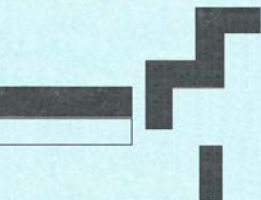


Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente

Volume I

Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes
Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento
Distúrbios da Puberdade
Desenvolvimento Psicológico do Adolescente



Ministério da Saúde - MS
Secretaria de Assistência à Saúde - SAS

Departamento de Assistência e Promoção à Saúde - DAPS
Coordenação Materno - Infantil - COMIN
Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente - SASAD

Ministério da Saúde - MS
Secretaria de Assistência à Saúde - SAS
Departamento de Assistência e Promoção à Saúde - DAPS
Coordenação Materno-Infantil - COMIN
Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente - SASAD

NORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE

VOLUME I

DIRETRIZES GERAIS PARA ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO
DISTÚRBIOS DA PUBERDADE
DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO DO ADOLESCENTE

Brasília, 1993

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

Dr. HENRIQUE SANTILLO

SECRETÁRIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Dr. CARLOS EDUARDO V. MOSCONI

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE

Dr. DOMINGOS SÁVIO DO NASCIMENTO ALVES

COORDENADORA MATERNO-INFANTIL

Dra. JOSENILDA DE A. CALDEIRA BRANT

CHEFE DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Dra. RACHEL NISKIER SANCHEZ

*Impresso com recursos do Acordo de Cooperação Técnica Brasil/PNUD - Projeto BRA/90-032
Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde - Projeto Nordeste
Acordo de Empréstimo BIRD 3135/BR*

FICHA CATALOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde – DAPS. Coordenação Materno-Infantil – COMIN. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD.

Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente - Vol. I - Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Distúrbios da Puberdade. Desenvolvimento Psicológico do Adolescente - Brasília, Ministério da Saúde, 1993.

48 p.

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	5
DIRETRIZES GERAIS PARA ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES.....	7
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	15
DISTÚRBIOS DA PUBERDADE.....	23
DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO DO ADOLESCENTE	35

APRESENTAÇÃO

Estas Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente destinam-se ao profissional da área que atende ao adolescente - indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos, no nível primário da atenção.

Visa, portanto, orientar e dar suporte técnico às decisões tomadas na porta de entrada do Sistema Único de Saúde procurando, de modo direto e simples, definir, justificar e selecionar tecnologias, padronizar procedimentos e normalizar condutas.

Este Manual composto por três volumes, contempla as ações do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) e foi elaborado com a participação de diversos profissionais de saúde, que desenvolvem atividades com adolescentes nas várias ações prioritárias do PROSAD.

**DIRETRIZES GERAIS
PARA ATENDIMENTO
DE ADOLESCENTES**

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

1. CRITÉRIOS BÁSICOS

1.1. A implantação do "Programa Saúde do Adolescente" (PROSAD) deve ter como princípio básico a atenção integral com abordagem multiprofissional ao adolescente, através de um sistema hierarquizado que possa garantir a referência e contra-referência nos diferentes níveis de complexidade da assistência.

1.2. Farão parte deste sistema hierarquizado as unidades do Sistema Único de Saúde, e unidades de referência como universidades e instituições governamentais e não governamentais. O critério da integralidade deve ser respeitado, e garantido o retorno de informações dos procedimentos realizados no adolescente à unidade de origem.

1.3. O acesso do adolescente ao PROSAD ocorrerá preferencialmente através da rede de atenção primária com enfoque na promoção e prevenção da saúde do mesmo. A atenção primária deverá abranger todo o contexto de vida do adolescente como: família, escola, trabalho e comunidade (setores organizados, artísticos, culturais, desportivos e outros).

1.4. Os adolescentes cuja problemática de saúde não tenha sido resolvida em nível da atenção primária, deverão ser encaminhados para serviços de maior complexidade. Estes serviços deverão estar articulados entre si, com recursos humanos capacitados e recursos materiais adequados, norteados pelas recomendações do PROSAD.

1.5. Para a implantação do PROSAD em nível distrital, os coordenadores de programa deverão avaliar as necessidades de sua realidade local.

Os profissionais de saúde identificados deverão ser sensibilizados e/ou capacitados, visando a formação de equipes multiprofissionais voltadas para a atenção integral do adolescente.

1.6. Para garantir o funcionamento do programa dentro das diretrizes básicas, se faz necessária, sempre que possível, a manutenção do profissional previamente capacitado e supervisão periódica por equipe técnica preparada para tal.

1.7. O cumprimento dos objetivos e diretrizes do PROSAD deverá ser periodicamente avaliado, qualitativa e quantitativamente, para possíveis redimensionamentos e redirecionamento das ações.

1.8. Implantação de um sistema de informação e documentação com enfoque epidemiológico visando conhecer, analisar e divulgar as características da população adolescente e utilização dos dados na avaliação sistemática do programa.

1.9. O PROSAD deverá contemplar, em seu planejamento, o incentivo à pesquisa clínica e participativa visando contribuir para o melhor conhecimento da realidade biopsicossocial do adolescente.

1.10. A observância das normas do PROSAD pelos serviços deverá contribuir para a formulação de uma política nacional coerente com as reais necessidades da população adolescente.

2. RECURSOS MATERIAIS

Na organização de serviços devem ser levadas em consideração a formação e adequação dos recursos humanos, e a obtenção de recursos físicos e equipamentos adequados na dependência do grau de complexidade da atenção a ser prestada.

2.1. Área Física

- Sala de espera facilmente identificável, preparada especificamente para esta faixa etária.
- Salas de atendimento estruturadas para garantir privacidade, em número e/ou horário exclusivo para todos os membros da equipe, providas de material permanente e de consumo específicos para profissionais que a utilizam.
- Local definido para reuniões de grupo dotado de quadro negro e sempre que possível de equipamento para uso de material áudio-visual.

2.2. Equipamento para salas de atendimento

As salas de atendimento ambulatorial deverão ser equipadas com material permanente e de consumo indispensáveis para atuação dos profissionais de acordo com as características e peculiaridades de cada tipo de atendimento.

2.2.1. Material Permanente

- Escrivadinha com 3 cadeiras
- Armário para guardar material
- Mesa para exame clínico, do tipo adulto, provido de colchonete com possibilidade para transformar-se em mesa ginecológica.
- Escadinha
- Biombo (ou local reservado onde o paciente possa trocar-se com privacidade)
- Quimono sem mangas para o paciente
- Balança com antropômetro
- Termômetro
- Estetoscópio
- Oto/Oftalmoscópio
- Esfigmomanômetro com jogo de braçadeiras (adulto e escolar)
- Martelo pára exame de reflexos
- Estetoscópio de Pinard
- Pinça de Cheron
- Sonar
- Tambor para gazes
- Orquidômetro
- Caixa com jogo de espúculos
- Kit demonstrativo dos métodos anticoncepcionais
- Foco luminoso
- Bandeja com recipientes para antissépticos tópicos usuais
- Fita métrica
- Jogos de encaixe
- Teste gestáltico Visomotor de Bender
- Teste das matrizes progressivas (RAVEN)-Escala geral

- Matrizes progressivas coloridas - Escala especial
- Teste de Inteligência não Verbal - I.N.V. (Formas A - B - C)

2.2.2. Material de Consumo

- Caixa com abaixadores de língua
- Caixa com espátulas para colheita de material Papanicolau
- Gazes, seringas e agulhas descartáveis
- Luvas
- Sondas
- Lâminas para Papanicolau
- Preservativos
- Cartelas de pílulas anticoncepcionais
- Diafragmas, DIU, Geléia Espermicida
- Aplicadores de creme vaginal para uso de virgens
- Folhas de papel ofício
- Folhas de papel almaço
- Envelopes
- Fichas para controle de comparecimento
- Lápis de grafite
- Lápis de cor
- Lápis cera
- Borracha para lápis
- Apontador
- Esferográficas
- Tinta guache e pincéis
- Massa para modelar

2.3. Material Específico

- Prontuário único multiprofissional
- Pranchas de Tanner para avaliação do estadiamento puberal
- Gráficos de peso, altura e velocidade do crescimento
- Gráficos de pressão arterial
- Caderneta da gestante adolescente
- Cartão de registro

2.4. Material Instrucional

- Folhetos explicativos ilustrativos
- Kit demonstrativo dos métodos anticoncepcionais
- Jogos e material de papelaria
- Material áudio-visual

Nos serviços de atenção secundária e terciária os recursos materiais deverão ser adequados para garantir métodos diagnósticos e de tratamento mais complexos.

3. RECURSOS HUMANOS - Equipe Multiprofissional

A assistência ao adolescente prevê a abordagem de seus múltiplos aspectos biológicos, emocionais e sócio-econômicos.

O adolescente deve ser atendido por equipe multiprofissional interessada e capacitada para atendimento integral do indivíduo como um todo biopsicossocial, único e em constante interação com seu meio ambiente.

A equipe deve ser constituída dos profissionais das seguintes áreas:

- educação
- enfermagem
- médica
- nutrição
- saúde bucal
- saúde mental
- serviço social

É desejável que a equipe seja a mais completa possível e que atue de forma integrada.

O planejamento das atividades da equipe deverá prever o tempo necessário para os profissionais desenvolverem seus atendimentos em nível individual (consulta), bem como a participação em reuniões multiprofissionais semanais; de trabalho em grupos educativos e preventivos com os adolescentes, com suas famílias e outros elementos da comunidade.

Propõe-se a realização de um número de 08 consultas/profissional/turno (2 novos - 6 retornos) devido às características próprias do grupo adolescente que demanda maior espaço de tempo para um contato produtivo no atendimento individual.

Para fins de registro de produção devem ser computados os atendimentos em grupo do serviço como também a participação da equipe em palestras, visitas domiciliares e outras atividades externas.

4. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO

O adolescente é agendado para matrícula no PROSAD.

O primeiro contato do adolescente com o programa deverá ser feito através de qualquer profissional da equipe, treinado e capacitado para dar um fluxo adequado dentro do serviço, acolher o adolescente com afetividade e reconhecer as suas situações de emergências.

O fluxograma de atendimento deverá ser um elemento facilitador do trânsito dos adolescentes no serviço e ser de conhecimento dos profissionais da unidade.

Após a entrevista do primeiro contato, o adolescente será encaminhado para atendimento individual com o profissional da especialidade referente à problemática identificada na entrevista.

O adolescente poderá ser encaminhado para exames de laboratório ou referência especializada, e retornar ao serviço segundo o fluxo proposto no gráfico.

Todos os adolescentes, além do atendimento, deverão ser encaminhados para participar de grupos informativos, educativos e psicoprofiláticos.

A equipe deverá ser capacitada para manter contatos e interagir com a comunidade visando a promoção de saúde.

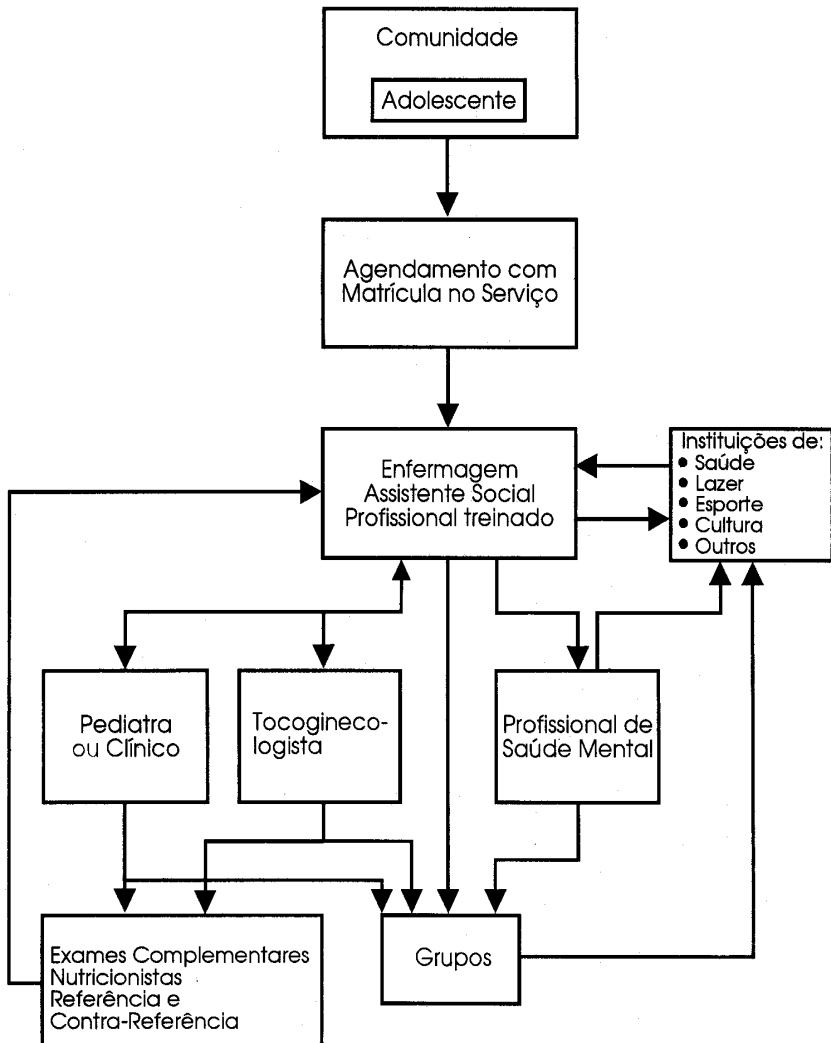
Nas unidades de atenção secundária e terciária os roteiros do atendimento serão organizados conforme a disponibilidade dos recursos e da dinâmica interna de cada serviço, obedecendo sempre os critérios da integralidade do atendimento.

5. AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

A avaliação deve ser realizada periodicamente por uma equipe multidisciplinar, designada para executar a supervisão do serviço baseada nas diretrizes do PROSAD.

A avaliação deve se processar através da utilização de um instrumento de supervisão elaborado para tal.

FLUXOGRAMA



**ACOMPANHAMENTO DO
CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO**

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano. Não pode ser considerada meramente uma etapa da transição entre a infância e a idade adulta, pois é nesta fase que culmina todo o processo da maturação biopsicossocial do indivíduo.

Não se pode estudar separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais do adolescente. Eles são indissociáveis, e é o conjunto de características que dá unidade ao fenômeno da adolescência.

Sob a ótica das modificações biológicas corporais da adolescência, podemos dizer que elas envolvem, aproximadamente, todos os órgãos e estruturas do corpo e que não se iniciam na mesma época, nem têm a mesma duração em todos os indivíduos. Essas manifestações são decorrentes da ação hormonal do eixo neuro-hipofisário e constituem a chamada **puberdade**.

As principais características da puberdade são o estirão de crescimento, o desenvolvimento das gônadas, o surgimento dos caracteres sexuais secundários, mudanças na composição corporal (principalmente na quantidade e distribuição de gorduras em associação com o crescimento do esqueleto e músculos) e desenvolvimento dos sistemas respiratório e circulatório.

Considera-se a puberdade pois, como um componente da adolescência quando ocorrem as modificações biológicas decorrentes de ação hormonal, enquanto que a adolescência é um processo de maior duração que engloba os fenômenos físicos da puberdade e as transformações psicossociais por que passa o indivíduo no auge do seu processo maturativo.

A puberdade é um fenômeno universal e, em condições de normalidade, tem seus limites (início e fim) estabelecidos, dentro de uma margem de variação em função de fatores internos e externos inerentes a cada indivíduo.

A adolescência, embora seja um fenômeno universal, tem características que variam conforme o ambiente sócio-cultural do indivíduo e é difícil de precisar os seus limites (início e fim). Nem sempre o início da puberdade coincide com o da adolescência. Ela pode suceder ou preceder as transformações psicossociais.

A puberdade está concluída com o fim do crescimento esquelético, que coincide com a soldadura das cartilagens de conjugação dos ossos longos, e com o amadurecimento gonadal, que permite a plena execução da função reprodutora.

O término da adolescência é mais difícil de determinar e sofre a influência dos fatores sócio-culturais mas, em linhas gerais, pode ser caracterizado como o atendimento das seguintes condições:

1. Estabelecimento de uma identidade sexual e possibilidade de estabelecer relações afetivas estáveis;
2. Capacidade de assumir compromissos profissionais e de manter-se;
3. Aquisição de um sistema de valores pessoais;
4. Relações de reciprocidade com a geração precedente, principalmente com os pais e demais membros da família e com a sociedade.

Finalmente, não se deve esquecer que, em grande parte das sociedades, os adolescentes constituem um dos grupos mais sensíveis a um grande número dos mais graves problemas mundiais da atualidade: fome, miséria, desnutrição, doenças, analfabetismo, violência, abandono, prostituição, drogas, desintegração familiar e social, entre outros.

De um lado, encontra-se no campo e nas periferias dos grandes centros urbanos, grande número de adolescentes que nem sempre recebem orientação da família, nem formação escolar, o que os leva, por necessidade de sobrevivência, a se transformar num trabalhador aos 10 anos de idade ou num infrator ainda mais cedo, amadurecendo, por força da vida, com riscos graves no desvio da normalidade em seu desenvolvimento psicossocial. Por outro lado, nas classes sociais altas, pode-se observar o prolongamento da adolescência, por dependência econômica dos pais, naqueles que estendem seus estudos universitários para cursos de especialização ou pós-graduação, por superproteção e excesso de suas necessidades satisfeitas.

Como os fenômenos biológicos são mais fáceis de precisar e avaliar, inclusive quantitativamente, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foi escolhido como a ação básica do atendimento à saúde do adolescente, entre as diversas ações prioritárias do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), permeando e articulando as demais ações. Como ação básica entendemos aquela que, por suas características gerais, permite na porta de entrada do sistema de saúde (nível primário), uma visão global de assistência integral ao indivíduo, qualquer que seja o motivo que o trouxe ao serviço de saúde.

Através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento teremos uma visão global da saúde do adolescente e, inclusive, das transformações psicossociais pelas quais o indivíduo passa e na percepção e aceitação dessas transformações.

Neste Manual para acompanhamento do CD em nível primário, por questões didáticas, será feita uma distinção nítida entre crescimento e desenvolvimento, embora se saiba que os dois processos ocorrem simultaneamente e fazem parte do fenômeno de vida.

A seleção de indicadores para avaliação do crescimento, no nível primário deve levar em consideração: sensibilidade, especificidade, aceitabilidade e factibilidade.

A altura/idade preenche bem estes critérios. O peso/idade, embora seja muito sensível a pequenas variações em curto intervalo de tempo, sofre a influência da estatura e, por isto, seu uso não é recomendável como indicador para avaliar crescimento e estado nutricional em populações onde a baixa estatura tem alta prevalência. O mesmo acontece com peso/altura que, embora seja um indicador que sofre pouca influência da idade em menores de 5 anos, não é independente da idade para maiores de 5 anos.

O Ministério da Saúde, através do INAN, está testando na amostragem da Pesquisa Nacional de Nutrição e Saúde (PNSN/INAN/1989) da população de 10-20 anos, vários indicadores, para selecionar aquele que sofre menos a influência da idade e que, junto com o indicador altura/idade, possa ser utilizado para avaliar crescimento e nutrição (desnutrição e obesidade), nesta faixa etária. Posteriormente, definirá este indicador para normatizar a avaliação do estado nutricional do adolescente brasileiro.

faixa etária. Posteriormente, definirá este indicador para normatizar a avaliação do estado nutricional do adolescente brasileiro.

Portanto, no que diz respeito ao crescimento, avaliar-se-á o estirão de crescimento, expresso pelo crescimento linear, representado pelo indicador altura/idade (A/I). Avaliar-se-á, também, a maturação sexual, expressa pelo crescimento gonadal e pelo surgimento dos caracteres sexuais secundários, representados pelo diagrama de Tanner. Em relação ao desenvolvimento psicossocial será observada a presença ou não de anormalidade, tomando como parâmetro a Síndrome da Adolescência Normal.

NORMAS GERAIS

- Para um atendimento adequado do crescimento e desenvolvimento do adolescente no nível primário, os serviços de saúde deverão desenvolver:
 - ◆ Sistema eficiente de captação da população adolescente sob a responsabilidade do serviço, distrito de saúde ou município.
 - ◆ Conjunto de fichas e/ou prontuário para o acompanhamento do adolescente.
 - ◆ Calendário mínimo de atendimento para o acompanhamento do CD semestralmente, para o adolescente considerado com CD normal.
 - ◆ Conteúdo pré-estabelecido das atividades a serem desenvolvidas no atendimento de rotina ao adolescente e, em especial, no seu CD.

Captação da Clientela

- ◆ Estabelecer uma eficiente comunicação com os serviços, dentro da mesma unidade de saúde, no sentido de captar o adolescente que procure o serviço por qualquer razão.
- ◆ Estabelecer uma eficiente comunicação com demais serviços de atendimento ao adolescente (nas diversas áreas de saúde, educação, assistência social, etc...), dentro do distrito de saúde e/ou município.
- ◆ Informar e orientar a comunidade sobre a importância do acompanhamento do CD do adolescente, utilizando os meios de comunicação disponíveis nas unidades de saúde, na comunidade e em órgãos públicos e privados.

Inscrição na Unidade de Saúde

- Deverá constar de:
 - ◆ Registro na unidade
 - ◆ Abertura de um prontuário para anotação dos dados das consultas.
 - ◆ Preenchimento do cartão individual do adolescente.

ROTINA DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

- Em cada atendimento ao adolescente deverão ser realizadas as seguintes atividades:
 - ◆ Tomada de peso e estatura e anotação dos valores no prontuário.
 - ◆ Registro nos gráficos de crescimento (P/A e A/I), constante no prontuário e no cartão individual.
 - ◆ Avaliação do crescimento através da interpretação dos gráficos, associada à história clínica com a maturação sexual.
 - ◆ Avaliação da maturação sexual
 - ◆ Conduta: registro das condutas adotadas em cada consulta, incluindo as orientações de educação para saúde e as indicações de referência para serviços de maior complexidade, quando for o caso.
 - ◆ Agendamento das consultas subseqüentes.

Estas atividades deverão ser desempenhadas por profissional capacitado para atendimento ao adolescente. De acordo com a disponibilidade e o nível de complexidade do serviço de saúde, deverão ser realizadas por equipes multidisciplinares.

AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Crescimento Estatural - A avaliação será feita a partir do indicador altura para idade (A/I):

Em cada sexo a altura para idade é usada tomando-se como referência os gráficos de crescimento linear do padrão do NCHS.

- O gráfico conterà 5 linhas correspondentes a:
 - ◆ percentil 97 - linha superior
 - ◆ percentil 90 - linha entre a média e a superior
 - ◆ percentil 50 - linha média
 - ◆ percentil 10 - linha entre a média e a inferior
 - ◆ percentil 03 - linha inferior

O gráfico de altura estará impresso no cartão do adolescente e no prontuário do serviço de saúde (anexo 1).

- Na interpretação do gráfico deve-se considerar:
 - ◆ A posição dos valores de altura no respectivo gráfico em relação às curvas (percentuais).
 - ◆ A inclinação do traçado construído por, pelo menos, duas tomadas sucessivas em determinado intervalo de tempo (6 meses).

Embora a antropometria seja uma técnica relativamente simples, principalmente quando aplicada a essa faixa etária, ela exige um bom treinamento por quem a pratica, um procedimento padronizado e um controle de qualidade periódico.

Maturação sexual: a avaliação será feita pelos seguintes indicadores:

- ◆ nos meninos: tamanho dos testículos medido com orquídometro, tamanho do pênis e grau de aparecimento de pêlos pubianos.
- ◆ nas meninas: desenvolvimento das mamas, grau de aparecimento de pêlos pubianos e idade da menarca. O surgimento do broto mamário poderá não ser simultâneo, devendo porém estar presente bilateralmente até 6 meses após o aparecimento do 1º broto.
- ◆ Diagrama ilustrando os diferentes estágios da maturação sexual e aparecimento dos caracteres sexuais secundários, para cada sexo, além da idade da menarca para o sexo feminino.
- ◆ Padrão de referência - Tanner (Anexos II e III).
- ◆ Procedimento: examinar o adolescente e comparar o estágio de sua maturação sexual com diferentes desenhos do diagrama, segundo o padrão de referência adotado.
- ◆ Observação: para o sexo masculino, o diagrama do desenvolvimento dos genitais e do surgimento dos pêlos pubianos está separado, uma vez que o mesmo adolescente poderá apresentar, num determinado momento, estágios diferentes no amadurecimento dos genitais e aparecimento de pêlos pubianos.
- ◆ Registro: os resultados devem ser anotados na ficha de avaliação da maturação sexual, onde será colocada a data do exame no estágio correspondente à maturação encontrada.

Procedimentos

Os procedimentos efetuados deverão sempre levar em consideração os dados da história clínica, exame físico, os achados das tomadas de altura/idade e a existência ou não do início da maturação gonadal e seu estágio.

Lembrar que, por questões didáticas, as condutas clínicas no acompanhamento do crescimento estatural e da maturação sexual estão esquematizadas em separado. Entretanto, é fundamental quando se faz a avaliação do crescimento e desenvolvimento de um adolescente, que esses dois aspectos sejam considerados em conjunto, pois fazem parte de um mesmo processo biológico, soma das informações da história e do exame físico.

A baixa estatura, aqui considerada curva abaixo do p3, é um achado freqüente em nosso meio em consequência de efeitos ambientais adversos ao crescimento (infecções, saneamento básico deficiente, alimentação inadequada, baixa renda, entre outros) a que está submetida grande parcela da nossa população desde a vida intra-uterina até a idade adulta, incluindo a adolescência.

Portanto, antes de referir para investigação um adolescente com baixa estatura, analisar, com detalhe, ou através da história clínica, a possibilidade de um passado ou presença de desnutrição, infecções e história familiar de baixa estatura. Nesses casos, o ritmo do crescimento é constante, seguindo uma linha paralela, margeando o percentil 3. Este adolescente poderá ser acompanhado no nível primário, devendo receber tratamento das intercorrências diagnosticadas.

As crianças cujas alturas se situem entre os percentis 10 e 3 devem ser consideradas de risco, sobretudo se vêm apresentando uma desaceleração progressiva do seu ritmo de crescimento (curva descendente ou horizontalizada). Portanto, necessitam serem vistas em intervalos de tempo mais curtos e exploradas as causas mais freqüentes em nosso meio, responsáveis pela desaceleração do ritmo de crescimento.

Ao contrário, os adolescentes que apresentarem altura para idade acima do percentil 97, ou aceleração do ritmo do crescimento sem que seja atribuída ao pico normal de crescimento puberal, devem ser referidos imediatamente para nível de maior complexidade, uma vez que será necessária uma investigação clínico-laboratorial precoce e cuidadosa.

Em relação à maturação sexual, o achado de desvio da normalidade mais freqüente em nosso meio é a puberdade tardia (ausência dos caracteres sexuais secundários no sexo feminino com mais de 13 anos e no masculino com mais de 14 anos) acompanhada, freqüentemente, de baixa estatura. Aí, estão incluídas a baixa estatura constitucional com puberdade retardada e causas ambientais decorrentes de desnutrição e infecções. Em geral, a história clínica tem relatos de baixa estatura e puberdade retardada em familiares; o passado e/ou presença de desnutrição e infecções crônicas, auxiliam no esclarecimento diagnóstico. Esses adolescentes devem ser acompanhados em nível primário, com especial atenção para as intercorrências, e orientação alimentar em casos de déficit ponderal. É importante realizar consultas a cada trimestre, ou antes, se necessário, quando será observado o ritmo de crescimento. Os casos de puberdade precoce (presença dos caracteres sexuais antes dos 9 anos) devem ser referidos imediatamente aos serviços de maior complexidade para exames complementares e esclarecimento diagnóstico.

Como a imagem corporal é um aspecto importante na adolescência, o atraso do crescimento pândero-estatural e maturação sexual e os problemas emocionais decorrentes, devem receber uma atenção especial da equipe de saúde.

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DA MATURAÇÃO SEXUAL

CARACTERES SEXUAIS SECUNDÁRIOS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE TANNER	DIAGNÓSTICO	CONDUTA
Surgimento do broto mamário e pêlos pubianos entre 8 e 13 anos no sexo feminino	Adolescente com puberdade normal	Acompanhar semestralmente
Aumento do volume testicular (diâmetro igual ou maior que 3 cm) e pêlos pubianos, entre 9 e 14 anos no sexo masculino.	Adolescente com puberdade normal	Acompanhar semestralmente
Ausência de caracteres sexuais secundários:	Puberdade tardia	Referir para serviço especializado
No sexo feminino com mais de 13 anos		
No sexo masculino com mais de 14 anos		
Presença de caracteres sexuais secundários:	Puberdade precoce	Referir para serviço especializado imediatamente
No sexo feminino com menos de 8 anos		
No sexo masculino com menos de 9 anos		

DISTÚRBIOS DA PUBERDADE

PUBERDADE PRECOCE

PUBERDADE NORMAL:

Idade entre 8 a 16 anos

PUBERDADE PRECOCE:

Aparecimento de caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos de idade.

DESENVOLVIMENTO ISOSSEXUAL PRECOCE COMPLETO (PUBERDADE PRECOCE):

Conceito:

Desenvolvimento precoce dos caracteres sexuais secundários provocado por ação de gonadotrofinas hipofisárias ou extrahipofisárias, detectáveis ou não por exames laboratoriais ou provas funcionais.

Classificação:

1. Com gonadotrofinas elevadas:

a) De origem hipofisária:

(puberdade precoce verdadeira ou central)

1. Alterações no SNC (5 a 10%)

- ◆ meningites agudas ou crônicas
- ◆ encefalites
- ◆ traumatismos
- ◆ anomalias congênicas
- ◆ tumores SNC - pinealomas, hamartomas, astrocitomas, gliomas do quiasma

2. Hipotireoidismo

3. Afeções sistêmicas:

- ◆ neurofibromatose
- ◆ esclerose tuberosa

4. Idiopática (80 a 95%)

5. Familiar - transmissão recessiva autossômica

b) De origem extra-hipofisária:

(Pseudopuberdade precoce)

1. Tumores

- ◆ hepatomas
- ◆ corioepiteliomas do ovário
- ◆ coriocarcinomas do ovário

2. Com gonadotrofinas baixas ou não detectáveis:

(Precocidade isossexual incompleta ou pseudopuberdade precoce)

- Cisto folicular simples (+ freqüente)
- Tumores funcionantes do ovário - teca (9% dos tumores ovarianos em meninas)
- Síndrome de McCune-Albright
 - ◆ precocidade sexual
 - ◆ osteíte fibrosa disseminada
 - ◆ manchas cutâneas
- Tumor supra-renal - adenomas ou carcinomas
- Hiperplasia adrenal congênita

Diagnóstico

1. Anamnese:

- antecedentes familiares
- medicação hormonal durante a gravidez
- traumatismo de parto
- ingestão de anticoncepcionais
- altura, desenvolvimento puberal dos pais

2. Exame Físico

- grau de desenvolvimento puberal
- aspecto da genitália externa
- quantidade e distribuição da pilificação corporal
- peso, altura
- sinais de processos intracranianos, abdominais ou pélvicos

3. Idade Óssea

Desenvolvimento isolado dos caracteres sexuais:

Idade óssea = cronológica

Puberdade precoce: idade óssea acelerada

4. Exames Complementares:

- LH e FSH basal
- teste de estímulo com Gn RH - resposta puberal
- estradiol - 25 a 50 pg/ml (normal)
 - >50 pg/ml - síndrome de Albright
- Está muito aumentado nos tumores estrogênio-secretantes.
- T, SDHEA - muito- aumentado nos tumores.
- 17 - OH - muito aumentado na hiperplasia adrenal congênita.
- T3, T4, TSH
- Rx sela turca
- Tomografia computadorizada (crânio e axial)
- Fundo de olho, campimetria visual

5. Conduta: Referenciar para serviço especializado.

DESENVOLVIMENTO ISOLADO PRECOCE DE UM SINAL SEXUAL SECUNDÁRIO:

- a) Telarca precoce
 - ◆ Idiopática
 - ◆ Estrogênios exógenos
 - ◆ Estrogênios endógenos
- b) Pubarca precoce
 - ◆ Idiopática
 - ◆ Androgênios endógenos
 - ◆ Androgênios exógenos
 - ◆ Anticonvulsivantes
- c) Menarca precoce
 - ◆ Estrogênios exógenos
 - ◆ Infecções vulvovaginais
 - ◆ Alterações de coagulação
 - ◆ Tumores funcionantes do ovário

TELARCA PRECOCE

Conceito

Desenvolvimento da glândula mamária na menina antes dos 8 anos de idade.

Causas:

- Ingestão ou contato com estrogênios exógenos
- Tumores ovarianos (granulosa), teratomas
- Tumores adrenais produtores de estrôgenio
- Idiopática

Elementos diagnósticos clínicos e laboratoriais na telarca precoce:

	IDIOPÁTICA	ESTROGENIOS EXOGENOS	TUMORES OVARIANOS	PUBERDADE PRECOCE
ALTURA ÓSSEA	normal ou aumentado	aumentado ou normal	normal ou aumentado	aumentado
METRORRAGIA CONCOMITANTE	não	frequente	muito frequente	não (no início)
COLPOCITOLOGIA FUNCIONAL	normal e /ou estimulado	trófico	trófico	moderadamente estimulado
ESTRADIOL	normal ou aumentado	variável	muito aumentado	moderadamente estimulado
GONADOTROFINAS	pré-puberal	pré-puberal	basal baixo com resposta inibida	puberal
IDADE ÓSSEA	normal	normal ou aumentado	normal ou aumentado	muito aumentado

Conduta: Referenciar a serviço especializado

PUBARCA PRECOCE

Conceito:

Aparecimento de pêlos pubianos antes dos 8 anos de idade

Causas:

- Androgênios exógenos (emprego de esteróides anabólicos)
- Corticóides e anticonvulsivantes
- Androgênios endógenos:
 - a) Hiperplasia supra-renal congênita
 - b) Tumor supra-renal (adenomas ou carcinomas)
 - c) Tumores ovarianos (teca)
- Idiopática

Elementos diagnósticos clínicos e laboratoriais da pubarca precoce:

	IDIOPÁTICA	ANDROGENIOS EXÓGENOS	HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	TU ADRENAL	PUBERDADE PRECOCE
ALTURA	normal ou pouco aumentado	normal ou pouco aumentado	aumentado	aumentado	aumentado
IDADE ÓSSEA	normal ou pouco aumentado	aumentado	aumentado	aumentado	aumentado
SINAIS VIRILIZAÇÃO	ausentes	variáveis	variáveis	presentes	presentes
17-ON-P	normal	normal	aumentado	normal	normal
TESTOSTERONA	normal	variável	aumentado	aumentado	normal
SDNEA	normal	normal	aumentado	muito aumentado	normal

OBSERVAÇÃO: Adrenarca precoce: idade óssea

Pubarca precoce: idade óssea normal

Conduta: Referenciar ao serviço especializado

MENARCA PRECOCE

Conceito:

Aparecimento de hemorragia genital antes dos 9 anos de idade.

Causas:

- Infecções vulvovaginais
- Traumatismos
- Corpos estranhos
- Tumores de vulva, vagina ou útero
- Estrogênios endógenos: Tumores ovarianos (teca)
- Idiopática: rara
- Conduta: referenciar ao serviço especializado

Puberdade Retardada

Definição:

Ausência completa ou quase completa de desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários após os 14 anos de idade.

Classificação:

1. Retardo Puberal Simples

2. Hipogonadismo Hipogonadotrófico:

- Congênito
 - ◆ com anosmia - Síndrome de Kallman
 - ◆ puro
 - ◆ panhipopituitarismo
- Adquirido:
 - ◆ tumores hipotálamo - hipofisários
 - ◆ traumatismos cranianos
 - ◆ pós-irradiação
 - ◆ pós-infecção
 - ◆ pós-cirurgia

3. Hipogonadismo Hipergonadotrófico

- congênito:
 - ◆ Síndrome de Turner
 - ◆ Disgenesia gonadal pura
 - ◆ Síndrome de ovários rudimentares
 - ◆ Bloqueios enzimáticos
 - ◆ Malformações congênitas
- Adquirido:
 - ◆ Castração cirúrgica
 - ◆ Radioterapia
 - ◆ Quimioterapia

Orientação diagnóstica

Retardo Puberal			
<u>Idade Óssea</u>		<u>Estatura</u>	
Atrasada	Normal ou Elevada	Baixa	Normal ou Acelerada
<ul style="list-style-type: none"> - Constitucional - Hipogonadismo hipogonadotrófico - Insuficiência hipofisária - Desnutrição - Hiperprolactinemia 	<ul style="list-style-type: none"> - S. de Turner - Digenesia gonadal pura - S. de Insensibilidade androgênica - S. do Ovário resistente - Malformações congênitas - S. Virilizantes supra-renais 	<ul style="list-style-type: none"> - Constitucional - Insuficiência hipofisária - S. de Turner - Desnutrição - Hipotireoidismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Constitucional - Hipogonadismo hipogonadotrófico - Hiperprolactinemia - S. do Ovário Resistente - S. de Insensibilidade Androgênica - Defeito de 17 hidro-xilase - Malformações Congênitas - Atrofia Ovariana

Diagnóstico:

1. História Clínica
2. Cariótipo
3. Laboratório
 - ◆ LH, FSH
 - ◆ Prolactina
 - ◆ T Livre, T total, SDHEA, 17 - OH-Progesterona
 - ◆ T3, T4, TSH
4. Citologia Hormonal
5. Ecografia Pélvica
6. RX de sela turca
7. Idade Óssea
8. Tomografia Axial Computadorizada
9. Campimetria Visual
10. Fundo de Olho

Formas Clínicas de Apresentação do Retardo Puberal:

1. Desenvolvimento mamário sem pubarca

- a) retardo puberal constitucional
- b) fatores raciais: raças indígenas
- c) hipogonadismo hipogonadotrófico
- d) Síndrome de feminização testicular (pseudo-hermafroditismo masculino)

2. Desenvolvimento de Pelos Pubianos sem Desenvolvimento Mamário.

- a) retardo puberal constitucional
- b) hipogonadismo hipogonadotrófico
- c) insuficiência hipofisária com função adrenocorticotrófica preservada
- d) patologia cerebral congênita
- e) síndrome de Turner
- f) Síndrome virilizantes supra-renais

Conduta : Referenciar a serviço especializado

PATOLOGIA MAMÁRIA

A queixa mais com, na fase precedente à adolescência é o nódulo, uni ou bilateral. Na grande maioria das vezes trata-se do botão mamário, que não requer tratamento. A sua presença deve ser amplamente explicada para a paciente e para o responsável.

Dentro da patologia mamária os motivos de consulta mais freqüentes na adolescência, o seu diagnóstico e as linhas de tratamento, são apresentados no quadro abaixo:

Motivo Consulta	Diagnóstico	Tratamento
assimetria mamária	exame das mamas	explicar desigualdade no desenvolvimento acompanhar evolução desigualdade significativa correção cirúrgica
hipoplasia mamária	exame das mamas considerar presença ou não de ciclos regulares	apoio psicológico explicando a possibilidade desenvolvimento tardio aguardar desenvolvimento - se insuficiente, considerar possibilidade gel silicone
hipertrofia mamária	exame das mamas vício posição? Diagnóstico diferencial c/ fibroadenoma gigante juvenil	controle até complementar desenvolvimento cirurgia plástica redutora
galactorrêia	Anamnese: medicação, gestação, estresse, jogos sexuais. Laboratórios dosagens hormonais, RX sela turcica, oftalmoscopia, tireóide, tomografia computadorizada, provas funcionais	correção fatores causais
processos infecciosos	rubor, dor, calor, tumor	colocar antibióticos drenagem cirúrgica se necessário
secreção glândula Montgomery Pelo periareolar estrias	SEM SIGNIFICAÇÃO PATOLÓGICA	
nódulo	Exame mamas: único, indolor, móvel ou fixo, crescimento rápido, relação da pele, circulação colateral aumentada: ecografia, mamografia, punção.	fibroadenoma fibroadenoma: retirada. lípmas: infrequente quistos: cistossarcoma filóide s/ comprometimento sarcomatoso: cirurgia conservadora; com compr. sarcomatoso: adenomastectomia com conservação dos elementos tegumentários se de baixa malignidade. carcinoma: excisão.

HIRSUTISMO

Diagnóstico

Interessa averiguar, na anamnese, as características raciais e familiares, bem como aquilatar os fatores iatrogênicos, no que se refere à medicação utilizada pela mãe durante a gravidez e medicação usada pela adolescente. Deve-se também procurar relacionar o início do sintoma com a menarca e também os sintomas correlatos (acne, seborréia, alopecia, obesidade), a evolução e o ciclo dos sintomas.

No exame físico deve-se medir a pressão arterial, caracterizar a implantação do couro cabeludo, avaliar o grau de seborréia, da alopecia e do acne. O grau de hirsutismo pode ser escalonado, interessando utilizar, por exemplo, a Escala de Ferriman & Gallwey.

Avaliação Clínica do Hirsutismo - escala de Ferriman & Gallwey.

Existem nove zonas onde o pelo é hormônio-dependente. Avaliam-se as zonas, especificadas na escala.

para cada zona:.....2 pontos: leve ou mínimo

3 pontos: moderado

4 pontos: intenso

soma das áreas: igual ou maior do que 80 = **HIRSUTISMO**

Avaliação Clínica do Acne

leve:superficial grau I (não deixa cicatriz)

moderado: grau II (papuloso, pustuloso)

profundo:.....grave grau IV (cicatriz, nodular, flegmão)

Avaliação Clínica da Seborréia

1. epiderme com espessura aumentada

2. orifícios pilosebáceos dilatados

leve3. secreção sebácea aumentada

.....4. comedões

moderada.....eczemátide seborréia

grave1. alopecia sebácea seborréia

2. acne

Avaliação Clínica da Alopecia

leve1. diminuição global do cabelo

2. retrocesso em áreas frontais

moderada.....1. retrocesso em áreas fronto-parietais

intensa.....1. afinamento do talo piloso

2. aumento da seborréia no couro cabeludo

Com relação ao exame ginecológico interessa caracterizar o peso, a altura e o crescimento nas etapas prévias da vida: os caracteres sexuais secundários, a menarca e o período de tempo decorrido até a manifestação dos sintomas, o tipo menstrual e sua evolução.

CLASSIFICAÇÃO CAUSAL DO HIRSUTISMO

1. Causas não androgênio-dependentes

- genéticas
 - ◆ raciais
 - ◆ familiares
- fisiológicas
- puberdade
- gravidez
- menopausa
- endócrinas
 - ◆ hipotireoidismo
 - ◆ acromegalia
- farmacológicas
 - ◆ vários fármacos
- lesões do SNC
 - ◆ traumatismo
 - ◆ encefalite
 - ◆ esclerose múltipla
 - ◆ hiperostose frontal interna
- congênitas
 - ◆ trissomias
 - ◆ síndrome de De Lange
 - ◆ síndrome de Hurler
- porfiria
- hirsutomas
- síndrome de Achard-Thiers

2. Causas androgênio-dependentes

- ovarianas
- síndrome dos ovários micro-policísticos
 - ◆ hipertecose
 - ◆ hiperplasia das células do hilo
 - ◆ disgenesia gonadal pura
 - ◆ disgenesia gonadal mista
 - ◆ tumores virilizantes
 - ◆ arrenoblastoma
 - ◆ das células do hilo
 - ◆ das células lipóides
- suprarrenal
 - ◆ hipersuprarrenalismo congênito
 - ◆ adenocarcinoma

A investigação, bem como o tratamento dos casos de hirsutismo patológico, deve ser realizada em unidades ginecológicas especializadas.

**DESENVOLVIMENTO
PSICOLÓGICO
DO ADOLESCENTE**

DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO DO ADOLESCENTE

Como este é um campo de pouca ou nenhuma tradição de abordagem no nível primário de saúde, existe a necessidade de introdução de alguns conceitos e fundamentos que suportem uma proposta de sua avaliação, mesmo que seja ainda preliminar.

Entende-se por desenvolvimento psicossocial a capacidade de aquisição progressiva do ser humano de interagir com seu meio ambiente.

Este processo se inicia com o nascimento e termina com a idade adulta embora, com maior precisão, possa se dizer que só termina com a morte, pois a aptidão para crescer e amadurecer particularmente na área social é inesgotável.

Embora não se possa negar a importância dos fatores sócio-culturais nos fenômenos expressivos desta faixa etária, ela é caracterizada pela chamada Síndrome da Adolescência Normal

Este período, como todo fenômeno de vida, se exterioriza dentro do marco sócio-cultural em que se desenvolve.

Assim, a adolescência deve ser considerada como um fenômeno específico dentro do desenvolvimento humano, mas que se expressa de acordo com circunstâncias de ordem geográfica, temporal e sócio-cultural.

O elemento sócio-cultural influi, portanto, nas manifestações da adolescência mas por trás dessa expressão sócio-cultural, existem princípios biopsicológicos fundamentais, que dão ao fenômeno características universais.

As manifestações externas de conduta são, culturalmente, diferentes. Porém, o psicodinamismo e a base do comportamento são os mesmos.

No desenvolvimento emocional do adolescente, o objetivo final é a criação de sua própria identidade, que se processa através da interação do mundo interno com o externo. No dinamismo para formar sua própria identidade há necessidade de elaboração, pelo adolescente e pelos pais, de perdas que são denominadas lutos. São 3 (três) os principais lutos.

- Luto pela perda do corpo infantil - aceitação das transformações corporais, o controle dos impulsos de sua sexualidade, a perda da "bissexualidade" infantil. Aqui, é importante lembrar que maturação tem função exploratória e preparatória para o exercício genital
- Luto pela perda dos pais da infância - a transposição da dependência infantil para a independência do adulto. Leva a sentimento de culpa do adolescente que, por muitas vezes, por encontrar-se "decepcionado" com os pais idealizados na infância, transforma a culpa em agressividade em relação aos mesmos. Tanto os adolescentes, quanto seus pais

desejam e temem o crescimento, a maturação sexual e as responsabilidades. O adolescente passa a ser crítico e a questionar seus pais, e busca figuras de identificação fora do âmbito familiar. Tais atitudes são necessárias no processo de sociabilização.

- Luto pela perda da identidade e do papel infantil - na dificuldade em definir-se como criança ou como adulto, o adolescente busca apoio do grupo, onde procura novas identificações. Passa a assumir diferentes identidades transitórias, ocasionais ou circunstanciais, no sentido de entender sua intimidade, e dessa forma, poder desenhar sua própria identidade.

No processo de resolução desses 3 (três) principais lutos, o adolescente passa a apresentar características de comportamento que são agrupadas, formando o que chamamos de "Síndrome da Adolescência Normal".

Características comportamentais na "Síndrome da Adolescência Normal"

1. Busca de si mesmo e da identidade adulta - momentos de isolamento para entender sua intimidade.
2. Tendência grupal - processo de afastamento dos pais, substituindo-os por grupos, passo intermediário no mundo externo.
3. Necessidade de intelectualizar e fantasiar - elaboração do luto pela perda da identidade infantil.
4. Crises religiosas, variando do total ateísmo a comportamentos religiosos de extremo fanatismo.
5. Deslocação temporal - as urgências são enormes e, às vezes, as postergações são aparentemente irracionais. A necessidade imediata de uma roupa nova ou a postergação do estudo, pois, "eu tenho tempo, a prova é somente amanhã".
6. Evolução sexual do auto-erotismo até a heterossexualidade - oscilação permanente entre a atividade de caráter masturbatório e o começo do exercício genital aceitando sua genitalidade; o adolescente inicia a busca do parceiro de maneira tímida, mas intensa. Começam os contatos superficiais, os carinhos - cada vez mais profundos e mais íntimos - que enchem a sua vida sexual.
7. Atitude social reivindicatória - a sociedade impõe restrições à vida do adolescente que, por sua força, sua atividade e poder reestruturador da sua personalidade, tenta modificar a sociedade, ao mesmo tempo que visa constantes modificações internas. Grande parte das frustrações pela perda dos pais da infância projeta-se no mundo externo.
8. Contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta - só o adolescente mentalmente doente poderá mostrar rigidez na conduta. As contradições facilitam a elaboração dos lutos e caracterizam a identidade adolescente.
9. Separação progressiva dos pais - o afastamento dos pais é necessário para que o adolescente encontre identidades diferentes e seja capaz de formar sua própria personalidade. Além disso, o aparecimento da capacidade executora da genitalidade impõe a separação dos pais.
10. Constantes flutuações de humor e estado de ânimo - os fenômenos de depressão e luto acompanham o processo identificatório. A quantidade e qualidade da elaboração dos lutos determinarão a intensidade da expressão dos sentimentos. Quando elabora e supera os lutos, pode projetar-se. As mudanças de humor são típicas e é preciso entender a base dos mecanismos de projeção e de luto.

A avaliação do desenvolvimento psicossocial do adolescente, de uma maneira preliminar na consulta clínica, deve ser feita qualquer que seja a causa da consulta. As informações colhidas na história clínica, e durante todo o contato da 1ª consulta, poderão ser complementadas nas consultas posteriores e em consultas com os familiares. Nesta ocasião, poderão ser detectados

os desvios de normalidade da Síndrome da Adolescência Normal e as chamadas condutas de riscos do adolescente.

No quadro abaixo estão esquematizadas variáveis a serem consideradas nas características comportamentais da Síndrome da Adolescência Normal, que orientam para os desvios desta síndrome.

VARIÁVEIS A CONSIDERAR NA SUSPEITA DE DESVIO DA NORMALIDADE

- Intensidade
- Duração
- Significado regressivo:
 - isolacionismo
 - abandono da escola e dos esportes
 - desleixo pessoal
 - deterioração do convívio familiar e pessoal
- Polimorfismo:
 - manifestações psicopatológicas caracterizadas por conduta agressiva e outras condutas de risco.

CONDUTAS DE RISCO DO ADOLESCENTE

- Uso e abuso de fumo, álcool e drogas.
- Acidentes de trânsito: dirigir em excesso de velocidade sob o uso de álcool e drogas, apostas de corridas (carro ou moto).
- Atividade sexual: risco de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis.

REFERIR PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL


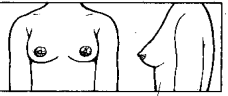

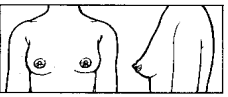



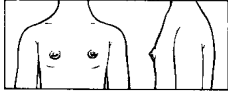

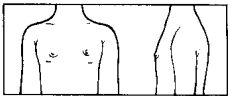
Detalhes e técnicas de abordagem com o adolescente, bem como orientações mais detalhadas estão contidas no Manual de Saúde Mental do Adolescente.

Neste Manual, procura-se destacar a importância de identificação dos principais aspectos da Síndrome da Adolescência Normal, a suspeita de que essas manifestações estejam se desviando da normalidade e a identificação das chamadas condutas de risco do adolescente. Nestas duas últimas condições, encaminhar o adolescente para um profissional de saúde mental da mesma unidade ou, se não existir, referir para unidades de maior complexidade.

ANEXO II

AVALIAÇÃO DA MATURAÇÃO SEXUAL EM ADOLESCENTE DO SEXO FEMININO

Estágios de desenvolvimento mamário e pêlos pubianos

<p>NOME _____</p> <p>DATA DE NASCIMENTO _____</p>	<p>V ESTÁGIO</p> <p>Data do Exame _____</p> <p>Pêlos pubianos do tipo adulto.</p>  <p>Mama adulta, aréola no mesmo contorno da mama.</p> 
<p>IV ESTÁGIO</p> <p>Data do Exame _____</p> <p>Os pêlos pubianos são do tipo adulto, porém com distribuição central, não chegando à raiz da coxa.</p> <p>Aréola e mamilo formam elevação e contorno separados da mama.</p>	 
<p>III ESTÁGIO</p> <p>Data do Exame _____</p> <p>Os pêlos pubianos se tornam escuros, encaracolados, espessos, e em maior quantidade.</p> <p>Aumento geral da mama com elevação da aréola.</p>	 
 	<p>II ESTÁGIO</p> <p>Data do Exame _____</p> <p>Crescimento de pêlos pubianos claros, lisos e finos ao lado dos grandes lábios.</p> <p>Broto mamário pequeno, elevação circunscrita à área da aréola.</p>
 	<p>I ESTÁGIO</p> <p>Data do Exame _____</p> <p>Não existe pilosidade pubiana verdadeira.</p> <p>Mama pré-puberal infantil, aspecto plano.</p>

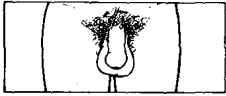
Fonte: J.M. Tanner, Growth at Adolescem. 2d., Oxford: Blackwell, 1962

ANEXO III
AVALIAÇÃO DA MATUREZA SEXUAL EM ADOLESCENTE DO SEXO
MASCULINO

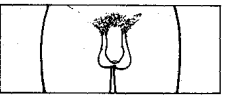
Estágios de pêlos pubianos/Tamanho do pênis

NOME _____
DATA DE NASCIMENTO _____

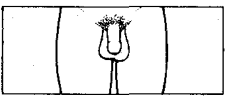
V ESTÁGIO
Data do Exame _____
Genitais e pêlos pubianos compatíveis com o adulto.




IV ESTÁGIO
Data do Exame _____
O pênis aumenta de tamanho e a pele escrotal se torna escura. Os pêlos já com características adultas, porém com área limitada, não alcançando a raiz da coxa.




III ESTÁGIO
Data do Exame _____
Aumento do volume testicular e alongamento do pênis. Os pêlos tornam-se espessos, escuros e encaracolados, com aumento de quantidade.



II ESTÁGIO
Data do Exame _____
Aumento do volume testicular, pele escrotal mais espessa e com mudança de coloração. Não há crescimento do pênis. Há crescimento esparso de pêlos finos, claros, principalmente na base do pênis.



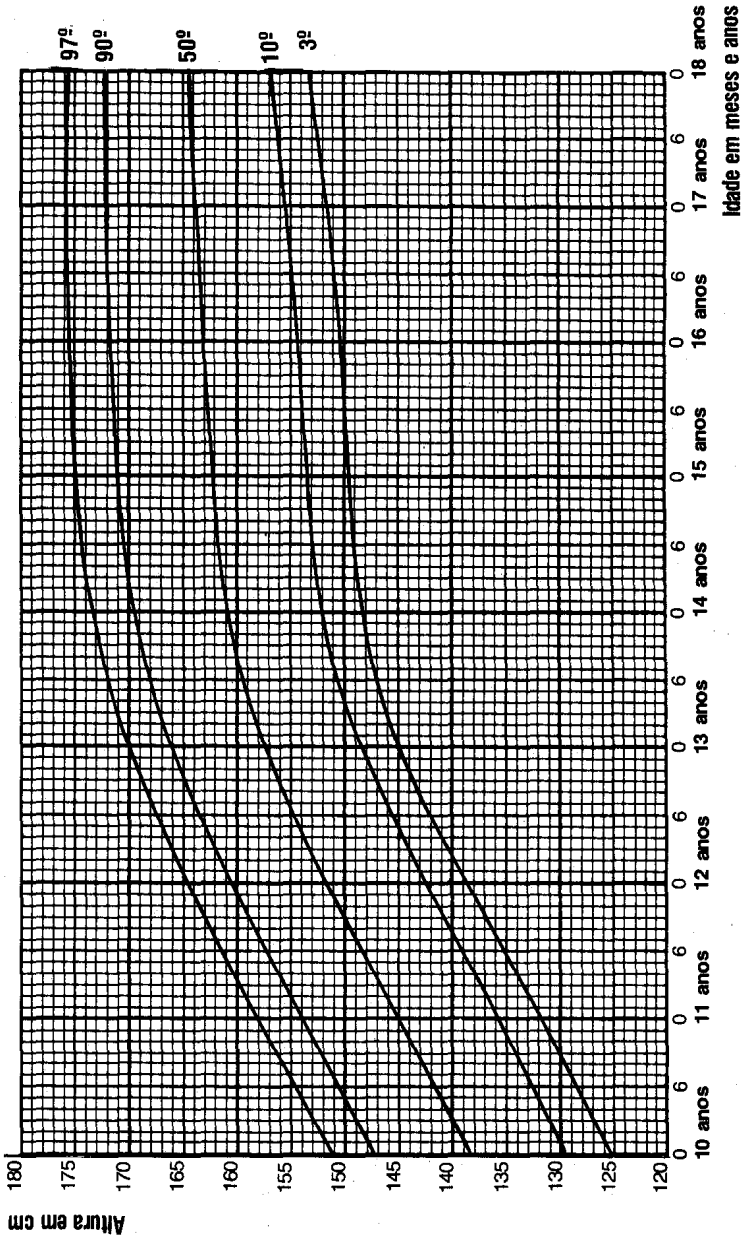
I ESTÁGIO
Data do Exame _____
Tamanho dos testículos e do pênis com características infantis. Não existe pilosidade pubiana.



Fonte: J.M. Tanner, Grornth at Adolescent, 2d ed., Oxford: Blackwell, 1962,

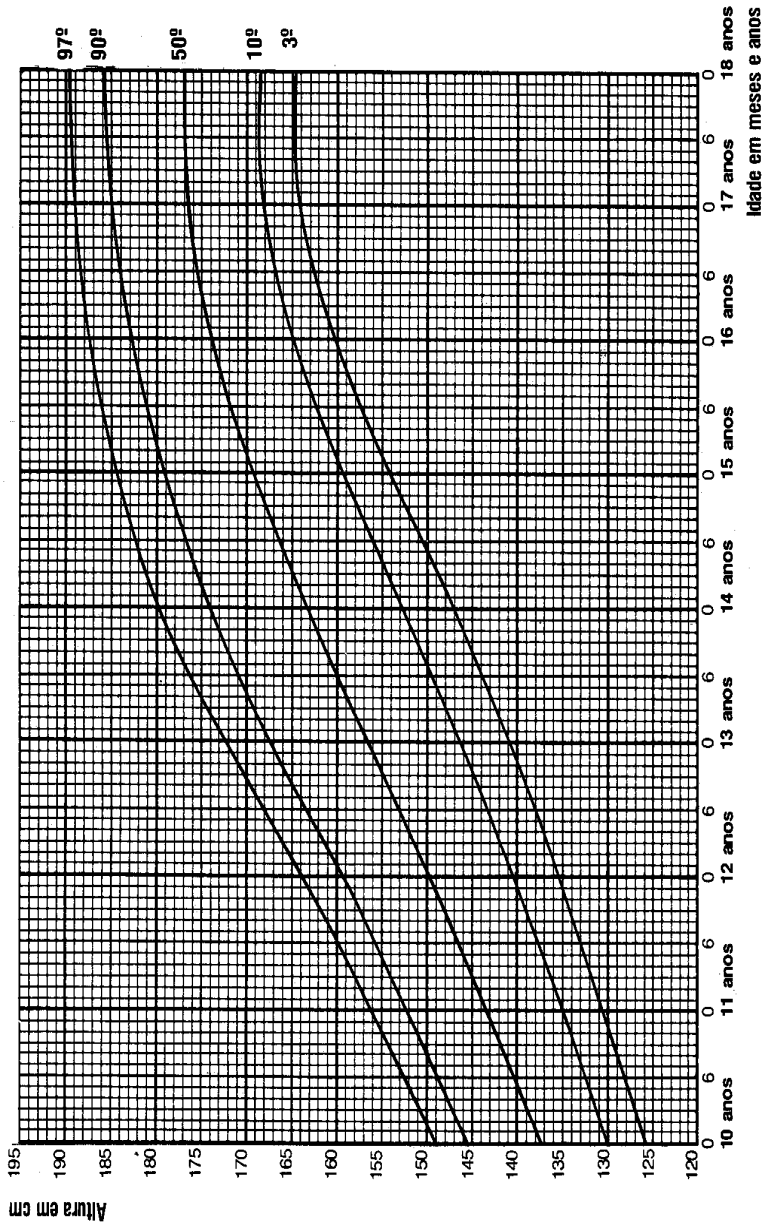
ANEXO IV

CURVAS DE CRESCIMENTO ALTURA/IDADE - ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO DE 10 A 18 ANOS
(PADRÃO NCHS)



ANEXO V

CURVAS DE CRESCIMENTO ALTURA/IDADE - ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO DE 10 A 18 ANOS
(PADRÃO NCHS)



ANEXO VI

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DA MATUREZA SEXUAL

CARACTERES SEXUAIS SECUNDARIOS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE TANNER	DIAGNOSTICO	CONDUTA
Surgimento do broto mamário e pelos pubianos 13 e 18 anos no sexo feminino	Adolescente com puberdade normal	Acompanhar semestralmente
Aumento do volume testicular (diâmetro igual ou maior que 3cms) e pêlos pubianos entre 9 e 14 anos no sexo masculino	Adolescente com puberdade normal	Acompanhar semestralmente
Ausência de caracteres sexuais secundários: – No sexo feminino com mais de 13 anos – No sexo masculino com mais de 14 anos	Puberdade tardia	Referir para serviço especializado
Presença de caracteres sexuais secundários: – No sexo feminino com menos de 8 anos – No sexo masculino com menos de 9 anos.	Puberdade Precoce	Referir para serviço especializado imediatamente.

ANEXO VII

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO CRESCIMENTO ESTATURAL (padrão NCHS)

ALTURA	DIAGNÓSTICO	CONDUTA	OBSERVAÇÃO
Altura para idade entre os percentis 10 e 97.	Adolescente normal do ponto de vista estrutural	Acompanhar o canal de crescimento estatural de 6 em 6 meses.	Todo adolescente normal deve seguir seu canal de crescimento, caracterizando o ritmo normal do seu pico de crescimento puberal, quando a aceleração do crescimento não significa anormalidade. Fora destas circunstâncias, qualquer aceleração em estatura (desvio do canal) chama atenção para patologias, devendo ser referido para investigação imediatamente.
Altura para idade entre os percentis 10 e 3.	Adolescente na faixa do risco para déficit estatural.	Investigar patologias crônicas: desnutrição, parasitoses, infecções urinárias, cardiopatias congênitas e história familiar de baixa estatura. Fazer orientação alimentar. Tratar as intercorrências. Acompanhar trimestralmente ou em prazo mais curto, se necessário.	
Altura para idade abaixo do percentil 3	Adolescente com baixa estatura.	Deverá ser referido para esclarecimento diagnóstico, especialmente aqueles que não tiveram passado de desnutrição, infecção crônica, história familiar de baixa estatura e estiverem muito abaixo do percentil 3 na curva de altura para idade e essa tendência permanece ou tende a aumentar.	
Altura para idade acima do percentil 97.	Adolescente com alta estatura.	A alta estatura deverá ser referida para esclarecimento diagnóstico, sobretudo se não há história familiar.	

OBS.: A avaliação do estado nutricional dos adolescentes fica a critério de cada serviço, até que o Ministério da Saúde encerre a análise dos dados do PNSN para então selecionar um indicador para avaliar a nutrição do adolescente.

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes

Coordenação: Dolores Ortiz	- OPAS
Albertina Duarte Takiuti	- SES/SP
Darci Vieira da Silva Bonetto	- SES/PR
Maria Helena Ruzany	- UERJ/RJ
Soma Maria Tavares de Albuquerque	- UF/PE
Valdi Craveiro Bezerra	- UnB/Bsb
Wilma Izidoro da Silva	- INAMPS/PR

Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento do Adolescente Desenvolvimento Psicológico do Adolescente

Coordenação: Zuleika Portela Albuquerque	- OPAS
Anita Coli	- FMUSP/SP
Helena Pimentel	- UFRJ/RJ
Maria de Fátima J. Coutinho	- UFRJ/RJ
Marilúcia Rocha de A. Picanço	- UnB/BsB
Rita Cavalcanti Brasil	- UFRJ/RJ
Verônica Coates	- Fac. Medicina da Santa Casa/SP

Distúrbios da Puberdade

Coordenação: Cláudio Bernardo Pedrosa de Freitas	- UnB/DF
Enrique Rivero Ortiz	- COMIN/MS
Horácio Toro	- OPAS
Ivo Behle	-RS
José Ferreira Nobre Formiga Filho	- COMIN/MS
Magda Loureiro Motta	- SP

Revisão

Julio Marcos Brunacci	- COMIN/MS
Maria Thereza Gonçalves de Freitas	- COMIN/MS

