual; pesquisas realizadas na América Latina têm verificado que mulheres com baixa escolaridade iniciam seus relacionamentos sexuais mais precocemente em relação às de maior escolaridade. Adolescente sem suporte emocional, seja pela presença de conflitos na família ou ausência dos pais, apresentam poucos planos e expectativas quanto à escolaridade e profissionalização, sendo mais vulneráveis aos fatores de risco desta faixa etária.

Acredita-se hoje que o risco da gravidez na adolescência não seja apenas biológico ou obstétrico, mas muito determinado por fatores psicossociais. Esse fato estaria, no entender de vários autores, ligado ao atendimento inadequado destas gestantes, que ficariam imersas na problemática social e econômica de sua condição de adolescente, enfrentando situações penosas, familiares e existenciais, somadas à própria crise da adolescência. Não se encontra nada que possa fundamentar antigos conceitos de risco apenas biológico, mesmo quando se estudam as gravidezes mais precoces, em meninas mais jovens.

Ao considerar todos estes fatores, a gravidez na adolescência vem tornando-se objeto de preocupação e estudo dos especialistas da área com o objetivo de diminuir sua incidência. É problema que precisa estar na pauta de toda a sociedade, dos meios científicos aos sociais e político-econômicos. É questão complexa sob vários aspectos, mas que não deve ser tratada apenas como "problema" ou como "desastre" na vida das adolescentes. Muitas mulheres brasileiras iniciam sua vida reprodutiva na adolescência, até por questão cultural, e isto não se transforma necessariamente em "problema". Por outro lado, a sociedade e o estado devem prover serviços que contemplem a saúde reprodutiva e sexual das mulheres em todas as fases de sua vida.

FATORES PREDISPOANTES

Entre os fatores biológicos, o início cada vez mais precoce da puberdade e da idade da menarca tem acarretado uma antecipação da iniciação sexual. A presença de bloqueios emocionais (fatores que interferem de forma consciente ou inconsciente no uso inadequado de métodos anticoncepcionais) pode ocorrer nesta faixa etária e os mais importantes são o pensamento mágico ("isto nunca vai acontecer comigo"), a confirmação de sua fertilidade, a agressão aos pais, o sentimento de culpa e desejo de ser mãe. Estes fatores associados à baixa auto-estima, dificuldades de relacionamento familiar e carência afetiva levam a garota a engravidar.

A atitude ambígua da sociedade com relação à sexualidade do jovem, unida à omissão dos adultos, leva a que sua vivência se dê de maneira conflituosa. Ao mesmo tempo em que a sociedade condena a iniciação sexual precoce há um estímulo ao erotismo. A sexualidade da jovem é mais reprimida que a dos rapazes, dificilmente a garota assume abertamente o início de sua vida sexual e é sobre ela que a maior responsabilidade sobre a gravidez irá cair. Os jovens não são educados para a vida sexual responsável. A ausência de projeto de vida faz com que o jovem se relacione com sua sexualidade sem responsabilidade, existe a imaturidade própria da faixa etária, onde há imediatismo emocional, sem visar o bem estar a longo prazo. Hoje em dia, as metas impostas aos jovens se tornaram cada vez mais materiais e, associadas à insegurança, levam o adolescente a não cultivar o afeto e a troca, apenas procurando o prazer momentâneo.

Entretanto, ressalta-se o importante papel do desconhecimento dos adolescentes sobre sexualidade e saúde reprodutiva, tanto por falta de orientação da família, como da escola ou do serviço de saúde. A gravidez frequentemente é desejada, porém não planejada. É importante salientar que a gravidez na adolescência, na maioria das vezes, parece estar ligada a fatores psicossociais associados ao ciclo de pobreza e educação que se estabelece e, principalmente, à falta de perspectiva; no horizonte dessas meninas falta escola, saúde, cultura, lazer e emprego.

REPERCUSSÕES E RISCOS

Problemas físicos, psicológicos e sociais podem transtornar a adolescente, que não raramente se isola da família, dos amigos, abandona a escola e procura atenção médica tardiamente. Estudos mostram que as gestantes adolescentes, por pertencerem, na sua maioria, a classes sociais menos favorecidas, tendem a receber atenção médica deficiente durante a gravidez. Este isolamento da adolescente muitas vezes é endossado pela família e escola, que têm dificuldades em reconhecer e admitir a sexualidade da jovem grávida.

As complicações orgânicas para a adolescente grávida são múltiplas, com maior morbidade e mortalidade no parto e puerpério. Há maior índice de desproporção feto-pélvica, especialmente naquelas muito jovens e também maior número de abortos espontâneos, natimortos e mortes perinatais, partos prematuros e RN de baixo peso. A mortalidade pela síndrome de morte súbita durante os primeiros seis meses de vida é mais freqüente entre os filhos de mães adolescentes, que também tendem a sofrer maior número de hospitalizações por infecções ou acidentes durante toda a infância. Estas complicações biológicas para a mãe e filho são mais freqüentes e de maior gravidade quando a adolescente tiver 15 anos ou menos, idade ginecológica menor que dois anos ou quando ocorrem gestações múltiplas durante a adolescência, com intervalos menores do que dois anos.

Entre as conseqüências psicossociais, preocupa a interrupção da escolarização e da profissionalização. São comuns a evasão, o abandono e dificuldade de retorno à escola. A baixa escolaridade e o despreparo dificultam a inserção no mercado de trabalho, perpetuando o ciclo de pobreza. Diferentes pesquisas têm mostrado alta incidência de baixa escolaridade e pouca profissionalização entre adolescentes grávidas.

PAPEL DO MÉDICO FRENTE AO DIAGNÓSTICO

Quando o médico suspeitar de uma gravidez não planejada, deve tentar saber quais são as expectativas e os sentimentos da adolescente em relação à sua possível gestação. Frente ao diagnóstico positivo, deve-se considerar a capacidade da adolescente compreendê-lo, avaliar suas implicações e, se possível, deve ser comunicado privadamente à jovem ou ao casal. Não se deve esquecer da possibilidade de abuso sexual ou incesto, principalmente nas adolescentes mais jovens ou naquelas com deficiência mental.

As jovens devem ser encorajadas a conversar espontaneamente com seus pais e, em casos de recusa, avisadas que seus genitores serão comunicados, o que raramente é necessário se o médico conseguir

relação de confiança e respeito com a jovem. O pediatra deve explicar como o envolvimento dos pais pode ser útil e que estes são, geralmente o maior apoio, apesar de muitas vezes terem reação negativa inicial.

As reações ao diagnóstico da gravidez variam; algumas jovens podem sentir-se felizes, enquanto outras ficam perturbadas ou confusas. A confirmação da gestação gera mescla de sentimentos, que podem se traduzir tanto em termos de euforia, como de sensação de grande poder por estar carregando dentro de si um novo ser e de alívio, pela capacidade comprovada de gestar; por outro lado, podem apresentar "apreensão e dúvida" quanto ao momento de ter o filho e as dificuldades e responsabilidades futuras frente à maternidade.

O médico deve estar preparado para questões de caráter familiar, religioso, social e cultural que podem influenciar a adolescente no enfrentamento da gravidez. Em qualquer situação, o profissional deve encorajá-la a continuar seus estudos e tentar melhorar sua auto-estima. O ideal é saber apoiar e compreender o momento de angústia vivido pela jovem grávida.

PRÉ-NATAL MULTIPROFISSIONAL DE APOIO PSICOSSOCIAL À GESTANTE ADOLESCENTE

A presunção de que a gravidez é um desastre na vida da adolescente fantasia a idéia de que sempre trará sérios riscos à jovem e seu filho. Quanto mais jovem for a adolescente maior é a demora na procura pelo de serviço de pré-natal (PN). Estas garotas em geral escondem a gravidez da família por medo de assumi-la publicamente, sendo este o fator mais importante do início tardio do pré-natal. Cuidado global da adolescente grávida é essencial para o bom prognóstico da mãe e seu bebê. Atualmente acredita-se que o risco da gravidez precoce seja mais psicossocial do que orgânico.

A adolescente grávida interage num contexto multifatorial: um sujeito complexo do conhecimento, um ser mulher em idade crítica, um corpo, uma alma, um ser biológico, com movimento, sentimento, sofrimento, dor. Demanda acolhimento das múltiplas áreas e formas de abordagem e tratamento disponíveis: um trabalho com equipes multiprofissionais e interdisciplinares no intuito de tornar mais abrangente a investigação e assistência, numa prática em que se estabeleçam a sinergia e os resultados compartilhados.

Tem-se comprovado claramente que adolescentes que recebem atendimento pré-natal (PN) em locais com equipes multiprofissionais e interdisciplinares têm melhores resultados orgânicos e psicossociais, durante e após a gravidez. O PN deve oferecer à gestante adolescente um atendimento global, além da rotina estabelecida nos pré-natais tradicionais, ofertar cuidados especiais que proporcionem a profilaxia das complicações físicas, sociais e emocionais inerentes à gravidez precoce.

Um modelo de PN multiprofissional, realizado pela Clínica de Adolescência do Departamento de Pediatria da Santa Casa de São Paulo (CADPSC), poderá ser adotado na rede básica municipal de saúde. Neste modelo de PN multiprofissional são realizadas reuniões de grupo aberto que incluem a equipe, as adolescentes grávidas, seus parceiros, mães adolescentes que freqüentaram o grupo anteriormente e seus filhos; com freqüência quinzenal até a trigésima sexta semana de gestação e semanal no último mês.

Estas reuniões, com duração de 2 horas, são realizadas no dia da consulta de pré-natal e representam grande oportunidade para o preparo da jovem para a evolução da gravidez, o parto e a maternidade; abrangendo não apenas os aspectos obstétricos mas também os psicossociais.

A equipe é composta por pediatra, assistente social, psicóloga e fisioterapeuta. Os profissionais, imbuídos de sensibilidade especial para identificar e trabalhar as necessidades apresentadas pelas jovens, conhecem as características dessa fase de transição e, com vocabulário acessível, visam prevenir os inúmeros percalços que possam aparecer. Os cuidados ginecológicos que a adolescente deve receber constituem pequena parcela do seguimento global de que a jovem necessita, que engloba família, promoção de melhora da auto-estima, prevenção de recidiva de gravidez ainda na adolescência, incentivo à retomada ou continuidade de seus estudos e à profissionalização, a fim de que não se perpetue o ciclo de pobreza.

Quando da chegada da jovem ao serviço devem ser oferecidas informações claras acerca da importância do pré-natal e dos cuidados que deve ter consigo mesma e com o bebê, valorizando-se a auto-estima e explicando-lhe que nem sempre a gravidez na adolescência é um desastre, podendo ser parte do amadurecimento, do processo de identificação como mulher.

Após o parto, deve ser realizado o acompanhamento ambulatorial do binômio mãe-filho, visando realizar a puericultura dos filhos dessas jovens, mantendo simultaneamente o seguimento das mesmas, que continuam sendo adolescentes, apesar de mães.

PREVENÇÃO DA REINCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A reincidência da gravidez na adolescência, embora seja freqüente em todos os níveis sociais, apresenta maior incidência nas populações de baixa renda e nas adolescentes mais jovens. Em 2002, no estado de São Paulo, dados do SEADE mostram 22,9% de reincidência de gravidez ainda na adolescência. Rigsby e colaboradores, em 1998, encontraram entre 30 e 40 % de reincidência de gravidez na adolescência quando não há orientação contraceptiva após o parto. Na CADPSC, com realização de pré-natal multiprofissional (PNM) e seguimento do binômio mãe-filho após o parto, com orientação contraceptiva, ocorreu apenas 3,3% de reincidência da gravidez no ano seguinte ao parto.

A primeira consulta conjunta da mãe adolescente e de seu filho deve ser o mais precoce possível; na CADPSC ocorre na semana seguinte à alta. Neste atendimento, feito por pediatra, além da consulta geral, é avaliada a maturidade da jovem, dando-lhe apoio e segurança, valorizando sua capacidade de ser boa mãe, apesar da pouca idade, enfatizando-se sempre a importância do aleitamento materno exclusivo e do planejamento familiar, com valorização da sua auto-estima.

As adolescentes devem ser orientadas que a gravidez pode ocorrer apesar de estarem amamentando e orienta-se um método anticoncepcional seguro, discutindo-se a escolha do método mais indicado para cada paciente, enfatizando-se sempre a dupla proteção (preservativo associado a outro método).

A qualidade da atenção que mães adolescentes dispensam a seus filhos é freqüentemente questionada devido às características próprias da adolescência, período este de conflitos, oposição à realização de tarefas e a responsabilidades, ambivalência de opiniões, alteração de temporalidade, dentre tantas. Com relação ao aleitamento materno, a maternidade pode ser geradora de ansiedade na mãe que não estiver adequadamente amparada, comprometendo o desempenho da lactação, sendo mais intensamente vivido por mães adolescentes. Dados da literatura revelam maior incidência de desmame precoce em mães adolescentes comparativamente às mães adultas. Em avaliação recente de mães adolescentes que freqüentaram o PNM da CADPSC, cujos filhos tinham idade entre 6 meses e 2 anos, notou-se que todos os lactentes moravam com suas mães e que 43,8% receberam aleitamento materno exclusivo até o sexto mês. Observou-se desenvolvimento neuropsicomotor e ponderoestatural adequado em todas as crianças, com boa interação mãe-filho; 90,9% das jovens mães sentem-se felizes com a experiência; a maioria permanece solteira (59,4%); muitas continuam seus estudos (46,9%) e trabalham para seu próprio sustento (43,33%). Os dados analisados mostram que, de maneira geral, a maternidade trouxe às jovens mudanças significativas, caracterizadas por aumento de responsabilidade e perda de liberdade pessoal. A vivência da maternidade tem sido mais prazerosa para 68,8% das jovens e mais difícil do que imaginavam em 51,5% dos casos.

As mães e seus filhos são seguidos mensalmente no primeiro semestre e a cada dois meses no segundo semestre, avaliando-as globalmente e realizando consultas de puericultura em seus bebês. Acredita-se que o seguimento destas mães adolescentes e de seus filhos deva prosseguir durante toda a infância, avaliando-se o binômio mãe-filho a cada três meses no segundo ano e semestralmente a partir do terceiro ano, ou conforme necessidade individual.

PAPEL DO MÉDICO NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O verdadeiro papel do profissional de saúde é abordar a criança e a adolescente de maneira integral, abrangendo suas três vertentes (bio-psico-social), ação que exerce desde a puericultura, quando tem relevante posição junto aos pais, de orientador e muitas vezes conselheiro, e deve aproveitar todas as oportunidades de discutir e orientar o exercício da sexualidade de maneira clara e natural, incluindo-se orientação contraceptiva; os tabus ainda são muitos em todos os níveis socioculturais e econômicos. A sexualidade é a mola propulsora da curiosidade humana e de todo seu desenvolvimento, papel reforçado na adolescência, excelente oportunidade para discussão e orientação dos jovens. Em pleno século XXI, os adolescentes, na maioria das vezes, têm as questões do exercício de sua sexualidade cercadas por mitos e inverdades o que, associado à fantasia de invulnerabilidade própria da faixa etária, levam-no a comportamentos de riscos, com maiores taxas de gravidez, DST e drogadição. A cada 14 segundos um jovem é contaminado pelo vírus do HIV no mundo.

A dificuldade para encarar o exercício da sexualidade de adolescentes como um fato tem sido um dos principais obstáculos à implantação de programas de educação sexual e de serviços de saúde reprodutiva para jovens, tendo a prevenção como enfoque principal.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Akerman M et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no município saudável. Rev Saúde Pública 2002; 36 (5):638-46.
2. Coates V, Sant'anna MJC. Gravidez na adolescência. In: Françoso LA, Gejer D, Reato LFN. Sexualidade e saúde reprodutiva na Adolescência. São Paulo, Atheneu, 2001, p. 70-8.
3. Fundação Sistema Estadual De Análise De Dados - SEADE. Caracterização da fecundidade das adolescentes no Estado de São Paulo. Disponível em www.seade.gov.br. Acesso em novembro 2003.
4. Marianne EF, Granados JL, Heald FP. The young pregnant teenager. Impact of comprehensive prenatal care. J Adol Health Care 1981; 1:193.
5. Melhado A, Coates V. Gravidez na adolescência: Prevalência de nova gravidez após realização de pré-natal multiprofissional. XIII Fórum de Pesquisa de Iniciação Científica, CNPQ, 2005.
6. NCHS. Births: Final Data for 2000. National Vital Statistics Reports, 2002.
7. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la atención integral de salud de los adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductivas. 2000 (Série OPS/FNUAP,nº 2).
8. Pantoja ALN. "Be someone in life": a socio-anthropological analysis of adolescent pregnancy and motherhood in Belém, Pará State, Brazil. Cad. Saúde Pública 2003, 19 (suppl 2), p. 335-43.
9. Pfitzner MA, Hoff C, Mc Elligott K. Predictors of repeat pregnancy in a program for pregnant teens. J Pediatr Adolesc Gynecol 2003; 3: 77-81.
10. Rees JM. Overview: Nutricion for pregnant and childbearing adolescents. In: Adolescent Nutricional Disorders: Prevention and Treatment. Jacobson M, Rees JM, Golden NH et al. The New York Academy of Science, New York, 1997; p. 214-41.
11. Rigsby DC, Macones GA, Driscoll DA. Risks factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. J Pediatr Adolesc Gynecol 1998; 11:115-26.

12. Sant'anna MJC, Coates V. Gravidez na adolescência: visão do hebiatra. In: Medicina do Adolescente. Coates V, Beznos GW, Françoso LA. 2ª ed. São Paulo, Sarvier, 2003; p. 361-71.
13. Sant'anna MJC, Fabrício VC, Coates V. Estudo Comparativo de vários tipos de pré-natal e ganho de peso da gestante adolescente. In: Congresso Latino Americano de Obstetrícia y Ginecologia de la Infância y la Adolescência, 6. La Havana, Cuba, 1999. Anais. La Havana,1999.
14. Taffa N. A comparison of pregnancy and child health outcomes between teenage and adult mothers in the slums of Nairobi, Kenya. J Adolesc Med Health 2003; 15(4): 321-9.
15. Treffers PE. Teenage pregnancy, a worldwide problem. Ned Tijdschr Geneesk. 2003; 147(47): 2320-5.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Athenê Maria de Marco França Mauro

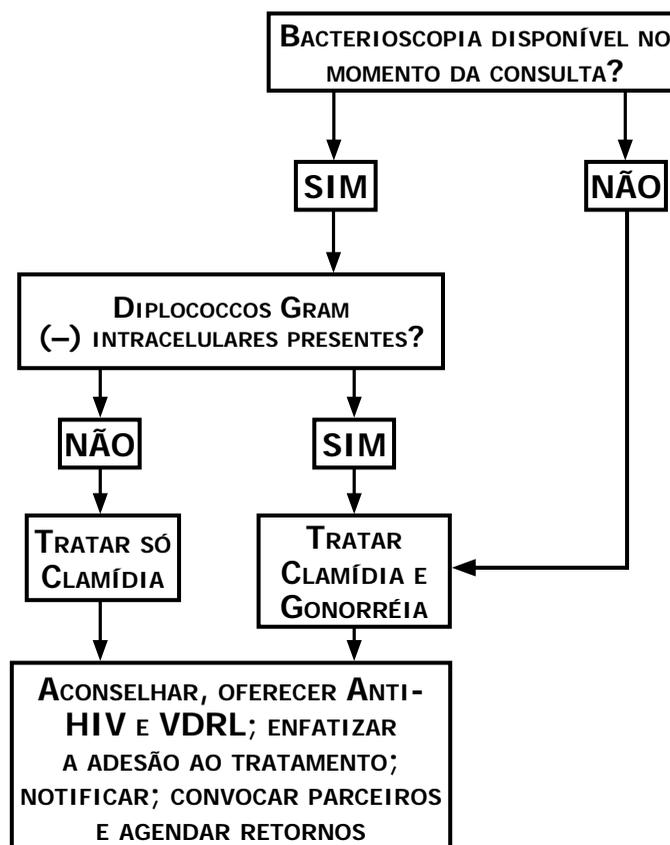
O atendimento de pacientes com DST visa interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível. Visa, ainda, evitar as complicações advindas da DST em questão, a cessação imediata dos sintomas e, de acordo com resultados de um estudo realizado na Tanzânia (1994), a utilização do tratamento por abordagem sindrômica em DST, reduz em aproximadamente 40% a incidência de HIV.

Este capítulo vai abordar as DST através do diagnóstico sindrômico, tentando prover em uma única consulta: diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados. Não há impedimento para que exames laboratoriais sejam colhidos ou oferecidos. A conduta, no entanto, não deverá depender de demorados processos de realização e interpretação dos exames. O profissional, ainda que não especialista, estará habilitado a: determinar um diagnóstico sindrômico, implementar o tratamento imediato, realizar aconselhamento para estimular a adesão ao tratamento, para a redução de riscos, para a convocação, orientação e tratamento de parceiros, promoção de incentivo ao uso de preservativos, dentre outros aspectos.

É importante ressaltar que os medicamentos utilizados para o tratamento das DST estão disponíveis na rede básica.

O diagnóstico sindrômico baseia-se no agrupamento das DST em:

CORRIMENTO URETRAL Fluxograma das uretrites



CORRIMENTO URETRAL

Exame físico: com o prepúcio retraído, verificar se o corrimento provém realmente do meato uretral. Se não houver corrimento, solicitar ao paciente que ordene a uretra, comprimindo o pênis da base à glande. Se mesmo assim não se observar o corrimento, sendo a história consistente, manter a conduta.

Se houver bacterioscopia disponível no momento da consulta e, se o exame mostrar a presença de diplococos Gram negativos, não se deve excluir a co-infecção pela clamídia.

Tratar clamídia e gonorréia, da seguinte forma:

Clamídia

- 1ª opção:** - Azitromicina 1g, VO, dose única; ou
- Doxiciclina 100mg, VO, de 12 em 12 h, por 7 dias; ou
 - Eritromicina (estearato) 500mg, VO, de 6 em 6h, por 7dias.

Gonorréia

- 1ª opção:** - Ciprofloxacina 500mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrízes e menores de 18 anos); ou
- Norfloxacina 400mg, VO, dose única.

Aconselhar o paciente, oferecer os exames anti-HIV e VDRL (considerar as associações entre DST e HIV), enfatizar a adesão ao tratamento, interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento, sempre usar preservativo, oferecer preservativos ao paciente, orientando sobre as técnicas de uso, recomendar o retorno ao serviço de saúde, encorajar o paciente a comunicar a todos os seus parceiros(as) sexuais do último mês, para que possam ser atendidos e tratados, notificar o caso no formulário apropriado.

ÚLCERAS GENITAIS

As patologias que cursam com úlceras genitais são:

SÍFILIS

Doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência quando não tratada. O risco de infecção em um único intercuro sexual é de 60% nas lesões de cancro duro e condiloma plano.

O cancro duro é uma lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso, brilhante e secreção serosa escassa. A lesão aparece entre 10 e 90 dias (média de 21) após contato sexual infectante. É acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla.

No homem, aparece com maior frequência na glande e sulco bálano-prepucial. Na mulher, dificilmente é detectada nessa fase; quando aparece é mais comumente observada nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino.

Exame físico:

- No homem: retrair o prepúcio, verificar a presença de úlcera ou de outros sinais de infecção genital. Inspeccionar períneo e ânus, palpar a região inguinal.
- Na mulher: examinar a genitália externa, afastar os lábios vaginais, visualizar o intróito vaginal, examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino, quando possível.
- Sempre que possível, coletar material para o diagnóstico etiológico.

Tratamento:

1ª opção: Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega);
ou

2ª opção: Doxiciclina, 100mg, VO, de 12 em 12 h, por 14 dias ou até a cura clínica (contra-indicada para gestantes e nutrizes)

Alergia à penicilina: Eritromicina (estearato) 500mg, VO, de 6 em 6 h, por 15 dias.

CANCRO MOLE

Afecção de transmissão exclusivamente sexual, causada pelo *Haemophilus ducreyi*. Caracteriza-se por lesões múltiplas (podendo ser única) e habitualmente dolorosas, muito mais freqüentes no sexo masculino. Chamado também de cancróide, cancro venéreo, cancro de Ducreyi. O risco de infecção em um intercurso sexual é de 80%. São lesões dolorosas, com borda irregular, contornos eritemato-edematosos e fundo recoberto por exsudato necrótico, amarelado e com odor fétido.

O bacilo atinge os linfonodos ínguino-cruais (bubão), sendo unilaterais em 2/3 dos casos, observados quase que exclusivamente no sexo masculino, pelas características anatômicas da drenagem linfática. No início ocorre tumefação dolorosa, que evolui para liquefação e fistulização em 50% dos casos, tipicamente por orifício único.

Tratamento:

1ª opção: Azitromicina 1g, VO, em dose única ou Ciprofloxacina 500mg, VO, de 12 em 12 h, por 3 dias (contra-indicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos) ou Eritromicina 500mg, VO, de 6/6 h, por 7 dias.

2ª opção: Ceftriaxona 250mg, IM, dose única.

HERPES GENITAL

Investigar a possibilidade da ulceração ou ulcerações serem decorrentes de um episódio de herpes genital; a evidência ou história de vesículas agrupadas ou em cacho sobre base eritematosa, cujo aparecimento foi precedido de aumento de sensibilidade, ou ardência, ou prurido, ou sintomas uretrais (dor ou ardência), especialmente com história de recorrência das lesões, já é suficiente para o diagnóstico de herpes genital.

Tratamento:

- Aciclovir 400mg, VO, de 4 em 4 h, por 7 a 10 dias.

Obs: este tratamento só é efetivo se iniciado na fase prodrômica (primeiros sinais: prurido, hiperemia e parestesia local). Orientar quanto às medidas de melhora da imunidade, alimentação, atividade física, etc.

Se houver lesões com mais de quatro semanas, tratar sífilis e cancro mole; deve-se também suspeitar de donovanose, linfogranuloma venéreo ou neoplasia. Encaminhar o paciente para o Centro de Referência ou, se houver condições, realizar biópsia para investigação diagnóstica. Ao mesmo tempo, iniciar tratamento para donovanose.

DONOVANOSE

1ª opção: Doxiciclina 100mg, VO, 12 em 12h por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica;

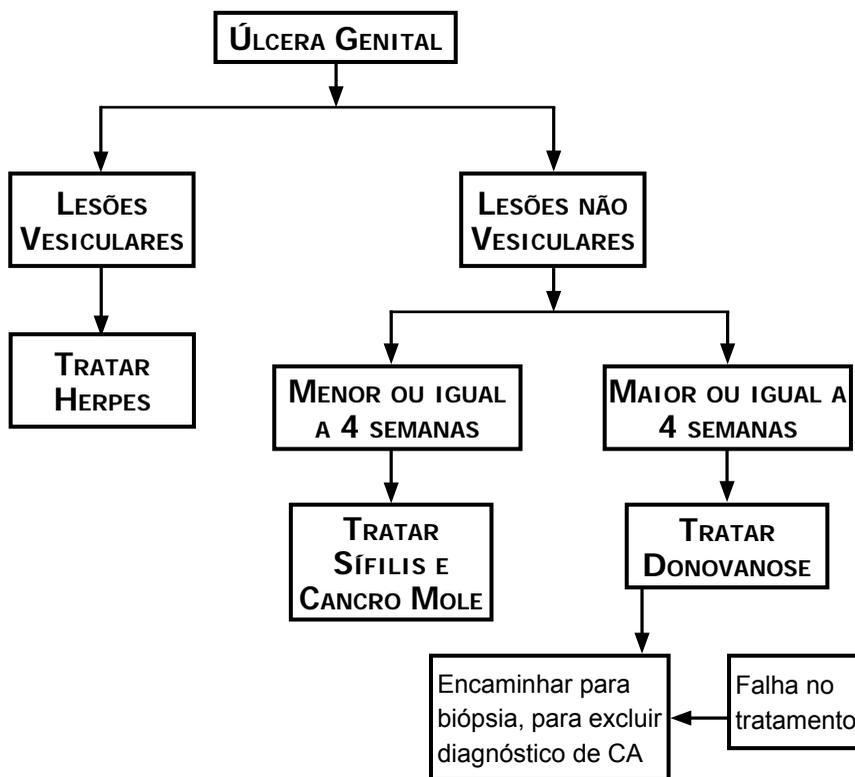
2ª opção: Sulfametoxazol-Trimetoprim (800mg e 160mg), VO, 12 em 12h por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica;

3ª opção: Azitromicina 1g, VO, seguido por 500mg, VO, 1 vez ao dia, por 3 semanas, ou até a cura clínica.

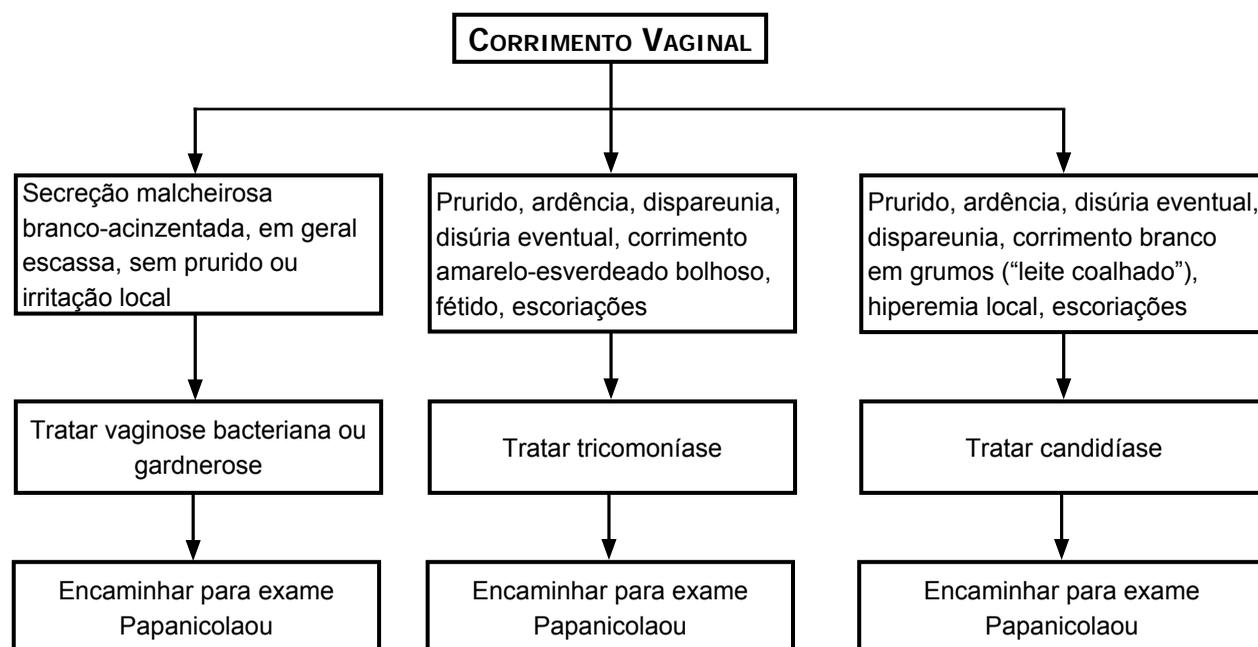
Alertar o paciente para a longa duração do tratamento para donovanose e solicitar retornos semanais para avaliação da evolução clínica.

Aconselhar, oferecer anti-HIV e VDRL, sorologia para hepatites B e C, vacinar contra hepatite B, enfatizar adesão ao tratamento, notificar, convocar parceiros e agendar retorno.

**FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO INICIAL E IMEDIATO DAS DST POR ABORDAGEM SINDRÔMICA
ABORDAGEM DA SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL**



CORRIMENTO VAGINAL
Fluxograma para atendimento imediato das DST por
Abordagem Sindrômica
Abordagem da Síndrome do Corrimento Vaginal



VAGINOSE BACTERIANA OU GARDNEROSE

1ª opção: Metronidazol 250mg; 2g (8cps), VO, dose única;

2ª opção: Tinidazol 500mg; 2g (4cps), VO, dose única;

3ª opção: Metronidazol gel 0,75%, 1 aplicador vaginal, 2 vezes ao dia, por 5 dias.

TRICOMONÍASE

1ª opção: Metronidazol 250mg; 2g (8cps), VO, dose única;

2ª opção: Tinidazol 500mg ; 2g (4cps), VO, dose única.

CANDIDÍASE

1ª opção: Miconazol creme 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite, por 7 dias;

2ª opção: Fluconazol 150mg, 1 cp, VO, dose única;

3ª opção: Cetoconazol 200mg, 2 cp, VO, 1 vez ao dia, por 5 dias (após refeição).

Orientações:

- A associação de mais de uma DST é muito freqüente. Deve-se conversar com a paciente sobre a importância de realizar a sorologia para sífilis.
- Considerar a associação entre DST e a infecção pelo HIV, especialmente nas mulheres que apresentem vulvovaginites infecciosas comprovadas e com uma freqüência igual ou maior do que 4 vezes ao ano. Aconselhar a paciente e oferecer-lhe a realização de sorologia anti-HIV.
- Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento.
- Usar preservativo em todas as relações sexuais.
- Oferecer preservativos à paciente, orientando sobre a técnica de uso.
- Retorno ao serviço de saúde.

VERRUGA GENITAL OU SUSPEITA DE HPV

O Papilomavírus humano (HPV) é um DNA vírus, com risco oncogênico, que tem relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino, da vagina, vulva e pênis.

A maioria das infecções são assintomáticas ou inaparentes (sub-clínicas), mas pode haver lesões exofíticas (verrugas). A infecção pode também assumir uma forma denominada subclínica, ou ainda, uma infecção latente. Por esse motivo, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a contaminação e o desenvolvimento das lesões, que pode ser de semanas a décadas.

Os condilomas, dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser friáveis e/ou pruriginosos. Quando presentes no colo uterino, vagina, uretra e ânus, também podem ser sintomáticos. Menos freqüentemente podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea.

Na forma clínica, as lesões podem ser únicas ou múltiplas, localizadas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se mais freqüentemente, no homem, no sulco bálano-prepucial, na glândula ou região perianal e, na mulher, na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo.

O diagnóstico do condiloma é basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia, que irá confirmar alterações celulares características do vírus (coilocitose) na histologia, e a presença do DNA viral, quando esta biópsia for encaminhada para testes de biologia molecular, como PCR, captura híbrida e hibridização *in situ*. O principal objetivo do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das verrugas.

Tratamentos: crioterapia, eletrocoagulação, podofilina, ácido tricloroacético (ATA), exérese cirúrgica ou laser.

Após fazer a hipótese diagnóstica, o profissional deve encaminhar o paciente para consulta ginecológica (se mulher) ou encaminhá-lo para serviço de referência em DST.

SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DST:

- **SAE Herbert de Souza- Betinho**

Av. Arquiteto Vilanova Artigas, 515, Teotônio Vilela, tel. 6704-3341

- **SAE Butantã**

Av. Corifeu de Azevedo Marques, 3596, tel. 3768-1523

- **SAE Marcos Luttemberg- Santana**

R. Dr. Luiz Lustosa da Silva, 339, Mandaqui, tel. 6950-9217

- **SAE Cidade Dutra**

R. Cristina de Vasconcelos Ceccato, 109, Cidade Dutra, tel. 5666-8301

- **SAE Campos Elísios**

R. Albuquerque Lins, 40, Sta. Cecília, tel. 3825-2176

- **SAE Cidade Líder II**

R. Médio Iguaçu, 86, Cidade Líder, tel.

- **SAE Jardim Mitsutani**

R. Frei Xisto Teuber, 50, Campo Limpo, tel. 5841-9020

- **SAE Fidélis Ribeiro**

R. Peixoto,100, Vila Fidélis Ribeiro, tel. 6621-0217

- **SAE Ipiranga**

R. Gonçalves Ledo, 606, Ipiranga, tel. 273-5073

- **AE Vila Prudente**

Praça Centenário de Vila Prudente, 108, Vila Prudente, tel. 272-5763.

CTA

São centros de testagem e aconselhamento individual e em grupos objetivando a prevenção e testagem de HIV e sífilis, realizados por profissionais de nível superior, com disponibilização de preservativos masculinos e femininos. São eles:

- **CTA São Miguel**

R. Eng. Manuel Osório, 151- São Miguel Paulista, tel. 6297-6052.

- **CTA Pirituba**

Av. Dr. Felipe Pinel, 12- Pirituba, tel. 3974-8569

- **CTA Tiradentes**

R. Luis Bordese, 96- COHAB Santa Etelvina, tel. 6282-7055.

- **CTA São Mateus**

Av. Mateo Bei, 838- São Mateus, tel. 6919-0697.

- **CTA Parque Ipê**

R. Francisco Antunes Meira, 255- Campo Limpo, tel. 5842-8962.

- **CTA Santo Amaro**

R. Promotor Gabriel Netuzzi Peres, 159- Santo Amaro, tel. 5686-9960.

- **CTA Henfil**

R. Líbero Badaró, 144- Centro, tel. 3241-2224.

- **CTA Chabilândia**

Estrada do Lageado Velho, 76- Vila Chabilândia, tel. 6557-9571

- **CTA Sérgio Arouca**

R. Valente de Novaes, 09- Itaim Paulista, 6561-3052.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disponível em: www.cdc.gov.
2. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Condutas Clínicas Frente aos Resultados do Exame de Papanicolaou. Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Série Manuais, nº 68, 4ª ed., 2006. Disponível em: www.aids.gov.br.
4. Sweet RS, Gibbs RS. Infections Diseases of Female Genital Tract. Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

HIV/Aids

Júlio José Máximo de Carvalho

INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV) é responsável por uma infecção que pode ser assintomática, apresentar manifestações clínicas leves ou manifestações clínicas características da Aids.

Nos anos 80 era conhecida como doença de homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e determinados grupos de risco (haitianos, africanos, usuários de sangue e hemoderivados e presidiários).

Nos anos 90, essa estigmatização em grupo de risco desapareceu, apesar de encontrar-se aumento significativo no número de casos em algumas regiões devido aos costumes e hábitos culturais. Na África, pela frequência da poligamia e pelo fato da preferência pela relação heterossexual, as mulheres predominam entre os infectados.

No Brasil vem aumentando o número de mulheres infectadas. Em 1985, a proporção entre mulheres infectadas e homens era de 1 para 30 e, em 1997, essa proporção já era 1 para 2.

Segundo dados da OMS, em dezembro de 2003 havia 40 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids, sendo 37 milhões de adultos e 2,5 milhões de crianças com menos de 15 anos. Estima-se que ocorram cerca de 15.000 novos casos de HIV por dia.

HISTÓRICO

Descrita pela primeira vez em 5 de junho de 1981 em Los Angeles, sendo que os primeiros casos foram 5 homossexuais masculinos com Sarcoma de Kaposi e pneumonia.

Em 1982, a nova entidade passou a ser denominada de Aids ou Sida.

Foi em 1983 que os cientistas Luc Montagnier (França) e Robert Gallo (EUA), identificaram o vírus responsável por essa doença, denominado inicialmente de *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV) e *Human T-Lymphotropic Virus* (HTLV-III), respectivamente.

Em 1985, um comitê internacional recomendou o termo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) para os dois vírus (HIV 1 e 2 passam a ser os nomes definitivos dos agentes etiológicos da Aids).

Em 1985, surgem os primeiros kits comerciais para diagnóstico sorológico.

Em 1987, o FDA (*Food and Drug Administration*) aprova a primeira droga para uso clínico, a zidovudina.

PATOGENIA

O vírus infecta a célula e se liga a receptores de membrana específicos, ocorre fusão do envelope do vírus com a membrana da célula hospedeira e então há a liberação do core do vírus para o citoplasma. Ocorre a transcrição do RNA viral em DNA complementar que é transportado ao núcleo celular e integra-se ao genoma da célula (provírus) ou permanece em forma circular isoladamente.

Esse provírus é reativado passando a produzir RNA mensageiro que retorna ao citoplasma da célula onde novas proteínas virais são processadas. Finalmente, ocorre a síntese de novas unidades de RNA que, juntamente com a formação da estrutura externa do vírus, irão formar novas partículas virais que serão liberadas pela célula hospedeira e poderá infectar novas células.

As células dendríticas ou de Langerhans constituem a primeira barreira imunológica quando o vírus entra no organismo por transmissão sexual. Estes macrófagos capturam os vírus nos tecidos periféricos e migram para os órgãos linfóides regionais, onde ocorre o contato entre o HIV e os linfócitos T CD4+.

As células de predileção apresentam receptores de membrana CD4 (CD4+), porém outras células podem ser infectadas.

Na fase inicial, poucos sítios linfóides estão infectados e, à medida que a infecção vai progredindo, vários órgãos linfóides são acometidos e começa a ocorrer a depleção das células T CD4+. As células T CD4+ *natural-killer* (NK) também são susceptíveis à infecção pelo HIV e, em fase mais avançada da infecção, as células T CD8+ também são infectadas.

Uma característica importante da infecção pelo HIV é a depleção progressiva de linfócitos T CD4+, o principal reservatório do HIV.

DIFERENÇA ENTRE HIV E AIDS

Essa é uma dúvida muito comum e a maneira mais fácil de esclarecer é referir que o paciente soropositivo para o HIV apresenta o vírus, mas não apresenta a doença. Mesmo assim pode estar transmitindo o vírus para seus parceiros sexuais, se prescindir do uso de preservativo. Pode permanecer desta maneira por muitos anos e, como não apresenta doença, não necessita de tratamento, a não ser nos casos das gestantes, para evitar contaminação do feto.

Já o paciente que apresenta Aids está na fase em que o vírus agrediu seu sistema imunológico e apresenta sinais e sintomas da doença, o CD4+ está baixo e deve receber tratamento.

FORMAS DE TRANSMISSÃO

RELAÇÃO SEXUAL	SANGÜÍNEA	TRANSMISSÃO VERTICAL
Desprotegida	Receptores de sangue e hemoderivados	Durante a gestação (menos freqüente no primeiro trimestre)
Durante a menstruação	Uso comum de drogas injetáveis ilícitas	Durante o trabalho de parto
Relação anal receptiva	Exposição ocupacional a material biológico	Durante aleitamento
Presença de outras DST (principalmente as ulceradas)	Consultório dentário	
	Manicures	
	Tatuagens	

Obs: Apesar de isolado em algumas secreções corpóreas como saliva, urina e lágrimas, estas não constituem formas de infecção, bem como o contato corporal não sexual e fômites.

ASPECTOS CLÍNICOS

Infecção aguda

Presente em cerca de 50 a 90% dos pacientes, sendo que o diagnóstico é pouco realizado e geralmente ocorre entre 5 e 30 dias do contato suspeito. É caracterizada por viremia elevada e resposta imune intensa. Durante a viremia ocorre queda dos linfócitos CD4+ que posteriormente aumentam, mas não chegam aos índices prévios à infecção. Os sintomas podem ser de uma gripe comum até sintomas semelhantes à mononucleose; duram aproximadamente 14 dias e o quadro é autolimitado.

A viremia se estabiliza em níveis variáveis dependendo da velocidade de replicação viral. A queda de células TCD4+ ocorre entre 30 a 90 células por ano, dependendo da velocidade de replicação e evolução para Aids.

Janela sorológica

É o período em que a pessoa já entrou em contato com o HIV e foi infectada, porém os testes sorológicos são negativos, ou seja, é o tempo entre a aquisição da infecção e a soro-conversão. Varia de 6 a 12 semanas após a aquisição do vírus, com período médio de dois meses. Os testes são capazes de identificar amostras de soro-conversão em até 95% dos casos 5,8 meses após a transmissão.

Fases da doença

ASSINTOMÁTICA (LATÊNCIA CLÍNICA)¹	SINTOMÁTICA INICIAL OU PRECOCE	AIDS (INÍCIO DE DOENÇAS OPORTUNISTAS)²
<ul style="list-style-type: none"> • Linfadenopatia generalizada flutuante • Alterações no hemograma • Exames bioquímicos (função renal, hepática, amilase, DHL) • Sorologia (para sífilis, hepatite, toxoplasmose, herpes, citomegalovírus) • RX de tórax • PPD • Perfil imunológico 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sinais e sintomas inespecíficos:</u> • Sudorese noturna • Emagrecimento • Trombocitopenia • <u>Processos oportunistas mais comuns:</u> • Candidíase oral e vaginal • Leucoplasia pilosa oral • Gengivite • Úlceras aftosas • Diarréia • Sinusopatias • Herpes simples recorrente • Herpes zoster 	<ul style="list-style-type: none"> • Vírus (citomegalovírus, herpes simples, leucoencefalopatia multifocal progressiva) • Bactérias (micobacterioses, tuberculose e <i>Mycobacterium avium-intracellulare</i>), pneumonias (<i>S. pneumoniae</i>) e salmonelose • Fungos: pneumocistose, candidíase, criptococose, histoplasmose. • Protozoários: toxoplasmose, criptosporidiose, Isosporíase • Neoplasias: Sarcoma de Kaposi, linfomas não Hodgkin, NIP anal e cervical, câncer de colo uterino

¹ Apesar de não ter sintomas, algumas alterações podem ser observadas que auxiliam no diagnóstico precoce.

² É a fase em que se instalam as infecções oportunistas, por queda imunológica; geralmente são infecciosas, mas podem ser também neoplásicas.

DIAGNÓSTICO**Exames laboratoriais:**

- detecção do antígeno do HIV.
- detecção de anticorpos contra o vírus: apesar de métodos indiretos, são os mais utilizados na prática clínica, e são eles: ELISA, IFI (imunofluorescência indireta) e Western blot.
- amplificação do DNA/RNA viral.
- isolamento viral em cultura de células.
- carga viral (quantificação plasmática de RNA), está indicada para prever a progressão da doença e monitorar a resposta ao tratamento antiretroviral. Indicada antes do início do tratamento e controle de 2 a 4 meses.
- contagem de linfócitos T CD4+ em sangue periférico por citometria de fluxo. É o maior preditor de risco para doenças oportunistas. Define a introdução do tratamento antiretroviral e permite o estadiamento da infecção.

Outros exames de rotina: hemograma completo, função hepática, função renal, glicemia, perfil lipídico, DHL, PPD, marcadores para Hepatite (A, B e C), sorologias para toxoplasmose, doença de Chagas e sífilis e radiografia de tórax.

Exames de triagem

O teste Elisa é o método padrão para rastreamento inicial de indivíduos com idade acima de dois anos, por ser de fácil execução e apresentar especificidade e sensibilidade superior a 99%.

No caso de positividade, deve ser realizado um segundo exame comprobatório que não o Elisa. No Brasil a maioria dos centros utiliza o IFI para confirmação, que também pode ser feita pelo Western Blot.

Testes sorológicos rápidos foram desenvolvidos e permitem um resultado em 10 a 20 minutos, podendo ser realizados no sangue, saliva e urina. Estes testes apresentam sensibilidade e especificidade muito alta (95%), mas não substituem o Elisa como triagem. Todos os pacientes que apresentarem positividade nos testes rápidos devem ser encaminhados para a realização de testes sorológicos de triagem.

Indicação dos testes rápidos:

- sala de parto
- gestantes que não fizeram o pré-natal
- acidente ocupacional
- abuso sexual e estupro (pesquisa no sêmem e secreção vaginal)

Medidas importantes para realização dos exames

- consentimento do paciente ou responsável legal
- esclarecimento prévio
- aconselhamento pré e pós teste

TRATAMENTO

Atualmente conta-se com a associação de medicamentos, denominada coquetel. Existem diversas drogas e a cada dia surgem medicamentos menos tóxicos e mais eficientes, porém com custos elevados.

Muitas medicações podem ser substituídas, pois o vírus pode adquirir resistência; por isso a importância das drogas novas e das associações.

Medicações mais utilizadas

1. Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN)

- Abacavir ABC
- Didanosina ddl
- Estavudina d4T
- Lamivudin TDF
- Zalcitabina ddC
- Zidovudina AZT ou ZDV

2. Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN)

- Delavirdin DLV
- Efavirenz EFV
- Nevirapina NVP

3. Inibidores da protease (IP)

Agem no último estágio da formação do HIV, impedindo a ação da enzima protease que é fundamental para a clivagem das cadeias protéicas produzidas pela célula infectada em proteínas virais estruturais e enzimas virais.

- Indinavir IDV
- Ritonavir RTV
- Saquinavir SQV
- Nelfinavir NFV
- Amprenavir APV
- Atazanavir ATV
- Lopinavir/r LPV/r

4. Terapia combinada

É o tratamento com duas ou mais drogas da mesma classe farmacológica ou de classes diferentes. Pode-se observar melhora no nível do CD4 e aumento da atividade antiretroviral e redução nos títulos plasmáticos de RNA/HIV. Além de redução na emergência de cepas multirresistentes.

Objetivos do tratamento com antiretroviral

Os objetivos principais são:

- supressão máxima e por maior tempo possível da replicação viral
- recuperação da imunidade dos pacientes quantitativa e qualitativamente
- prolongar a expectativa de vida
- melhorar a qualidade de vida

Quando iniciar a terapia antiretroviral

Para se iniciar uma terapia antiretroviral é necessária a avaliação clínica e laboratorial para determinar o grau de comprometimento imunológico.

Indicações precisas:

- todo paciente que apresente sintomas ou doença oportunista, independente da contagem de TCD4+
- paciente assintomático com contagem de linfócitos TCD4+ inferior a 200 células/mm³

Indicações relativas:

- pacientes assintomáticos com TCD4+ entre 200 e 350 células/mm³
- na impossibilidade de realizar contagem de TCD4+: linfócitos totais no hemograma menor que 1000/mm³ e Hb menor que 13g/dl.

Esquemas de tratamento

Atualmente o esquema ideal é a combinação de pelo menos 3 drogas, denominado de terapia antiretroviral potente, dando-se preferência para drogas de diferentes classes. Iniciar todas ao mesmo tempo em dose máxima.

Combinações mais utilizadas:

- 2 ITRN + 1 ITRNN
- 2 ITRN + 1 ou 2 IP

Combinações de resgate:

- 2 ITRN + 2 IP
- 2 ITRN + 1 ITRNN + 1 ou 2 IP

Combinações contra indicadas:

- AZT e d4T (efeito antagônico de uma droga com a outra)
- 3 ITRN (AZT/3TC/ABV; d4T/3TC/ABV; TDF/3TC/ABC): baixa eficácia.

Em outubro de 2004, o Comitê Assessor para Terapia Antiretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV, do Ministério da Saúde, sugeriu o uso de esquema com ITRNN como primeira opção e esquema com IP para pacientes virgens de tratamento.

A combinação AZT e 3TC é a associação de ITRN considerada de escolha para compor com outra droga de outra classe (ITRNN ou IP) como tratamento inicial.

Nos casos de intolerância ao AZT, o d4T é a droga de escolha para substituí-lo.

O TDF, devido ao alto custo e experiência limitada, está indicado como terceira opção. Além disso, o TDF deve ser obrigatoriamente associado ao 3TC e ao EFV, quando usado na terapia inicial.

Avaliação da resposta e falha terapêutica

1. Resposta ideal

- Redução da carga viral plasmática, sendo que o ideal é indetectável, ou seja, 50 ou 80 cópias/mm³, dentro de um período de 6 meses. Entretanto, uma redução maior que 90% da carga inicial nas primeiras 4 a 6 semanas, ou maior que 99% após 12 a 16 semanas, é considerado bom resultado.
- Aumento ou interrupção da queda dos linfócitos TCD4+.

2. Falha no tratamento

É a deterioração clínica ou laboratorial imunológica ou virológica na vigência de algum esquema terapêutico antiretroviral.

A falha é um fenômeno esperado, sendo que 10 a 20% dos pacientes apresenta falha no tratamento inicial (falha virológica primária). Dos que apresentam boa resposta, 20 a 50% apresentaram falha após 1 ano de tratamento (falha virológica secundária). As taxas de resposta de resgate são progressivamente menores.

3. Causas de falha de tratamento

- Baixa adesão (é a principal):
 - por efeitos colaterais
 - posologia
 - interações medicamentosas
- estados depressivos
- variações do humor
- reações de ajustamento
- medo de enfrentar o diagnóstico e o tratamento
- receio do preconceito e discriminação no ambiente de trabalho e familiar

4. Indícios de falha de tratamento

- presença de infecção oportunista
- elevação da carga viral (3 vezes o valor inicial)
- queda de TCD4+ (maior que 25% do valor absoluto)

5. Considerações importantes no novo esquema

- Diferenciar falha de intolerância ou toxicidade
- Após 2 falhas iniciar o novo esquema o mais rápido possível

6. Situações em estudo

- Interrupção do tratamento em pacientes com múltiplas falhas
- Interrupção programada e periódica

7. Aspectos importantes:

- Definir o momento do uso da terapia
- Melhor combinação
- Acompanhamento por médico treinado
- Diagnóstico precoce
- Profilaxia das infecções oportunistas
- Adesão satisfatória ao tratamento
- Comparecimento periódico ao serviço especializado
- Paciente adote práticas preventivas evitando reinfecção e transmissão para outras pessoas
- Sigilo no atendimento

HIV E DOENÇAS OPORTUNISTAS

São doenças que aparecem nos portadores do HIV à medida que a imunidade vai sendo comprometida.

Tipos de doenças

PULMONAR	GASTRINTESTINAL	NEUROLÓGICAS	NEOPLASIAS	OUTRAS
Pneumocistose	Esofagite por CMV	Toxoplasmose	Sarcoma de Kaposi	Micobacteriose atípica
Tuberculose	Colite por CMV	Criptococose	Linfomas não Hodgkin	Histoplasmose
	Diarréia por protozoário	LEMP (leucoencefalopatia multifocal progressiva)	Carcinoma invasivo de colo uterino	Doença de Chagas
		Demência		Leishmaniose

Tipos de infecções nas diversas fases

	INFECCIOSOS	NÃO INFECCIOSOS
CD4 > 500 mm³ (sem imunossupressão)	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome retroviral aguda 	<ul style="list-style-type: none"> • Linfadenopatia generalizada persistente • S. Guillan Barrée • Meningite asséptica
CD4 entre 200 e 500 mm³ (imunossupressão moderada)	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonias de repetição • Tuberculose pulmonar • Herpes zoster • Candidíase oral • Candidíase autolimitada • Leucoplasia pilosa oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia intraepitelial cervical • Câncer cervical • Linfomas de células B • Anemia • Sarcoma de Kaposi • Mononeurite múltipla • Púrpura trombocitopênica • Linfoma de Hodgkin • Pneumonia intersticial linfocítica
CD4 entre 50 e 200 mm³ (imunossupressão grave)	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> • Herpes crônico ou disseminado • Toxoplasmose • Criptococose • Coccidiomicose • Histoplasmose disseminada • Microsporidiose • TBC extra-pulmonar ou miliar • Leucoencefalopatia multifocal progressiva • Candidíase esofágica 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome consuptiva • Neuropatia periférica • Demência associada ao HIV • Linfoma cerebral • Cardiomiopatia • Mielopatia vacuolar • Polirradiculopatia progressiva • Linfoma imunoblástico
CD4 < 50mm³ (imunossupressão gravíssima)	<ul style="list-style-type: none"> • Citomegalovírus disseminado • Complexo <i>M. avium</i> disseminado 	

SITUAÇÕES ESPECIAIS

1. Quimioprofilaxia após exposição ocupacional

Encaminhamento entre 1 e 2 horas após o acidente, no máximo até 72 hs. A eficácia diminui quando iniciada 24 a 36 horas após exposição. A duração do tratamento é de quatro semanas. Nos caso de sorologia inicial negativa repetir com 12 semanas e 6 meses.

Recomenda-se, em situações de menor risco, 2 ITRN (AZT/3TC, preferencialmente) em formulação única e, em situações de maior risco, adicionar um IP (recomenda-se NFV ou IDV).

2. Estupro e outras formas de exposição sexual

Situações:

- Estupro
- Ruptura de preservativo com parceiro sabidamente infectado

Recomendação:

- iniciar tratamento dentro das 2 primeiras horas, no máximo até 72 horas após o contato
- informar sobre a falta de garantia da eficácia, efeitos colaterais e adesão estrita ao esquema
- esquema recomendado é AZT/3TC/NFV ou AZT/3TC/IDV por 4 semanas
- contracepção de emergência
- profilaxia de outras DST (sífilis, gonorréia, hepatite B e outras)

3. Gestante HIV positiva

Vem aumentando o número de mulheres infectadas pelo HIV no mundo todo através de relações heterossexuais. A transmissão vertical é a principal forma de infecção por HIV na população infantil, chegando a 90% dos casos notificados de Aids em menores de 13 anos no Brasil.

Aproximadamente 15 a 30% das crianças nascidas de mãe soropositiva para HIV adquirem o vírus na gestação, durante o trabalho de parto ou por amamentação. Essa transmissão ocorre mais no final da gestação, durante o trabalho de parto ou no parto propriamente dito.

Estudos (Protocolo 076 de *Aids Clinical Trials Group* – ACTG) comprovaram que o uso de AZT pela mulher durante a gestação, trabalho de parto, parto e pelo recém-nascido, pode reduzir a transmissão vertical em 70%.

Estudo realizado na Tailândia em 1998, demonstrou que o uso de AZT oral em curta duração, iniciado na 36ª semana de gravidez e mantido durante o trabalho de parto e parto, sem administração para o RN, e com substituição do leite materno, foi capaz de reduzir a taxa de transmissão vertical em 50%.

Orientações importantes:

- Aconselhamento quanto à transmissão ao RN
- Evitar paracenteses, episiotomia
- AZT via oral após 14ª semana, mesmo com CD4 normal
- AZT via EV durante o parto
- Tratar intercorrências
- Evitar bolsa rota por mais de 4 horas
- Clampeamento do cordão logo após a expulsão
- Retorno no 8º e 40º dias após nascimento
- Controle com hemograma e transaminases
- Avaliar manutenção do AZT
- Orientar a substituição do leite materno
- Doação de leite de banco de leite
- Fornecer drogas para inibir a lactação
- Enfaixamento da mama para diminuir lactação
- Encaminhar para infectologista ou serviço especializado em HIV
- Encaminhar para planejamento familiar.

4. Rn de mãe HIV positiva

O que é indicado:

- Desobstrução das vias aéreas delicadamente
- Lavar o recém-nascido com água e sabão
- Iniciar AZT 8 horas após o nascimento
- Tratar com AZT por 6 semanas
- Não fazer aleitamento materno

O que é contra indicado:

- aleitamento cruzado
- pasteurização domiciliar

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Bartlett JG, Galland JE. Clinical Management of HIV. Baltimore: Johns Hopkins Aids Service, 2003.
2. Berenguer J, Miralles P, Arrizabalaga J et al. Clinical course and prognostic factors of progressive multifocal leukoencephalopathy in patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2003; 36(8):1047-52.
3. Centers of Diseases Control and Prevention. Treatment of tuberculosis. American Thoracic Society, CDC, and Infectious Diseases Society of America. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2003; 52(RR-11):1-88.
4. Coelho ICB, Pires Neto RJ. Aids. In: Passos MRL. *Deesetologia, DST 5*. 5a ed. Cap. 31, Rio de Janeiro, Cultura Médica, 2005.
5. Dalglish AG, et al. The CD4(T4) antigen is an essential component of the receptor for the Aids retrovirus. *Nature* 1984; 312:763.
6. Demeter LM, Reichman RC. Detection of human immunodeficiency virus infection. In: Mandell GJ, Bennett JE, Dolin R. *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 5th ed. 2 vol. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2000.
7. Fox CH, Cotler-Fox M. The pathobiology of HIV infection. *Immunol Today* 1992;13:353.
8. Gallant JE. Antiretroviral Therapy Update from the 2nd IAS Conference. The Johns Hopkins University AIDS Service 2003; 5(5):1-4.
9. Greenblatt RM, et al. Genital ulceration as a risk factor for human immunodeficiency virus infection. *Aids* 1988; 2:47.
10. Meltzer MS, et al. Macrophages and the immunodeficiency virus. *Immunol Today* 1990; 11:247.
11. Miedema F, et al. Aids pathogenesis: a dynamic interaction between HIV and the immune system. *Immunol Today* 1990; 11:293.
12. Ministério da Saúde. Atualização das recomendações para tratamento da co-infecção HIV-tuberculose em adultos e adolescentes. Comitê Assessor para Co-Infecção HIV-Tuberculose. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico – Aids*, julho a setembro de 2001.
13. Ministério da Saúde. *Vigilância do HIV no Brasil: Novas Diretrizes*. Série Referência nº 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
14. Ministério da Saúde. *Crítérios de Definição de Casos de Aids em Adultos e Crianças*. Série Manuais Nº 60. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
15. Ministério da Saúde. *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Materno-Infantil do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes*. Série Manuais Nº 46. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
16. Ministério da Saúde. *Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes*. Série Manuais Nº 2. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Agravos à Saúde

1. Obesidade
2. Transtornos alimentares
3. Hipertensão arterial
4. Acne juvenil
5. *Piercings* e tatuagens na adolescência
6. Cefaléia
7. Distúrbios paroxísticos não epilépticos
8. Dismenorréia
9. Leucorréias
10. Distúrbios menstruais
11. Alterações mamárias na adolescência
12. Varicocele
13. Doença péptica e a infecção pelo *Helicobacter pylori*
14. Enurese noturna
15. Infecção urinária
16. Ginecomastia

OBESIDADE

Regina Celia Lucizani Muller

INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência de balanço energético positivo e que acarreta repercussões à saúde.

A obesidade é altamente predominante no mundo industrializado e desempenha importante papel nos múltiplos fatores de risco para a hipertensão, doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas, sendo que estas complicações são as que mais levam à morte nestes países.

Os autores chamam a atenção para o desenvolvimento de obesidade central em crianças e adolescentes, apresentando, portanto, maior probabilidade de risco para dislipidemia, hiperinsulinismo e diabetes tipo 2 que, em conjunto, constituem a síndrome metabólica.

A síndrome metabólica constitui um grupo de fatores de risco, incluindo a obesidade, resistência à insulina, hipertensão e outras anormalidades metabólicas. É altamente prevalente entre crianças e adolescentes obesos, chegando a 50% em jovens com obesidade grave.

No Brasil ocorre uma rápida transição sócio-econômica que contribuiu para o aumento da obesidade em crianças e adolescentes em todas as regiões do país, principalmente na Sul e Sudeste, encontrando-se uma prevalência de 9,6% e 9,3%, respectivamente.

DETERMINANTES DA OBESIDADE

- Nutricionais

Os aspectos mais relacionados ao aumento da obesidade têm sido as mudanças no consumo alimentar, com aumento do fornecimento de energia pela dieta e redução da atividade física, configurando um "estilo de vida ocidental contemporâneo".

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o problema na alimentação do brasileiro não está somente na quantidade de calorias ingeridas, como também na qualidade do alimento. A refeição do brasileiro é composta muito mais por carboidratos, dentre estes os açúcares, e o consumo de lipídios está próximo do estimado (30%), mas com excesso de gorduras saturadas.

Os programas nutricionais desenvolvidos para combater a desnutrição e que visavam complementar a alimentação nas creches e escolas promovem atualmente uma oferta de alimentos maior que as necessidades nutricionais.

- Genéticas e metabólicas

A obesidade está muito relacionada às condições ambientais, mas a ampla variabilidade da composição corporal pode ser resultante de características metabólicas herdadas.

Recentemente vários autores têm estudado os mecanismos através dos quais se expressam as influências genéticas. Estas poderiam estar relacionadas com a produção de substâncias neuroendócrinas e intestinais que controlam a ingestão de alimentos, com a eficiência do metabolismo basal e a termogênese, ou mesmo com a atividade física.

Há dois sistemas de controle da ingestão alimentar e do peso corporal: um de curto prazo, que determina o início e o término da refeição, relacionado com hormônios produzidos pelo intestino e outro de longo prazo, que é responsável pelo estoque de gordura, do qual a leptina e vários neuropeptídeos participam.

O balanço energético depende de várias influências, tanto de natureza endógena, relacionada com o sistema neuroendócrino, quanto de natureza exógena (estresse, fatores psicossociais e afetivos).

- Atividade Física

Define-se a atividade física como uma ação que está relacionada com a massa muscular e consequente alteração no metabolismo energético. Frente aos conhecimentos atuais dados pelos estudos da fisiologia do exercício, atividade física não deve ser confundida com a atividade desenvolvida no cotidiano, pois esta não é suficiente para produzir mudanças ou adaptações que modifiquem funcionalmente o organismo.

Sedentarismo, embora recentemente mais combatido por órgãos de saúde pública e por profissionais da saúde, continua a fazer parte da sociedade. Cada vez mais crianças e adolescentes assumem um estilo de vida que leva ao menor gasto energético (horas assistindo televisão, jogando videogame), constituindo um grande fator de risco para o aumento de peso. Ressalta-se que nesta fase estão sendo desenvolvidos os potenciais metabólicos capazes de estabelecer padrões predisponentes para sobrepeso que se manterão durante a vida adulta.

- Comportamento quanto ao hábito alimentar:

O desenvolvimento da obesidade pode ser influenciado por numerosos fatores ambientais e de comportamento que variam desde a condição sócio-econômica até a percepção da imagem corporal.

O desenvolvimento da função alimentar não é inato e se faz através das experiências precoces do bebê com a alimentação e ao longo de todo o processo evolutivo na primeira infância. O distúrbio do apetite pode ser somente um componente de uma alteração maior na organização psicológica que se mantém ou se concretiza na adolescência.

Os adolescentes encontram-se mais vulneráveis à influência da mídia, aos modismos, às dietas da moda e são muito influenciados pelo grupo de amigos, cujo papel é importante na manutenção de hábitos alimentares inadequados, como por exemplo, comer alimentos de rápido preparo e industrializados.

Além disso, os indivíduos obesos sofrem várias discriminações e recebem apelidos pejorativos; esta pouca aceitação pelo grupo reforça a baixa auto-estima, levando-o ao afastamento das atividades sociais com consequente depressão, falta de estímulo para atividade física, de lazer e outras próprias na vida do adolescente, como o relacionamento afetivo e sexual.

A obesidade dos pais representa a mais forte e consistente associação com a obesidade em crianças pois, quando os pais são obesos há risco 15 vezes maior das crianças se tornarem adultos obesos, independente do peso da criança. A obesidade em crianças está também associada ao tamanho da família (filho único), à ordem de nascimento (o mais jovem entre muitos), à classe social, ao estado conjugal, ao nível de apoio social e à baixa escolaridade dos pais.

Os estudos dos padrões de interação das famílias de obesos têm revelado que há um funcionamento denominado simbiótico, ou seja, os membros não se separam, dificultando a emancipação do adolescente e perpetuando a relação de dependência infantil.

DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DA OBESIDADE

A proposta da Organização Mundial da Saúde (1995) para definição de sobrepeso e obesidade na adolescência é o uso do índice de massa corpórea (IMC) como o melhor indicador do estado nutricional, pois tem a informação para a idade e foi validado como indicador da gordura corporal total nos percentis superiores das curvas de peso de uma população de referência. Calcula-se o IMC da seguinte maneira: peso (Kg) dividido pela altura ao quadrado (m^2). Os adolescentes com IMC igual ou acima do percentil 85 para

a idade são considerados como sobrepeso; apresentam obesidade quando o IMC é igual ou está acima do percentil 95 para a idade.

Como o IMC é uma medida não exata da massa de gordura total, o termo obesidade é mais bem empregado quando existe alto grau de gordura subcutânea. A aferição da espessura das pregas cutâneas tricipitais e subescapulares podem auxiliar na avaliação.

A razão entre as circunferências de cintura e quadril (RCQ) vem sendo empregada na avaliação da distribuição de gordura corpórea central. Os limites de RCQ para adultos igual a 0,95 para o sexo masculino e 0,80 para o feminino são os que melhor se associaram à capacidade preditiva da RCQ ser relacionada com doenças cardiovasculares.

A presença de *acantosis nigras* em pacientes com deposição de gordura central é um dado sugestivo de hiperinsulinismo e suas complicações metabólicas.

Dependendo do grau de obesidade e da associação com comorbidades a avaliação médica pode ser complementada por alguns exames laboratoriais, segundo o Comitê em Orientações Clínicas a Serviços de Prevenção em Obesidade para crianças e adolescentes (Tabela 1).

CONSIDERAÇÕES QUANTO À ABORDAGEM DO ADOLESCENTE OBESO

Vários programas de tratamento têm sido propostos, mas os resultados, em longo prazo, são ainda muito insatisfatórios. A falta de adesão ao tratamento por parte dos adolescentes e suas famílias foi verificada em vários estudos, sendo que a porcentagem de fracasso terapêutico varia de 30% a 80% e menos de 5% dos adolescentes que perderam peso conseguem mantê-lo ao final de dois anos de seguimento.

São três principais tópicos: reeducação alimentar, estímulo à atividade física e apoio psicológico e educacional.

As dietas com grande restrição calórica não são mais indicadas para o tratamento nutricional de obesos e, muito menos, para crianças e adolescentes. Sabe-se que o peso perdido em curto espaço de tempo é rapidamente recuperado, pois o organismo humano tem mecanismos que fazem o peso voltar ao inicial. O efeito sanfona, como um ciclo vicioso em que repetitivamente perde-se e ganha-se peso, associa-se a um risco aumentado para as alterações metabólicas descritas anteriormente.

A reeducação alimentar deve ser sempre enfatizada, envolve a escolha do alimento, o seu preparo e até o ambiente onde se faz a refeição. Deve-se sempre considerar o desenvolvimento puberal e as necessidades nutricionais de cada fase de vida.

O diário ou recordatório alimentar deve ser sempre uma ferramenta de trabalho do profissional, passando-se a conhecer as preferências alimentares, a rotina alimentar, se as refeições são fartas ou se existe o hábito de "beliscagem", etc, podendo-se, junto com o adolescente e a família, traçar um plano mais condizente com a realidade. Consegue-se levar à redução de peso em torno de meio quilograma por semana, através da redução de 30 a 40% da ingestão alimentar de gorduras saturadas e hidratos de carbono.

Orientar modificações dos comportamentos nutricionais: 1) alimentação variada, 2) substituição de açúcares e gorduras por frutas, verduras e legumes; 3) não deixar de fazer as refeições importantes, como café da manhã, almoço e jantar, 4) comer à mesa, evitando comer em frente à televisão; 5) evitar e com tempo abolir o alto consumo de alimentos do grupo de "calorias vazias" (baixo valor nutritivo): bala, chiclete, doce, refrigerante e o consumo de álcool.

O Ministério da Saúde produziu os dez passos para o peso saudável dentro do Plano Nacional para Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável, cujos objetivos são: (1) aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção à saúde e de manter peso saudável e levar uma vida ativa; (2) modificar atitudes e práticas sobre alimentação e atividade física; (3) prevenir o excesso de peso. Os passos são: 1. Ingerir frutas e verduras variadas, pelo menos duas vezes por dia; 2. Consumir feijão pelo menos quatro vezes por semana; 3. Evitar alimentos gordurosos como carnes

gordas, salgadinhos e frituras; 4. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele do frango; 5. Nunca pular refeições: fazer três refeições e um lanche por dia, no lanche escolher uma fruta; 6. Evitar refrigerantes e salgadinhos de pacote; 7. Fazer as refeições com calma e nunca à frente da televisão; 8. Aumentar a atividade física diária. Ser ativo é movimentar-se, evitar ficar parado, você pode fazer isto em qualquer lugar; 9. subir escadas ao invés de usar o elevador, caminhar sempre que possível e não passar longos períodos sentado assistindo à TV; 10. Fazer trinta minutos de atividade física todos os dias.

Com relação às orientações sobre a ingestão alimentar, estas baseiam-se na pirâmide alimentar, restringindo os alimentos que estão no topo da pirâmide (óleos, gorduras, açúcares e doces); entretanto, é importante realçar que algumas gorduras são importantes para o organismo.

Os três últimos passos recomendados pelo MS dizem respeito à prática de atividade física regular de pelo menos trinta minutos, preferencialmente, todos os dias da semana. Entretanto, as recomendações recentes convergem para um nível de atividade física maior do que o acúmulo de trinta minutos diários de atividade física moderada. O Instituto de Medicina Americano do Comitê de Alimentação e Nutrição recentemente sugeriu que a população americana realizasse pelo menos sessenta minutos de atividade moderada (caminhada/corrida entre 6 e 9km/h), para a manutenção da massa corporal saudável e para se obter os benefícios para a saúde da atividade física, independentemente da massa corporal.

Assim, para a adesão do paciente obeso, são necessários programas que reduzem a inatividade ou o sedentarismo, programando-se mudanças na rotina diária, levando-se ao desenvolvimento do “gosto pelo exercício físico” e garantindo a manutenção do hábito. Deve-se estimular o treinamento físico, que é a atividade física composta por exercícios adequados aos níveis da capacidade funcional do indivíduo em questão. O treinamento físico produz o consumo de oxigênio, adaptações metabólicas e neuroendócrinas que podem ser vantajosas para a prevenção e tratamento da obesidade.

Alguns autores sugerem que o exercício aeróbico acompanhado de treinamento de força mostra maior eficácia em prevenir a diminuição de massa magra e aumentar a queima de gordura em adultos, crianças e adolescentes obesos. O treinamento de força deve ser muito bem indicado e rigorosamente supervisionado.

Apoio psicológico

É importante que toda a família colabore. Se houver restrição a determinado alimento muito calórico, este não deve ser consumido pelos familiares. O ideal é que a família mude o seu cardápio baseado nas propostas da reeducação alimentar.

O apoio psicológico do profissional de saúde ao adolescente obeso e à família é importante, constituindo um método especial de compreensão da patologia, prevenindo-se o risco de haver “boicotes” ao processo de tratamento. Muitas vezes a psicoterapia individual ou familiar precisa ser indicada.

Tratamento medicamentoso

As medicações que diminuem a ingestão alimentar podem ser divididas em dois grupos: medicamentos catecolaminérgicos ou anoréticos, que incluem os clássicos inibidores de apetite e os medicamentos sacie-tógenos ou serotoninérgicos, que atuam aumentando a sensação de saciedade.

Ao primeiro grupo pertencem as drogas psicotrópicas como as anfetaminas que além, de inibirem o apetite, aumentam também a termogênese, mas seu uso é contra-indicado porque induzem ao vício.

As primeiras drogas serotoninérgicas usadas foram retiradas do mercado (flenfluramina e dexfenfluramina), devido à associação com lesões de válvulas cardíacas. A sibutramina é um inibidor da recaptação da serotonina e norepinefrina. A sibutramina age predominantemente no aumento da saciedade após o início da refeição.

O orlistat é uma droga que inibe a absorção de gorduras, contribuindo para o emagrecimento. Entretanto, por levar ao aumento do número de evacuações, há baixa adesão ao tratamento. Seu uso é indicado

para adolescentes muito obesos e para aqueles com graves comorbidades, ressaltando-se que pode levar à perda de nutrientes.

O uso de drogas e cirurgia para o tratamento da obesidade em adolescentes é considerado experimental e não tem seu uso clínico liberado. A inclusão de um paciente obeso em projetos de pesquisa deve ser realmente ponderada avaliando-se não somente sob o aspecto da obesidade mórbida, como também o perfil psicológico do adolescente.

O tratamento da obesidade constitui um desafio para o médico e o seu manuseio solicita um profissional que tenha várias competências. Entre elas, a abordagem integral da saúde. Deve-se entender a obesidade como patologia nutricional e familiar, e não como um problema de saúde auto-regulável.

Tabela 1: Recomendações do Comitê em Orientações Clínicas a Serviços de Prevenção em Obesidade para Crianças e Adolescentes

	FATORES DE RISCO	EXAMES DIAGNÓSTICOS
Percentil 85 - 94	Não Sim	Perfil lipídico (1) (1) + insulina e glicemia em jejum (2)
> Percentil 95	Sim ou não	(1) + (2) e painel bioquímico (perfil hepático, ac. úrico).
Dependendo da história clínica e do exame físico	-----	Hemograma, Avaliação cardiológica (Holter), RX extremidades, Estudo do sono, I.O.

Perfil lipídico = colesterol total e frações (HDL; LDL) e triglicérides.

Perfil hepático = dosagem das transaminases, fosfatase alcalina e gama glutamil transferase

I.O. = idade óssea.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
2. Mendonça C P, Anjos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/ obesidade no Brasil. Cad. Saúde Pública 2004; 20 (3): 698-709.
3. Ministério da Saúde: 10 Passos para o peso saudável. Disponível em: www.saude.gov.br
4. Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estudos sociais: nordeste e sudeste do Brasil 1975- 1989- 1997. Arq Brasil Endocrinol Metabolismo 1999; 43 (3):186-94.
5. Must A et al. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. N Engl J Med 1992; 327:135-8.
6. Pizzinatto VT. Obesidade Infantil: processo psicossomático evolutivo. São Paulo, Sarvier, 1992; 151p.
7. Stunkard AJ. Factores determinantes de la obesidad: opinión actual. In: La obesidad in la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Organización Panamericana de Saúde. Publicação científica no 578, 2000; p. 27-32.
8. World Health Organization. Physical status: The use and interpretation of anthropometry (WHO - Technical Report Series, 854), 1995; p.263-311 e 445-449.

TRANSTORNOS ALIMENTARES

Regina Celia Lucizani Muller

INTRODUÇÃO

Os principais transtornos alimentares são a anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimentar sem purgação.

Podem ser encontrados outros transtornos, como perda do apetite e hiperfagia de origem psicogênica, vômitos associados a distúrbios psicológicos, pica, etc.

Muitos autores, entre eles Russel, chamam a atenção para a dificuldade do diagnóstico de transtorno alimentar. Sugerem que a perda de peso de 3-5 quilos, embora transitória, e a ausência de três períodos menstruais podem ser indicadores suficientes de uma sensibilidade ao tamanho corporal. Do mesmo modo, outros traços que evidenciarão uma relação com anorexia nervosa seriam períodos prolongados de perda de peso significativa no decorrer de uma doença.

O padrão alimentar perturbado, com prolongada restrição da ingestão de alimentos, poderia ocorrer entre os acessos bulímicos, evidenciando uma relação entre as duas entidades.

A décima revisão da Organização Mundial da Saúde, em 1986, esclarece o uso do termo "bulimia nervosa com a anorexia nervosa" em virtude de compartilharem a mesma psicopatologia. Entretanto, os transtornos que enumera constituem um critério diagnóstico estrito, pois são todos os necessários para o diagnóstico da bulimia nervosa.

Deve-se fazer uma advertência enfática sobre os riscos que esta generalização implica, levando-se em conta que as exceções se dão em ambos os quadros, pois veja-se alguns elementos comparativos. Quanto à percepção dos estados internos, parece haver diferenças notáveis entre a anorexia nervosa restritiva e a bulimia. A primeira tem alexitimia, que é a dificuldade da paciente em perceber seus estados e sentimentos (fome, ansiedade, tristeza) e, por outro lado, a pessoa é mais capaz de exercitar a vontade para controlar as ânsias de comer.

Contrariamente, as bulímicas têm maior consciência dos estados internos e também menor capacidade de controlar seus impulsos.

Mais recentemente descreve-se um novo quadro, encontrado mais em meninos, conhecido como vigorexia (*Overtraining*) ou transtorno dismórfico corporal. Neste capítulo serão abordadas a anorexia e a bulimia.

ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa é um transtorno que geralmente se inicia em pessoas jovens, na época da puberdade, produzindo extrema perda de peso, a níveis no mínimo de 15% abaixo do peso normal do indivíduo. Muitas pessoas com esse transtorno apresentam-se extremamente emagrecidas, mas têm plena convicção de que estão com excesso de peso. Às vezes precisam ser hospitalizadas para evitar a inanção. Anorexia ocorre em 0,5 a 1% das adolescentes do sexo feminino com idade entre 14 e 17 anos.

A anorexia nervosa pode ser caracterizada pelos seguintes achados clínicos:

- 1) recusa em manter o peso corporal em nível igual ou acima do mínimo normal para a idade e altura;
- 2) perda de 15% do peso corpóreo ideal;
- 3) medo intenso de ganhar peso, ou de se tornar gordo;

- 4) distorção da imagem corporal que leva a perturbações no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, ou negação do baixo peso;
- 5) amenorréia por pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.

Pode-se distinguir dois tipos de anorexia nervosa: o tipo restritivo, que é o mais freqüente e a perda de peso é conseguida através de jejuns e dietas, ou exercícios excessivos; e o tipo compulsão periódica/purgativo, no qual o indivíduo apresenta regularmente comportamento de comer compulsivamente e/ou de purgação.

A desnutrição encontrada na anorexia pode repercutir gravemente no organismo, lesando órgãos vitais, como coração e cérebro. A desidratação pode ocorrer e contribuir para a ocorrência de constipação. A redução de gordura produz diminuição do calor corporal e menor resistência ao frio

Os pacientes podem apresentar aparência emaciada, unhas e cabelos tornam-se quebradiços, a pele é ressecada e recoberta por uma pelugem chamada "lanugo". As pacientes apresentam queixas de dor abdominal (geralmente secundárias à constipação intestinal), intolerância ao frio e letargia. A menstruação cessa, a freqüência respiratória, o pulso e a pressão arterial diminuem e a tireóide fica menos ativa. Pode ocorrer hipotensão arterial, hipotermia e bradicardia.

Sintomas depressivos como humor deprimido, retraimento social, irritabilidade, insônia são muito freqüentes entre as pacientes.

O quadro clínico da anorexia pode ter seu início associado com um determinado acontecimento estressante. A evolução clínica é altamente variável: a recuperação pode ocorrer após um episódio isolado ou apresentar padrão flutuante de ganho de peso, seguido de recaída ou mesmo desenvolver quadro crônico e deteriorante.

A hospitalização deve ser sempre indicada para restauração do peso e correção das alterações metabólicas. A mortalidade é alta, sendo maior que 10% e as principais causas são inanição, arritmia cardíaca, hemorragia gástrica, suicídio.

BULIMIA NERVOSA

Bulimia nervosa ocorre em 1 a 3% de adolescentes e adultas jovens. Estas pessoas ingerem grandes quantidades de alimentos (episódios bulímicos) e depois eliminam o excesso de calorias através de jejuns prolongados, vômitos auto-induzidos, uso de laxantes, diuréticos ou enemas ou a prática obsessiva de exercícios físicos. Algumas recorrem à combinação de todas essas formas de "desintoxicação".

Devido ao "comer compulsivo seguido de eliminação" em segredo, e ao fato de manterem seu peso normal ou acima do normal, as pessoas com bulimia conseguem muitas vezes esconder seu problema de familiares, amigos e médicos. Regimes rigorosos entre tais episódios são também comuns. Com o passar do tempo, as pessoas com bulimia podem desenvolver anorexia nervosa.

Essas pacientes geralmente apresentam: 1) episódios recorrentes de compulsão alimentar, periódica, caracterizados por: ingestão, em um período de tempo, de uma quantidade de alimentos maior do que a maioria das pessoas conseguiria consumir e acompanhada de sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante este episódio e, 2) comportamento compensatório inadequado e recorrente como auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejuns e exercícios excessivos.

O diagnóstico é confirmado quando a este quadro somam-se as seguintes características:

- 1) a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem em média duas vezes por semana, por três meses;

2) dificuldades com a auto-estima: a auto-avaliação dos indivíduos é excessivamente influenciada pela forma e peso do corpo.

As pacientes com bulimia nervosa, mesmo aquelas com peso normal, podem prejudicar gravemente seu organismo com o hábito freqüente de comer compulsivamente e se “desintoxicarem” em seguida. Em casos raros, a ingestão excessiva de alimentos causa ruptura do estômago; a “desintoxicação” pode resultar em insuficiência cardíaca por perda de minerais essenciais, como o potássio. O vômito causa outros problemas menos fatais, porém graves. O ácido clorídrico presente no vômito desgasta o esmalte dos dentes e pode produzir abrasões nas mãos, quando os dedos são introduzidos na garganta com o intuito de provocar vômitos. Além disso, ocorre inflamação do esôfago e intumescimento das glândulas salivares. As irregularidades menstruais também são freqüentes. O interesse sexual também pode diminuir.

Em resumo, as complicações mais freqüentes e graves são:

- Perda significativa e permanente do esmalte dentário;
- Aumento das glândulas parótidas;
- Irregularidades menstruais ou amenorréia;
- Distúrbios hidroeletrólíticos graves;
- Raras (porém fatais): ruptura do esôfago, ruptura gástrica e arritmias cardíacas.

TRANSTORNO DO “COMER COMPULSIVO”

Uma doença que se assemelha à bulimia nervosa é o transtorno do “comer compulsivo”. Como a bulimia, caracteriza-se por episódios de ingestão exagerada e compulsiva de alimentos (episódios bulímicos). No entanto, difere da bulimia, pois as pessoas afetadas não possuem a eliminação forçada dos alimentos ingeridos. Geralmente desenvolvem sobrepeso ou obesidade.

AVALIAÇÃO LABORATORIAL E RADIOLÓGICA DE ANOREXIA E BULIMIA

Os principais exames laboratoriais são: hemograma, dosagem sérica de eletrólitos, função renal, gasometria, avaliação do eixo hipotalâmico- pituitário- gonadal.

Os achados laboratoriais são: leucopenia e leve anemia; uremia, alcalose metabólica e hipocalcemia (ou acidose metabólica); níveis de T4 diminuídos; alterações no eixo hipotalâmico-pituitário-gonadal como diminuição do estrógeno e secreção de hormônio luteinizante.

Nestas pacientes a ingestão de cálcio é baixa e parece haver comprometimento do aproveitamento do cálcio; a avaliação radiológica é importante para a detecção precoce de osteopenia e osteoporose.

TRATAMENTO

Os transtornos alimentares são tratados com maior êxito quando diagnosticados precocemente. Infelizmente, mesmo quando têm o distúrbio constatado por familiares ou diagnosticado por algum médico, os pacientes podem negar que têm um problema. Assim, pessoas com anorexia podem não receber tratamento médico ou psicológico até que estejam muito desnutridas. Pessoas com bulimia freqüentemente têm peso normal e são capazes de esconder sua doença durante anos. Transtornos alimentares em homens podem passar despercebidos, já que a anorexia e a bulimia são relativamente raras em meninos e homens.

Deve-se enfatizar a importância do tratamento o mais precoce possível. Sabe-se que quanto mais tempo persistir o comportamento alimentar anormal, mais difícil será superar o distúrbio e seus efeitos no organismo. Em alguns casos pode ser necessário tratamento de longa duração. O apoio e incentivo da família e dos amigos podem desempenhar importante papel no êxito do tratamento.

Em caso de suspeita de um transtorno alimentar, especialmente se houver perda de peso, a primeira providência deve ser o exame físico completo para descartar outras doenças. Quando for diagnosticado transtorno alimentar, o médico deve avaliar se o paciente está em risco iminente e se requer hospitalização. Embora a maioria dos pacientes possa receber tratamento ambulatorial, alguns podem necessitar internação hospitalar.

As condições que exigem hospitalização são a perda de peso rápida e excessiva, desequilíbrios metabólicos graves, depressão clínica ou risco de suicídio, grave compulsão de ingestão e eliminação, ou psicose.

A complexa interação de problemas emocionais e fisiológicos nos transtornos alimentares torna necessário um plano de tratamento abrangente, envolvendo uma variedade de especialistas e de abordagens. O ideal é que a equipe de tratamento inclua clínicos, nutricionistas, psicoterapeutas e psicofarmacologista com conhecimento dos medicamentos psicoativos utilizados no tratamento.

Psicoterapia pode ser indicada conforme o caso, podendo ser individual, terapia familiar e terapia cognitivo-comportamental. Esta última parece fornecer resultados mais promissores, pois é uma forma de terapia que se propõe a ensinar os pacientes a modificarem pensamentos e comportamentos anormais.

Os medicamentos antidepressivos normalmente utilizados no tratamento da bulimia incluem desipramina, imipramina* e fluoxetina*.

(* disponíveis na rede pública)

Resumidamente o tratamento para anorexia compreende:

- Nutricional: encorajar hábitos alimentares rotineiros e evitar o ganho de peso como enfoque principal;
- Psicoterapia: cognitiva e/ ou comportamental;
- Medicamentos: antidepressivos tricíclicos (com o efeito colateral de estímulo do apetite) e sedação com neurolépticos.

Para a bulimia o tratamento tem enfoque diferente, em resumo:

- Nutricional: plano alimentar regular, uso do diário alimentar, anotações de pensamentos, sentimentos e comportamentos vivenciados em cada situação;
- Psicoterapia: cognitiva e/ ou comportamental: planejar horários das refeições e atividade física;
- Psiquiátrico: antidepressivos como fluoxetina ou tricíclicos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Abreu CN, Cangelli RF. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo construtivista de psicoterapia. Rev Psiquiatr Clin 2004; 31(4): 67-9.
2. Cordás TA, Neves JEP. Escala de avaliação de transtorno alimentares. Rev Psiquiatr Clin 1999; 26(1): 127-30.
3. Cordás TA. Transtornos alimentares: Classificação e diagnóstico. Rev Psiquiatr Clin 2004; 31(4):154-7.
4. Cordás TA. Transtornos alimentares em discussão. Rev Bras Psiquiatr 2001; 23(4):178.
5. Herscovici CR, Bay L. Anorexia nervosa e bulimia: ameaças à autonomia. Porto Alegre, Artes Médicas,1997.
6. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM – IV), 4a ed. Porto Alegre, 1995.
7. Russel G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. In: Herscovici CR, Bay L. Anorexia nervosa e bulimia: ameaças à autonomia. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Taís Helena Mastrocinque

Síndrome composta pela presença de níveis elevados de pressão arterial (PA) associados a alterações hormonais e fenômenos tróficos, como a hipertrofia ventricular e vascular.

São considerados hipertensos os adolescentes que apresentam níveis de PA sistólica ou diastólica acima do percentil 95 para sexo, idade e percentil de estatura, confirmados em duas aferições, em pelo menos três ocasiões diferentes e utilizando-se metodologia adequada.

A aferição da pressão arterial deve fazer parte do exame físico de rotina dos médicos de todas as especialidades. Publicação do *National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents* (2004) recomenda que seja aferida a PA em consulta de rotina em todos os indivíduos acima de três anos de idade.

METODOLOGIA DE AFERIÇÃO DA PA

Ambiente	Calmo, paciente sentado, repouso de 5 min. antes da aferição.
Posição do braço	Braço direito elevado e apoiado, altura do coração.
Posição do estetoscópio	Sobre a artéria braquial direita, na fossa cubital, abaixo do manguito.
Tamanho do manguito	Largura da porção inflável: 40% da circunferência do braço à meia distância entre acrômio e olécrano. Comprimento da porção inflável: 80 a 100% da circunferência do braço.
Pressão diastólica (PAD)	5º som de Korotkoff para qualquer idade.
PA diastólica = a zero	Aferir novamente com menor pressão do estetoscópio sobre a artéria: caso persista zero, considerar o 4º som de Korotkoff.
PAS e PAD a serem colocadas nas tabelas	Aferir a PA duas vezes com intervalo de dois minutos, obter as médias sistólica e diastólica e lançar nas tabelas.

O método de eleição é o auscultatório. Os esfigmomanômetros de mercúrio são os mais indicados.

O equipamento necessário para se utilizar em crianças acima de três anos até a adolescência inclui dois manguitos pediátricos de tamanhos diferentes, dois manguitos de adulto (adulto magro e adulto normal), um extra-grande para obesos e um para a coxa.

Os valores obtidos devem ser lançados em tabelas que levam em consideração sexo, idade e percentil de estatura. As novas tabelas mostram os percentis 50 (p50), 90 (p90), 95 (p95) e 99 (p99) de PA sistólica (PAS) e diastólica (PAD) para os parâmetros acima.

CLASSIFICAÇÃO

- **PA normal:** PA sistólica (PAS) e/ou diastólica (PAD) menor que o p90.
- **Pré-hipertensão:** PAS e/ou PAD entre p90 e p95. Em adolescentes, PA \geq 120/80 mmHg é considerada pré-hipertensão, mesmo que abaixo do p90 para sexo, idade e estatura.
- **Estágio 1 de hipertensão:** PAS e/ou PAD entre p95 e p99 mais 5 mmHg.

- **Estágio 2 de hipertensão (HA grave):** PAS e/ou PAD mais que 5 mmHg acima do p99 ou quando há lesão de órgãos-alvo.

Caso a pressão arterial se apresente acima do percentil 90, deve ser aferida mais duas vezes na mesma visita e a média obtida é lançada na tabela; deve-se classificar o estágio e:

Estágio 1: repetir a aferição em duas outras ocasiões diferentes e, se confirmado o diagnóstico de HA, iniciar investigação.

Estágio 2: encaminhar ao especialista para início da investigação e terapêutica.

Paciente sintomático: não importa o estágio, deve ser encaminhado para atendimento especializado e início da investigação e terapêutica.

Hipertensão Arterial Primária ou Essencial

Acredita-se que a hipertensão arterial primária tenha sua origem na infância. Estudos sustentam a hipótese de que a origem do processo de hipertensão se dê na vida fetal. Fatores perinatais relacionados à nutrição materna e/ou fetal e o baixo peso ao nascimento têm sido associados a maior número de óbitos por infarto agudo do miocárdio entre adultos e aumento dos níveis de pressão arterial durante a infância. Várias publicações têm mostrado que, além da HAS, outros fatores de risco para aterosclerose se manifestam precocemente, como obesidade e hiperlipidemia (aumento de triglicérides, diminuição de HDL). Estudos com ultrassonografia de alta resolução mostram que crianças e adolescentes com hipercolesterolemia apresentam disfunção endotelial detectada pela diminuição da dilatação fluxo-mediada da artéria braquial.

Hipertensão do Avental Branco

Fenômeno freqüentemente observado em adultos e adolescentes em que os níveis pressóricos aferidos no consultório são superiores aos obtidos através da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), aos aferidos em casa ou por outras pessoas que não médicos.

CAUSAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ADOLESCÊNCIA

As causas variam de acordo com a faixa etária:

De 6 a 12 anos: Doença do parênquima renal; estenose de artéria renal (doença renovascular); hipertensão primária ou essencial; coarctação da aorta; causas endócrinas; iatrogênicas

Adolescentes com mais de 12 anos: hipertensão primária ou essencial; hipertensão do avental branco; doença do parênquima renal; drogas/medicações, como: cocaína, anfetaminas, caféina, anticoncepcionais; doença renovascular; causas endócrinas.

INVESTIGAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL

A seqüência de investigação da HA dependerá da faixa etária, do estágio de hipertensão arterial e da presença de sintomatologia. Independente da situação, realizar história e exame físico meticolosos em busca de dados, sinais ou sintomas que auxiliem no diagnóstico etiológico.

Objetivos da investigação clínico-laboratorial:

- Confirmar a elevação da pressão arterial
- Avaliar lesões de órgãos-alvo
- Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares
- Diagnosticar a etiologia da hipertensão arterial

A anamnese deve incluir história familiar, antecedentes pessoais e perinatais, a fim de identificar fatores de risco como HAS, obesidade, hipercolesterolemia, acidentes vasculares cerebrais ou infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus, hábitos dietéticos e outros. Indagar sobre tabagismo, etilismo, uso de drogas lícitas ou ilícitas, uso de anticoncepcionais hormonais, irregularidade menstrual e hipertricose (nas adolescentes), uso de suplementos nutricionais, distúrbios do sono, antecedente de doenças renais ou urológicas, síndrome nefrítica ou pielonefrite, traumatismos, cardiopatias.

Os sintomas são muito variáveis e freqüentemente os pacientes são assintomáticos, especialmente adolescentes com HAS primária. Da mesma forma os sinais clínicos são mínimos e podem passar despercebidos ou não serem valorizados pelo médico. Nos adolescentes, a queixa principal é cefaléia, que costuma ser confundida com enxaqueca ou vício de refração oftalmológico. Também podem ocorrer: náuseas, vômitos, poliúria e polidipsia, alterações visuais, cansaço, irritabilidade, epistaxe, crescimento deficiente e outros.

Alguns sinais e sintomas são proeminentes e sugerem hipertensão secundária: crise hipertensiva ou encefalopatia hipertensiva, edema agudo de pulmão e insuficiência cardíaca congestiva, cardiomegalia, retinopatia hipertensiva, febre de origem indeterminada com perda de peso, paralisia de Bell, que pode ser recorrente e associar-se a crise hipertensiva em hipertensos crônicos com doença de base; crises de palpitação, sudorese e palidez em pacientes com feocromocitoma, perda de peso e taquicardia em casos de hipertireoidismo.

O exame físico deve ser completo: aferir pressão arterial nos quatro membros, seguindo rigorosamente os critérios metodológicos descritos, calcular índice de massa corpórea, palpar todos os pulsos, tireóide, e procurar sinais clínicos que direcionem o diagnóstico. O exame de fundo de olho deve fazer parte da avaliação de rotina. A investigação laboratorial deve incluir avaliação de fatores de risco e comprometimento de órgãos-alvo

Em todos os pacientes com HA confirmada deve-se iniciar a investigação com os seguintes exames: Hemograma; Urina tipo I e urocultura; Na e K; uréia e creatinina; Glicemia de jejum; Insulinemia; Triglicérides; Colesterol total e frações; Raios X de tórax; Ecocardiograma; USG renal (se possível, com Doppler das artérias renais); Retinografia.

Quando se trata de hipertensão grave (pacientes com estágio 2 de HA ou sintomáticos), deve ser descartada hipertensão secundária e estendida a investigação de forma direcionada, de acordo com os sinais clínicos e laboratoriais encontrados na primeira etapa: dosagem de renina periférica; dosagem de catecolaminas séricas e urinárias (feocromocitoma); dosagem de ácido vanil mandélico na urina (feocromocitoma); mapeamento com metaiodobenzilguanidina (feocromocitoma); T3,T4,TSH; cortisol (Cushing); uretrocistografia miccional (refluxo vesico-ureteral, bexiga neurogênica, válvula de uretra posterior); cintilografia renal com Tc99DMSA (nefropatia do refluxo, rins hipoplásicos, cicatrizes renais); tomografia computadorizada de crânio e abdome (tumores, malformações).

Na pesquisa da hipertensão reno-vascular: teste do captopril sensibilizado com dosagem de renina periférica; estudo com radioisótopo: Tc⁹⁹ DTPA sensibilizado com captopril; estudo com radioisótopo: Tc⁹⁹ MAG 3; angiorressonância magnética de artérias renais (ARM); angiotomografia computadorizada com reconstrução tridimensional de imagens ou tomografia helicoidal com contraste; arteriografia renal convencional ou por subtração digital e dosagem de renina nas veias renais.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Recomenda-se a mudança no estilo de vida, uma vez que diversos estudos mostram correlação positiva entre hábitos indesejados e HAS. As primeiras medidas a serem tomadas são a redução de peso e prevenção do ganho de peso ao longo do tempo, seguidas por atividades físicas regulares (exercícios aeróbicos) e alteração dos hábitos alimentares (diminuir a quantidade de sal dos alimentos, dieta rica em potássio, folhas verdes e fibras); evitar fumo, álcool, medicações que provoquem elevação da PA, etc.

CONDUTA TERAPÊUTICA DE ACORDO COM OS NÍVEIS DE PRESSÃO:			
PRESSÃO ARTERIAL	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C
Pré-hipertensão	Tratamento não farmacológico	Tratamento não farmacológico	Tratamento não farmacológico
HA estágio 1	Tratamento não farmacológico (até 12 meses)	Tratamento não farmacológico (até 6 meses)	Terapia medicamentosa
HA estágio 2	Terapia medicamentosa	Terapia medicamentosa	Terapia medicamentosa

Grupo A: Sem fatores de risco e sem lesões em órgãos-alvo

Grupo B: Presença de fatores de risco (exceto *diabetes mellitus*, insuficiência cardíaca ou renal) e sem lesões de órgãos-alvo

Grupo C: Presença de lesões em órgãos-alvo, doença cardiovascular, renal e/ou *diabetes mellitus*

Fonte: III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Indicações: hipertensão arterial secundária, hipertensão arterial grave (estágio 2) ou acompanhada de sintomatologia ou lesão de órgãos-alvo, hipertensão leve ou moderada mas sem resposta ao tratamento não farmacológico. Objetivo: reduzir a pressão para valores abaixo do percentil 95. Quando há associação com outros fatores de morbidade, a PA deve ser reduzida para valores abaixo do percentil 90.

Princípios gerais do tratamento medicamentoso:

- O medicamento deve ser eficaz por via oral
- Deve ser bem tolerado
- O tratamento deve ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas e, se não houver resposta, aumentar gradativamente a dose e/ou associar outro hipotensor de classe farmacológica diferente (quanto maiores as doses, maior a probabilidade de efeitos colaterais)
- Respeitar o período mínimo de quatro semanas para aumento de dose ou associação de novo anti-hipertensivo, exceto em casos especiais
- Instruir o paciente ou familiares sobre a doença, efeitos colaterais dos medicamentos utilizados e os objetivos terapêuticos
- Considerar condições sócio-econômicas.

Classes de anti-hipertensivos: Diuréticos; Inibidores adrenérgicos; Antagonistas dos canais de cálcio; Inibidores da enzima de conversão da angiotensina; Antagonistas do receptor de angiotensina II; Vasodilatadores diretos.

A escolha do anti-hipertensivo deve ser individualizada, iniciando-se com uma única droga em sua dose mínima recomendada. Uma vez atingida a dose máxima sem resultado ou se o adolescente apresentar efeitos colaterais, associa-se um segundo anti-hipertensivo.

Todas as classes de medicamentos anti-hipertensivos são eficazes no controle da PA em crianças e adolescentes e, portanto, a droga de escolha depende, além do fator etiológico, da preferência do médico ou de fatores relacionados ao paciente, como: fator econômico, facilidade de obtenção da medicação no serviço público, etc.

Não há experiência sobre o uso de produtos com **combinações fixas** de drogas na faixa etária pediátrica e, portanto, **não se recomenda** o uso destas combinações.

São associações eficazes de anti-hipertensivos:

- Beta-bloqueador + Diurético
- Inibidor de enzima de conversão + Antagonista de canal de cálcio
- Inibidor de ECA + Diurético
- Antagonista de AII + Diurético
- Antagonista de Cálcio + Beta-bloqueador

Deve-se rever a etiologia da hipertensão sempre que adolescentes classificados como hipertensos primários tornam-se refratários à combinação de duas drogas, já que esses pacientes costumam responder rapidamente ao tratamento. Se houver boa aderência e os níveis pressóricos não estiverem controlados, deve-se afastar o diagnóstico de hipertensão secundária.

Relação de anti-hipertensivos mais usados em crianças e adolescentes:

DROGA	DOSE
DIURÉTICOS	
Hidroclorotiazida*	1 a 3 mg/Kg/dia (máximo 100mg/dia)
Furosemida*	0,5 a 4 mg/Kg/dia (máximo 600mg/dia)
Espironolactona*	2 a 4 mg/Kg/dia (máximo 200mg/dia)
INIBIDORES ADRENÉRGICOS	
Cloridrato de propranolol*	0,5 a 8 mg/Kg/dia (máximo 480 mg/dia)
Atenolol*	1,0 mg/Kg/dose, até 3mg/Kg/dia (máximo 200mg/dia)
AÇÃO CENTRAL	
Alfa-metildopa*	10 a 30 mg/Kg/dia (máximo 3g/dia)
α-1 BLOQUEADOR	
Prazosina	25 a 150 µg/Kg/dia (máximo 20mg/dia)
ANTAGONISTAS DO CANAL DE CÁLCIO	
Nifedipina*	0,5 a 2 mg/Kg/dia (máximo 120 mg/dia)
Besilato de amlodipina*	0,1 a 0,6 mg/Kg/dia (máximo 20 mg/dia)
INIBIDORES DA ECA	
Captopril*	0,5 a 6 mg/Kg/dia (máximo 450 mg/dia)
Maleato de enalapril*	0,1 a 0,5 mg/Kg/dia (máximo 80 mg/dia)
INIBIDORES DE ANGIOTENSINA II	
Losartan potássico	0,9 mg/Kg/dia (máximo 100 mg/dia)
VASODILATADORES DIRETOS	
Minoxidil	0,2 a 5 mg/Kg/dia (máximo 100mg/dia)

OBS: As doses máximas referem-se às doses utilizadas para adultos

(*) disponíveis na rede pública

CRISE HIPERTENSIVA**Definição**

Elevação abrupta dos níveis pressóricos acompanhada de sinais e sintomas como cefaléia, alterações visuais recorrentes e vasoespasmos ao fundo de olho.

Pode ocorrer em indivíduos previamente hígidos ou em pacientes que já eram sabidamente hipertensos.

Fisiopatologia

Aumento agudo da resistência vascular sistêmica relacionado a agentes hormonais vasoconstritores. Os aumentos acentuados da PA provocam lesão endotelial e posterior necrose fibrinóide das arteríolas.

Urgência Hipertensiva

Na urgência hipertensiva a elevação da pressão não é acompanhada de sinais de disfunção orgânica. O paciente pode ser assintomático ou apresentar sintomatologia leve (irritabilidade, cefaléia, dor abdominal).

Emergência Hipertensiva

Na emergência hipertensiva há manifestações neurológicas, cardiovasculares ou renais (sinais de disfunção orgânica com risco de morte).

A gravidade da situação clínica não se correlaciona com o valor específico da pressão arterial, mas com a presença de acometimento de órgãos-alvo. Nos casos de hipertensão grave sempre há risco eminente de complicações.

Principais causas de crise hipertensiva na infância e adolescência

As causas podem ser transitórias ou permanentes:

- Glomerulonefrite aguda ou crônica
- Pielonefrite
- Coartação de aorta
- Estenose de artéria renal (hipertensão reno-vascular)

Encefalopatia Hipertensiva

Ocorre sempre que a pressão arterial ultrapassa os limites de controle do fluxo sanguíneo cerebral, havendo extravasamento de líquido para o espaço peri-vascular e conseqüente edema. Em hipertensos crônicos, esse limite é ultrapassado com níveis de pressões mais altos e o mecanismo de auto-regulação cerebral está alterado, de tal forma que esses pacientes são mais susceptíveis a fenômenos isquêmicos quando há redução abrupta da PA.

Sinais e Sintomas: Náuseas e vômitos; cefaléia; alterações visuais; crise convulsiva; acidente vascular cerebral; rebaixamento do nível de consciência.

Insuficiência Cardíaca: Vasoconstricção periférica, falência biventricular. Quadro clínico: taquicardia; dispnéia aos esforços; hepatomegalia; congestão pulmonar; estase jugular em crianças maiores.

Insuficiência Renal: oligúria; uremia; distúrbios hidro-eletrolíticos.

Investigação na Urgência

Lembrar que, quanto menor a faixa etária e mais grave a hipertensão, maior a probabilidade de se tratar de hipertensão secundária.

Nos casos graves e sintomáticos, geralmente há causa de base. História, antecedentes e exame físico adequados são essenciais.

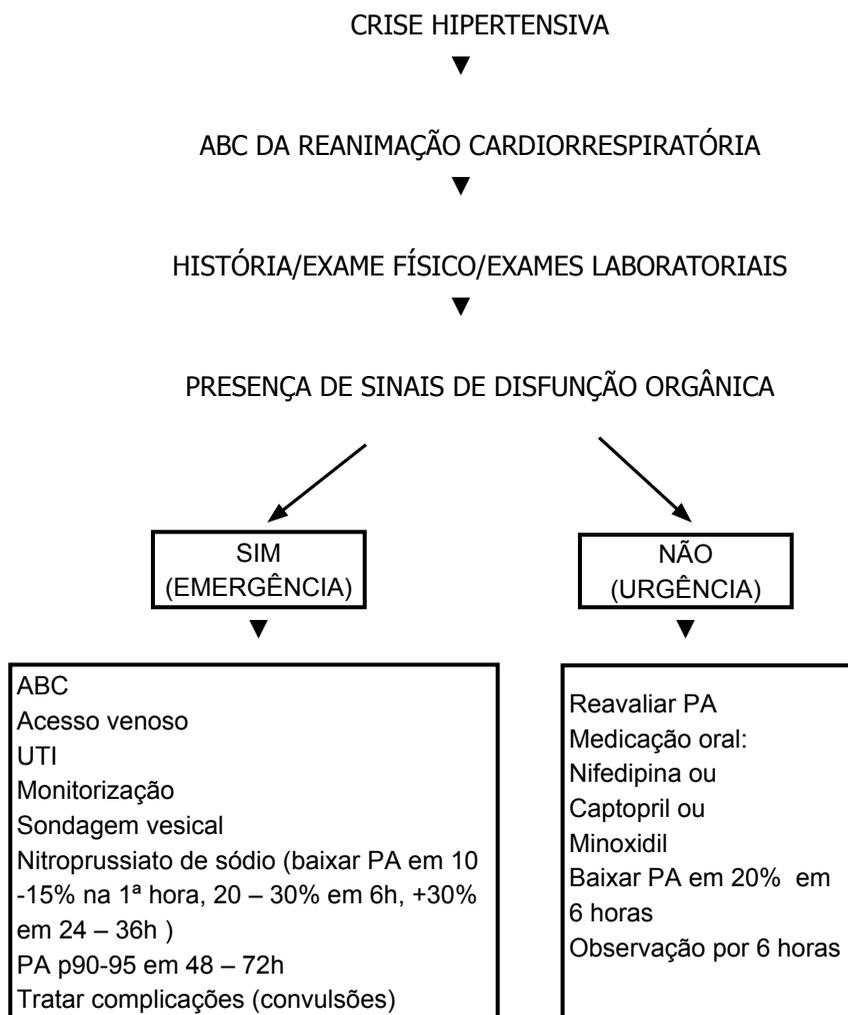
Devem ser realizados: Hemograma; Eletrólitos; Uréia e creatinina; Complemento total e frações; ASLO; Exame de urina tipo I; Raio X de tórax; ECG; Ecocardiograma assim que possível; USG renal assim que possível; Fundo de olho (papiledema).

Tratamento

Objetivos: Reduzir **gradualmente** a pressão arterial para estabilização do quadro, preservando-se órgãos-alvo e evitando-se complicações da terapêutica, como: neuropatia isquêmica do nervo óptico, mielopatia isquêmica transversa, acidente vascular cerebral isquêmico, insuficiência renal. A redução abrupta pode provocar hipotensão indesejável.

Reduzir os níveis pressóricos em torno de 20% do valor inicial nas primeiras horas. A normalização da PA ou retorno aos valores anteriores à crise deve ser obtida somente em 24 a 48 horas.

A **urgência hipertensiva** deve ser tratada com anti-hipertensivos orais; as **emergências hipertensivas**, com anti-hipertensivos endovenosos tituláveis e em unidade de terapia intensiva. Atualmente procura-se evitar o uso de nifedipina sublingual nas emergências, pois não há controle sob o efeito obtido. O risco é maior para pacientes hipertensos crônicos do que para aqueles previamente hígidos. Caso não haja outro recurso imediato, utilizar doses menores (0,1mg/Kg/dose) e repetir se necessário.



DROGA	DOSE	AÇÃO	PICO	DURAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS
NITROPRUSSIATO DE SÓDIO	0,5-10µg/Kg/min	Vasodilatador de leito arteriolar e venoso	segundos	Segundos a minutos	Inativado por luz Hipotensão Taquicardia Toxicidade por Tiocianato
DIAZÓXIDO	0,25-5,0µg/kg/min	Vasodilatador arteriolar direto	1-3 min	8-24h	Hipotensão, retenção de Na e água, estímulo simpático
HIDRALAZINA	0,1-0,5mg/kg	Vasodilatador arteriolar direto	10-30 min	4-12h	Taquicardia reflexa, cefaléia
ENALAPRILATO	5-10µg/kg/h por 8 a 24h	Inibidor da ECA	15 min	12-24h	Não usar em estenose de artéria renal, especialmente se bilateral
NICARDIPINA	1-3µg/kg/min	Bloqueador de canal de cálcio	minutos	10-15 min	Taquicardia reflexa, aumento de ciclosporina sérica

COMENTÁRIOS

Nitroprussiato de sódio (vasodilatador periférico): é o mais utilizado em nosso meio, menor custo mas com risco de toxicidade grave por seus metabólitos, principalmente se há insuficiência hepática ou renal. Aumenta a pressão intracraniana.

Enalaprilato: inibidor da ECA de uso contínuo endovenoso. Boa opção terapêutica nas emergências hipertensivas.

Fentolamina (bloqueador alfa exclusivo): agente alfa-adrenérgico, droga de escolha para crises hipertensivas catecolamina-induzidas (feocromocitoma)

Fenoldopam: droga de uso recente. Apesar do alto custo trata-se de agonista dopaminérgico de ação rápida com a vantagem de aumentar o fluxo sanguíneo renal e a excreção de sódio. Tem sido considerada droga de escolha em pacientes com hipertensão grave e insuficiência renal. Dose inicial: 0,1 mcg/Kg/min (máx. 1,6 mcg/Kg/min).

Diazóxido: tem efeitos colaterais importantes, retenção de sal e água, hiperglicemia.

Hidralazina: pode provocar hipotensão prolongada e de difícil controle. Não tem sido utilizada.

Atenção:

- Lembrar do uso de diuréticos nos casos de hipervolemia
- Ressalta-se que apenas os pacientes em emergência hipertensiva requerem redução imediata da PA, em todos os outros casos prefere-se o uso de anti-hipertensivos orais
- À medida que a PA esteja controlada, iniciar introdução de anti-hipertensivos orais

Tabela 1. Níveis de PA para meninas por idade e percentil de estatura

Idade (anos)	Percentil (PA)	PAS								PAD							
		Percentil de estatura								Percentil de estatura							
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95		
1	50	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42		
	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56		
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60		
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67		
2	50	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47		
	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61		
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65		
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72		
3	50	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51		
	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65		
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69		
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76		
4	50	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54		
	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68		
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72		
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79		
5	50	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56		
	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70		
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74		
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81		
6	50	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58		
	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72		
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76		
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83		
7	50	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59		
	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73		
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77		
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84		
8	50	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60		
	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74		
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78		
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86		
9	50	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61		
	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75		
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79		
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87		
10	50	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62		
	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76		
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80		
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88		
11	50	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63		
	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77		
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81		
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89		
12	50	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64		
	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78		
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82		
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90		
13	50	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65		
	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79		
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83		
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91		
14	50	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66		
	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80		
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84		
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92		
15	50	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67		
	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81		
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85		
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93		
16	50	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68		
	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82		
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86		
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93		
17	50	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68		
	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82		
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86		
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93		

PA= pressão arterial; PAS= pressão arterial sistólica; PAD= pressão arterial diastólica

Fonte: The Fourth Report on The Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents.6

Tabela 2. Níveis de PA para meninos por idade e percentil de estatura

Idade (anos)	Percentil (PA)	PAS							PAD						
		Percentil de estatura							Percentil de estatura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	50	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	50	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	78	79	80	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	50	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	50	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

PA= pressão arterial; PAS= pressão arterial sistólica; PAD= pressão arterial diastólica

Fonte: The Fourth Report on The Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents.6

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Clin Terap* 1998; 24(6): 231-272.
2. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2004; 82 (suppl IV) 1-40.
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42(6):1206-52.
4. Salgado CM, Carvalhaes J. Arterial hypertension in childhood. *J Pediatr (RioJ)* 2003; 79(Suppl) 1:S115-S124.
5. Update on the 1987 Task Force Report on High Blood Pressure in Children and Adolescents: a working group report from the National High Blood Pressure Education Program. National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents. *Pediatrics* 1996; 98(4 Pt 1):649-58.
6. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics* 2004; 114(2 Suppl 4th Report):555-76.
7. Report of the Second Task Force on Blood Pressure in Children, 1987. Task Force on Blood Pressure Control in Children. National Heart, Lung and Blood Institute, Bethesda, Maryland. *Pediatrics* 1987; 79(1):1-25.
8. Sorof JM, Portman RJ. White coat hypertension in children with elevated casual blood pressure. *J Pediatr* 2000; 137(4):493-7.
9. Barker DJ, Winter PD, Osmond C et al. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet* 1989; 2(8663):577-80
10. Strong JP, Malcom GT, McMahan CA et al. Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults: implications for prevention from the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth Study. *JAMA* 1999; 281(8):727-35.
11. McGill HC Jr, Herderick EE, McMahan C.A et al. Atherosclerosis in youth. *Minerva Pediatr* 2002; 54(5):437-47.
12. Aggoun Y, Bonnet D, Sidi D et al. Arterial mechanical changes in children with familial hypercholesterolemia. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2000; 20(9):2070-5.
13. Clarke WR, Schrott HG, Leaverton PE et al. Tracking of blood lipids and blood pressures in school age children: the Muscatine study. *Circulation* 1978; 58(4):626-34.
14. De Jongh S, Lilien MR, Bakker HD et al. Family history of cardiovascular events and endothelial dysfunction in children with familial hypercholesterolemia. *Atherosclerosis* 2002; 163(1):193-7.
15. Monteiro CA, D'a Benicio MH, Conde WL et al. Shifting obesity trends in Brazil. *Eur J Clin Nutr* 2000; 54(4):342-6.
16. Barker DJ, Osmond C, Golding J et al. Growth in utero, blood pressure in childhood and adult life, and mortality from cardiovascular disease. *BMJ* 1989; 298(6673):564-7.
17. Nonpharmacological approaches to the control of high blood pressure. Final report of the Subcommittee on Nonpharmacological Therapy of the 1984 Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 1986; 8(5):4444-67.

18. Shen BJ, Todaro JF, Niaura R et al. Are metabolic risk factors one unified syndrome? Modeling the structure of the metabolic syndrome X. *Am J Epidemiol* 2003; 157(8):701-11.
19. Dillon MJ. The diagnosis of renovascular disease. *Pediatr Nephrol* 1997; 11(3):366-72.
20. Taylor A, Nally J, Aurell M et al. Consensus report on ACE inhibitor renography for detecting renovascular hypertension. Radionuclides in Nephrourology Group. Consensus Group on ACEI Renography. *J Nucl Med* 1996; 37(11):1876-82.
21. Jensen G, Moonen M, Aurell M et al. Reliability of ACE inhibitor-enhanced ⁹⁹Tcm-DTPA gamma camera renography in the detection of renovascular hypertension. *Nucl Med Commun* 1993; 14(3):169-75.
22. Kiratli PO, Caner B, Altun B et al. Superiority of tc-99m MAG3 to tc-99m DTPA in treating a patient with mild renal artery stenosis. *Ann Nucl Med* 2001; 15(1):45-8.
23. Leung DA, Hagspiel KD, Angle JF et al. MR angiography of the renal arteries. *Radiol Clin North Am* 2002; 40(4): 847-65.
24. Vade A, Agrawal R, Lim-Dunham J et al. Utility of computed tomographic renal angiogram in the management of childhood hypertension. *Pediatr Nephrol* 2002; 17(9):741-7.
25. Flynn JT. Pharmacologic management of childhood hypertension: current status, future challenges. *Am J Hypertens* 2002; 15(2 Pt 2):30S-33S.
26. Rogan JW, Lyszkiewicz DA, Blowey D et al. A randomized prospective crossover trial of amlodipine in pediatric hypertension. *Pediatr Nephrol* 2000; 14(12):1083-7.
27. Rokicki W, Borowicka E. Use of converting angiotensin inhibitors in children II. Personal experience with enalapril. *Wiad Lek* 1997; 50(4-6):85-93.
28. White CT, Macpherson CF, Hurley RM et al. Antiproteinuric effects of enalapril and losartan: a pilot study. *Pediatr Nephrol* 2003; 18(10):1038-43.
29. Adelman RD; Coppo R, Dillon MJ. The emergency management of severe hypertension. *Pediatr Nephrol* 2000;14:422-7.
30. Calvetta A, Martino S, Von Vigier RO et al. "What goes up must immediately come down!" Which indication for short-acting nifedipine in children with arterial hypertension? *Pediatr Nephrol* 2003; 18:1-2.
31. Sapólnik R. Crise hipertensiva. *J Pediatr (Rio J)* 1999; 75(Supl 2):S207-S13.
32. Devlin JW, Seta ML, Kanji S et al. Fenoldopam versus nitroprusside for the treatment of hypertensive emergency. *Ann Pharmacother* 2004; 38(5): 755-9.

ACNE JUVENIL

*Antônio Carlos Madeira de Arruda
Débora Gejer*

INTRODUÇÃO

Acne vulgar ou juvenil é a dermatose mais freqüente entre os jovens. É uma doença crônica e inflamatória que acomete os folículos pilo-sebáceos localizados na face e na região ântero-posterior do tórax. Os padrões hormonais característicos da puberdade, em especial o aumento da testosterona, são os principais fatores desencadeantes da acne. Constitui um dos motivos mais freqüentes de preocupação do adolescente com seu corpo, merecendo atuação por parte do médico, desde orientação e seguimento, até tratamento vigoroso nas formas graves, para atenuar cicatrizes, não só físicas como também psicológicas.

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico caracteriza-se por seborréia, lesões não inflamatórias, inflamatórias e cicatriciais, localizadas em face, ombros e porção superior do tórax.

1. Lesões não inflamatórias:

- microcomedões: lesões sub-clínicas que originam as outras formas de acne
- comedões fechados: pequenos pontos da cor da pele que podem preceder a acne inflamatória (cravos brancos)
- comedões abertos: pequenos pontos pretos que dificilmente inflamam (cravos pretos)

2. Lesões inflamatórias:

- pápulas: lesões com diâmetro de até 1 milímetro
- pústulas: lesões papulares com conteúdo purulento
- nódulos: pequenos abscessos que se formam na derme pela junção de várias pápulas e pústulas
- cistos: lesões constituídas pela interligação de vários nódulos

3. Lesões cicatriciais

CLASSIFICAÇÃO

A acne pode ser classificada de acordo com as lesões predominantes em:

Não inflamatória:

- Grau I - acne comedogênica

Inflamatória:

- Grau II - acne pápulo-pustulosa (moderada)
- Grau III - acne nódulo-cística (severa; localizada na face)
- Grau IV - acne conglobata (severa e generalizada; atinge face e tronco)

TRATAMENTO

A severidade da acne segue um padrão hereditário e fatores ambientais podem atuar como agravantes. A tensão emocional e o ciclo menstrual podem intensificar o quadro de acne, porém a relação com a alimentação, raramente é observada.

É importante ressaltar que o adolescente deve ser alertado que o tratamento da acne é prolongado e que a melhora é gradual. O manuseio das lesões deve ser evitado pelo risco de infecção. O uso de cremes, cosméticos e a exposição ao sol podem piorar o quadro clínico.

Como medidas gerais, em qualquer grau de acne, o adolescente deve ser orientado a fazer higiene suave da pele e, se necessário, utilizar sabonete esfoliante. Protetor solar na forma de gel ou loção é indicado para ser usado durante o dia.

O tratamento específico é realizado conforme a predominância das lesões, baseado na classificação:

Grau I

Recomenda-se passar uma camada fina de retinóides tópicos (tretinoína, isotretinoína, adapaleno) ou ácido azelaico ou peróxido de benzoíla (Quadro 1).

Quadro 1: Tratamento da acne Grau I

medicação	concentração	apresentação	utilização
tretinoína	0,01% a 0,05%	gel ou creme	1x/noite
isotretinoína	0,05%	gel	1x/noite
adapaleno	0,1%	gel ou creme	1x/noite
ácido azelaico	20%	gel	1 a 2x/dia
peróxido de benzoíla	2% a 10%	gel, creme ou loção	1 a 2x/dia

Grau II

O tratamento eletivo neste caso, também é tópico.

Orienta-se tratar da mesma forma que o Grau I, acrescentando-se um antibiótico tópico como a eritromicina ou a clindamicina nas lesões, 1 a 2 vezes ao dia (Quadro 2).

Quadro 2: Tratamento da acne Grau II

medicação	concentração	utilização
eritromicina	2% a 4%	1 a 2x/dia
clindamicina	1%	1 a 2x/dia

Grau III

Faz-se o tratamento como no Grau I e associa-se por até 3 meses um antibiótico sistêmico como a tetraciclina, minociclina, limeciclina ou azitromicina (Quadro 3)

Quadro 3: Tratamento da acne Grau III

medicação	concentração	utilização
tetraciclina	500mg a 1g	1x/dia/1 a 3 meses
minociclina	100mg	1x/dia/1 a 3 meses
limeciclina	150mg a 300mg	1x/dia/1 a 3 meses
azitromicina*	500mg	1x/dia/3dias/3semanas

(*) disponível na rede pública

Não usar antibiótico tópico concomitantemente ao sistêmico. Os antibióticos tópicos ou sistêmicos não curam a afecção; permitem somente o controle e, algumas vezes, precisam ser repetidos por vários ciclos. Em casos mais graves, como na acne grau IV ou grau III resistente à terapia habitual, impõe-se a administração de isotretinoína por via oral.

Em resumo tem-se como orientação terapêutica:

ACNE GRAU I:

- retinóide tópico + sabonete esfoliativo ou
- peróxido de benzoíla + sabonete esfoliativo ou
- ácido azelaico + sabonete esfoliativo

ACNE GRAU II:

- tratar como Grau I + antibiótico tópico

ACNE GRAU III:

- Grau I + antibiótico sistêmico

ACNE GRAU III REFRACTÁRIO OU GRAU IV:

- isotretinoína VO

As cicatrizes deixadas pela acne são irreversíveis e, ao contrário das lesões, não têm cura. Sabe-se que, para o adolescente, a auto-imagem é essencial no desenvolvimento da confiança e na procura de sua independência. Torna-se, então, inconcebível nos dias de hoje, com o conhecimento da fisiopatologia da acne e com o arsenal terapêutico moderno à disposição do médico, que essa dermatose seja considerada como parte “normal” da puberdade. Portanto, não se deve esperar pelo desaparecimento espontâneo da acne, ao contrário, deve-se investir no seu tratamento adequado.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Aberastury A, Knobel M. Adolescência Normal. Um enfoque psicanalítico. Porto Alegre, Artmed editora, 1981.
2. Arruda ACM, Gejer D. Isotretinoína em Acne Severa: Relato de um Caso. In: Anais do 8th World Congress – International Association for Adolescent Health. Portugal, 2005.
3. Cunliffe WJ. The Sebaceous gland and acne – 40 years on. *Dermatology* 1998; 196:1:9-15.
4. Gollnick HP, Cunliffe WJ, Kerkhof PC, Caputo R, Cavicchini S, Cooper A, Fyrand OL, Layton AM, Leyden AM, Leyden JJ, Mascaro JM, Ortonne JP, Shalita A. Roaccutane treatment guidelines: results of an international survey. *Dermatology* 1997; 194:4:351-7.
5. Leyden JJ. Current issues in antimicrobial therapy for the treatment of acne. *J Eur Acad Dermatol and Venereol.* 2001; 15: 3:51-5.
6. Osório LC. Adolescente Hoje. Porto Alegre, Artmed editora, 1992
7. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. São Paulo, Artes Médicas, 1998.
8. Wolf JE. Potencial anti-inflammatory effects of topical retinoids and retinoid analogues. *Advances in Therapy* 2002; 19:3:109-118.

PIERCINGS E TATUAGENS NA ADOLESCÊNCIA

*Débora Gejer
Geni Worcman Beznos
Benito Lourenço*

O uso de *piercings* e tatuagens está se tornando cada vez mais popular entre os jovens de diversos países e em todas as camadas sócio-econômicas. Vários podem ser os motivos que levam o adolescente a fazer uso dessa prática, além do simples “modismo na adolescência”. As características inerentes dessa faixa etária, como a procura pela novidade, e o estímulo provocado pela mídia, provavelmente são as causas mais freqüentes. O pediatra deve abordar esses assuntos com o adolescente e seus familiares, numa postura ética e sensata, dispondo de corretas informações e orientações.

TATUAGEM E *PIERCING*

Tatuagem é a inserção na derme de pigmentos insolúveis, que podem permanecer indefinidamente na pele. O pigmento mais freqüentemente utilizado é a tinta da China.

A expressão *piercing* tem sido usada para designar um tipo de adorno (*body piercing*), jóia ou peça decorativa, inserida por perfuração, em certas partes do corpo. Sua aplicação pode ser realizada em uma ou várias regiões do corpo como, por exemplo, orelha, região superciliar, nariz, umbigo, boca (lábio, bochecha e língua), mamilo e genitais. Depois de colocado, dependendo do local de perfuração, existe um tempo variável para sua cicatrização. É importante que o médico conheça esse tempo, pois representa um período de vulnerabilidade, necessitando de intensa vigilância para possíveis complicações infecciosas. Os locais habitualmente utilizados têm os seguintes tempos de reepitelização: lóbulo da orelha – 1 a 2 meses; sobrancelha – 2 meses; asa do nariz, língua e lábios – 2 a 4 meses; área cartilaginosa da orelha – 4 a 6 meses; cicatriz umbilical – 6 a 12 meses.

CONTRA-INDICAÇÕES

Piercings e tatuagens são contra-indicados em grávidas, imunodeprimidos, indivíduos com tendência para formação de quelóides, com dermatites infecciosas, dermatites atópicas ou que tenham dermografismo. Também não são recomendados em jovens com discrasias sanguíneas ou em uso de anticoagulantes e naqueles com doenças cardíacas congênitas.

COMPLICAÇÕES

Tanto a colocação de *piercing* como a aplicação de tatuagem podem causar complicações.

Piercings: são descritos, em cerca de 10 a 30% dos casos, infecção ou sangramento no local de sua inserção. Na pele, a maior parte das complicações ocorre em região umbilical, seguida da orelha e nariz. Infecção é a complicação mais comum (mais de 75% das procuras por serviços de saúde), cujas manifestações típicas são dor e sinais flogísticos locais. A disseminação infecciosa subjacente, em particular as condrites em orelhas e nariz, é temerária, pelas implicações estéticas futuras. O risco de complicações infecciosas é bastante reduzido se forem tomados os cuidados com assepsia na colocação e na manutenção do *piercing*. Existe também, o risco de transmissão de hepatite B, hepatite C e tétano no procedimento de inserção por material inadequado. O HIV pode ser transmitido por utilização de material contaminado não esterilizado. Outras complicações descritas são as cicatrizes quelóides e as reações eczematosas

(dermatites de contato pelo material do dispositivo). Linfadenopatia pode ocorrer em qualquer indivíduo que tem um *piercing*. As complicações do adorno oral são: dor, edema, obstrução das vias aéreas, ranhura ou fratura de dentes, trauma gengival ou em mucosa, interferência na mastigação, dificuldade de fonação, hipersalivação, halitose, periodontite e aspiração.

Tatuagens: os riscos de transmissão de infecções também existem com este procedimento, principalmente com equipamentos não esterilizados. A complicação mais descrita é a dermatite de contato pelos pigmentos injetados na derme. Vale ressaltar que mesmo as tatuagens ditas “temporárias”, realizadas com henna, podem determinar complicações alérgicas. É interessante salientar que durante a adolescência, devido ao crescimento, a tatuagem sofre deformidade e distorção. Além disso, os pigmentos tatuados, com o decorrer dos anos, tendem a ficar turvos e se localizarem em regiões mais profundas da derme.

LEGISLAÇÃO

Não existe regulamentação sobre formação e certificação dos profissionais que inserem *piercings* e tatuagens. Comumente, os *piercers* (pessoas que inserem os dispositivos) não têm formação específica e aprendem a técnica simplesmente por observação. Além disso, sabe-se que os estabelecimentos que se destinam a tal finalidade apresentam freqüentemente absoluta precariedade.

Os profissionais que atendem adolescentes no estado de São Paulo devem estar cientes da lei estadual n.º 9828 que proíbe, desde 1997, a aplicação de *piercings* e tatuagens em menores de idade, mesmo sob consentimento dos pais. Desta lei, fica excluído apenas o furo no lóbulo da orelha. Se por um lado a lei se tornou um obstáculo maior para os adolescentes que desejam colocar esses adornos, por outro, tornou-se um problema, já que vários jovens resolvem fazer a perfuração de modo caseiro, ficando mais predispostos às complicações. Os adolescentes costumam, com freqüência, examinar as regras para quebrá-las. Apesar das leis e proibições terem o seu papel, elas não garantem a inexistência dos riscos e complicações. É importante que o médico oriente os adolescentes de forma adequada e trate, quando necessário, pacientes que se encontrem nessas situações.

CONSIDERAÇÕES PRÁTICAS PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Sugere-se que a abordagem do assunto com o paciente deva estar dissociada de visão discriminatória, privilegiando a reflexão e a crítica em relação aos aspectos particulares do tema na adolescência.

- Pode haver arrependimento ou mudança de idéia?

A adolescência é marcada pela procura de identidade e independência. A necessidade de experimentação e o processo de formação de sua identidade, com oscilações e mudanças podem constituir-se em elementos a serem considerados na tomada de decisão para a aderência a um movimento, tipo de grupo ou vestuário. São comuns na prática clínica as flutuações nos referenciais trazidos por adolescentes durante o seu acompanhamento. A experiência demonstra que, com a mesma intensidade com que um adolescente deseja, por exemplo, tatuar-se ou aplicar uma tintura em seu cabelo, ele procura, no futuro, retirá-la. É interessante que o adolescente perceba-se num momento de experimentações, identificando suas oscilações de gostos e envolvimento, postergando eventualmente atitudes intempestivas e, por vezes, irreversíveis. Nomes de namoradas, escudos de time de futebol, sinais cabalísticos ou uma simples menção ao surf pode virar algo indesejado.

O crescimento e o desenvolvimento conduzem o adolescente a novas posições sociais. Algumas “marcas” podem tornar-se inadequadas nesse “novo” momento e, por vezes, indelévels. As técnicas de remoção

de tatuagens, embora desenvolvidas, ainda estão distantes de grande parte da população. Inúmeras vezes uma "obra de arte" pode se transformar em uma cicatriz inestética.

Para a remoção das tatuagens podem ser utilizados métodos mecânicos, químicos, térmicos, cirúrgicos e lasers. São tratamentos difíceis, muitas vezes provocam hemorragias e cicatrizes hipertróficas ou atróficas e hipocrômicas, com seqüelas piores que a própria tatuagem. A remoção das tatuagens através dos raios laser é o método mais eficaz, embora caro, atuando sem prejudicar as estruturas de pele ao redor. O pigmento absorve a luz e a tinta é fragmentada pelo laser em micropartículas que são removidas pelo próprio organismo. Em geral são necessários de quatro a seis sessões para a remoção, dependendo do tamanho, profundidade e das cores utilizadas na tatuagem. As cores escuras como o azul e preto são as mais fáceis enquanto as mais claras, como o amarelo e o verde, as mais difíceis. Após a remoção podem ocorrer: manchas escuras ou claras que em geral são transitórias, reações alérgicas no local da remoção e casos raros de choque anafilático. As cicatrizes são complicações raras.

- E se houver complicações?

O uso de tatuagens e *piercings* pode envolver o adolescente em determinadas situações de risco, sem que ele, muitas vezes, tenha capacidade de percebê-las ou de se preocupar com conseqüências futuras. Deve ser clara e explícita a orientação ao adolescente sobre todas as potenciais complicações descritas para o procedimento desejado e suas conseqüências a curto e a longo prazo. Estratégias de redução dos riscos, como as orientações de perfurações em partes menos sujeitas a complicações, podem ser úteis. Deve haver sensibilização do adolescente aos cuidados específicos de manutenção.

O tema, na adolescência, exige de pais, educadores e profissionais de saúde percepção e postura adequadas. Dessa forma, independentemente da existência de leis, o fortalecimento do diálogo com os adolescentes constitui aspecto fundamental, podendo funcionar como fator de prevenção e proteção de riscos para estes indivíduos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Braithwaite R, Robillard A, Woodring T, Stephens T, Arriola KJ. Tattooing and body piercing among adolescent detainees: relationship to alcohol and other drug use. *J Subst Abuse* 2001; 13(1-2):5-16.
2. Bosio N, Pellegrini C, González P. VIH en adolescentes: estudio estadístico 1992/97. *Rev. Soc. Argent. Ginecol. Infanto Juvenil* 1998; 5(3):79-82.
3. Brown KM, Perlmutter P, McDermott RJ. Youth and tattoos: what school health personnel should know. *J Sch Health* 2000; 70(9): 355-60.
4. Campbell A, Moore A, Williams E et al. Tongue piercing: impact of time and barbell stem length on lingual gingival recession and tooth chipping. *J periodontol* 2002; 73:289-97.
5. De Moor RJ, De Witte AM, De Bruyne MA. Tongue piercing and associated oral and dental complications. *Endod Dent Traumatol* 2000; 16: 232-7.
6. Dibart S, De Feo P, Surabian G et al. Oral piercing and gingival recession: review of the literature and a case report. *Quintessence Int* 2002; 33:110-2.
7. Dotterud LK, Falk ES. Metal allergy in north Norwegian schoolchildren and relationship with ear piercing and atopy. *Contact Dermatitis* 1994; 31: 308-13.

8. Doumat F, Kaise W, Barbaud A, Schmutz JL. Basal cell carcinoma in a tattoo. *Comment On: Dermatology* 2003; 206(4): 345-6.
9. Erlich A, Kucenic M, Belsito DV. Role of body piercing in the introduction of metal allergies. *American Journal of Contact Dermatitis* 2001; 12:151-5.
10. Hardee PS, Mallya LR, Hutchinson IL. Tongue piercing resulting in hypotensive collapse. *Br Dent J* 2002; 188: 657-8.
11. Horle S, Kuba GB. Complications following eyebrow piercing. *Ophthalmologie* 2002; 99: 200-2.
12. Kretchmer MC, Moriaty JD. Metal piercing through the tongue and localized loss of attachment: a case report. *J periodontal* 2001; 72: 831-3.
13. Malvido KA, Forster J, Stengel FM, Cabrera HN. Reacciones de hipersensibilidad sobre tatuaje: presentación de cinco casos. *Arch Argent Dermatol* 2001; 51(6): 273-80.
14. Nishioka SA, Gyorkos TW, MacLean JD. Tattoos and transfusion-transmitted disease risk: implications for the screening of blood donors in Brazil. *Braz J Infect Dis* 2002; 6(4):172-81.
15. Price SS, Lewis MW. Body piercing involving oral sites. *J AM Dent Assoc* 1997; 128: 1017-20.
16. Ram D, Peretz B. Tongue piercing and insertion of metal studs: three cases of dental and oral consequences. *ASDC J Dent Child* 2002; 67: 326-9.
17. Talhari S, Talhari AC. Eczema de contato após tatuagem com black henna: estudo de dois casos. *An Bras Dermatol* 2002; 77(3): 341-3.
18. Watson R, Crofts N, Mitchell C, Aitken C, Hocking J, Thompson S. Risk factors for hepatitis C transmission in the Victorian population. *Aust N Z J Public Health* 1999; 23(6): 622-6.

CEFALÉIA

Débora Gejer
Marco César Rodrigues Roque

INTRODUÇÃO

A cefaléia é uma queixa bastante freqüente na adolescência, tanto no atendimento ambulatorial, bem como nos serviços de emergência.

Algumas características especiais da adolescência, como variações psicológicas e hormonais, influem no aparecimento e intensificação de determinadas cefaléias. O estresse emocional do amadurecimento psíquico, das modificações do corpo, da luta por tornar-se independente, do estilo de vida irregular (horas sem se alimentar, falta de sono, sono em excesso, etc.), do uso de álcool entre outros podem favorecer o desencadeamento ou a piora de uma cefaléia. Em relação às variações hormonais, é amplamente conhecida a freqüente associação de enxaqueca e de cefaléia tipo tensional a períodos menstruais e eventualmente ao uso de anticoncepcionais orais.

ETIOLOGIA

A cefaléia possui diversas etiologias e, de acordo com a Classificação Internacional das Cefaléias, pode ser classificada em primária e secundária. A primária é aquela onde não se observa nenhuma lesão estrutural que a provoque e a secundária aquela em que a dor de cabeça decorre de uma doença de base causada por quadros febris, infecciosos, doenças inflamatórias, acometendo ou não o sistema nervoso central.

A grande maioria das cefaléias na adolescência é primária e, entre estas, a migrânea (enxaqueca) e a cefaléia do tipo tensional são as mais comuns.

QUADRO CLÍNICO

- **Migrânea:** pode ser uni ou bilateral, com duração de 1 até 48 a 72 horas, precedida ou não por aura, de caráter latejante desde o início ou tornar-se latejante na maior intensidade, acompanhada por dor abdominal, náuseas ou vômitos, foto e/ou fonofobia, melhora com repouso, piora com movimentos e apresenta períodos assintomáticos entre as crises.

Fatores desencadeantes de migrânea: alteração do sono (aumento ou redução das horas de repouso); jejum prolongado; exposição solar prolongada; ansiedade; erro alimentar com ingestão de alimentos que contenham corantes e conservantes, como: salgadinhos, catchup, mostarda, refrigerantes, balas, chiclete, achocolatados, chocolate e frituras.

- **Cefaléia tipo tensional:** dor em aperto ou pressão, geralmente na região frontal ou occipital, nunca latejante, que dura de 30 minutos a 7 dias, de fraca a moderada intensidade, bilateral, não agravada por esforços ou atividades físicas, ausência de náusea ou vômitos.

DIAGNÓSTICO

A maioria das cefaléias na adolescência é primária e não existem exames laboratoriais que as comprovem, o diagnóstico vai depender de história e exame físico bem detalhados.

A anamnese deve ser o mais abrangente possível e conter características da dor como:

- Hora de início
- Fatores desencadeantes (atividade realizada antes da dor)
- Pródromos
- Intensidade: fraca, moderada ou forte
- Tipo: aperto, pressão, pontada, latejando, facada
- Localização
- Sinais e/ou sintomas que acompanham: escotomas, tontura, náuseas ou vômitos, foto e/ ou fonofobia, sudorese, palidez, parestesias ou outros
- Limitante ou não das atividades
- Duração (minutos, horas ou dias)
- Periodicidade
- Fatores de melhora
- Fatores de piora.

Para auxiliar no diagnóstico, prognóstico e conduta deve-se orientar o adolescente a preencher o “diário ou agenda da cefaléia” que deve conter as características descritas acima em cada episódio de dor.

O exame físico geral do paciente não deve ser negligenciado, bem como o exame neurológico e o fundo de olho. Essencial também é a avaliação dos diferentes aparelhos, pois pode indicar certas alterações que podem levar à dor de cabeça, como alterações pressóricas, sopros cardíacos secundários a lesões valvares, alterações pulmonares que podem levar à hipóxia.

É importante ressaltar que, sendo o diagnóstico das cefaléias eminentemente clínico, não há necessidade de realizar exames subsidiários, como Eletrencefalograma ou Tomografia Computadorizada de Crânio com e sem contraste, exceto nos seguintes casos: cefaléia de caráter progressivo, despertar noturno ou matutino com vômitos; cefaléia recorrente matinal; ataques repentinos de cefaléia; aparecimento de alteração ao exame neurológico ou fundo de olho, crises convulsivas previamente inexistentes, sinais de hipertensão intracraniana, mudanças no padrão da cefaléia; aumento da frequência e intensidade da cefaléia; resposta atípica ao tratamento.

TRATAMENTO

Orientação sobre fatores predisponentes e desencadeantes:

No tratamento das cefaléias primárias é essencial tranquilizar o jovem e sua família sobre o bom prognóstico de sua dor, pois esses estão sempre muito preocupados com doenças graves sistêmicas. O fato de esclarecê-los sobre a natureza benigna das enxaquecas ou cefaléias do tipo tensional, já diminui muito a ansiedade do adolescente e de seus pais.

A orientação sobre a existência de fatores desencadeantes e o seu reconhecimento, como falta de sono, fome, alguns tipos de alimento (queijos, chocolates), estresse, ingestão de álcool, ansiedade, fadiga, mudança de hábito de sono, uso excessivo de cafeína, entre outros, poderá ajudá-lo. Suporte psicológico para eventuais problemas emocionais pode ser importante.

O adolescente deve ser encorajado a ter hábitos alimentares saudáveis e sono regular. Contraceptivos orais não são contra indicados na enxaqueca. Porém, em pacientes que estão fazendo uso da pílula e que se queixam do aumento da severidade ou frequência da dor, essa deve ser suspensa. Alguns autores contra indicam os contraceptivos orais em meninas que apresentam enxaqueca com aura.

Tratamento propriamente dito:**1. Crises leves:**

Crises mais leves podem ser tratadas apenas com repouso e se possível com sono rápido e, se necessário, pode-se introduzir:

- Analgésicos simples
Ácido Acetil Salicílico* na dose de 500 mg ou
Dipirona* na dose de 500 mg ou
Paracetamol** na dose de 650 mg.
(*) disponível na rede pública
(**) disponível na rede pública, em apresentação gotas (200mg/ml)

2. Crises moderadas:

Nas crises moderadas e severas, o tratamento medicamentoso deve ser feito com:

- Antiinflamatório não esteróide
Ibuprofeno na dose de 300mg ou,
Naproxeno na dose de 275 mg.

3. Crises fortes

- Corticoterapia
- Diazepam*
- Clorpromazima*
- Sumatriptano nasal
Intranasal com spray na dose de 5 – 20 mg/dose
- Derivados do Ergot
- Tartarato de Ergotamina na dose de 1- 2mg VO
Repetir após 1 ou 2 horas se for necessário (máximo 4mg)
(*) disponível na rede pública

O pediatra, diante de uma cefaléia nesta faixa etária, deve fazer uma avaliação racional na busca da sua causa, através de história e exame físico completos. Somente quando estes apontarem para uma doença específica, exames complementares devem ser solicitados, evitando-se assim, encaminhamentos indevidos.

Após instituir o tratamento, o médico deverá solicitar retorno entre 2 e 3 meses. Caso não haja melhora na frequência e intensidade dos sintomas com o tratamento proposto, o diagnóstico deve ser revisto e se necessário o paciente deve ser encaminhado ao especialista (Neurologista Pediátrico).

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Bille B. Migraine in school children. Acta Paediatrica Scandinava 1962; 51 (suppl 136):1-151.
2. Gherpelli JLD. Tratamento das cefaléias. Jornal de Pediatria 2002; 78 (supl.1):S3-S8.
3. Comitê AD HOC da Sociedade Brasileira de Cefaléia. Recomendações para o tratamento da crise migranosa. Arq neuropsiquiatr 2000; 58(2A):371-89.

4. International Headache Society Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders Cranial Neuralgias and Facial Pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (suppl 7): 9-96.
5. Mac Gregor E. A. Menstruation, sex hormones, and migraine. *Neurologic Clinics* 1997;15 (1): 125-41.
6. Medline Plus – Medical encyclopedia: migraine/treatment. Em: www.nlm.nih.gov.
7. Rabello GD. Tratamento da enxaqueca e tipos de cefaléia. *Conduas em Neurologia HC/FMUSP* 1995:17-28.
8. Rosemberg S., Arita FN. Cefaléia. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. *Medicina do Adolescente*. São Paulo, Sarvier, 2003, p.215-20.
9. Rothner AD. Headache in children and adolescent: update 2001. *Semin Pediatr Neyrol* 2001; 8:2-6.
10. Silberstein SD, Lipton RB, Saper JR, Solomon S, Young WB. Headache and facial pain. *Continuum* 1995;1 (5): 8-77.

DISTÚRBIOS PAROXÍSTICOS NÃO EPILÉPTICOS

Egeu Bosse

INTRODUÇÃO

Entre 10 a 30% das crianças e adolescentes encaminhadas para clínicas de neurologia e epilepsia recebem diagnóstico incorreto de crise epiléptica, no caso de uma primeira ocorrência, e/ou epilepsia no caso de distúrbios ictais recorrentes. Uma grande variedade de distúrbios paroxísticos ictais pode parecer, pelo menos em parte, com crises epilépticas, por comprometer o nível de consciência de forma parcial ou total, inibir o comportamento, alterar as funções autonômicas ou mesmo as manifestações motoras, como abalos musculares ou clonias.

É objetivo deste capítulo expor e discutir de forma simples e clara um dos principais problemas que o pediatra geral enfrenta ao atender adolescentes e que motiva encaminhamentos ao neurologista ou a introdução de drogas antiepilépticas, desnecessárias no contexto terapêutico dos distúrbios paroxísticos não epilépticos (DPNE).

ETIOLOGIAS

Dentre as muitas etiologias possíveis para os DPNE, serão expostas aquelas mais freqüentes e que possam ter seu mecanismo fisiopatológico conhecido. Todas as causas abaixo descritas podem comprometer o nível de consciência, rebaixando-o parcial ou totalmente.

1. SÍNCOPE

Entre os eventos mais comuns que se assemelham às convulsões, estão as interrupções da respiração e a hipoxemia com hipoperfusão cerebral **transitória**, causadores de sinais e sintomas paroxísticos, por falha do metabolismo energético cerebral (cortical), genericamente chamados de **síncope** e que incluem causas específicas, que podem cursar com bradicardia (menos que 40 batimentos por minuto) OU taquicardia (mais de 150 batimentos por minuto) OU assistolia por mais de 4 segundos OU pressão arterial sistólica menor que 50 mmHg.

Indistintamente da causa específica, a hipóxia – isquemia cortical transitória, leva a uma seqüência de eventos, incluindo perda de consciência e do tônus postural, que pode seguir com aumento do tônus, com posturas em opistótono/decorticação e mesmo breves abalos musculares (clonias).

Constituem possíveis causas de síncope:

I. Distúrbios agudos do tônus vascular ou do volume sanguíneo

- * síncope neurocardiogênica – vasovagal e vasodepressora
estima-se aproximadamente 50% dos casos de síncope
- * hipotensão postural
atenção ao uso de drogas anti-hipertensivas e anti-depressoras
- * hipersensibilidade do seio carotídeo
- * síncope situacional ou circunstancial
tosse – valsalva – micção – deglutição

II. Distúrbios cardio-vasculares

- * arritmias cardíacas: bradiarritmias ou taquiarritmias
- * cardiopatias estruturais

III. Distúrbios cérebro-vasculares

- * insuficiência vértebro-basilar
- * migrânea vértebro-basilar

IV. Distúrbios mistos ou multifatoriais

V. Outros distúrbios assemelhados à síncope

- * hipóxia – hipoglicemia – ataques de ansiedade e pânico

A síncope deve ser obrigatoriamente diferenciada da crise epiléptica por características clínicas distintas como:

- fatores desencadeantes, como estresse emocional, hipotensão postural e Valsalva;
- presença de fatores premonitórios como escurecimento visual;
- postura ereta;
- transição da consciência à inconsciência gradual;
- breve período de inconsciência – segundos;
- abalos musculares breves – não mais que alguns segundos;
- palidez facial;
- confusão mental pós-evento dura poucos minutos;
- raramente encontra-se dor muscular OU mordidas na língua pós-evento, bem como incontinência esfinteriana.

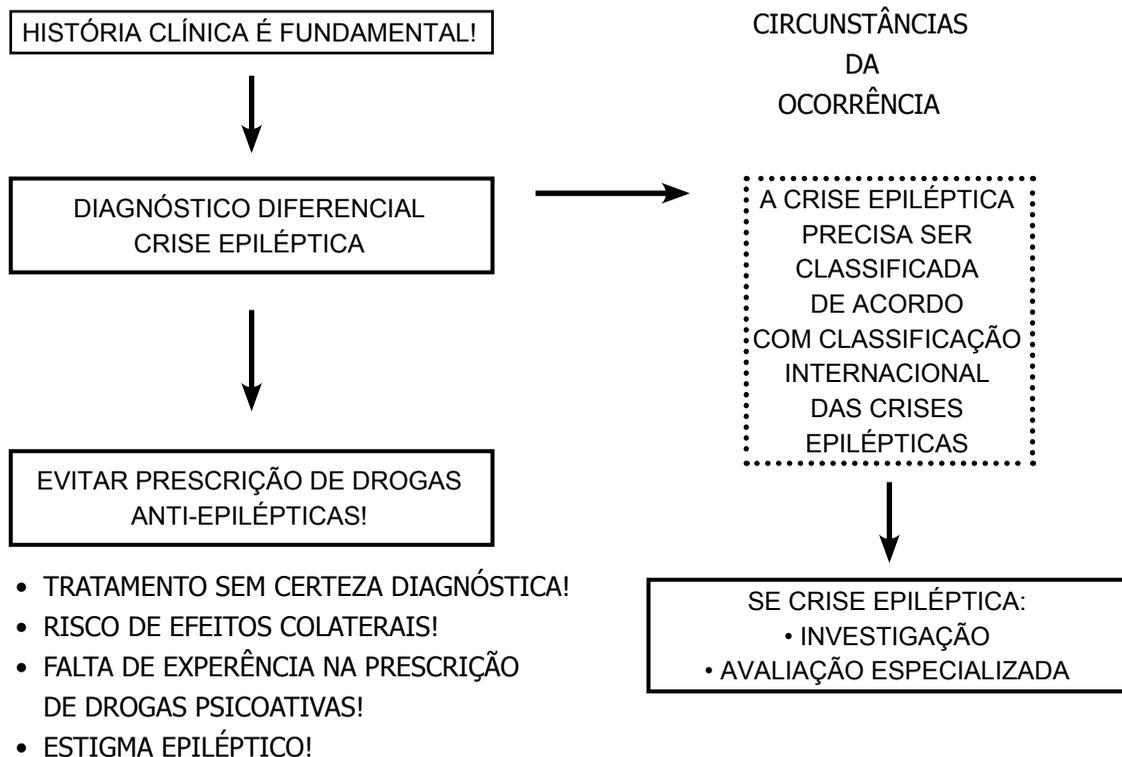
2. SÍNDROME VERTIGINOSA

Pode ser decorrente de disfunção labiríntica, como infecções e trauma (síndrome vertiginosa periférica) OU de alterações do nervo vestibular OU tronco encefálico (síndrome vertiginosa central), por causas diversas como, isquemia ou desmielinização, por exemplo.

As síndromes vertiginosas pouco freqüentemente levam à perda de consciência, haja visto a predominância de manifestações clínicas, como: vertigem; sintomas auditivos; nistagmo; desvio de membros superiores à manobras específicas e pulção.

3. DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO PAROXÍSTICOS:

Ataxia paroxística e distonia – coréia paroxística, são exemplos de transtornos do movimento agudos – ictais e recorrentes, com diversas etiologias, mas que invariavelmente não comprometem o nível de consciência.

ABORDAGEM DO PACIENTE COM PERDA DE CONSCIÊNCIA

- sempre orientar os familiares para que, se novos episódios ocorrerem, o paciente deve ser colocado deitado em decúbito lateral, de forma que a cabeça esteja na mesma altura do coração. As pernas podem ser elevadas a 45 graus, a fim de facilitar o retorno venoso.
- tranquilizar os familiares e o paciente, informando-lhes claramente sobre esta freqüente condição, em geral benigna e auto-limitada.

CONCLUSÕES

O conhecimento básico das várias condições associadas aos distúrbios paroxísticos não epiléticos é extremamente importante para o pediatra que atende adolescentes, a fim de evitar exames e avaliações especializadas desnecessárias, diagnóstico errôneo de epilepsia e exposição às drogas anti-epiléticas, sem propósito terapêutico específico e com potencial risco de efeitos colaterais nocivos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Jeavons PM NJon. Epileptic attacks in childhood. In: Rose FC. Research Progressin Epilepsy. London, Pitman,1983, p.224-30.
2. Metrick ME, Ritter FJ, Gates JR, Jacobs MP, Skare SS, Loewenson RB. Non epileptic events in childhood. Epilepsia 1991; 32:322-8.
3. Menezes MAS. Distúrbios paroxísticos não epilépticos. J Pediatr (Rio J) 2002;78: S73 - S85.
4. Lowenstein DH. Seizures and epilepsy. In: Braunwald E. Harrison's Principles of Internal Medicine 16th edition. Mcgraw - Hill. 2005, p. 2357-72.

DISMENORRÉIA

Geni Workman Beznos

DISMENORRÉIA PRIMÁRIA

Definição: a dismenorréia primária é a cólica uterina associada ao fluxo menstrual sem nenhuma evidência de doença pélvica orgânica. É a mais comum, ocorrendo em 95% dos casos. Está associada a ciclos menstruais ovulatórios. Inicia geralmente de 6 a 12 meses após a menarca, quando os ciclos ovulatórios estão estabelecidos. Nos casos típicos, a dor ocorre junto ou logo após o início do fluxo menstrual. Costuma ser mais intensa no primeiro dia da menstruação e raramente ultrapassa dois ou três dias.

Quadro Clínico: os sintomas da dismenorréia incluem dor de natureza espasmódica, em cólica, na região suprapúbica, podendo irradiar-se para a região lombar, sacra e face anterior das coxas. A intensidade é variável, desde dolorimento ou peso no abdome inferior, até dor intensa e incapacitante. É mais intensa em jovens nulíparas; com o passar dos anos e paridade crescente, os sintomas tendem a diminuir. O exame pélvico é normal.

Etiologia: as pesquisas dos últimos anos evidenciam as prostaglandinas (PG) E2 e F2-alfa, substâncias sintetizadas localmente no tecido endometrial, como responsáveis por sua gênese.

Diagnóstico: na maioria dos casos pode ser estabelecido pela anamnese.

Tratamento: a principal modalidade terapêutica é representada pelas inibidoras da síntese das prostaglandinas, que são medicamentos antiinflamatórios não-hormonais (AINH). O uso é limitado aos períodos sintomáticos e o alívio em alguns casos é imediato. Nos casos leves, pode-se utilizar calor local (bolsa de água quente na região suprapúbica) e analgésicos comuns (deve-se evitar ácido salicílico devido a alteração na agregação plaquetária). Nos casos moderados e graves, utilizam-se drogas inibidoras da síntese das prostaglandinas (Quadro 1).

Quadro 1 - Drogas inibidoras da síntese das prostaglandinas na dismenorréia

MEDICAMENTO	CADA COMPRIMIDO	POSOLOGIA
Ácido mefenâmico	500mg	500mg 1x, depois 250mg a cada 6-8 horas
Naproxeno	250mg	500mg 1x, depois 250mg a cada 6-8 horas
Naproxeno sódico	275mg	550mg 1x, depois 275mg a cada 6-8 horas
Ibuprofeno	200mg, 400mg	400mg a cada 4-6 horas
Piroxicam	20mg	20mg/ dia
Meloxicam	7,5mg, 15mg	7,5 a 15mg/dia

Os medicamentos devem ser iniciados na véspera do fluxo menstrual ou tão logo surjam os sintomas de dismenorréia, isto é, no primeiro sinal de cólicas e em geral são necessários por apenas um a três dias. Com as doses usadas por curtos períodos, os efeitos colaterais geralmente são mínimos, mas podem surgir cefaléia, tonturas e sintomas gastrointestinais, como náuseas e vômitos. O AINH deve ser utilizado por três ou quatro ciclos, antes que seja considerado ineficaz. Depois disso, pode-se realizar teste com medicamento de outra classe. Os anticoncepcionais orais (PCO) de baixa dosagem também são altamente eficazes no alívio da dor da dismenorréia primária. Eles devem ser usados no lugar das drogas inibidoras da prostaglandina em jovens sexualmente ativas, que necessitem de anticoncepção. Esses medicamentos inibem a ovulação e a liberação de prostaglandinas. Na prática, o uso por dois a três meses demonstra se as

pacientes apresentarão alguma melhora. Caso a jovem não melhore com o uso de AINH ou PCO, deve-se realizar avaliação rigorosa, com a finalidade de excluir outras causas responsáveis pela dismenorréia.

DISMENORRÉIA SECUNDÁRIA

Definição: é a cólica uterina associada ao fluxo menstrual, em que se evidencia a presença de doença pélvica orgânica. Raramente ocorre na adolescência, com incidência de apenas 5% dos casos. Várias doenças podem causar dismenorréia secundária (Quadro 2).

Quadro 2 - Causas ginecológicas associadas à dismenorréia secundária

- Doença inflamatória pélvica	- Endometriose
- Malformações congênitas do trato genital	- Dispositivo intra-uterino
- Complicações da gestação	- Pólipos uterinos
- Cistos e neoplasias do trato genital	- Infecções do trato genital

Diagnóstico: suspeita-se de dismenorréia secundária quando a dor for inco-mumente intensa, sem sinais de melhora com o tratamento habitual. Deve-se pensar em componente orgânico quando a duração das cólicas ultrapassar 72 horas. Além de história sugestiva, os exames abdominal e pélvico, incluindo toque vaginal e/ou retal, são fundamentais. Exames complementares, como: hemograma, hemossedimentação, parasitológico de fezes, colpocitologia oncótica e inflamatória, cultura dos fluidos genitais, exame ultra-sonográfico e laparoscopia, contribuem significativamente. A endometriose deve ser afastada, pois estudos sugerem alta incidência na adolescência. Nestes casos a dor, muitas vezes, inicia-se vários dias antes do sangramento menstrual e torna-se gradualmente mais intensa. O diagnóstico diferencial inclui dismenorréia primária e outras doenças que cursam com dor pélvica crônica

Tratamento: é necessário tratar a causa subjacente.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Beznos GW. Dismenorréia. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. Medicina do Adolescente. 2ª ed. São Paulo, Sarvier, 2003; p. 299-303.
2. Reis JTL, Silveira JS. Dismenorréia e Tensão Pré-Menstrual. In: Magalhães MLC, Reis JTL. Compêndio de Ginecologia Infanto-Juvenil. Rio de Janeiro, Medsi, 2003; p. 239-51.
3. Bastos AC. Dismenorréia, dor intermenstrual, tensão pré-menstrual. In: Bastos, AC. Ginecologia Infanto-Juvenil. 2ª ed. São Paulo, Roca, 1988; p. 39-46.
4. Coupey SM, Ahlstrom P. Distúrbios menstruais comuns. Clin Ped Am Norte, 1989;3:573-93.
5. Kenneth .N. Dor pélvica cíclica. Clin Obstet Ginecol Am Norte, 1990; 2: 417-29.
6. Klein JR; Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. Pediatrics 1981; 68: 661.
7. Kulig JW. Menstrual disorders. In: Strasburger CV. Basic Adolescent Gynecology. Baltimore, Urban & Schwarzenberg, 1990; p. 157-67.
8. Laufer MR, Goiten L, Bush M et al. Prevalence of endometriosis in adolescent girls with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy. J Pediatr Adolesc Gynecol, 1997; 10:199.

9. Medeiros S. Dismenorréia. In: Halbe H. Tratado de Ginecologia. São Paulo, Roca, 1987; p. 885-93.
10. Sanfilippo JS, Schroeder B. Dismenorréia e dor pélvica em adolescentes. Clin Ped Am Norte, 1999; 46: 555-71.
11. Simpson JL, Elias J, Malinak LR et al. Heritable aspects of endometriosis. Am J Obstet Gynecol, 1980; 137: 327.
12. Widholm O, Kanter RC. Menstrual patterns of adolescent girls according to the chronological and gynecological ages. Acta Obstet Gynecol Scand, 1971; 50 (Suppl. 14): 30.
13. Zeiguer BK. Ginecologia Infanto-Juvenil. Transtornos del Ciclo Menstrual. Buenos Aires, Panamericana, 1988.

LEUCORRÉIAS

Athenê Maria de Marco França Mauro

Leucorréia é o aumento considerável do conteúdo vaginal, podendo ter ou não cheiro desagradável, irritação, prurido ou ardência na vagina ou na vulva, dor ou ardor ao urinar e sensação de desconforto pélvico. Pode ser decorrente de secreção fisiológica, inflamação ou infecção da vagina e da vulva (vulvovaginite) ou do colo do útero (cervicite).

As leucorréias são o problema ginecológico mais freqüentemente encontrado entre crianças e adolescentes.

FISIOLOGIA DA VAGINA

A vagina fetal é estéril e tem pH entre 5,0 e 5,7. Nas primeiras 24 horas de vida surge uma flora mista e, devido à presença de glicogênio, ocorre colonização por lactobacilos de *Döderlein*. Em poucos dias, o pH cai para 4,0 a 5,0. Após duas a três semanas, com o decréscimo dos níveis estrogênicos, a mucosa vaginal torna-se delgada, atrófica, mais seca e levemente hiperemiada. O epitélio fica ausente de glicogênio, desaparecendo os lactobacilos de *Döderlein* e o pH eleva-se para 6,5 a 7,5. Na puberdade, devido ao estímulo estrogênico, ocorre a pluriestratificação do epitélio vaginal, que volta a conter glicogênio. A flora é mista, com predomínio de lactobacilos de *Döderlein* e o pH cai para 3,8 a 4,5.

LEUCORRÉIA FISIOLÓGICA

Surge cerca de seis meses a um ano antes da menarca, podendo cessar ou reduzir-se após a primeira menstruação ou persistir até a regularização dos ciclos menstruais. Decorre do aumento da produção de estrogênios e é proveniente da transudação de fluido da parede vaginal, produção de glândulas sebáceas e de Bartholin, secreção mucosa do epitélio colunar cervical e células de descamação do epitélio vaginal. É incolor ou branco-acinzentada, transparente e fina, com aspecto de clara de ovo, que se torna amarelada na roupa, após ressecamento. Não tem odor ou prurido, ardor ou processo inflamatório vulvar.

Tratamento: não necessita de medicamentos, consiste em:

- orientar a adolescente quanto à normalidade da secreção
- usar roupas íntimas de algodão, evitar roupas justas
- orientar higiene da região genital.

VULVOVAGINITES

A vulvovaginite é um dos problemas ginecológicos mais comuns que afetam a saúde da mulher. Considera-se vulvovaginite toda manifestação inflamatória e ou infecciosa do trato genital feminino inferior. As formas mais comuns de vulvovaginites são: Candidíase vulvovaginal, Vaginose bacteriana, Tricomoniase vulvovaginal.

CANDIDÍASE

Também conhecida como monilíase vaginal, causada pela *Candida albicans*, um fungo que cresce bem no meio ácido da vagina, podendo colonizá-la. Não é considerada uma doença sexualmente transmissível.

Sintomas: corrimento espesso tipo nata de leite, acompanhado de prurido, irritação intensa da vagina e vulva. Os sintomas podem piorar uma semana antes da menstruação e melhoram com o fluxo menstrual.

É considerada candidíase complicada ou recidivante a ocorrência de mais de três episódios de candidíase em um ano. Pode ser devido a:

- reinfecção a partir do parceiro não tratado
- distúrbios imunológicos
- resistência à terapia
- condições sistêmicas: diabetes, gravidez, imunossupressão, etc.
- outros fatores, como: uso de contraceptivos orais, quimioterápicos, antibioticoterapias, anovulação crônica e tabagismo.

Tratamento:

a) Não gestante: manter o tratamento mesmo com a menstruação

- Fluconazol* 1 cp de 150 mg dose única, VO
- Cetoconazol* cp de 200mg: 2cp VO ao dia, por 5 dias (após refeição).
- Miconazol* creme 2% ,1 aplicação à noite, por 7 dias
- Tioconazol creme 6,5%, 1 aplicação dose única ao deitar-se

b) Gestante: Nistatina ou Miconazol, não deve ser usado tratamento sistêmico.

- Em caso de infecção recorrente:
Miconazol* creme por 14 dias.
- Parceiros: devem ser tratados quando sintomáticos ou nas infecções recorrentes da parceira.
Fluconazol* 150mg dose única, VO.

(*) disponíveis na rede pública

TRICOMONÍASE VAGINAL

O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário anaeróbio e flagelado. A tricomoníase é considerada uma doença sexualmente transmissível.

Sempre encaminhar para exame Papanicolaou.

Quadro clínico: o corrimento é abundante, amarelo-esverdeado, espumoso e mal-cheiroso, homogêneo, com pH de 4,5 a 5,5, pode ocorrer prurido vulvar e vaginal, acompanhado ou não de disúria e dispareunia. Colo do útero em morango e dilatação das papilas vaginais são sinais clássicos de tricomoníase. Pode ocorrer ainda cervicite, bartolinite e adenopatia inguinal dolorosa.

Diagnóstico: confirmação por exame direto a fresco, com secreção diluída em secreção salina, em que se detecta a presença do protozoário, movimentando-se ativamente.

Tratar obrigatoriamente todas as pacientes, sintomáticas ou não.

O uso de Metronidazol garante uma taxa de cura de 95%.

a) Não gestante.

- Metronidazol*: 2g VO dose única ou
500mg, VO, 2x ao dia, por 7 dias, ou
- Tinidazol*: 2g VO, em dose única.

b) Gestante

Deve ser sempre tratada:

No 1º trimestre:

- Metronidazol* gel 0,75%, um aplicador 1 vez ao dia, por 7 dias e, considerar tratar sistemicamente após 14 semanas de gestação.

No 2º e 3º trimestre:

- Metronidazol*, 2g VO, em dose única.

Parceiro: sempre deverá ser tratado.

- Metronidazol*, 2g VO, em dose única.

(*) disponíveis na rede pública

VAGINOSE BACTERIANA

A vaginose bacteriana é caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal, representado por um aumento exagerado de bactérias anaeróbias (*Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus sp*, *Mycoplasma sp*), associado a uma diminuição importante dos lactobacilos acidófilos, que são agentes da vagina normal, responsáveis pelo pH ácido, que serve de barreira protetora contra bactérias patogênicas.

Sintomatologia: corrimento vaginal de odor pútrido, característico de peixe, proveniente da volatilização de aminas produzidas pelos anaeróbios, mais acentuado após o coito e período menstrual. Metade das mulheres são assintomáticas.

Atualmente a vaginose não é classificada como DST.

Encaminhar para exame Papanicolaou.

Diagnóstico: pH vaginal acima de 4,5; sintomatologia acima; presença de células características à microscopia óptica, denominadas clue cells (células do epitélio vaginal, escamosas, recobertas por cocobacilos aderidos à sua superfície, com aspecto granuloso e desaparecimento da nitidez das bordas celulares), com ausência de lactobacilos; teste da amina positivo (liberação de aminas com odor fétido, semelhante ao de peixe podre, após adição de hidróxido de potássio a 10% ao conteúdo vaginal).

Tratamento:

- Não gestante:

1) Metronidazol* 2g VO, dose única, ou
500mg, 2x ao dia, por 7 dias.

2) Tinidazol* 2 g VO, dose única.

3) Metronidazol* gel 0,75% - 1 aplicador vaginal, 2x ao dia, por 5 dias.

- Gestante:

1º trimestre: Metronidazol* gel 0,75%, 1 aplicador ao dia, por 7 dias.

2º ou 3º trimestre: Metronidazol*, 2g em dose única, VO.

Parceiro: vários trabalhos vêm apontando a total inutilidade de se tratar o parceiro sexual. Alguns autores defendem o tratamento de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Tratar: Metronidazol* 2g VO, dose única, ou

Tinidazol* 2g VO, dose única.

(*) disponíveis na rede pública

VULVOVAGINITE INESPECÍFICA SECUNDÁRIA À OXIURÍASE

Suspeita-se quando houver prurido anogenital noturno acompanhando o quadro de vulvovaginite.

Diagnóstico confirmado pela visualização dos vermes e pela realização do swab anal.

Tratamento:

- Albendazol*, 400mg, VO, dose única. Repetir após 2 semanas.

- Mebendazol*, 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 3 dias. Repetir após 2 semanas.

(*) disponíveis na rede pública

VULVOVAGINITES INESPECÍFICAS

Caracterizam-se por apresentar flora bacteriana mista, constituída por germes que normalmente colonizam a vagina e que, por alterações no ambiente vaginal, tornam-se patogênicos. O desequilíbrio da flora bacteriana vaginal ocorre nas seguintes situações:

- mucorréia cervical abundante secundária a ectrócios
- período menstrual, pois o sangue alcaliniza o ambiente vaginal
- ato sexual, pois o esperma eleva o pH vaginal para 6,0 a 7,0
- agressões físicas e químicas: roupas justas, tecidos sintéticos, sabonetes, etc.
- precária higiene perineal
- presença de corpo estranho na vagina
- uso de tampões vaginais
- estados de imunodepressão.

Quadro clínico: variado, desde corrimento branco até acastanhado, com odor discreto ou fétido.

Diagnóstico: história clínica, identificar possíveis fatores desencadeantes. A avaliação laboratorial consiste na determinação do pH vaginal, teste de aminas, exame microscópico de esfregaços de *swabs* vaginais tratados com solução salina ou hidróxido de potássio a 10% e, nas adolescentes que iniciaram vida sexual, coleta de amostras de colo uterino para pesquisa de clamídia e gonococo.

Tratamento:

- reduzir o processo inflamatório, melhorar as condições de higiene local e afastar os fatores desencadeantes. Na fase aguda do processo inflamatório, fazer banho de assento com água morna, sem sabão, 2x ao dia, por 15 minutos. Manter a região vulvar limpa e seca, não usar roupas justas e sintéticas. As vulvovaginites que não melhoram com o tratamento descrito, utilizado após 2 semanas e repetido, podem ser tratadas com antibioticoterapia intravaginal. Porém devem ser investigadas as seguintes possibilidades: doença dermatológica da vulva, corpo estranho intravaginal, abuso sexual, oxiúriase, diabetes mellitus e outras doenças crônicas, distúrbios emocionais, alergias. A aplicação intravaginal de antibióticos deve ser cuidadosa e realizada por aplicadores próprios para virgens ou sondas uretrais, quando não for possível utilizar aplicadores convencionais. Podem ser utilizadas soluções de ampicilina, gentamicina ou cloranfenicol, na forma de colírios ou soluções para aplicação parenteral, 1 a 2ml, intravaginal, todas as noites, por 7 a 10 dias consecutivos. Quando possível, podem ser utilizados cremes vaginais.

CERVICITES

CERVICITE GONOCÓCICA

Causada pela *Neisseria gonorrhoeae*.

Período de incubação: 3 a 5 dias.

Transmissão: contato sexual.

Quadro clínico: secreção mucopurulenta, intensa, amarelo-esverdeada que se origina na cérvix, a qual apresenta congestão e edema. Pode ocorrer disúria e urgência miccional decorrentes de uretrite. No sexo feminino, 60 a 70% podem ter sintomas inespecíficos, sendo um terço assintomático.

Complicações: bartolinite, salpingite, obstrução tubária com esterilidade, doença inflamatória pélvica aguda, endometrite. Complicações e localizações extragenitais incluem: anorretite, faringite, peri-hepatite, oftalmia, disseminação septicêmica, dermatite e artrite.

Diagnóstico:

1. Bacterioscópico: o esfregaço de material da endocérvice, corado pelo Gram, é um método pouco sensível.
2. Cultura em meios seletivos de Thayer-Martin modificado, Martin Lewis e CNY. É o método ideal para

diagnosticar a doença gonocócica na cérvix e em outras localizações

3. Imunoensaios ligados a enzimas, hibridização do ácido nucléico, reação em cadeia da ligase (LCR)
4. PCR.

Tratamento: o Ministério da Saúde recomenda um dos seguintes esquemas:

1. Ciprofloxacina*: 500mg, VO, dose única.
2. Tianfenicol granulado: 2,5g, VO, dose única.
3. Ceftriaxona: 250mg, IM, dose única.
4. Ofloxacina: 400mg, VO, dose única.
5. Cefixima: 400mg, VO, dose única.

(*) disponíveis na rede pública

Devido à possibilidade de coexistência de infecção por *C. trachomatis*, o Ministério da Saúde recomenda que os esquemas acima sejam associados ao uso de Doxiciclina*, 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 7 dias, ou Azitromicina*, 1 g, VO, dose única.

(*) disponíveis na rede pública

Considerações importantes:

1. pacientes com gonorréia devem ser submetidas à sorologia para sífilis e Aids,
2. devem ser avaliados e tratados, para gonococo e clamídia, os parceiros que tiveram contato sexual com a adolescente nos 60 dias que antecederam o início dos sintomas ou no momento do diagnóstico da infecção, ou o parceiro mais recente,
3. as relações sexuais devem ser suspensas durante o tratamento.

Parceiro: Azitromicina* 1g, VO, dose única, associada com norfloxacina*, 400mg, VO, dose única.

Gravidez:

- Amoxicilina* 500mg VO, 8/8 horas, por 7 dias ou
 - Estearato de eritromicina* 500mg VO, de 6/6 horas, por 7 dias
- associado a cefixima ou ceftriaxona, nas doses já descritas.

(*) disponíveis na rede pública

CERVICITE POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

A *C. trachomatis* é uma bactéria coco gram-negativo, parasita intracelular do epitélio colunar.

Transmissão: por contato sexual.

Quadro clínico: a maioria das infecções no sexo feminino é assintomática. Pode se manifestar como endocervicite, uretrite, doença inflamatória pélvica, infecção das glândulas de Bartholin e Skene.

Diagnóstico: confirmado por:

1. Citologia: inclusões citoplasmáticas semelhantes à lua em quarto crescente. O Papanicolaou é positivo em menos de 50% dos casos.
2. Imunofluorescência direta: segurança de acerto em 95 a 98% dos casos.
3. ELISA: sensibilidade de 85 a 100% dos casos.
4. Cultura: é o método mais sensível, porém de alto custo e altamente especializado.
5. PCR: alta especificidade e sensibilidade.

6. Sorologia: testes pouco específicos.

Tratamento:

- Doxiciclina*: 100mg, VO, 2x ao dia, por 7 dias.
- Azitromicina*: 1 g por dia, VO, dose única.
- Eritromicina*: 500mg, de 6 em 6 horas, VO, por 7 dias.
- Ofloxacina: 300 mg, 2x ao dia, VO, por 7 dias.
- Levofloxacina: 500mg, 1x ao dia, por 7 dias.
- Amoxicilina*: 500mg, 3x ao dia, por 7 dias.
- Gestante: Amoxicilina* ou Azitromicina*.
- Parceiro: Azitromicina*, 1g, VO, dose única.

HERPES GENITAL

É causado pelo *Herpes simplex* vírus tipo 2, um DNA vírus, em 90% dos casos e, em 10% dos casos, pelo tipo 1.

Período de incubação: varia de dois a 20 dias para a infecção primária.

Transmissão: por contato sexual ou objetos contaminados, sendo necessário haver solução de continuidade.

Quadro clínico:

- Infecção primária: no período prodromico pode ocorrer aumento da sensibilidade local, parestesias, mialgias, ardência ou prurido, antecedendo o aparecimento das lesões; leucorréia mucopurulenta. As lesões genitais externas são bilaterais e múltiplas; iniciam-se como vesículas ou pústulas sobre base eritematosa, evoluindo para úlcera, crosta e cicatrização em três semanas, acompanhada de dor local, disúria, parestesia, linfadenopatia inguinal dolorosa e de quadro sistêmico com febre, mal-estar, cefaléia e mialgia, que ocorre três a quatro dias após o aparecimento das lesões.
- Infecção recorrente: após a infecção primária, com sintomas ou não, o herpes simples ascende pelos nervos periféricos sensoriais, penetra nos núcleos das células ganglionares e entra em estado de latência. A recorrência das lesões pode estar associada a episódios de febre, exposição ao sol, traumatismo, estresse físico ou emocional, antibioticoterapia prolongada ou imunodeficiência. Os sintomas locais são mais leves, as lesões em menor número, geralmente unilaterais.

Diagnóstico:

- Cultura de vírus: do material das vesículas e pústulas, colhido até 7 dias após o aparecimento das lesões na infecção primária e dois dias na recorrente; se negativa, não exclui a infecção. Permite a tipificação do vírus.
- Citologia: revela a presença de células gigantes multinucleares. A coloração de Papanicolaou detecta inclusões virais.
- PCR e imunofluorescência direta.
- Sorologia: útil para triagem de infecção herpética progressa ou soroconversão na infecção primária.

Tratamento:

Não erradica a infecção, tem por finalidade encurtar o curso da doença e diminuir a sintomatologia. Encaminhar a paciente para exame ginecológico, onde será avaliada a necessidade ou não de tratamento específico.

Na infecção primária pode-se usar:

- Aciclovir*, 400mg, VO, de 8/8 horas, por 7 a 10 dias.
- Aciclovir*, 200mg, VO, 5 vezes ao dia, por 7 a 10 dias.

Na infecção recorrente, usar Aciclovir* nas mesmas doses, por 5 dias.

(*) disponível na rede pública

Tratamento sintomático: analgésicos ou antiinflamatórios. A limpeza das lesões pode ser realizada com solução fisiológica. Deve ocorrer abstenção sexual enquanto existirem as lesões. Indicado o uso de preservativo mesmo nos períodos assintomáticos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Bagnoli VR, Fonseca AM, Halbe HW, Ramos LO, Pinotti JA. Infecção genital baixa por *C. tracomatis*. *Brás Méd* 1995; 51:135-41.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3ª edição, 1999.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disponível em: www.cdc.gov
4. Françoso LA. Leucorréias. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. *Medicina do Adolescente*. São Paulo, Sarvier, 2003, p. 318-32.
5. Sweet RS, Gibbs RS. *Infectious Diseases of Female Genital Tract*, Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
6. Silva EP. Vulvovaginites. In: Piato S. *Ginecologia da Infância e Adolescência*. São Paulo, Atheneu, 1991, p. 105-15.

DISTÚRBIOS MENSTRUAIS

Geni Worcman Beznos

O ciclo menstrual inclui o período de tempo decorrido entre o início de um fluxo menstrual e o início do fluxo subsequente, sendo resultado da interação dinâmica entre o eixo hipotálamo-hipófise-ovários (HHO) e o trato genital.

O termo “menarca” designa a primeira menstruação e constitui importante evento na seqüência de amadurecimento do eixo HHO, sendo que não há duração determinada do fluxo, nem quantidade especificada de sangramento para sua caracterização. No Brasil, a idade média de ocorrência da menarca é de 12,2 anos, com variação entre 9 e 16 anos.

Os ciclos menstruais, durante os dois ou três primeiros anos após a menarca, são freqüentemente irregulares e anovulatórios devido à imaturidade do eixo HHO. A sua maturação é processo lento e calcula-se ser necessário de um a cinco anos para que ocorra. Segundo Widholm e Kantero (1971), 43% das adolescentes apresentam ciclos irregulares durante o primeiro ano e, ainda no quinto ano após a menarca, pode persistir irregularidade menstrual em 20% das mesmas.

Os ciclos menstruais normais têm duração habitual de dois a seis dias, com intervalo entre os fluxos de 21 a 35 dias, com perda sanguínea média de 30 a 80 ml (correspondendo à troca de quatro a seis absorventes bem molhados ao dia).

Apesar da irregularidade menstrual poder representar evento fisiológico durante os primeiros anos após a menarca, existem diversas condições patológicas (congenitas, endócrinas, hematológicas, psicossociais, entre outras) que podem se apresentar inicialmente como distúrbios menstruais durante a adolescência.

CLASSIFICAÇÃO DOS DISTÚRBIOS MENSTRUAIS

Referente ao intervalo:

Polimenorréia: ciclos com intervalos menores que 21 dias

Oligomenorréia: ciclos com intervalos maiores que 35 dias

Espanomenorréia: ciclos com intervalos maiores que 45 dias

Referente à quantidade:

Hipermenorréia: aumento da duração do fluxo (acima de oito dias)

Menorragia: aumento do volume menstrual (maior que 80 ml). Pode existir associação entre menorragia e hipermenorréia, caracterizando a hipermenorragia

Metrorragia: sangramento uterino em intervalos irregulares, sem caráter rítmico e com duração e volume variáveis

Hipomenorréia: diminuição da duração do fluxo (menor que três dias).

Referente à ausência:

Amenorréia primária: ausência da menarca numa adolescente de 16 anos com desenvolvimento puberal normal ou numa adolescente de 14 anos que ainda não iniciou o desenvolvimento puberal (atraso puberal) ou numa adolescente há mais de dois anos após a maturação sexual completa

Amenorréia secundária: ausência de menstruações há três ciclos em pacientes com estabilização das menstruações ou 18 meses após a menarca.

Referente a sintomas subjetivos:

Dismenorréia

Tensão pré-menstrual

Pseudodistúrbios menstruais:

Dor ovulatória ("dor do meio"): dor pélvica no meio do ciclo, correspondente à ruptura folicular. É dor de caráter agudo, variando de alguns minutos até um a dois dias

Sangramentos do meio do ciclo: decorrentes da queda dos níveis estrogênicos antes da ovulação. Na maioria das vezes o sangramento é autolimitado, não necessitando de terapêutica.

Dentre as anormalidades descritas, quatro grupos de irregularidades do ciclo menstrual ocorrem mais freqüentemente nas adolescentes: o sangramento uterino disfuncional (SUD), as amenorréias primária e secundária e a diminuição do fluxo menstrual (oligomenorréia ou espaniomenorréia).

SANGRAMENTO UTERINO DISFUNCIONAL (SUD)

O sangramento uterino anormal é freqüentemente observado nas adolescentes e pode ser caracterizado por perda excessiva de sangue durante o período menstrual.

Definição: O sangramento uterino disfuncional (SUD) é a principal causa e pode ser definido como sangramento endometrial anormal, sem qualquer patologia estrutural. O SUD em adolescentes resulta de ciclos anovulatórios em cerca de 90% dos casos, cujo mecanismo subjacente é a imaturidade do eixo HHO. Ocorre comumente nos dois primeiros anos pós-menarca.

Diagnóstico: O diagnóstico de SUD deve basear-se na anamnese, exame físico (incluindo exame pélvico) e exames laboratoriais selecionados. A história deve incluir idade da menarca, tipo e quantidade do sangramento menstrual, sintomas de hipovolemia, atividade sexual, traumatismo genital, doenças sistêmicas, uso de algum método contraceptivo, uso atual ou progresso de quaisquer fármacos ou ocorrência ou não de gravidez. Além disso, o médico deve inquirir sobre fatores de estresse social e alterações recentes de peso. No exame físico geral, devem constar os sinais vitais ortostáticos que podem indicar perda significativa de sangue. O exame pélvico é recomendável a todas as pacientes, especialmente para as sexualmente ativas. O exame especular é importante para detectar traumatismo vaginal ou presença de corpo estranho e coleta de amostras laboratoriais para pesquisa de infecções por *Clamidia* e *N. gonorrhoeae*, além de realização de esfregaço de Papanicolaou. O SUD é diagnóstico de exclusão.

Os exames laboratoriais podem incluir:

- Teste de gravidez
- Hemograma completo
- Provas funcionais da tireóide: seus distúrbios influem no ciclo menstrual. Em geral, o hipotireoidismo primário pode provocar irregularidade menstrual e anovulação.
- Provas funcionais do fígado: insuficiência hepática, em geral, pode determinar hiperestrogenismo. Se o estradiol não for metabolizado, passará a exercer ação mais intensa e continuada sobre o endométrio, causando hiperplasia endometrial. A menorragia pode ser agravada pela hipoprotrombinemia.
- Prolactina, FSH e LH: O aumento da prolactina está relacionado com irregularidade menstrual e anovulação. Se o LH estiver aumentado, o FSH for normal e a relação LH/FSH for superior ou igual a dois ou três, deve-se suspeitar da síndrome dos ovários policísticos (SOP), importante causa de anovulação.
- Perfil androgênico: é importante para o diagnóstico de SOP, que pode estar alterado mesmo sem outras manifestações clínicas, além do sangramento disfuncional.

- Tempo de sangria, de coagulação e contagem de plaquetas: se houver história familiar de distúrbios hemorrágicos, perda significativa de sangue na menarca ou ciclos menstruais copiosos, a triagem para distúrbios hemorrágicos torna-se oportuna.
- Ultrassonografia pélvica: pode ser realizada pelas vias trans-abdominal ou transvaginal (nas sexualmente ativas). Fornece informações importantes sobre os volumes uterino e ovariano, bem como a avaliação endometrial.

Diagnóstico diferencial do sangramento uterino disfuncional:

- Causas uterinas: complicação gestacional, endometrite por Clamídia, pólipos endometriais, leiomiomas, malformações arteriovenosas, lesões cervicais.
- Causas vaginais: traumatismo, corpo estranho, vaginite, neoplasia vaginal.
- Medicamentos: anticoagulantes, inibidores plaquetários, hormônios, warfarina, ácido valpróico, carbamazepina.
- Anormalidades endócrinas: síndrome do ovário policístico, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperprolactinemia, doença de Cushing, doença de Addison, insuficiência ovariana prematura, tumor ovariano.
- Coagulopatias: doença de Von Willebrand, deficiências de fatores da coagulação, púrpura trombocitopênica idiopática.
- Doenças sistêmicas crônicas: doença hepática, insuficiência renal, leucemia, anemia aplásica, anemia por deficiência de ferro.

Tratamento

Iniciar após exclusão de gravidez. A necessidade e o tipo de tratamento dependem da gravidade do sangramento.

SUD LEVE

Menstruações mais prolongadas do que o normal. O intervalo entre as menstruações pode estar encurtado. Os valores da hemoglobina e do hematócrito são normais. A conduta inclui observação e calendário menstrual. O emprego de antiinflamatórios não-hormonais (inibidores da prostaglandina) pode diminuir a intensidade do sangramento. Utilizar durante a semana que antecede a menstruação e nos primeiros dias do fluxo, nas doses habituais; por exemplo, piroxicam 20mg, uma vez ao dia, por via oral, ou ácido mefenâmico 500mg, três vezes ao dia. A droga poderá ser utilizada até sete dias consecutivos. Com a maturação do eixo HHO, o sangramento deve tornar-se mais regular. Acompanhamento ambulatorial a cada dois meses.

SUD MODERADO

Menstruações prolongadas ou ciclos curtos com menstruações freqüentes (cada uma a três semanas). O fluxo é de moderado a intenso. Os valores da hemoglobina mostram anemia leve (10 a 12g/ dl). Fadiga e lassidão são queixas comuns. A conduta inclui suplementação de ferro (3-7mg/kg/dia até o máximo de 300mg) e ácido fólico (1mg/dia). Interromper o sangramento com medicação hormonal.

Fase aguda: Utilizada em casos de hipermenorréia e/ou hipermenorragia.

Associação de etinilestradiol 0,01mg + acetato de noretisterona 2mg, um comprimido, VO, três vezes ao dia, por 10 a 15 dias ou esquema com anticoncepcional oral de média dosagem (30 microgramas de etinilestradiol*). Ministrado um comprimido, VO, duas a três vezes ao dia, por 10 a 15 dias. A parada do sangramento ocorrerá em dois a três dias. A paciente voltará a menstruar, em geral, dois e três dias após o término da medicação. Após a parada do sangramento e retorno da menstruação, utilizar tratamento de manutenção.

(*) disponível na rede pública

Fase de manutenção:

1) Progesterona na segunda fase do ciclo: acetato de medroxiprogesterona 10mg, um comprimido por dia, VO, por 12 dias (do 14º ao 26º dias) ou acetato de noretisterona 10mg, um comprimido por dia, VO, por 12 dias (do 14º ao 26º dias)

ou

2) Esquemas com anticoncepcionais orais de baixa dosagem também são utilizados (20 microgramas de etinilestradiol) de preferência nas sexualmente ativas, um comprimido por dia, VO, até o término da cartela. Iniciar no primeiro dia da menstruação.

ou

3) Associação de valerato de estradiol 2mg com levonorgestrel 0,25mg, um comprimido por dia, VO, do 5º ao 26º dias do ciclo.

A manutenção do tratamento deverá ser realizada por período de três a seis ciclos consecutivos. Acompanhamento semanal, depois mensal.

SUD GRAVE

Sangramento menstrual prolongado, com desorganização do ciclo menstrual normal e fluxo muito intenso. Nível de hemoglobina abaixo de 9g/dl. Sinais clínicos de hipovolemia (dispnéia, taquicardia, taquiesfigmia) podem estar presentes. A conduta preconizada é a internação hospitalar, caso haja sinais clínicos de hipovolemia e a hemoglobina for menor do que 7g/dl. Transfusão sanguínea, quando o sangramento não puder ser interrompido rapidamente ou o nível de hemoglobina estiver muito baixo.

Estudos de coagulação devem ser realizados. Poderá ser utilizado esquema de urgência (Bastos e Takiuti,1999) para cessar o sangramento: estrogênios conjugados na dose de 20mg por via endovenosa, a cada quatro ou oito horas, dependendo do volume do sangramento (máximo três ampolas), passando, a seguir, ao emprego dos anticoncepcionais orais de alta dosagem (50 microgramas de etinilestradiol), um comprimido por dia, VO, até término da cartela. A partir do segundo mês (após deprivação), iniciar com anticoncepcionais orais de média dosagem, por período de três a seis ciclos consecutivos. Se a perda sanguínea não diminuir ao final de 48 horas a partir do início dos estrogênios conjugados e não cessar ao final de cinco dias, deve-se suspeitar de causa de origem orgânica e pensar em recorrer à curetagem uterina ou histeroscopia. Estas raramente são necessárias em adolescentes, sendo reservada para pacientes que não respondem ao tratamento clínico Acompanhamento diário, depois semanal e, a seguir, mensal.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Bastos AC, Takiuti AD. Distúrbios menstruais na adolescência. In: Adolescência e Saúde 2. Comissão de Saúde do Adolescente, Secretaria do Estado de Saúde. SP, 2ª ed., São Paulo, 1999, p. 51-63.
2. Beznos GW, Campaner AB. Sangramento Uterino Disfuncional. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. Medicina do adolescente. 2ªed. São Paulo, Sarvier, 2003, p. 304-10.
3. Bravender T, Emans SJ. Distúrbios Menstruais - Sangramento uterino disfuncional. Clin Ped Am Norte, 1999; 46:545-53.
4. Chandran L. Menstruation disorders, 2004. Disponível em:
[http:// www.emedicine.com/ped/topic2781.htm](http://www.emedicine.com/ped/topic2781.htm) (24/5/2004).
5. Claessens EA, Cowell CA. Acute adolescent menorrhagia. Am J Obstet Gynecol, 1981; 139: 277.
6. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Amenorréia: roteiro diagnóstico. In: _____. Ginecologia endócrina: Manual de orientação. São Paulo, Ponto ed., 2003; p. 31-7.
7. Halbe HW, Sakamoto LC, Fonseca AM, Hegg R, Freitas GC. Irregularidades menstruais da adolescência: diagnóstico, tratamento e prognóstico. Sinopse Ginecol Obstet, 1995; 3:60-4.
8. Halbe HW, Sakamoto LC, Dolce RB. Sangramento uterino disfuncional. In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia. 3ª ed. São Paulo, Roca, 1999; p.1448-62.
9. Hertweck SP. Hemorragia uterina disfuncional. Clin Obst Ginecol Am Norte, 1992; 1:145-65.
10. Hickey M & Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. Hum Reprod Update, 2003; 9: 493-504.
11. Levine LJ, Catalozzi M, Schawrz DF. An adolescent with vaginal bleeding. Pediatric Case Reviews, 2003; 3: 83-90.
12. Muran D. Sangramento vaginal na infância e na adolescência. Clin Obstet Ginecol Am Norte, 1990; 2: 381-97.
13. March CM. Bleeding problems and treatment. Clin Obstet Gynecol, 1998; 41: 928-39.
14. O´Connel BJ. O pediatra e o adolescente sexualmente ativo: tratamento dos distúrbios mestruais comuns. Clin Ped Am Norte, 1997; 6:1393-407.
15. Rehme MFB, Bozko KC. Hemorragia Uterina Disfuncional na adolescência. SOB RAGE, 12: IV, 2002.

ALTERAÇÕES MAMÁRIAS NA ADOLESCÊNCIA

Jacques Crespín

Uma das primeiras manifestações da puberdade feminina é o desenvolvimento das mamas, que seguem os estágios bem estabelecidos por Tanner (ver capítulo de Crescimento e Desenvolvimento Físico).

O exame das mamas é parte fundamental do exame clínico da adolescente. Quando não há qualquer tipo de queixa, causa maior ou menor constrangimento, na dependência de fatores culturais e da maturidade da menina. Mas, julgando ter algum problema, a inibição quase sempre desaparece. Mesmo assim, em ambos os casos, a não ser que se trate de adolescente atendida pelo mesmo médico desde a infância, para evitar qualquer tipo de conotação erótica, é prudente que o exame seja feito na presença de um familiar ou de outro profissional da saúde no consultório.

As queixas mais comuns dizem respeito ao volume das mamas, às eventuais assimetrias, à presença de nódulos, mastodínea e mastite. Mas, felizmente, na quase totalidade dos casos o exame é negativo para as patologias mais preocupantes, cabendo ao médico tranquilizar a jovem, esclarecendo que há muitas variações dentro da normalidade.

O exame das mamas deve obrigatoriamente passar pelas seguintes fases: inspeção estática e dinâmica, palpação, expressão, palpação das regiões axilares e das fossas supraclaviculares.

A ocasião será muito oportuna para ensinar à jovem o auto-exame, medida que será mantida pela vida toda, sempre com o objetivo de se estabelecer, se for o caso, diagnóstico precoce em que a patologia eventualmente detectada será perfeitamente tratável e curável (Figura 1).

Com relação às anomalias do desenvolvimento, Menke divide-as didaticamente em:

Anomalias de volume:

para mais: hipertrofia
(ginecomastia no sexo masculino)
para menos: hipomastia

Anomalias de número:

para mais: polimastia e politelia
para menos: atelia e amastia

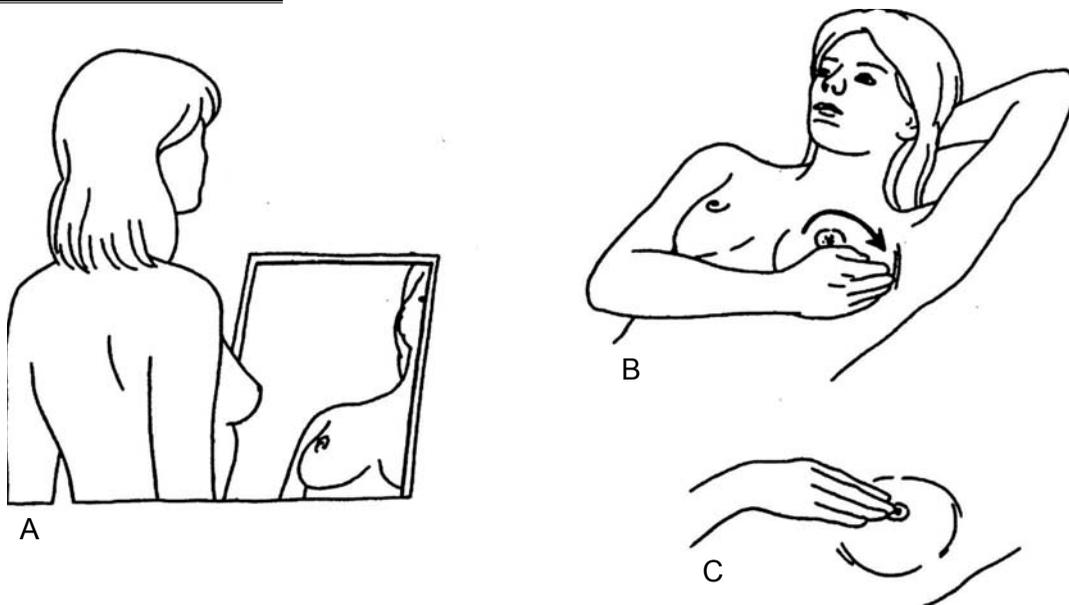


Fig. 1: Auto-exame das mamas. Fonte: Takiuti, Duarte, Monteleone. In: Coates, Beznos, Françaço. Medicina do Adolescente.

A) Em pé, diante do espelho, é possível ver se uma mama está mais achatada que a outra ou se apresenta saliência. B) Palpar as duas mamas levemente, fazendo movimentos circulares. C) Começar pela parte de cima e descer, sem esquecer os mamilos. Depois subir pelo lado da axila, onde o nódulo é mais comum.

HIPERTROFIA MAMÁRIA

É uma das queixas mais comuns e causadora de muitos problemas de natureza psicológica que afetam a imagem corporal da jovem. Em função do volume exagerado das mamas as adolescentes nessa situação não se expõem em praias ou piscinas e lançam mão de blusas e malhas que mascarem o problema. Sentem, além do mais, dores nas mamas e, pelo peso das mesmas, também na região torácica posterior. Há quase sempre extensas estrias. Pode ser uni ou bilateral.

A causa não é bem conhecida, talvez haja hipersensibilidade do parênquima mamário à ação de estrógenos.

A única solução possível é a cirurgia plástica, desde que a menina tenha atingido sua estatura máxima, o que ocorre geralmente a partir dos 16 anos. (Figuras 2 e 3).



Fig. 2: Hipertrofia mamária: frente
Fonte: Bastos, Ramos e Takiuti. Ginecologia Infanto-Puberal



Fig. 3: Hipertrofia mamária: Perfil.
Fonte: Bastos, Ramos e Takiuti. Ginecologia Infanto-Puberal

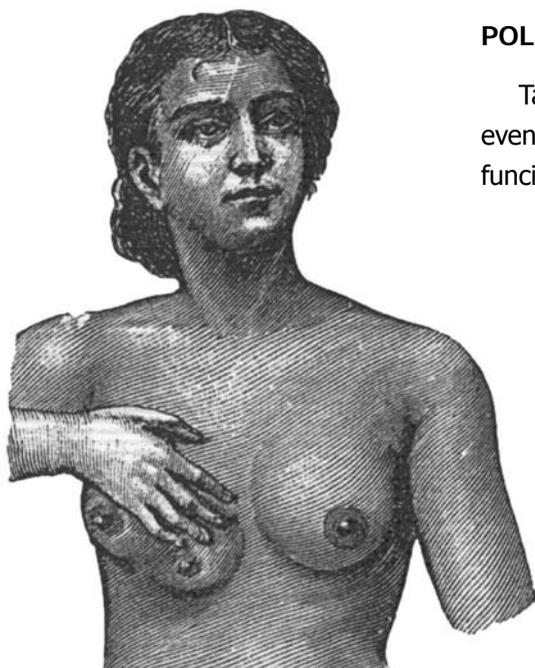
HIPOMASTIA

Ao contrário da hipertrofia mamária, a jovem apresenta mamas muito pequenas e está sempre à procura de medicamento mágico que aumente seus seios. A causa seria uma menor sensibilidade do parênquima mamário à ação hormonal.

Pode ser uni ou bilateral. Levando-se em conta o trauma psicológico, a solução adequada é a mamoplastia de aumento com prótese (Figura 4).



Fig. 4: Menina de 12 anos com hipomastia E iatrogênica causada por intervenção cirúrgica sobre o botão mamário.
Fonte: Maakaroun, Souza e Cruz. Tratado de Adolescência.



POLIMASTIA

Também denominada mama acessória ou supranumerária é eventualidade bastante rara. A mama acessória pode se tornar funcionante. Quase sempre a solução é cirúrgica (Figura 5).

Fig. 5: Mama supranumerária. Fonte: Testut - Latarjet

POLITELIA

É a presença de aréolas e papilas na chamada linha mamária ou láctea. Constitui, na mulher, o que é comum nos animais e adquire o significado das anomalias reversivas ou filogenéticas, com a diferença de que estas pseudo-mamas geralmente não são funcionantes. Tem indicação cirúrgica se esteticamente causar problemas à paciente (Figuras 6 e 7).

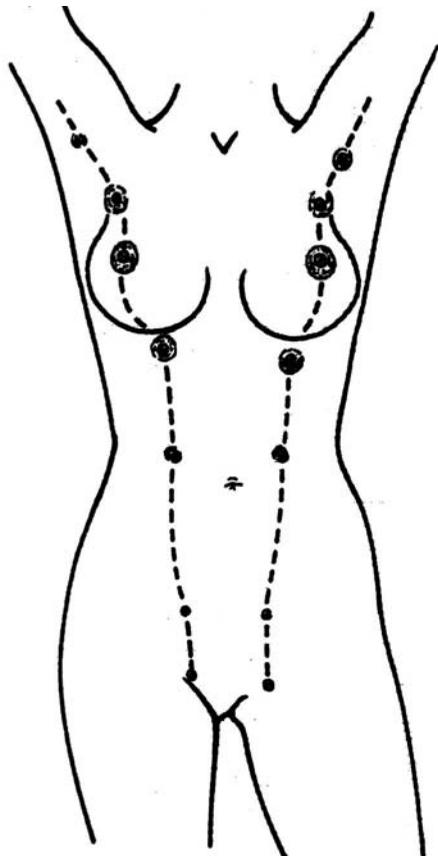


Fig. 6: Linha Láctea
Fonte: Menke CH. In: Maakaroun, Souza, Cruz. Tratado de Adolescência.

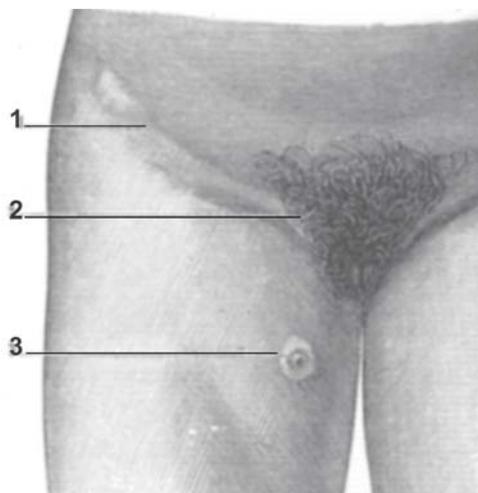


Fig. 7: Caso de mama supranumerária na face antero-interna da coxa direita.
Fonte: Testut - Laterjet.

ATELIA

É a ausência de papila e aréola, havendo esboço de tecido mamário.

AMASTIA

É a ausência de uma ou de ambas as mamas. Constitui fenômeno congênito, felizmente raro. Quando unilateral e acompanhado de atrofia dos músculos peitorais, deve-se pensar na síndrome de Poland (Figura 8).

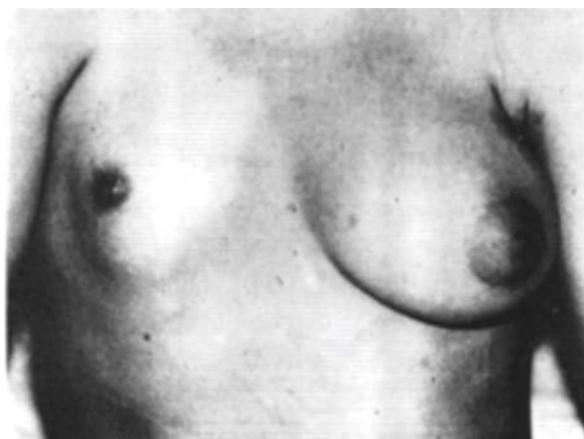


Fig. 8: Síndrome de Poland: atrofia dos peitorais e hipomastia D numa adolescente de 15 anos.
Fonte: Menke CH. In: Maakaroun, Souza, Cruz. Tratado de Adolescência.

Além das anomalias do desenvolvimento, quase sempre solucionáveis através da cirurgia estética, é comum a adolescente apresentar as seguintes alterações:

ASSIMETRIA

Sabe-se que na puberdade incipiente, as mamas podem apresentar crescimentos diferentes, havendo depois, com o maior desenvolvimento uma quase simetria. Aliás, a simetria total é inexistente, sendo uma das mamas (geralmente à direita) um pouco maior que a esquerda. No entanto, se essa assimetria for acentuada, deve-se recorrer à cirurgia estética (Figuras 9 e 10).

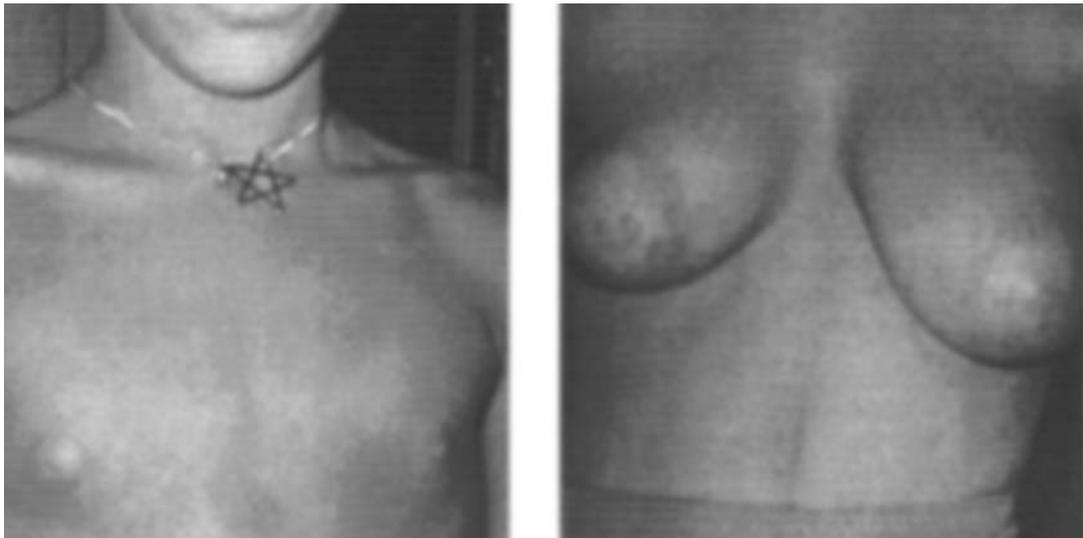


Fig. 9 e 10: Assimetrias mamárias. Fonte: Alice Dickestein. Temas de Pediatria nº 17.

NODULAÇÕES

Geralmente notadas pela própria jovem graças ao auto-exame, fazem parte das displasias mamárias. O exame revela parênquima micronodular ou cordoniforme em uma ou ambas as mamas, geralmente no quadrante súpero-externo. Embora causem dor e sejam benignas, há por vezes muita angústia da jovem e de sua mãe. Em caso de dúvidas, o ginecologista deverá ser consultado e, se indicada, realizada a ultrassonografia mamária.

MASTODÍNEA

Também chamada de mastalgia, aparece alguns dias antes da menstruação. Se a dor for intensa pode ser tratada com vitaminas A, B e E ou com acetato de medroxiprogesterona. As adolescentes devem ser orientadas para evitar estresse e no sentido de usarem sutiã firme e confortável.

MASTITES

Podem ocorrer no ciclo grávido-puerperal de algumas adolescentes, tanto quanto na mulher adulta. No entanto, na adolescente não gestante, as mastites aparecem a partir de processo infeccioso nas regiões circunvizinhas como, por exemplo, as que surgem na região axilar pós-depilação não cuidadosa. Quase sempre são resolvidas com tratamento antibiótico (Cefalexina, Tetraciclina), sem necessidade de drenagem.

TUMORES

São muito raros na adolescência e quase sempre benignos (fibroadenomas). Situam-se geralmente no quadrante súpero-externo e merecem rigorosa investigação laboratorial (ultrassonografia, biópsia) e têm indicação cirúrgica (exérese do tumor).

GALACTORRÉIA

Eventualidade rara, é definida como a presença de secreção leitosa na mama, independentemente de gravidez ou lactação.

Geralmente idiopática, a galactorréia poderia estar ligada a tumor de hipófise, ao hipotireoidismo, uso de drogas (anfetaminas, maconha, pílula anticoncepcional, etc.), ansiedade, estresse e a atividades masturbatórias com estimulação freqüente dos mamilos.

Quase sempre a galactorréia está associada à amenorréia ou à hiperprolactinemia. Eventual patologia hipofisária deve ser descartada.

O SUTIÃ

O termo sutiã é uma corruptela da palavra francesa "soutien". Na verdade, o nome correto dessa peça feminina é soutien-gorge, o que significa sustentar em direção ao pescoço. Essa noção é importante, pois muitas meninas usam, à guisa de sutiã, peça que comprime e não sustenta.

Além de confortável, o sutiã não deve ter armações de metal e não deve ser nem maior nem menor que as mamas, mas sim adaptado à sua própria anatomia.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'Adolescent. Masson, Paris, 2000.
2. Bastos AC. Ginecologia Infanto-Juvenil. São Paulo, Roca, 1983.
3. Colli AS. Crescimento e Desenvolvimento Pubertário de Crianças e Adolescentes Brasileiros. VI: Maturação Sexual. São Paulo, Edit. Brasileira de Ciências, 1988.
4. Crespim J. Estatura e Idade à Menarca e Estatura Definitiva. *Pediatria Moderna* 1999, XXXV (6): 403-10.
5. Crespim J. A Consulta Médica do Adolescente. In: Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência. Françoso LA, Gejer D, Reato LFN. São Paulo, Atheneu, 2001.
6. Damiani D, Setian N. Crescimento e Desenvolvimento Físico do Adolescente Normal. In: Adolescência. Setian, Colli, Marcondes. São Paulo, Sarvier, 1979.
7. Menke CH. Desenvolvimento Mamário e Afecções da Mama na Adolescência. In: Tratado de Adolescência. Maakaroun MF, Souza RP, Cruz AR. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1991.
8. Michaud PA, Alvin P. La Santé des Adolescents – Editions Payot Lausanne, Doin Editeurs. Paris, Les Presses de l'Université de Montréal, 1997.
9. Piato S. Ginecologia da Infância e Adolescência. São Paulo, Atheneu, 1991.
10. Setian N. Puberdade Precoce. In: Adolescência. Setian, Colli, Marcondes. São Paulo, Sarvier, 1979.
11. Setian N. Puberdade Atrasada. In: Adolescência. Setian, Colli, Marcondes. São Paulo, Sarvier, 1979.
12. Takiuti AD, Duarte CM, Monteleone, ML. Alterações da Mama do Adolescente. In: Medicina do Adolescente: Coates V, Beznos GW, Françoso LA, São Paulo, Sarvier, 2003.

VARICOCELE

Mauro Borghi Moreira da Silva

DEFINIÇÃO

É a dilatação do plexo venoso pampiniforme, situado no cordão espermático, em decorrência de uma incompetência valvular (Figura1).

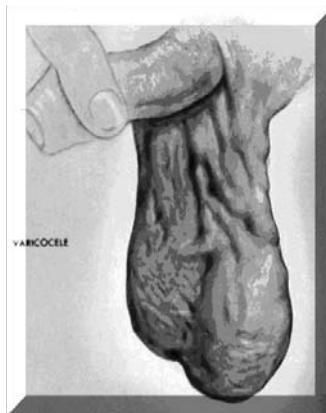


Figura 1 - Varicocele

Fonte: Center for Male Reproductive Medicine, Los Angeles and Thousand Oaks, Califórnia. Disponível em: www.spermcount.com/varicocele.htm

IMPORTÂNCIA E INCIDÊNCIA

Pode ser causa de infertilidade masculina e estar associada à diminuição do volume testicular. Acredita-se que esta infertilidade, quando presente, possa ocorrer pelo aumento da temperatura testicular, diminuição dos níveis de oxigênio no testículo, alterações hormonais e até mesmo pela presença de substâncias provenientes dos rins (devido ao retorno venoso) que são tóxicas aos testículos.

A varicocele é encontrada em 35% dos homens com infertilidade primária e até 80% daqueles com infertilidade secundária. Está presente em aproximadamente 15 % dos adultos e não é obrigatoriamente causa de infertilidade. Raramente é vista abaixo dos 10 anos de idade.

QUADRO CLÍNICO

A varicocele é assintomática na maioria dos casos (90%). Quando presentes, os sinais e sintomas mais frequentes são: dor (principalmente nas grandes varicoceles e durante esforço físico); sensação de peso e aumento do volume escrotal.

As varicoceles ocorrem predominantemente do lado esquerdo, pois a veia espermática esquerda é maior e tem disposição perpendicular em relação à veia renal (Figura 2).

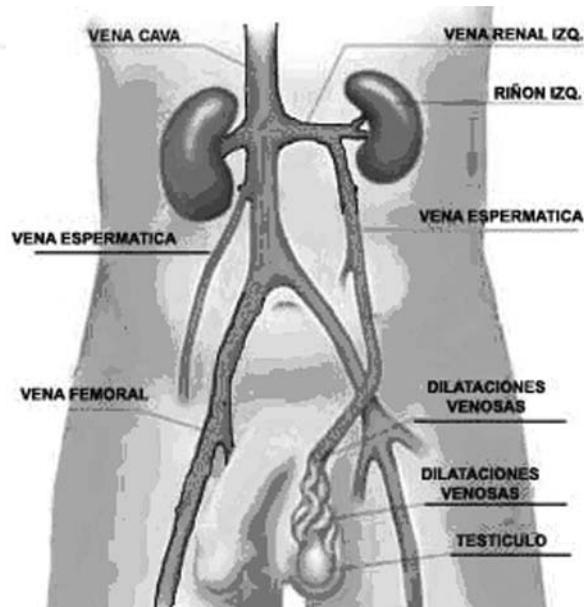


Figura 2 - Anatomia dos vasos espermáticos

Fonte: Barreda P. Qué es el varicocele. Disponível em:
www.pediatriachile.com/varicocele.htm

EXAME FÍSICO

O exame físico deverá sempre ser realizado na posição ortostática (em pé), palpando-se as varicosidades ao longo do funículo espermático.

A distensão venosa aumenta com a manobra de Valsalva e se colapsa com o decúbito. Uma varicocele fixa é sugestiva de tumor, como também os casos de varicocele unilateral à direita.

A termografia (diferença entre a temperatura axilar e escrotal bilateral) é método sensível para o diagnóstico.

O uso de exames complementares, como ecodopler ou ultrassom, são úteis para identificação das varicoceles iniciais ou subclínicas e deverão ser realizados em posição ortostática.

Os exames hormonais estarão alterados apenas nos casos mais severos e não devem ser solicitados para fins diagnósticos ou para indicação terapêutica.

CLASSIFICAÇÃO

A classificação das varicoceles auxilia na conduta terapêutica. Pode-se classificar as varicoceles em graus de 0 a III (Classificação de Dubin e Amelar, 1976), que leva em consideração as características das varicoceles quando do exame físico (Tabela 1).

Tabela 1: Classificação de Dubin e Amelar, 1976.

<i>Grau</i>	<i>Tamanho</i>	<i>Inspeção</i>	<i>Palpação</i>	<i>Diâmetro</i>
0	Detectado ao ecodopler ou Ultrassonografia	invisível	Não palpável	
I	Pequena	Invisível	Palpável só com Valsalva	< 1 mm
II	Média	Pouco visível	Palpável sem Valsalva	1 a 2 mm
III	Grande	Bem visível	Facilmente palpável	> 2 mm

TRATAMENTO

O tratamento é cirúrgico, com a ligadura da veia espermática interna.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

É sempre indicada a cirurgia nos pacientes pré-puberes ou com puberdade completa.

Durante a puberdade, somente está indicada a correção cirúrgica nas varicoceles Grau III, com dor intensa ou diminuição do volume testicular ipsilateral, independente do grau.

Realiza-se o acompanhamento clínico semestralmente para a avaliação do volume testicular.

O espermograma é um exame útil no estudo da fertilidade e deverá ser realizado um ano após o tratamento cirúrgico (desde que tenha completado a puberdade). Nele realiza-se a quantificação dos espermatozoides, avaliação da motilidade, estudo morfológico e contagem de leucócitos. O adolescente poderá levar até dois anos, após a espermarca, para adquirir o padrão adulto.

Espermograma (valores de referência):

- Aspecto: habitual (branco perolado)
- Liquefação: inferior a 30 minutos
- Viscosidade: normal
- Volume: 2,0 a 5,0 ml
- Número de espermatozoides: > 20 milhões/ml, > 40 milhões no volume total
- Formas rápidas e direcionais: > 60% na 1ª hora e > 40% na 6ª hora
- pH: 7,0 a 8,3
- Morfologia, segundo classificação da OMS: valor de referência: > 30% de formas ovais. Morfologia Estrita de Espermatozoides: valores de referência: > 14% (fértil); 5 - 14% (sub-fértil - bom prognóstico); 0 - 4% (sub fértil - mau prognóstico).

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Pfeiffer D, Berger J, Schoop C, Tauber R. A Doppler-based study on the prevalence of varicocele in German children and adolescents. *Andrologia* 2006; 38(1): 13-9.
2. Raman JD, Nobert CF, Goldstein M. Increased incidence of testicular cancer in men presenting with infertility and abnormal semen analysis. *J Urology* 2005; 174(5): 1819-22.
3. Diamond DA, Zurakowski D, Atala A, Bauer SB, Borer JG, Cilento Jr BG, Paltiel H, Peters CA, Retik AB. Is adolescent varicocele a progressive disease process? *J Urology*. Papers presented at Annual Meeting of the Section on Urology, American Academy of Pediatrics 2004; 172(4, Part 2 of 2) Supplement: 1746-8.
4. Gat Y, Bachar GN, Zukerman Z, Belenky A, Gorenish M. Physical examination may miss the diagnosis of bilateral varicocele: A comparative study of 4 diagnostic modalities. *J Urology* 2004; 172(4 Part 1 of 2): 1414-7.
5. Tam Po-Chor. Varicocele: Current controversies in pathophysiology and treatment. *Annals of the College of Surgeons of Hong Kong* 2004; 8(3): 90-7.
6. Trussell JC, Haasi GP, Wojtowycz A, Landas S, Blank W. High prevalence of bilateral varicoceles confirmed with ultrasonography. *International Urology & Nephrology* 2003; 35(1): 115-8.
7. Kochi C. Varicocele. In: Monte O, Longui CA, Calliari LEP. *Endocrinologia para o Pediatra*, 2ª ed. São Paulo, Atheneu, 1998, p. 217-9.

DOENÇA PÉPTICA E A INFECÇÃO PELO *HELICOBACTER PYLORI*

Mauro S. Toporovski

Clarice Blaj Neufeld

INTRODUÇÃO

A doença péptica é definida como a presença de lesões ulcerosas e não ulcerosas, decorrentes da ação cloridropéptica da secreção gástrica sobre a mucosa do trato gastroduodenal. A gastrite erosiva é caracterizada por processo inflamatório que se estende da mucosa até a submucosa e a úlcera péptica, quando o mesmo ultrapassa a *muscularis mucosae*. Detecta-se nos últimos anos doença péptica com maior frequência, especialmente em adolescentes com dor abdominal de localização epigástrica.

O dano da mucosa gástrica e duodenal depende do desequilíbrio entre os fatores de agressão e de defesa da mucosa gástrica.

Fatores agressores	Fatores de defesa
1- injúria vascular	microcirculação adequada
2- agentes quimioterápicos	renovação adequada de células epiteliais
3- aspirina	aumento da secreção de bicarbonato
4- antiinflamatórios não esteróides	inibição da secreção ácida gástrica
5- agentes infecciosos: CMV e Herpes vírus	fluxo vascular/microcirculação
6- estresse: > secreção de catecolaminas	integridade da superfície epitelial
7- aumento da secreção de pepsina	camada de muco/glicocálix/glicoproteínas
8- <i>H.pylori</i>	imunoglobulinas IgA e IgG

As gastrites e úlceras podem ser primárias (infecção pelo *Helicobacter pylori*) ou secundárias ao uso de drogas, estresse, produção excessiva de ácido, ingestão de álcool e ocorrência de doenças metabólicas, imunoalérgicas ou outros processos mórbidos.

INFECÇÃO PELO *HELICOBACTER PYLORI* (HP)

O *Helicobacter pylori* é um bacilo gram negativo, de forma espiralada, que coloniza exclusivamente o epitélio gástrico.

Estima-se que aproximadamente metade da população adulta mundial seja infectada por esta bactéria, porém a prevalência da infecção não é homogênea nas diferentes populações. São descritas inúmeras variáveis epidemiológicas, tais como: idade, país de origem, etnia e condições sócio-econômicas.

Nos países industrializados as taxas de infecção são baixas na infância e chegam a aproximadamente 10% dos indivíduos na puberdade. Nos países em desenvolvimento, especialmente nas camadas com piores condições higiênico-sanitárias, a colonização é crescente desde o primeiro ano de vida e, ao atingir a idade pubertária, os índices são 3 a 10 vezes superiores.

O homem é o principal reservatório desse microrganismo e a forma de transmissão mais aceita é a fecal-oral, oral-oral e gástrica-oral. É comum a transmissão da infecção intrafamiliar, especialmente entre pais e irmãos. Descreve-se também contaminação através da água e mananciais.

Estima-se que, dos indivíduos infectados com o transcorrer dos anos, 10 a 15% desenvolvam doença ulcerosa e na idade adulta um pequeno percentual tenha risco para desenvolver linfoma tipo MALT ou adenocarcinoma gástrico. A grande maioria dos adolescentes e adultos infectados permanece assintomática.

A magnitude do processo inflamatório depende de fatores relacionados à patogenicidade das diferentes cepas da bactéria e dos fatores de defesa do hospedeiro.

São considerados importantes fatores agressores da bactéria a secreção de citotoxinas VacA e CagA, que amplificam a resposta inflamatória e relacionam-se mais comumente com a presença da doença ulcerosa. Ultimamente, novos fatores de patogenicidade foram descritos, como Sab A, Bab A e Ice A, entre outros.

QUADRO CLÍNICO

A dor abdominal é o sintoma predominante, presente na quase totalidade dos casos. Em adolescentes a localização passa a ser essencialmente epigástrica. A intensidade é muito variável e o mesmo indivíduo pode apresentar dor limitante de forte intensidade por semanas, seguido de períodos de acalmia. Muitos pacientes referem exacerbação da dor após ingestão de alimentos gordurosos e condimentados.

A ritmicidade “dói-come-passa” é poucas vezes descrita na doença ulcerosa em adolescentes. As características clínicas não permitem diferenciar os quadros de gastrite de úlcera péptica.

O “*clocking*” (despertar pela dor abdominal no período noturno) é freqüente nos casos de doença ulcerosa, porém não patognomônico, pois muitos pacientes com gastrite também o referem.

Náuseas e vômitos são os sintomas acompanhantes mais descritos na doença péptica gastroduodenal, referidos em 50 a 75% dos casos.

É comum a ocorrência de plenitude pós-prandial pelas alterações sensoriais das vias nervosas aferentes, podendo ser referida em metade dos casos.

Muitos pacientes com doença ulcerosa podem apresentar sinais de hemorragia digestiva alta, melena ou hematêmese, o que exige investigação endoscópica imediata.

A anemia crônica decorre da perda por sangramento oculto do trato digestório ou pela própria infecção pelo *Helicobacter pylori*, que compete com o metabolismo do ferro, diminuindo sua biodisponibilidade e absorção.

São considerados sinais de complicações das formas ulcerosas a presença de vômitos persistentes, indicando subestenoses, deformidades pilóricas ou bulboduodenais.

Perda de peso e diminuição do apetite são constatados freqüentemente. Como sinal clínico mais encontrado destaca-se a sensibilidade dolorosa na região epigástrica, sendo esta de intensidade variável.

DIAGNÓSTICO

Os exames laboratoriais, como: hemograma, parasitológico de fezes, sangue oculto fecal, sedimento urinário, transaminases e amilase, orientam o médico no sentido de detectar a ocorrência de anemia, sangramento do trato digestório, afastar enteroparasitoses, infecção do trato urinário, colecistite e pancreatite.

O diagnóstico da doença péptica gastroduodenal é realizado conjugando-se os dados clínicos com os detectados pela propeidêutica armada.

O exame radiológico apenas detecta complicações anatômicas da doença péptica ulcerosa não convenientemente reconhecida e tratada.

O exame ultrassonográfico do abdome não visualiza lesões da mucosa e é indicado para afastar outras causas de dor abdominal.

A endoscopia digestiva alta é considerada a técnica de investigação de eleição para o diagnóstico da doença péptica gastroduodenal, sendo recomendada como indispensável o exame histológico obtido pelas amostras de biópsia do esôfago, antro, fundo, corpo gástrico e duodeno. O mesmo possibilita o diagnóstico de infecção pelo *Helicobacter pylori* (teste da urease, exame histológico e eventual cultura do fragmento). Alterações histológicas podem ser detectadas em parte dos pacientes que apresentam exame endoscópico normal.

Em crianças é comum a ocorrência de nodularidade antral como indicativo de infecção pelo *Helicobacter pylori*, porém este achado é menos detectado em adolescentes que, em geral, apresentam o quadro como gastrite de caráter difuso.

Em relação à úlcera péptica, utiliza-se a classificação endoscópica proposta por Sakita: estágios A (de atividade), H (em processo de cura) e S (processo de cicatrização)

- A1: ulceração arredondada recoberta por fibrina com hiperemia marginal
- A2: surge discreta convergência de pregas com bordas arredondadas

- H1: nítida convergência de pregas em direção à ulceração
- H2: fenômenos de cicatrização mais evidentes

- S1: pregas convergem para linha deprimida e avermelhada, sem fibrina
- S2: linha cicatricial branca correspondente à completa cicatrização da úlcera

A úlcera duodenal primária é mais prevalente que a gástrica na razão de 7:1, sendo especialmente de localização bulbar. Há correlação entre gastrite crônica em atividade, infecção pelo *Helicobacter pylori* e úlcera duodenal.

O tratamento antimicrobiano é obrigatório nos casos de doença ulcerosa, uma vez que o mesmo propicia cicatrização do processo em questão. A erradicação da bactéria relaciona-se com taxas muito baixas de recidiva ulcerosa, ao redor de 5% ao ano, sendo que nos casos de persistência da infecção essas cifras são da ordem de 80%.

O exame histológico deve ser obtido através de biópsia gástrica realizada preferencialmente no antro gástrico em crianças. Em adolescentes, devem ser tomados fragmentos do antro e corpo. Em geral, na maior parte dos casos, durante a fase aguda de infecção observa-se gastrite folicular com regeneração foveolar. É comum a presença de neutrófilos no infiltrado inflamatório. Nos cortes analisados visualiza-se, em geral, colônias de microrganismos em forma de bastões, possibilitando graduar a intensidade da colonização.

A cultura do fragmento é de difícil obtenção, exigindo meios especiais. A bactéria tem crescimento lento e o método, embora específico, é de baixa sensibilidade para utilização na prática diária.

A atividade da urease é o teste direto mais realizado em todos os serviços de endoscopia digestiva. O mesmo é de fácil execução, baixo custo e permite leitura inicial em 2 horas e ratificação no máximo em 24 horas. A sensibilidade e especificidade do teste da urease são de aproximadamente 85 a 100%. A presença da bactéria que produz urease faz com que a uréia seja degradada, modificando o pH do corante que modifica a cor alaranjada para vermelha.

Teste do ar expirado: é um método não invasivo, utilizando como substrato o Carbono 13 ou 14. O adolescente ingere uréia marcada com C13 ou C14 e, se apresentar infecção pelo *Helicobacter pylori*, a produção de urease faz com que a uréia seja degradada e libere bicarbonato e CO₂, este último é rapidamente difusível e é eliminado no ar expirado. A sensibilidade e especificidade do método estão em torno de 80%.

A sorologia para pesquisa de anticorpos anti-*H.pylori* é da classe IgG, portanto, não permite distinguir se o indivíduo teve infecção pregressa ou está ainda em fase aguda. Dessa forma, o método é mais utilizado em estudos epidemiológicos e não individual.

Pesquisa de antígenos do *H.pylori* nas fezes: estudos iniciais demonstram boa sensibilidade e especificidade desse método. É útil para controle de erradicação após tratamento. Não está ainda disponível rotineiramente nos laboratórios e serviços de gastroenterologia no nosso meio.

TRATAMENTO

Indicações para erradicação da infecção pelo *H.pylori*:

A partir do consenso de Maastricht, em 2000, recomenda-se como mandatário o tratamento antimicrobiano em casos de pacientes com úlcera péptica.

Recomenda-se igualmente tratamento para adolescentes que apresentem gastrite atrófica associada à metaplasia intestinal e àqueles com história familiar de câncer gástrico e linfoma tipo MALT.

É discutível a erradicação da infecção em pacientes com sintomas dispépticos associados à colonização pelo *H.pylori*. A maior parte dos autores recomenda a utilização de antiácidos como tratamento inicial dos sintomas de refluxo ou dispepsia não ulcerosa.

Nos últimos anos descrevem-se casos de anemia ferropriva refratária ao tratamento com os sais de ferro relacionada à infecção pelo *Helicobacter pylori*. Nesses casos indica-se tratamento antimicrobiano.

Alguns autores igualmente observam a ocorrência de Púrpura trombocitopênica idiopática associada à infecção pelo *H.pylori*, com melhora do quadro após erradicação da infecção.

Esquemas de Erradicação

Os esquemas mais utilizados empregam inicialmente tratamento tríplice por 7 a 14 dias e incluem IBP (inibidor de bomba de próton) associado a dois antimicrobianos, em geral, amoxicilina e claritromicina ou metronidazol.

Estudos de meta-análise demonstram eficácia similar dos diferentes IBPs.

A eficácia dos diversos esquemas de tratamento variam entre 56 a 96% e o maior contingente de falhas ocorre por resistência antimicrobiana crescente à claritromicina (até 20%) e metronidazol (até 37%).

Em casos de úlcera ou processos de maior gravidade, o controle de erradicação faz-se necessário no sentido de prevenir recorrências. O mesmo deve ser executado no prazo de seis semanas até três meses após o primeiro tratamento.

Nas falhas de erradicação, novos esquemas são propostos, incluindo os sais de bismuto, antiácidos e outros antimicrobianos não utilizados durante o tratamento inicial, tais como: tetraciclina, furazolidona, outros derivados imidazólicos.

HP e dispepsia funcional

Casos de dispepsia funcional, ou seja, dispepsia persistente ou recorrente (dor ou desconforto epigástrico), com duração mínima de 12 semanas, não necessariamente consecutivas nos últimos 12 meses, sem evidências de doença orgânica que justifiquem os sintomas e sem evidências de que a dispepsia seja aliviada exclusivamente pela defecação ou associada ao aparecimento de alterações na frequência ou forma das fezes, acrescido da exclusão de parasitoses intestinais no exame coprológico.

Afastadas as causas acima mencionadas e na persistência dos sintomas com a utilização de antiácidos, ao detectar-se infecção pelo HP, fica indicado o tratamento de erradicação, utilizando IBP associado a dois antimicrobianos.

Indicações para o tratamento do HP

- Úlcera gástrica ou duodenal ativa ou cicatrizada
- Gastrite histológica intensa em atividade (não responsiva aos antiácidos)
- Gastrite atrófica com metaplasia intestinal
- Risco para CA gástrico (casos de adenocarcinoma gástrico ou linfoma MALT em familiares)

Esquemas de Tratamento

A- a primeira linha de tratamento inclui IBP em dose padrão associado a 2 antimicrobianos: amoxicilina* 1 g/dia + claritromicina* 500 mg 2 vezes ao dia, durante 7 dias (alguns serviços empregam esse esquema por 14 dias, sem que haja fortes evidências de que os tratamentos mais prolongados aumentem as taxas de erradicação).

B- alternativas à utilização da primeira linha de tratamento:

IBP + claritromicina* 500 mg 2 x/dia + metronidazol* 400 mg 2 x/dia durante 7 dias

IBP + claritromicina* 500 mg 2 x/dia + furazolidona 200 mg 2 x/dia durante 7 dias

IBP + furazolidona 200 mg 3 x/dia + tetraciclina 500 mg 4 x/dia durante 7 dias

Estudos nacionais demonstram melhores resultados de erradicação quando, já no esquema inicial de tratamento, são utilizadas as drogas IBP + furazolidona e tetraciclina. Entretanto, são relatados efeitos adversos em proporções superiores com o uso destas drogas.

Controle da erradicação

Deve ser realizado após 8 semanas do término do esquema de tratamento anti-HP. Quando não houver indicação de endoscopia, procura-se utilizar os testes indiretos, tais como o teste respiratório com a uréia marcada e, em fase de implantação, a pesquisa do antígeno fecal do HP. Os antissecretores devem ser suspensos pelo prazo de 10 dias antes da realização do exame.

Retratamento

Deve ser realizado pelo prazo de 10 a 14 dias incluindo:

1ª opção:

IBP dose plena 2 x ao dia + subcitrato de bismuto 240 mg 2 x ao dia + 2 antimicrobianos que não foram utilizados no primeiro esquema

2ª opção:

IBP dose plena 2 x ao dia + levofloxacina 500 mg 1 x ao dia + amoxicilina* 1g 2 x ao dia por 10 dias

ou

IBP dose plena 1 x ao dia + levofloxacina 500 mg 1 x ao dia + furazolidona 400 mg, administrados em dose única diária por 10 dias.

Comentários: os esquemas acima mencionados tem como base as proposições e alternativas de tratamento anti-*H.pylori* recomendados por consensos em âmbito nacional, publicados no ano de 2005 e de outras entidades internacionais. Os mesmos são continuamente reavaliados e sujeitos a alterações na medida em que novos progressos científicos sejam adquiridos e incorporados à literatura.

Agente	Ações	Dose pediátrica	Dose adulto
Antiácidos	Neutralização do ácido	0,5-1 mg/kg/dia 1 a 3 horas após a alimentação e ao se deitar	30 ml 1 a 3 horas após a alimentação e ao deitar
Bloqueadores dos receptores H2 Cimetidina Ranitidina* Famotidina	Suprime parte da produção ácida	20-40 mg/kg/dia 2x dia 4 - 8 mg/kg/dia 2 x ao dia 0,5 - 1 mg/kg/dia 2 x ao dia	800 mg/dia 150 mg 2x ao dia 20 mg 2x ao dia ou 40 mg à noite
Inibidores da bomba de prótons Omeprazol Lansoprazol Rabeprazol	Suprime o ácido	0,7- 3,5 mg/kg/dia dose única ou 2x dose não estabelecida	20 - 40 mg/dia 15 - 30mg/dia 20 mg/dia
Prostaglandinas Misoprazol	Suprime o ácido e aumenta as defesas da mucosa	Dose pediátrica não estabelecida	800 µg ao dia em 2 ou 4 doses
Sucralfato	Aumenta a barreira da mucosa	125 - 250 mg 4 x ao dia p/ crianças pequenas 500 mg 4 x ao dia para crianças maiores	1 g 4 x ao dia
Composto de bismuto	Aumenta a barreira de mucosa	120 mg/1,73 m ² 4 x ao dia (máximo de 120 mg/dose)	120 mg 4 x ao dia

(*) medicamentos disponíveis na rede pública

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. II Consenso Brasileiro sobre *Helicobacter pylori*. Arquivos de Gastroenterologia 2005; 42(2):128-32.
2. What is new related to *Helicobacter pylori* infection in children and teenagers? Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:415-21.
3. *Helicobacter pylori* infection: detection, investigation and management. J Pediatrics 2005; 146 (3 Suppl): S21-S26.
4. *Helicobacter pylori* rescue therapy after failure of two eradication treatments. Helicobacter 2005;10(5):363-72.
5. Ranitidine-bismuth citrate, tetracycline and metronidazole followed by triple therapy as alternative strategy for *Helicobacter pylori* treatment: a pilot study. European J Gastroenterol Hepatol 2004;16(10):987-90.
6. New once-daily, highly effective rescue triple therapy after multiple *Helicobacter pylori* treatment failures: a pilot study. Alimentary Pharmacology & Therapeutics 2005; 21(6):783-87.

ENURESE NOTURNA

Simone Paiva Laranjo

DEFINIÇÃO

Enurese noturna é a presença de micções involuntárias numa idade em que a criança já deveria ter estabelecido o controle vesical (5 anos nas meninas e 6 anos nos meninos). Pode ser classificada em:

Primária: quando o paciente nunca apresentou continência urinária

Secundária: quando após um período de 6 meses de controle miccional, volta a ocorrer perda urinária.

PREVALÊNCIA

Aos 5 anos de idade, 15% das crianças apresenta enurese. Entre aquelas que permanecem enuréticas, cerca de 15% adquirem controle miccional a cada ano, de tal maneira que na idade adulta apenas 1% dos indivíduos se mantêm enurético.

Existe predomínio no sexo masculino 3:2 a 2:1; na raça negra; nas crianças de baixo peso ao nascimento; com retardo de desenvolvimento neuropsicomotor; institucionalizadas e de classes sociais desprivilegiadas.

ETIOLOGIA

Fatores Genéticos: são considerados como uma das características mais importantes na etiologia da enurese. Assim sendo, quando um dos pais foi enurético, 40% da prole pode apresentar enurese, aumentando para 77% quando pai e mãe apresentaram o distúrbio.

Acredita-se que a transmissão, na maioria das famílias, se faz através de herança autossômica dominante com alta penetrância (90%), provavelmente relacionada com o cromossomo 13.

Fatores psicológicos: trata-se de assunto controverso. Estudos demonstram que a prevalência de distúrbios psicológicos nas crianças enuréticas é semelhante às crianças normais. Entretanto, aspectos psicológicos podem desencadear enurese secundária.

A partir de 7 anos de idade e principalmente na puberdade, pode se tornar causa importante de desajuste psicológico, gerando distúrbios comportamentais, prejudicando o desenvolvimento do indivíduo, sendo que esta característica constitui o principal argumento favorável à instituição da terapêutica.

Desordens do sono: a enurese ocorre aleatoriamente às fases do sono; no entanto, o padrão de sono é semelhante ao das crianças saudáveis.

Controle Vesical: a partir de 1 ano de vida, a criança passa a sentir a eminência da micção, estabelecendo, inicialmente, o controle miccional diurno por volta dos 24 meses e até os 4 anos deve apresentar continência urinária completa.

Para que isso ocorra é necessário que haja:

- Bexiga com capacidade adequada
- Percepção de plenitude vesical
- Controle consciente e voluntário do esfíncter urinário externo e habilidade cortical para iniciar e inibir a contração vesical com qualquer enchimento.

Os indivíduos enuréticos apresentam diminuição funcional da complacência vesical. Em 1969, Esperança e Gerrard compararam o volume vesical entre crianças saudáveis e com enurese, evidenciando a menor capacidade vesical nos enuréticos.

Produção de Hormônio anti-diurético (ADH): o ADH é secretado no hipotálamo, armazenado na pituitária posterior. Existe variação circadiana de sua secreção, com pico noturno. Segundo alguns autores, as crianças enuréticas não apresentam esse pico de secreção, aumentando, portanto, o volume de diurese noturna. Assim sendo, admite-se que a criança normal produz 3 a 4 vezes mais urina durante o dia do que à noite, enquanto nos enuréticos essa relação seria de 1,8: 1.

AVALIAÇÃO INICIAL

Anamnese: deve-se investigar alguns itens muito importantes para garantir a eficácia do tratamento:

- Ritmo urinário e intestinal
- A presença de incontinência urinária diurna
- Número de episódios por noite
- Antecedentes familiares, inclusive verificar até que idade os familiares apresentaram os sintomas e verificar se foram realizados tratamentos.

Exame físico:

- Avaliação do abdome e genitais visando detectar a presença de malformações
- Avaliação da coluna lombossacra (presença de disrafismo)
- Avaliar a sensibilidade perineal e a motricidade de membros inferiores.

Exames laboratoriais:

- Urina tipo 1
- Urocultura
- Uréia e Creatinina séricas
- Ultrassonografia de rins e vias urinárias
- Estudo Urodinâmico (deve ser indicado em crianças com associação de distúrbios miccionais diurnos e naquelas refratárias à terapêutica).

TRATAMENTO

Medidas gerais:

- Esclarecer a família de que a enurese é um distúrbio que pode ser corrigido e sobre a importância do envolvimento da família e do paciente no processo terapêutico
- Primeiro corrigir o distúrbio miccional diurno
- Ritmo urinário adequado a cada 3 horas
- Ritmo intestinal adequado

Método do Alarme:

A terapêutica com alarme sonoro é obtida através de um dispositivo que emite ruído quando molhado, provocando o despertar da criança, que se condiciona a acordar quando a bexiga se enche ou inibir o reflexo miccional para evitar ser acordada.

Terapêutica medicamentosa

Oxibutinina: anticolinérgico com efeito analgésico e relaxante na bexiga, aumentando sua capacidade funcional. Está bem indicada em pacientes que apresentam instabilidade vesical e incontinência urinária diurna associada. Como tratamento exclusivo da enurese noturna tem baixa eficácia.

Dose: 0,1 a 0,2 mg/kg/dia (máx: 5mg 8/8h)

Efeitos colaterais: boca seca, visão borrada, rubor facial e hiperpirexia.

Antidepressivos tricíclicos: Imipramina* (* disponível na rede pública)

São usados desde 1960 por MacLean. Apresentam provavelmente um efeito anticolinérgico no tônus vesical, relaxando a musculatura e aumentando a capacidade vesical, diminuindo a intensidade do sono e permitindo a percepção da bexiga cheia.

Dose: 0,5 a 1,5 mg/kg/dia (máx 75mg/dia)

Efeitos colaterais como boca seca, distúrbios digestivos, alopecia são relatados e, em caso de superdosagem, arritmias cardíacas, hipotensão e convulsão.

Desmopressina: é um análogo do hormônio anti-diurético (ADH), indicado nos enuréticos para suprir sua deficiência noturna, diminuindo, desta forma, o volume urinário noturno.

Dose : spray nasal 20 a 40 µg, aplicados antes de dormir.

Comprimidos: 0,2 a 0,6 mg antes de dormir.

A eficácia e o sucesso do tratamento dependem de uma capacidade vesical adequada.

Efeitos colaterais: hiponatremia, intoxicação hídrica com convulsões por superdosagem ou excesso de ingestão hídrica.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Benson H. The mind/body effect: How Behavioral Medicine can show you the way to better health. New York, Simon and Schuster, 1979.
2. Esperança M, Gerrard JW. Nocturnal Enuresis: Comparison of the effect of imipramina and dietary restriction on bladder capacity. CMAJ 1969;101:65-8.
3. Esperança M, Gerrard JW. Studies in bladder function in normal children and enuretics. Can Med Assoc J 1969; 101:324.
4. Forysthe WI, Redmond A. Enuresis and spontaneous cure rate: Study of 1129 enuretics. Arch Dis Child 1974; 49:259.
5. Gontard A, Schaumburg H, Hollmann E, Eibreg H, Rittig S. The genetics of Enuresis. J Urology 2001; 166:2438-43.
6. Hallman N. On the ability of enuretic children to hold urine. Acta Paediatr 1950; 39:87.
7. Jakult MW, Lerman SE, Churchil BM. Enuresis. Pediatr Chil North Am 2001; 48:1461-89.
8. Koff S. Enuresis. In: Walsh P, Reik A Jr et al. Campbell's Urology, ed 7. Philadelphia, WB Saunders, 1998 p. 2055-68.
9. Koff S. Estimating bladder capacity in children. Urology 1983; 21:248.
10. McKendry JB, Stewart DA. Enuresis. Pediatr Clin North Am 1974; 21:1019-28.
11. Moffat ME. Nocturnal enuresis. Psychologic implications of treatment and nontreatment. J Pediatr 1989; 114:697-704.

12. Moffat ME, Harlos S, Kirshen AJ et al: Desmopressin acetate and nocturnal enuresis. How much we Know. *Pediatrics* 1993; 92:420-5.
13. Muller D, Florkowski H, Katu KC, Carlsson G, Eggert P. The effect of desmopressin on short-term memory in children with primary nocturnal enuresis. *J Urology* 2001; 166:2423-32.
14. Neveus J, Tuvemo T, Lackgren G, Stenbreg A. Badders capacity and renal concentrating ability in enuresis: pathogenic implications: *J Urology* 2001; 165:2022-5.
15. Neveus J, Tuvemo T, Lackgren G, Stenbreg A: Desmopressin resistant enuresis: pathogenetic and therapeutic considerations: *J Urology* 1999; 162:2136-40.
16. Sakomoto K, Blaivas JG. Adult onset enuresis. *J Urology* 2001; 165:1914-7.

INFECÇÃO URINÁRIA

Eliana Biondi Medeiros Guidoni
Julio Toporovski

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

Nos adolescentes, os sintomas são habitualmente correlacionados ao aparelho urinário, o que facilita a suspeita clínica de Infecção do Trato Urinário (ITU). Assim sendo, nos casos de infecção do trato urinário inferior (cistite), observa-se polaciúria, urgência miccional, tenesmo urinário, disúria, hematúria macroscópica, desconforto ou dor em hipogástrio, como queixas predominantes, podendo ser acompanhadas de febre, em geral baixa ($\leq 38^\circ$). Suspeita-se de pielonefrite quando os sintomas citados forem acompanhados de febre alta, acometimento do estado geral (sinais de toxemia) ou dor lombar (Giordano positivo).

Destacam-se neste período as infecções por *Staphylococcus saprophyticus*, em particular nas adolescentes sexualmente ativas. Esta predisposição pode ser secundária às alterações hormonais decorrentes da puberdade, acarretando maior suscetibilidade à contaminação da vagina, área peri-uretral e uroepitélio por bactérias patogênicas. Apesar desta correlação hormonal, raramente encontra-se ITU por *S. saprophyticus* no período gestacional. Hedman e Ringertz observaram uma variação sazonal na incidência de ITU por *S. saprophyticus*, com predominância dos casos no verão, principalmente após natação. Porém, não observaram correlação significativa com a frequência de atividade sexual, nem com o uso de anticoncepcional. A apresentação clínica geralmente caracteriza-se por sintomas de inflamação do trato urinário baixo e instabilidade vesical, como: polaciúria, disúria (90% dos casos), urgência, dor em região supra-púbica (62% dos casos) e febre baixa ($\leq 38^\circ$). Os exames laboratoriais mostram: hematúria (81% dos casos), piúria (93% dos casos). A investigação por imagem revela que 63% dos pacientes não apresenta anormalidades do trato urinário, sendo incomum a associação com nefrolitíase ou presença de cateteres.

Com o início da atividade sexual, deve-se lembrar também de infecções por outros patógenos sexualmente transmissíveis, tais como as bactérias do gênero *Gardenerella* e *Chlamydia*; que necessitam de técnica e meios de cultura especiais para sua identificação. Salienta-se que a ITU por *Chlamydia* pode ser causa de microhematúria isolada no adolescente. No sexo masculino, sintomas de uretrite (secreção uretral purulenta presente inclusive entre as micções, disúria, hematúria geralmente inicial, dor supra - púbica) podem ser decorrentes de gonorréia. Nestes casos o tratamento é específico e requer avaliação, orientação e tratamento simultâneo do parceiro.

GESTANTES

Durante a gestação pode-se observar novo aumento da incidência de ITU, podendo atingir até 37% das mulheres predispostas. Salienta-se que a maioria destas gestantes apresenta surtos assintomáticos de ITU que, eventualmente, poderão tornar-se sintomáticos. As gestantes portadoras de refluxo vésico-ureteral com cicatrizes renais progressivas, apresentarão maior risco de pielonefrite e doença hipertensiva específica da gestação (DHGE), devendo ser reavaliadas, clínica e laboratorialmente, em consultas mensais. Recém-nascidos de mães portadoras de ITU na gestação podem apresentar risco até quatro vezes maior de ITU no período neonatal. Não é recomendável que os neonatos recebam alta precoce (antes de 72 horas), sendo prudente que sejam reavaliados ao final da primeira semana de vida. São sinais de ITU no neonato: irritabilidade, choro súbito e sem causa aparente, diminuição do período de sono, diminuição da aceitação alimentar, regurgitação ou vômitos frequentes, distensão abdominal e, posteriormente febre alta, icterícia,

queda do estado geral, toxemia, convulsões e urosepsis – é o período de maior risco de dano renal e mortalidade. Estudos mostram que estes lactentes apresentam colonização precoce do intestino grosso (logo nos primeiros dias de vida) com a bactéria uropatogênica encontrada na flora materna. A contaminação do RN ocorre, preferencialmente, por via oral, através da manipulação materna. O aleitamento materno propicia proteção da flora intestinal normal do lactente (*Lactobacillus bifidus*) devendo ser estimulado, se possível, ainda na sala de parto. Paradoxalmente à recomendação habitual, as gestantes que apresentarem bacteriúria assintomática deverão receber tratamento medicamentoso. Em caso de dois ou mais surtos de ITU (sintomática ou assintomática), a profilaxia com nitrofurantoína (1 a 2 mg/kg/dia à noite) deve ser introduzida até o final da gestação, com a finalidade de amenizar o risco de morbidade e mortalidade materno-fetal perinatal e neonatal, sem risco teratogênico para o feto.

CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL

A urocultura é o único exame que confirma a presença de ITU e sua confiabilidade depende da coleta adequada de urina. Emprega-se, preferencialmente, a coleta de urina por jato médio, exceto em portadores de afecções perineais, balanopostites e principalmente vulvovaginites.

A vulvovaginite é patologia comum na adolescência, podendo cursar com sintomas urinários. A inflamação periuretral e uretrite distal, causada pela vulvovaginite, pode causar sintomas urinários baixos (nunca associados a febre), tais como: disúria, hematúria (exulceração por prurido), polaciúria, tenesmo urinário ou sinais de disfunção véscico-esfincteriana como urgência, urge-incontinência ou mesmo retenção urinária. Evidentemente estas meninas melhoram após o tratamento local da vulvovaginite, sendo rara a associação com ITU. Observa-se alta incidência de *Enterobius vermiculares* (oxiuríase) associada a vulvovaginite, aproximadamente 40% a 60% dos casos. Desta maneira, em casos suspeitos de ITU na vigência de leucorréia, a coleta de urina para cultura deverá, obrigatoriamente, ser realizada por sondagem vesical (em qualquer faixa etária), evitando-se contaminação da urina pela infecção perineal.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

O principal objetivo da investigação por imagem em adolescentes é detectar as possíveis conseqüências dos surtos pregressos de ITU sobre o parênquima renal, já que o principal período de predisposição renal à formação de cicatrizes pielonefríticas ocorre nos primeiros cinco anos de vida. O estudo consta, inicialmente, de ultrassonografia de rins e vias urinárias que deverá ser complementada com cintilografia renal com DMSA para detecção de eventuais cicatrizes e avaliação da função renal. A urografia excretora, uretrocistografia miccional, tomografia computadorizada e uroressonância estão indicados apenas nos casos cujas anormalidades encontradas necessitem melhor visualização estrutural e morfológica do trato urinário.

TRATAMENTO

O tratamento visa, principalmente, erradicar a bactéria do trato urinário com conseqüente melhora dos sintomas urinários e bem estar do paciente. As orientações gerais, tais como: caráter recorrente da ITU, aporte hídrico adequado, correções dos hábitos miccional e intestinal, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso e o intervalo entre as infecções. O tratamento de patologias perineais associadas (leucorréias e balanopostites) também é importante para a melhora clínica do paciente. Sintomas de instabilidade vesical (manobras para iniciar a micção, incontinência, urgência, tenesmo, retenção, enurese) podem desaparecer com a antibioticoterapia ou necessitar de orientações específicas (exercício de Kegel) associadas, eventualmente, a drogas como oxibutinina ou imipramina*.

A terapêutica medicamentosa deve ser escolhida criteriosamente, levando-se em consideração a repercussão que pode advir sobre a flora intestinal normal, uma vez que este é o principal reservatório das bactérias uropatogênicas. Na ITU não complicada, adquirida na comunidade, a introdução da antibioticoterapia é empírica (baseada em testes terapêuticos) e deve ser iniciada logo após a coleta de urina para urocultura, diminuindo o risco de dano renal. Recomenda-se, nesta circunstância, o emprego de laminocultivo (urobac, urotube) cujo resultado pode ser obtido rapidamente, aproximadamente 24-48hs, confirmando ou afastando o diagnóstico de ITU.

Sempre que possível, deve-se optar pelo tratamento por via oral, facilitando a administração e melhorando a aderência do paciente ao tratamento.

Opta-se pelo tratamento parenteral, IM ou IV, quando a ITU é:

- causada por bactéria resistente às drogas de administração por via oral
- acompanhada de sinais e sintomas sugestivos de pielonefrite ou septicemia: febre alta, queda do estado geral, vômitos, toxemia.

O tratamento pode ser realizado com:

DROGA	DOSE	DOSE MÁXIMA	VIA
Nitrofurantoína	3-5 mg/kg/dia	400mg/dia	VO
Ácido nalidíxico	30-50 mg/kg/dia	2000mg/dia	VO
Cefalexina*	50 mg/kg/dia	2000mg/dia	VO
Amicacina	15 mg/kg/dia	1500mg/dia	IM ou EV
Ceftriaxone**	50 mg/kg/dia	2000mg/dia	IM ou EV

(*) disponível na rede pública

(**) uso restrito em serviço

Uso de novas quinolonas

As fluoroquinolonas são agentes bactericidas derivados do ácido nalidíxico que inibem a replicação do DNA bacteriano. Atuam em dois sítios de ação da bactéria: DNA girase e topoisomerase IV apresentando, portanto, menor possibilidade de desenvolvimento de resistência. Apresentam amplo espectro de ação, com excelente atividade contra Gram negativos (incluindo *Enterobacteriaceae*). Dentre as fluorquinolonas, a ciprofloxacina* (20-30 mg/kg/dia, máximo de 1,5 g/dia) é a mais ativa na infecção por *Pseudomonas*. A Gatifloxacina também apresenta fácil administração, excelente biodisponibilidade e boa atividade contra bactérias Gram negativas (incluindo *E. coli*, *Klebsiella* e *Proteus*) e Estafilococos, apesar de frequentemente causar gastrite medicamentosa. Há restrições quanto ao uso rotineiro destas drogas em pacientes pediátricos devido à demonstração de artropatias associadas às quinolonas em modelos animais. Entretanto, de acordo com o Comitê da Academia Americana de Pediatria e Doenças Infecciosas, as fluoroquinolonas podem ser utilizadas, eventualmente, em casos de ITU complicada, diminuindo a indicação e tempo de hospitalização.

(*) disponível na rede pública

FATORES DIETÉTICOS PROTETORES DA ITU

Cranberry

Ainda controverso é o efeito protetor das frutas "berry" na flora intestinal de indivíduos predispostos a ITU. Estas frutas, em especial a *cranberry*, têm sido empregadas nos EUA, como agentes alternativos no tratamento da ITU. Sua ação é mediada pela presença da "proanthocyanidina" cuja ação diminui a adesividade

bacteriana no epitélio intestinal, bloqueando, principalmente, a P. fímbria. A ação de inibição da adesividade também foi demonstrada em urinas coletadas após ingestão recente do suco desta fruta. Este suco, ingerido frequentemente, também poderia prevenir, ou pelo menos diminuir, a presença destas bactérias no intestino, uma vez que favoreceria sua eliminação nas fezes. O suco de *cranberry* também parece reduzir a produção de biofilme pela bactéria, tornando-a mais susceptível ao ataque antimicrobiano. Além disso, esta fruta é altamente acidificante, devido a presença de ácido hipúrico, o que também determina efeito protetor.

Lactobacillus

O emprego das raças probióticas de *Lactobacillus* vem sendo recentemente descrito na literatura, salientando-se a possibilidade de impedir a colonização da *E. coli* e outros uropatógenos no trato urinário. Os mecanismos de ação seriam: 1º- pH ácido no intróito vaginal; 2º- lise das bactérias por produção de H_2O_2 e bacteriocinas; 3º- competir com a aderência bacteriana dos uropatógenos no trato urinário.

As raças de *Lactobacillus* produtoras de H_2O_2 mostraram-se mais efetivas do que as não produtoras. Dessa maneira, recomenda-se o *Lactobacillus crispatus* como grande produtor de H_2O_2 .

Salienta-se a importância do *Lactobacillus crispatus*, que é o mais comumente isolado na flora vaginal. A deficiência na flora deste *Lactobacillus* (produtor de H_2O_2), comprovadamente favorece o surgimento de vaginose, tricomoníases, assim como de ITU. Nas mulheres sexualmente ativas, o emprego de espermicidas pode determinar um efeito deletério para os *Lactobacillus*, facilitando o aumento neste sítio das *E.coli* e outros uropatógenos. O mesmo fato verifica-se quando ocorre deficiência de estrógenos, assim como o emprego de alguns microbianos.

Vacinas

Nas últimas décadas existe empenho de vários grupos de pesquisa em elaborar uma vacina que determine proteção contra ITU, porém sem sucesso efetivo. Mais recentemente vários estudos estão sendo desenvolvidos com reais possibilidades de se conseguir esta proteção, contra ITU condicionada por *E.coli* e também outros uropatógenos.

Outros fatores

Não está comprovado que suplementação com vitamina C seja recomendada para prevenção de ITU. Estudos em pacientes com injúria espinal não comprovaram acidificação da urina após a suplementação com vitamina C ou qualquer outro efeito benéfico ao paciente.

Aumento da ingestão hídrica é frequentemente recomendado aos pacientes com ITU, mas não há evidência de qualquer efeito benéfico pelo aumento de água livre. Teoricamente a maior ingestão hídrica aumenta a diluição da bactéria na urina, diminui o tempo de estocagem da urina contaminada na bexiga e, portanto, sua multiplicação.

Em suma, parece razoável que aspectos dietéticos que influenciem na composição da flora intestinal, na densidade ou capacidade de virulência das bactérias uropatogênicas possam atuar na prevenção da ITU; porém, o real valor destes fatores permanece não definido.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Winberg J. Urinary tract infections in children. *J Infect Dis* 1990; 3:55-61.
2. Hedman P, Ringertz O. Urinary tract infections caused by *Staphylococcus saprophyticus*. A matched case control study. *J Infect* 1991; 23:145-53.
3. Abrahamsson K, Hansson S, Jodal U, Lincoln K. *Staphylococcus saprophyticus* urinary tract infections in children. *Eur J Pediatr* 1993; 152:69-71.
4. Meglic A, Cavic M, Hren-Vencelj H, Trsinar B, Ravnic M, Kenda R. Chlamydia infection of the urinary tract in children and adolescents with hematuria. *Pediatr Nephrol* 2000; 15 (1-2):132-3.
5. Martinell J, Jodal U, Lindin Janson G. Pregnancies in women with and without renal scarring after urinary infections in childhood. *BMJ* 1990; 300:840-4.
6. Patterson TF, Andriole VT. Detection, significance and therapy of bacteriuria in pregnancy. Update in the managed health care era. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11(3): 593-608.
7. Czeizel AE, Rockenbauer M, Sorensen HT, Olsen J. A population- based case -control teratology study of furazidone, a nitrofurantoin- derivative treatment during pregnancy. *Clin Nephrol* 2000; 53(4): 257-63.
8. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: The diagnosis, treatment and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. *Pediatrics* 1999, 13:843-50.
9. Toporovski J, Medeiros EB, Mimica I. Aspectos clínicos, laboratoriais e terapêuticos. In: Toporovski J, Mello VR, Perroni HC, Martini Filho D: *Nefrologia Pediátrica*. São Paulo, Sarvier, 1991, p. 199-215.
10. Guidoni EBM. Pielonefrite aguda na infância: febre, refluxo vésico-ureteral e alterações na cintilografia renal com DMSA como marcadores de infecção. São Paulo, 1999 (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo).
11. Wan J, Kaplinsky R, Greenfield S. Toilet habits of children evaluated for urinary tract infection. *J Urol* 1995; 154:797-9.
12. Wennergren H, Öberg B. Pelvic floor exercises for children: a method of treating dysfunctional voiding. *Br J Urol* 1995; 76:9-15.
13. Winberg J, Bergström J, Lincoln K, Lindin-Janson G. Treatment trials in urinary tract infection (UTI) with special reference to the effect of antimicrobials on the fecal and peri urethral flora. *Clin Nephrol* 1973; 1:142-8.
14. Winberg J, Bollgren J, Kallenius G, Mollby R, Svenson S B. Clinical pyelonephritis and focal renal scarring. A selected review of pathogenesis prevention and prognosis. *Pediatr Clin North Am* 1982; 29:810-4.
15. Smellie J. Reflections on 30 years of treating children with urinary tract infections. *J Urol* 1991; 146:665-8.
16. Hooper DC, Wolfson JS. The fluoroquinolones pharmacology, clinical uses and toxicities in humans. *Antimicrob Agents Chemother* 1985; 28:716-21.
17. Casillas JL, Rico G, Rodrigues-Parga D, Mascareno A, Rangel-Frausto S. Multicenter evaluation of the efficacy and safety of gatifloxacin in mexican adult outpatients with respiratory tract infections. *Adv Ther* 2000; 17(6): 263-71.
18. Mandell LA, Peterson LR, Wise R, Hooper D, Low DE, Schaad UB, et al. The battle against emerging antibiotic resistance: should fluoroquinolone be used to treat children? *Clin Infect Dis* 2002; 35:721-7.
19. Bowlware KL, Stull T. Antibacterial agents in pediatrics. *Infect Dis Clin N Am* 2004; 18:513-31.

20. Foo LY, Lu Y, Howell AB, Vorsa N. The structure of cranberry proanthocyanidins which inhibit adherence of uropathogenic P-fimbriated *Escherichia coli* in vitro. *Phytochemistry* 2000; 54:173-81.
21. Osset, J, Bartolome RM, Garcia E, Andreu A. Assessment of the capacity of *Lactobacillus* to inhibit the growth of uropathogens and block their adhesion to vaginal epithelial cells. *J Infect Dis* 2001, 183: 485-91.
22. Hooton TM. Recurrent urinary tract infection in women. *Int J Antimicrob Agents* 2001; 17: 259-68.
23. Smith S, Hughes JP, Hooton TM, Roberts PL, Scholes D, Stergachis A et al. Antecedent antimicrobial use increases the risk of uncomplicated cystitis in young women. *Clin Infect Dis* 1996; 25:63-8.
24. Stephenson J. Experimental vaccine for recurrent UTIs. *JAMA* 2002; 287: 702-3.
25. Kontiokari T, Nuutinen M, Uhari M. Dietary factors affecting susceptibility to urinary tract infection. *Pediatr Nephrol* 2004; 19:378-83.

GINECOMASTIA

Jacques Crespin

A ginecomastia, problema que afeta a imagem corporal do adolescente, é definida como o crescimento do tecido glandular mamário no sexo masculino. Pode ser fisiológica ou patológica.

Como ginecomastias fisiológicas devem ser lembradas as dos recém-nascidos, pela passagem placentária de estrógeno materno, com rápida regressão espontânea nas primeiras semanas de vida, a puberal e a senil, ambas por desequilíbrio hormonal na relação andrógenos/estrógenos.

É fundamental distinguir a verdadeira ginecomastia da pseudo ginecomastia dos obesos em que há aumento do tecido adiposo sem crescimento do tecido mamário.

GINECOMASTIA PUBERAL

Ocorre em 30 a 60% dos adolescentes masculinos com pico entre 14 e 15 anos e coincide, na maioria dos casos, com o estágio G3 de Tanner.

Caracteriza-se pela palpação de nódulo duro e doloroso sob a aréola ao que tudo indica pela alteração no equilíbrio andrógenos/estrógenos, em que os primeiros estão diminuídos e os segundos apresentam níveis normais.

Causam sempre grande constrangimento nos jovens que merecem, portanto, compreensão e apoio emocional dos médicos e familiares.

É bilateral em 60-90% dos casos; quando ocorre de um só lado, geralmente predomina no direito.

A ginecomastia puberal, considerada fisiológica, está associada ao aparecimento de vários sinais de puberdade. Embora quase sempre regrida espontaneamente em até três anos, deve-se observar cada caso com medições do nódulo em seus diâmetros vertical e horizontal. Para diâmetros superiores a 3 cm, especialmente se houver comprometimento psicológico importante, alguns autores preconizam, com o apoio do endocrinologista, medicamentos à base de tamoxifeno ou danazol. Mas os resultados são lentos e os adolescentes têm pressa. Nódulos maiores, com 4 ou mais centímetros (macrogincomastia), têm indicação cirúrgica.

GINECOMASTIA PATOLÓGICA

A ginecomastia patológica pode ocorrer pelo uso de drogas, por endocrinopatias, tumores ou doenças crônicas.

As medidas a tomar serão baseadas, portanto, na suspensão da droga em uso (com reversão do quadro) ou pelo tratamento da doença de base.

Drogas Responsáveis:

Hormônios: estrógenos, andrógenos, esteróides anabolizantes

Psicoativos: benzodiazepínicos, haloperidol, alguns anti-depressivos

Que causam dependência: álcool, anfetaminas, maconha, heroína

Outras: drogas cardiovasculares, anti-tuberculose, quimioterápicos.

Doenças Crônicas: hepatites, nefropatias, fibrose cística.

Endocrinopatias: hiper ou hipotireoidismo, hiperplasia de supra-renal, deficiência de ACTH, hipogonadismo primário, Síndrome de Klinefelter, criptorquidia, trauma testicular.

Tumores: de células de Leydig, das células de Sertoli, hipofisários, hepáticos.

Doenças Genitais: varicocele, orquite.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE GINECOMASTIA PUBERAL E PATOLÓGICA

PARÂMETROS	GINECOMASTIA PUBERAL	GINECOMASTIA PATOLÓGICA
Idade	entre 10 e 18 anos	qualquer idade
Drogas causadoras	ausentes	presentes
História familiar	ginecomastia transitória	presente ou ausente
Início da puberdade	época normal	época normal; precoce ou após a ginecomastia
Exame físico	estágios de G2 a G4 de Tanner	desenvolvimento puberal retardado ou incompleto
Massa mamária	disco centrado subareolar	massa dura assimétrica com ou sem linfadenopatia regional

Adaptado de Corrêa M. In: Coates, Beznos e Françoso. Medicina do Adolescente, Sarvier, 2003.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Banzato RM. Ginecomastia. In: Françoso LA, Gejer D, Reato LFN. Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência. São Paulo, Atheneu, 2001.
2. Corrêa MGBRM. Ginecomastia. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. Medicina do Adolescente. São Paulo, Sarvier, 2003.
3. Girard G, Raffa S. El Adolescente Varón. Buenos Aires, Grupo Editorial Lumen, 2001.
4. Neinstein LS, Kaufman FR. Gynecomastia. In: Neinstein LS. Adolescent Health Care. A Practical Guide. Baltimore, William & Wilkins, 1996.
5. Nigri AA. Ginecomastia. In: Monte O, Longui CA, Calliari LEP. Endocrinologia para o Pediatra. São Paulo, Atheneu, 1998.
6. Setian N. Endocrinologia Pediátrica. São Paulo, Sarvier, 1989.
7. Theintz G. Les anomalies du développement pubertaire. In: Michaud PA, Alvin P. La Santé des Adolescents. Editions Payot Lausanne, Doin Editeurs-Paris, Les Presses Universitaires de Montreal, 1997.

Saúde Mental

1. Depressão na adolescência
2. Suicídio na adolescência
3. Transtornos por uso de drogas na adolescência
4. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA

Sônia Maria Motta Palma

INTRODUÇÃO

Durante muitos anos acreditou-se que os adolescentes, assim como as crianças, não eram afetadas pela depressão, já que, supostamente, esse grupo etário não apresenta problemas vivenciais. Atualmente sabe-se que os adolescentes são tão suscetíveis à depressão quanto os adultos, a qual interfere de maneira significativa na vida diária, nas relações sociais e no bem-estar geral do jovem, podendo até levar ao suicídio.

Até a aquisição plena da linguagem, a criança pode não estar em condição de relatar sobre seus próprios sentimentos e experiências. A partir dos 6 anos, crianças devem ser sempre entrevistadas individualmente para que, junto com as informações fornecidas pelos pais, se possa obter um diagnóstico fidedigno.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- **Adolescentes de 12 a 16 anos**

01. Humor depressivo
02. Irritabilidade
03. Desesperança
04. Dificuldade de concentração
05. Apatia
06. Baixo rendimento escolar
07. Evasão escolar
08. Pensamento e/ou tentativa de suicídio
09. Alteração do ritmo de sono
10. Alteração do apetite
11. Uso abusivo de drogas (frequente em adolescentes com transtornos afetivos e, muitas vezes, resulta de tentativas de auto-medicação para alívio de sofrimento depressivo).

Ideações suicidas ocorrem igualmente em todos os grupos etários, alterando-se a intensidade dessas ideações e a ocorrência de tentativas de suicídio, nas diferentes idades, sendo mais frequente quanto mais próximo estiver da adolescência.

Deve-se lembrar dos sinais e sintomas presentes nas outras faixas etárias, que devem ser sempre investigados:

- **Fase pré-verbal:**

Deve-se estar atento à história de manifestações do tipo inquietação, retraimento e choro frequente quando criança, recusa de alimentos, perturbações de sono, apatia, não resposta aos estímulos visuais e verbais.

- **Idade pré-escolar:** atenção para a história de:

01. Dores (de cabeça e abdominais)
02. Diminuição do prazer em brincar e ir à pré-escola
03. Dificuldade nas aquisições de habilidades sociais adequadas para a idade
04. Ansiedade
05. Fobias
06. Agitação e hiperatividade

07. Irritabilidade
 08. Diminuição de apetite
 09. Alteração do sono
 10. Perda de habilidades previamente adquiridas, como regressão da linguagem, ecolalia e enurese são comuns em crianças que há pouco adquiriram linguagem
 11. Manifestação de dependência excessiva, ansiedade de separação, controle precário de impulsos e alterações na modulação afetivo-emocional, principalmente entre 2 e 5 anos.
- **Entre 6 e 11 anos:** atenção para:
 01. Tristeza, irritabilidade e/ou tédio
 02. Falta de habilidade em divertir-se
 03. Aparência triste
 04. Choro fácil
 05. Fadiga
 06. Isolamento, perda de interesses e abstenção de atividades extracurriculares (anedonia)
 07. Baixa auto-estima, fala de modo desesperançado e sofrido; fala sobre si mesmo em termos negativos
 08. Declínio no rendimento escolar
 09. Ansiedade de separação
 10. Fobias
 11. Desejos ou fantasias de morte.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Deve-se sempre descartar condições clínico-pediátricas
- Uso e/ou abuso de substâncias psicoativas
- Transtornos da tireóide
- Trauma craniano e esclerose múltipla envolvendo lesões no hemisfério direito e tálamo e tumores do SNC
- Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade, podendo ser diferenciado pelas idéias de grandiosidade do maníaco em contraste com a baixa auto-estima
- Transtornos de conduta
- Esquizofrenia: tem geralmente curso insidioso e a personalidade pré-mórbida característica (são geralmente esquizóides ou esquizotímicos).

CONDUTA

Não medicamentosa

- Atitude acolhedora e de escuta, sabendo que muitas vezes eles se recusam a falar, se “escondem” atrás de posturas corporais de desinteresse ou desafiantes.
- Entrevistar primeiramente o adolescente e depois os familiares junto com o adolescente ou separado, desde que ele autorize.
- O mais importante é reforçar o vínculo, assegurando o sigilo de informações que o adolescente não deseja compartilhar com os familiares.
- Discutir de forma clara e objetiva a necessidade de medicação, tanto com o adolescente como com os familiares, informando sobre os efeitos colaterais.

Medicamentosa

Nos casos de depressão leve pode ser tentada uma abordagem psicoterápica e, caso não haja resposta, deve-se introduzir antidepressivo.

Nos pacientes que apresentam sintomatologia de intensidade moderada, utilizam-se preferencialmente os ISRS (Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina), já que a eficácia destas drogas é comparável à dos tricíclicos, sem os efeitos desagradáveis destes últimos.

Já nos casos de depressões graves deve-se, antes até de instituir qualquer tratamento, avaliar a existência ou não de risco de suicídio. Neste caso os adolescentes devem ser encaminhados para avaliação no CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil).

O planejamento do tratamento farmacológico constitui-se de três fases distintas:

- Aguda
- Continuação do tratamento e
- Manutenção.

a) Tratamento da fase aguda: compreende o intervalo entre o início do tratamento até o 3º mês e tem como objetivo a diminuição dos sintomas depressivos (resposta) ou, idealmente, sua remissão completa (remissão).

b) Continuação do tratamento: corresponde ao período do 4º ao 6º mês, na seqüência do tratamento da fase aguda e tem como objetivo manter a melhora obtida, evitando recaídas dentro de um mesmo episódio depressivo. Ao final dessa fase, se o paciente permanece com a melhora obtida após o tratamento da fase aguda, é considerado recuperado.

c) Fase de manutenção: tem por objetivo evitar que novos episódios ocorram (recorrência) e, em geral, é mantida até completar um ano de tratamento.

Inicia-se o tratamento com o antidepressivo de escolha por um período de 3 a 4 semanas, necessário para que se possa concluir se há ou não resposta à droga e para que sejam adotadas outras estratégias para aumentar a dose. Os primeiros resultados do uso de um antidepressivo, usualmente, não se observam antes de 7 a 15 dias após o início do tratamento.

Os **inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS)** são atualmente os antidepressivos mais utilizados nessa faixa etária, e essa tendência relaciona-se ao perfil de efeitos colaterais mais seguro, com redução da cardiotoxicidade e menor risco de letalidade com superdosagem. Fazem parte desse grupo:

Cloridrato de fluoxetina*: as doses iniciais sugeridas para crianças são de 5 a 10 mg. A dose terapêutica tende a ser entre 10 e 20 mg, administrada pela manhã, para evitar insônia. Nos adolescentes, inicia-se com uma dose matinal de 10 mg, aumentando para 20 mg em 1 a 2 semanas. Os principais efeitos colaterais incluem inapetência, perda de peso, náusea, aumento de ansiedade, insônia e agitação. A fluoxetina é metabolizada no sistema enzimático P450 2D6 e, por isso, existe o potencial para interação com outras drogas metabolizadas por este sistema, podendo causar aumento de níveis plasmáticos de antidepressivos tricíclicos, carbamazepina, diazepam e fenitoína, entre outros.

Cloridrato de sertralina: as doses iniciais são de 25 mg pela manhã ou à noite, com aumentos de 25 mg semanais, de acordo com a resposta clínica. As doses terapêuticas relatadas na literatura tendem a variar entre 25 e 200 mg ao dia

Os **tricíclicos** foram, por muitos anos, os antidepressivos mais usados na infância e adolescência. A **Imipramina*** é o seu representante mais conhecido. Outras indicações para o tratamento com os tricíclicos são enurese, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e angústia de separação.

As doses iniciais sugeridas para o tratamento de transtorno depressivo maior são de 25 mg à noite, aumentando-se 25 mg a cada 3 dias, de acordo com a resposta clínica ou até atingir a dose máxima de 5 mg/kg/dia. É preferível que se administre a medicação à noite, devido ao efeito sedativo. A resposta terapêutica pode ser demorada e não se aconselha a troca da medicação antes de completar 6 semanas de tratamento, com nível sérico adequado: 125 a 250 mg/ml. Os tricíclicos podem diminuir o limiar convulsivo e, em doses acima de 3 mg/kg, podem causar alterações de condução cardíaca, sendo sugerido que se faça ECG para fins de controle.

(*) disponíveis na rede pública

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatria Infantil, Rio de Janeiro, Atheneu, 1981.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
3. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

Sonia Maria Motta Palma

IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA

O suicídio entre adolescentes é um problema de Saúde pública, constituindo a terceira causa de morte nesta faixa etária (Organização Mundial de Saúde - OMS, Genebra, 2003). Em todo o mundo, a cada ano, pelo menos 4 milhões de adolescentes tentam suicídio e pelo menos 100.000 obtêm êxito (OMS - *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development*, Genebra, 1998).

A maioria dos adolescentes que tentam suicídio tem problema mental, principalmente depressão, além de abuso de substâncias.

Garrido Romero (2000) considera que a tentativa de suicídio é a emergência psiquiátrica mais freqüente nos adolescentes. A idade média dos pacientes admitidos com intoxicação voluntária em serviço de emergência para crianças e adolescentes foi de 15,6 anos, sendo 87% deles meninas. Destes, 60,9% já haviam passado por atendimento psiquiátrico prévio.

A substância tóxica mais usada para esse tipo de tentativa de suicídio por intoxicação voluntária era originária de remédios que, na maioria das vezes (82,6%), foi obtida no próprio lar dos adolescentes. Os resultados sugeriram ao autor que a prevenção do suicídio nessa faixa etária requer, além da avaliação dos riscos de suicídio, também a vigilância sobre o acesso aos medicamentos da casa.

SUICÍDIO E SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES

Muitos dos sintomas das ideações suicidas são parecidos com os da depressão. Assim, os pais, pediatras e mesmo os professores, devem observar os seguintes sinais:

- Troca dos hábitos alimentares e do sono
- Isolamento social (amigos, familiares e atividades regulares)
- Atos violentos, condutas rebeldes ou fugas de casa
- Abuso de álcool ou drogas
- Descuido na higiene e aparência pessoal
- Alteração dos traços de personalidade
- Mau humor persistente, dificuldade de concentração ou baixo rendimento escolar
- Queixas freqüentes de sintomas físicos, em geral relacionados com fatores emocionais, como dor de estômago, dor de cabeça, fadiga, etc.
- Desinteresse por atividades anteriormente consideradas agradáveis
- Pode queixar-se de ser uma má pessoa ou se sentir "mal por dentro"
- Indícios verbais: "Nada vale a pena", "Nada mais importa", etc.
- Apresentar sintomas de psicose (alucinações ou delírios de ruína)

OUTRAS FACES DO SUICÍDIO

Deve-se observar que não é apenas ao suicídio clássico e franco que o adolescente deprimido recorre; muitas vezes ele(a) pode tentar suicídio de forma indireta e inconsciente, dirigindo de maneira imprudente, envolvendo-se em acidentes facilmente evitáveis, abusando de drogas e álcool, lidando insensatamente com armas de fogo, enfim, facilitando para que o acaso possa acabar com sua vida.

Segundo Antônio Goulart, de modo geral, os jovens morrem principalmente de causas violentas e para cada suicídio de um adolescente, existem 10 tentativas. As moças tentam 3 vezes mais suicídio do que os rapazes, mas estes alcançam a morte mais freqüentemente do que as moças e utilizam métodos mais violentos.

FATORES DE RISCO

Muitos fatores podem ser considerados de risco, como: pobreza, facilidade de acesso a armas de fogo, abuso físico ou sexual, condutas agressivas, problemas de disciplina, uso de substâncias tóxicas e consumo de álcool. Em pacientes com depressão, transtornos impulsivos e história de tentativa violenta de suicídio encontram-se baixos níveis de serotonina (neurotransmissor cerebral), mostrando correlações orgânicas.

Assim, circunstâncias adversas da vida, em combinação com outros fatores de risco como depressão, podem levar ao suicídio.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Baseia-se no diagnóstico precoce e tratamento da depressão, avaliação precisa do pensamento suicida, limitar o acesso dos adolescentes a agentes letais (armas de fogo, substâncias tóxicas e medicamentos) e principalmente abrir permanentemente um canal de escuta para estes jovens.

Orientação aos Profissionais da Saúde

Frente a um adolescente que compartilha sua ideiação ou história de tentativas anteriores de suicídio, o profissional de saúde deverá ter uma postura acolhedora e encaminhar o caso para o Psiquiatra, não necessariamente especialista em adolescentes. Caso não consiga o agendamento rápido, o melhor será remarcar a consulta até que se possa encaminhar com segurança o adolescente para avaliação em serviço especializado.

Deve-se redefinir a noção de encaminhamento, como proposto no documento *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*, e denominado encaminhamento implicado: "Essa redefinição exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino. Muitas vezes, o serviço que encaminha tem de fazer um trabalho com o serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso".

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Romero RG, Garcia GJJ, Ruano EC. Voluntary intoxication as a form of attempted suicide. *Anales Espanoles de Pediatria*, 2000; 53(3): 213-6.
2. Organização Mundial da Saúde. *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development*, Genebra, 1998.
3. *Transtornos Emocionales y Conductuales de Niños Y Adolescentes*. Programa de Educación en Salud Mental de la Federación Mundial de Salud Mental. World Federation for mental Health, USA, 2003.

TRANSTORNOS POR USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA

Alfredo Toscano Jr.

Crianças e adolescentes têm despertado crescente interesse na clínica dos transtornos por uso de substâncias psicoativas. O conhecimento das peculiaridades desta população e das suas características quanto ao consumo de drogas pode levar a abordagens e procedimentos terapêuticos mais apropriados e capazes de aumentar a efetividade dos programas de tratamento.

No caso dos adolescentes, além daquilo que é próprio desta faixa etária, deve-se considerar o momento sócio-cultural e os valores compartilhados pelos jovens, sem entretanto minimizar a ação farmacológica das drogas, a influência destas para o surgimento de agravos à saúde, os fatores de risco e os de proteção, os critérios diagnósticos, a evolução dos quadros clínicos e a individualidade do adolescente a ser atendido pela rede de saúde, seja em unidade básica, serviço de emergência, hospital geral ou ambulatório especializado (CAPSad).

ADOLESCÊNCIA E DROGAS

O uso precoce de substâncias psicoativas está relacionado à ocorrência de problemas diversos e abuso de múltiplas drogas. As conseqüências mais freqüentemente apontadas na literatura especializada são as seguintes:

- Atraso do desenvolvimento
- Prejuízos cognitivos
- Baixa auto-estima
- Maior suscetibilidade às influências do grupo
- Maior reatividade a fatores externos
- Dificuldade para manter vínculos afetivos
- Comprometimento no desempenho de papéis na vida adulta

O sentimento de invulnerabilidade experimentado com freqüência pelos adolescentes e a falta de rituais de passagem da infância à vida adulta nas sociedades atuais, sobretudo nas ocidentais, fortemente influenciados pelos avanços tecnológicos, têm gerado condutas substitutivas de risco, entre elas o consumo de drogas com o seu caráter de transgressão, ainda mais evidente no caso das drogas ilícitas.

A omissão dos pais, o distanciamento afetivo, a falta de gerenciamento das atividades dos filhos e a dificuldade que eles (pais) apresentam para impor normas e limites claros são situações freqüentemente observadas em populações clínicas. Este cenário em geral é acompanhado de um baixo nível de aceitação e cumprimento das normas parentais por parte dos adolescentes, o que não raramente se reflete na transgressão às normas sociais externas à família. É importante ressaltar, porém, que a necessidade de transgressão faz parte do processo de desenvolvimento normal e não é exclusiva do repertório de adolescentes usuários de drogas.

Cada vez mais precocemente os adolescentes têm iniciado o uso de drogas. O início do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, por exemplo, costuma ocorrer em torno de 10 a 12 anos de idade, sendo a curiosidade o principal fator de experimentação envolvido. A necessidade de pertencer ao grupo na busca de um modelo identificatório também tem influência no consumo precoce de drogas, pelo mesmo mecanismo psicossocial que leva ao comportamento delinqüente e à formação de *gangs*.

Fatores de Risco e Fatores de Proteção

Fatores de risco são aquelas condições que aumentam a probabilidade de ocorrência de comportamentos com potencial para afetar a saúde em seus componentes biológicos, psicológicos e sociais. Os fatores de proteção, ao contrário, diminuiriam tal probabilidade.

Ocorre, porém, que a influência de ambos os tipos de fatores, de risco e de proteção, não se submetem a relações causais explícitas, havendo uma interação dinâmica entre eles, uma vez que são reciprocamente atuantes, podendo indivíduos expostos aos mesmos fatores serem afetados ou não.

A eclosão de agravos à saúde decorrentes do uso de drogas depende de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos. O peso de cada fator de risco ou de proteção é variável, o que explica como um garoto criado na favela, apesar da sua exposição a diversos fatores de risco, pode desenvolver-se satisfatoriamente de forma a não fazer um percurso em direção ao abuso ou dependência de substâncias.

Classificação dos Fatores de Risco

Os fatores de risco são de diversos tipos:

- Relacionados ao próprio adolescente (características pessoais, funcionamento psicológico peculiar)
- Relacionados à fase da vida na qual ele se encontra (adolescência)
- Relacionados à(s) droga(s) e seu(s) respectivo(s) efeito(s) farmacológico(s)
- Relacionados à família
- Relacionados ao meio (contexto sócio-cultural)
- Fatores situacionais (relacionado ao uso imediato, características ambientais e circunstanciais: local, "baladas", tamanho e composição dos grupos, se formados por indivíduos do sexo masculino ou feminino, grupos mistos, etc.)
- Fatores motivadores da experimentação (curiosidade)
- Fatores motivadores intrínsecos e de manutenção: associados à necessidade de estimulação, de vencer o desânimo e a rotina.

Estes últimos fatores (motivadores intrínsecos e de manutenção) levam à hipótese de que sintomas depressivos ou do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH (patologia cujo tratamento é realizado através da prescrição de fármacos estimulantes, como o metilfenidato, por efeito terapêutico paradoxal) podem favorecer o consumo de estimulantes do sistema nervoso central (SNC), cocaína por exemplo, pelo potencial que estas drogas têm de aliviar os sintomas dos respectivos transtornos.

Khantzian, ainda na década de 1980, havia publicado estudos sobre a *self-medication hypothesis*, numa abordagem psicodinâmica. Mais recentemente, Crowley e Riggs nos EUA, assim como Maremanni na Itália, têm pesquisado a existência de um substrato neurobiológico comum para determinadas patologias psiquiátricas associadas a transtornos por uso de substâncias psicoativas. Porém, o uso de drogas de abuso como auto-medicação não se aplica a todos os casos e tampouco explica todo o fenômeno da dependência.

O ser humano parece possuir uma tendência inata para experimentar estados alterados de consciência, o que nos faz questionar se a droga não seria um recurso externo para a obtenção de tais experiências, em geral de caráter prazeroso. Sabe-se que crianças costumam buscar naturalmente sensações incomuns e alterações perceptivas através de rodopios e estrangulamento mútuo, por exemplo. Não raramente, elas também descobrem estas possibilidades através da inalação de produtos de uso doméstico, principalmente solventes e tintas.

Principais Fatores de Risco

Scivoletto e Andrade apontam os seguintes fatores de risco como sendo os mais citados na literatura especializada:

- Uso de drogas pelos pais e amigos
- Desempenho escolar insatisfatório
- Relacionamento deficitário com os pais
- Baixa auto-estima
- Sintomas depressivos
- Ausência de normas e regras claras
- Tolerância do meio às infrações
- Necessidade de novas experiências e emoções
- Baixo senso de responsabilidade
- Pouca religiosidade
- Antecedentes de eventos estressantes
- Uso precoce de álcool.

No que diz respeito ao desempenho escolar, muitas vezes é difícil estabelecer a relação causa-efeito, pois do mesmo modo que um aluno usuário de drogas pode apresentar prejuízo nos estudos, o inverso também pode ocorrer, ou seja, um desempenho prejudicado acabar por favorecer o uso de substâncias. Esta dificuldade para o estabelecimento de relação causal se aplica também a vários outros itens da lista acima.

Fatores de Proteção

Os principais fatores de proteção são os seguintes:

- Fortes vínculos com a família
- Supervisão e envolvimento dos pais
- Sucesso no desempenho escolar
- Vinculação com instituições sociais (família, escola e organizações religiosas)
- Normas convencionais sobre uso de drogas

Assim como no caso dos fatores de risco, para os de proteção é difícil o estabelecimento da relação causal.

CLASSIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS DROGAS

Quanto à ação no SNC, as principais substâncias psicoativas estão classificadas no Anexo I. Na atualidade, pelo relevante consumo entre os jovens, destacam-se as bebidas alcoólicas, o tabaco, a maconha (*Cannabis*), os inalantes, a cocaína (inclusive na sua forma de *crack*) e o *Ecstasy* (MDMA). O uso de múltiplas drogas por adolescentes é bastante freqüente. Entretanto, na maior parte dos casos, é possível identificar a substância principal.

Considerações sobre o Uso de Maconha por Adolescentes

A maconha é a droga ilícita mais usada no mundo. No Brasil é consumida de Norte a Sul, em diferentes contextos. Comumente é tida pelos jovens como uma "droga natural" ou que não possui *status* de substância psicoativa. Deste modo, estes acabam por desconsiderar o seu potencial de causar problemas e agravos à saúde. Considerando a população acima de 12 anos de idade, o levantamento domiciliar realizado na cidade de São Paulo em 1999 mostrou que a maconha foi a droga ilícita que teve maior uso na vida (6,6%), seguida de longe pelos solventes (2,7%) e pela cocaína (2,1%).

A *Cannabis sativa* é a planta cujas folhas e inflorescências secretam uma resina que contém princípios ativos chamados canabinóis. Dos quase 60 alcalóides canabinóis, o delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC) é o principal responsável pela ação psicofarmacológica. As folhas e flores são secas e geralmente fumadas na forma de cigarro, popularmente chamado de “beque”, “baseado”, “fininho”, entre outros.

A despeito das controvérsias se a maconha é capaz de induzir dependência, o diagnóstico de dependência de canabinóides, assim como o de abuso (uso nocivo) destas drogas é encontrado na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, da Organização Mundial de Saúde – OMS e entre os Transtornos Relacionados a Substâncias do DSM-IV, da Associação Psiquiátrica Americana – APA.

Quanto aos efeitos sobre o funcionamento cognitivo, o uso de maconha por poucos anos é capaz de prejudicar a organização e integração de informações complexas, envolvendo vários mecanismos de atenção e memória. Os processos de aprendizagem sofreriam prejuízos após períodos mais breves de tempo. Estudos recentes mostram que os déficits cognitivos já podem ser detectados após apenas sete dias de consumo intenso. Tais alterações seriam reversíveis e não relacionadas ao uso cumulativo ao longo da vida.

Nos quadros 1, 2 e 3 são apresentados os sinais e sintomas do consumo desta substância, os déficits motores e cognitivos observados na intoxicação aguda, muitas vezes negligenciados na clínica, além dos sintomas de abstinência, os quais, embora não sejam exclusivos da dependência de maconha, são marcantes na evolução deste transtorno.

Quadro 1. Sinais e sintomas decorrentes do consumo da maconha

Efeito euforizante	
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do desejo sexual • Sensação de lentificação do tempo • Aumento da autoconfiança e grandiosidade • Risos imotivados • Loquacidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilariedade • Aumento da sociabilidade • Sensação de relaxamento • Aumento da percepção de cores, sons, texturas e paladar • Aumento da capacidade de introspecção
Efeitos físicos	
<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia • Hiperemia conjuntival • Boca seca • Hipotermia • Tontura • Retardo psicomotor • Redução da capacidade para execução de atividades motoras complexas • Incoordenação motora 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da acuidade auditiva • Aumento da acuidade visual • Broncodilatação • Hipotensão ortostática • Aumento do apetite • Xerostomia • Tosse • Midríase
Efeitos psíquicos	
<ul style="list-style-type: none"> • Despersonalização • Desrealização • Depressão • Alucinações e ilusões • Sonolência • Ansiedade • Irritabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Prejuízos à concentração • Prejuízo da memória de curto prazo • Letargia • Excitação psicomotora • Ataques de pânico • Auto-referência e paranóia • Prejuízo do julgamento

Fonte: Usuários de substâncias psicoativas: Abordagem, diagnóstico e tratamento. CRM / AMB, 2003

Quadro 2. Déficits motores e cognitivos observados durante a intoxicação aguda por maconha

• Redução da capacidade para solucionar problemas e classificar corretamente as informações (por ex., sintetizar da parte para o todo);	• Redução da capacidade de transferir material da memória imediata para a memória de longo prazo;
• Habilidades psicoespaciais (por ex., problemas para diferenciar tempo e espaço);	• Piora das tarefas de memória de códigos;
• Piora da compreensão diante de estímulos sensoriais apresentados;	• “Ressaca” matinal;
• Redução da capacidade para realizar atividades complexas (por ex., dirigir automóveis);	• Redução da formação de conceitos;
• Prejuízo da representação mental do ambiente;	• Piora da estimativa de tempo;
• Redução das atividades da vida diária;	• Piora da capacidade de concentração.

Fonte: Usuários de substâncias psicoativas: Abordagem, diagnóstico e tratamento. CRM / AMB, 2003

Quadro 3. Sintomas de abstinência de maconha

- Fissura
- Irritabilidade
- Nervosismo
- Inquietação
- Sintomas depressivos
- Insônia
- Redução do apetite
- Cefaléia

Fonte: Usuários de substâncias psicoativas: Abordagem, diagnóstico e tratamento. CRM / AMB, 2003

Fissura (*Craving*)

Fissura é o termo brasileiro para *craving*, um estado subjetivo associado ao desejo impulsivo de usar uma substância psicoativa. Sofre influência da neurotransmissão e pode ocorrer mesmo que o adolescente não esteja abstinente. Este fenômeno está diretamente relacionado às situações de risco. Portanto, a sua compreensão e a percepção das circunstâncias e emoções desencadeantes são úteis para a prevenção de recaídas (Figura 1).

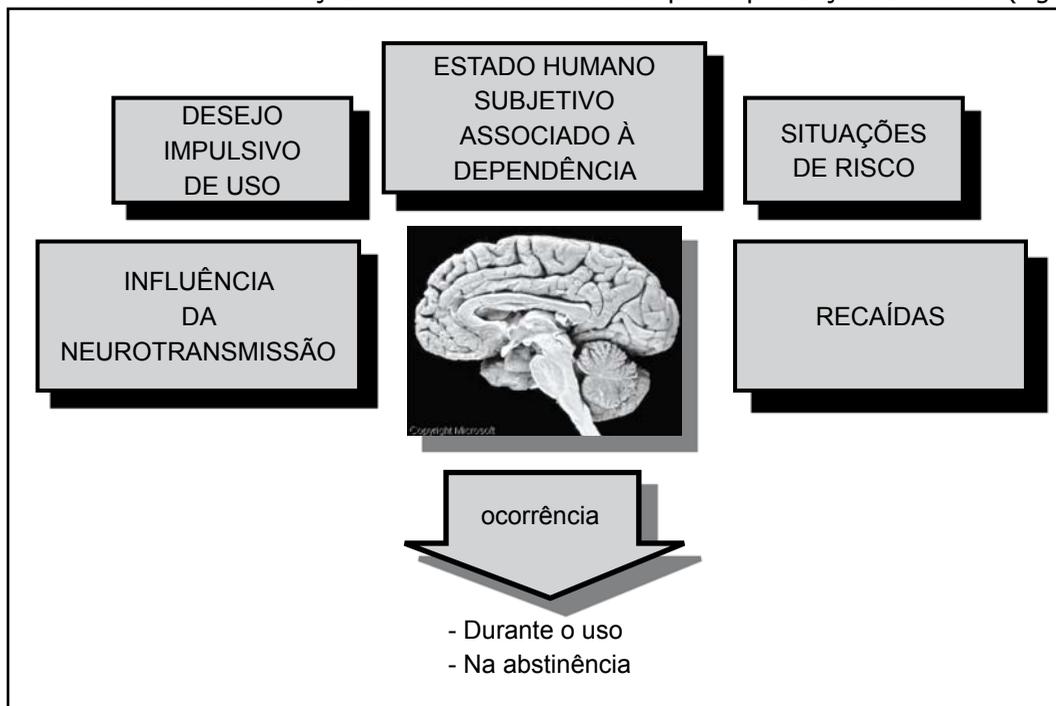


Figura 1. Fissura (*Craving*)

DIAGNÓSTICO

A maioria dos transtornos psiquiátricos inicia-se na adolescência, inclusive aqueles por uso de substâncias psicoativas.

Em Psiquiatria da Adolescência, os quadros clínicos apresentam-se muitas vezes diferentes daqueles observados no adulto. Na depressão do adolescente, por exemplo, a sintomatologia convencional nem sempre está presente, podendo apresentar-se na forma de alterações comportamentais e de excessiva exposição a riscos, sobretudo em pacientes do sexo masculino. Do mesmo modo, modificações no comportamento nem sempre indicam transtorno de conduta, daí a dificuldade no preenchimento dos critérios diagnósticos habituais, baseados na clínica do adulto.

Vale salientar que sintomas depressivos também podem ser induzidos farmacologicamente e fazerem parte da sintomatologia de outros transtornos e não apenas da depressão enquanto entidade nosológica. Portanto, quando há uso de drogas, o diagnóstico torna-se ainda mais complexo devido à presença de sintomas de intoxicação ou da síndrome de abstinência, quadros que exigem um período de *wash-out* de pelo menos duas semanas para a evidenciação de outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s), o que nem sempre é alcançado.

Nos quadros clínicos apresentados pelos usuários de drogas muitas vezes ainda não houve tempo de evolução suficiente para o desenvolvimento de problemas, como se observa no adulto.

Deve-se tomar o cuidado de evitar o diagnóstico de transtorno de personalidade (do eixo II do DSM-IV) antes dos 18 anos, uma vez que o desenvolvimento da personalidade não está concluído até esta idade e não se dispõe de outro critério além do etário. Hoje sabe-se que o amadurecimento dos circuitos neuronais ocorre mais tardiamente, depois dos 20 anos.

A simples distinção entre uso ocasional, abuso (uso nocivo) e dependência, já é útil na identificação de caso para tratamento. Entretanto, é necessário chamar a atenção para o fato de que a droga apresentada como a mais importante por ocasião da chegada do adolescente ao serviço de saúde nem sempre é a droga principal.

A Figura 2 mostra as correlações entre os principais transtornos por uso de drogas psicoativas e esquematiza, a grosso modo, o caráter evolutivo, os níveis de gravidade e a presença de comorbidade e complicações.

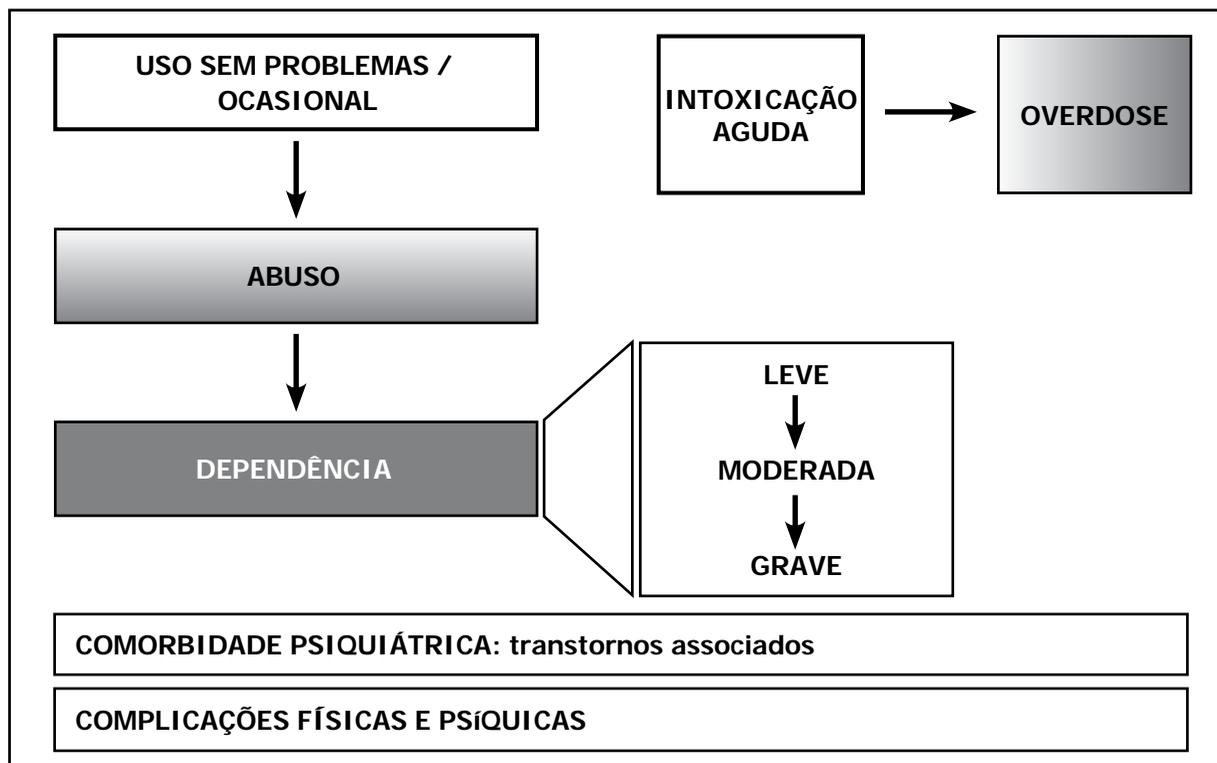


Figura 2. Diagnóstico: Principais transtornos, evolução, níveis de gravidade, presença de comorbidade e complicações

Critérios Diagnósticos

Conforme o DSM-IV, o diagnóstico de transtorno por uso de substância psicoativa implica em um padrão de uso mal-adaptativo, levando a disfunções e prejuízos caracterizados através de critérios que são definidos para cada um dos diagnósticos, de acordo com o(s) tipo(s) de droga(s). Assim como a CID-10, esta classificação é utilizada para fins epidemiológicos, de estatística e pesquisa, mas também tem a finalidade de facilitar a comunicação entre especialistas do mundo inteiro.

Os Anexos II e III apresentam os principais critérios diagnósticos pelo DSM-IV e CID-10 respectivamente, sendo que os critérios elaborados pela OMS (CID-10) são os de uso oficial no Brasil.

Avaliação Inicial

Uma anamnese cuidadosa e abrangente deve ser realizada não somente em Psiquiatria e Medicina da Adicção, mas também em especialidades correlatas, como Pediatria e Medicina do Adolescente (Hebiatria).

Na avaliação inicial, a história de consumo deve conter dados sobre o(s) tipo(s) de droga(s), a(s) via(s) de administração e o padrão de uso pelo adolescente, incluindo a frequência e o tempo de uso, assim como as circunstâncias e situações relacionadas à fissura (*craving*).

Devem ser pesquisadas as diversas áreas de provável comprometimento: médica, psicológica, sócio-familiar, legal, escolar e ocupacional (se for o caso).

É imprescindível a realização de exame psíquico, incluindo a avaliação do estado cognitivo, além de um adequado exame físico.

Exames para detecção de drogas no organismo, seja diretamente no sangue, seja através da presença de metabólitos urinários, devem ser solicitados no caso de intoxicação aguda de risco e para fins de pesquisa. Entretanto, questiona-se a importância destes recursos para a comprovação do uso pelo adolescente a pedido dos pais, familiares e professores, pois isto pode gerar desconfiança e prejudicar a aderência do jovem ao tratamento. Tais exames somente devem ser requisitados por serviços de saúde, a critério médico.

Exames complementares laboratoriais como as provas de função hepática (TGO, TGP e Gama-GT) e o volume corpuscular médio (VCM) são marcadores biológicos a serem pesquisados em diferentes fases do tratamento para avaliar a manutenção e a evolução do uso, como também o grau de comprometimento somático.

Hemograma completo, ELISA (anti-HIV) e provas para detecção de hepatite B e C devem ser pedidos de rotina.

Recursos de neuroimagem como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM), métodos estruturais, a tomografia por emissão de pósitrons (PET) e a tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT), métodos funcionais, têm sido recomendados; entretanto, os achados não são específicos (patognomônicos).

A avaliação neuropsicológica, através da aplicação de testes psicológicos, deve ser solicitada sobretudo em caso de suspeita de déficit cognitivo.

COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA

O termo Comorbidade foi utilizado pela primeira vez em Psiquiatria no ano de 1970 por Feinstein. Refere-se a síndromes clínicas sobrepostas e é um conceito amplamente utilizado desde 1987, a partir do DSM-III-R. Deriva do emprego de um sistema de classificação categorial: transtornos múltiplos com limites às vezes pouco evidentes entre uns e outros, sem relação causal (transtorno primário e transtorno secundário) bem estabelecida.

A presença de pelo menos um diagnóstico psiquiátrico associado a transtorno por uso de drogas é uma ocorrência freqüente na clínica. A Organização Mundial de Saúde, em relatório publicado em 2001 sobre a saúde no mundo, refere que 30% a 90% dos pacientes atendidos em serviços especializados em dependência de álcool e outras drogas têm duplo diagnóstico.

A comorbidade psiquiátrica é uma ocorrência bastante prevalente entre crianças e adolescentes na população geral, sendo que os adolescentes com duplo diagnóstico constituem o maior subgrupo entre aqueles com transtornos por uso de substâncias em unidades clínicas. A presença de comorbidade piora o prognóstico dos transtornos associados, leva a um maior número de recaídas e reinternações, além de estar relacionada a comprometimentos psicossociais.

Na faixa etária da adolescência em particular, a ocorrência de comorbidade é ainda mais relevante do que no adulto, considerando-se a prevalência dos transtornos de humor (depressão maior, transtorno bipolar e distímia), dos chamados transtornos *disruptivos* do comportamento (TDAH, transtorno desafiador opositivo e transtorno de conduta), dos transtornos de ansiedade e dos transtornos alimentares.

TRATAMENTO

A identificação inicial de caso, através da observação de padrões específicos de envolvimento com drogas e do preenchimento dos critérios diagnósticos, indica se o adolescente irá necessitar de tratamento especializado.

As modalidades terapêuticas utilizadas devem fazer parte de um protocolo e cumprir metodologia adequada, de modo a facilitar a avaliação posterior de efetividade. Porém, nenhuma modalidade isolada tem se mostrado superior às demais e o conjunto de intervenções parece proporcionar resultados mais satisfatórios.

Para adolescentes com transtornos por uso de drogas, os principais tipos de intervenção são os seguintes:

- Técnicas e abordagens motivacionais
- Desintoxicação
- Farmacoterapia
- Psicoterapia
- Abordagens psicossociais
- Tratamento dos transtornos comórbidos
- Prevenção de recaídas
- Orientação e terapia familiar
- Seguimento pós-alta
- Reinserção social

Farmacoterapia

O tratamento através da prescrição de psicofármacos tem sido a modalidade terapêutica mais negligenciada. A despeito da crescente aceitação da utilização de medicamentos para adultos, ainda são poucas as pesquisas avaliando a eficácia e a segurança deste recurso em adolescentes, embora na clínica não tenham sido observados problemas relevantes envolvendo a psicofarmacoterapia.

A opinião pública tem se mostrado, por vezes, desfavorável ao uso destes medicamentos para indivíduos que não completaram o desenvolvimento físico e psicossocial, alimentando a idéia de que “não se trata droga com droga”, como se outros procedimentos, no caso os não farmacológicos, jamais pudessem ser prejudiciais ou mesmo iatrogênicos se utilizados sem critérios e princípios éticos.

Como mostra a experiência norte-americana, os pais ainda deparam-se com dúvidas sobre se o medicamento vai de fato beneficiar o filho ou contribuir para a cronificação do seu quadro, o que é reforçado pela mídia e por alguns grupos religiosos que insistem em considerar o uso de psicofármacos como “o último recurso”.

Farmacoterapia Droga-Específica

Na clínica, os medicamentos podem ser úteis para o alívio de sintomas, dependendo do quadro apresentado. Para tal, pode-se lançar mão de antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos e indutores do sono, por exemplo. Entretanto, existem quatro estratégias farmacológicas que são específicas para os transtornos por uso de substâncias:

- Aversiva

Dissulfiram para dependência de álcool: pela reação com o etanol ao inibir a ação da enzima hepática aldeído desidrogenase, a qual catalisa a oxidação do aldeído, o maior produto metabólico do etanol, para acetato. É necessário o consentimento do paciente. Trata-se de um medicamento de prescrição controversa em crianças e adolescentes devido a implicações éticas.

- De substituição

Prescrição de substância similar à droga usada pelo paciente, com a finalidade de controle supervisionado do uso (manutenção) e redução de danos. Por exemplo, o cloridrato de metadona para dependência de heroína: trata-se de um agonista opióide sintético que ocupa os receptores opióides cerebrais em substituição à heroína e, por tolerância cruzada com esta droga, impede a abstinência e estabiliza a neuroquímica cerebral. Seu início de ação é mais lento, minimizando assim o efeito eufórico reforçador envolvido na dependência. Outro exemplo de terapia de substituição é a própria nicotina para o tratamento do tabagismo, através de gomas de mascar e adesivos transdérmicos que liberam esta substância de maneira uniforme no sangue, impedindo assim que as quedas abruptas dos níveis da droga aumentem a vontade de fumar.

- Bloqueio dos efeitos reforçadores (*anti-craving*)

O álcool estimula a ação dos opióides endógenos, responsáveis pelos efeitos reforçadores. O naltrexone, por ser um antagonista de opióides, bloqueia o efeito destes, levando à diminuição do desejo de beber, aumentando as taxas de manutenção de abstinência e diminuindo os riscos de recaída e de consumo excessivo.

- Na síndrome de abstinência

Clonidina: um agente hipotensor arterial que atenua a síndrome noradrenérgica da abstinência de heroína.

Desipramina: tem o seu uso farmacológico apoiado por uma teoria de maior suporte neurobiológico. O *craving* seria mediado pela supersensibilidade dos receptores pré-sinápticos inibidores dopaminérgicos. O fármaco dessensibilizaria estes receptores, facilitando a abstinência por diminuir o desejo de consumo de cocaína por um período de 7 a 14 dias após o início do tratamento.

Tratamento Farmacológico da Dependência de Substâncias Psicoativas**1. Dependência de Álcool**

- Acamprosato: trata-se de um fármaco de ação gabaérgica, semelhante a dos aminoácidos neurotransmissores como a taurina e o ácido homocisteínico. Inibe os efeitos agudos da abstinência e evita as recaídas alcoólicas, mas o seu mecanismo de ação ainda não foi suficientemente esclarecido.
- Fluoxetina*: inibidor seletivo de recaptção de serotonina. Parece reduzir o consumo de álcool, uma vez que o sistema serotoninérgico teria um papel na fisiologia da dependência de álcool.
- Dissulfiram
- Altas doses de diazepam*, reposição hidroeletrólítica, vitaminoterapia (tiamina) e medidas para melhora do estado geral são recomendadas na síndrome de abstinência aguda.

2. Dependência de Cocaína/Crack

A dopamina é o neurotransmissor mais relacionado aos efeitos reforçadores específicos da cocaína e seus mecanismos de *craving* e abstinência.

- Desipramina
- Bromocriptina: atua por efeito agonista dopaminérgico. Sua utilização é apoiada pela teoria da depleção de dopamina por uso crônico. O *craving* seria reduzido por estimulação dopaminérgica crescente.

- Neurolépticos (antipsicóticos): bloqueadores de dopamina que atuam na euforia e na sintomatologia paranóide induzida por cocaína decorrente da ação dopaminérgica nas vias de recompensa mesolímbicas e mesocorticais. O decanoato de flupentixol parece diminuir o *craving* por cocaína, com a vantagem de não ter efeito anedônico.
- Carbamazepina*: agente anticonvulsivante e estabilizador de humor. Sua indicação só se justifica para diminuir o efeito *kindling*, ou seja, a sintomatologia causada pela estimulação progressiva da droga, com conseqüente aumento do risco de ocorrência de convulsões.

(*) disponíveis na rede pública

Determinados anticorpos podem catalisar a degradação da cocaína para uma forma inativa. Portanto, é provável que vacinas (imunização passiva) venham a ser utilizadas no futuro para o tratamento e prevenção da dependência de cocaína.

3. Dependência de Nicotina

- Bupropiona: inibidor seletivo da recaptção de dopamina, noradrenalina e, em menor grau, de serotonina.
- Gomas de mascar e adesivos transdérmicos de nicotina (terapias de substituição).

4. Dependência de Maconha

Até o momento não há evidência científica que permita a prescrição de medicamento que seja particularmente efetivo no tratamento de usuários de *Cannabis*, porém antidepressivos e ansiolíticos parecem ser úteis na síndrome de abstinência, cuja sintomatologia é inespecífica.

Farmacoterapia na Comorbidade

Na ocorrência de transtorno psiquiátrico comórbido, o esquema terapêutico deve ser compatível com os respectivos diagnósticos.

- Transtorno depressivo: a prescrição de antidepressivos se impõe, entretanto, é controversa a utilização destes fármacos no tratamento da dependência com sintomas depressivos sem que sejam preenchidos os critérios diagnósticos para esta entidade nosológica.
- Transtorno afetivo bipolar: estabilizadores de humor. Antipsicóticos (mania e hipomania) ou antidepressivos (depressão) podem ser acrescentados ao esquema terapêutico, se necessário.
- Transtorno de ansiedade: a prescrição de benzodiazepínicos deve ser vista com cautela devido ao potencial de indução de dependência por estes medicamentos.
- Transtorno alimentar (anorexia nervosa ou bulimia): mais freqüente em adolescentes do sexo feminino. Deve ser adotado o esquema terapêutico apropriado e evitada a prescrição de anfetamínicos devido ao potencial de abuso destes fármacos associado ao risco de eclosão de sintomatologia maniatiforme ou esquizofreniforme.
- Transtorno de conduta: freqüente em adolescentes com abuso ou dependência de drogas, principalmente nos do sexo masculino. Fármacos podem ser prescritos para atenuar a impulsividade e a agressividade, em geral antipsicóticos em baixas doses e antidepressivos, como a fluoxetina.

PSICOTERAPIA

Sabe-se que os adolescentes raramente buscam atendimento por conta própria, mas mesmo quando o fazem voluntariamente eles experimentam ambivalência entre o desejo de abandonar a droga e o desejo de continuar a usá-la. Este dilema, assim como a lembrança do prazer real obtido através da droga, acompanha o paciente durante boa parte de um instável percurso terapêutico no qual as recaídas são

previsíveis. Trata-se, portanto, de uma relação peculiar e disfuncional estabelecida entre o jovem paciente e a(s) substância(s) consumida(s).

Muitas vezes o adolescente chega ao serviço de saúde num estágio chamado por Prochaska e DiClemente de pré-contemplativo, no qual ele não reconhece qualquer problema a ser resolvido e tampouco a necessidade de efetivar mudanças, sendo portanto imprescindíveis um bom acolhimento, assim como a construção de um vínculo terapêutico fundamentado na confiança que permita o progressivo reconhecimento de sua peculiar relação com a substância e as conseqüências de seu uso.

Vaillant relata que o tratamento deve basear-se no oferecimento de outras alternativas que não a droga e também na substituição progressiva desta pela relação interpessoal.

É necessário que o contrato e o *setting* terapêuticos sejam compatíveis com a necessidade de normas estáveis e objetivas. O serviço deve ser capaz de oferecer ao adolescente referenciais de tempo e espaço que favoreçam a sua organização interna.

O grupo terapêutico, por sua vez, deve funcionar como um outro elemento identificatório, bastante útil num momento em que ele tenta afastar-se dos amigos de "balada", aliviando a solidão e oferecendo uma oportunidade de inserção social diferente da anterior, na qual o elo de ligação entre as pessoas era muitas vezes a própria droga.

Quanto à utilização de recursos psicológicos no tratamento, sabe-se que as modalidades não farmacológicas são as mais difundidas mundialmente. Entretanto, quando a psicoterapia é a única modalidade utilizada são altas as taxas de abandono e a frequência de recaídas, se comparadas ao tratamento multidisciplinar.

Dentro de uma proposta de assistência ao dependente deve-se também prestar à família alguma forma de atendimento (orientação e/ou terapia familiar), pois é reconhecida a existência de um significativo funcionamento familiar relacionado à manutenção da conduta drogadicção.

A inserção do adolescente em modalidades terapêuticas complementares como a arteterapia e a terapia corporal, por exemplo, tem se mostrado empiricamente favorável nos programas de tratamento.

A possibilidade de internação deve ser considerada em qualquer fase do tratamento Sua indicação, porém, deve obedecer a critérios estritos (gravidade e impossibilidade transitória para tratamento ambulatorial, entre outros), com rápida devolução do adolescente ao seu meio social.

CRITÉRIOS DE ALTA

A avaliação com finalidade de alta não deve restringir-se apenas à remissão de sintomas e à manutenção da abstinência, mas considerar sobretudo a qualidade de vida do adolescente, condições mínimas de autonomia e as suas inserções sócio-afetivas: família, namoro, escola, trabalho, lazer e esportes.

SEGUIMENTO PÓS-ALTA (*FOLLOW-UP*)

Embora não seja um procedimento de rotina nas unidades de atendimento a usuários de drogas no Brasil, é recomendada a realização de seguimento pós-alta por um período de pelo menos 1 (um) ano, através de visitas domiciliares, retornos periódicos ao serviço ou entrevistas por telefone, tendo em vista saber se o jovem paciente alcançou a remissão completa do quadro e se está conseguindo mantê-la. Caso contrário, será orientado a retomar o tratamento.

Anexo I - Classificação das Principais Drogas

Ação no SNC

_ Depressoras do SNC

- Álcool
- Ansiolíticos ("calmantes")
- Barbitúricos
- Inalantes (solventes, lança-perfume, etc.)
- Derivados do ópio: opióides / heroína
- B-25 (cola para acrílico)
- GHB (Gama-hidroxibutirato, propriedades anestésicas)

_ Estimulantes do SNC

- Cocaína / *Crack*
- Anfetamínicos (anorexígenos)
- *Ecstasy* (MDMA)
- *Ice* ou cristal (metanfetamina na forma de pedras, fumada em cachimbos)
- Cápsula do vento (deriva da anfetamina, com efeito alucinógeno)
- Nicotina
- Cafeína

_ Perturbadores do SNC

- Canabinóides: maconha / haxixe
- Alucinógenos: LSD, psilocibina, mescalina, *ayahuasca* (do ritual do Santo Daime)
- Anticolinérgicos: naturais (chá de lírio) e sintéticos (medicamentos)

_ Bebidas Energéticas (frequente associação com o álcool)

- Componentes:
- Aminoácidos essenciais: taurina (principal)
- Cafeína
- Outros: vitaminas do complexo B / *Ginseng*

Anexo II – Critérios para Abuso e Dependência pelo DSM-IV

Critérios para Abuso de Substância
A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:
(1) uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)
(2) uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância)
(3) problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções por conduta desordeira relacionada à substância)
(4) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação, lutas corporais)
B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância para esta classe de substância.

Critérios para Dependência de Substância
Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:
(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância
(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: (a) síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para Abstinência das substâncias específicas) (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência
(3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido
(4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância
(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos
(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância
(7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool)
Especificar se: Com Dependência Fisiológica: evidências de tolerância ou abstinência (isto é, presença de Item 1 ou 2). Sem Dependência Fisiológica: não existem evidências de tolerância ou abstinência (isto é, nem Item 1 nem Item 2 estão presentes).
Especificadores de curso (ver texto para definições): Remissão Completa Inicial Remissão Parcial Inicial Remissão Completa Mantida Remissão Parcial Mantida Em Terapia com Agonista Em Ambiente Controlado

Anexo III – Lista de Categorias Diagnósticas / Uso Nocivo / Síndrome de Dependência pela CID-10

- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa
- F10. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
 - F11. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos
 - F12. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides
 - F13. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos
 - F14. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína
 - F15. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína
 - F16. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
 - F17. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
 - F18. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
 - F19. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

Uso nocivo

Um padrão de uso de substância psicoativa que está causando dano à saúde. O dano pode ser físico (como nos casos de hepatite decorrente de auto-administração de drogas injetáveis) ou mental (p. ex. episódios de transtorno depressivo secundários a um grande consumo de álcool).

Síndrome de dependência

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (freqüentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não ter sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco. Pode haver evidência de que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que o que ocorre com indivíduos não dependentes.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Abraão I. Factores de risco e factores protectores para as toxicodependências: Uma breve revisão. *Revista Toxicodependências*, ano 5. n. 2, Lisboa, 1999, p. 3-11.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV*. 4ª ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
3. Brasil HHA. Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children present and lifetime version: K-SADS-PL) e estudo de suas propriedades psicométricas. Tese de doutorado. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2003.
4. Bukstein OG. Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs* 2000; 32(1):67-78.
5. Crowley TJ, Riggs PD. Adolescent substance use disorders with conduct disorders and comorbid condition. In: *NIDA Research Monograph*. nº 156, Rockville, U.S. Department of Health & Human Services, 1995; p. 49-111.
6. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases* 1970; 23: 45-468.
7. Galduróz JC, D'Almeida V, Carvalho V, Carlini EA. III Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, UNIFESP, 1994.
8. Galduróz JC, Noto AR, Nappo AS, Carlini EA. I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. São Paulo, FAPESP, 1999.
9. Kaminer Y. Pharmacotherapy for adolescents with psychoactive substance use disorders. In: *NIDA Research Monograph*, nº 156, Rockville, U.S. Department of Health & Human Services, 1995; p. 291-324.
10. Karniol IG. Cannabis sativa e derivados. In: Seibel SD, Toscano Jr. A. *Dependência de drogas*. São Paulo, Atheneu, 2001, p. 131-42.
11. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addiction disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry* 1985; 142(11):1259-64.

12. Maremmani I, Pacini M, Perugi G, Akiskal H. Addiction and the bipolar spectrum. Dual diagnosis with a common substrate? *Addictive disorders and their treatment* 2004; 3 (4): 156-63.
13. Marques ACPR. A importância da avaliação inicial. In: Pinsky I, Bessa MA. *Adolescência e Drogas*. São Paulo, Contexto, 2004; p. 151-63.
14. Mello VA, Andrade F, D'Elia G, Carvalho SM, Costa Leite M. Psicoterapia e dependência. In: Costa Leite M, Guerra de Andrade A. *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999; p. 275-90.
15. Newcomb MD, Bentler PM. Substance use and abuse among children and teenagers. *Am Psychol* 1989; 44:242-48.
16. Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
17. Ribeiro M, Marques ACPR. Maconha: Abuso e dependência. In: Laranjeira R. *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*, 2ª ed., São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Associação Médica Brasileira, 2003; p. 107-13.
18. Rieck L, Formigoni MLOS. Avaliação laboratorial. In: Formigoni MLOS. *A intervenção breve na dependência de drogas: A experiência brasileira*, São Paulo, Contexto, 1992; p. 37-51.
19. Scivoletto S, Andrade ER. A cocaína e o adolescente. In: Costa Leite M, Guerra de Andrade A. *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1999; p. 137-53.
20. Sloboda Z, David SL. *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide*. NIH Publication nº 94-4212, 1997.
21. Sternchuss S, Angel P. O toxicômano e sua família. In: Bergeret J, Leblanc J. *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991; p. 269-79.
22. Sutton S. Os "estágios de mudança" podem orientar o tratamento das adições? Um exame crítico do modelo de Prochaska e DiClemente. In: Edwards G, Dare C. *Psicoterapia e tratamento de adições*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997; p. 173-88.
23. Toscano Jr. A. Adolescência e drogas. In: Seibel SD, Toscano Jr. A. *Dependência de drogas*. São Paulo, Atheneu, 2001; p. 283-302.
24. Toscano Jr. A. Aspectos psicodinâmicos da farmacodependência. In: Bettarello SV. *Perspectivas psicodinâmicas em psiquiatria*. São Paulo, Lemos Editorial, 1998; p. 97-107.
25. Toscano Jr. A. Depressão, suicídio e transtornos por uso de drogas na adolescência. *Diagn Tratamento* 2003; 8(2):102-04.
26. Vaillant GE. As adições ao longo da vida: implicações terapêuticas. In: Edwards G, Dare C. *Psicoterapia e tratamento de adições*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997; p. 5-18.
27. Van De Goor LAM, Knibbe RA, Drop MJ. Adolescent drinking behavior: an observational study of the influence of situation factors on adolescent drinking rates. *Journal of Studies on Alcohol* 1990; 51(6):548-5.
28. Zoja L. *Nascer não basta*. São Paulo, Axis Mundi, 1992.

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – TDAH

Sonia Maria Motta Palma

O QUE É?

Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um quadro caracterizado por hiperatividade, impulsividade e/ou déficit de atenção, além de agitação motora, falta de persistência na continuidade de tarefas, antecipação de respostas a questões não concluídas, entre outros. Esses sinais prejudicam tanto o desenvolvimento emocional e global da criança e adolescente, como sua adaptação social e acadêmica, com evasão e até expulsão escolar, mesmo quando esses pacientes apresentam nível normal de inteligência, interferindo diretamente na auto-estima.

PREVALÊNCIA

Apesar das diferenças nas taxas de prevalência por conta de padrões culturais, elas são muito semelhantes (3 a 5%) em culturas distintas, tais como na América do Sul, China, Japão, Europa e Índia. São 2 a 3 vezes mais comuns em meninos do que em meninas e, com frequência, o transtorno persiste na adolescência e vida adulta.

DIAGNÓSTICO

- Sinais e sintomas presentes antes dos 7 a 12 anos
- Comprometimento em pelo menos 2 contextos (casa e escola, por exemplo)
- Comprometimento clinicamente significativo (comportamentos que extrapolem o esperado para faixa etária e nível intelectual)
- Informações colhidas junto aos pais e professores e também através da observação clínica da criança e adolescente
- Frequentemente já no berço o bebê se mexia muito e não parava quieto.

Desatenção

1. Deixa de prestar atenção em detalhes ou comete erros por descuido
2. Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas ou lazer
3. Parece não escutar quando falam com ele
4. Tem dificuldade em seguir instruções e deixa tarefas sem terminar
5. Tem dificuldade para se organizar
6. Evita, antipatiza ou reluta a fazer tarefas que exijam esforço mental constante
7. Perde coisas necessárias
8. Distrai-se com coisas fora da tarefa
9. Esquece de atividades diárias

Hiperatividade/Impulsividade

1. Agita mãos e pés e se mexe na cadeira
2. Levanta-se quando deveria permanecer sentado

3. Sensações subjetivas de inquietação
4. Dificuldade de ficar em silêncio
5. "A mil por hora", "a todo vapor"
6. Fala demais
7. Dá respostas precipitadas antes de terminarem as perguntas
8. Tem dificuldade para aguardar a vez
9. Interrompe os outros, intromete-se em assuntos que não lhe dizem respeito.

CID 10

F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção

Síndrome de déficit da atenção com hiperatividade

Transtorno de déficit da atenção com hiperatividade

Transtorno de hiperatividade e déficit da atenção

Exclui: transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta (F90.1)

F90.1 Transtorno hipercinético de conduta

F90.8 Outros transtornos hipercinéticos

F90.9 Transtorno hipercinético não especificado

Reação hipercinética da infância ou da adolescência SOE

Síndrome hipercinética SOE

TRATAMENTO (*)

- Combinação de medicamentos, orientação aos pais e professores, além de técnicas específicas que são ensinadas ao paciente;
- Psicoterapia indicada é a Terapia Cognitivo Comportamental;
- Tratamento com fonoaudiólogo está recomendado nos casos onde existe simultaneamente Transtorno de Leitura (Dislexia) ou Transtorno da Expressão Escrita (Disortografia);
- Metilfenidato:
 - _ Medicamento para o tratamento do TDAH, podendo ser utilizado tanto em crianças e adolescentes como em adultos. É vendido com receita especial (talonário do tipo A, amarelo) em diversas farmácias. No Brasil existe a forma de curta duração (entre 4 a 6 horas), o que significa que deve ser tomado, de modo ideal, 3 vezes ao dia.
 - _ Pertence à classe dos estimulantes, que são considerados medicamentos de primeira escolha no tratamento do TDAH.
 - _ Dose recomendada: 0,5 mg/Kg/dia. Cada comprimido tem 10 mg.
 - _ Este medicamento não causa "dependência", em uso terapêutico, podendo ter efeito protetor quanto ao abuso de drogas e álcool no final da adolescência e da vida adulta. Deve-se lembrar que os portadores de TDAH apresentam maior incidência de abuso de drogas do que o resto da população e, quando tratados com Metilfenidato, têm menor incidência deste problema do que aqueles que não são tratados.
 - _ Os efeitos colaterais mais comuns são inapetência, insônia, irritação gástrica e dores de cabeça, que surgem numa minoria de pacientes e, quando ocorrem, tendem a desaparecer em poucos dias ou semanas.
 - _ Não há fundamentação científica para a crença de que o Metilfenidato diminua a estatura de crianças, podendo haver uma desaceleração inicial do desenvolvimento, mas depois ocorre o estirão normal da adolescência, terminando com estatura adequada.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS NO TRATAMENTO DO TDAH

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	EFEITO
MEDICAMENTOS DE PRIMEIRA LINHA		
Metilfenidato (ação curta)	5 a 20mg de 2 a 3 vezes ao dia	3 a 5 horas
Metilfenidato (ação intermediária)	20 a 40mg pela manhã	Cerca de 8 horas
Metilfenidato (ação prolongada)	18 a 72mg pela manhã	Cerca de 12 horas
MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINHA (não são a primeira opção)		
Imipramina (antidepressivo)	2,5 a 5mg por kg de peso, divididos em 2 doses	

Nos casos com suspeita de TDAH e comorbidades associadas discutir e/ou encaminhar para o especialista.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Site: www.tdah.org.br (*)
2. Rohde LA, Mattos P et al. Princípios e Práticas em TDAH. Artmed Editora, 2002.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Washington, American Psychiatric Association, 1994.
4. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

Causas Externas de Morbimortalidade

1. Violência contra o adolescente
2. Violência sexual
3. *Bullying*
4. Esportes e o uso indevido de anabolizantes e suplementos
5. Vivendo no espaço público da rua

VIOLÊNCIA CONTRA O ADOLESCENTE

Jonas Melman
Mariângeka Aoki
Nelson Figueira Junior

Na atualidade, o aumento da violência se transformou em um problema central para a humanidade.

No Brasil, as políticas públicas de segurança, justiça e penitenciárias não têm contido o crescimento dos crimes, as violações dos direitos humanos e a violência em geral. Apesar dos investimentos governamentais em recursos materiais e humanos e da renovação das diretrizes institucionais, os resultados ainda parecem tímidos e pouco visíveis.

A complexidade e abrangência da tarefa de transformar essa realidade violenta exigem um esforço de articulação de todos os segmentos sociais na sua superação. Nesse movimento coletivo, não há dúvida de que a saúde tem papel fundamental.

O reconhecimento da violência como questão prioritária na saúde pública é relativamente recente. Nos últimos vinte anos, o campo da saúde tem se tornado cada vez mais refém da violência, pesando sobre ela o ônus da reparação, do cuidado, da reabilitação das vítimas, assim como a elaboração de estratégias de prevenção. Em geral, o setor saúde apresenta uma tendência de agir reativamente, respondendo de forma especializada e fragmentada aos efeitos do fenômeno. Frequentemente, perde-se a visão global e articulada do problema, privilegiando iniciativas individuais e localizadas. Apesar dos avanços, o desafio é fazer com que os diferentes setores da saúde trabalhem em forma de parceria, articulados com a comunidade local.

Em outra perspectiva, a saúde pública tem procurado orientar os modelos de intervenção, priorizando estratégias e iniciativas comunitárias, entendendo a violência como um fenômeno complexo a ser enfrentado em suas múltiplas dimensões.

Em nosso país, considerando o grau de desigualdade social e econômica existente, os adolescentes estão entre os grupos populacionais mais vulneráveis aos efeitos da cultura da violência. Seus direitos são constantemente violados, como o acesso à escola, a assistência à saúde, ao esporte, ao lazer e aos cuidados mínimos necessários para o pleno desenvolvimento de suas potencialidades.

Em 2004, na cidade de São Paulo, a população de adolescentes era de aproximadamente 1.700.690, considerando a faixa etária compreendida entre os 10 e 19 anos (OPAS e MS), e representavam 16% do total da população paulistana.

No período de 2000 a 2004 ocorreram 34.615 mortes por homicídio, acidente de trânsito e suicídio (Tabela 1), 17% dessas mortes são de adolescentes (Tabela 2).

Tabela 1 - Mortalidade de residentes no município de São Paulo por causas externas específicas - 2000 a 2004

<i>Causas externas</i>	2000		2001		2002		2003		2004		<i>Total</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>								
Ac Trans e Transp	1184	15,6	1405	18,0	1272	17,9	1270	19	1172	21,6	6303	18,2
Suicídio	425	5,6	418	5,4	393	5,5	414	6,2	398	7,3	2048	5,9
Homicídio	5979	78,8	5990	76,7	5435	76,5	5013	74,9	3847	71,0	26264	75,9
Total	7588	100	7813	100	7100	100	6697	100	5417	100	34615	100,0

Fonte: PROAIM/SMS/PMSP, 2006

SEÇÃO VII: Causas externas de Morbimortalidade

Tabela 2 - Mortalidade de Adolescentes, residentes no município de São Paulo, por causas externas específicas de 2000 a 2004, por faixa etária

Causas externas	2000		2001		2002		2003		2004		Total
	10 a 14	15 a 19									
Ac Trans e Transp	30	119	40	148	38	129	26	117	23	123	793
Suicídio	5	17	4	47	3	25	3	31	3	24	162
Homicídio	78	1063	59	1077	61	984	52	835	37	626	4872
Total	113	1199	103	1272	102	1138	81	983	63	773	5827

Fonte: PROAIM, 2006

Os dados revelam o perfil dos adolescentes mortos por causas violentas na cidade de São Paulo. A maioria é do sexo masculino, têm idade entre 15 e 19 anos, é negro ou pardo e reside em áreas de maior exclusão social (observar Tabelas 3 e 4).

Tabela 3 - Mortalidade de Adolescentes de 10 a 19 anos, residentes no município de São Paulo, por causas externas específicas, segundo o sexo - 2000 a 2004

Causas externas	Masc	%	Fem	%	Total	%
Suicídio	115	2,2	47	7,4	162	2,8
Ac Trans e transp	595	11,5	198	31,1	793	13,6
Homicídio	4480	86,3	391	61,5	4871	83,6
Total	5190	100,0	636	100,0	5826	100,0

Fonte: PROAIM, 2006

Tabela 4 - Mortalidade de Adolescentes de 10 a 19 anos, residentes no município de São Paulo, por causas externas específicas, segundo raça/cor - 2000 a 2004

Causas externas	Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Não inf	%	Total
Ac Trans e Transp	521	18,0	43	9,4	5	41,7	223	9,1	0	0	1	4,5	793
Suicídio	118	4,1	6	1,3	1	8,3	36	1,5	0	0	1	4,5	162
Homicídio	2252	77,9	407	89,3	6	50,0	2186	89,4	1	100	20	90,9	4872
Total	2891	100,0	456	100,0	12	100,0	2445	100,0	1	100	22	100,0	5827

Fonte: PROAIM, 2006

A violência em relação aos adolescentes se expressa em suas mais diversas formas: sexual, doméstica, institucional, acidente de trânsito, homicídios, suicídios, exploração sexual. Usualmente, as pessoas recorrem ou são encaminhadas aos serviços de saúde. O fenômeno violento, sem dúvida, gera altos custos para a sociedade. Ele pode deixar diversas seqüelas que muitas vezes não são computadas nos dados de morbidade, além de prejudicarem o desenvolvimento do adolescente, comprometendo o seu futuro.

Frente a esta situação é urgente discutir a temática e implementar ações preventivas dos agravos físicos e emocionais, de promoção à saúde e de assistência integral às pessoas em situação de violência ou vítimas de acidentes.

O reconhecimento da violência como questão de saúde pública constitui-se em grande avanço no setor. Ao mesmo tempo, é essencial trabalhar no sentido de articular as múltiplas dimensões do fenômeno a partir de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, que possibilite formular políticas públicas integradas de superação da violência e prevenção dos acidentes.

Nessa perspectiva, torna-se cada vez mais relevante que o setor saúde se organize para atender de forma qualificada as pessoas em situação de violência que chegam nos serviços de saúde, com a finalidade de interromper o ciclo de violência em que elas vivem.

A invisibilidade de certas formas de violência, principalmente aquelas que ocorrem no âmbito das relações familiares, exige que os profissionais desenvolvam uma sensibilidade para detectar os sinais e sintomas do fenômeno violento. A violência intrafamiliar implica no exame de questões culturais delicadas envolvendo as atribuições e os limites do papel dos pais na educação dos filhos, o exercício do poder e da dominação, o diálogo entre a necessidade de proteção e os movimentos de autonomia. Vale lembrar que, em nossa sociedade, a violência ainda encontra legitimidade como instrumento disciplinador. Muitas pessoas ainda acreditam na violência para resolver conflitos.

O fenômeno da violência nas relações domésticas indica a existência de uma disfunção que é expressão da desigualdade de gênero e ou de geração, em que o sujeito mais forte procura impor sua vontade.

A violência doméstica é um fenômeno democraticamente distribuído nas diferentes classes sociais. As classes menos favorecidas tendem a recorrer com maior frequência aos serviços públicos e gratuitos. No caso das classes sociais mais ricas, a característica do segredo é mantida com maior facilidade, sendo mais camufladas as situações de violência.

A maioria das pessoas que vitimiza foi vitimizada em sua infância. Muitos agressores foram formados em famílias disfuncionais e acabaram introjetando modelos inadequados de cuidados e proteção, resultando na baixa tolerância à frustração, na impossibilidade de se colocar no lugar do outro e na tendência à impulsividade.

Estima-se que 10% dos atendimentos por trauma apresentados como "acidentes" em serviços de emergência são, na verdade, decorrentes de agressões intencionais. Apesar das dificuldades, é possível desenvolver uma sensibilidade para detectar os casos de violência, por meio da identificação de sinais e sintomas que permitem reunir evidências suficientes para a suspeita ou confirmação.

CLASSIFICAÇÃO DAS MODALIDADES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA QUE ATINGEM O ADOLESCENTE

As formas de violência contra adolescentes podem ser classificadas em: violência física, violência sexual, violência psicológica, negligência.

1 - Violência Física

Definida como uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou do adolescente, com o objetivo de ferir, provocar dano ou levar a vítima à morte, deixando ou não marcas evidentes.

2 - Violência Sexual

É todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem como intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Tais práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade.

3- Violência Psicológica

A violência psicológica pode ocorrer por meio de agressões verbais, humilhação, desqualificação, discriminação, depreciação, culpabilização, responsabilização excessiva, indiferença ou rejeição. É considerada também violência psicológica a utilização do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos, prejudicando o seu desenvolvimento. Todas essas formas de maus tratos podem causar danos, muitas vezes irreversíveis, ao desenvolvimento biopsicossocial da vítima.

Pela sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus tratos, esse tipo de violência é muito difícil de ser identificada, apesar de muitas vezes estar associada às demais formas de violência.

4 - Negligência

É o ato de omissão do responsável em prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança ou adolescente. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência.

Pode caracterizar-se pela omissão de cuidados básicos, como a privação de alimentos e medicamentos, ausência de cuidados necessários à saúde, não provimento de condições para a frequência à escola.

Devido à situação de miséria e de extrema pobreza em que muitas famílias vivem no Brasil, grande parte delas chefiada por mulheres que precisam trabalhar fora de casa para garantir a sobrevivência dos filhos, a identificação da negligência frequentemente é um ato de difícil discernimento. Tal dificuldade aumenta quando o profissional ou a equipe de saúde depara-se com o questionamento da existência de intencionalidade numa situação objetiva de negligência. Alguns autores indicam que uma boa referência é comparar os recursos que aquela família dispõe para suas crianças com os recursos oferecidos por outras famílias de mesmo nível social. Também é possível comparar a qualidade do trato dispensado a cada filho, buscando identificar algum tratamento desigual. No entanto, independente da responsabilidade dos pais ou responsáveis pelos cuidados da criança ou adolescente, é necessária a notificação e a tomada de decisão a favor da proteção da pessoa vulnerável.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de violência contra adolescentes, em sua grande maioria, é difícil. É importante ressaltar que, em algumas oportunidades, as vítimas não possuem evidências físicas de agressão e, nestes casos, a suspeita de violência surge, geralmente, no momento da entrevista ou no decorrer do exame físico.

Os profissionais devem ter em mente que a vítima encontra-se frágil e vulnerável, podendo manifestar sentimentos de degradação, humilhação, vergonha, culpa, medo, labilidade emocional, desestruturação psíquica e depressão. O adolescente, em geral, teme por sua segurança e, quando tem uma relação de dependência emocional e material com o agressor, pode assumir uma postura de proteção.

É importante que o paciente sinta-se acolhido. A postura do profissional deve ser cuidadosa, sendo muito importante que se estabeleça um bom vínculo, inclusive com os responsáveis, mesmo que se suspeite de um deles como suposto agressor.

Explicar os procedimentos, tentando conquistar confiança e respeitar as limitações emocionais e a fragilidade do jovem ajuda no estabelecimento do vínculo. Convém evitar contatos físicos desnecessários, que podem ser interpretados pelo adolescente como ameaça de novo abuso.

Dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, achados do exame físico, exames diagnósticos realizados, e terapêuticas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados no prontuário do paciente. Isto garante a proteção eventualmente necessária nos casos de interesse da Justiça. As informações obtidas devem ser registradas da forma mais fidedigna possível com o relato apresentado, evitando-se resumos, sínteses ou abreviações. Deve-se informar quem presta as informações e manter o vocabulário utilizado pelo declarante. É importante relatar os fatos como são contados, procurando evitar o relato resumido na forma de conclusões.

Posturas e atitudes dos profissionais de saúde

- Procurar assumir uma atitude receptiva e acolhedora de um técnico interessado em compreender e analisar a complexidade dos problemas.
- O papel do profissional de saúde é de cuidador. Ouvir com atenção e disponibilidade as vítimas e seus familiares é fundamental. Procurar compreender e aceitar a pessoa do agressor não significa concordar com a ação violenta. Frequentemente, verifica-se que agressores foram vítimas de maus tratos e violências no passado. Sugere-se evitar julgamentos e críticas, não assumindo postura de policial.

- Procurar manter a calma e evitar demonstrar sentimentos de pena, desaprovação, raiva ou indignação. Os profissionais de saúde apresentam a tendência de se identificarem com as pessoas envolvidas na medida em que o fenômeno violento mobiliza muitos sentimentos em relação às experiências de vida de cada um.
- Evitar confrontar a história do adolescente com a versão dos pais ou responsáveis.
- Buscar um local reservado para a entrevista.
- Formular perguntas de forma direta, aberta e imparcial. A disponibilidade do profissional para ouvir é fundamental.

Entrevista

Durante a entrevista, analisar o discurso e o comportamento dos responsáveis é muito importante. É preciso estar atento aos seguintes fatores:

- pais ou responsáveis que omitem, total ou parcialmente, a história do trauma;
- pais ou responsáveis que mudam a história toda vez que são interrogados;
- histórias diferentes quando são questionados os membros da família isoladamente;
- demora inexplicável na procura de recursos médicos na presença evidente de trauma;
- adolescentes que não querem relatar o que aconteceu, com medo de represálias, em especial quando os agentes agressores são os próprios pais.

Nos casos suspeitos de violência doméstica, deve-se levar em conta alguns aspectos do comportamento do adolescente e do membro da família supostamente envolvido na agressão, tais como:

- Atitudes e comportamento do suposto agressor: observar atitudes de menosprezo e desatenção para com a vítima; responsabilização da vítima por problemas familiares; rigidez ou permissividade excessivas, excesso de zelo ou indiferença; concessão de privilégios para a vítima no sentido de obter o silêncio; postura ameaçadora ou chantagista; baixa auto-estima; uso abusivo de álcool e drogas; atitudes sedutoras; justificativa do castigo físico como instrumento pedagógico. O agressor geralmente teme envolver-se com a lei, mostrando ter receio de sofrer críticas e punições; fornece explicações não convincentes sobre as lesões que a vítima apresenta.
- Fatores relacionados ao adolescente: algumas características dos adolescentes aumentam a sua vulnerabilidade à violência, como por exemplo: histórias de separação e/ou de conflitos na família, deficiência mental, transtorno psiquiátrico, enfermidade crônica. Hiperatividade, transtorno de conduta, agressividade excessiva e fracasso escolar, também podem desencadear violência.
- Comportamento do adolescente: é importante estar atento aos seguintes comportamentos e sintomas: desconfiança do contato com adultos, distúrbios do sono, mudança de comportamento alimentar (inapetência, bulimia, anorexia, obesidade), pesadelos, agressividade ou passividade, comportamento autodestrutivo, atitude anti-social, súbitas mudanças de humor, delinqüência ou comportamento sexual precoce, uso de drogas ou álcool, dificuldade de concentração e baixo rendimento escolar, mudanças súbitas no desempenho escolar ou no comportamento, depressão, estado de alerta permanente, medo de ficar sozinho ou em companhia de determinadas pessoas, fugas de casa.
- Condições sócio-culturais da família: relações familiares precárias ou prejudicadas por sucessivos conflitos; privação econômica recente; separação dos pais; gravidez não desejada ou fruto de adultério; intencionalidade de abortar; famílias uniparentais.

ATENÇÃO: Esses indicadores sozinhos não confirmam a ocorrência de violência doméstica contra adolescentes que chegam à procura de atendimento nas Unidades de Saúde. Entretanto, a suspeita aumenta quando vários "sinais" ocorrem juntos ou parecem inapropriados para a idade.

Exame Físico

Os profissionais devem estar atentos para quando o adolescente apresentar-se triste, apático, inseguro, com postura defensiva. É freqüente a ocorrência de hematomas, equimoses, queimaduras e escoriações em qualquer parte do corpo da vítima. Tais lesões podem ser decorrentes de golpes, lançamento de objetos e contra objetos, queimaduras, mordidas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo, entre outros.

Lesões em região dorsal, nádegas, órgãos genitais e dorso das mãos podem ajudar no diagnóstico de violência física, pois raramente ocorrem por acidente. Equimoses com formato definido podem sugerir o tipo de objeto utilizado na agressão, como cintos, fivelas, dedos, colheres, pás e mordidas.

Fraturas múltiplas inexplicadas, em diferentes estágios de consolidação são típicas de violência física, da mesma forma que as fraturas clinicamente não suspeitáveis através da anamnese.

O exame ginecológico completo deve ser realizado em todos os casos de violência sexual (confirmados ou suspeitos), independentemente das providências legais tomadas até o momento. Devem ser procurados sinais de lesões dos fôrnices vaginais, especialmente o posterior, lesões do trato urinário, sinais de doenças sexualmente transmissíveis ou de gestação.

Avaliação Laboratorial

A indicação de avaliação laboratorial e/ou radiológica deve ser direcionada pelo quadro clínico, podendo ser solicitados:

- Exames Hematológicos: hemograma completo com plaquetas; coagulograma
- Exames Bioquímicos: CPK (quase sempre aumentada em casos de traumas); amilase, transaminases e γ GT (trauma abdominal)
- Urina tipo I
- Sangue e urina para investigar intoxicação exógena
- Pesquisa das doenças sexualmente transmissíveis nos casos de abuso sexual
- Pesquisa de gravidez nos casos de abuso sexual

CONSTRUINDO UMA REDE DE CUIDADOS

Para minimizar o impacto da violência sobre os adolescentes que chegam aos serviços municipais de saúde é fundamental organizar uma **rede de cuidados** que possa oferecer atenção de qualidade aos adolescentes em situação de violência.

As experiências e a literatura têm mostrado que organizar uma rede que funcione efetivamente é viável, e seu sucesso depende da capacidade da gestão pública no campo da saúde em posicionar a superação da violência entre as prioridades de suas políticas, não só com ações de recuperação da saúde, mas também na constituição de ações de promoção e proteção ao adolescente através de programas sociais e comunitários na parceria entre Saúde, Ação Social, Educação, Segurança e Defensoria Pública e Sociedade.

Ações inovadoras nesta direção visam à melhoria das práticas dos pais na criação dos filhos, introduzir programas no meio escolar para a estimulação de atitudes não-violentas e ações comunitárias envolvendo poderes públicos, equipamentos sociais e população para o desenvolvimento de novas habilidades na promoção de mudanças da qualidade da vida e do ambiente.

A prevenção da violência é de incumbência de todos, resultado de um esforço coletivo, tanto maior quanto for o movimento de cooperação entre setores governamentais e não-governamentais. Não se deve esquecer que a comunidade desempenha papel central, na medida em que a violência é mais presente em contextos de escassez de atividades de lazer, esporte e cultura, locais de ocupação recente e alto crescimento populacional, e com indicadores sócio-econômicos desfavoráveis como renda e emprego.

Vários arranjos na organização dessa rede de cuidados são possíveis e válidos. Apesar dos diferentes modos de organização, o fator mais importante para a eficácia do sistema está no apoio institucional dos diversos níveis da gestão, na constituição e acompanhamento da equipe interdisciplinar e da rede de apoio. Outra variável significativa na qualidade da atenção diz respeito ao envolvimento e motivação dos profissionais para a realização da tarefa. Profissionais capacitados e motivados são fundamentais no exercício da sua função.

A rede de cuidados pode iniciar-se com a constituição de uma equipe interdisciplinar de referência na unidade de saúde (pode ser em cada unidade de saúde ou elege-se no território uma unidade de referência) para oferecer assistência em saúde, de acordo com as necessidades da pessoa.

Entretanto, não só as equipes de referência devem se responsabilizar pelo cuidado, mas todos os **profissionais de saúde devem ser capazes de identificar, acolher, atender e encaminhar pessoas em situação de violência**, quando necessário.

Para que a detecção dos casos de violência e os respectivos cuidados façam parte das rotinas institucionais e do fazer do profissional, é importante acionar dispositivos que garantam o atendimento integral dos usuários dos serviços de saúde, considerando as diferentes necessidades de atenção. As necessidades em saúde das pessoas não são homogêneas, considerando os riscos de adoecimento e da própria doença e, no caso dos adolescentes, levar em conta as questões mais específicas desse segmento, além das questões de raça/cor, de gênero, de saúde mental, de deficiência, etc.

Dependendo do grau de complexidade do caso, o serviço encaminha para um serviço de saúde especializado e/ou para outras redes de cuidado de gestão pública ou parceira da sociedade civil.

NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA

É fundamental a identificação e processamento da informação sobre as diversas formas de violência para se dimensionar o impacto da violência na vida das pessoas e nos serviços de saúde.

Do ponto de vista das políticas públicas, as notificações viabilizam um sistema de registro com informações fidedignas dos casos de suspeita ou confirmação de violência. Essas informações são essenciais para a elaboração de estratégias de prevenção e promoção de ações de saúde, além de contribuir para incorporar o cuidado às pessoas em situação de violência nas rotinas institucionais.

É importante efetuar a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência na **Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência** definida pela Secretaria Municipal da Saúde, e encaminhá-la ao Conselho Tutelar e à Promotoria Regional da Infância e Juventude, conforme determina o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. O ECA considera "criança" a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e "adolescente" a pessoa entre 12 e 18 anos de idade.

A ficha de notificação não é e não vale como denúncia. No entanto, confunde-se, freqüentemente, notificação com denúncia. A notificação é uma comunicação obrigatória de um fato. A denúncia é o nome técnico dado à peça processual que dá início a ação penal pública promovida pelo Ministério Público (MS, 2005). Cabe, de acordo com o art. 13 do ECA, aos profissionais de saúde, notificarem às autoridades competentes os casos de que tenham conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes. A acusação, nesses casos, é feita exclusivamente pelo Ministério Público por meio de denúncia.

A experiência revela as dificuldades que os profissionais enfrentam em relação ao preenchimento da ficha de notificação. Observa-se a existência de um quadro de resistência importante que aparece em praticamente todos os níveis: dos operadores de saúde aos gestores.

A cultura do medo que prevalece em nossa sociedade como reação ao fenômeno violento, igualmente afetou os trabalhadores da saúde que se sentem inseguros com as eventuais repercussões e conseqüências

das notificações e do próprio trabalho de acolhimento e do cuidado aos usuários. Há ainda um desconhecimento quase generalizado a cerca do uso que será destinado a informação registrada.

O problema se amplia no que se refere à notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes, em função da obrigatoriedade do encaminhamento de uma via para os Conselhos Tutelares, responsáveis por intervir sempre que houver violação dos direitos das crianças e dos adolescentes.

Conselhos Tutelares

Cabe aos Conselhos Tutelares a **averiguação de todos os casos notificados** por meio de entrevistas com a família e o adolescente, de visitas domiciliares e de estudos de caso, podendo acionar os recursos da comunidade em que a família mora para ajudá-la em seus problemas. Em situações mais graves, encaminha-se o caso ao Ministério Público ou à Vara da Infância e da Juventude.

Observa-se que os Conselhos Tutelares, cuja responsabilidade é do poder público municipal prover os recursos para o seu funcionamento, não estão ainda organizados e estruturados o suficiente para exercer plenamente o papel que lhe foi atribuído pelo ECA. Essa situação se agrava com a insuficiência de serviços de suporte de acordo com a necessidade do caso.

É importante, além de se fazer os investimentos necessários, reforçar e valorizar o papel dos conselheiros. Os Conselhos Tutelares constituem interlocutores indispensáveis dos profissionais de saúde, para garantir a continuidade da atenção a questões que estão fora da esfera de atuação da saúde. Acompanhar o caso, trabalhar em parceria, compartilhar o atendimento e dividir responsabilidades é fundamental. Portanto, quando ocorrer alguma discordância nos procedimentos adotados, é importante conversar com o conselheiro e dar sugestões para melhorar a condução do caso.

A integração e parceria com o Ministério Público e/ou Vara da Infância e Juventude também é de grande importância para a condução do caso, sempre que o profissional de saúde considerar necessária.

SIGILO PROFISSIONAL

Os profissionais de saúde também questionam a quebra do sigilo profissional quanto se notifica às autoridades competentes os casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra a criança e o adolescente.

De acordo com a Norma Técnica do MS (2005)

... o atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo e segredo profissional. A Constituição Federal, art. 5, garante que "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação". O art. 154 do Código Penal caracteriza como crime "revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem". Da mesma forma, o Código de Ética Médica, art. 103, estabelece que "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-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente".

O atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência também se submete aos mesmos fundamentos éticos e legais. **A assistência à saúde da pessoa menor de 18 anos de idade deve observar o princípio de sua proteção. Se a revelação dos fatos for feita para preservá-la de danos, está afastado o crime de revelação de segredo profissional.**

Face à complexidade do problema, sempre é bom lembrar que o cuidado em relação aos adolescentes deve envolver o trabalho em equipe de profissionais de diferentes formações, que possam compartilhar responsabilidades e decisões.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Brasil, Ministério da Saúde. Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para os profissionais de saúde, Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº 7, Brasília, Ministério da Saúde, 2005.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº 6, Brasília, Ministério da Saúde, 2005.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Violência Faz Mal à Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Notificação de Maus Tratos Contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 167. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Violência Intrafamiliar. Orientações para a Prática em serviço. Caderno de Atenção Básica nº 8. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
7. Schraiber L B, D'Oliveira AF. Saúde das mulheres em situação de violência doméstica. São Paulo, 2003.
8. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Ministério da Justiça, Fundação Osvaldo Cruz. Guia de Atuação Frente a Maus-Tratos na Infância e na Adolescência. 2ª ed, 2001.

VIOLÊNCIA SEXUAL

Júlio Mayer de Castro Filho
Fernanda Fernandes Ranña
Lucimar Aparecida França

Constitui todo ato ou jogo sexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que o do adolescente. O abuso sexual tem como intenção estimular sexualmente a criança ou adolescente ou utilizá-los para obter satisfação sexual. Baseia-se em relação de poder e pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, *voyeurismo*, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual (hetero ou homossexual) com ou sem penetração. Tais práticas eróticas e sexuais são impostas ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade.

A violência sexual é sempre presumida em menores de 14 anos, deficientes mentais ou quando o adolescente não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência (art. 224, Código Penal Brasileiro). Entretanto, é fundamental que os profissionais que estiverem diante de uma suspeita de violência sexual em adolescentes maiores de 14 anos utilizem o bom senso e avaliem o caso independentemente da idade do paciente. Adolescentes maiores de 14 anos têm maior consciência dos fatos e maior capacidade para se defender, porém também podem ser induzidos, ameaçados e forçados a situações que os prejudiquem.

A violência sexual pode ocorrer em diferentes contextos, de forma que cada um deles apresenta características específicas em termos de demanda de atendimento. A relação entre o agressor e o adolescente determina a forma de apresentação dos casos pois, quanto maior o vínculo entre os dois, maior será a dificuldade do adolescente quebrar o silêncio e denunciar a agressão.

Quando o **abuso sexual é extrafamiliar e o agressor desconhecido**, a violência sexual geralmente ocorre uma única vez, de forma abrupta e acompanha-se de violência física. Como não há vínculo entre agressor e vítima, a denúncia acontece mais facilmente. Esse tipo de violência acomete mais frequentemente adolescentes do sexo feminino e são comuns as situações em que existe penetração vaginal, anal ou oral.

Quando o **abuso sexual é extrafamiliar com agressor conhecido** pode acontecer mais de uma vez e tende a ocorrer de forma gradual, ou seja, as atividades sexuais praticadas vão se tornando gradativamente mais intensas, até culminar com a relação sexual com penetração. Geralmente vem acompanhada de ameaças verbais ou de sedução, fazendo com que o adolescente não denuncie por medo, vergonha ou para proteger a si mesmo, sua família ou, até mesmo, o próprio agressor.

Se o **abuso sexual for intrafamiliar** o silêncio é muito difícil de ser quebrado, porque o adolescente está vinculado afetivamente ao agressor. A denúncia passa a afetar não apenas o adolescente e o abusador, mas toda a família, que sempre está direta ou indiretamente envolvida. Desta forma, este tipo de violência sexual exige intervenção mais aprofundada por parte da equipe multidisciplinar.

DIAGNÓSTICO

Profissionais da saúde precisam estar atentos para a questão da violência. Na maioria das vezes, as vítimas não apresentam evidências físicas de agressão e, nestes casos, a suspeita de violência surge, geralmente, no momento da anamnese ou no decorrer do exame físico.

O adolescente que sofre violência sexual encontra-se fragilizado, geralmente sente-se humilhado, envergonhado, com sentimentos de culpa e medo, podendo apresentar desestruturação psíquica e depressão. É fundamental que lhe sejam relatados todos os procedimentos a serem realizados, tentando conquistar

sua confiança. É importante também que sejam evitados contatos físicos desnecessários, que possam ser interpretados como ameaça de nova agressão.

Nos casos de lesões físicas, é importante a diferenciação entre trauma intencional e acidental. Deve-se obter informações sobre o ambiente em que o paciente vive e estar atento para uma história discrepante, como a incompatibilidade entre os dados da história e os achados no exame físico.

Todas as informações obtidas, assim como os achados do exame físico, exames diagnósticos realizados e terapêuticas instituídas devem ser registrados no prontuário do paciente, garantindo-se, dessa forma, proteção aos profissionais nos casos de interesse da Justiça.

O diagnóstico baseia-se na anamnese, exame físico (incluindo exame ginecológico), exames laboratoriais e por imagem.

1 - Anamnese

Aspectos importantes da anamnese nos casos de suspeita de violência estão descritos no capítulo "Violência contra o Adolescente" e se aplicam às situações de violência sexual (consultar o citado capítulo).

2 - Exame Físico

Durante o exame físico o médico e toda a equipe devem ficar atentos ao comportamento do adolescente, que pode apresentar-se apático e indefeso, extremamente temeroso, com postura defensiva, encolhendo-se, fechando os olhos e protegendo o rosto, pois tal atitude assemelha-se à postura adotada durante as agressões sofridas. O corpo todo precisa ser examinado à procura de possíveis lesões.

Exame ginecológico completo deve ser realizado em todos os casos de violência sexual (confirmados ou suspeitos), independentemente das providências legais. Se necessário, o profissional deve realizá-lo sob narcose da paciente, a fim de evitar nova violência decorrente de um exame forçado. Devem ser investigados sinais de lesões nos fôrnices vaginais, especialmente o posterior, lesões do trato urinário, sinais de doenças sexualmente transmissíveis ou de gestação.

3 - Avaliação laboratorial e por imagem

A indicação de avaliação laboratorial e/ou por imagem deve ser direcionada pelo quadro clínico e pelo tipo de agressão sofrida (se abuso sexual isolado ou acompanhado de outras agressões físicas).

Podem ser solicitados:

- Exames hematológicos: hemograma completo; coagulograma
- Exames bioquímicos: CPK (quase sempre aumentada em casos de agressões físicas); amilase, transaminases e γ GT (trauma abdominal)
- Urina tipo I
- Ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, de acordo com o quadro apresentado.

Devem ser realizados em todos os casos de violência sexual:

- Pesquisa das doenças sexualmente transmissíveis: coleta imediata de sangue para sorologias para sífilis, HIV, hepatites B e C
- Na menina: colher material do conteúdo vaginal para exame direto a fresco e corado pelo Gram, além de material da endocérvice e reto para cultura em meio de Thayer-Martin (pesquisa de gonococo) e imunofluorescência direta (pesquisa de clamídia), quando disponíveis
- Repetir sorologia para sífilis após 30 dias e para HIV após, no mínimo, três meses
- Pesquisa de gravidez.

CONDUTA

O reconhecimento dos sinais de violência sexual contra adolescentes deve fazer parte da rotina dos profissionais da saúde, assim como a abordagem dessa situação que é de extrema complexidade. Estar atento para suspeitar ou comprovar a existência desse tipo de violência requer, além de habilidade, sensibilidade e compromisso com essa questão.

Todos os profissionais da saúde desempenham papel fundamental no levantamento da suspeita, confirmação do diagnóstico, tratamento das lesões e possíveis seqüelas, no acompanhamento e desencadeamento das medidas de proteção legais cabíveis a cada caso.

Esses mesmos profissionais normalmente encontram muitas dificuldades quando se deparam com situações de violência contra crianças e adolescentes, devido à falta de preparo técnico e ao fato dessas situações envolverem a transgressão de questões morais e sociais. Além disso, existe o medo ou recusa em envolver-se com o que é considerado culturalmente como um problema de justiça ou problema que não pertence ao âmbito da saúde. Faz-se, portanto, necessário o treinamento para capacitar os profissionais para o adequado atendimento dessas famílias.

ATENDIMENTO GLOBAL

O atendimento pelos profissionais da saúde aos adolescentes que estão em situação de violência sexual (ou sob suspeita de tal situação) e às suas respectivas famílias deve seguir as seguintes etapas:

Acolhimento: O profissional deve ouvir atentamente, não julgar a partir de seus preconceitos, refletir sobre o caso e avaliá-lo com outros profissionais da equipe multidisciplinar.

Proteção: Os profissionais não devem agir prematura ou impulsivamente, mas precisam buscar informações complementares sobre o caso, discutir com a equipe as formas de intervenção e encaminhamento (medidas protetivas).

Intervenção: Cabe à equipe multidisciplinar decidir sobre a melhor forma de intervenção e encaminhamento dos casos. A questão da violência deve ser vista como um problema familiar e não apenas relacionado à vítima e ao agressor.

Prevenção: Ações de prevenção primária e promoção necessitam caminhar em paralelo às de atendimento às vítimas, para que se consiga, no futuro, reduzir a incidência da violência contra crianças e adolescentes. Os profissionais precisam estar dispostos a dar orientações aos pais no sentido de ajudá-los a perceberem as reais possibilidades e necessidades dos filhos. Discussões sobre violência devem ser estimuladas entre os diferentes profissionais e destes com a comunidade em geral. Nesses momentos, podem ser apresentadas e discutidas as formas de violência, suas causas, conseqüências e o que pode ser feito para evitá-la.

Atendimento Médico: O papel do médico diante de um caso de abuso sexual envolve diversas atribuições, entre elas: identificar ou levantar suspeita sobre os casos trazidos a seu conhecimento através da anamnese e exame físico; prestar o atendimento emergencial necessário (clínico e/ou cirúrgico), independentemente da situação da investigação policial; prestar atendimento ambulatorial e interagir com os demais membros da equipe multidisciplinar. Se possível, durante o atendimento emergencial deve ser colhido material para provas forenses e necessariamente devem ser prescritas a contracepção de emergência e a profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis. Nos casos de gravidez indesejada, o abortamento legal é previsto em Lei e realizado pelo SUS; as pacientes devem ser encaminhadas para avaliação em serviços que oferecem o abortamento legal, caso manifestem o desejo de interrupção da gestação.

Não existe impedimento legal ou ético para o atendimento médico da pessoa em situação de violência, com realização do exame físico, procedimentos médicos indicados para o caso e a respectiva conduta.

Entretanto, é necessário, para fins de processo legal nos casos de abuso sexual, que o médico perito credenciado pelo Instituto Médico Legal (IML) faça sua avaliação e coleta de material antes de qualquer outro procedimento. O ideal é integrar estes dois procedimentos: o exigido juridicamente e o da assistência médica propriamente dita, criando-se centros de referência para atendimento de adolescentes em situação de abuso sexual, onde possa ser solicitada a presença do perito durante a assistência médica. Desta forma, evita-se a necessidade de inúmeros relatos da agressão, bem como a submissão do adolescente a repetidos exames por profissionais diferentes.

A recusa infundada do atendimento médico caracteriza, ética e legalmente, imperícia e omissão de socorro, com todas as suas conseqüências.

Atendimento psicoterápico: Todo adolescente em situação de violência deve ser encaminhado para tratamento psicoterapêutico, pois essa experiência pode deixar marcas psicológicas profundas na personalidade e comportamento. É de extrema importância que o agressor também seja encaminhado para esse atendimento, a fim de que possa ser adequadamente tratado. Geralmente a pessoa que abusa foi abusada anteriormente e, para que este ciclo seja quebrado, ambos, adolescente e abusador, precisam de tratamento e ajuda. É importante ressaltar que, nos casos de violência doméstica, toda a família deve ser encaminhada para acompanhamento psicológico a fim de que a questão seja trabalhada como um todo e que seja possível quebrar a perpetuação dessa situação familiar. O problema não é entre duas pessoas apenas, mas envolve toda a família.

Atendimento social: o serviço social exerce papel fundamental nos casos de violência sexual, devendo: levantar o maior número possível de dados para a formulação de hipóteses; elaborar relatórios sociais, abrangendo o registro das informações que podem ser constantemente atualizadas, as quais constituem subsídios para as decisões da equipe; informar e esclarecer o usuário sobre direitos e deveres relativos à proteção do adolescente; oferecer serviços e recursos disponíveis em políticas públicas ou demais organizações; manter contatos com instituições jurídicas, sociais, de saúde e educacionais.

PROFILAXIA DA GRAVIDEZ INDESEJADA DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Deverão receber contracepção de emergência (CE)

- Pacientes expostas ao risco de gravidez decorrente da violência sexual através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, incluindo-se o período menstrual.
- Adolescentes após a menarca.
- Adolescentes sem uso de método contraceptivo no momento da violência.
- Violência sexual ocorrida nas últimas 72 horas, podendo ser estendida até 120 horas.

Aspectos fundamentais

- A CE não é método abortivo, atuando de maneira a impedir a gestação. Da mesma forma, a CE não é capaz de interromper uma gestação, em tempo algum.
- Mecanismos de ação da CE hormonal: a) inibição ou atraso da ovulação (se usada antes do pico do LH); b) disfunção luteolítica; e c) alteração da motilidade tubárea. A ação de cada efeito depende da fase do ciclo menstrual em que a CE é administrada.
- A CE hormonal é um método seguro, eficiente e bem tolerado. Sua eficácia é significativamente maior quanto mais cedo é iniciada, podendo prevenir até 99% das gestações decorrentes de violência sexual.
- O uso de progestágenos deve ser a primeira opção para a CE hormonal, devido à sua maior eficácia. As taxas de reações adversas também são menores, bem como sua intensidade.

Recomendações principais

- Os métodos hormonais para a CE devem ser iniciados nas primeiras 72 horas da violência sexual, podendo ser estendida até 120 horas. A administração após este período não apresenta nenhum efeito contraceptivo, além de acarretar em reações adversas desnecessárias.
- Para a maioria das pacientes em uso de CE, o sangramento menstrual deverá ocorrer em torno da data habitualmente prevista. Apenas um pequeno percentual delas terá algum sangramento imediato após o término da CE ou apresentará antecipação ou atraso menstrual significativo.
- As reações adversas mais comuns incluem náuseas, vômitos, cefaléia, mastalgia e tonturas. Se ocorrerem vômitos nas primeiras 2 horas, deve-se repetir a dose da CE. O uso rotineiro de antieméticos diminui sensivelmente esses efeitos, excetuando-se a mastalgia. Raramente se observam reações adversas graves.
- Nos casos de falha da CE não há indícios acerca de efeitos teratogênicos ou aumento do risco de gravidez ectópica.
- Não há contra-indicações para a utilização da CE com o uso de progestágenos ou Método de Yuzpe.

Regimes de Administração da Contracepção de Emergência

1. Primeira opção:

Progestágenos

Dose: 1,5 mg de levonorgestrel em dose única. Pode-se utilizar levonorgestrel 0,75 mg, 2 comprimidos ou levonorgestrel 1,5 mg, 1 comprimido, VO, em dose única.

2. Segunda opção:

Método de Yuzpe

200 µg de etinilestradiol associado a 1g de levonorgestrel, em duas doses.

Podem ser utilizadas:

- a) pílulas contendo 50 µg de etinilestradiol e 0,25 mg de levonorgestrel, 2 comprimidos VO, a cada 12 horas, total de 4 comprimidos ou
- b) pílulas contendo 30 µg de etinilestradiol e 0,15 mg de levonorgestrel, 4 comprimidos VO, a cada 12 horas, total de 8 comprimidos.

COLETA DE MATERIAL DE INTERESSE MÉDICO-LEGAL E FORENSE

A identificação de achados clínicos que constituam possíveis provas médico-legais é de grande importância na violência sexual, sob o ponto de vista policial e jurídico. Para este fim, interessa considerar a ocorrência de lesões físicas e sua gravidade, sinais de resistência da vítima e a situação himenal, condições que devem estar rigorosamente descritas no prontuário. No Brasil, o único órgão autorizado a emitir laudo de exame de corpo de delito e conjunção carnal é o Instituto Médico Legal (IML). Neste sentido, a coleta e armazenamento apropriados de possíveis elementos materiais pelos serviços de saúde, representam importante colaboração para com a Justiça. Assim, algumas considerações se fazem necessárias:

- Os retalhos himenais apresentam-se tumefeitos, de coloração vermelha intensa, por vezes hemorrágicos e de aspecto irregular. A cicatrização ocorre espontaneamente, em média com quatro dias. Nos casos de complacência da membrana não é possível orientar-se pela rotura himenal.
- A identificação de espermatozóides é considerada crítica em casos de abuso sexual e o seu fracasso pode se relacionar com uma variedade de condições, especialmente com a demora da adolescente em se apresentar para o exame pericial.

- A coleta e identificação do DNA do agressor constituem provas das mais importantes no abuso sexual, sendo suficiente, muitas vezes, para caracterizar o crime e condenar o perpetrador.
- A detecção de fluido seminal pode ser importante para as adolescentes abusadas sexualmente que, em função da condição emocional, não possam precisar se ocorreu (ou não) a penetração ou a ejaculação. Esta condição também pode ser observada, com frequência, entre portadoras de deficiência mental e em crianças. Alguns estudos referem encontrar fluido seminal em mulheres que afirmaram não ter ocorrido penetração ou ejaculação.

Orientação para a coleta e armazenamento de material biológico

Os espermatozoides podem ser detectados no conteúdo vaginal até 24 horas da violência ou no canal cervical, em até 72 horas. Sua presença também pode ser verificada pela coleta de material da região anal ou cavidade oral, quando couber. O material deve ser colhido por meio de swab ou similar. Uma vez obtido material, deve-se proceder com a confecção de esfregaço em lâmina de vidro (pode-se utilizar lâmina para coleta de Papanicolaou). Não é necessário o uso de fixadores ou conservantes. Terminado, o *swab* deve ser acondicionado em papel filtro estéril e mantido em envelope lacrado em ambiente climatizado. Nos locais onde se disponha de nitrogênio líquido, a congelação do *swab* pode ser adotada. O material biológico do agressor, eventualmente presente no *swab*, poderá ser utilizado para análise de DNA.

ACOMPANHAMENTO

Manejo dos casos de gestação decorrente de violência sexual

Cerca de 1 a 5% das mulheres envolvidas em situação de violência sexual terminam grávidas do perpetrador, situação intimamente relacionada com o desconhecimento da vítima (e de seus familiares) sobre os direitos de atenção à saúde e possibilidade de proteção contra a gestação, além do despreparo dos serviços de saúde em estabelecer medidas profiláticas eficientes. Também é necessário considerar-se a possibilidade de falha da contracepção de emergência, ainda que esta seja baixa. Nesse sentido, alguns hospitais da rede SUS realizam interrupções da gestação decorrente de violência sexual, conforme Lei 2848, Artigo 128 do Código Penal Brasileiro.

Internação Hospitalar da Vítima

Quando o adolescente em situação de violência apresentar lesões leves e não for detectado risco de revitimização com seu retorno para a residência, deve-se notificar o Conselho Tutelar da região de residência do paciente, mediante relatório médico, social e/ou psicológico encaminhado no primeiro dia útil após o ocorrido.

Considera-se como risco de revitimização o fato do agressor não ser controlável ou a família ou cuidadores do paciente não parecerem competentes e capazes de proteger o adolescente.

Na presença de lesões graves ou quando o retorno desse adolescente para sua residência puder resultar em revitimização, este deve ser internado para que permaneça sob proteção da instituição hospitalar e deve-se notificar a Vara da Infância e Juventude da região de moradia da vítima. Tal notificação precisa ser realizada mediante ofício contendo relatórios médico, social e, se possível, psicológico. Ao juiz da Vara da Infância e Juventude de cada região cabe decidir o encaminhamento a ser dado ao caso.

A alta hospitalar dependerá de critérios clínicos e da decisão judicial.

PROFILAXIA DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

O Ministério da Saúde recomenda os seguintes esquemas para profilaxia das DST não virais e virais nos casos de violência sexual:

1. Profilaxia das DST não virais em adolescentes com mais de 45 Kg

a. Profilaxia da sífilis: Penicilina G Benzatina*, 2,4 milhões UI, IM, dose única. Aplicar 1,2 milhões UI em cada nádega.

+

b. Profilaxia da Gonorréia: Ciprofloxacina* 500mg ou Ofloxacina 400mg, VO, dose única.

+

c. Profilaxia da clamídia e do cancro mole: Azitromicina* 1g, VO, dose única

+ (ou não)

d. Profilaxia da tricomoníase: Metronidazol* 2g, VO, dose única.

2. Profilaxia das DST não virais em adolescentes gestantes e naquelas com menos de 45 Kg

a. Penicilina G Benzatina*, 2,4 milhões UI, IM, dose única. Aplicar 1,2 milhões UI em cada nádega. Nas menores de 45 Kg: 50 mil UI/Kg

+

b. Ceftriaxona*, IM, dose única. Gestantes: 250mg; menores de 45Kg: 125mg

+

c. Azitromicina*, VO, dose única. Gestantes: 1g; menores de 45Kg: 20mg/Kg (máximo 1g)

+ (ou não)

d. Metronidazol*, VO. Gestantes: 250mg, 3 vezes/dia, por 7 dias (evitar durante o primeiro trimestre da gravidez); menores de 45Kg: 15mg/Kg/dia, de 8/8 horas, por 7 dias (máximo 2g).

(*) disponíveis na rede pública

Observações:

1. Não devem receber profilaxia para DST não virais as vítimas de violência sexual submetidas à exposição crônica e repetida ao agressor, situação comum nos casos de violência intrafamiliar, ou quando ocorrer o uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.

2. Como a tricomoníase apresenta baixo impacto para a saúde reprodutiva, a administração profilática de metronidazol é facultativa.

3. O uso de Ofloxacina é contraindicado em adolescentes com peso menor do que 45Kg.

4. A gravidez não contraindica a profilaxia para as DST não virais, independentemente da idade gestacional. Entretanto, visando a segurança fetal, alguns medicamentos devem ser substituídos. Por exemplo: o metronidazol, assim como o tinidazol e o secnidazol, devem ser evitados durante o primeiro trimestre da gravidez.

5. Alternativas para a profilaxia das DST não virais em gestantes:

- sífilis: Estearato de eritromicina*, 500mg, VO, cada 6 horas, por 15 dias
- gonorréia: Ceftriaxona*, 250mg, IM, dose única
- clamídia: Estearato de eritromicina*, 500mg, VO, cada 6 horas, por 7 dias
- cancro mole: Estearato de eritromicina*, 500mg, VO, cada 6 horas, por 7 dias ou Ceftriaxona*, 250mg, IM, dose única
- tricomoníase: Secnidazol ou Tinidazol, 2,0g, VO, dose única. Evitar durante o primeiro trimestre da gravidez.

(*) disponíveis na rede pública

2. Profilaxia da Hepatite B

- a. Todos os pacientes em situação de violência sexual não imunizados ou com esquema vacinal incompleto devem receber dose única de Imunoglobulina Hiperimune para Hepatite B (IGHAHB), 0,06 ml/Kg, via IM. Se a dose ultrapassar 5ml, a aplicação deve ser dividida em duas áreas corporais diferentes, em extremidade diferente da aplicação da vacina. A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora o ideal seja utilizá-la nas primeiras 48 horas. A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).
- b. A vacina para hepatite B deve ser aplicada no músculo deltóide ou na região do vasto lateral da coxa.
- c. A gravidez não contraindica a imunização para hepatite B nem a aplicação da IGHAHB, independentemente da idade gestacional.
- d. Não existe, até o momento, imunoprofilaxia para hepatite C.
- e. Não devem receber imunoprofilaxia para hepatite B: os casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida ao mesmo agressor; se o agressor for sabidamente vacinado; ou quando ocorrer o uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual.

3. Profilaxia da Infecção pelo HIV

- a. Deve ser indicada quando ocorrer penetração vaginal e/ou anal e o estado sorológico do agressor não puder ser conhecido em menos de 72 horas.
- b. Nas situações de violência com sexo oral exclusivo, não existem, até o momento, evidências para assegurar a indicação da profilaxia, mesmo que tenha ocorrido ejaculação dentro da cavidade oral. Nestes casos, devem ser ponderados os riscos e benefícios e a decisão deve ser individualizada.
- c. Não devem receber profilaxia para HIV os casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida ao mesmo agressor ou quando ocorrer o uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual.
- d. Deve ser realizado, sempre que possível, o teste anti-HIV no agressor, mesmo que após o início da quimioprofilaxia, com o objetivo de suspender a medicação anti-retroviral se o resultado for negativo.
- e. O teste rápido do agressor, desde que o mesmo possa ser realizado em menos de 72 horas, pode ser indicado para a tomada de decisão a respeito da introdução ou não da quimioprofilaxia.
- f. Se o agressor for sabidamente HIV positivo e estiver em tratamento com anti-retrovirais, a decisão do tipo de combinação de medicamentos para a profilaxia deverá ser individualizada, idealmente sob a orientação do infectologista. Nesses casos, indica-se o uso de esquemas habituais.
- g. A profilaxia da infecção pelo HIV com o uso de anti-retrovirais, deve iniciar-se no menor prazo possível, no máximo em 72 horas após a violência sexual. Os medicamentos devem ser mantidos, ininterruptamente, por quatro semanas consecutivas.

Esquema recomendado para adultos e adolescentes:

O esquema de primeira escolha deve combinar três drogas.

Associar:

Zidovudina (AZT) 300mg + Lamivudina (3TC) 150mg (inibidor da transcriptase reversa), 1 comprimido a cada 12 horas, preferencialmente combinados na mesma formulação

+

Nelfinavir (NFV) 750mg ou Indinavir (IDV) 800mg (inibidores da protease), a cada 8 horas.

Duração do esquema: 30 dias.

Nas gestantes: o esquema preferencial é a associação de AZT, 3TC e NFV.

NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Notificação pode ser definida como a informação emitida pelo setor da saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa para o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e Juventude, com a finalidade de promover cuidados sócio-sanitários voltados à proteção de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

O ato de notificar desencadeia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos dentro da família ou por parte de qualquer agressor.

No ano 2000, o Estado de São Paulo, através da Lei nº 10.498, estabeleceu a obrigatoriedade da notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

O artigo 66 do Código Penal Brasileiro caracteriza como crime a omissão de comunicação de um crime. O artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que a autoridade competente é o Conselho Tutelar do local de residência da vítima.

Nas localidades onde o Conselho Tutelar é inoperante, a comunicação pode ser feita diretamente à Vara da Infância e Juventude da localidade de moradia da vítima. É recomendável que a notificação seja realizada através da Instituição (hospital, unidade básica de saúde, etc.).

Vale ressaltar que a notificação não tem poder de denúncia policial, mas tem a finalidade de chamar o Poder Público à sua responsabilidade.

Notificar os casos de suspeita ou confirmação de violência é de responsabilidade de qualquer cidadão que testemunhe ou tome conhecimento de violação dos direitos da criança e do adolescente.

O artigo 245 do ECA define como infração administrativa a não comunicação de tais eventos por médicos, professores ou responsáveis por estabelecimentos de saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, à autoridade competente, estando os mesmos sujeitos à multa de três a vinte salários de referência.

O profissional de saúde deve conversar com a família, mostrando sensibilidade ao problema pelo qual estão passando e explicar a importância que tem a notificação para que ela receba ajuda adequada para enfrentar e lidar com tal situação. É fundamental que os profissionais tenham em mente que o vínculo estabelecido entre o Serviço de Saúde e a pessoa que acompanha o paciente precisa ser fortalecido para que o tratamento ao adolescente e sua família tenha continuidade.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei federal nº 8.069 de 13/07/1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01 publicada no DOU de 18/5/01. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Portaria MS/GM nº 1968 de 25/10/01. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2002;167: 1-48.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Série Manuais, nº 68, 4ª edição, 2006. Disponível em: www.aids.gov.br
6. Cardoso ACA, Coelho HMM, Harada MJC S, Hirschheimer MR, Gikas RC, Waksman RD, Lopez RMD, Lener T. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). *Pediatria Moderna*, 2003, 39:354-62.
7. Hirschheimer MR: Fundamentos éticos e legais do atendimento a vítimas de acidentes e violência. In:

Campos JÁ, Paes CEN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD. Manual de Segurança da Criança e do Adolescente. SBP, Rio de Janeiro, 2003, 299-311.

8. Pfeiffer L, Waksman RD, Alves EFS, Cardoso ACA, Frantz JM, Gonçalves MT, Hirschheimer MR, Lerner T, Marinoni LP, Oliveira VL. Violência na Infância e Adolescência. In: Campos JÁ, Paes CEN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD. Manual de Segurança da Criança e do Adolescente. SBP, Rio de Janeiro, 2003, 195-278.

9. Assis SG; Minayo MCS; Santoro Jr.M. Violência e Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes: Velho Problema com Novas Faces. In: Waksman RD; Gikas RMC. Segurança na Infância e Adolescência. Série Atualizações Pediátricas da Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo, Atheneu, 2003, 137-56.

10. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais da saúde. Rio de Janeiro, 2001.

11. Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *Jornal de Pediatria* 2005; 81 (5 - Supl): S173-S80.

Bullying

Cláudia Spinelli Rossi

... embora na história da humanidade a violência sempre tenha estado presente, não devemos entendê-la como parte inevitável da condição humana¹.

Em todo o mundo a violência na escola é um tema cotidiano de máxima importância como objeto de reflexão da sociedade. No Brasil, este debate começou nos anos 80 e alguns resultados de estudos apontam para várias modalidades de violência: ações contra o patrimônio, como depredação e violência, foram características da década de 1980; já na década seguinte aparecem as formas interpessoais de agressão, principalmente entre os próprios alunos.

Pode-se entender por violência: "todo ato que implica na ruptura de um nexos social pelo uso da força. Nega-se, assim, a possibilidade de relação social que se instala pela comunicação, pelo uso da palavra, pelo diálogo e pelo conflito". É importante destacar aqui que as desigualdades sociais são potencializadoras da violência e a sua banalização impede, muitas vezes, que atos violentos sejam reconhecidos como tal. Uma outra definição diz respeito à violência como "a intervenção física de um indivíduo ou grupo contra a integridade de outro(s) ou de grupo(s) e também contra si mesmo, abrangendo desde suicídios, espancamentos de vários tipos, roubos, assaltos, homicídios e até violência no trânsito, disfarçada sob a denominação de acidentes, além das diversas formas de agressão sexual e de todas as formas de violência, simbólica e institucional".

Segundo Eric Debarbieux, a violência nas escolas apresenta três dimensões sociorganizacionais distintas: a degradação no ambiente escolar, a violência que se origina de fora para dentro das escolas e um componente de violência interno das escolas específico de cada estabelecimento. Atualmente a escola vê a ideologia que a sustentou sendo questionada. Ela não é a única fonte de conhecimento, não prepara para o mercado de trabalho, e nem abre necessariamente possibilidades de um futuro melhor para os jovens.

A infância e adolescência são dois períodos de fundamental importância na formação do "ser social". É na convivência familiar que se desenvolvem noções de limite, solidariedade, respeito, afeto, valores éticos e morais. Mais tarde, na escola, estes valores, que em tese já estão incorporados, deverão florescer. No entanto, cada vez mais aumenta o número de crianças e jovens que adotam posturas anti-sociais, muitas delas podendo ser definidas como *bullying*.

O termo *bullying* compreende "todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), causando dor e angústia, e executadas dentro de uma relação desigual de poder. Portanto, os atos repetidos entre iguais (estudantes) e o desequilíbrio de poder são as características essenciais que tornam possível a intimidação da vítima".

Optou-se por conservar o termo *bullying* porque em inglês ele tem vários significados: agredir, assediar, aterrorizar, amedrontar, bater, chutar, colocar apelidos, discriminar, dominar, empurrar, excluir, encarnar, fazer sofrer, ferir, humilhar, isolar, ignorar, intimidar, gozar, ofender, quebrar pertences, roubar, tyrannizar, zoar.

É importante ressaltar que o *bullying* é um problema mundial, sendo encontrado em qualquer tipo de escola, pública ou privada, ocorrendo também no ambiente de trabalho, na família, em diferentes contextos - basta observar a programação da TV recheada de exemplos de *bullying*. Pode ser direto, pelo contato físico ou verbal, ou indireto, isto é, quando há disseminação de histórias que prejudicam o outro ou fazem pressão sobre o grupo para que haja discriminação do alvo do *bullying* (forma mais comum entre as meninas, embora o *bullying* seja mais freqüente entre os meninos).

Os envolvidos em *bullying* podem ser **alvos**, pessoas que não dispõem de recursos, *status* ou habilidade para interromper as agressões por eles sofridas. Acabam por ficar pouco sociáveis, sem esperança e inseguros. Têm medo, depressão e ansiedade e muitas vezes sua auto-estima está tão baixa que chegam a pensar que são merecedores desta condição. Resistem a ir à escola, trocam de escolas com frequência, e muitos passam a ter mal desempenho escolar. Podem ter, quando adultos, sérios problemas de relacionamento como consequência da baixa auto-estima, inclusive também podendo assumir comportamento agressivo.

Os alunos **autores** podem ser classificados em três tipos, segundo Stephenson e Smith: confiante ou presunçoso; ansioso; e vítima/ agressor. Geralmente pertencem a famílias desestruturadas, que fornecem modelos violentos de resolução de problemas. Admite-se que teriam uma chance maior de, no futuro, adotarem comportamentos anti-sociais e/ou violentos. As **testemunhas** do *bullying* vivem num ambiente de tensão, com medo de serem as próximas vítimas.

A escola deve adotar medidas contra a prática do *bullying*, contribuindo para a cultura de paz no mundo. Quando isto não ocorre, há uma grande desesperança, sobretudo das testemunhas que passam a adotar muitas vezes este comportamento como defesa.

O *bullying* é muito mais freqüente do que se imagina. É encontrado em todas as escolas, independentemente de suas características econômicas, sociais e culturais, mas não deve, em hipótese alguma, ser considerado um comportamento normal de adolescentes. É um problema de difícil solução, no entanto há várias experiências de projetos de redução de *bullying*, sendo sempre necessário o envolvimento de toda a comunidade escolar e famílias. A escola deve debater esta questão, não permitindo omissões; deve proteger sempre as vítimas do *bullying*. Como cada escola representa uma realidade diferente, as estratégias devem ser definidas nos seus respectivos contextos.

Aos profissionais de saúde fica a função de diagnosticar precocemente o *bullying* e orientar do melhor modo os envolvidos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Lopes Neto AA, Saavedra LH. Diga não para o Bullying. Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. Rio de Janeiro. Abrapia, 2003, p. 22.
2. Abramovay M. Violência na escola: América Latina e Caribe. Unesco. Brasília, 2003, p.102.
3. Abramovay M. Violência na escola: América Latina e Caribe. Unesco. Brasília, 2003, p. 94.
4. Van der Val MF, De Wit CA, Hirasig R. Psychosocial health among Young and offenders of direct and indirect bullying, apud Lopes Neto AA e Saavedra LH, op. cit, 2003.

ESPORTES E O USO INDEVIDO DE ANABOLIZANTES E SUPLEMENTOS

Paulo César Pinho Ribeiro

INTRODUÇÃO

A prática esportiva constitui um dos fatores indispensáveis para uma vida saudável. No Brasil, felizmente, este conceito tem se disseminado, fazendo com que as pessoas incorporem o exercício físico na sua rotina diária, apesar de ser ainda pequena a população adolescente que pratica atividade física e esporte. A prática esportiva é uma das atividades mais importantes para o ser humano, principalmente na adolescência e seus benefícios incluem: "reforço da auto-estima, menor predisposição às doenças, controle do balanço ingestão/consumo de calorias, prevenção de situações de risco, ajuda na busca de objetivos e estímulo à socialização, criando sentimento de equipe e solidariedade entre os participantes".

Hoje, vive-se um momento do culto exagerado ao corpo e à estética: triplicaram as cirurgias plásticas no país, observa-se aumento dos frequentadores de academias e nunca se vendeu tantos cosméticos e produtos para emagrecer, apesar da crise econômica. É imperativo ser bonito, musculoso, magro e saudável – o grande consumo da imagem.

Adolescentes, adultos jovens e idosos buscam uma imagem corporal perfeita, não medindo conseqüências para o alcance dos seus objetivos. Buscam o melhor corpo, um corpo musculoso através do consumo de substâncias, um corpo sem gordura, pele lisa, sem espinhas, sem estrias, sem rugas e até sem pêlos. Esta é a chamada era da estética, muitas vezes com procedimentos sem preocupação com as questões éticas.

Um novo "mito" se incorpora às práticas esportivas em nossos dias: "o de que substâncias diversas estão disponíveis para ganho de massa muscular e conseqüente melhoria do rendimento e desempenho físico".

Pretende-se, com o presente artigo, desmistificar o relatado acima e mostrar que as práticas esportivas sem orientação prévia e sem alertas por parte dos profissionais da saúde podem ser desastrosas.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Pesquisa realizada, em 1991, no Estado de Nebraska, nos Estados Unidos, em 62 escolas, totalizando 4.722 estudantes do ensino médio, mostrou que 2,5% dos estudantes pesquisados relataram ter usado esteróides anabolizantes nos últimos 30 dias, com maior incidência no sexo masculino e idade de início do consumo entre 15 e 18 anos em estudantes de segundo grau; na maioria, eram esportistas e nestes a principal razão do uso visava melhorar o desempenho e, entre os não-esportistas, a aparência.

No Brasil, estudo realizado em academias de Porto Alegre, demonstrou que 24,3% dos frequentadores usavam esteróides anabolizantes; em 34% dos casos eram utilizadas por vontade própria, em 34% por indicação de colegas, em 19% indicado por amigos, em 9% por professores e em 4% por indicação médica. A taxa de usuários que utilizam associações de anabolizantes atingiu 80% e 35% experimentaram dependência física e psicológica. As principais motivações ao consumo dessas substâncias foram a aquisição de força (42,2%), aquisição de beleza (27,3%) e a melhora no desempenho (18,2%).

Nos Estados Unidos, médicos e pais estão em alerta: estudos entre adolescentes americanos mostram aumento de 50% no abuso dessas substâncias entre crianças de 8 a 10 anos de idade e aumento de 38% entre adolescentes de 12 anos. Há uma quantidade enorme de crianças em torno dos 10 anos de idade usando esteróides anabolizantes para ficarem fortes, comprados no mercado negro, já que desde 1990 são "medicamentos controlados" nesse país.

CAUSAS DO USO

A tentação de ganhar músculos rapidamente leva cada vez mais jovens ao abuso dos esteróides sem orientação médica. Os efeitos colaterais, porém, podem ser devastadores. Depois das chamadas drogas ilícitas (maconha, cocaína, solventes, alucinógenos, crack e tantas outras) e das lícitas (fumo, álcool, anorexígenos, sedativos) uma nova droga começa a preocupar autoridades e profissionais da saúde em todo o mundo: os esteróides anabolizantes. A mídia internacional sempre veicula escândalos envolvendo atletas, treinadores e esportistas em virtude do uso indevido de esteróides anabolizantes. No Brasil, a preocupação não é tanta com os atletas, mas com aquele jovem adolescente que, no seu imediatismo, quer ganhar massa e músculos rapidamente, um corpo atlético a curto prazo, entregando-se aos anabolizantes, muitas vezes receitados por instrutores e professores de educação física, sem nenhum conhecimento na área, que indicam e vendem essas drogas, as quais podem ser compradas em farmácias sem exigência de receita médica, apesar da tarja vermelha "venda sob prescrição médica".

Na linguagem dos jovens "bombar" significa ficar mais atraente para as garotas e mais forte e poderoso diante do grupo de amigos/inimigos.

Algumas causas apontadas para o uso de esteróides anabolizantes incluem insatisfação com a aparência física e baixa auto-estima. A pressão social, o culto pelo corpo que a nossa sociedade tanto valoriza, a falsa aparência saudável e a perspectiva de se tornar símbolo sexual constituem motivos para o uso/abuso destas drogas. Boa aparência física leva à aceitação pelo grupo, à admiração de todos e às novas oportunidades. Uma perseguição a estes itens faz com que o jovem caia em situações de risco como anorexia, bulimia e o uso indevido de esteróides anabolizantes e suplementos hipercalóricos.

DEFINIÇÃO

Os esteróides constituem uma classe de componentes que todos os animais possuem. São classificados em corticóides e androgênicos; os corticóides (prednisolona, cortisona, beclometasona, budesonide, dexametasona, etc.) são usados em tratamentos de processos inflamatórios e não têm efeitos anabólicos. Os esteróides androgênicos, secretados pelos testículos, são hormônios sexuais masculinos, que incluem a testosterona, diidrotestosterona e androstenediona.

A testosterona, no homem, é produzida principalmente nos testículos e pequena quantidade nas glândulas adrenais; é proveniente do colesterol. A testosterona e seus metabólitos como a diidrotestoteron, agem em muitas partes do corpo, produzindo as características sexuais secundárias masculinas: calvície, pêlos no rosto e corpo, voz grossa, maior massa muscular, pele mais grossa e maturidade dos genitais. Na puberdade, produz acne, crescimento peniano e testicular, fusão da epífise óssea, cessando o crescimento em altura. É efetiva na manutenção dos órgãos sexuais no adulto, exigindo uma pequena concentração para isso. A produção normal no homem adulto é de cerca de 4 a 9 mg por dia, que pode ser aumentada pelo estímulo do exercício pesado. As mulheres produzem somente 0,5 mg de testosterona por dia, daí a dificuldade em adquirir massa muscular.

Os anabolizantes possuem vários usos clínicos, nos quais sua função principal é a reposição da testosterona nos casos em que, por algum motivo patológico, tenha ocorrido um déficit. Além desse uso médico, eles têm a propriedade de aumentar os músculos e, por esse motivo, são procurados por atletas ou pessoas que querem melhorar o desempenho e a aparência física. O uso estético não é médico, portanto é ilegal e ainda acarreta problemas à saúde.

O mecanismo de ação dos esteróides anabolizantes inclui os seguintes efeitos: placebo a nível psicológico; euforizante, diminuindo o cansaço; anticatabolizante, diminuindo a perda de massa muscular e aumento da utilização e da síntese protéica.

OS ESTERÓIDES ANABOLIZANTES SÃO SEGUROS?

A aprovação e uso de qualquer droga é uma questão de decisão, se os benefícios terapêuticos de seu uso compensam os seus efeitos adversos. Em doses terapêuticas, esteróides anabolizantes causam poucos efeitos colaterais. O uso por razão cosmética ou frívola, sempre em doses elevadas, uso abusivo é que traz conseqüências graves.

Vale citar alguns medicamentos esteróides anabolizantes nacionais, nas apresentações oral e injetável: decanoato de nandrolona injetável, um dos mais usados pelos esportistas, com efeito de ganho de massa muscular e pequenos efeitos colaterais (pode ocasionar retenção de líquidos); derivados da testosterona, como propionato, fenilpropionato, isocaproato e decanoato de testosterona injetável, produto com quatro tipos de testosterona sintética, muito bom para ganho de massa e força, mas muito carregado de efeitos colaterais, principalmente nas mulheres; oximetolona, esteróide oral que tem o maior poder de ganho de massa muscular e força de todos os existentes no Brasil e no exterior, mas também o mais tóxico, podendo causar hepatites instantâneas, independentemente da dose; mesterolona, toxicidade mediana, usado para combater a ginecomastia, aumentar a densidade muscular, com baixo efeito no ganho de massa; mentelona, esteróide muito apreciado pelas mulheres; undecilenato de boldenone, apesar de ser droga de uso veterinário, tem sido utilizada pelos fisiculturistas e pelos adolescentes. Outros: undecato de testosterona e quimbolone.

Esteróides anabolizantes importados: estanozolol, oral e injetável, tóxico ao fígado; oxandrolona, não tem muitos efeitos colaterais, sendo o preferido das mulheres. Devido ao seu efeito terapêutico, é indicado para uso em atlétycos a fim de minimizar perdas musculares causadas pela doença e deve ser prescrito apenas por especialistas; trembolona injetável, muito potente, tóxico e infelizmente muito indicado pelos fisiculturistas e profissionais, sendo usado por iniciantes; éster da testosterona, causa bom aumento de massa muscular, mas com efeitos colaterais graves.

Outros: metandrostenolona, foi um dos esteróides anabolizantes mais usado anos atrás por ser de uso oral, com ganho significativo de força e volume muscular em pouco tempo, promovendo retenção hídrica; fluoximesterona, pouco usado por ser muito tóxico ao fígado e cipionato de testosterona, usado para ganhar peso, força e massa muscular, causando atrofia testicular, ginecomastia e retenção hídrica com conseqüente hipertensão.

EFEITOS COLATERAIS

Aumento de peso, aumento da massa muscular e óssea (notadamente em musculatura peitoral e proximal dos membros superiores), tremores, acne severa, retenção de líquidos (sódio e escórias nitrogenadas), virilização, dores articulares, aumento da pressão sangüínea, alteração no metabolismo do colesterol (diminuindo o HDL e aumentando o LDL, com aumento do risco de doenças coronarianas), alterações nos testes de função hepática, icterícia e tumores no fígado, alterações no hemograma (policitemia, reticulocitose, eosinopenia e aumento da agregação plaquetária com risco de trombose), exacerbação da apnéia do sono, estrias atroficas e maior tendência às lesões do aparelho locomotor (ruptura do tendão do tríceps e do quadríceps), pois as articulações não estão aptas para o aumento de força muscular. Além desses, aqueles que se injetam ainda correm o perigo de compartilhar seringas e contaminar-se com o vírus da Aids ou hepatite.

Outros efeitos colaterais:

No homem: diminuição do volume ou atrofia testicular (20% dos casos), diminuição da espermatogênese com redução da contagem de espermatozoides (90% dos casos), impotência, infertilidade, calvície, desenvolvimento de mamas, dificuldade ou dor para urinar, aumento da próstata e ginecomastia, às vezes irreversível.

Na mulher: crescimento de pêlos com distribuição masculina, alterações ou ausência de ciclo menstrual, aumento do clitóris, voz grossa e diminuição de mamas (atrofia do tecido mamário).

No adolescente: maturação esquelética precoce com fechamento prematuro das epífises ósseas, com baixa estatura e puberdade acelerada, levando a um crescimento raquítico.

O abuso de anabolizantes pode causar variação de humor incluindo agressividade e raiva incontroláveis, levando a episódios violentos como suicídios e homicídios, principalmente conforme a frequência e quantidade usadas. Usuários apresentam sintomas depressivos ao interromperem o uso, sintomas de síndrome de abstinência que pode contribuir para a dependência. Ainda podem experimentar um ciúme patológico, quadros psiquiátricos (maníacos e esquizofrenóides), extrema irritabilidade, ilusões, podendo ter uma distorção de julgamento em relação a sentimentos de invencibilidade, distração, confusão mental e esquecimentos, além de alterações da libido com suas conseqüências.

É importante destacar o distúrbio de percepção de imagem corporal apresentado por alguns dos usuários destas substâncias – quadro clínico, denominado como “dismorfismo muscular”, “vigorexia” ou “bigorexia”: apesar do ganho de massa muscular corporal enorme, o indivíduo sempre se acha fraco em relação ao outro.

Muitas vezes o uso vem acompanhado de outras drogas não esteróides como hormônio de crescimento, insulina, analgésicos fortes para dores musculares, diuréticos e medicamentos que evitam a ginecomastia.

Trabalhos mostram que há um consumo aumentado de outras drogas (álcool, tabaco, maconha, anfetaminas), principalmente em adolescentes. O abuso de álcool é o mais freqüente, seguido do uso do fumo e maconha. Em 1990, nos Estados Unidos, pensou-se na possibilidade da dependência física, pelas doses crescentes e os indivíduos nunca estarem satisfeitos com os músculos adquiridos.

RESTRIÇÕES E PORTARIAS

Atletas, treinadores físicos e mesmo médicos relatam que os anabolizantes aumentam significativamente a massa muscular, força e resistência. Apesar dessas afirmações, até o momento não existe nenhum estudo científico que comprove que essas drogas melhoram a capacidade cardiovascular, agilidade, destreza ou desempenho físico.

Devido a todos esses efeitos o Comitê Olímpico Internacional colocou 20 esteróides anabolizantes e compostos relacionados a eles, como drogas banidas, ficando o atleta que fizer uso deles sujeito a duras penas. O mercado negro de drogas para esporte está ficando mais sofisticado e apesar da preocupação das autoridades esportivas no teste de “antidoping”, após as competições, foi criada recentemente uma substância, a tetrahydrogestrinona, conhecida pela sigla THG, um esteróide convencional, até então invisível ao teste de detecção e que vinha burlando o antidoping, sendo encomendada por atletas e que só recentemente tem sido detectada pelo teste. São conhecidas também substâncias como os estimulantes sydnocarb e bromantam criados na antiga União Soviética e os anabolizantes turinabol (Alemanha Oriental) e norboletona capazes de enganar os testes de detecção.

Uma nova substância tem sido utilizada sem controle. Trata-se do tiratricol, conhecido também como triac ou 3,5,3 ácido triiodotiroacético, análogo do hormônio tireoidiano, para diminuição de peso. Quando utilizada em pequenas doses (menos que 1 g por dia) tem efeito sinérgico com os anabolizantes sendo utilizado, por isso, para aumentar o desempenho de fisiculturistas e atletas. O uso em doses maiores que 1,7 g por dia provoca grandes efeitos colaterais.

A Portaria 344, de 12 de maio de 1998, estabelece que o controle e a fiscalização da produção, comércio, manipulação e uso dos anabolizantes serão executados, em conjunto, pelas autoridades sanitárias do Ministério da Saúde, da Fazenda, da Justiça e seus congêneres nos Estados, Municípios e Distrito Federal. Segundo a lei 9.965, datada de 27 de abril de 2.000, a dispensação e venda de medicamentos dos grupos de esteróides e peptídeos anabolizantes de uso humano estarão restritas à apresentação e retenção, pela

farmácia ou drogaria, da cópia carbonada da receita emitida pelo profissional da saúde devidamente registrado em seu Conselho. Entretanto, há falhas na fiscalização e os produtos são adquiridos facilmente no comércio e em academias de ginástica.

SUPLEMENTOS HIPERCALÓRICOS

O que falar dos suplementos hipercalóricos tão consumidos e vendidos: aminoácidos, carboidratos, creatina, L-carnitina e outros?

Constituem “porta de entrada” para os esteróides anabolizantes segundo alguns autores. Destaca-se que os produtos à base de aminoácidos (menor unidade das proteínas), não são ergogênicos, só ajudando nos casos de dietas alimentares hipoprotéicas e inadequadas, apesar da publicidade de aumentarem a massa muscular e o desempenho nas atividades físicas, o que não comprovam os especialistas. O excesso de aminoácidos pode levar à sobrecarga renal.

Quanto aos energéticos (carboidratos), apesar da promessa de evitar fadiga em pessoas que praticam atividade física de força prolongada, sabe-se que o produto aumenta o nível de glicogênio, evitando a queima de músculos quando o estoque de glicose acaba. Se consumido sem orientação, tem o efeito de ganho de peso indesejável.

Propagandas afirmam que a creatina (combinação de aminoácidos) melhora a resistência durante o exercício e com desempenho melhor, entretanto, há divergências entre os especialistas, já que a dose utilizada causa hipertensão e câimbras (20 mg), quando a dose segura é de apenas 2 mg.

Quanto à L-carnitina, não há efeito comprovado no desempenho físico, não reduz gordura corporal localizada (abdome) e nem atua sobre a lipodistrofia (celulite). Alguns líquidos similares a refrigerantes contêm apenas mistura de açúcares simples e eletrólitos combinados e são vendidos como energéticos. Produtos à base de guaraná contêm cafeína, provocando excitação.

CONCLUSÃO

A testosterona secretada pelos testículos exerce poderoso efeito anabólico (anabolismo=assimilação) no sentido de causar deposição muito aumentada de proteína em todo o corpo, porém especialmente nos músculos. Um homem com boa secreção de testosterona terá músculos que adquirem volume 40% maior do que os de uma mulher. Com a hipertrofia dos músculos secundária a programa de treinamento com exercícios, a força muscular é proporcionalmente maior. Entretanto, é importante destacar que “estar bem suprido de testosterona” não significa o uso/abuso de anabolizantes, mas sim a testosterona produzida normalmente nos testículos e os exercícios de musculação que fazem aumentar a produção de testosterona pelo corpo. O abuso de anabolizantes, pelos efeitos colaterais graves, é um exemplo de custo alto para tão pouco benefício.

É importante que os profissionais da saúde que atendem adolescentes estejam atentos ao fato e questionem durante a entrevista o uso destas substâncias. Torna-se importante alertar que a prática do esporte é importante na adolescência, entretanto, demanda-se tempo para se conseguir um resultado. O jovem desconhece que há um limite genético para o desenvolvimento muscular que depende de atividade física ordenada e supervisionada, repouso e alimentação orientada e adequada.

Pais, educadores e profissionais da saúde devem sempre questionar valores preconcebidos de nossa sociedade, racionalizando o culto ao corpo e trabalhando o resgate da prudência com os jovens, num trabalho de educação para a saúde onde se deve focar a atenção no auto-cuidado do corpo e na prevenção às situações de riscos.

É imprescindível que todos os profissionais que trabalham com adolescentes façam campanhas através de palestras e oficinas a todos os setores da saúde, educação e esporte, esclarecendo sobre os riscos destes produtos. Orientar a todas as academias de esporte e solicitar aos responsáveis pela saúde no país que proibam e evitem o uso indiscriminado de tais substâncias.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Barbosa DJ. O adolescente e o esporte. In: Maakaroun MF, Souza RP, Cruz AR. Tratado de Adolescência, um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1991.
2. Scott DR, Wagner JC, Bonlow TW. Anabolic steroids use among adolescents. In: Nebraska schools. American Journal Health System Pharmacy 1996; 53(17):2068-72.
3. Conceição CA, Wander FS, Massili LP, Vianna LAF, Gonçalves DM, Fossati, G. Uso de anabolizantes entre praticantes de musculação em academias. Revista Pesquisa Médica 1999; 33:103-16.
4. Committee on Sports Medicine and Fitness. Adolescents and anabolic steroids: a subject review. American Academy of Pediatrics, 1997.
5. Ribeiro PCP. Alerta: os riscos dos esteróides anabolizantes. Boletim da Associação Mineira de Adolescência, Belo Horizonte, 1999.
6. Ribeiro PCP. O uso indevido de esteróides anabolizantes e energéticos. In: Coates V, Beznos GW, Francoso LA. Medicina do Adolescente. São Paulo, Sarvier, 2ª ed., 2003.
7. Karnikowski MGO, Nóbrega OT, Oliveira MPF, Campanella FZ. Relatório Técnico sobre a utilização do tiratricol para fins de emagrecimento. Universidade de Brasília, Brasília, março de 2003.
8. Silva PRP, Danielski R, Czepielewski MA. Esteróides anabolizantes no esporte. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, Porto Alegre, julho de 2002.

VIVENDO NO ESPAÇO PÚBLICO DA RUA

Lucília Nunes da Silva

A RUA

A rua, segundo dicionários, é uma via pública para circulação urbana. Cada uma tem denominação própria e, além de se referir a determinado espaço geográfico, é também importante espaço social. É o local, por excelência, de trânsito e/ou permanência e que abriga diversos cenários. A rua tem vida própria. É um espaço público que causa grande fascínio no adolescente. Ela é o caminho para se chegar onde se deseja, mas é também o local para “estar”, de modo transitório ou mais ou menos permanente.

“Estar na rua” também pode refletir nuances de exclusão social. De acordo com Santana (2001), existem duas categorias de crianças e adolescentes que vivem o cotidiano da rua. Há aqueles que passam o dia na rua e que, geralmente, voltam para casa à noite, mantendo algum tipo de vínculo familiar. Esses são denominados “**meninos na rua**”. E há aqueles que já perderam o vínculo com a família, ou cuja perda está se processando. Esses, ou não dormem mais em casa, ou o fazem esporadicamente e são considerados “**de rua**”. Genericamente, tem-se usado o termo “**adolescente em situação de rua**”.

Inicialmente, é preciso desmistificar a polêmica que se criou em torno do termo “menino de rua”. Crianças e adolescentes vão para a rua, não por escolha própria, mas por contingências alheias a seus desejos; mantêm com a rua uma relação ambígua de sobrevivência: é lugar de vida e de morte. Muitas vezes são obrigados, por adultos, a “trabalhar” em semáforos vendendo mercadorias de baixo valor ou pedindo esmola. É lá que eles “ganham” a vida por meios lícitos ou ilícitos, garantindo a sobrevivência. Outras vezes a rua é a saída que resta como meio de escape à miséria e à violência doméstica, mesmo que isso signifique viver em condições indignas que poderão levá-los à morte.

Mesmo assim eles permanecem na rua porque ela é fascinante e as suas casas de origem podem ser inóspitas, violentas e miseráveis. Eles também podem chegar à rua por curiosidade, uma “fugidela”, um escape temporário e lá ficam sem se dar conta de que o tempo passou.

Fala-se em “menino de rua” como se esta fosse uma categoria especial de pessoa. São crianças e adolescentes que vivem uma situação específica, provocada pela exclusão social.

Sabe-se que quanto menos tempo uma criança ficar na rua, maior será a probabilidade dela conseguir voltar e permanecer no lar original ou substituto. Especialistas dizem que as políticas públicas deveriam cuidar para que uma criança ou adolescente não permanecesse na rua por mais do que dois ou três dias. Consideram que o período de um ano na rua é devastador para se conseguir reinserir socialmente essas crianças ou adolescentes. Quanto mais eles se associam ao espaço da rua, mais se distanciam das políticas públicas, mais invisíveis se tornam para a sociedade.

DESCONSTRUINDO CIDADÃOS

Como todos os adolescentes, os que estão em situação de rua possuem necessidades próprias à fase de desenvolvimento na qual se encontram, inclusive as que se referem à saúde.

Eles vivem em situação de intensa vulnerabilidade social. Desde muito cedo em suas vidas a teia das relações intrafamiliares e sociais sofre pressões, às vezes superiores às que poderiam suportar. Isso compromete o desenvolvimento de seu potencial: sem receber afeto e recursos materiais suficientes, esses adolescentes deixam de ter a oportunidade de aprender com a sociedade o cuidado com o outro e consigo mesmos.

E, além disso, como qualquer pessoa, sofrem a influência de uma sociedade que prega o massivo consumo de bens como forma de alcançar uma identidade pessoal e social aceitável. A experiência precoce

de viverem excluídos de uma sociedade que dita as regras, e que diz quem pertence e quem está fora, fragiliza a possibilidade deles de reconhecerem-se como pessoas em um mundo com outras pessoas. É como se fossem reflexos presos em espelhos: refletem imagens cujos corpos ninguém “vê”. São invisíveis enquanto cidadãos. Para alcançarem alguma visibilidade invadem o mundo, que dita as regras, com os recursos que lhes restaram. Neste momento são identificados como intrusos e transgressores.

É preciso que se entenda que esta é uma parte do todo e de tudo o que se vive nesta sociedade. Não é possível restringi-la, trancafiá-la em guetos como se não fosse responsabilidade de cada um de nós. Compreender que estes adolescentes e jovens são reflexos de um lado sombrio que se tenta esconder, trará a possibilidade de se perceber que, ao excluir uma parte, se enfraquece o todo. E que é de responsabilidade coletiva encontrar soluções que permitam a esses adolescentes viverem de forma digna.

Parece que muito mais do que a miséria, a sensação de invisibilidade é o que leva os adolescentes para a rua. Alguns deles têm origem em famílias economicamente estruturadas, o que caracteriza-se, talvez, uma questão mais complexa.

VIVER EM SITUAÇÃO DE RUA

A permanência na rua se dá com o encontro de outros adolescentes que estão vivendo a mesma situação. Em grupo eles se sentem mais fortalecidos e protegidos. Tentam reproduzir estruturas que lembram a constituição de uma família: “pai de rua” e “mãe de rua”, em geral são jovens um pouco mais velhos que os “protegem”, mas que também podem vir a explorá-los de diversas maneiras. Assim, os adolescentes em situação de rua continuam expostos a diversas situações de violência. São desconfiados, temem ser agredidos pela polícia, por transeuntes ou por outros moradores de rua. Muitas vezes não dormem à noite para permanecer em vigília. Procuram lugares escondidos, abandonados, marquises de prédios, viadutos, buracos onde tentam se abrigar. As fontes das praças públicas são usadas tanto para banho como para espaço lúdico, mas em geral utilizam os espaços das ONGs para banho e troca de roupa.

Santana (2001) relata que, na aproximação com adolescentes em situação de rua, percebe-se que eles fazem uso de um vocabulário próprio, assim como de expressões não verbais. É um código de preservação do grupo e, quando fazem referência a assuntos considerados impróprios pelas regras sociais vigentes, usam termos compreendidos apenas por eles, como meio de preservação e segurança. Na situação de rua, por exemplo, muitas meninas travestem-se de meninos, como forma de auto-proteção contra as ameaças de possível violência sexual e pela percepção de que “ser” menino dá a elas mais poder para enfrentar as questões adversas da rua.

SAÚDE NA RUA

Quer seja profissional de saúde ou de área social que queira trabalhar com esses adolescentes, é imprescindível conhecer os códigos básicos de comunicação desses jovens. Muito mais do que conhecer esses códigos, a capacidade de escuta ao que eles têm para falar é um instrumento para a construção do vínculo. Esta é a ponte, o meio pelo qual se estabelecem canais de comunicação.

O vínculo dá identidade ao encontro entre os adolescentes e os profissionais, qualifica a relação, dá sentido ao que se fala. É por meio dele que a relação se humaniza; é a possibilidade de se reconhecerem não apenas pela identidade dos papéis desempenhados, mas pelo que o sentido de humanidade os torna únicos e especiais: individualidades. Sem isso, a aproximação de alguém que não pertença ao meio onde vivem gera desconfiança e recolhimento. Na medida em que sintam mais confiança no profissional, passarão a compartilhar mais desses códigos de linguagem e das singularidades da vida de cada um deles.

Se o processo de adolecer, em geral, traz dificuldades para qualquer adolescente em graus variados, “desconstruindo” e reconstruindo formas de ser e de agir incessantemente, certamente para aqueles que não dispõem das condições mínimas de sobrevivência, essa etapa pode se tornar desestruturante para as regras de convívio aceitas socialmente. Ao mesmo tempo eles vão se estruturando na vida de rua, que possui seus códigos próprios, suas normas de convívio.

É necessário conhecer o território no qual será desenvolvido o trabalho: condições sociais, econômicas e políticas, recursos para implantação e implementação de ações de saúde, número de adolescentes, idade, sexo, locais de permanência, bem como os espaços de articulação em torno da defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes.

Ainda de acordo com Santana (2001), “a organização de um serviço para atendimento de adolescentes em situação de rua requer a observância de critérios, que são fundamentais para que os mesmos, ali, sintam-se bem:

- sensibilização da equipe para com a situação do adolescente;
- consciência com a situação de exclusão social;
- abordagem de aspectos que compõem o cotidiano de vida na rua;
- interdisciplinaridade e intersetorialidade para a solução de problemas;
- regularidade no serviço e disponibilidade para o atendimento individual;
- estabelecimento de vínculo adolescente-profissional;
- conhecimento sobre o processo de adolecer;
- avaliação das ações realizadas.”

Os adolescentes em situação de rua podem chegar ao serviço de saúde sozinhos ou acompanhados por algum educador social ou qualquer outro acompanhante.

Carneiro Junior e col. (2004) partiram do seguinte conceito de criança em situação de risco social: “por situação de risco, entende-se a condição de crianças que, por suas circunstâncias de vida, estão expostas à violência, ao uso de drogas e a um conjunto de experiências relacionadas às privações de ordem afetiva, cultural e socioeconômica que desfavorecem o pleno desenvolvimento bio-psico-social”. E, a partir deste conceito, realizaram uma pesquisa sobre os limites e necessidades da atuação do profissional de saúde com crianças em situação de risco social. Um dos resultados encontrados afirma que, quando uma criança em situação de risco social chega a um serviço público de saúde, o fato de vir acompanhada e/ou ser encaminhada por outro serviço são considerados facilitadores por parte dos profissionais de saúde.

É preciso lembrar que, embora os serviços públicos de saúde sejam pautados pelos princípios do Sistema Único de Saúde, que garante atenção em saúde para todos, a organização dos serviços apresenta um conjunto de regras que pode funcionar como barreira de acesso e meio de exclusão para as populações que vivem nas ruas.

Com relação aos adolescentes em situação de rua, por exemplo, em geral não possuem documentos de identificação, transitam ou permanecem em áreas distantes da moradia original, não têm comprovante de endereço. É necessário que os serviços de saúde se adaptem a estas circunstâncias. Esses adolescentes tendem a procurar o pronto socorro quando apresentam algum problema de saúde porque já estão em algum estado emergencial e por considerarem que seja um serviço com menos restrições.

Ainda de acordo com a experiência de Carneiro Júnior e col. (2004), o fluxo de atendimento de crianças em situação de risco social nas Unidades Básicas de Saúde da região Sé é o mesmo das outras crianças atendidas pelas unidades, diferenciando-se no que diz respeito à maior agilidade no atendimento dessa criança. É necessário que os serviços de saúde criem fluxos que facilitem o atendimento do adolescente em situação de rua.

ORGANIZANDO O ATENDIMENTO

Organizar um atendimento em saúde que leve o profissional a explorar seus arredores tem sido a meta do Programa de Saúde da Família. Já existem alguns Agentes Comunitários de Saúde que trabalham com moradores de rua. É preciso desenvolver ações específicas nas regiões que contam com grande número de adolescentes e jovens em situação de rua, porque a aproximação com os adolescentes tem características próprias.

De acordo com Santana (2001), a atuação da equipe de saúde junto aos adolescentes em situação de rua deve passar por dois momentos.

Primeiro momento: etapa de aproximação gradual.

“O profissional deve colocar-se como presença no espaço geográfico da rua para identificar os meninos, seus locais e horários de atuação, atividades, faixa etária aparente, contactantes, parceiros, comportamento, relacionamento com os adultos trabalhadores, transeuntes e policiais. Esta fase da observação é muito importante. É importante estar atento para todos os detalhes que contribuem para o reconhecimento desse universo da rua. Informações subjetivas podem ser captadas através da comunicação não verbal: o choro, o riso, a raiva, o medo, a vergonha, além de outros”. O profissional de saúde poderá contar com a parceria de algum educador social de rua que desenvolva algum trabalho na área, caso seja possível.

“Depois de algum tempo e de algumas visitas ao espaço geográfico de atuação dos meninos, o profissional não mais se constitui em um estranho. A partir das relações existentes entre eles é possível intensificar a aproximação para desenvolver os laços de confiança. Nessa fase, pode ser recomendável evitar contatos com policiais ou quaisquer outros profissionais ligados à segurança, vigilância ou fiscalização, sob pena de romper o vínculo de confiança e ser considerado pelos meninos como alguém que está ali para puni-los ou entregá-los à justiça”.

Segundo momento: contato do profissional com o grupo.

“Geralmente, a apresentação pode se realizar com um grupo, dependendo das circunstâncias, esclarecendo qual é a intenção de sua presença, de onde vem (a que instituição está ligado), o que pode oferecer-lhes e porque está envolvido nesta atividade. É importante não criar a expectativa de que deverão falar sobre eles mesmos nesse primeiro contato, mas que poderão fazer algumas queixas e perguntas; nesse momento eles começam a detectar se terão algum benefício nesta relação que se inicia”.

“Deve ficar assegurada a intenção de manter com eles uma relação de apoio no que concerne aos aspectos de saúde, sem alimentar sonhos materiais que não possam ser concretizados”.

Na medida em que o profissional de saúde conquista a confiança dos adolescentes, as demandas começam a surgir. O profissional deve ter sempre claro que eles são adolescentes como os demais, que apresentam dinâmicas de vida semelhantes, e que é a situação na qual se encontram que provoca diferença na forma como vivem as questões características da faixa etária.

O profissional de saúde deverá ter uma postura de respeito e sigilo. Esses adolescentes poderão fornecer informações que não correspondam à realidade, quer seja como meio de se protegerem de alguém que não é conhecido, quer seja por desconhecimento. Mesmo assim, o profissional sempre poderá ser útil de alguma forma: no acolhimento, na capacidade de escuta e de espera, respeitando o tempo necessário para que a relação seja mais próxima.

É preciso trabalhar entendendo que cada encontro pode ser único, que o adolescente poderá não voltar ou não seguir as indicações. É necessário que o profissional reverta suas expectativas de que um trabalho efetivo é aquele que segue e completa um determinado roteiro. Um momento de encontro genuíno, de respeito aos valores do jovem, de troca de conhecimentos, pode ser uma semente que germinará, que o ajudará a começar a sentir-se um sujeito de direito, um sujeito que necessita de cuidados e que é capaz de cuidar-se.

É recomendável planejar a discussão de temas sugeridos pelos adolescentes de acordo com suas necessidades. A linguagem deve ser acessível, clara e objetiva. Os encontros podem ocorrer em espaços

públicos que os próprios jovens poderão indicar. Rodas de conversa são bem vindas. As histórias de vida desses jovens devem ser absolutamente respeitadas, mesmo diante de situações claras de infrações cometidas, sempre evitando julgamento de valor.

Essa forma de aproximação facilitará o acolhimento desses jovens no serviço de saúde. De acordo com Santana (2001), "a solução dos problemas evidenciados implicará em ações articuladas, multiprofissional e intersetorialmente, desde o tratamento de doenças até a reinserção familiar, escolar e social, considerando-se o tempo para o despertar do desejo e participação do adolescente. Nesse sentido, deve-se estimular para que o adolescente participe ativamente na solução de seus problemas de saúde, discutindo, sugerindo e autocuidando-se, tornando-se independente e resolutivo para elaborar o seu projeto de vida. Caso seja possível localizar as famílias, deve-se trabalhar essa possibilidade juntamente".

É também oportuno ressaltar que muitos destes adolescentes jamais voltarão para suas casas de origem. Mesmo assim é importante saber que voltar para casa não é condição necessária para que eles sejam reintegrados a um meio social que promova seu desenvolvimento.

É aconselhável que os profissionais das unidades de saúde discutam entre si essa forma de trabalho. Muitas vezes esse adolescente em situação de rua será encaminhado para atendimento, irá acompanhado por educador ou, espontaneamente, procurar atendimento na unidade de saúde. A imagem que este jovem carrega, a forma como se traja, suas condições de higiene podem suscitar alguma forma de rejeição, tanto por parte dos funcionários quanto dos usuários do serviço. É importante minimizar estas situações, favorecendo ao adolescente sentir-se acolhido pelo serviço de saúde.

CONCLUSÃO

É preciso cuidar do adolescente em situação de rua para que ele se torne cidadão. Faz parte da intersetorialidade das ações de saúde contribuir para que esse jovem reconheça como seu o direito de cuidar-se e de reivindicar políticas públicas que atendam às suas necessidades de cidadania. Saúde, cultura e profissionalização são recursos que podem contribuir para a saída da situação de exclusão que os condena a, eternamente, viverem dependentes de recursos assistencialistas que não os farão crescer, que os deixarão exatamente onde se encontram, ou ainda pior, que poderão reduzir ainda mais seu tempo de existência.

O Meu Guri

Chico Buarque de Holanda

Quando, seu moço, nasceu meu rebento
Não era o momento dele rebentar
Já foi nascendo com cara de fome
E eu não tinha nem nome pra lhe dar
Como fui levando, não sei lhe explicar
Fui assim levando ele a me levar
E na sua meninice ele um dia me disse
Que chegava lá
Olha aí
Olha aí
Olha aí, ai o meu guri, olha aí
Olha aí, é o meu guri
E ele chega
Chega suado e veloz do batente
E traz sempre um presente pra me encabular
Tanta corrente de ouro, seu moço
Que haja pescoço pra enfiar
Me trouxe uma bolsa já com tudo dentro
Chave, caderneta, terço e patuá
Um lenço e uma penca de documentos
Pra finalmente eu me identificar, olha aí
Olha aí, ai o meu guri, olha aí
Olha aí, é o meu guri
E ele chega

Chega no morro com o carregamento
Pulseira, cimento, relógio, pneu, gravador
Rezo até ele chegar cá no alto
Essa onda de assaltos tá um horror
Eu consolo ele, ele me consola
Boto ele no colo pra ele me ninar
De repente acordo, olho pro lado
E o danado já foi trabalhar, olha aí
Olha aí, ai o meu guri, olha aí
Olha aí, é o meu guri
E ele chega

Chega estampado, manchete, retrato
Com venda nos olhos, legenda e as iniciais
Eu não entendo essa gente, seu moço?
Fazendo alvoroço demais
O guri no mato, acho que tá rindo
Acho que tá lindo de papo pro ar
Desde o começo, eu não disse, seu moço
Ele disse que chegava lá
Olha aí, olha aí
Olha aí, ai o meu guri, olha aí
Olha aí, é o meu guri

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Santana, JSS. O Acompanhamento do Adolescente no Espaço Público da Rua. *Adolescer: Compreender, Atuar, Acolher*. ABEn/Ministério da Saúde, 2002, p. 53-8. Disponível em: www.abennacional.org.br/revista/cap2.4.html Acessado em 29/03/2006.
2. Lescher AD, Carneiro Junior N, Silva LN, Azevedo LM, et al. Crianças em Situação de Risco Social: Limites e Necessidades da Atuação do Profissional de Saúde. Resultado da Fase I do Projeto de pesquisa apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Programa de Políticas Públicas, 03/06405-0. São Paulo. 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientação para Organização de Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005.