

O ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Almir de Castro Neves Filho

Departamento de Saúde Materno Infantil, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará

Introdução

A faixa etária que corresponde à adolescência – 10 a 20 anos incompletos de idade, segundo a Organização Mundial da Saúde – vem progressivamente ganhando espaço na mídia e nas discussões sobre estratégias de promoção e prevenção em saúde. No entanto, tal privilégio não foi conseguido “por bem”. O envolvimento dos jovens com drogas, marginalidade, mortes violentas, AIDS e o aumento alarmante de gestações na adolescência vêm mobilizando não só os serviços de saúde, mas todos os segmentos da sociedade.

Surge então um fato novo, curioso e preocupante: na medida em que se pretende atrair os jovens para as instituições e serviços de saúde, constata-se que estes, assim como os profissionais, não estão familiarizados e nem habilitados para a atividade proposta, qual seja, a assistência integral à saúde do adolescente.

Falta de privacidade, instalações inadequadas, ambientes em que se misturam as mais diversas faixas etárias, decorações infantis, macas de tamanho pequeno...

Consultas rápidas, interrupções freqüentes, telefonemas, atitudes paternalistas, irritação, pressa, desrespeito ao pudor do jovem...

Em suma, tanto por parte das instituições como dos profissionais, não parece existir afinidade com as expectativas e necessidades dos adolescentes, gerando constrangimento e o conseqüente afastamento do paciente do serviço.

Por outro lado, o sistema de saúde vigente não capta o adolescente por este estar em uma etapa de vida em que são pouco freqüentes as doenças. Talvez por isso os profissionais de saúde tenham perdido tanto o contato com os adolescentes: foram formados para cuidar de doentes, e os serviços para acolher doentes. O adolescente, via de regra, é “irritantemente” saudável.

No entanto, há muito que ser feito. Em um ambiente adequado, bem recebidos por profissionais acolhedores, que gostem genuinamente dos adolescentes, capacitados e, fundamentalmente, com a própria adolescência resolvida, veremos os jovens externarem suas preocupações com corpos que se esticam e mudanças bruscas em áreas antes tão pouco exploradas. Observaremos que os motivos que os trazem às consultas raramente são aqueles verbalizados de início. Contataremos também que alguns eventos absolutamente normais e esperados promovem ansiedade e sofrimento, não raro desajustes e alterações na dinâmica familiar.

A adolescência não é uma via de mão única. Os adultos em geral não estão suficientemente instrumentalizados para lidar com as mobilizações advindas das manifestações adolescentes. Podem exitar em descer da posição de “superpais”, podem não estar conscientes de que os jovens lhes provocam sensações de envelhecimento e insegurança, podem estranhar quando os sonhos dos filhos não coincidirem com os planos, ou lutar com todas as forças contra a separação definitiva e inevitável ao final desta etapa.

A adolescência é uma fase da vida extremamente mobilizante, da qual todas as pessoas guardam recordações. Infelizmente, vem se popularizando entre os adultos, em geral rígidos em suas posições, um jargão para definir o indivíduo nessa fase – “aborrecente”... É praticamente consenso que o jovem é mal humorado, chato, irritante, etc. Seriam defesas?

Conhecer os “aborrecentes” pode ser uma oportunidade de virar a mesa, de obter fontes de motivação em nossas tão atribuladas carreiras, de melhorar o desempenho profissional e desenvolvimento pessoal. Todos os atributos que caracterizam um bom atendimento têm que estar aqui presentes, e são imprescindíveis – empatia, contra-transferência e um grande ouvido são palavras de ordem, condições fundamentais para o contato com essa turma.

Esse capítulo é dedicado aos adolescentes, que são, na verdade, a mola propulsora das mudanças no mundo, sempre, a princípio, incompreendidos e incompreendidas (Neves Filho, 2001).

João é um rapaz de 13 anos, que há mais ou menos 3 meses está retraído, isolado e sem querer conversa. Brincava com os amigos, mas a mãe refere que desde que seu corpo está com características femininas – seu peito está aumentado e dolorido – não tem mais saído. Relaciona este fenômeno com o fato de João passar muito tempo no banheiro ou sozinho no quarto, onde ela acha que ele se masturba. O pai, homem rude e explosivo, tem freqüentes atritos com João e agride verbalmente o filho.

Trazido à consulta, ao sentir-se à vontade, o rapaz confessa estar se masturbando com freqüência e pergunta se é esta a causa do crescimento das mamas. Apresentava peso e altura entre os percentis 25 e 50 nos gráficos do NCHS e estágios G3 e P4 de Tanner. O crescimento das mamas era bilateral, de pequeno volume.

Pare!

Observe como as demandas adolescentes desconcertam o profissional de saúde por não se apresentarem da forma clássica: doença. E como acontecimentos absolutamente benignos, transitórios, esperados e previsíveis podem alterar a dinâmica familiar, principalmente diante da falta de informações de qualidade.

O atendimento

Há cerca de 30 anos vêm sendo implementados programas de atenção ao adolescente no Brasil, contemplando um grupo de indivíduos que, por apresentar características próprias e marcantes, permanecia à margem das ações de saúde. Nesta parcela da população é notório o aumento de problemas potencialmente evitáveis através de medidas de promoção de saúde e prevenção de acidentes e agravos. Portanto, parece claro a importância da inclusão de medidas preventivas como componente fundamental da prática assistencial (Grossman, Ruzany & Taquette, 2001).

Acolhimento

A recepção dos jovens no serviço de saúde deve refletir a disposição de realmente proporcionar bom atendimento, com cordialidade e compreensão. O paciente adolescente apresenta peculiaridades próprias, como a diferença de comportamento entre um e outro indivíduo, ou a variabilidade de conduta da mesma pessoa em diferentes etapas. Uma

acolhida hostil ou excesso de empecilhos burocráticos afastam o paciente, que já encontra dificuldade em respeitar os horários e datas de agendamento. É fundamental que todos os componentes da equipe de Saúde da Família ou da Unidade Básica estejam sensibilizados e familiarizados com o “jeito” adolescente.

Várias atividades podem ser desenvolvidas na sala de espera, que pode contar com material educativo – livros, revistas, vídeos, programas de informática – que permite o reforço de informações de qualidade. Questionários podem ser utilizados para adiantar a coleta de dados, e para dar oportunidade ao paciente de se expressar escrevendo, o que às vezes diminui o embaraço para falar de alguns assuntos. Devem ser garantidos ao adolescente ambiente adequado, privacidade e a oportunidade de, após a entrevista acompanhado dos pais ou responsáveis, permanecer a sós com o profissional onde o sigilo das informações esteja assegurado (Grossman, Ruzany & Taquette, 2001).

Ações preventivas

A Associação Médica Americana (1997) preconiza que as visitas de rotina dos adolescentes aos serviços de saúde constituem oportunidades ímpares para:

- reforçar mensagens de promoção de saúde
- identificar adolescentes e jovens que estejam sujeitos a comportamentos de risco
- promover imunização adequada
- desenvolver vínculos que favoreçam um diálogo aberto sobre questões de saúde.

É de suma importância conseguir um “salto de qualidade” em relação à visão de saúde do adolescente: fazer com que se tornem ativamente participantes nas decisões pertinentes aos cuidados de saúde. Para atingir esta meta, é necessário esclarecer o paciente sobre vários pontos:

- crescimento físico
- desenvolvimento psicossocial e sexual
- alimentação saudável e prevenção das “doenças degenerativas da humanidade” (hipertensão, diabetes, enfarte em jovem, hipercolesterolemia, obesidade, constipação intestinal, câncer de cólons e reto, osteoporose, alergias)
- atividade física aeróbica e regular (além de coadjuvante da saúde em geral, exerce papel como fator de socialização)
- prevenção de acidentes de trânsito e situações de violência
- uso de cigarros, álcool, drogas, anabolizantes e remédios em geral
- práticas sexuais responsáveis e seguras
- cuidados com a saúde oral (Ruzany & Swarcwald, 2000; Saito, 2001).

É de interesse a adoção da classificação da adolescência pela Organização Mundial da Saúde, com fins didáticos e para direcionar melhor os tipos de atividades e mensagens educativas. Três grupos de adolescentes apresentam características bastante distintas no atendimento:

- 10 a 14 anos, adolescência inicial
- 15 a 16 anos, adolescência média
- 17 a 19 anos, adolescência tardia (Souza, 1979).

Em geral, há necessidade de captação da população adolescente da área de abrangência da equipe, que deve explorar o cadastramento das famílias e propor atendimento sistemático – “puericultura de adolescentes” – a partir de 10 anos de idade. Tal iniciativa permite o estabelecimento de vínculo com o paciente e sua família, além da programação de atividades variadas, como grupos informativos, palestras, grupos de discussão, contatos com a escola e mobilização comunitária. A procura espontânea pelo serviço de saúde é maior pelos adolescentes mais jovens, em geral trazidos pelos pais. As mulheres em busca de assistência ginecológica ou obstétrica dividem com este grupo a maior demanda. Queixas comportamentais (trazidas pelos pais) e relativas à sexualidade (verbalizadas pelos pacientes, quando à vontade) são mais frequentes que as queixas orgânicas.

Em relação às características físicas, também três tipos de jovens se apresentarão nas consultas:

- adolescentes em fase de crescimento lento, cerca de 5 a 7 cm/ano e 2 a 3 kg/ano, que ainda não entraram no estirão esquelético
- adolescentes em fase de crescimento rápido, em geral desproporcionados, desarmônicos, nos quais predomina o crescimento ósseo acelerado
- adolescentes em fase de desaceleração do crescimento até a parada final (Souza, 1979; Barros & Coutinho, 2001).

O atendimento clínico

O atendimento clínico do adolescente comporta dois momentos distintos – a princípio, a entrevista é realizada com o paciente e seus acompanhantes, que normalmente apresentam o motivo da consulta e fornecem informações sobre a vida pregressa do jovem e condições de vida em geral; em seguida, o atendimento é realizado apenas com o paciente, quando é interessante confrontar as colocações dos pais com a visão do principal interessado, e proporcionar momento propício para a elucidação de assuntos sigilosos ou causadores de apreensão por parte do adolescente.

Léo é um rapaz saudável e comunicativo, de 17 anos, excelente atleta com ótima compleição física. As únicas visitas ao serviço de saúde foram por apresentar episodicamente azia e queimação retroesternal, e freqüentemente sintomas nasais compatíveis com rinite alérgica. Não realiza tratamento para nenhuma das duas condições e nunca realizou investigação destes problemas. Apresentou queixa de aperto no peito de início há 5 dias, limitando a respiração. Seu melhor amigo apresentou há pouco tempo um episódio de arritmia com baixo débito, e realizou há mais ou menos quinze anos correção de uma comunicação interventricular com sucesso. Léo, ao ser atendido, relatou um trauma torácico durante uma partida de futebol quinze dias antes, e seu diagnóstico foi firmado como osteocondrite de costela. Apesar de ter realizado corretamente o tratamento sugerido (antiinflamatório sublingual com leite e gelo local), evoluiu com piora durante a madrugada, referindo dor, dormência no ombro esquerdo, sensação de sufocação e dificuldade de respirar. Ao amanhecer, foi trazido à Unidade de

Saúde pelo agente de saúde e pela mãe, ambos assustados, já que, apesar de no início julgarem tratar-se de gases, “parecia ser coisa pior”.

Pare!

Observe que surgem, na adolescência, quadros clínicos em que os sintomas provocam muita ansiedade, e que freqüentemente ocultam a doença de base.

É importante que o profissional de saúde se conheça bem para lidar de forma adequada com a série de mobilizações internas geradas pelo contato com o adolescente, Algumas características são importantes e desejáveis:

- a disponibilidade para ouvir o paciente e sua família, sem autoritarismo, preconceitos, atitudes paternalistas ou julgamentos
- ser capaz de formular questões que estimulem o diálogo, buscando a compreensão e a conciliação
- estar à vontade na abordagem de temas como uso de drogas e sexualidade
- realizar abordagem holística, não se detendo no motivo da consulta ou nas questões puramente orgânicas
- instituir um relacionamento amigável, respeitoso e técnico (Di Loreto, 1979; Grossman, Ruzany & Taquette, 2001).

O exame físico

É o momento mais delicado do atendimento, tanto pelo constrangimento do paciente como pelo desconforto do profissional, o que muitas vezes resulta em um exame incompleto e em oportunidades perdidas no diagnóstico de problemas de saúde (Ruzany, 2000). Explicação prévia do procedimento e abordagem educativa durante o exame costumam ter bom resultado, com o profissional realizando a abordagem por partes, ilustrando com conhecimentos, exemplos e informações, evitando desnudar completamente o paciente. A presença de um componente da equipe do mesmo sexo do paciente muitas vezes é de inestimável valor.

São pontos fundamentais no exame:

- avaliação do estado nutricional
- visão e audição
- pele e mucosas
- estado de saúde bucal
- coluna vertebral
- aferição de medidas antropométricas e sua disposição em gráficos
- estagiamento puberal pelos critérios de Tanner
- sinais vitais e pressão arterial

Voltando ao Léo...

Após atendimento pelo médico da equipe, constatou-se que a ausculta, a pressão arterial, o pulso e o restante do exame físico de Léo estavam normais. Não apresentava febre, tosse, coriza, dispnéia, cianose ou diarreia. Negava problemas emocionais e parecia ansioso e inquieto com o que estava sentindo. O médico então, após medicá-lo com analgésico injetável, solicitou a realização de RX de tórax e eletrocardiograma, que resultaram normais. Léo permaneceu sintomático, pálido, referindo boca seca e náuseas, o que fez com que o médico ministrasse a ele um medicamento procinético por via oral – bromoprida em comprimidos. Após cerca de 30 minutos apresentou progressiva melhora, tendo voltado para casa bastante melhorado 2 horas depois com prescrição de omeprazol comprimidos e dieta. Ficou acertado um retorno à Unidade para reavaliação e investigação posterior.

Registro dos dados

Nas equipes de Saúde da Família o registro das informações pode obedecer protocolos pré-determinados, como o prontuário familiar, ou outro sistema que a Unidade de Saúde possua. Deve-se preservar aqui o que foi garantido por ocasião do atendimento, ou seja, o sigilo das informações que o adolescente desejar, desde que não implique em risco.

Através do apoio da Organização Panamericana de Saúde e do Centro Latinoamericano de Perinatologia*, foi desenvolvido um sistema cujo objetivo principal é melhorar a qualidade da atenção ao adolescente. Consta de formulários para registro de dados de história, exame e evolução. É apoiado por um programa de computação para o processamento das informações. Nos casos de adolescentes grávidas utiliza-se a História Clínica Perinatal.

- postmaster@clap.ops-oms.org
- www.clap.hc.edu.uv

Problemas clínicos

As queixas trazidas pelos adolescentes a um serviço que atende à demanda espontânea são bastante limitadas, em geral. Trata-se de uma faixa etária em que o corpo atinge o máximo de suas potencialidades, resultando em poucas doenças orgânicas. Em geral, o que ocorre na maioria dos serviços é que os ambulatórios assistem às jovens adolescentes na parte ginecológica e obstétrica, e praticamente não têm contato com adolescentes do sexo masculino.

É necessário que se estabeleçam estratégias para captação dos jovens, situação que possibilita a implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. A instituição da “puericultura da adolescência” poderia ser boa opção. A partir, por exemplo, do cadastramento de indivíduos da área de abrangência da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) entre 10 e 20 anos incompletos, um atendimento programado a cada 4 meses (3 meses na época do estirão) possibilitaria o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, formação de grupos informativos, orientações aos pais, detecção precoce de desvios da normalidade e formação de vínculo adequado entre a família, o adolescente e a equipe de saúde. A orientação antecipatória fornece, em geral, conhecimentos e ferramentas para o adequado manejo de situações

geradoras de crise na família, e proporciona condições de enfrentamento de eventos potencialmente patológicos.

O atendimento dos adolescentes se dá em dois momentos distintos: inicialmente com a presença dos acompanhantes (os pais, em geral), e posteriormente com o adolescente sozinho. Na primeira parte surgem queixas relativas a problemas comportamentais. Na segunda parte costumam ser verbalizadas dúvidas em relação à sexualidade e mudanças corporais. Tal fato justifica o despreparo dos serviços de saúde e dos profissionais para o atendimento do indivíduo jovem, formados que foram para receber e atender doentes.

Os problemas clínicos na adolescência podem ser divididos em três grandes grupos: as doenças agudas, as doenças crônicas e as doenças ou situações específicas da idade.

As doenças agudas

As doenças agudas não diferem, em geral, das outras faixas etárias, tendo grande destaque os resfriados e gripes, pela freqüência. É importante destacar as faringoamigdalites, devendo o profissional dispor de critérios adequados para o diagnóstico diferencial entre a etiologia viral e bacteriana, uma vez que o estreptococo é responsável pela doença reumática. Otites e sinusites podem complicar as infecções virais de vias aéreas superiores, na medida em que toda a dinâmica nasal fica alterada, determinando má oxigenação da Trompa de Eustáquio e dos seios da face por congestão dos seus óstios de drenagem, possibilitando a invasão de bactérias habituais da nasofaringe. A mononucleose infecciosa merece atenção e se presta a confusão inicial com a faringoamigdalite estreptocócica, muitas vezes sendo abordada com prescrição de antibióticos. Outro aspecto curioso é notar o deslocamento das ditas doenças comuns da infância (sarampo, rubéola, coqueluche, caxumba) para a adolescência, atualmente a faixa etária susceptível. Em virtude da universalização do Programa Nacional de Imunizações, tais doenças estão incidindo em idades mais avançadas, ocasionando quadro clínico mais intenso e complicações mais freqüentes. Deve ser ressaltada, nos casos de pneumonia, depois dos vírus e do pneumococo, a possibilidade da presença do *Mycoplasma Pneumonie*, microorganismo freqüente nesta idade e que leva ao fracasso terapêuticas padronizadas que não cogitam os macrolídeos como opção.

As doenças crônicas

Nas enfermidades de curso crônico, aquelas que o adolescente traz da infância ou que surgem nesta época, é de boa norma a observação de alguns pontos fundamentais: o estigma da doença crônica, adesão ao tratamento prolongado (disciplina) e a baixa auto-estima do paciente. Faz-se necessário adequado vínculo entre os profissionais de saúde e o adolescente e sua família, para que os objetivos do plano terapêutico sejam atingidos. Obter motivação frente ao tratamento, monitorizá-lo, fornecer farto esclarecimento em relação ao diagnóstico e evolução, proporcionar acompanhamento sistemático e apoio emocional são condições básicas para o seguimento de pacientes com problemas crônicos. Muitas vezes o adolescente necessita da assistência de vários especialistas, mas precisa com a mesma intensidade do profissional de referência, aquele que o orienta e o acompanha do ponto de vista clínico. O médico deve entender o momento delicado que vive o paciente adolescente com doença crônica: a par das transformações corporais intensas e rápidas, que acarretam lutos importantes, a concomitância da "crise da adolescência" com o diagnóstico de afecção de curso crônico sugerindo "crise sobre

crise”. Diabetes mellitus, artrite reumatóide, febre reumática, asma, algumas doenças crônico-degenerativas, síndromes, displasias ósseas, seqüelas de doenças da infância são alguns exemplos de afecções deste grupo.

As doenças específicas da adolescência

Um elenco de situações acomete especificamente o adolescente – são afecções pouco freqüentes em outras faixas etárias, e muitas vezes guardam relação direta com as atividades e acontecimentos típicos desta fase. Acne, apofisites de tração (doença de Osgood-Slatter, entesites), anormalidades do desenvolvimento puberal, dores recidivantes, transtornos alimentares, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, violência, abuso e dependência de drogas são exemplos de demandas que fogem à rotina habitual dos ambulatórios, e que geram sensação de impotência por parte dos profissionais de saúde. Começam a surgir queixas vagas, quadros mal definidos, muitas vezes associados a eventos que acarretam ansiedade e que fogem à rotina, como semana de provas na escola, proximidade do vestibular, viagens, problemas familiares e outros.

É, portanto, necessário e urgente que médicos, enfermeiros e demais componentes da equipe do PSF se familiarizem com estas formas de apresentação, pois estão em posição privilegiada para receber, detectar precocemente sinais de anormalidades, orientar de forma antecipatória, reconhecer acontecimentos típicos deste ciclo de vida, fornecer esclarecimentos e aconselhamento adequados. Profissionais sensibilizados, familiarizados com as demandas dos adolescentes, cientes das mobilizações que o contato com estes pacientes lhes provoca e, fundamentalmente, com as suas próprias adolescências resolvidas, são capazes de constituir pontos de apoio nas vidas de tais pacientes. Contribuem enormemente para a melhoria da qualidade de vida dos jovens, estimulam a reflexão, e proporcionam oportunidades para decisões acertadas em suas vidas (Neves Filho, 2002).

Referências Bibliográficas:

1. ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA., 1997. Guidelines for Adolescent Preventive Services. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med**, Feb, 151(2): 123-8.
2. BARROS, R. R. & COUTINHO, M. F. G. A Consulta do Adolescente. In: Coutinho, M. F. G. & Barros, R. R.; **Adolescência: uma abordagem prática**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
3. Departamento Científico de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria; **Guia de Adolescência**. Ministério da Saúde – Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem, 2001.
4. Di Loreto, O. D. M. Do psiquiatra infantil ao pediatra. In: Murahowschi, **J. Pediatria: diagnóstico+tratamento**. São Paulo, Sarvier:1979.
5. GROSSMAN, E.; RUZANY, M. H. & TAQUETTE, S T., 2001. A consulta do adolescente e jovem. In Ruzany, M. H & Grossman, E. (org.). **A saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades**. Brasília DF: MS (no prelo).
6. Neves Filho, A. C. Adolescentes não são seres de outro planeta. **Rev. Ped. Ceará. Vol. 2 No 3, 2001**.
7. Neves Filho, A. C. Adolescência – problemas clínicos. **Rev. Ped. Ceará. Vol. 3 No 3, 2002**.

8. RUZANY, M.H. & SWARCWALD, C. 2000. Oportunidades Perdidas na Atenção ao Adolescente na América Latina. ***Adolescência Latino Americana*** 2(1): 26-35.
9. SAITO, M. I. Atenção Integral à Saúde do Adolescente. In: Saito, M. I. & Silva, L. E. V.; **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
10. SOUZA, R. P. Abordagem do adolescente. In: SOUZA, R. P., MAAKAROUN, M. F., (Coords.) **Manual de adolescência**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1989. p. 1-7.