

VOLUME 26 - Nº 1 - 2024



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

Ciclo XXVI



MÓDULOS DE RECICLAGEM

ISSN 2318-3969





PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

PROJETO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA MÓDULO DE RECICLAGEM

VOLUME 26 - Nº 1 - 2024

- Consulta do Adolescente –
Preceitos legais, princípios éticos e bioéticos
- Crescimento Físico, Desenvolvimento Puberal e
Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência
- Necessidades nutricionais de adolescentes
e seus desvios

Revisão Técnica:

Dra. Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

Pediatra com Área de Atuação em Medicina do Adolescente – SBP/AMB.

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso.

Presidente do Departamento Científico de Medicina do Adolescente da SBP.

Membro Titular da Sociedade Matogrossense de Pediatria e da SBP.

ISSN 2318-3969



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

DIRETORIA 2022 - 2024

Presidente:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

1º Vice-Presidente:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

2º Vice-Presidente:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Secretário Geral:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º Secretário:

Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)

3º Secretário:

Claudio Hoineff (RJ)

Diretor Financeiro:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º Diretor Financeiro:

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

2º Diretor Financeiro:

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

COORDENADORES REGIONAIS

Norte:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

Nordeste:

Marynea Silva do Vale (MA)

Sudeste:

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Sul:

Cristina Targa Ferreira (RS)

Centro-Oeste:

Renata Belem Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Titulares:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Marynea Silva do Vale (MA)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

Suplentes:

Anárlia Moraes Pimentel (PE)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Sulim Abramovici (SP)

CONSELHO FISCAL

Titulares:

Cléa Rodrigues Leone (SP)

Lícia Maria Moreira (BA)

Carllindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

Suplentes:

Jocileide Sales Campos (CE)

Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

Gilberto Pascolat (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

Coordenação:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Membros:

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)

Helenilce de Paula Fiod Costa (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Edson Ferreira Liberal (RJ)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Sidnei Ferreira (RJ)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Mauro Batista de Moraes (SP)

Kerstin Tanigushi Abagge (PR)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP

(COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

Coordenação:

Hélcio Villaça Simões (RJ)

Coordenação Adjunta:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

Membros:

Clovis Francisco Constantino (SP) - Licenciado

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SERIADA

Coordenação:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

Membros:

João Carlos Batista Santana (RS)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Mara Morelo Rocha Felix (RJ)

Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Sergio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Ricardo do Rego Barros (RJ)

INTERCÂMBIO COM OS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

Marcela Damasio Ribeiro de Castro (MG)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

Diretor:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

Diretoria Adjunta:

Sidnei Ferreira (RJ)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Membros:

Gilberto Pascolat (PR)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Brito Filho (PB)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Carllindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

DIRETORIA CIENTÍFICA

Diretor:

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E GRUPOS DE TRABALHO:

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

(continuação)

DIRETORIA 2022 - 2024

MÍDIAS EDUCACIONAIS

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Rosana Alves (ES)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (ES)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PIEDIATRIA - PRONAP

Fernanda Luisa Ceraglioli Oliveira (SP)
Tulio Konstantyner (SP)
Claudia Bezerra Almeida (SP)

NEONATOLOGIA - PRORN

Renato Soibelmann Procianny (RS)
Clea Rodrigues Leone (SP)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPED

Werther Bronow de Carvalho (SP)

TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPED

Claudio Leone (SP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPED

Hany Simon Júnior (SP)
Gilberto Pascolat (PR)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PUBLICAÇÕES

TRATADO DE PEDIATRIA

Fábio Ancona Lopes (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Clovis Artur Almeida da Silva (SP)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

OUTROS LIVROS

Fábio Ancona Lopes (SP)
Dirceu Solé (SP)
Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Diretora:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Membros:

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa Rodrigues Leone (SP)
Paulo Tadeu de Mattos Prereira Poggiali (MG)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

PIEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

Coordenação Geral:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Coordenação Operacional:

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

Membros:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Marcia de Freitas (SP)
Nelson Grisard (SC)
Normeide Pedreira dos Santos Franca (BA)

PORTAL SBP

Clovis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Claudio Hoineff (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)
Donizetti Dimer Giambbernardino (PR)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)
Cassio da Cunha Ibiapina (MG)
Luiz Anderson Lopes (SP)
Sílvia Regina Marques (SP)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Mariana Tschöpke Aires (RJ)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

Coordenação:

Renato Soibelmann Procianny (RS)

Membros:

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Editores Científicos:

Clémex Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Ciprino Santos (RJ)

Editora Adjunta:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

Conselho Editorial Executivo:

Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Mariana Tschöpke Aires (RJ)
Maria De Fatima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)
Sílvio da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

Consultoria Editorial

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Fábio Ancona Lopez (SP)
Dirceu Solé (SP)
Angélica Maria Bicudo (SP)

Editores Associados:

Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Angélica Maria Bicudo (SP)

Coordenação de Pesquisa

Claudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Coordenação:

Rosana Fiorini Puccini (SP)

Membros:

Rosana Alves (ES)
Alessandra Carla de Almeida Ribeiro (MG)
Angélica Maria Bicudo (SP)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Ana Lucia Ferreira (RJ)



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

(continuação)

DIRETORIA 2022 - 2024

Silvia Wanick Sarinho (PE)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Coordenação:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Membros:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantêa (RS)
Susana Maciel Wuillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Sílvia Regina Marques (SP)
Claudio Barsanti (SP)
Marynea Silva do Vale (MA)
Liana de Paula Medeiros de A.
Cavalcante (PE)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Coordenador:

Lelia Cardamone Gouveia (SP)

Membros:

Cassio da Cunha Ibiapina (MG)
Luiz Anderson Lopes (SP)
Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Marynea Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

MUSEU DA PEDIATRIA (MEMORIAL DA PEDIATRIA BRASILEIRA)

Coordenação:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Membros:

Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)
Sidnei Ferreira (RJ)
Jeferson Pedro Piva (RS)

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

Coordenação:

Claudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)

REDE DE PEDIATRIA

AC - SOC. ACREANA DE PEDIATRIA
Ana Isabel Coelho Montero
AL - SOC. ALAGOANA DE PEDIATRIA
Marcos Reis Gonçalves

AM - SOC. AMAZONENSE DE PEDIATRIA
Adriana Távora de Albuquerque Taveira
AP - SOC. AMAPAENSE DE PEDIATRIA
Camila dos Santos Salomão
BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA
Ana Luiza Velloso da Paz Matos
CE - SOC. CEARENSE DE PEDIATRIA
João Cândido de Souza Borges
DF - SOC. DE PEDIATRIA DO DISTRITO
FEDERAL
Luciana de Freitas Velloso Monte
ES - SOC. ESPIRITOSSANTENSE DE
PEDIATRIA
Carolina Strauss Estevez Gadelha
GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA
Valéria Granieri de Oliveira Araújo
MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E
PEDIATRIA DO MARANHÃO
Marynea Silva do Vale
MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA
Márcia Gomes Penido Machado
MS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO
MATO GROSSO DO SUL
Carmen Lúcia de Almeida Santos
MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE
PEDIATRIA
Paula Helena de Almeida Gattass Bumli
PA - SOC. PARAENSE DE PEDIATRIA
Vilma Francisca Hutim Gondim de
Souza
PB - SOC. PARAIBANA DE PEDIATRIA
Maria do Socorro Ferreira Martins
PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE
PERNAMBUCO
Alexandra Ferreira da Costa Coelho
PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ
Ramon Nunes Santos
PR - SOC. PARANAENSE DE PEDIATRIA
Victor Horácio de Souza Costa Junior
RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Cláudio Hoineff
RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO
GRANDE DO NORTE
Manoel Reginaldo Rocha de Holanda
RO - SOC. DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA
Cristiane Figueiredo Reis Maiorquin
RR - SOC. RORAIMENSE DE PEDIATRIA
Erica Patricia Cavalcante Barbalho
RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO
GRANDE DO SUL
Jose Paulo Vasconcellos Ferreira
SC - SOC. CATARINENSE DE PEDIATRIA
Nilza Maria Medeiros Perin
SE - SOC. SERGIPANA DE PEDIATRIA
Ana Jovina Barreto Bispo
SP - SOC. DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO
Renata Dejtar Waksman
TO - SOC. TOCANTINENSE DE PEDIATRIA
Ana Mackartney de Souza Marinho

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Dermatologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética Clínica
- Hematologia e Hemoterapia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infetologia
- Medicina da Dor e Cuidados
Paliativos
- Medicina do Adolescente
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolvimento e
Comportamento
- Pneumologia
- Prevenção e Enfrentamento das
Causas Externas na Infância e
Adolescência
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Sono
- Suporte Nutricional
- Toxicologia e Saúde Ambiental

GRUPOS DE TRABALHO

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doença inflamatória intestinal
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Educação e Saúde
- Imunobiológicos em pediatria
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Ortopedia pediátrica
- Pediatria e humanidades
- Pediatria Internacional dos Países
de Língua Portuguesa
- Povos Originários do Brasil
- Políticas públicas para neonatologia
- Radiologia e Diagnóstico por
Imagem
- Saúde digital
- Saúde mental
- Saúde oral



FUNDAÇÃO SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Diretoria e Conselhos 2022 - 2024

DIRETORIA EXECUTIVA

Diretor Presidente

Clóvis Francisco Constantino

Diretor Vice-Presidente

Edson Ferreira Liberal

Diretor Secretário

Ana Cristina Ribeiro Zollner

Diretor Tesoureiro

Paulo Tadeu Falanghe

Conselho Curador

Presidente

João Coriolano Rego Barros

José Hugo de Lins Pessoa

Reinaldo Ayer de Oliveira

José Luiz Setubal

Nelson Grisard

Katia Correia Lima

Mário Santoro Júnior

Sérgio Augusto Cabral

Gunnar Alexei Riediger

Gilnei Rodrigues

Tamara Lazarini

Conselho Fiscal

Sérgio Antônio Bastos Sarrubo

Cláudio Leone

Joel Alves Lamounier

Gilda Porta (suplente)

Maria Fernanda Branco de

Almeida (suplente)



PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

Coordenadores

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira

Tulio Konstantyner

Claudia Bezerra de Almeida

Conselho Editorial

Abelardo Bastos Pinto Junior

Alda Elizabeth B Iglesias Azevedo

Ana Cristina Ribeiro Zollner

Antonio Condino Neto

Carlos Augusto Mello da Silva

Clóvis Artur Almeida da Silva

Crésio de Aragão Dantas Alves

Cristina Helena Targa Ferreira

Denise Bousfield da Silva

Fabiola Isabel Suano de Souza

Gilda Porta

Gustavo Antonio Moreira

Herberto José Chong Neto

Jandreí Rogério Markus

Jorge Youssef Afiune

José Roberto Fioretto

Josefina Aparecida Pellegrini Braga

Lícia Maria Oliveira Moreira

Liubiana Arantes de Souza

Luci Yara Pfeiffer

Magda Lahorgue Nunes

Marco Aurélio Palazzi Sáfiadi

Maria de Fátima Bazhuni Pombo

Sant'anna

Nilzete Liberato Bresolin

Renata Cantisani di Francesco

Renato de Ávila Kfourri

Rossiclei de Souza Pinheiro

Rubens Feferbaum

Salmo Raskin

Sérgio Luís Amantéa

Simone Brasil de Oliveira Iglesias

Tadeu Fernando Fernandes

Revisão Ortográfica e Gramatical

Jorge Alves de Lima

A Revista PRONAP é uma publicação da Fundação Sociedade Brasileira de Pediatria, Alameda Jaú, 1742 - cj. 51 - 5º andar - Jardim Paulista - São Paulo - SP - CEP 01420-002. A Revista PRONAP é distribuída aos participantes do Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria. As matérias publicadas terão seus direitos autorais resguardados pela Sociedade Brasileira de Pediatria, que em qualquer circunstância agirá como detentora dos mesmos. Tiragem desta edição: 4.500 exemplares.

Produção e projeto gráfico de
Jotacê Desenhos Gráficos S/C Ltda.
Rua Dr. Cesário Mota Jr., 369 - 7º and.
CEP 01221-020 - São Paulo - SP.

PRONAP/SBP – SP
Fone: (0xx11) 3068-8595 - Fax: (0xx11) 3081-6892
e-mail: pronap@sbp.com.br ou fsbp@sbp.com.br
GERENCIAMENTO: SBP



Saudações

Prezados e prezadas colegas pediatras.

O adolescente se prepara, em corpo e alma para sua plena cidadania. Para tanto, a ação dos pediatras é imprescindível auxiliando e monitorando a segurança nesse processo evolutivo.

O pediatra, especialista em crianças e adolescentes, compreende sua essencialidade nessa assistência, levando em consideração a atenção em bases científicas, éticas, bioéticas e humanidades.

Neste processo de ensino/aprendizagem/atualização que o PRONAP oferece, você, colega pediatra, encontra oportunidade ímpar para seu melhor desempenho em benefício dos adolescentes e das adolescentes em crescimento e desenvolvimento.

Com meus melhores cumprimentos.

Clóvis Francisco Constantino

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria



Apresentação

Caros Colegas Pediatras!

A adolescência é uma fase desafiadora que demanda conhecimentos específicos do pediatra. Como fascículo de abertura dessa nova edição, trouxemos esta importante temática cujo conteúdo de alto padrão técnico-científico foi elaborado pelo Departamento Científico de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria. Esperamos que este fascículo seja muito útil no seu dia-a-dia como pediatra.

Bons estudos!

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira

Tulio Konstantyner

Cláudia Bezerra de Almeida

Coordenadores do PRONAP

Índice

Instruções	15
Consulta do Adolescente – Preceitos legais, princípios éticos e bioéticos	17
Pré-teste	18
Introdução	20
Especificidades do atendimento	20
A consulta	22
Sugestão de anamnese com o adolescente	26
Sugestão de anamnese com a família	30
Exame físico: sugestão de roteiro	30
Preceitos legais, princípios éticos e bioéticos	32
Atividade sexual em menores de 14 anos de idade	35
Recomendações	36
Direito de adolescentes à atenção integral à saúde	38
Acesso e apoio das Redes Públicas e Privadas	38
Métodos contraceptivos	39
Acesso aos serviços de saúde em geral sozinho ou acompanhado	39

Vacinação	39
Atividade física	40
Intervalo e periodicidade dos atendimentos	40
Considerações finais	42
Referências	43
Pós-teste	45

Crescimento Físico, Desenvolvimento Puberal e

Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência	47
Pré-teste	48
Crescimento físico e desenvolvimento puberal	50
Eixo neuroendócrino	51
Critérios de normalidade	52
Critérios de Tanner	53
Puberdade feminina	53
Desenvolvimento das mamas	54
Desenvolvimento da pilificação para ambos os sexos	55
Puberdade masculina	55
Desenvolvimento puberal masculino	57
Crescimento pômbero-estatural	57
Desenvolvimento psicossocial na adolescência	58

Crise adolescente e busca da identidade	61
Manifestações comportamentais	61
Distinguindo comportamento normal e anormal na adolescência	62
Considerações finais	63
Referências	64
Pós-teste	66
Necessidades nutricionais de adolescentes e seus desvios	69
Pré-teste	70
Introdução	72
Necessidade energética	74
Necessidade de carboidratos	76
Necessidade proteica	77
Necessidade lipídica	77
Requerimentos de cálcio e vitamina D por adolescentes	78
Requerimento de ferro	79
Requerimento de folato	80
Padrões, inadequações e comportamento alimentar do adolescente	81
Considerações finais	82
Referências	83
Pós-teste	87

**Em caso de mudança de endereço comunique-se
imediatamente com a Secretaria do PRONAP.**

Secretaria do PRONAP

Alameda Jaú, 1742 - cj. 51 - 5º andar - Bairro: Jardim Paulista

CEP 01420-002 – São Paulo – SP

Fone: (0xx11) 3068-8595 – Fax: (0xx11) 3081-6892

E-mail: pronap@sbp.com.br ou fsbp@sbp.com.br

Home-Page: www.sbp.com.br – (Educação Médica Continuada)

Projeto Residente: Fone/Fax: (0xx31) 3241-1128

E-mail: projeto.residente@sbp.com.br

Instruções

Este é um módulo de auto-instrução, abordando temas vinculados à sua prática pediátrica do dia-a-dia. Cada tema é apresentado da seguinte forma:

- uma parte inicial, com testes e perguntas sobre o tema, para que você realize um pré-teste de seus conhecimentos;
- um texto sobre o tema, cujos pontos mais importantes estão grifados de modo a chamar sua atenção para eles;
- uma parte final, com testes e perguntas de conteúdo correspondente ao inicial, para que você faça nova auto-avaliação.

Para que o rendimento de seu estudo seja o melhor possível (afinal você está investindo seu precioso tempo nessa tarefa), siga rigorosamente estas instruções:

1. Responda o pré-teste antes de estudar o tema, pois assim você perceberá melhor seus pontos fracos sobre eles. Assinale a resposta no próprio pré-teste de maneira bem legível (ao terminar o estudo do tema você deverá voltar e rever o pré-teste).
2. Terminado o pré-teste, leia atentamente o texto base duas vezes: a primeira, de maneira corrida, sem interrupções, e a segunda, detendo-se com mais atenção nas partes destacadas e/ou que lhe parecem ser correspondentes ao que foi perguntado no pré-teste. Atenção, não volte a folhear o pré-teste antes de ter completado as duas leituras do texto.
3. Antes de rever o pré-teste responda ao pós-teste. É melhor que você o faça logo após terminar a leitura; seu aprendizado terá maior rendimento do que se você deixar para fazê-lo em uma ocasião posterior.
4. A seguir, compare as respostas dos dois testes (pré e pós), buscando, se necessário, a resposta certa no texto. Procure com calma, ela estará sempre presente no texto.
5. Estude de maneira completa apenas um tema de cada vez. Complete sempre todo o ciclo, do item 1 ao 4, antes de iniciar o estudo do tema seguinte. Não importa se você irá estudá-lo no mesmo dia ou não.
6. Lembrete importante: sempre que possível complete o ciclo de estudos, dos itens 1 a 4 de cada tema, de uma só vez, na mesma ocasião, procurando não interromper o tema e deixar parte de seu estudo para outro momento; deste modo o seu rendimento será maior.
7. Completando o tema, deixe passar alguns dias e retome seu estudo, relendo-o de maneira completa, pré e pós-testes inclusive, de forma a sedimentar seus conhecimentos e rever seus erros e acertos.
8. No número seguinte você receberá as respostas corretas para os testes dos temas do número anterior. Compare-as com as suas, do pré e pós-teste, pois esta é uma forma de reestudar o assunto e realizar a revisão de seus conhecimentos.

9. Caso, após esta correção final, persista alguma dúvida, tal como resposta dúbia ou, na sua opinião, incorreta, ou ainda se você encontrar partes dos textos confusas, etc., escreva-nos, explicando de maneira completa e detalhada qual a sua dúvida, fazendo com que possamos tentar esclarecê-la. Nosso endereço você já tem.

Observação Importante: o material é preparado para ser estudado individualmente. Recomendamos que não o utilize de modo coletivo antes de completar o ciclo de estudos de cada módulo. Se quiser fazê-lo, faça cópias e, depois de seu estudo individual, repita-o com outros colegas. Lembre-se de que, embora eles também estejam aprendendo, se não forem assinantes não farão a prova final e, portanto, não farão jus ao diploma de educação continuada.

Concentre-se, siga atentamente estas informações; temos certeza de que você terá um bom aproveitamento.

Bom estudo.



PRONAP-SBP
CICLO XXVI - NÚMERO 1

TEMA 1

Consulta do Adolescente Preceitos legais, princípios éticos e bioéticos

Texto Base:

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo¹

Maria Inês Ribeiro Costa Jonas²

¹ Pediatra com Área de Atuação em Medicina do Adolescente – SBP/AMB.
Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso.
Presidente do Departamento Científico de Medicina do Adolescente da SBP.
Membro Titular da Sociedade Matogrossense de Pediatria e da SBP.

² Pediatra com Área de Atuação em Medicina do Adolescente – SBP/AMB.
Membro do Departamento Científico de Medicina do Adolescente da SBP.
Delegada da Associação Médica de Minas Gerais.
Membro Titular da Sociedade Mineira de Pediatria e da SBP.

Questionário Pré-teste

Responda com o que sabe.

Não se preocupe em acertar tudo antes de estudar o texto.

Também não se preocupe com o tempo que levará para respondê-lo. Não é uma prova com duração definida.

O mais importante é identificar onde você tem maior dificuldade. Isto o ajudará no estudo do tema.

Assinale se as questões abaixo são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. A ausência dos pais ou dos responsáveis deve impedir o atendimento médico do adolescente, seja em primeira consulta ou nos retornos.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
02. A consulta do adolescente, sempre que possível, deverá ser em três momentos; o primeiro, com o adolescente e o acompanhante; o segundo, a sós com o paciente; e o último, novamente, com acompanhantes responsáveis.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
03. Os critérios de *Tanner* devem ser sempre avaliados no acompanhamento do desenvolvimento do adolescente.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
04. Adolescentes a partir dos 12 anos de idade podem ser atendidos sem a presença dos pais ou responsáveis, sendo-lhes garantidos o sigilo, a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, inclusive o sigilo sobre iniciação sexual e a prescrição de métodos anticoncepcionais.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
05. Em casos de autoagressão com riscos, ideais suicidas, fuga de casa, não adesão a tratamentos, gravidez e abortamento a quebra de sigilo está indicada.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
06. Peso, altura, índice de massa corporal e gráficos não são avaliados na primeira consulta do adolescente, pois não se trata de fatores tão importantes para essa faixa etária, devendo-se priorizar a parte psicológica.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
07. Adolescente assintomático comparece ao consultório e solicita o atestado para liberação de prova física ou avaliação física, com objetivo de treinamento de futebol na equipe de um clube famoso na capital. Se o exame físico estiver normal, poderá ser liberado.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []

-
08. As vacinas indicadas pelo Programa Nacional de Imunizações na adolescência, incluem HPV, dT e ACWY. O cartão de vacinas deverá ser avaliado em cada consulta.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
09. Hipertensão arterial, transtornos alimentares, alterações da tireoide, uso de álcool, tabaco, drogas ilícitas e lícitas e atividades sexuais devem ser avaliadas durante a consulta do adolescente.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
10. O uso de cigarro eletrônico ou *vaper* não deve ser avaliado, pois tem sido um bom substituto do tabaco, provocando menos efeitos colaterais e dependência por adolescentes.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
11. Uma adolescente de 14 anos e 2 meses, com atividade sexual, comparece ao consultório com o namorado de 15 anos e solicita a prescrição de anticoncepcional oral. Nesse caso, pela idade e pelos riscos, o médico não deve prescrever sem o conhecimento e consentimento dos pais.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
12. Adolescente de 19 anos insiste em ser atendido pelo antigo pediatra, porque não se adaptou ao atendimento do clínico geral de seu Programa Saúde da Família - PSF. Pela idade e pela rotina do serviço, esse paciente não deverá ter essa opção de escolha.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
13. Em situações consideradas de risco e frente à realização de procedimentos de maior complexidade (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: biópsias e intervenções cirúrgicas), tornam-se necessários a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
14. Privacidade é o direito de o adolescente, independentemente da idade, ser atendido sozinho, em espaço privado de consulta, onde é reconhecida sua autonomia e respeitada sua individualidade.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
15. O terceiro momento da consulta é apropriado para estimular o autocuidado e para fornecer orientações a respeito das transformações físicas e psicossociais, podendo constituir-se numa oportunidade para a abordagem de aspectos educativos, como, por exemplo, instruir a respeito do autoexame das mamas e dos testículos.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
-

Consulta do Adolescente

Preceitos legais, princípios éticos e bioéticos

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a adolescência corresponde ao período entre 10 e 20 anos incompletos, mas, na prática, esses limites não são rígidos e variam de acordo com o órgão ou o serviço de atendimento. Esta é uma faixa etária de grandes mudanças no desenvolvimento global do ser humano. Aqui se pode detectar e prevenir o agravamento de condições inadequadas do adulto, em todas as esferas, como: redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde física e emocional, doenças consequentes à desnutrição, atividade sexual desprotegida, dependência digital, escolaridade, violências, alterações esqueléticas e muitas outras.¹

A consulta do adolescente deve ser realizada, prioritariamente, pelo especialista em adolescência, mas qualquer outro especialista poderá ser convidado a atendê-lo. O pediatra, cada vez mais, tem sido o médico que mais atende essa faixa etária.¹

Independentemente da especialidade, o médico que atender esse público deve considerar alguns princípios:

- Saber ouvir com atenção e interesse o que o adolescente tem a dizer. Roberto de Assis Ferreira cita em seu livro: “muitas vezes, **o que é dito não é o que realmente deseja**. Tem sempre que se **estar atento ao não falado ou falado com outras palavras**, pois através deles podem existir coisas extremamente importantes ao diagnóstico e condução do tratamento”.²

ESPECIFICIDADES DO ATENDIMENTO³

- A **abordagem do adolescente** difere da abordagem da criança, pois, além de exigir do profissional conhecimento técnico-científico específico, requer habilidade em promover a participação ativa do adolescente na entrevista, no exame físico e nos encaminhamentos, assim como em permitir o entrosamento da família/dos responsáveis, facilitando a adesão à proposta terapêutica.

-
- O atendimento ao adolescente exige *tempo e paciência*, mas consultas muito longas podem ser improdutivas.
 - A **interação médico-paciente** é uma relação de confiança e respeito, na qual se deve evitar julgamentos ou comportamentos semelhantes dos pais ou colegas do paciente.
 - Deve-se dar **atenção à família**, de modo que se sinta acolhida em suas angústias, mas fazendo com que entenda que o foco principal será sempre o adolescente. Não deixar transferir as dificuldades familiares, com esse novo desafio que é a adolescência, ao médico.
 - A **ausência dos pais ou responsáveis** não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em primeira consulta ou nos retornos.
 - Recomenda-se que a **sala de espera** seja exclusiva para o atendimento do adolescente, sempre que possível, ou que sejam reservados horários diferenciados para o atendimento. O local deve apresentar sinalização adequada, ser claro, ventilado, acolhedor, agradável e possibilitar acesso a informações educativas – como *folders, cards*, revistas ou mídia digital –, o que minimiza o tempo de espera ocioso, sendo fundamental também o apoio de funcionários/equipe multidisciplinar – o que contribui para a humanização das relações interpessoais e a potencialização da capacidade de resposta, intervenção e vínculo.
 - A **porta do consultório** deve permanecer fechada durante a consulta, para impedir interrupções, e o espaço deve ser suficiente para conter mobiliário que permita a entrevista do adolescente e de sua família. A sala de exame deve ser separada do espaço da entrevista, assegurando a privacidade do exame físico; caso não seja possível, pode-se utilizar divisórias.
 - Interessante salientar que a **motivação** dos adolescentes e de seus responsáveis para a consulta médica costuma ser diferenciada. Muitas vezes, principalmente nas consultas iniciais, o adolescente não procura espontaneamente o atendimento, mas é levado por outras pessoas, frequentemente contra a sua vontade. Assim, é comum deparar-se com um paciente assustado, ansioso, inseguro e até mesmo assumindo uma atitude de enfrentamento. Daí a importância de se estabelecer, desde o início, uma atitude acolhedora, sensível e empática – postura essa a ser adotada por toda equipe envolvida com o atendimento.
 - Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito ao fato de o processo de desenvolvimento puberal não ocorrer de maneira simultânea ou uniforme, o que implica em **pacientes diversificados** e, conseqüentemente, na necessidade de se considerar o estágio de maturação na abordagem do adolescente.
 - O atendimento do adolescente implica numa mudança de paradigma no que se refere ao modelo tradicional de relação médico-paciente adotada na prática pediátrica, no qual o responsável é o principal interlocutor. Uma das principais particularidades da consulta do adolescente é a substituição do modelo de relação indireta, estabelecido durante a infância entre o profissional e o familiar responsável,

pela **relação direta entre o médico e o adolescente**. Essa diferença configura a consulta como um verdadeiro rito de passagem para a vida adulta, na medida em que o adolescente passa a assumir uma responsabilização progressiva pelo seu autocuidado e por sua saúde.

Reconhecer o adolescente como um sujeito de direito e respeitá-lo com tal é essencial para que se possa avançar no desafio de propiciar atenção integral à saúde para este grupo populacional. Para que isso aconteça, é necessário que sejam suplantados alguns impasses ocasionados pelo fato de o público-alvo em questão não ser constituído nem de crianças tampouco de adultos. Essa indefinição de papéis gera alguns conflitos pertinentes às peculiaridades das inter-relações dos jovens com a sociedade. Na busca por alternativas, identifica-se a bioética como uma útil e interessante instrumentação para respaldar o exercício da medicina do adolescente.³

A CONSULTA

A consulta inicia-se com a apresentação do profissional ao adolescente e à família e com a explicação da dinâmica diferenciada do atendimento. Para proporcionar um bom acolhimento, é necessário que o médico escute o jovem atentamente, desvencilhe-se de preconceitos e adote uma postura imparcial, centrada em valores de saúde, tanto frente às questões apresentadas pelo adolescente quanto pela sua família.³

O adolescente, como figura principal da consulta, necessita de um espaço sozinho e ampliado com o médico, mas, como ainda não responde legalmente por seus atos, é importante a participação dos responsáveis, que devem estar cientes de seu papel e da necessidade de apoio para que o jovem possa assumir progressivamente o autocuidado.

Para atender a esta dualidade, preconiza-se que a consulta do adolescente seja conduzida em tempos ou momentos distintos: um tempo em que o médico atende apenas o adolescente; um momento em o responsável se encontra presente; podendo haver ainda mais uma etapa para atendimento conjunto – médico, adolescente e acompanhante. A ordem desses momentos varia de serviço para serviço.³

Nos casos em que houver impossibilidade de uma relação direta com o adolescente (por exemplo: problemas psiquiátricos graves, comprometimento intelectual que o incapacite a responder ou até mesmo o desejo do adolescente de não ficar sozinho), a consulta pode ser realizada em uma única etapa em conjunto: médico, responsável e adolescente.³

1º Momento – Atendimento do adolescente junto à família ou cuidador: quando se colhem dados de maior conhecimento do adulto, como antecedentes

peçoais fisiológicos e patológicos, familiares, queixas e história da moléstia atual, segundo a visão da família. O médico deve sempre se apresentar e perguntar como o adolescente quer ser chamado.³

Nesse primeiro momento da anamnese, os tópicos abordados serão:^{4,5}

- Motivo da consulta – nem sempre é uma doença, mas uma situação ou agravo; por exemplo, queda no rendimento escolar, “timidez excessiva”.
- Histórico da situação atual e pregressa do paciente, incluindo agravos e doenças.
- Estado vacinal (verifica-se o cartão de imunizações).
- Dados da gestação, parto e condições de nascimento e peso ao nascer.
- Hábitos alimentares (horário das refeições, quantidade e qualidade dos nutrientes, consumo de guloseimas).
- Condições de habitação, ambiente e rendimento escolar, exposição a ambientes violentos, uso de tecnologia da informática (tempo em celular, *games*, computador).
- História familiar – refere-se à configuração, à dinâmica e à funcionalidade: com quem o adolescente mora, situação conjugal dos pais e consanguinidade, outros agregados na residência, harmonia ou situações conflituosas no ambiente.
- Não se deve esquecer de obter dados sobre o sono, o lazer, as atividades culturais, os exercícios físicos e a religião.

2º Momento – Atendimento apenas do adolescente com o médico: se assim for acordado e o adolescente se sentir confortável. Completa-se a anamnese, com questões pessoais e sigilosas, de acordo com a demanda do paciente. Este segundo momento da anamnese, a sós com o adolescente, constitui o tempo mais importante da consulta, uma vez que é a oportunidade de o paciente se expressar de forma mais livre e aberta. A conversa deve ocorrer em ambiente sigiloso, abordando novamente o motivo que o traz à consulta, pois pode diferir do relato da família.³

Cabe lembrar que existem exceções para o não atendimento a sós com o cliente: comprometimento intelectual do paciente, quando está impossibilitado de diálogo; distúrbios psiquiátricos graves; ou o não desejo do paciente em ficar sozinho com o profissional.

Faz-se o exame físico completo, inclusive observando critérios de Tanner, que são detalhados em outro capítulo. O exame físico pode ou não ser presenciado por um auxiliar ou por um familiar.

Anamnese a partir da abordagem HEEDSSSS^{3,5}

Com o intuito de obter uma história psicossocial adequada e o mais completa possível, foi criado o mnemônico HEEDSSSS (Quadro. 1) como valioso auxiliar na anamnese e para facilitar a memorização de todas as áreas importantes na abordagem do ado-

lescente. Este é um instrumento com questões estruturadas e abertas, que foram se modificando ao longo do tempo até a forma atual e que se propõe a potencializar a comunicação, diminuindo, portanto, o estresse durante a consulta médica. Cada letra representa uma área a ser avaliada e apresenta sugestões de como perguntar e avaliar cada área.

A utilização desse instrumento é considerada um excelente método indireto para avaliar comportamentos e complementar a anamnese do adolescente, podendo ser incorporada na prática cotidiana.³

Nesse sentido, pode ser modificado e utilizado como guia de orientação dos atendimentos, principalmente quando se dispõe de tempo curto e diante de múltiplas tarefas.³

A entrevista é feita com o adolescente sozinho – pelo menos uma vez por ano ou sempre que houver indícios de algum fato estressante recente ou precipitante da consulta. O tempo de preenchimento médio fica ao redor de 20 minutos, sendo que algumas das perguntas podem ser realizadas na presença de familiares, para melhor contextualização do ambiente e da rotina de vida do adolescente.^{3,5}

Quadro 1. Significado das Siglas HEEADSSSS

Letra e significado	Indagações sugeridas
H Habitação	Além da parte física, avaliar a relação do adolescente com as pessoas que residem com ele. Presença e relacionamento com os pais.
E Educação/Emprego	Grau de escolaridade, socialização e <i>bullying</i> na escola. Se trabalha, horário (atentar para as leis trabalhistas do menor de idade) e relações interpessoais no trabalho.
E <i>Eating Disorders</i> Distúrbios alimentares	Mudanças de peso, relação com a comida, dietas, imagem corporal, se provoca vômitos após dieta.
A Atividades	Verificar prática de esportes, frequência em academias, acompanhamento profissional adequado, uso de suplementos e/ou anabolizantes. Tempo de uso de telas, jogos eletrônicos (tipo e dependência).

continua...

... continuação

Letra e significado	Indagações sugeridas
<p>D Drogas lícitas/ilícitas</p>	<p>Esse tópico requer muito cuidado, pois necessita manter uma postura de não julgamento e de acolhimento. Iniciar perguntando se o jovem tem amigos que usam bebidas e drogas e, aos poucos, avaliar se o paciente faz uso (quais, frequência e riscos). Na atualidade, o uso indiscriminado do cigarro eletrônico ou <i>vaper</i> tem sido motivo de grande preocupação.</p>
<p>S Sexualidade</p>	<p>Na adolescência, a sexualidade não é sinônimo de ato sexual. É parte do desenvolvimento do adolescente e é um direito, não uma contravenção. Evitar preconceitos e opiniões pessoais. As perguntas deverão respeitar o grau de interesse individual.</p>
<p>S Segurança</p>	<p>Avaliar se já sofreu algum tipo de violência (onde, por quem), assalto, <i>bullying</i>. Se já cometeu atos de violência e quais foram as consequências. Se pratica esportes radicais e se o faz com segurança. Grau de violência em casa, na escola ou no bairro.</p>
<p>S Suicídio</p>	<p>Se existe autoagressão com intenções suicidas ou não (cortes, brincadeiras e jogos perigosos). Aqui, deve-se avaliar cuidadosamente as questões emocionais do adolescente.</p>
<p>S Sono</p>	<p>A perda de sono representa um sério risco à saúde física e emocional, ao desempenho escolar e profissional do adolescente. Deve-se avaliar: horário de dormir e acordar, uso de telas antes de dormir, se o sono é tranquilo, se há sonambulismo e outros.</p>

Fonte: Adaptado de SBP^{1,3,4,5}

3º Momento – Pais ou responsáveis retornam à consulta: para que sejam também esclarecidos o diagnóstico e o tratamento. Deve-se guardar sigilo de questões pessoais reveladas pelo adolescente, desde que não sejam de risco, como serão abordadas abaixo.³

SUGESTÃO DE ANAMNESE COM O ADOLESCENTE³

Constitui o tempo mais importante da consulta, uma vez que é a oportunidade de o adolescente se expressar de forma mais livre e abertamente, abordando questões pessoais e suas próprias demandas.

Importante ressaltar que os adolescentes desenvolvem linguagem específica dentro do grupo de pares para ter a sensação de unidade e identidade. Os profissionais de saúde não devem julgar, corrigir ou sequer imitar. O melhor é agir normalmente e indagar com interesse. Ademais, vale lembrar que o médico é também um educador e deve ser um bom modelo para o adolescente. Não é adequado lançar mão de linguagem ou vestimentas próprias do adolescente com o objetivo de aproximação ou *marketing*. Sua função essencial é de profissional da saúde e sua relação com o(a) jovem deve ser cordial, próxima e técnica – sem confusão de papéis.³

Compreendendo-se o adolescente como responsável pela própria saúde, torna-se necessário conversar com ele sobre hábitos, costumes, atividades. E, para que o médico consiga informações efetivas, é imprescindível uma comunicação adequada, amistosa e confiável.

Algumas orientações iniciais são elementares para que o vínculo médico-adolescente seja estabelecido:

- O médico deve sempre se apresentar e perguntar como o adolescente quer ser chamado.
- Manter uma conversa frente a frente (evite escrever ou digitar enquanto conversa); olho no olho.
- Explicar como será a consulta, informando-lhe que será atendido sem a presença dos pais ou responsáveis, se assim o quiser.
- Iniciar a consulta conversando sobre assuntos diversos – que não sejam o problema central que trouxe o paciente à consulta. Isto faz o adolescente sentir-se mais acolhido e facilita a comunicação. Além disso, ajuda a criação de vínculo entre o profissional e o adolescente, pois ele perceberá que o médico tem interesse genuíno pela sua vida e interesses (por exemplo: saber se ele faz algo fora da escola e o quê; se tem algum *hobby*, quais séries preferidas; que posição joga no futebol; se coleciona algo; se dança; se escreve poesias ou faz desenhos, pedir para ver alguns de seus escritos e cadernos).³

Estas recomendações facilitarão a consulta não só no início, mas também no seu desenrolar, assim como no enfoque da prevenção de riscos.

Na sequência, deve ser questionado o motivo pelo qual o adolescente veio à consulta, o que pode diferir do relato da família, salientando-se o direito ao sigilo profissional e os limites para a quebra desse sigilo.³

Queixa e duração + história progressa da moléstia atual ou motivo da consulta: é muito frequente que, quando questionado a respeito do motivo pelo qual buscou o atendimento, a resposta do adolescente seja vaga ou justificada por uma queixa aparentemente banal, que não deve ser ignorada ou minimizada. Por trás dessas queixas, é possível encontrar uma vasta problemática emocional e/ou familiar ou uma preocupação com a imagem corporal e/ou a sexualidade.³

ISDA (interrogatório sintomatológico dos diversos aparelhos): existem dados que precisam ser obrigatoriamente pesquisados – como sono, apetite, atividade, ganho ou perda de peso, dores, estado emocional, mal-estar, acuidade visual, auditiva etc. Esquemáticamente, pergunta-se:

- **Geral** – atividade, febre, apetite, peso;
- **Pele** – lesões cutâneas, estrias, varizes;
- **Cabeça e pescoço** – cefaleia, tonturas, traumas;
- **Olhos, ouvidos, nariz e cavidade oral** – acuidade, secreção, obstrução, sangramentos, infecções, problemas dentários;
- **Aparelho Respiratório** – tosse, dispneia, chiado;
- **Aparelho Cardiovascular** – cianose, palpitações, tolerância aos esforços;
- **Aparelho Gastrointestinal** – hábito intestinal, dor, diarreia, vômitos, constipação;
- **Aparelho Geniturinário** – diurese, secreção vaginal e/ou uretral, lesões em região vulvar ou peniana, desenvolvimento puberal; para os meninos: ejaculação; para as meninas: menarca, caracterização dos ciclos menstruais, dismenorrea, data da última menstruação (DUM);
- **Sistema Osteoarticular** – dor em membros, deformidades e sintomas inflamatórios em região de coluna, membros e articulações, marcha, parestias, paralisias;
- **Sistema Nervoso** – coordenação, tiques, tremores, convulsões, medicação.

Muito além do levantamento de eventuais sinais e sintomas, precisam ser coletadas informações sobre: imagem corporal e autoestima; relacionamento com a família (pais, irmãos, parentes) e ocorrência de conflitos; utilização das horas de lazer, relações sociais, grupo de iguais, desenvolvimento afetivo, emocional e sexual.

É importante ainda conhecer outros espaços por onde o adolescente transita e mantém relacionamentos interpessoais – escola, comunidade, grupos de jovens, e trabalho (normas adequadas do tipo e local, salubridade, não interferência na escola e remuneração); crenças e atividades religiosas.

As situações de risco e vulnerabilidade a que os adolescentes estejam submetidos também necessitam ser investigadas: contato com drogas lícitas (álcool, tabaco, cigarro eletrônico, narguilés) e ilícitas; comportamentos sexuais, identidade de gênero

e orientação sexual, saúde reprodutiva, gestações não planejadas, infecções sexualmente transmissíveis (IST); ocorrência de acidentes, submissão a violências; tempo de exposição às telas digitais – celulares, computadores, televisão e videogames.³

Projetando-se estes dados para uma ficha de atendimento, pode-se agrupar as informações da seguinte forma:

Alimentação, Nutrição, Sono: recordatório alimentar (preferencialmente analisar o dia alimentar em dois momentos – durante a semana e no final de semana), substituições, horários, hábitos, preparo dos alimentos, ingestão hídrica, local e com quem realiza as principais refeições. No caso de utilização de suplementos: tipo e quantidade. Quanto ao sono, qual horário costuma dormir (dias úteis e finais de semana), número de horas e qualidade do sono.³

Relações familiares e interpessoais: estrutura, relacionamento intra e extradoméstico – posição do adolescente na família, características familiares, relacionamentos, amizades, grupos de referência.³

- **Escolaridade, atividades, trabalho, lazer:** questionar a respeito da escola e do ciclo que está cursando, verificar aproveitamento, repetências, dificuldades, adaptação à escola e relacionamento com professores e colegas. Má adaptação e/ou mau rendimento escolar levam o adolescente à desmotivação, refletindo-se no aproveitamento escolar. Quanto ao trabalho, verificar tipo, remuneração, horário, condições e realização pessoal – lembrando que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), nos seus artigos 60 a 69, proíbe o trabalho a menores de 14 anos, salvo na condição de aprendiz. Também devem ser investigadas atividades extracurriculares, como cursos profissionalizantes, de idiomas ou informática, atividades culturais e engajamento em projetos políticos ou sociais. Em relação ao lazer, o que o adolescente costuma fazer nas horas de folga; tempo de exposição às telas, hábitos e preferências no que diz respeito às mídias em geral.³
- **Religião, espiritualidade:** crenças, prática religiosa, envolvimento em outras atividades, como grupo de jovens.³
- **Atividade física, sedentarismo, prática esportiva:** se faz algum tipo de atividade física, com que frequência e intensidade; se frequenta academia, quais tipos de exercícios costuma fazer, cargas utilizadas e orientação; caso pratique algum esporte, especificar tipo, frequência, intensidade, satisfação e supervisão.³
- **Hábitos, situações e comportamentos de risco:** medicamentos utilizados; tabagismo, alcoolismo, drogas ilícitas: conhecimento, experimentação, utilização no grupo ou na família, uso, abuso. Perguntar também a respeito do uso de energéticos: tipo, conhecimento, quantidade e frequência de utilização.³ Para investigar o uso de álcool e drogas, a presença de depressão e o risco de suicídio, recomenda-se a utilização de questionários estruturados. A vantagem de se utilizar um questionário estruturado reside no fato de as perguntas serem feitas sempre da mesma maneira, sem vieses e com a possibilidade de os adolescentes serem rastreados para o uso

de álcool e outras drogas. Essa avaliação também pode auxiliar os pais a terem um papel ativo junto aos adolescentes, para que estes desenvolvam ferramentas sociais que os auxiliem no autocuidado.³

- **Desenvolvimento puberal, sexualidade, saúde sexual e reprodutiva:** uma estratégia facilitadora consiste em pedir para o adolescente fazer a auto avaliação do desenvolvimento puberal, utilizando as pranchas ou tabelas de Tanner. Quanto à sexualidade, abordar de acordo com a idade (estágio de desenvolvimento puberal) e a receptividade do adolescente. Identificar fontes de informação, conhecimento, interesse, dúvidas; prática masturbatória; atividade sexual; afetividade; prazer. No que se refere à saúde sexual e reprodutiva, identificar conhecimento e utilização das medidas de prevenção.³

Do ponto de vista prático, algumas considerações podem nortear e apoiar a abordagem da sexualidade na adolescência:³

- Ao questionar a respeito de relacionamentos amorosos, evitar usar masculino ou feminino, e sim palavras genéricas, como: “você está namorando alguém?”, “você tem ou fica com alguém?”, “está amando?”. Assim, haverá espaço aberto para o adolescente falar sobre relações não convencionais, se existirem.
- Avaliar os conhecimentos sobre anticoncepção, tanto das meninas quanto dos meninos. Deixar claro que prevenção de gravidez não é responsabilidade unicamente das mulheres. Explicar que existem diferentes métodos contraceptivos e opções de escolha. Ao propor anticoncepção, explicar de maneira clara e idealmente com figuras ou fotos.
- Reforçar sempre o uso de preservativos, verificar se os meninos realmente sabem como utilizar e informar que, nas unidades básicas de saúde (UBS), o preservativo é obtido sem custos. Estimular as meninas a terem preservativos masculinos com elas, caso seja necessário. Reforçar periodicamente a necessidade de uso.
- Conversar com meninas e meninos sobre maternidade e paternidade responsável.
- Em caso de gravidez, explicar que será necessário conversar com os responsáveis, prontificando-se para apoiar o momento da notícia e explicar quais os direitos que a gestante adolescente tem – inclusive os relacionados à escola.
- Verificar se as adolescentes fazem exames preventivos.
- Explicar sobre as infecções sexualmente transmissíveis - IST e como preveni-las. Falar sobre o vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome Imunodeficiência Adquirida - HIV/SIDA e sobre a vacina contra o papilomavírus humano - HPV. Propor a realização de sorologias e testagem para HIV em adolescentes sexualmente ativos que não praticam sexo seguro.
- Conversar sobre relacionamentos abusivos, abordando que o início da atividade sexual é uma decisão pessoal – e não imposição do parceiro ou do grupo.³
- **Abordagem psicológica:** opinião sobre si mesmo, temperamento, imagem corporal, aspirações futuras e projeto de vida.

SUGESTÃO DE ANAMNESE COM A FAMÍLIA

Neste momento, são levantados aqueles dados que o responsável adulto tem mais conhecimento, como antecedentes pessoais, fisiológicos e patológicos, antecedentes familiares, assim como queixas e história da moléstia atual – a partir da ótica da família ou do responsável legal.³

Os principais tópicos a serem abordados são os seguintes:

- **Motivo da consulta** – nem sempre é uma doença, mas uma situação ou um agravo, como, por exemplo, queda no rendimento escolar, timidez, comportamento inadequado;
- **Histórico da situação atual e progressa do paciente** – condições de gestação, parto e nascimento, incluindo peso e estatura ao nascer; crescimento e desenvolvimento, agravos e doenças anteriores
- **Histórico vacinal** (verificar o cartão de imunizações);
- **Hábitos alimentares** (horário e preparo das refeições, quantidade e qualidade dos nutrientes, hábitos, guloseimas); condições de **habitação, ambiente e rendimento escolar**, exposição a ambientes violentos, uso de tecnologia da informática (tempo em celular, *games*, computador, *smartphones*); **histórico familiar** – configuração, dinâmica e funcionalidade: com quem o adolescente mora, situação conjugal dos pais e consanguinidade, outros agregados na residência, harmonia ou situações conflituosas no ambiente.³

EXAME FÍSICO: SUGESTÃO DE ROTEIRO

O exame físico e a anamnese se complementam. Examinar o adolescente sem causar constrangimento exige conhecimento e sensibilidade. O exame deve ser completo e detalhado, de modo a possibilitar a avaliação do crescimento, do desenvolvimento e da saúde como um todo.³

Adicionalmente, esta etapa da consulta é apropriada para estimular o autocuidado e para fornecer orientações a respeito das transformações físicas e psicossociais, podendo constituir-se numa oportunidade para a abordagem de aspectos educativos, como, por exemplo, instruir a respeito do autoexame das mamas e dos testículos. A orientação sobre hábitos higiênicos é também um aspecto importante a ser tratado neste momento.³

O profissional deve destacar a relevância do exame clínico, inclusive de genitais, para avaliação do desenvolvimento puberal e esclarecer os procedimentos a serem realizados, assim como deve compreender o pudor do adolescente, que é mais evidente no início da puberdade. Para evitar a exposição desnecessária, recomenda-se cobrir a região que não está sendo examinada e deixar a avaliação dos genitais para o final.³

Na comunicação com o adolescente, a linguagem deve ser simples, compreensível, enfatizando os aspectos de normalidade. Importante obter o assentimento prévio para os procedimentos, pois, além da ansiedade frente ao manuseio do corpo, não raro o adolescente encontra-se ansioso ante a expectativa de achados anormais.³

Antes de se iniciar o procedimento, em se tratando de adolescente de sexo oposto ao examinador, recomenda-se a presença de outra pessoa na sala, que pode ser alguém da equipe (profissional) ou o próprio acompanhante, caso o jovem assim o queira.³

A discrição deve predominar e um cuidado importante é evitar comentários durante o exame. Como o fato de se despir pode ser constrangedor para o adolescente, sugere-se evitar o contato visual. O uso de roupões ou lençóis para o adolescente e de luvas para o médico confere uma conotação profissional, reduzindo o constrangimento do contato com a pele.³

Vale a pena lembrar também a regra básica de lavagem das mãos, preferentemente na presença do paciente, antes de começar esta etapa da consulta.

Do ponto de vista semiológico, o exame deve ser conduzido no sentido craniocaudal e realizado de forma segmentar. A inspeção geral contribui para avaliar diversas situações que, somada ao exame físico detalhado, facilitará o diagnóstico.^{2,3}

Devem ser avaliados ou examinados:⁴

- Aspectos gerais: aparência física, pele hidratada, eupneico, cor de mucosas, humor do adolescente, presença de tatuagens, de lesões compatíveis com autoagressão não suicida, agudas ou cicatriciais, e de ginecomastia no menino.
- Peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e escore Z de IMC para a idade e de altura para a idade – utilizar gráficos e critérios da OMS; Pregas cutâneas.
- Pressão arterial (deve ser mensurada pelo menos uma vez/ano e classificada de acordo com as curvas de pressão arterial para idade).
- Acuidade visual, com escala de *Snellen*.
- Estado nutricional.
- Tireoide, cavidade oral, otoscopia.
- Coluna vertebral e postura.
- Exame neurológico e mental (sumários).
- Genitália: avaliar ao final do exame físico ou até em uma próxima oportunidade, se o paciente não permitir, evitando constrangimento desnecessário ao paciente. No menino, avaliar a presença de fimose, varicocele, hipospádia, hérnias e processos inflamatórios ou infecciosos. Na menina, avaliar leucorreias, sinais de agressão e infecções.
- Maturação sexual: utilizar critérios de *Tanner* (masculino e feminino) e orquímetro, para avaliar o volume testicular. Aproveitar o momento, após o exame físico, e

esclarecer sobre o uso de preservativo (masculino e feminino) e de contraceptivos para a prevenção de gravidez e IST, enfatizando a dupla proteção (uso do preservativo associado a outro método contraceptivo). Para adolescentes que já iniciaram atividades sexuais, ou apresentaram algum problema geniturinário, ressaltar a higiene, o autocuidado e a prevenção de IST e gravidez. Cabe destacar que muitos profissionais – por dificuldades pessoais, falta de treinamento ou constrangimento –, optam por não realizar o exame físico completo, resultando em oportunidades perdidas no diagnóstico de problemas de saúde, que podem ser de suma importância, tanto para o momento atual quanto para a vida futura do adolescente.

PRECEITOS LEGAIS, PRINCÍPIOS ÉTICOS E BIOÉTICOS

De modo geral, as legislações garantem a proteção das pessoas de acordo com a faixa etária, a condição de saúde e o desenvolvimento intelectual. Entretanto, a adoção da idade como critério único pode resultar em limitação legal para o exercício dos direitos dos adolescentes.^{3,4,6-8}

Na prática, são comuns situações em que os limites da relação entre o médico e seu paciente menor de idade e/ou responsáveis são controversos. Por exemplo: qual a conduta correta quando o adolescente procura atendimento sozinho? A família precisa ser notificada a respeito do conteúdo das consultas? E sobre os procedimentos? É possível prescrever anticoncepcionais para adolescentes sem o conhecimento da família? Para responder a estes questionamentos, não basta que os profissionais de saúde recorram a códigos e leis; eles precisam valer-se também da reflexão bioética na discussão conjunta dos diferentes enfoques envolvidos.³

Neste sentido, outros aspectos da avaliação profissional precisam ser considerados – como grau de maturidade, emancipação e situações de risco.³ O Código de Ética Médica (CEM), considerando que a revelação de determinados fatos, para os responsáveis legais de adolescentes, pode suscitar em quebra de confiança e propiciar consequências danosas para a saúde dos pacientes, não adotou o critério “idade”, mas sim o do desenvolvimento intelectual, respeitando categoricamente a opinião do jovem e garantindo-lhe o sigilo profissional, conforme transcrito no **Art. 74:** *“É vedado ao médico: revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente”.*^{3,4,6-8}

Conselho Federal de Medicina (apud Manual de Adolescência SBP): De modo semelhante, diversos códigos de ética profissional seguem o mesmo entendimento e determinam o sigilo profissional, independentemente da idade do paciente, prevenindo quebra apenas em casos de riscos relevantes à saúde ou de risco de vida para o paciente ou para terceiros.³ Dessa forma, os princípios éticos para o atendimento ao

adolescente estão relacionados à **autonomia**, à **privacidade**, à **confidencialidade** e ao **sigilo**. Estes preceitos buscam respeitar os direitos dos adolescentes e encorajá-los a procurar ajuda para os seus problemas de saúde.³

A **autonomia**, na atenção à saúde, é a capacidade de decisão do paciente acerca de questões relacionadas à sua própria saúde. Muitos profissionais alegam que pacientes adolescentes, dada a pouca idade, não estão aptos a assumir a responsabilidade por sua própria saúde, devendo assim passar pelo crivo de seus representantes legais. Na prática, porém, o profissional não pode garantir que esses tutores realmente assegurem o benefício dos menores sob sua tutela; sendo assim, essa proposição pode ser questionada.³

Não obstante, vale salientar que, em determinadas condições, a autonomia pode ser limitada, cabendo ao médico, e aos demais profissionais de saúde, tentar asseverar o cuidado e a proteção de danos. Além da autonomia, outros pilares da bioética se referem ao princípio da beneficência e da não maleficência as quais, em algumas situações, poderão ser aplicadas no atendimento ao adolescente.

A **privacidade** é o direito de o adolescente, independentemente da idade, ser atendido sozinho, em espaço privado de consulta, sendo reconhecida sua autonomia e respeitada sua individualidade. Essa privacidade deverá ser mantida durante todo o exame físico, a menos que o adolescente não queira ou em determinadas condições: distúrbios psiquiátricos, déficit intelectual importante, suspeita ou referência de violência ou abuso sexual. Quando o adolescente manifestar desejo de não permanecer sozinho ou não tiver condições de fornecer as informações necessárias, um responsável deverá acompanhá-lo durante a consulta. Havendo suspeita de violência física ou sexual, recomenda-se que outro profissional da equipe de saúde esteja presente.³

O acordo entre o profissional da saúde e o adolescente, no qual fica estabelecido que o que for transmitido pelo paciente, durante e após a consulta, não será compartilhado com seus responsáveis, denomina-se **confidencialidade**. Isso possibilita que um número maior de informações – acerca da saúde e, principalmente, dos fatores de risco aos quais o adolescente possa estar exposto – seja revelado. O temor de que relatos da consulta sejam divulgados aos familiares pode retardar a procura do adolescente por auxílio médico, comprometendo a relação médico-paciente e, ainda, induzindo a omissão de informações importantes para o adequado diagnóstico e o respectivo tratamento.³

A confidencialidade é apoiada em regras de bioética médica, no princípio da autonomia, e reforça o reconhecimento do adolescente como sujeito, protagonista de suas ações. É essencial que a família compreenda essa abordagem como uma oportunidade de aprendizado que pode auxiliar o adolescente a exercer sua cidadania.³

Quanto ao **sigilo**, como citado anteriormente, no Brasil, trata-se de um princípio ético regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina, explicitado no CEM.³

O principal parâmetro a ser considerado para a interrupção ou para a permanência do sigilo é a possibilidade concreta de dano para a saúde do adolescente ou de terceiros.

De modo geral, nas questões próprias da adolescência, que pressupõem respeito à intimidade de cada um, o sigilo deve ser mantido. Quando houver risco à integridade de vida, há indicação da interrupção do sigilo. As situações em que o sigilo deve ser interrompido ou mantido na consulta do adolescente estão descritas no Quadro 2. Quando justificada a quebra de sigilo, recomenda-se auxiliar o adolescente a envolver a família no acompanhamento da tomada de decisão e ser realizada na sua presença.³

Adolescentes a partir dos 12 anos de idade podem ser atendidos sem a presença dos pais ou responsáveis, sendo-lhes garantidos o sigilo, a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários. Em situações consideradas de risco e frente à realização de procedimentos de maior complexidade (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 (biópsias e intervenções cirúrgicas), torna-se necessária a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis. A confidencialidade é um direito dos adolescentes protegido pela lei. A quebra do sigilo, quando se fizer necessária, deverá ser realizada com o conhecimento do adolescente, expondo-se os motivos para essa atitude e registrando-os no prontuário do paciente.

Quadro 2. Situações em que o sigilo deve ser interrompido ou mantido na consulta do adolescente.^{3,4,6-8}

Quebra de Sigilo	Manutenção do sigilo
Presença de qualquer tipo de violência (emocional, maus-tratos, sexual), <i>bullying</i> , interpessoal no namoro etc. ^a	Ficar, namoro; iniciação sexual (excluída violência por sedução ou imposição explícita). ^b
Uso escalonado (cada vez maior) de álcool e outras drogas; sinais de dependência química.	Experimentação de psicoativos (sem sinais de dependência).
Autoagressão, ideações suicidas ou de fuga de casa; tendência homicida.	Orientação sexual, conflitos com identidade de gênero.
Gravidez; abortamento.	Prescrição de contraceptivos para adolescente com maturidade para adesão.

continua...

... continuação

Quebra de Sigilo	Manutenção do sigilo
Sorologia positiva de HIV (comunicar aos familiares e parceiro(a) sexual).	IST - afastada violência sexual e desde que o adolescente tenha maturidade para adesão ao tratamento.
Não adesão a tratamentos, deixando o adolescente ou terceiros em risco.	
Diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos e outros transtornos do campo mental.	

a Nas situações em que o profissional tomar ciência de qualquer modalidade de violência sexual relatada, evidenciada ou constatada, a notificação para o Conselho Tutelar da localidade de moradia do adolescente e/ou outra autoridade competente (como Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente ou Ministério Público) será obrigatória – artigos 13 e 245 do ECA (Lei nº 8.069/90).

b Nos atendimentos de adolescentes menores de 14 anos de idade com atividade sexual consentida em relacionamento afetivo, é aconselhável que o médico avalie o contexto no qual está inserida a relação.

ATIVIDADE SEXUAL EM MENORES DE 14 ANOS DE IDADE

Nas últimas décadas, vem se observando uma tendência mundial para a diminuição da idade em que ocorre o primeiro intercurso sexual. Esta tendência demanda necessidades distintas de educação sexual, direcionadas particularmente para os que se encontram na fase inicial da adolescência.

Este padrão comportamental é observado também no nosso país, onde a primeira relação sexual tem ocorrido em média abaixo dos 15 anos, acarretando preocupação em relação a diferentes aspectos alusivos à saúde sexual e reprodutiva.³

O desafio tem sido buscar alternativas que conciliem dois aspectos a princípio conflitantes: de um lado, garantir direitos sexuais e reprodutivos para os adolescentes, de modo que eles possam exercer sua sexualidade de forma saudável e responsável; de outro, reconhecer a vulnerabilidade que caracteriza essa fase de transição entre a infância e a idade adulta.

Do ponto de vista legal, um fato relativamente recente veio acirrar ainda mais este impasse. Em 2009, foi inserido, no Código Penal Brasileiro, o artigo 217, que estabelece – como crime de estupro de vulnerável: “*ter conjunção carnal ou praticar outro*

ato libidinoso com alguém menor de 14 anos”, sendo a notificação obrigatória ao Conselho Tutelar ou ao Ministério Público. De acordo com a Justiça, a notificação deve ser feita mesmo nos casos em que a relação é consentida, exista conhecimento dos pais ou até quando tratar-se de gravidez desejada pela adolescente e respectiva família. Como complicador, a notificação não discrimina a diferença de idade entre os parceiros nem o grau de afetividade do casal.³

Profissionais que atuam na área chamam a atenção, ainda, para o fato de que, ao incluir atos libidinosos no crime de estupro, estabeleceu-se uma dissociação entre a realidade e a lei, que desconsidera a atualidade na qual jovens com menos de 14 anos expressam a sexualidade em seus relacionamentos experimentando atos diversos da conjunção carnal. Caso o artigo seja interpretado à risca, adolescentes podem ser considerados criminosos mesmo nas relações consentidas ou quando ambos têm idades próximas ou semelhantes.³

Em decorrência da situação, diversas discussões têm sido promovidas, com o intuito de debater questões éticas relacionadas ao sigilo médico para menores de 14 anos de idade. Sociedades de especialidades médicas têm promovido encontros com profissionais das áreas social, da saúde e da justiça com o objetivo de encontrar possibilidades para garantir assistência adequada em saúde sexual e reprodutiva, sem deixar de propor uma reflexão a respeito do início da vida sexual e sobre a possibilidade consciente de considerar postergar o ato. Ênfase especial deve ser dada à importância do direito à informação, prevenção de gravidez e das IST, tanto para os que já têm atividade sexual, como para aqueles que ainda não a iniciaram.³

RECOMENDAÇÕES:³

Há mais de duas décadas, os Departamentos Científicos de Adolescência e Bioética da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) reuniram conhecimentos de suas respectivas áreas de atuação e elaboraram um documento acerca dos aspectos éticos a serem respeitados no atendimento médico do adolescente. Essa normatização foi incorporada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) – e por outras entidades médicas – e respaldou diversos artigos e publicações posteriores sobre o tema.

As principais recomendações ali contidas são as seguintes:

- 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 a execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas, como, por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e à prescrição de métodos contraceptivos, com o 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 de seus problemas.
- A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em primeira consulta ou nos retornos.
- Em situações consideradas de risco e frente à realização de procedimentos de maior complexidade (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 (biópsias e intervenções cirúrgicas), torna-se necessária a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.
- Em todas as situações em que houver a necessidade da quebra de sigilo médico, o adolescente deve ser informado.³

Fundamentadas pelas conclusões de diversos fóruns realizados desde então, assim como por referências nacionais e internacionais, a Comissão Nacional de Ginecologia Infantojuvenil, da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Associação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA-BR) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) elencaram, recentemente, diretrizes específicas para o atendimento de adolescentes menores de 14 anos de idade – compiladas e publicadas num alerta de esclarecimento a respeito da Lei Federal nº 12.015/2009.³

As orientações referendam as recomendações anteriores e pormenorizam a situação no que tange a aspectos da saúde sexual e reprodutiva:³

- A contracepção pode e deve ser indicada para adolescentes, respeitando-se os critérios de elegibilidade médica da Organização Mundial da Saúde para o uso de contraceptivos, inclusive para menores de 14 anos de idade.
- Nas situações em que o profissional tomar ciência de qualquer modalidade de violência sexual relatada, evidenciada ou constatada, a notificação para o Conselho Tutelar da localidade de moradia do adolescente e/ou outra autoridade competente (como Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente ou Ministério Público) será obrigatória.
- No atendimento de adolescentes menores de 14 anos de idade com atividade sexual consentida em relacionamento afetivo, é aconselhável que o médico avalie o contexto no qual está inserida a relação.

Ressalta-se a relevância dos seguintes aspectos, a serem registrados em prontuário:

- Como o adolescente compareceu à consulta, se por iniciativa própria ou acompanhado, e quem o acompanhou.
- Grau de afetividade do casal (namorados? amigos? companheiros? parentes?) e se há diferença de idade; por exemplo: diferença maior do que cinco anos entre o casal.
- Indagar se a relação foi consentida e afastar situações de vulnerabilidade para a oferta de resistência – como embriaguez, efeito de drogas, coação, déficit cognitivo, limitação de locomoção (cadeirantes), deficiência auditiva e/ou visual, entre outras.
- Descartar situações de maus-tratos, abuso ou exploração sexual – que obrigatoriamente deverão ser notificadas.
- Indagar se há conhecimento dos pais sobre o relacionamento. No caso de desconhecimento, indagar qual o motivo pelo qual o adolescente não deseja que os pais tomem conhecimento – para afastar possíveis casos de violência familiar.
- Registrar que o adolescente foi capaz de compreender as orientações dadas e conduzir-se por meios próprios e anotar que a contracepção foi indicada baseada nos princípios de proteção ao adolescente.

Em suma, no atendimento de adolescentes, é importante: contextualizar seus pacientes; avaliar as suas competências na ocasião; consultar o Ministério Público e as Sociedades de Classe em casos conflitantes; compartilhar e discutir o caso em equipe, para que haja maior proteção dos adolescentes e mais segurança por parte de quem os atende.³

DIREITO DE ADOLESCENTES À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE^{3,4,6-8}

ACESSO E APOIO DAS REDES PÚBLICAS E PRIVADAS

Os adolescentes têm direito a receber atenção em toda a rede de saúde, **sem discriminação**, em razão de alguma deficiência física, mental, sorológica (HIV/SIDA) ou por classe social, etnia/cor, orientação sexual, identidade de gênero e estilo de vida, nos consultórios, nas unidades de saúde, nos ambulatórios, por equipes da saúde da família, serviços de emergência ou pronto atendimentos, hospitais e laboratórios de análises clínicas e de imagens.⁹

Esses jovens também têm direito à realização de testes rápidos para gravidez, HIV e sífilis, com acolhimento e aconselhamento. Até 12 anos incompletos, a testagem e a entrega dos exames anti-HIV devem ocorrer na presença dos pais ou responsáveis.⁹

Após 12 anos, a realização desses exames relaciona-se ao princípio da autonomia, assim como à participação do resultado a outras pessoas, após avaliação de suas condições de discernimento. Em caso de violência, o adolescente deve ser encaminhado para receber auxílio e atendimento específicos em locais de referência.^{3,4,6-9}

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS^{3,4,6-9}

Os adolescentes têm o direito de receber informações sobre qualquer aspecto relacionado a sua sexualidade e saúde reprodutiva. Orientados por profissionais de saúde, inclusive o pediatra, podem e devem decidir pela escolha de métodos contraceptivos adequados para essa fase, para o exercício de uma vida sexual saudável e responsável: preservativos masculino e feminino, anticoncepcionais hormonais orais, anticoncepcional injetável, diafragma, dispositivo intrauterino - DIU e, se necessária, a contracepção de emergência.

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM GERAL SOZINHO OU ACOMPANHADO^{3,4,6-9}

Os adolescentes têm **direito à escolha** de realizar consulta médica e procedimentos não invasivos de coleta de exames laboratoriais sozinhos ou acompanhados por familiares, amigos ou parceiros, desde que o profissional reconheça que ele tem discernimento adequado de sua saúde e compreensão de seu autocuidado. Este atendimento vem se revelando como elemento indispensável para a melhoria do acesso aos serviços e da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde.

Toda e qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. Em casos de internação hospitalar, será necessária a autorização de pai, mãe ou responsável legal – o que não impedirá qualquer conduta de emergência, por motivos éticos e profissionais de omissão de socorro. Solicitar, sempre que possível, a presença de um profissional da equipe do serviço social.

VACINAÇÃO^{10,11}

Os adolescentes têm direito à vacinação pelo Programa Nacional de Imunização. Nesse sentido, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) recomendam esquemas mais completos na adolescência, atualizados anualmente e divulgados em seus respectivos sites. **É importante revisar o calendário vacinal: se cobertura correta e, sempre que possível, checar os registros na caderneta de saúde – e não somente por informação verbal.** Avaliar vacinas contra HPV, Meningite ACWY, dT /dTpa/ dTpa-VIP e Covid 19, além de Dengue, Varicela e Influenza

ATIVIDADE FÍSICA^{6,12}

A prática regular de atividade física deve ser incentivada o mais precocemente possível, pois são muitos os benefícios para a saúde e a qualidade de vida do adolescente. O exercício físico correto, se iniciado na infância e na adolescência, mostra-se mais regular na vida adulta.

Estudos mostram que a atividade física na adolescência promove: maior mineralização óssea, manutenção da pressão arterial em níveis normais, adequação do peso, diminuição da obesidade, melhora do controle dos níveis glicêmicos e de doenças metabólicas. A atividade física tem papel importante na autoestima, na socialização, nas rotinas diárias e no trabalho coletivo.

Uma cuidadosa avaliação médica prévia à atividade física deve ser estimulada, para que o tipo e a intensidade do exercício sejam adequados à fase de desenvolvimento. A inadequação pode levar à sobrecarga de estruturas articulares e ósseas e até à morte súbita do adolescente, por agravos de doenças cardiovasculares, respiratórias, do sistema locomotor e metabólicas.

Uma anamnese e o exame clínico completos são essenciais antes da liberação para a atividade. O eletrocardiograma (ECG) em repouso, com 12 derivações, deve ser realizado de rotina. O teste ergométrico deverá ser realizado em adolescentes sintomáticos ou naqueles com alta intensidade. O ecocardiograma deverá ser realizado em pacientes com o ECG alterado ou nos casos de antecedentes de cardiopatias.

Os atestados médicos devem ser criteriosamente analisados e jamais liberados sem uma avaliação rigorosa do paciente.

INTERVALO E PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS

Alguns autores recomendam que, a partir dos 10 anos, as consultas sejam semestrais até os 20 anos de idade. Entretanto, é importante lembrar que, ao se planejar um calendário de consultas que melhor se adapte ao seu contexto, o médico precisa considerar que a atenção à saúde deve ser personalizada. Os procedimentos devem ser adaptados às necessidades do adolescente e/ou da família, dependendo de fatores de risco e resiliência e, evidentemente, da estrutura e dos recursos do serviço de saúde. Neste sentido, todo protocolo deve ser flexível, permitindo que determinadas circunstâncias indiquem a necessidade do aumento ou da diminuição do número de consultas.³

Sabendo-se da importância de se detectar precocemente qualquer alteração, recomenda-se um intervalo menor entre as consultas durante o período de estirão, nas fases de aceleração e principalmente no pico de velocidade de

crescimento (PVC). Este intervalo pode ser ampliado nas fases de crescimento constante.³

A necessidade de retorno em curto ou longo prazo para acompanhar a evolução de uma doença e/ou a normalidade deve ser esclarecida e agendada, sendo importante que o adolescente esteja ciente da possibilidade de antecipação do atendimento caso haja necessidade.³

Sugestões de intervalos entre as consultas têm sido propostas, na dependência da ausência de doenças ou da identificação de alguma alteração na história clínica ou no exame físico (Quadros 3, 4 e 5).³

Quadro 3. Intervalos propostos de consultas em adolescente saudável, considerando fase de crescimento

Fase de crescimento	Intervalo da consulta
No início da puberdade	A cada 3 meses
Aceleração	A cada 4 meses
Desaceleração	1 vez/ano até finalizar o crescimento

Fonte: Manual de Adolescência da SBP – 2019^{3,4}

Quadro 4. Detecção de comportamento de risco x periodicidade de retorno na consulta

Anamnese	Situação	Retorno
Relacionamento familiar	Comportamento de risco	Trimestral/semestral
Rendimento escolar	Baixo	Semestral
Atividades físicas	Sedentarismo	Semestral
Hábitos alimentares	Distúrbios alimentares	Trimestral/semestral
Lazer	Ausência	Semestral
Comportamento sexual	De risco	Trimestral/semestral
Uso e abuso de substâncias psicoativas - SPA	Abuso e dependência	Bimestral ou menos

Fonte: Adaptado de Secretaria Municipal de Saúde (Cuiabá).¹³

Quadro 5. Condição identificada no exame físico x necessidade de retorno em consulta médica

Procedimento Exame físico	Condição	Retorno
Estatura	Desvio do canal de crescimento	semestral
Peso	Desvio do canal de peso	semestral
Pressão arterial	Hipertensão arterial	semestral
Exame da mama	Deteção de massas e ensino do autoexame	anual
Exame do testículo	Deteção de massas e ensino do autoexame	anual
Exame da coluna	Escoliose, desvio de postura	semestral
Exame da tireoide	Deteção de massas	anual

Fonte: Adaptado de Secretaria Municipal de Saúde (Cuiabá).¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da consulta, o adolescente deve ser esclarecido a respeito de suas condições de saúde, reforçando-se os dados relevantes, as hipóteses diagnósticas e a conduta proposta. A justificativa a respeito da necessidade de exames, encaminhamentos para outros profissionais e prescrições pode prevenir possíveis resistências do paciente.³

Os responsáveis também podem ser chamados novamente para, junto com o adolescente, receberem as orientações quanto aos diagnósticos e tratamento, tomando-se o cuidado de preservar o sigilo de questões pessoais reveladas pelo adolescente, desde que não sejam de risco para ele ou para terceiros.³

A avaliação visual deve ser realizada no início da adolescência (11 e 14 anos), na adolescência média (15-17 anos) e na tardia (17 a 20 anos).³

Quanto à avaliação laboratorial, a solicitação irá depender das hipóteses diagnósticas levantadas, embora alguns exames possam ser solicitados como rotina na primeira consulta: hemograma completo, urina tipo I, parasitológico de fezes, ferro e ferritina sérica, vitamina D, glicemia e lipidograma completo – sendo que este último deve ser dosado pelo menos uma vez durante a adolescência, segundo a Academia Americana de Pediatria.³

Aos adolescentes sexualmente ativos, recomenda-se sorologia para sífilis, HIV pelo menos uma vez por ano e, para as adolescentes do sexo feminino, o exame Papanicolau, uma vez ao ano.

Adolescentes são sujeitos de deveres e direitos, dotados de capacidade atuante em permanente construção, que necessitam ser estimulados a ter discernimento para expressar opiniões e responsabilizar-se por seus atos. Como pessoas em condição especial de desenvolvimento, vão adquirindo autonomia, independência e maturidade nas relações que estabelecem em seus grupos de convivência e devem ter garantia de proteção integral e prioridade absoluta. A caderneta de saúde do adolescente é um excelente instrumento.^{4,5,11}

É fundamental registrar que a garantia dos direitos aos serviços de saúde pelos adolescentes (de 10 a 20 anos incompletos), independentemente da anuência de seus responsáveis, revela-se como elemento indispensável para a melhoria do acesso aos serviços, da qualidade da prevenção, da assistência e da promoção da saúde. No contexto do setor saúde, pode-se intervir na implementação de um elenco de direitos, aperfeiçoando as políticas de atenção aos jovens, por meio de ações articuladas aos setores de educação, justiça, segurança, e com a própria população adolescente – fazendo-a também protagonista de seus cuidados.¹

REFERÊNCIAS

01. Hagel LD, Jonas MIRC, Vitalle MSS. O atendimento médico do Adolescente, aspectos éticos e roteiro semiológico. In; Tratado de Pediatria/organização Sociedade Brasileira de Pediatria – 5. Ed. – Barueri [SP]: Manole, 2022 seção 11 Cap 1. pag 850-902
02. Martins MA et al. Semiologia da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro, RJ: MedBook; 2010.608p
03. Azevedo AEBl, Reato LFN, Bonetto D. A consulta médica do adolescente. In: Silva L, Solé D. Diagnóstico em Pediatria. 2ª ed. Barueri, SP: Manole; 2022.p312-333.
04. Azevedo AEBl, Reato LFN. Manual de Adolescência. Barueri, SP: Manole; 2019. 448p
05. Hagel LH, Mainieri A, Zenin CP, Wagner M B. Brief report: Accuracy of a 16-item questionnaire based on the HEADSS approach (QBH-16) in the screening of mental disorders in adolescents with behavioral problems in secondary care. J Adolesc 2009;32(3):753-761. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.08.009>. Acessado em: 20 março de 2024.
06. Vitalle MSS et al. Medicina do Adolescente: fundamentos e prática. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. 680p.
07. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Adolescência.

- Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. Manual de Orientação nº 10; 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21512c-MO - ConsultaAdolescente - abordClinica_orienteticas.pdf Acessado em:20 março de 2024.
08. Azevedo AEBI, Reato LFN, Rheme MFB. Aspectos éticos, bioéticos e legais do atendimento ao adolescente. Seção Bioética. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 5ª ed. Barueri, SP: Manole; 2022. p. 48-54.
09. Cruz MLS, Hagel LD, Pinto JÁ, Santo CE. Manual de Rotinas para Assistência a Adolescentes Vivendo com HIV/Aids. Série Manuais nº 69. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001021667.pdf>. Acessado em: 20 março de 2024.
10. Sociedade Brasileira de Imunizações [homepage na internet]. Calendário de Vacinação SBIm Adolescente. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2024/2025 Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-adolescente.pdf> Acessado em:20 março de 2024.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde do (a) Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_feminina.pdf http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_masculino.pdf. Acessado em:20 março de 2024.
12. Landi CA, RR. Exercício físico na adolescência e avaliação pré participação. In: Azevedo AEBI, Reato LFN. Manual de Adolescência. Barueri: Manole, 2019. p91-100.
13. Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Integral à Saúde de Adolescentes. Adole Ser em Cuiabá. Cuiabá: Dois Pontos, 2008. CDU 613.96.614(035).

Questionário Pós-teste

Agora que você já estudou, responda com o que sabe.

Não volte ao pré-teste e nem utilize o texto antes de terminar a realização do pós-teste.

Após terminar o pós-teste compare-o com o pré-teste e, se necessário, solucione as dúvidas utilizando o texto.

Assinale se as questões abaixo são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. A ausência dos pais ou dos responsáveis deve impedir o atendimento médico do adolescente, seja em primeira consulta ou nos retornos.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
02. A consulta do adolescente, sempre que possível, deverá ser em três momentos; o primeiro, com o adolescente e o acompanhante; o segundo, a sós com o paciente; e o último, novamente, com acompanhantes responsáveis.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
03. Os critérios de *Tanner* devem ser sempre avaliados no acompanhamento do desenvolvimento do adolescente.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
04. Adolescentes a partir dos 12 anos de idade podem ser atendidos sem a presença dos pais ou responsáveis, sendo-lhes garantidos o sigilo, a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, inclusive o sigilo sobre iniciação sexual e a prescrição de métodos anticoncepcionais.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
05. Em casos de autoagressão com riscos, ideais suicidas, fuga de casa, não adesão a tratamentos, gravidez e abortamento a quebra de sigilo está indicada.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
06. Peso, altura, índice de massa corporal e gráficos não são avaliados na primeira consulta do adolescente, pois não se trata de fatores tão importantes para essa faixa etária, devendo-se priorizar a parte psicológica.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
07. Adolescente assintomático comparece ao consultório e solicita o atestado para liberação de prova física ou avaliação física, com objetivo de treinamento de futebol na equipe de um clube famoso na capital. Se o exame físico estiver normal, poderá ser liberado.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []

08. As vacinas indicadas pelo Programa Nacional de Imunizações na adolescência, incluem HPV, dT e ACWY. O cartão de vacinas deverá ser avaliado em cada consulta.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
09. Hipertensão arterial, transtornos alimentares, alterações da tireoide, uso de álcool, tabaco, drogas ilícitas e lícitas e atividades sexuais devem ser avaliadas durante a consulta do adolescente.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
10. O uso de cigarro eletrônico ou *vaper* não deve ser avaliado, pois tem sido um bom substituto do tabaco, provocando menos efeitos colaterais e dependência por adolescentes.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
11. Uma adolescente de 14 anos e 2 meses, com atividade sexual, comparece ao consultório com o namorado de 15 anos e solicita a prescrição de anticoncepcional oral. Nesse caso, pela idade e pelos riscos, o médico não deve prescrever sem o conhecimento e consentimento dos pais.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
12. Adolescente de 19 anos insiste em ser atendido pelo antigo pediatra, porque não se adaptou ao atendimento do clínico geral de seu Programa Saúde da Família - PSF. Pela idade e pela rotina do serviço, esse paciente não deverá ter essa opção de escolha.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
13. Em situações consideradas de risco e frente à realização de procedimentos de maior complexidade (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: biópsias e intervenções cirúrgicas), tornam-se necessários a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
14. Privacidade é o direito de o adolescente, independentemente da idade, ser atendido sozinho, em espaço privado de consulta, onde é reconhecida sua autonomia e respeitada sua individualidade.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
15. O terceiro momento da consulta é apropriado para estimular o autocuidado e para fornecer orientações a respeito das transformações físicas e psicossociais, podendo constituir-se numa oportunidade para a abordagem de aspectos educativos, como, por exemplo, instruir a respeito do autoexame das mamas e dos testículos.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []



PRONAP-SBP
CICLO XXVI - NÚMERO 1

TEMA 2

Crescimento Físico, Desenvolvimento Puberal e Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência

Texto Base:

Lígia de Fátima Nóbrega Reato¹

Lilian Day Hagel²

¹ Especialista em Pediatria, com Área de Atuação em Medicina do Adolescente pela SBP/AMB. Doutorado em Medicina/Pediatria pela FMUSP. Professora Titular e Livre Docente de Hepatologia do Centro Universitário do FMABC. Membro do Departamento de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Membro do Departamento de Medicina do Adolescente da SBP.

² Especialista em Pediatria, com Área de Atuação em Medicina do Adolescente pela SBP/AMB. Especialista em Medicina Interna/Clinica Médica pela SBCM/AMB. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFRGS. Coordenadora do Serviço de Adolescência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC). Presidente do Comitê de Adolescência da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Membro do Departamento de Medicina do Adolescente da SBP.

Questionário Pré-teste

Responda com o que sabe.

Não se preocupe em acertar tudo antes de estudar o texto.

Também não se preocupe com o tempo que levará para respondê-lo. Não é uma prova com duração definida.

O mais importante é identificar onde você tem maior dificuldade. Isto o ajudará no estudo do tema.

Assinale se as questões abaixo são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. A puberdade engloba crescimento físico, desenvolvimento cardiorrespiratório, mudança na composição corporal, maturação sexual e desenvolvimento do aparelho reprodutor.

Verdadeira []

Falsa []

Não sei []

02. As meninas entram na puberdade em média dois anos antes dos meninos, têm velocidade de crescimento menor e param de crescer antes.

Verdadeira []

Falsa []

Não sei []

03. A monitorização do desenvolvimento puberal é realizada utilizando-se os critérios de *Tanner*, a saber: genitais (G) e pelos (P) para ambos os sexos.

Verdadeira []

Falsa []

Não sei []

04. A telarca é caracterizada pelo aumento de pelos nas meninas.

Verdadeira []

Falsa []

Não sei []

05. No pico do estirão de crescimento (PVC), as meninas crescem 8 a 9 cm/ano e os meninos 10 a 11 cm/ano.

Verdadeira []

Falsa []

Não sei []

06. As meninas apresentam a menarca na fase de aceleração do crescimento, 6 a 12 meses após a telarca.

Verdadeira []

Falsa []

Não sei []

-
07. A primeira manifestação de puberdade no sexo masculino é o aumento do pênis em comprimento e ocorre em G1.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
08. A espermatogênese e a ejaculação ocorrem em G4, coincidindo com o pico de velocidade de crescimento no sexo masculino.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
09. A pubarca ocorre em P1 e é a primeira manifestação de puberdade nas meninas, precedendo a telarca, que aparece em M1.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
10. O referencial mais importante para avaliar crescimento físico/ganho estatural na adolescência é o critério cronológico.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
11. A adolescência compreende a puberdade e o conjunto de transformações psicossociais que ocorrem na fase de transição entre a infância e a idade adulta.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
12. Do ponto de vista neurofisiológico, o imediatismo e a vivência temporal singular estão relacionados à imaturidade do córtex pré-frontal na adolescência.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
13. A adolescência média caracteriza-se pela acentuação das relações de conflito, pela experimentação e pelos comportamentos de risco.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
14. Flutuações de humor, mudanças no comportamento e escolhas influenciadas pelo grupo são sempre indicativos de transtornos emocionais na adolescência.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
15. Comportamentos que atrasam o desenvolvimento de competências sociais e infração às normas são indicativos de funcionamento emocional não saudável do adolescente.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
-

Crescimento Físico, Desenvolvimento Puberal e Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência

CRESCIMENTO FÍSICO E DESENVOLVIMENTO PUBERAL

Do ponto de vista biológico, denominamos como puberdade o conjunto de mudanças físicas na adolescência. Caracterizada pelo rápido crescimento, pelas mudanças na composição corporal, pelo desenvolvimento dos sistemas respiratório e circulatório, das gônadas, dos órgãos reprodutivos e das características sexuais secundárias, bem como pela conquista de plena capacidade física e maturidade sexual e reprodutiva.¹ O conhecimento do processo normal de crescimento, das sequências de eventos maturacionais, das grandes variações que apresentam e da referência aos padrões normais é fundamental para a compreensão completa do adolescente.^{2,3}

Nota-se uma tendência secular, indicando que os adolescentes têm atingido a maturidade em menor tempo e mais precocemente – o que faz com que o pediatra tenha que avaliar o seu paciente cada vez mais cedo em relação a estas modificações físicas.⁴

Segundo *Marshall WA & Tanner JM*, 1970, a puberdade se caracteriza por:^{5,6}

1. Crescimento rápido: aceleração, seguida de desaceleração do esqueleto e de órgãos internos.
2. Mudanças na composição corporal associadas ao aumento de massa muscular, crescimento ósseo e ganho de tecido adiposo.
3. Desenvolvimento do sistema cardiorrespiratório.
4. Desenvolvimento dos órgãos reprodutivos e aparecimento dos caracteres sexuais secundários.

Em um determinado momento, cujas causas ainda não estão bem determinadas, todo o organismo em crescimento acelera: a criança inicia a puberdade. Uma menina e

um menino, que até recentemente cresciam na mesma velocidade, começam a diferir visivelmente. Nas meninas, o processo inicia-se entre os 8 e os 12 anos, atingindo os seus valores máximos entre os 12 e os 13 anos. Por outro lado, os meninos iniciam o seu pico de crescimento entre os 9 e os 14 anos, superando os valores do outro sexo entre os 14 e os 15 anos.

Estas mudanças e diferenças não têm apenas implicações antropométricas, pois há um período em que os interesses dos dois sexos se distanciam. Verifica-se que, em determinadas idades, enquanto a menina observa que está se tornando uma mulher adulta, o menino continua com sua existência pré-púbere. A partir dos 14 anos, o menino atinge uma altura média superior à da menina – que geralmente já completou o impulso puberal.^{1,4} A puberdade tem um caráter universal e único para cada indivíduo, gerando muitas vezes sofrimento e dúvidas pelo impacto na sua imagem corporal.¹

O nível socioeconômico, as doenças crônicas, os fatores psicossociais e os exercícios físicos, além dos fatores geográficos e climáticos influenciam o crescimento. Carências nutricionais, condições habitacionais inadequadas, ausência de saneamento básico, assistência médica precária, distúrbios da dinâmica familiar, uso de álcool e outras drogas e maus-tratos são alguns dos fatores que podem levar ao retardo do crescimento e da maturação puberal.²⁻⁴

EIXO NEUROENDÓCRINO

O processo da puberdade é desencadeado e regulado por mecanismos neuroendócrinos, que dizem respeito ao eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, cuja maturação culminará com a gametogênese e a aquisição da fertilidade. Este mecanismo ainda não é totalmente conhecido. Além dos moduladores neuronais, diversos fatores endógenos, ambientais, étnicos, nutricionais e genéticos, assim como influências externas, estímulos visuais, exposição solar e mídia interferem no início preciso da puberdade.⁴

As primeiras modificações iniciam-se no hipotálamo, com a secreção dos hormônios liberadores das gonadotrofinas (GnRH) que estimulam a hipófise a produzir gonadotrofinas, como o LH (hormônio luteinizante) e o FSH (hormônio foliculo-estimulante).

Nos meninos, o LH estimula os testículos, mais precisamente as células de Leydig, a produzirem testosterona que, quando elevada, inibe, por mecanismo de *feedback* negativo, o funcionamento da hipófise. O FSH estimula o desenvolvimento dos túbulos seminíferos, levando ao aumento do volume testicular e à maturação das células de Sertoli, desencadeando a espermatogênese. Nas meninas, o LH estimula as células ovarianas a produzirem androgênios

que serão convertidos em estrogênios. Já o FSH age na formação dos folículos ovarianos.

Além dos hormônios esteroides, ovários e testículos produzem hormônios proteicos, como a inibina, capaz de exercer *feedback* negativo sobre a hipófise. Em ambos os sexos, o crescimento ósseo ocorre com a produção do hormônio liberador de GH (GHRH) pelo hipotálamo, que estimula a hipófise a produzir o GH (hormônio do crescimento). O GH, ao atingir a circulação sanguínea, liga-se a proteínas carregadoras (GHBP) até o fígado, onde estimula a síntese dos fatores de crescimento semelhantes à insulina (*insulin like growth factors* – IGF). As IGF são liberadas novamente na corrente sanguínea, associadas a uma proteína carregadora (IGFBP), até atingirem as células-alvo nas epífises ósseas. A IGFBP-3 é a proteína carregadora predominante, GH dependente, cujos valores séricos estão diminuídos em pacientes com deficiência de GH ou com insuficiência hepática. A secreção do hormônio liberador das gonadotrofinas e do GH ocorre predominantemente durante o sono noturno em pulsos.^{1,4}

CRITÉRIOS DE NORMALIDADE

A avaliação do crescimento exige a aplicação de metodologias próprias e a utilização de indicadores específicos condicionados ao nível desejado, necessitando o emprego de técnicas antropométricas que permitam registrar o processo de crescimento físico. Os parâmetros são altura, peso e índice de massa corporal (IMC), que deverão ser comparados com as tabelas antropométricas, para avaliar o crescimento normal e seus desvios. Uma vez coletados os dados antropométricos com as técnicas adequadas, eles são avaliados, segundo os padrões de referência para a idade. A comparação deve ser registrada, avaliada em seguimento, além de acompanhar o canal de crescimento do adolescente.

Para determinar se o crescimento potencial de cada indivíduo está adequado, após o registro das medidas antropométricas, estas deverão ser comparadas com os valores aceitos como normais ou com os respectivos gráficos. O conceito de população normal é o produto da análise estatística de um número significativo de dados que permita obter valores médios e seus desvios-padrão, o que permite estabelecer os limites que discriminam uma população normal de uma anormal.

A velocidade de crescimento é calculada a partir de duas medidas, seja de peso ou de altura, separadas por um intervalo de tempo, conforme a seguinte fórmula: $V = \frac{e}{t}$. Onde: V = Velocidade de crescimento expressa em cm/ano; e = Diferença de cm entre as alturas medidas em momentos diferentes; t = Intervalo

de tempo (em anos ou fração) decorrido entre as duas medições. Esta medida é fundamental para avaliar e acompanhar o crescimento e avaliar a normalidade ou as alterações.

CRITÉRIOS DE TANNER

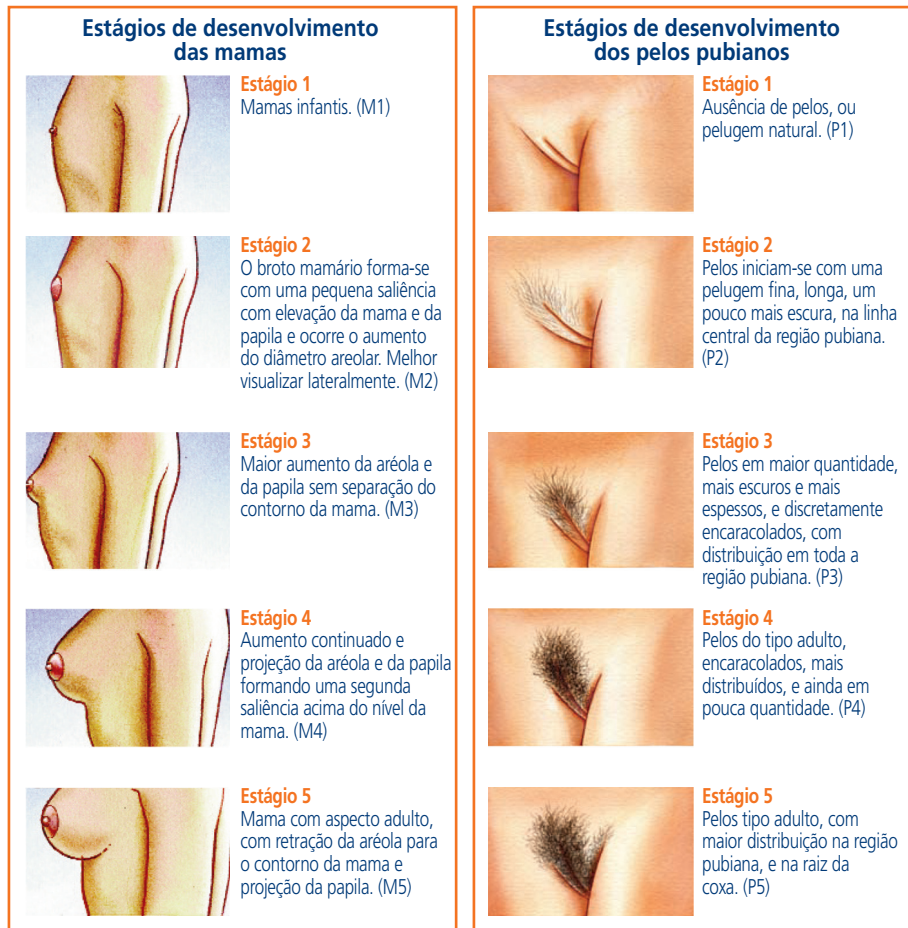
Em 1962, o médico inglês J. M. Tanner, após observação de adolescentes em seu desenvolvimento, criou uma classificação – denominada estadiamento de Tanner ou estadiamento puberal. Este método foi aperfeiçoado por outro colega, W. Marshall, para a avaliação do desenvolvimento puberal dos adolescentes, segundo caracteres sexuais secundários, relacionando-os com o crescimento estrutural e a maturidade sexual. O desenvolvimento puberal foi classificado em cinco etapas, levando em conta o desenvolvimento das mamas, no sexo feminino, dos genitais no sexo masculino, e dos pelos pubianos em ambos os sexos.

PUBERDADE FEMININA

O primeiro sinal de puberdade feminina é o aparecimento do broto mamário (telarca), que pode ocorrer entre os 8 e os 13 anos de idade. Inicialmente, a menina tem uma sensação de dolorimento e identifica uma pequena nodulação na parte posterior da aréola mamária. No começo, é unilateral, mas, após um tempo, há o aparecimento na outra mama. Pode ocasionar desconforto e aumento da sensibilidade – na palpção ou até no uso da vestimenta.^{4,5,7} As mamas vão crescendo lentamente, com aumento do volume e da forma – inicialmente, sem separação de seus contornos até a característica adulta (Figura 1).

Cerca de 6 meses após o início da puberdade, aparecem os pelos pubianos (pubarca); inicialmente, lisos e finos na região dos grandes lábios. Gradativamente, a distribuição vai aumentando e se espalhando pelo púbis, bem como os pelos vão mudando de características, ficando mais pigmentados e espessos. Algumas meninas podem ter a pubarca antes da telarca.

A menarca, que é a primeira menstruação, é o evento que representa a maturidade do sistema hormonal, com o significado de atingir a fase adulta do desenvolvimento e aptidão para a reprodução. Ocorre entre 18 e 24 meses após a telarca. São comuns irregularidades do ciclo nos primeiros 2 anos da menarca. Nas Figuras 1 e 2, encontra-se um resumo dos principais marcos da puberdade feminina, de acordo com suas idades (em médias).

Figura 1. Estadiamento puberal no sexo feminino

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde do Adolescente.

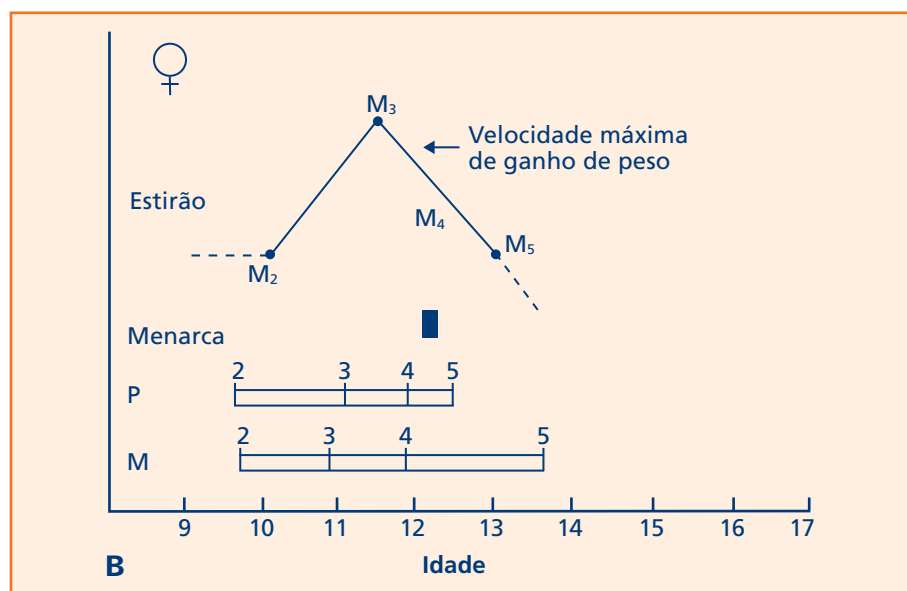
DESENVOLVIMENTO DAS MAMAS

- M1 – Mamas infantis ou pré-adolescentes.
- M2 – Broto mamário (pequena saliência pela elevação de mama e papila; aumento do diâmetro areolar).
- M3 – Aumento de mamas e aréola, sem separação dos contornos.
- M4 – Projeção da aréola e da papila, formando uma segunda saliência acima do nível da mama.
- M5 – Retração da aréola e contorno da mama adulta

DESENVOLVIMENTO DA PILIFICAÇÃO PARA AMBOS OS SEXOS

- P1 – Pelos púbicos ausentes.
- P2 – Crescimento esparsos de pelos longos, finos e lisos, ao longo da base do pênis ou dos grandes lábios.
- P3 – Pelos mais grossos, encaracolados e pigmentados, em pequena quantidade, na sínfise púbica.
- P4 – Pelos do tipo adulto, porém em menor quantidade, poupando a superfície interna das coxas.
- P5 – Pelos adultos em tipo e quantidade, atingindo a superfície interna das coxas.

Figura 2. Crescimento de acordo com o estadiamento puberal feminino



Fonte: Adaptado de Neistein LS, 1996.⁷






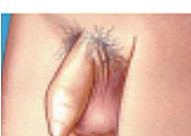



PUBERDADE MASCULINA

O primeiro sinal da entrada na puberdade nos meninos é o aumento do volume testicular, que adquire uma medida maior de 3cm³, sendo que a bolsa escrotal fica com a pele mais fina e com mudança de coloração. Inicia-se entre os 9 e os 14 anos. Lentamente, os testículos e o escroto aumentam; o pênis cresce em comprimento e, posteriormente, em diâmetro, adquirindo a forma adulta ao redor de 3 a 4 anos após seu início. A primeira ejaculação, espermarca ou semenerca, ocorre após o pênis crescer em comprimento. Nesta etapa, poderá também haver o crescimento do tecido mamário, conhecido como ginecomastia, podendo ser unilateral ou bilateral.

A ginecomastia pode gerar desconfianças e inseguranças no adolescente e seus familiares, sendo uma situação frequente e benigna. Geralmente, há um histórico familiar presente e regride espontaneamente em até 2 anos.⁴⁻⁶

Cerca de 6 a 12 meses após o início do crescimento do testículo, começam a aparecer os pelos. No início, lisos e finos, na base do pênis; após, há aumento de quantidade e espessura, até ocuparem toda a sínfise pubiana. Finalmente, ocupando até a raiz das coxas. Alguns adolescentes vão ter pelos até a cicatriz umbilical. Vão mudando também em outras partes do corpo – como braços, axilas e face. O estadiamento puberal e a sua relação com o crescimento masculino podem ser observados nas Figuras 3 e 4.

Figura 3. Estadiamento puberal no sexo masculino

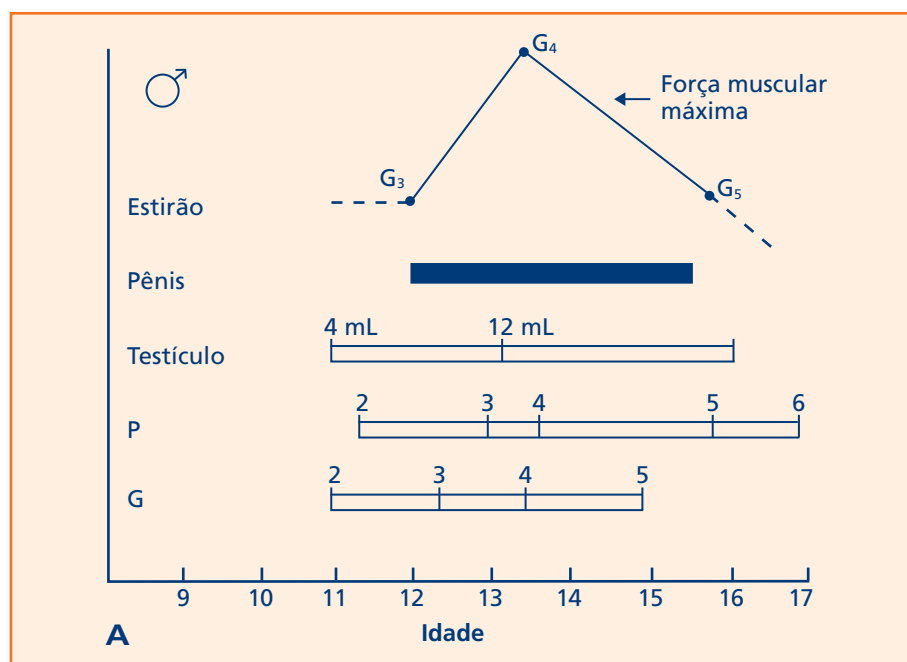
Estágios de desenvolvimento da genitália	Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos
 <p>Estágio 1 Genitália pré-puberal ou infantil.</p>	 <p>Estágio 1 Pelagem pré-puberal ou infantil, nenhum pelo pubiano. (P1)</p>
 <p>Estágio 2 Aparece um afinamento e hipervascularização da bolsa escrotal, e aumento do volume testicular sem aumento do pênis. (G2)</p>	 <p>Estágio 2 Ocorre o início do crescimento de alguns pelos finos, longos, escuros e lisos na linha medial ou na base do pênis. (P2)</p>
 <p>Estágio 3 Ocorre aumento da bolsa escrotal e do volume testicular, com aumento do comprimento do pênis. (G3)</p>	 <p>Estágio 3 Aparecimento de maior quantidade de pelos, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)</p>
 <p>Estágio 4 Maior aumento e hiperpigmentação da bolsa escrotal, maior volume testicular com aumento do pênis em comprimento e diâmetro, e desenvolvimento da glândula. (G4)</p>	 <p>Estágio 4 Pelos escuros, espessos, encaracolados, do tipo adulto, mas ainda em menor quantidade na sua distribuição na região pubiana. (P4)</p>
 <p>Estágio 5 Genitália adulta em tamanho e forma e volume testicular. (G5)</p>	 <p>Estágio 5 Pelos do tipo adulto, em maior quantidade, cobrindo toda a região pubiana, e estendendo-se até a superfície interna das coxas. (P5)</p>

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde do Adolescente.

DESENVOLVIMENTO PUBERAL MASCULINO

- G1 – Testículos, escroto e pênis de tamanho e proporções infantis.
- G2 – Aumento de testículos e escroto, pele mais fina e avermelhada, pênis infantil.
- G3 – Aumento do pênis em comprimento, continuação do aumento testicular.
- G4 – Aumento do pênis em comprimento e diâmetro, pigmentação da pele escrotal e crescimento do testículo e do escroto.
- G5 – Genitais adultos em tamanho e forma.

Figura 4. Crescimento de acordo com o estadiamento puberal masculino



Fonte: Adaptado de Neistein LS, 1996.⁷

CRESCIMENTO PÔNDERO-ESTATURAL

O crescimento é o resultado da proliferação de condrócitos nas cartilagens de crescimento, que depende de vários fatores, sendo o papel hormonal fundamental. O GH, junto com IGF-1, os androgênios e os hormônios tireoideos, promovem a condrogênese – enquanto os corticosteroides a inibem. O estrogênio promove o crescimento

linear, por meio de estimulação a estes hormônios, mas, ao mesmo tempo, leva ao fechamento das epífises. O que explica porque, depois da menarca, existe um crescimento menor e, também, porque o uso de anticoncepcional favorece o fechamento das epífises e a parada do crescimento.⁴

O estirão do crescimento é o resultado da ativação do eixo GH/IGF-1 com interação dos esteroides gonadais. O crescimento sempre é das extremidades, no sentido distal proximal, iniciando-se por pés e mãos, orelhas, nariz e, posteriormente, braços, pernas e tronco. Favorece, muitas vezes, o estresse do jovem, por alteração da sua imagem corporal, o desconforto entre os pares e muitas dúvidas em relação ao corpo. Normalmente, o estirão na menina inicia-se em M2 e atinge o pico em M3, ocorrendo em geral antes da menarca, com posterior desaceleração (Figura 2). Nos meninos, começa em G3 e atinge o pico em G4, desacelerando no final (Figura 4). O pico do estirão é mais tardio e maior nos meninos. A mudança da voz ocorre na fase do estirão do crescimento.

O adolescente cresce em média 8 a 10 cm/ano durante o estirão, sendo que o ganho estatural, em torno de 30 cm, é responsável por cerca de 20% da estatura final. O peso também sofre grande acréscimo na puberdade, quando o adolescente ganha cerca de 50% do peso do adulto. Há também o crescimento de todos os tecidos e órgãos, exceto o tecido linfóide, que apresenta involução. Há expansão do volume plasmático, aumento do débito cardíaco e da resistência vascular periférica, aumentando a pressão arterial.

É fundamental sempre registrar os dados em curvas reconhecidas para mensurar o canal de crescimento do adolescente e notificar os desvios – que possam caracterizar ou não doenças e necessitar investigação precoce e acompanhamento. As curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) são as preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Lembrando que, ao avaliar as variações e o registro, é importante considerar não só a idade cronológica, mas a maturação sexual em relação à altura e ao IMC.

DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL NA ADOLESCÊNCIA

Conforme exposto na parte inicial deste capítulo, a puberdade constitui um dos componentes da adolescência, sendo reconhecida como seu marcador biológico. A fase de adolescência tem uma dimensão muito mais ampla, no sentido de desenvolvimento como um todo e engloba, além de todas as transformações físicas anteriormente descritas, o conjunto de modificações psicoemocionais e sociais que caracterizam esta fase da vida.⁸

Embora sabendo-se que a adolescência seja um processo singular, vivenciado por cada indivíduo de forma única e que, muitas vezes, o jovem pode pular etapas, nem sempre seguindo o mesmo padrão, do ponto de vista didático, é interessante analisar o processo de desenvolvimento na adolescência subdividindo-a em etapas, considerando-se: adolescência inicial – dos 10 aos 13 anos; adolescência média – dos 14 aos 16 anos; adolescência final – dos 17 aos 20 anos, conforme descrito no quadro.1.⁹

A **adolescência inicial** é um período marcado pelo rápido crescimento e pela entrada na puberdade. Ou seja, nesta primeira etapa (10 a 13 anos), surgem as preocupações com a aparência, decorrentes do processo de mudanças corporais. Adicionalmente, a construção da independência, com diminuição do interesse pelas relações com os pais e aproximação com outros grupos – em geral amigos do mesmo gênero. Também ocorre o desenvolvimento cognitivo, instalando-se mecanismos de fantasia, idealização, aumento da necessidade de privacidade e impulsividade. É um período de muitas descobertas, curiosidade, questionamentos e criatividade – desencadeados principalmente pela influência dos pares.^{7,9}

Na **adolescência média** (14 a 16 anos), além do marcante desenvolvimento intelectual, verifica-se maior valorização do grupo, acentuando-se as relações de conflito, especialmente com os pais. Em relação à imagem corporal, observa-se uma evolução para aceitação das mudanças e uma preocupação em tornar-se atraente, sendo também nesta etapa que geralmente começam as primeiras experiências sexuais. As relações sociais tornam-se mais fortes, sobressaindo-se a experimentação e os comportamentos de risco.^{7,9}

Na **adolescência final** (17 aos 20 anos), os vínculos afetivos voltam a se fortalecer nas relações parentais. As relações íntimas passam a ser mais valorizadas e a percepção torna-se mais prática e realista, ocorrendo amadurecimento de princípios e valores no que tange, por exemplo, à sexualidade e à religião, podendo desenvolver habilidades centradas em compromissos com a compreensão de fronteiras e limites. Em suma, nesta última etapa de desenvolvimento, espera-se que haja uma consolidação das etapas anteriores e que o adolescente se prepare para assumir o mundo adulto.^{7,9}

Quadro 1. Desenvolvimento Psicossocial Evolutivo na Adolescência

Tarefa	Adolescência Inicial	Adolescência Média	Adolescência Final
Independência	Diminui o interesse pelas atividades com os pais.	Conflito com os pais.	Aceitação dos valores parentais.

continua...

... continuação

Tarefa	Adolescência Inicial	Adolescência Média	Adolescência Final
Imagem corporal	Preocupação com as mudanças puberais. Insegurança com a 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/experimentação.	Valores dos pares menos importantes. Mais tempo em relações íntimas.
Identidade	Desenvolvimento da inteligência. Fantasia. Curiosidade. Vocação idealizada. Privacidade. Impulsividade.	Desenvolvimento da habilidade intelectual. Onipotência. Experimentação. Comportamentos de risco.	Vocação realística e prática. Refinamento dos valores sexuais, religiosos e morais. Habilidade para assumir compromissos e para aceitar limites.

Fonte: Adaptado de Neinstein LS, 1996.⁷

Sob a perspectiva **neurológica**, diversos estudos evidenciam que o cérebro jovem responde de forma diferente do adulto, principalmente porque a ativação neuronal ocorre em partes diversas e de modo evolutivo. Assim, entre 11 e 13 anos, as respostas emocionais são advindas da amígdala, na região do lobo temporal, estando mais associadas às emoções e ao instinto. Progressivamente, entre os 14 e 17 anos, os mecanismos ficam mais refinados, através do uso do lobo frontal – responsável por raciocínio, planejamento, modulação emocional e controle dos impulsos. Como os sistemas corticais frontais ainda estão em desenvolvimento na adolescência e considerando sua importância nos esquemas de motivação e impulsividade, considera-se esta hipótese para explicar o porquê de os adolescentes terem dificuldades em seu autocontrole.^{10,11}

Não obstante, é importante ressaltar a dificuldade, facilmente observada nos dias de hoje, para definir quando se encerra a adolescência, que está diretamente relacionada às exigências sociais, para considerar um indivíduo como independente e maduro. Nos meios mais favorecidos, isto significa mais anos de estudo, inserção tardia no mercado de trabalho e/ou adiamento para sair da casa dos pais. Consequentemente, o prolongamento da adolescência atualmente é bastante comum nas famílias de classes média e alta, enquanto, nas menos favorecidas, a inclusão escolar fica limitada pela necessidade de incorporação do adolescente ao mercado de trabalho, frequentemente em condições desfavoráveis.^{7,8}

CRISE ADOLESCENTE E BUSCA DA IDENTIDADE

A palavra “crise” está relacionada ao ato de distinguir, escolher e decidir, tendo sido reconhecida como um aspecto inerente ao desenvolvimento – seja ele individual ou institucional.⁸

Segundo Erikson, um dos principais estudiosos da construção da identidade, na adolescência, ocorre uma crise normativa, ou seja, há um processo de evolução caracterizado pela organização do indivíduo. A aquisição do sentimento de identidade, como a consciência que a pessoa tem de si mesma, é o aspecto mais importante do desenvolvimento psicológico do adolescente. Por isso, considera-se que a denominada “crise da adolescência” é, fundamentalmente, uma crise de identidade.^{7,8,9}

MANIFESTAÇÕES COMPORTAMENTAIS

Outros autores, como A. Aberastury e M. Konbel, consideram que a busca pela identidade adulta requer do adolescente a elaboração do luto por três grandes perdas:

- **Perda do corpo infantil** – período de adaptação até a aceitação das modificações corporais;
- **Perda dos pais da infância** – que se manifesta por relações conflituosas com as figuras parentais;
- **Perda da identidade e do papel infantil** – renúncia à dependência infantil e aceitação de responsabilidades.

A elaboração destas perdas se manifesta através de atitudes comportamentais e emocionais, as quais *Aberstury A & Konbel M*, 1992 denominaram de síndrome da adolescência normal (SAN) – constituída por dez características: busca de si mesmo e da identidade adulta; separação progressiva dos pais; tendência grupal; necessidade de intelectualizar e fantasiar; crises religiosas; deslocação temporal; contradições sucessivas nas manifestações de conduta; atitude social reivindicatória; constantes flutuações do humor e do estado de ânimo; e evolução sexual.¹² Estas características estão descritas a seguir:

- A busca de si mesmo e da identidade seria a principal característica e engloba as demais.
- A separação progressiva dos pais pode ser frequentemente observada nas etapas iniciais da adolescência, quando determinados comportamentos familiares são rejeitados pelos adolescentes. Muitas vezes, este tipo de atitude é interpretado como distanciamento, mas essa manifestação de conduta faz parte do processo de independência e autonomia.

- Na medida em que se afastam dos pais, os adolescentes aproximam-se do grupo de amigos ou de iguais. Pode ser a turma da rua, da academia, da escola ou uma que pratique alguma atividade em conjunto.
- A necessidade de fantasiar ou intelectualizar pode ser reconhecida de várias formas: textos, redações e composições musicais ou pelo comportamento típico de passar muito tempo olhando para o teto, imaginando, fantasiando, elaborando ideias e pensamentos.
- As denominadas crises religiosas podem se manifestar muitas vezes como um questionamento crítico às crenças familiares ou como uma atitude de defesa fervorosa de crenças adquiridas.
- Quanto ao tempo, o adolescente é extremamente urgente. Suas necessidades estão vinculadas ao momento presente e, com frequência, eles não conseguem realizar objetivamente um planejamento futuro ou não aceitam postergar aquilo que almejam. O senso de indestrutibilidade e de onipotência está relacionado a essa dificuldade de localizar-se temporalmente.
- Contradições sucessivas nas manifestações de conduta e constantes flutuações do humor e do estado de ânimo são decorrentes do treino do papel adolescente e da imaturidade para lidar com perdas e ganhos, alegrias e tristezas.
- O desenvolvimento da sexualidade está vinculado à definição da identidade sexual e manifesta-se pelo autoerotismo e das práticas de genitalidade.
- Finalmente, a atitude social reivindicatória pode ser evidenciada como contestação, agressividade e violência ou pode ser canalizada como energia construtiva, capaz de promover mudanças.

Todas estas manifestações de conduta são adaptativas e servem para a estruturação da personalidade, sendo que cada adolescente responde às demandas e às oportunidades da vida de modo pessoal e único.^{9,12,13}

DISTINGUINDO COMPORTAMENTO NORMAL E ANORMAL NA ADOLESCÊNCIA

Um aspecto importante e que merece ser destacado é que, embora várias alterações comportamentais sejam consideradas normais na adolescência e decorrentes do próprio processo de desenvolvimento, é também neste período que se instalam diversos distúrbios psicológicos e psiquiátricos.

As especificidades explicitadas anteriormente tornam o adolescente vulnerável e mais suscetível às influências externas, propiciando o aparecimento de, por exem-

plo, transtornos mentais – sobretudo se ocorrerem traumas advindos de situações de abuso, violência ou negligência. Como os comportamentos de riscos são mais acentuados nesta fase, é essencial identificar o estresse como um gatilho para maior suscetibilidade ao suicídio, ao abuso de substâncias e a transtornos mentais – como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), dentre outros.¹⁴

São considerados indicativos de transtornos de humor e/ou de conduta na adolescência: irritabilidade constante, alteração nos hábitos de sono e alimentação, mudança repentina e significativa de comportamento e isolamento frequente; fatores estes que podem ainda ser potencializados, caso o adolescente esteja exposto a contexto de vulnerabilidade social.¹⁴

Adicionalmente, alguns critérios apontam para um funcionamento não saudável do adolescente: excessos ou insuficiências – considera-se um comportamento patológico quando sua frequência e/ou sua intensidade diferem dos demais adolescentes; infração às normas; atraso ou defasagem no desenvolvimento – comportamentos que atrasam ou dificultam o desenvolvimento em determinadas habilidades afetivas e sociais; entrave ao funcionamento adaptativo – o surgimento de algum comportamento que perturbe o desenvolvimento habitual do adolescente e que pode causar sofrimento no jovem e se estender à família.^{8,9}

Sabe-se ainda que as manifestações da adolescência normal, quando exacerbadas, originam os denominados distúrbios de conduta.¹⁶ Neste sentido, se a crise de identidade se manifesta por intermédio de alterações comportamentais, que refletem o conflito do adolescente com o meio, como reconhecer quando elas tornam-se patológicas? Para distinguir normalidade e psicopatologia na adolescência, a sintomatologia deve ser avaliada em relação a: intensidade, duração, persistência ou transitoriedade, significado regressivo e polimorfismo. Um exemplo simples: o normal, no comportamento adolescente, é a ocorrência das flutuações do humor; assim, a permanência por tempo prolongado e a intensidade de uma manifestação de tristeza, afetando atividades rotineiras, dificultando relacionamentos e interferindo nas condições habituais de vida, são indicativas de doença.^{8,9,15}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto ao desenvolvimento puberal e físico do adolescente, é fundamental ser avaliado, registrado, monitorado e acompanhado, de acordo com dados antropométricos e de maturação sexual, pelo impacto que têm na vida adulta.

Avaliar o desenvolvimento psicossocial na adolescência, diferentemente da puberdade, é mais complexo, pois esse desenvolvimento não se processa de forma

linear nem idêntica para todos os indivíduos, dependendo do modo como cada um responde aos estímulos recebidos, bem como do meio no qual o adolescente encontra-se inserido.

A rede de apoio ao adolescente, que se configura com a família e os amigos, além do suporte de profissionais nas áreas da saúde e da educação, deve concentrar esforços para promover condições favoráveis ao desenvolvimento saudável – nesta que é uma fase de mudanças tão significativas.¹⁴

O papel da rede de apoio deve ser de suporte e orientação para que, neste processo de descobertas, o adolescente consiga aprender sobre si mesmo e adquira, além da identidade (conhecimento de si mesmo), intimidade (capacidade para relacionar-se de forma madura, tanto emocional como sexual), integridade (aptidão para assumir atitudes e comportamentos socialmente responsáveis), autonomia e independência.^{7,8,9,17}

REFERÊNCIAS

01. Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Ojeda ENS. Medicina de la adolescência. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992. 654p. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3124>. Acessado em: 20 de março de 2024.
02. Cruz MLS, Hagel LD, Pinto JÁ, Santo CE. Manual de Rotinas para Assistência a Adolescentes Vivendo com HIV/Aids. Série Manuais nº 69. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001021667.pdf>. Acessado em: 20 de março de 2024.
03. Hagel, LH, Mainieri A, Zenin CP e Wagner M B. Brief report: Accuracy of a 16-item questionnaire based on the HEADSS approach (QBH-16) in the screening of mental disorders in adolescents with behavioral problems in secondary care. *Journal of Adolescence* 2009;32(3):753-761. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.08.009>. Acessado em: 20 de março de 2024.
04. Hercowitz A. Puberdade e crescimento. In: Vitale MSS et al. *Medicina do Adolescente: fundamentos e prática*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. p39-48.
05. Tanner JM. *Growth at adolescence*. 2ª ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1962. 325p.
06. Marshall WA, Tanner JM: Variations in pattern of puberal changes in boys. *Arch Dis Child* 1970;45(239):13-23.
07. Neinstein LS, Juliani MA, Shapiro J. Psychosocial development in normal adolescents. In: Neinstein LS. *Adolescent health care: a practical guide*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. p 40-45.

-
08. Cordoni JK, Reato LFN. Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 5ª ed. Barueri: Manole, 2022. p 857-862.
 09. Hagel LD, Reato, LFN, Picanço MRA. Desenvolvimento psicossocial na adolescência. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 4ª ed. Barueri: Manole, 2017. p368-372.
 10. Salles JF, Haase VG, Malloy-Diniz LF. Neuropsicologia do desenvolvimento: infância e adolescência. Porto Alegre: Artmed; 2016. 200p.
 11. Papalia DE, Feldman, RD. Desenvolvimento Humano. 12ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2013. 800p. Disponível em: https://academic.edu/40318074/Desenvolvimento_Humano_12_edicao. Acessado em: 20 de março de 2024.
 12. Knobel M. Visão psicológica da adolescência normal. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. Medicina do adolescente. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p39-44.
 13. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Adolescent Health, Adolescent Development Explained. Adolescent development explained. Washington, D.C: U, S. 2018. [acesso em: 04 fev. 2021]. Disponível em: <https://opa.hhs.gov/sites/default/files/2020-08/opa-adolescent-development-explained-download.pdf>. Acessado em: 20 de março de 2024.
 14. Osório LC. Adolescente hoje. Capítulo 7. O adolescente “problema” Porto Alegre: Artmed, 1992. p 53-60.
 15. Azevedo AEBI, Reato LFN. Manual de Adolescência. 1ª Ed. Barueri: Manole, 2019. ISBN 9788520466087. 448p.

Questionário Pós-teste

Agora que você já estudou, responda com o que sabe.

Não volte ao pré-teste e nem utilize o texto antes de terminar a realização do pós-teste.

Após terminar o pós-teste compare-o com o pré-teste e, se necessário, solucione as dúvidas utilizando o texto.

Assinale, nas afirmativas abaixo, se as mesmas são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. A puberdade engloba crescimento físico, desenvolvimento cardiorrespiratório, mudança na composição corporal, maturação sexual e desenvolvimento do aparelho reprodutor.

Verdadeira []

Falsa []

Não sei []

02. As meninas entram na puberdade em média dois anos antes dos meninos, têm velocidade de crescimento menor e param de crescer antes.

Verdadeira []

Falsa []

Não sei []

03. A monitorização do desenvolvimento puberal é realizada utilizando-se os critérios de *Tanner*, a saber: genitais (G) e pelos (P) para ambos os sexos.

Verdadeira []

Falsa []

Não sei []

04. A telarca é caracterizada pelo aumento de pelos nas meninas.

Verdadeira []

Falsa []

Não sei []

05. No pico do estirão de crescimento (PVC), as meninas crescem 8 a 9 cm/ano e os meninos 10 a 11 cm/ano.

Verdadeira []

Falsa []

Não sei []

06. As meninas apresentam a menarca na fase de aceleração do crescimento, 6 a 12 meses após a telarca.

Verdadeira []

Falsa []

Não sei []

-
07. A primeira manifestação de puberdade no sexo masculino é o aumento do pênis em comprimento e ocorre em G1.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
08. A espermatogênese e a ejaculação ocorrem em G4, coincidindo com o pico de velocidade de crescimento no sexo masculino.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
09. A pubarca ocorre em P1 e é a primeira manifestação de puberdade nas meninas, precedendo a telarca, que aparece em M1.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
10. O referencial mais importante para avaliar crescimento físico/ganho estatural na adolescência é o critério cronológico.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
11. A adolescência compreende a puberdade e o conjunto de transformações psicossociais que ocorrem na fase de transição entre a infância e a idade adulta.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
12. Do ponto de vista neurofisiológico, o imediatismo e a vivência temporal singular estão relacionados à imaturidade do córtex pré-frontal na adolescência.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
13. A adolescência média caracteriza-se pela acentuação das relações de conflito, pela experimentação e pelos comportamentos de risco.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
14. Flutuações de humor, mudanças no comportamento e escolhas influenciadas pelo grupo são sempre indicativos de transtornos emocionais na adolescência.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
15. Comportamentos que atrasam o desenvolvimento de competências sociais e infração às normas são indicativos de funcionamento emocional não saudável do adolescente.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
-



PRONAP-SBP
CICLO XXVI - NÚMERO 1

TEMA 3

Necessidades nutricionais de adolescentes e seus desvios

Texto Base:

Tamara Beres Lederer Golberg¹

Benito Lourenço²

- ¹ Mestre e Doutora em Pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)
Professora Adjunta Livre Docente em Pediatria – Medicina do Adolescente pela Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (UNESP).
Professora Titular em Pediatria – Medicina do Adolescente pela Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (UNESP).
Professora Titular e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da UNESP
Professora Sênior da UNESP
Membro do Departamento Científico de Medicina do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)
Membro do Departamento Científico de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP)
- ² Doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP
Chefe da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança e do Adolescente do HCFMUSP
Médico Assistente da Clínica de Adolescência do Departamento de Pediatria da Santa Casa de São Paulo
Membro do Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade de Pediatria de São Paulo
Membro da Área Técnica e da Comissão Científica do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de SP

Questionário Pré-teste

Responda com o que sabe.

Não se preocupe em acertar tudo antes de estudar o texto.

Também não se preocupe com o tempo que levará para respondê-lo. Não é uma prova com duração definida.

O mais importante é identificar onde você tem maior dificuldade. Isto o ajudará no estudo do tema.

Assinale, nas afirmativas abaixo, se as mesmas são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. Embora no início da adolescência se observe uma alimentação controlada pela família, ao longo dos anos, ocorre uma redução da influência dos pais, possibilitando o desenvolvimento da autonomia para escolhas alimentares.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
02. A prevalência de sobrepeso e obesidade entre adolescentes apresenta uma redução sutil nas últimas décadas.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
03. Na puberdade, quando ocorre o estirão do crescimento, o aumento de massa óssea, muscular e dos órgãos colabora para o incremento de quase 50% do peso dos adolescentes.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
04. A classificação do estado nutricional dos adolescentes correlaciona-se mais à idade cronológica do que à idade maturacional.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
05. A busca pela independência, a aceitação pelos pares e a preocupação com a autoimagem pouco interferem nas escolhas alimentares dos adolescentes.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
06. A necessidade energética de um adolescente é composta pelo gasto energético basal, fortemente influenciado pela composição corporal e pelo consumo energético relacionado à prática de atividade física.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []

-
07. O gasto energético relacionado ao crescimento varia de acordo com o momento de desenvolvimento e representa basicamente 1% a 2% da necessidade energética total.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
08. Não há diferença nas necessidades energéticas entre os sexos na adolescência.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
09. Os indicadores de prática de atividade física regular entre adolescentes são bastante satisfatórios nos grandes estudos populacionais brasileiros.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
10. A maior parte das calculadoras disponíveis, para cálculo dos requerimentos energéticos em adolescentes, considera o seu estágio puberal.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
11. A recomendação de ingestão de carboidratos por adolescentes é de cerca de 55% a 60% da energia total da dieta, com não mais de 10% a 25% das calorias provenientes de açúcares simples.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
12. Os requerimentos proteicos por unidade de altura são maiores nas meninas de 11 a 14 anos e nos meninos de 15 a 18 anos – o que demonstra relação com o pico de velocidade de crescimento.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
13. Na puberdade, as recomendações para a melhor absorção de cálcio apoiam-se no fato de que um excelente balanço pode ser alcançado quando a oferta é de aproximadamente 1.000mg/dia.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
14. A recomendação diária de vitamina D para todos os adolescentes é de 400 UI.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
15. Na avaliação das necessidades de ferro por meninas adolescentes, deve-se considerar o padrão menstrual que, quando em volume excessivo, representa uma das causas principais de ferropenia nesse grupo populacional.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
-

Necessidades nutricionais de adolescentes e seus desvios

INTRODUÇÃO

Na adolescência, as transformações puberais estão conectadas às modificações do desenvolvimento psíquico e à realidade social, que tendem a resultar em mudanças nos hábitos alimentares, no estado nutricional, no estilo de vida e nos comportamentos de socialização com a família e com os pares. Embora no início desse período ainda se observe uma alimentação balanceada, e controlada pela família, ao longo dos anos subsequentes, a redução da influência da família e da escola, necessária à evolução do processo de adolescência, possibilita o desenvolvimento da autonomia para fazer escolhas e adotar outros comportamentos. Durante esse período, os hábitos adquiridos podem se perpetuar para o resto da vida. Nesse cenário, a nutrição do adolescente relaciona-se ao desenvolvimento de todo o seu potencial de crescimento – pré-requisito para que ele alcance sua evolução plena. Neste período da vida, adolescentes apresentam crescimento acelerado, acompanhado por mudanças na composição corporal; assim, para a perfeita efetivação desses processos, eles necessitam de aporte adequado de nutrientes.

A prevalência mundial da obesidade – desvio nutricional de reconhecida magnitude, presente, também, entre crianças e adolescentes – aumentou significativamente nas últimas décadas, chegando, em 2015, as cifras de 5% nesse público e, em adultos, a 12%.¹ Esse incremento tem ocorrido de forma exponencial, conforme aponta o Atlas Mundial da Obesidade 2023.² A maioria da população mundial viverá com sobrepeso ou obesidade até 2035. Se as tendências atuais prevalecerem: uma em cada quatro pessoas (quase 2 bilhões de pessoas) terá obesidade, sendo que a obesidade em crianças e adolescentes poderá mais do que duplicar até 2035 (em relação aos dados de 2020).²

Em nosso país, resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, de 2019, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostraram prevalência de 25,9% de obesidade entre adultos.³ A Pesquisa de Saúde do Escolar, de 2015 (PeNSE, 2015), com uma amostra representativa nacional de estudantes, demonstra que, aproximadamente, um em cada quatro

adolescentes está acima do peso considerado saudável.⁴ Outro grande estudo brasileiro, o Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), com mais de 70 mil estudantes, identificou a prevalência de obesidade de 8,4%.⁵

No entanto, as questões alimentares e nutricionais da adolescência são amplas e não podem estar restritas apenas aos desvios nutricionais. Embora os números preocupantes de prevalência de excesso de peso, acima citados, sejam importantes indicadores na avaliação nutricional dessa faixa etária, a produção de cuidado em relação à alimentação e à nutrição dos adolescentes deve considerar a avaliação dos comportamentos e dos fatores psicossociais de risco para a saúde e a nutrição. Dessa forma, complementares aos indicadores do estado nutricional e do consumo alimentar dos jovens, a presença de fatores como os comportamentos de risco para transtornos alimentares (desvio da imagem corporal, insegurança alimentar, insatisfação com a imagem corporal) também deve ser compreendido no contexto da vivência e das práticas alimentares adotadas por essa população.

As necessidades nutricionais são influenciadas pelos requerimentos imprescindíveis para o crescimento e o desenvolvimento somáticos. Isso é particularmente importante na puberdade, quando ocorre o estirão do crescimento – aumento da massa óssea e muscular e aumento dos órgãos –, colaborando para o incremento de quase 50% do peso dos adolescentes. Esta intensa expansão somática só é ultrapassada pela evidenciada nos dois primeiros anos de vida (lactentes); entretanto, como o período puberal se estende por mais tempo, os requerimentos nutricionais totais nessa fase são mais elevados do que em qualquer outro período da vida.

Destaca-se que, entre os indicadores antropométricos, a avaliação do crescimento físico envolve a obtenção das medidas de altura e do peso, que, nessa fase da vida, deve ser integrada à avaliação dos estágios pubertários. Outros parâmetros importantes a serem obtidos são a velocidade de crescimento, a circunferência abdominal, o índice de massa corporal (IMC) e o valor das dobras cutâneas. Avaliações antropométricas e nutricionais realizadas regularmente – durante a segunda década de vida, acrescidas de anamnese minuciosa, incluindo relato de hábitos alimentares – permitem o diagnóstico precoce dos distúrbios nutricionais e de doenças orgânicas que se acompanham de perda de peso ou deficiência de micronutrientes, transtornos alimentares e distorções da imagem corporal que, caso não sejam identificados, aumentam os riscos de resultados futuros devastadores. Ressalta-se que, durante a adolescência, desnutrição e obesidade coexistem em países de baixa e média rendas.⁶

As recomendações de energia e nutrientes são específicas para essa fase especial de crescimento e cursam associadas a fatores que afetam o comportamento dos adolescentes, que são: a busca pela independência e pela aceitação pelos pares

e a preocupação com a autoimagem – particularidades que contribuem para o comportamento alimentar não saudável entre eles.^{7,8}

A ciência da nutrição indica duas classes que compõem os alimentos: os macronutrientes e os micronutrientes. Os macronutrientes podem ser considerados os principais componentes de diferentes tecidos e se relacionam à quantidade total da ingestão calórica; como principal fonte de energia para o corpo humano, são provenientes de carboidratos, proteínas e lipídios. Os micronutrientes são os componentes da dieta que não fornecem contribuição significativa à ingestão calórica, mas são considerados cruciais em relação à saúde e às funções vitais, necessários em pequenas quantidades e incluem, principalmente, vitaminas e minerais.

NECESSIDADE ENERGÉTICA

De forma geral, a necessidade energética é definida para manter a saúde, promover o ótimo crescimento e maturação e sustentar um nível desejado e adequado de atividade física. Basicamente, ela é composta pelo gasto energético basal do indivíduo (45% a 70% do valor energético total - VET), fortemente influenciado pela composição corporal (quantidade de massa magra, metabolicamente ativa), e pelo consumo energético relacionado à prática de atividade física (30% a 55% VET). O custo energético do crescimento varia de acordo com o momento de desenvolvimento, mas representa basicamente 1% a 2% da necessidade energética total.⁹

Na adolescência, uma diferença significativa ocorre no gasto energético basal entre os sexos, decorrente de particularidades do crescimento nesse período: ao final da puberdade, os meninos têm mais massa magra do que as meninas, o que se associa a um incremento substancial no gasto energético basal e, por consequência, na necessidade energética total.

A energia dispendida para a atividade física é um valor bastante variável entre os indivíduos. De forma geral, a maior parte das recomendações diárias, para crianças e adolescentes, é de sessenta minutos ou mais de atividade física aeróbica moderada à intensa, incluindo atividades de resistência e força.^{10,11} Ainda que a atividade física represente um importante componente da promoção da saúde e da prevenção de doenças entre adolescentes, a prevalência de jovens que não atendem às orientações de atividade física é alarmante em todo o mundo. Um estudo clássico analisou dados de atividade física de adolescentes (13 a 15 anos) de mais de 100 países; os achados demonstraram que mais de 80% dos adolescentes não atendiam às recomendações.¹² No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, em 2015, demonstraram que 65,6% dos estudantes do nono ano do ensino fundamental não acumularam ao menos 300 minutos de atividades

físicas por semana.¹³ Outro estudo brasileiro, com abrangência nacional, realizado com adolescentes de 12 a 17 anos, evidenciou prevalência de inatividade física de 54,3%, com predominância para o sexo feminino (70,7%).¹⁴

Na prática, existem diferentes métodos para estimar as necessidades energéticas de adolescentes, sendo possível encontrar resultados bem diferentes, dependendo do instrumento utilizado. A Tabela 1 apresenta os requerimentos energéticos estimados para adolescentes.⁹

Tabela 1. Requerimentos energéticos (kcal/dia) para adolescentes, de acordo com sexo e nível de atividade física.

Idade	Sexo masculino				Sexo feminino			
	Seden-tário	Pouco Ativo	Ativo	Muito ativo	Seden-tária	Pouco ativa	Ativa	Muito ativa
10	1.601	1.875	2.149	2.486	1.470	1.729	1.972	2.376
11	1.691	1.985	2.279	2.640	1.538	1.813	2.071	2.500
12	1.798	2.113	2.428	2.817	1.617	1.909	2.183	2.640
13	1.935	2.276	2.618	3.038	1.684	1.992	2.281	2.762
14	2.090	2.459	2.829	3.283	1.718	2.036	2.334	2.831
15	2.223	2.618	3.013	3.499	1.731	2.057	2.362	2.870
16	2.320	2.736	3.152	3.663	1.729	2.059	2.368	2.883
17	2.366	2.796	3.226	3.754	1.710	2.042	2.353	2.871
18	2.383	2.823	3.263	3.804	1.690	2.024	2.336	2.858

Fonte: Adaptado de IOM, DRI, 2005.⁹

Outra maneira, na prática clínica, de se estimar os requerimentos energéticos totais é pela utilização de equações preditivas. Historicamente, muitas foram publicadas, mas as da Academia Nacional de Medicina (EUA) são amplamente divulgadas. Consideram-se, nessas fórmulas, as variáveis idade, sexo, estatura, peso e nível de atividade física.⁹ No quadro 1, encontram-se as equações utilizadas para a estimativa em adolescentes saudáveis, não obesos.

Quadro 1. Equações preditivas para requerimentos energéticos de adolescentes*

Sexo	Idade anos	Requerimento Energético Estimado Diário Kcal/dia	Nível Atividade Física - NA
Feminino	9 a 18	$135,3 - (30,8 \times \text{idade}) + \text{NA} \times (10 \times \text{peso} + 934 \times \text{estatura}) + 25$	<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduo sedentário: NA = 1 • Pouco ativo: NA = 1,16 • Ativo: NA = 1,31 • Muito ativo: NA = 1,56
Masculino	9 a 18	$88,5 - (61,9 \times \text{idade}) + \text{NA} \times (26,7 \times \text{peso} + 903 \times \text{estatura}) + 25$	<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduo sedentário: NA = 1 • Pouco ativo: NA = 1,13 • Ativo: NA = 1,26 • Muito ativo: NA = 1,43

*As variáveis utilizadas são idade (em anos), peso (em quilogramas) e estatura (em metros)

Fonte: Adaptado de IOM, DRI, 2005.⁹

A maior parte das tabelas e equações disponíveis considera a idade do indivíduo; o cálculo energético, entretanto, na adolescência, torna-se mais complexo, pois também deveria considerar a fase pubertária em que o adolescente se encontra. Instrumentos que consideram a fase de desenvolvimento puberal ainda não estão disponíveis.

NECESSIDADE DE CARBOIDRATOS

A recomendação de ingestão de carboidrato é de cerca de 55% a 60% da energia total da dieta, dando-se preferência aos carboidratos complexos, principais fontes de energia para os adolescentes, com não mais de 10% a 25% das calorias provenientes de açúcares simples. A sugestão desse percentual tem sido paulatinamente reduzida a cada recomendação nutricional, sugerindo-se limitação na adição de açúcares.¹⁵ Da mesma forma como nas crianças, o consumo aumentado de bebidas adoçadas é preocupante. O consumo de refrigerantes vem aumentando no Brasil;

a Pesquisa de Orçamento Familiar, de 2002-2003, aponta que, entre os anos de 1975 e 2003, a aquisição per capita de refrigerantes aumentou de 1,29 para 7,65 litros (490% de crescimento).¹⁶ O consumo de refrigerantes por adolescentes é influenciado, principalmente, pelo sabor do produto, além do consumo pelos pais, indicando ser um hábito dietético comum.¹⁷ Grandes estudos epidemiológicos investigam a relação entre consumo de refrigerantes e excesso de peso em diversas populações – relação atribuída tanto pela quantidade de açúcar das bebidas quanto por afetar negativamente os mecanismos de saciedade.^{18,19} Há evidências de que o consumo de alimentos líquidos leve a maior risco para o ganho de peso corporal e que o consumo de alimentos sólidos parece saciar o apetite por tempo maior. Além disso, por apresentarem alto índice glicêmico, as bebidas açucaradas podem acarretar aumento de peso e acúmulo de gordura corporal, conduzindo a um estado crônico de hiperglicemia e hiperinsulinemia.²⁰ No Brasil, pelos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, verificou-se que, em 2015, 26,7% dos estudantes do nono ano do ensino fundamental consumiram refrigerante semanalmente por 5 ou mais dias.¹³

NECESSIDADE PROTEICA

As proteínas dietéticas são a fonte de nitrogênio e aminoácidos que o corpo necessita para seu crescimento e para a manutenção dos tecidos. Não existem dados exatos sobre necessidades individuais de aminoácidos pelos adolescentes. Uma dieta que atenda a esse período de rápido crescimento pode requerer cerca de 10% a 15% da ingestão total de energia em proteína de alta qualidade. Os requerimentos proteicos por unidade de altura são maiores nas meninas de 11 a 14 anos e nos meninos de 15 a 18 anos – o que corresponde ao pico de velocidade de crescimento.¹⁵

Na fase pré-pubertária, a necessidade proteica é de 0,92 g/kg.²¹ Necessidades maiores de oferta proteica ocorrem durante a puberdade – para sustentar o aumento da massa muscular, do número de eritrócitos e da mioglobina e para apoiar alterações hormonais. A ingestão insuficiente de proteínas se relaciona a atraso no crescimento e na maturação sexual, a massa muscular reduzida e a imunodeficiências.^{21,22}

NECESSIDADE LIPÍDICA

As gorduras fornecem quantidade considerável de energia (9 kcal/g), veiculam as vitaminas lipossolúveis e são fontes de ácidos graxos essenciais, devendo corresponder a cerca de 30% das necessidades energéticas do adolescente. Durante o período de maior intensidade de crescimento, se as necessidades energéticas fossem ofertadas com poucas gorduras, seriam necessárias dietas mais volumosas e menos palatáveis.

Por outro lado, o exagero de alimentos gordurosos nesse período associado ao sedentarismo, está relacionado à epidemia de obesidade e arteriosclerose. Torna-se importante reduzir a oferta de ácidos graxos saturados (10% do valor calórico da dieta) e incentivar a ingestão de ácidos graxos essenciais poliinsaturados, como ácido linoleico – ácido linoleico (família ômega-6) e ácido alfa-linolênico (família ômega-3), nas quantidades diárias de 10 a 16g e 1 a 1,6 g, respectivamente.^{9,15}

REQUERIMENTOS DE CÁLCIO E VITAMINA D POR ADOLESCENTES

Dentre os micronutrientes, recebe destaque o cálcio e a vitamina D, que são fundamentais para a incorporação de massa óssea durante este período particular de mineralização. Embora participe de outras funções, o alvo principal do cálcio é o tecido ósseo. O osso é um tecido extremamente dinâmico, orquestrado por células denominadas osteoblastos e osteoclastos, por minerais (cálcio e fósforo) e por uma matriz orgânica constituída de proteínas colágenas e não colágenas. Do ponto de vista fisiológico, o tecido ósseo apresenta um processo de maturação que se estende desde as primeiras semanas de vida embrionária, continua a se efetivar pelo processo de mineralização durante a infância e a adolescência, quando, então, estabiliza-se entre 21 e 25 anos de idade. O acréscimo no conteúdo ósseo, que predomina nos anos da infância, associado ao crescimento esquelético, é identificado como um processo de modelação óssea e culmina em aumento ósseo global. Em adição à modelação, os ossos são redesenhados por remoção e acréscimo de estrutura óssea, processo denominado remodelação, também presente nesses anos.

Assim, o ganho de massa óssea depende de múltiplos fatores, que se inter-relacionam: o sexo; a etnia; os níveis de hormônios circulantes, que agem no processo de mineralização; o aumento nas dimensões corporais (peso, estatura, IMC); os fatores genéticos, responsáveis por variações de aproximadamente 40 a 80% nas diferenças dos ganhos do pico de massa óssea; a ingestão adequada de cálcio e de vitamina D, sintetizada por meio da ingestão e da exposição aos raios solares; e a sobrecarga mecânica imposta ao esqueleto por meio de atividade física.^{24,25}

Na puberdade, as recomendações para a melhor absorção de cálcio apoiam-se no fato de que um excelente balanço pode ser alcançado quando a oferta é de aproximadamente 1.300mg/dia, sendo esta a quantidade preconizada de ingestão – para adolescentes de ambos os sexos.²⁷ Caso a ingestão seja inferior à recomendada, a retenção de cálcio pelo esqueleto ficará prejudicada e, conseqüentemente, o conteúdo mineral ósseo se apresentará em condição abaixo da ideal, podendo favorecer a ocorrência de fraturas entre adolescentes.

Em relação à vitamina D3 (colecalfiferol), deve-se lembrar que a maior parte dela é formada quando o 7-deidrocolesterol presente na pele é exposto aos raios solares ultravioleta B. A vitamina D2 (ergocalciferol) é produzida externamente, por irradiação do ergosterol, nas plantas, sendo absorvida pela dieta. As formas precursoras da vitamina D são convertidas em 25-hidroxivitamina D [25(OH)D] (calcidiol), que é a maior fração circulante e cuja dosagem revela o estado da vitamina D nos indivíduos. Não há consenso sobre o ponto de corte para considerá-la reduzida; entretanto, promulgam-na como deficiente quando sua concentração sanguínea é < 20 ng/mL (50 nMol/L). A recomendação diária de vitamina D para todos os adolescentes é de 600 UI.²⁶

REQUERIMENTO DE FERRO

A deficiência nutricional de ferro é uma condição globalmente prevalente. A anemia por carência de ferro, resultante do balanço negativo entre as quantidades de ferro biologicamente disponíveis e as necessidades orgânicas desse oligoelemento, tem sido referida como a principal causa de anos vividos com incapacidade entre crianças e adolescentes.²⁷ Estudos revelam prevalência de anemia ferropriva em torno de 20% em adolescentes.²⁸

A adolescência é uma época de maiores necessidades de ferro, devido à expansão do volume sanguíneo, ao aumento da massa muscular e ao intenso desenvolvimento físico e cognitivo.³⁰ Adolescentes do sexo feminino ainda correm um risco particular de desenvolver deficiência desse mineral, devido ao início das perdas de sangue menstrual. A causa mais comum de deficiência de ferro em meninas adolescentes é o sangramento menstrual excessivo.³⁰ Além disso, atletas adolescentes e jovens que limitam a ingestão de produtos cárneos correm o risco do desequilíbrio e da carência de ferro.^{29,30}

A deficiência de ferro refere-se a um estado em que há ferro corporal total insuficiente para manter as funções fisiológicas, por vezes definida por um valor de ferritina sérica < 15 microgramas/L em indivíduos com cinco anos ou mais.^{31,32} A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza os seguintes limites de hemoglobina para definir anemia em adolescentes:³³

- Mulheres: 12 anos ou mais, não grávidas – Hemoglobina < 12 g/dL
- Homens: 12 a 15 anos – Hemoglobina < 12 g/dL
- 15 anos ou mais – Hemoglobina < 13 g/dL

Estes valores não são universalmente aceitos; alguns especialistas usam pontos de corte mais altos para ferritina, por exemplo, para definir a carência de ferro. Um

grande estudo transversal norte-americano sugeriu que um nível sérico de ferritina próximo de 20 microgramas/L seria um valor fisiologicamente apropriado para definir deficiência de ferro em mulheres adolescentes.³⁴

As doses dietéticas recomendadas (RDA – *Recommended Dietary Allowance*) de ferro elementar são: para os adolescentes de até 13 anos - 8 mg diários; para os de 14 a 18 anos - 11 mg por dia, para homens e para mulheres - 15 mg por dia.³⁵

Em alguns adolescentes, a suficiente ingestão de ferro, obtida pela dieta, pode ser atribuída ao consumo de alimentos fortificados, como cereais matinais. No Brasil, é obrigatória a fortificação universal de algumas farinhas com ferro e ácido fólico. No entanto, adolescentes do sexo feminino tendem a consumir menor quantidade de ferro proveniente da dieta e níveis abaixo das recomendações,³⁶ indicando que atenção ainda é necessária para garantir o consumo adequado deste mineral essencial para este grupo populacional.

REQUERIMENTO DE FOLATO

As vitaminas do complexo B têm merecido destaque como nutrientes-chave envolvidos na manutenção da saúde e na prevenção de doenças. Alguns países, entre eles o Brasil, adotaram como política pública o enriquecimento de alimentos com ácido fólico de modo mandatório, com a finalidade de redução da ocorrência dos defeitos do tubo neural. Em nosso país, no período anterior à fortificação mandatória, estudo em adolescentes revelou alta prevalência de inadequação da ingestão de folato – aproximadamente 89% da população.³⁷ Ainda persistem, entretanto, desequilíbrios na dieta entre os adolescentes, particularmente a carência de ingestão de frutas e hortaliças, o que pode determinar a baixa ingestão de folato. A ingestão de folato por adolescentes atinge cerca de 50% das recomendações, quando resultados provenientes de inquéritos nutricionais são avaliados.³⁸

A deficiência de folato deve ser lembrada em situações de crescimento intenso, com multiplicação celular e síntese de ácido nucleico (DNA), como na gravidez – situações essas que podem vir a ser vivenciadas pelos adolescentes. As recomendações atuais são para que as futuras gestantes recebam doses suplementares de ácido fólico, pelo menos um mês antes do início da gravidez, prolongando a suplementação até pelo menos o terceiro mês de gestação. Com tais medidas, observa-se redução em pelo menos 50% dos casos de defeitos do tubo neural. As recomendações atuais são para que os adolescentes recebam 400 µg/dia de ácido fólico, que podem vir de alimentos folhosos escuros, nozes, feijões, frutas e carnes, entre outros, e pelo consumo de alimentos fortificados.³⁹ No caso de gestantes, as doses seriam elevadas para 600 µg/dia, sendo que, durante a amamentação, a recomendação seria de 500 µg/dia.

PADRÕES, INADEQUAÇÕES E COMPORTAMENTO ALIMENTAR DO ADOLESCENTE

A prática alimentar dos adolescentes brasileiros tem sido caracterizada pelo elevado consumo de refeições prontas, de fácil preparo e de alimentos ultraprocessados (ricos em gorduras, açúcares e sódio), concomitantemente à ingestão insuficiente de alimentos *in natura*, tradicionais na dieta, a exemplo dos feijões e hortaliças. Esse padrão alimentar é influenciado pela adoção crescente de comportamentos alimentares não saudáveis, como o hábito de se alimentar em frente às telas, a omissão de refeições e a não realização de refeições em família.

Na análise dos dados de 71.791 adolescentes do Estudo ERICA, a dieta dos adolescentes foi caracterizada pelo consumo de alimentos tradicionais, como o arroz e o feijão, porém com ingestão elevada de bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados.³⁹ O consumo de ácidos graxos saturados e de açúcar livre ultrapassou limites máximos recomendados de ingestão energética total. Maiores prevalências de inadequação foram para cálcio e vitaminas A e E.³⁹

Comer diante de telas associa-se também ao consumo regular de guloseimas e/ou refrigerantes, entre adolescentes, e a piores desfechos nutricionais. Na PeNSE em 2015, 56,3% das meninas e 59,6% dos meninos relataram comer, enquanto assistiam televisão ou estudavam, cinco ou mais dias da semana.¹³ Essa relação do tempo de tela com o consumo de ultraprocessados também foi identificada nos adolescentes avaliados pelo ERICA, o qual apontou que 51,8% dos adolescentes referiram passar duas ou mais horas por dia em frente às telas, 56,6% relataram realizar as refeições quase sempre ou sempre em frente à televisão e 39,6% consumiam petiscos ultraprocessados salgados em frente às telas.⁴⁰

Em relação aos marcadores de rotina alimentar entre os adolescentes, destacam-se a realização ou não de refeições principais (desjejum, almoço e jantar) e o não compartilhamento dessas refeições com pais ou responsáveis. A não realização do desjejum e do almoço por adolescentes associa-se à redução da qualidade da dieta.⁴¹ Um inquérito com mais de 1.700 adolescentes brasileiros estimou que 36,2% não faziam o desjejum diariamente, com prevalência maior entre as meninas.⁴² Resultados do ERICA estimaram que 21,9% não realizavam o desjejum.⁴³

Outra prática de importância alimentar e nutricional avaliada pelo estudo ERICA foi a ingestão de água. Entre os adolescentes, 48,2% relataram ingerir cinco ou mais copos de água por dia, 18,9% consumiam apenas um a dois copos, enquanto 1,6% relataram não consumir água.⁴¹

O efeito mediador do ambiente doméstico na qualidade da dieta dos adolescentes deve ser considerado. Estudo com uma população norte-americana, composta por adolescentes e seus responsáveis, identificou que a disponibilidade de alimentos saudáveis em casa associou-se, positivamente, à ingestão de frutas, legumes e vegetais

e, negativamente, à ingestão de refrigerantes e salgadinhos de pacote.⁴⁴ Além disso, quando os pais apresentavam hábitos promotores de saúde, era menor o consumo de refrigerante por adolescentes. Na dimensão do ambiente comunitário, a influência dos amigos é importante e deve ser investigada. No comportamento alimentar saudável de crianças e adolescentes, esse grupo é normalmente considerado como influência negativa à alimentação saudável, sendo os momentos de interação marcados pelo consumo de alimentos com alta densidade energética e baixo valor nutricional.⁴⁵

Em alguns grupos sociais de adolescentes, o consumo de *fast food* e a frequência em restaurantes *quick-service* configuram-se uma possibilidade de consumo de alimentos quando estão longe de casa. Características socioeconômicas contemporâneas, com longas jornadas de trabalho de algumas famílias, facilitaram a mudança do modo como as famílias podem obter suas refeições. Conveniência, rapidez, palatabilidade e preço representam diferenças nesse tipo de alimentação – quando comparadas ao modelo de restaurantes tradicionais. Geralmente, a maioria dos alimentos disponíveis nesses estabelecimentos é classificada como não saudáveis (excesso de calorias, gorduras e sódio – como na tradicional combinação de hambúrgueres com batatas fritas, refrigerantes e bebidas adocicadas). Isso ocorre ainda em grande parte desses locais, embora comecem a surgir restaurantes *fast-food* com comidas mais saudáveis.

O termo *junk food* é tipicamente utilizado como descritivo da comida não saudável, rica em calorias, açúcares e gorduras e pobre em componentes de melhor valor nutricional (fibras, proteínas e minerais). O perfil nutricional desses alimentos é referido como “calorias vazias”. A maior parte dos alimentos *junk food* é constituída de ultraprocessados. Nesse contexto, outro marcador do consumo alimentar de adolescentes que tem sido observado é a frequência de aquisição de alimentos fora do lar – que já foi reportada por 37,7% dos adolescentes brasileiros.⁴⁶ Apesar da maior ingestão média de alimentos em casa, a proporção de lanches assados e fritos, refrigerantes e sanduíches, pizza e sobremesas foi maior fora de casa e, nessa situação, o consumo de arroz e feijão é inferior ao consumo no ambiente domiciliar – o que caracteriza o consumo de alimentos fora de casa como um marcador de risco para adoção de pior padrão alimentar.⁴⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre os temas de nutrição na adolescência é ampla e complexa: modificar hábitos e comportamentos alimentares não é uma tarefa fácil. Ademais, o papel de adequar a alimentação dos jovens não pode ser encarado apenas como um esforço meramente individual; depende, também, da implementação de políticas públicas de promoção da saúde e de parcerias com a escola, com as diversas mídias e com a indústria de produção de alimentos.

REFERÊNCIAS

01. Global Burden of Disease Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years N Engl J Med 2017;377:13.
02. World Obesity Federation, World Obesity Atlas 2023. Disponível em: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>. Acessado em abril de 2024.
03. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Atenção Primária à Saúde e Informações Antropométricas. 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101758>. Acessado em: abril de 2024.
04. Conde WL, Mazzeti CMS, Silva JC et al. Estado nutricional de escolares adolescentes no Brasil: a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares 2015. Rev Bras Epidemiol 2018; 21(SUPPL1):E180008.supl.1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/SJQfgbLBP5J5zBkT3BnQ6Mz/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em : abril de 2024.
05. Bloch KV, Klein CH, Szklo M et al. ERICA: prevalences of hypertension and obesity in Brazilian adolescents. Revista de Saúde Pública 2016;50(1):9s. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/YXksw4pXckz8ZwQmwWn6CyS/?format=pdf&lang=en>. Acessado em: abril de 2024.
06. Moore Heslin A, McNulty B. Adolescent nutrition and health: characteristics, risk factors and opportunities of an overlooked life stage. Proc Nutr Soc. 2023;82(2):142-156.
07. Demore-Lucy D, Motil KJ. Adolescent eating habits. UpToDate, 2023. Disponível em: <https://pro.uptodatefree.ir/Show/5361>. Acessado em: abril de 2024.
08. Moreno LA, Adolescence. In: Koletzko B.(ed). Pediatric Nutrition in Practice. Basel, Karger, 2008. p114–117.
09. National Academy (Institute) of Medicine. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. National Academies Press, Washington, DC 2005. Disponível em: <https://www.nap.edu/read/10490/chapter/7>. Acessado em: abril de 2024.
10. Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM et al. The physical activity guidelines for Americans. JAMA 2018;320 (19):2020-2028.
11. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação. Grupo de Trabalho em Atividade Física. Promoção da Atividade Física na Infância e Adolescência. Rio de Janeiro: SBP, nº 1, julho de 2017.
12. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. Lancet 2012;380 (9838):247 – 257.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acessado em: abril de 2024.
14. Cureau FV, da Silva TL, Bloch KV, et al. ERICA: inatividade física no lazer em adolescentes brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. 2016;50(suppl.1):4s.
15. Das JK, Salam RA, Thornburg KL et al. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci* 2017;1393 (1):21-33.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2004, Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pof2002.pdf>. Acessado em: abril de 2024.
17. Grimm GC, Harnack L, Story M. Factors associated with soft drink consumption in school-aged children. *J Am Diet Assoc* 2004;104(8):1244-9.
18. Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr*. 2006; 84(2): 274-88.
19. Woodward-Lopez G, Kao J, Ritchie L. To what extent have sweetened beverages contributed to the obesity epidemic? *Public Health Nutr*. 2011; 14(3): 499-509.
20. Rizzo, AC, Goldberg, TB, Silva, CC et al. Metabolic syndrome risk factors in overweight, obese, and extremely obese Brazilian adolescents. *Nutr. J*. 2013;12:19.
21. Savarino G, Corsello A, Corsello G. Macronutrient balance and micronutrient amounts through growth and development. *Ital J Pediatr*. 2021;47(1):109.
22. Lassi Z, Moin A, Bhutta Z. Nutrition in Middle Childhood and Adolescence. In: Bundy DAP, Silva ND, Horton S, Jamison DT, Patton GC, editors. *Child and Adolescent Health and Development*. 3rd ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017 Nov 20. Chapter 11. PMID: 30212127.
23. EFSA - European Food Safety Authority, 2017. Dietary Reference Values for nutrients Summary report. EFSA supporting publication 2017: 14(12):e15121. 98 pp. Disponível em: <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.2903/sp.efsa.2017.e15121>. Acessado em: abril de 2024.
24. Baptista F, Barrigas C, Vieira F, et al. The role of lean body mass and physical activity in bone health in children. *J Bone Miner Metab*. 2012;30(1):100-8.
25. Silva CC, Goldberg TB, Nga HS, et al. Impact of skeletal maturation on bone metabolism biomarkers and bone mineral density in healthy Brazilian male adolescents. *J Pediatr*. 2011;87(5):450-6.

-
26. Food and Nutrition Board. Institute of Medicine of the National Academies. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. Washington (DC): National Academies Press; 2011.
 27. Global Burden of Disease Pediatrics Collaboration, Kyu HH, Pinho C, et al. Global and National Burden of Diseases and Injuries Among Children and Adolescents Between 1990 and 2013: Findings From the Global Burden of Disease 2013 Study. *JAMA Pediatr* 2016; 170:267.
 28. De Andrade Cairo RC, Rodrigues Silva L, Carneiro Bustani N, Ferreira Marques CD. Iron deficiency anemia in adolescents; a literature review. *Nutr Hosp*. 2014;29(6):1240-9.
 29. Mattiello V, Schmutz M, Hengartner H, von der Weid N, Renella R, SPOG Pediatric Hematology Working Group. Diagnosis and management of iron deficiency in children with or without anemia: consensus recommendations of the SPOG Pediatric Hematology Working Group. *Eur J Pediatr*. 2020;179(4): 527-545.
 30. World Health Organization. Serum ferritin concentrations for the assessment of iron status and iron deficiency in populations. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/85843>. Acessado em: abril de 2024.
 31. Fletcher A, Forbes A, Svenson N, et al. Guideline for the laboratory diagnosis of iron deficiency in adults (excluding pregnancy) and children. *Br J Haematol* 2022; 196(3):523-529.
 32. DeBenoist B, McLean E, Egli I, et al. World Health Organization. Worldwide prevalence of anemia 1993-2005: WHO global database on anemia. 2008. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/43894>. Acessado em: abril de 2024.
 33. Mei Z, Addo OY, Jefferds ME, et al. Physiologically based serum ferritin thresholds for iron deficiency in children and non-pregnant women: a US National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) serial cross-sectional study. *Lancet Haematol* 2021;8(8):e572-e582.
 34. Food and Nutrition Board of the Institute of Medicine. Iron in: Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and Zinc. National Academy Press, Washington DC, 2000. 339p.
 35. Camaschella C. Iron deficiency. *Blood*. 2019;133(1):30-39.
 36. Vitolo MR, Canal Q, Campagnolo PD, Gama CM. Factors associated with risk of low folate intake among adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82:121-6.

37. Diethelm K, Jankovic N, Moreno LA, Huybrechts I, De Henauw S, De Vriendt T, González-Gross M, Leclercq C, Gottrand F, Gilbert CC, Dallongeville J, Cuenca-García M, Manios Y, Kafatos A, Plada M, Kersting M; HELENA Study Group. Food intake of European adolescents in the light of different food-based dietary guidelines: results of the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr.* 2012 Mar;15(3):386-98.
38. Institute of Medicine. Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes: Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B6, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline. Washington, DC: National Academy Press; 1998.
39. Souza AM, Barufaldi LA, Abreu GA et al. ERICA: ingestão de macro e micronutrientes em adolescentes brasileiros. *Rev. Saúde Pública* 2016; 50 Suppl1(suppl1):5s.
40. Oliveira JS, Barufaldi LA, Abreu Gde A et al. ERICA: use of screens and consumption of meals and snacks by Brazilian adolescents. *Revista de Saude Publica* 2016;50 Suppl1(suppl1):7s.
41. Medin AC, Myhre JB, Diep LM, et al. Diet quality on days without breakfast or lunch – Identifying targets to improve adolescent’s diet. *Appetite* 2019;135:123-130.
42. Fiuza RFP et al. Skipping breakfast and associated factors among Brazilian adolescents. *Rev Nutri* 2017;30(5):615-626.
43. Barufaldi LA, Abreu GZ, Oliveira JS, et al. ERICA: prevalência de comportamentos alimentares saudáveis em adolescentes brasileiros. *Revista de Saude Publica* 2016;50(suppl 1):6s.
44. Loth KA, MacLehose RF, Larson N, et al. Food availability, modeling and restriction: how are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake? *Appetite* 2016;96:80-86.
45. Rageliené T, Gronhoj A. The influence of peers and siblings on children’s and adolescent’s healthy eating behavior. A systematic literature review. *Appetite* 2020;148: 104592.
46. Bezerra IN, Moreira TMV, Cavalcante JB et al. Consumo de alimentos fora do lar no Brasil segundo locais de aquisição. *Rev Saude Publica* 2017;51:15.
47. Cunha DB, Bezerra IN, Pereira RA, Sichieri R. At-home and away-from-home dietary patterns and BMI z-scores in Brazilian adolescents. *Appetite* 2018;120:374-380.

Questionário Pós-teste

Agora que você já estudou, responda com o que sabe.

Não volte ao pré-teste e nem utilize o texto antes de terminar a realização do pós-teste.

Após terminar o pós-teste compare-o com o pré-teste e, se necessário, solucione as dúvidas utilizando o texto.

Assinale, nas afirmativas abaixo, se as mesmas são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. Embora no início da adolescência se observe uma alimentação controlada pela família, ao longo dos anos, ocorre uma redução da influência dos pais, possibilitando o desenvolvimento da autonomia para escolhas alimentares.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []

02. A prevalência de sobrepeso e obesidade entre adolescentes apresenta uma redução sutil nas últimas décadas.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []

03. Na puberdade, quando ocorre o estirão do crescimento, o aumento de massa óssea, muscular e dos órgãos colabora para o incremento de quase 50% do peso dos adolescentes.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []

04. A classificação do estado nutricional dos adolescentes correlaciona-se mais à idade cronológica do que à idade maturacional.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []

05. A busca pela independência, a aceitação pelos pares e a preocupação com a autoimagem pouco interferem nas escolhas alimentares dos adolescentes.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []

06. A necessidade energética de um adolescente é composta pelo gasto energético basal, fortemente influenciado pela composição corporal e pelo consumo energético relacionado à prática de atividade física.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []

07. O gasto energético relacionado ao crescimento varia de acordo com o momento de desenvolvimento e representa basicamente 1% a 2% da necessidade energética total.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
08. Não há diferença nas necessidades energéticas entre os sexos na adolescência.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
09. Os indicadores de prática de atividade física regular entre adolescentes são bastante satisfatórios nos grandes estudos populacionais brasileiros.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
10. A maior parte das calculadoras disponíveis, para cálculo dos requerimentos energéticos em adolescentes, considera o seu estágio puberal.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
11. A recomendação de ingestão de carboidratos por adolescentes é de cerca de 55% a 60% da energia total da dieta, com não mais de 10% a 25% das calorias provenientes de açúcares simples.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
12. Os requerimentos proteicos por unidade de altura são maiores nas meninas de 11 a 14 anos e nos meninos de 15 a 18 anos – o que demonstra relação com o pico de velocidade de crescimento.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
13. Na puberdade, as recomendações para a melhor absorção de cálcio apoiam-se no fato de que um excelente balanço pode ser alcançado quando a oferta é de aproximadamente 1.000mg/dia.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
14. A recomendação diária de vitamina D para todos os adolescentes é de 400 UI.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []
15. Na avaliação das necessidades de ferro por meninas adolescentes, deve-se considerar o padrão menstrual que, quando em volume excessivo, representa uma das causas principais de ferropenia nesse grupo populacional.
Verdadeira [] Falsa [] Não sei []



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Filiada à Associação Médica Brasileira
Rua Santa Clara, 292 - CEP 22041-010 - Rio de Janeiro - RJ
Telefone: (21) 2548-1999

