

# ADOLESCÊNCIA & SAÚDE

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL

volume 1 ■ número 1 ■ março 2004

REVISTA OFICIAL DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE/UERJ

- > A consulta do adolescente
- > Implantação de um serviço de adolescentes
- > Nutrindo a saúde dos adolescentes: considerações práticas
- > Gravidez na adolescência
- > Dislipidemia no adolescente: fator de risco de aterosclerose na idade adulta? Quando pesquisar?
- > Perda da memória em adolescente de 18 anos

# ADOLESCÊNCIA & SAÚDE

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL EDITADA PELO NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE (NESA) DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ)

## > Universidade do Estado do Rio de Janeiro

**Reitor:** Nival Nunes de Almeida  
**Vice-Reitor:** Ronaldo Martins Lauria

## > Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente

**Diretora:** Maria Helena Ruzany  
**Coordenador da Atenção Terciária:** José Henrique Aquino  
**Coordenadora da Atenção Secundária:** Isabel Cristina Bouzas  
**Coordenadora da Atenção Primária:** Carmen Maria Raymundo

## > Conselho Editorial

**Editora:** Isabel Cristina Bouzas  
**Editora-Científica:** Evelyn Eisenstein  
**Co-Editores:** Andréa Pacheco, Kátia Nogueira  
**Colaboradores:** Celise Meneses, Cláudia Braga, Cláudio Abuassi, Eloisa Grossman, Flávio Stanjzbock, José Augusto Messias, Márcia Soares, Maria Cristina Kuschnir, Marília Mello, Rejane Araújo, Stella Taquette  
**Conselho Consultivo:** Darci Bonneto, Maria de Fátima Coutinho, Maria Teresa Maldonado, Maria Verônica Coates, Simone Assis, Viviane Castelo Branco, Walter Marcondes Filho, Robert Brown (University of Columbia, Ohio, EUA), Richard MacKenzie (University of Los Angeles, Califórnia, EUA), Jane Rees (University of Washington, Seattle, EUA), Irene Jillson (University of Georgetown, Washington, EUA), Marc Jacobson (Children's Hospital, Long Island, NY, EUA), Helena Fonseca (Lisboa, Portugal), Leonor Sasseti (Lisboa, Portugal), David Bennett (Westmead, Sydney, Austrália), Michael Kohn (Parramatta, Austrália), Nicholas Woolfield (Children's Hospital Queensland, Austrália), Rafiq Lockhat (Cidade do Cabo, África do Sul), Sue Bagshaw (Nova Zelândia), Sérgio Buzzini (University of Chapel Hill, EUA)  
**Coordenação editorial (Diagraphic Editora):** Beatriz Couto

A795

Adolescência & saúde  
/ órgão oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente  
HUPE/UERJ. – V. 1, n. 1 (Jan./Mar. 2004) – Rio de Janeiro :  
Diagraphic, 2003  
Trimestral :

Descrição baseada em: V. 1, n. 1 (Jan./Mar. 2004)  
Inclui bibliografia  
ISSN 1679-9941  
1. Adolescentes – Saúde e higiene – Periódicos.  
I. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Núcleo de Estudos da  
Saúde do Adolescente.

03-2487

CDD 613.0433  
CDU 613.96



Núcleo de Estudos da  
Saúde do Adolescente

Boulevard 28 de Setembro 109/fundos  
Pavilhão Floriano Stoffel • Vila Isabel • CEP 20551-030  
Rio de Janeiro-RJ • Tels.: (21) 2587-6570/  
2587-6571 – Fax: (21) 2264-2082  
E-mail: nesa@uerj.br • www.nesa.uerj.br



### DIAGRAPHIC EDITORA

Av. Paulo de Frontin 707 • CEP 20261-241  
Rio de Janeiro-RJ • Telefax: (21) 2502-7405  
e-mail: editora@diagraphic.com.br  
www.diagraphic.com.br



COMERCIALIZAÇÃO E  
CONTATOS MÉDICOS

---

> CARTA DE APRESENTAÇÃO .....	5
> EDITORIAL .....	7
> NOSSA EQUIPE .....	8
> A CONSULTA DO ADOLESCENTE .....	9
<i>Eloísa Grossman; Maria Helena Ruzany; Stella R. Taquette</i>	
> IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE ADOLESCENTES .....	14
<i>Cláudio Abuassi; Andréa Pacheco</i>	
> NUTRINDO A SAÚDE DOS ADOLESCENTES: CONSIDERAÇÕES PRÁTICAS .....	18
<i>Evelyn Eisenstein; Simone Cortes Coelho</i>	
> GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA .....	27
<i>Izabel Bouzas; Ana Teresa Miranda</i>	
> DISLIPIDEMIA NO ADOLESCENTE: FATOR DE RISCO DE ATEROSCLEROSE NA IDADE ADULTA? QUANDO PESQUISAR? .....	31
<i>Rogério Lachtermacher</i>	
> PERDA DA MEMÓRIA EM ADOLESCENTE DE 18 ANOS .....	37
<i>Denise Leite Ocampos; Evelyn Eisenstein</i>	

---

## 'Adolescência & Saúde'

Na estrada da vida temos muitos pontos de transição através dos quais passamos de uma situação para outra. No aspecto evolutivo, caminhamos da infância para a adolescência e daí para a idade adulta e a velhice, se nossa estrada for mais longa. Por sorte, em cada etapa que iniciamos, levamos a bagagem das anteriores. Por isso, quando envelhecemos, trazemos nossa criança e nosso jovem como companheiros de viagem. São eles que nos permitem preservar o encantamento com as novas descobertas, a curiosidade, a alegria de viver, a crença nos ideais, a possibilidade de nos apaixonarmos e muitas outras coisas.

Por certo, em muitos adultos, a criança e o jovem estão esquecidos ou até soterrados por montanhas de amarguras, desilusões, mágoas, decepções, desesperanças, desencenças que se acumulam ao longo da estrada da vida, especialmente quando encontramos os inevitáveis obstáculos e os cortes de planos de viagem. No entanto, mesmo quando esquecidos ou soterrados, nossa criança e nosso jovem não nos abandonam antes do fim da estrada e, a qualquer momento, é possível retomar ou intensificar esse contato tão importante.

Trabalhar com adolescentes é uma oportunidade de convidar nossa criança e nosso jovem para essa aliança no atendimento, em que procuramos nos conectar mais profundamente com a efervescência de vida que caracteriza essa etapa: angústias, incertezas quanto ao futuro, indefinições quanto à identidade do presente e do sentido da vida (quem sou eu, para onde vou, o que estou fazendo aqui?), e também curiosidade, necessidade de expansão, atração pelas descobertas (de si, dos outros, do contexto em que vive, de novas possibilidades).

Sabemos que em épocas de crises e de transições a mudança é inevitável. Em cada uma dessas encruzilhadas da nossa estrada da vida há a oportunidade de descobrir bons caminhos e o risco de nos metermos em becos sem saída. Sabemos que um dos fatores decisivos para que crises e transições sejam vividas como oportunidades ou

como perigos é a qualidade da ajuda que recebemos de quem está à nossa volta: familiares, amigos, profissionais que nos atendem.

O adolescente já não é uma criança e ainda não é um adulto. Há perdas e ganhos, transformações da identidade, do seu modo de ser no mundo. Entre alegrias, tristezas, incertezas e sentimentos de onipotência, esperanças, angústias e busca de sentido para a vida, o adolescente precisa, fundamentalmente, ser ouvido, compreendido e respeitado, para que desenvolva suas habilidades e competências, construindo uma noção mais sólida de cidadania participativa.

Que todos nós, profissionais com o privilégio de atender adolescentes, possamos contar com nossa criança e nosso jovem que nos habitam para fazer boas alianças de trabalho em nossos atendimentos. Que *Adolescência & Saúde*, desde seu nascimento, possa tecer boas idéias e uma grande rede de cooperação entre os profissionais para que todos nós possamos aprimorar a qualidade de nossa atuação.



---

Maria Tereza Maldonado

Mestre em Psicologia pela PUC/RJ; membro da American Family Therapy Academy  
[www.mtmaldonado.com.br](http://www.mtmaldonado.com.br)

## Nossa história

A história do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Nesa/Uerj) inicia-se na década de 1970. Um adolescente internado no serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hospital das Clínicas da Uerj – HC/Uerj), da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj, em pleno pós-operatório de esplenectomia apresenta um quadro súbito de agitação psicomotora e resistência deliberada à atuação da equipe de saúde.

Esse caso, assim como outros envolvendo adolescentes, despertou a atenção de um grupo de profissionais e alunos da Faculdade de Medicina da Uerj para a necessidade de um atendimento diferenciado do adolescente internado.

Em 1974, a Faculdade de Ciências Médicas e o Hospital Universitário Pedro Ernesto destinaram duas enfermarias especificamente para o tratamento de adolescentes internados na faixa de 12 a 20 anos, surgindo assim a Unidade Clínica de Adolescentes (UCA) do HC/Uerj, com uma equipe inovadora, pioneira e idealista, com conceitos de atendimento multidisciplinar e integral à saúde do adolescente.

Esses conceitos nortearam o crescimento de um serviço construído etapa por etapa, baseado no ideal de uma rede assistencial qualitativamente diferenciada e integrada aos diversos setores da sociedade.

As idéias inovadoras dos membros dessa equipe e a busca constante de novas parcerias intra e extra-universitárias (órgãos governamentais, agências financiadoras nacionais e internacionais) permitiram o desenvolvimento de projetos nas áreas de pesquisa, ensino e assistência à saúde do adolescente, com a conseqüente ampliação da atuação do serviço.

Em 1995, a Uerj, através do Conselho Universitário, oficializa esse desenvolvimento criando o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (Nesa), com a missão de desenvolver não só a área assistencial, mas consolidar-se nas áreas de ensino (graduação e pós-graduação), pesquisa e extensão. O Nesa é centro de referência nacional e internacional no treinamento de profissionais de saúde para o atendimento integrado de adolescentes.

Em 2003 inauguramos o programa de pós-graduação em ciências médicas *stricto sensu* (mestrado e doutorado) da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj na área de medicina do adolescente, e novos caminhos foram abertos através de parcerias com empresas privadas que, conscientes da necessidade de sua contribuição para o desenvolvimento de uma sociedade mais saudável, compartilham conosco as mesmas regras de profissionalismo e ética.

A publicação de um periódico científico é uma grande responsabilidade e um novo desafio que o Nesa está assumindo. A *Adolescência e Saúde*, resultado de uma parceria com o laboratório Farmoquímica, é de extrema importância para a integração do Nesa com outros setores da comunidade científica.

A revista permitirá a circulação e a divulgação não só dos nossos conhecimentos e experiências, mas dos de todos os profissionais que trabalham com adolescentes e queiram se juntar a nós nesse longo caminho a percorrer para que os adolescentes do nosso país tenham uma vida saudável.

Este é um momento de comemoração. Gostaríamos de compartilhá-lo com todos aqueles que contribuíram para esta trajetória de mais de 30 anos e dedicar este trabalho aos nossos adolescentes.

---

Isabel Bouzas e equipe

Coordenação da Atenção Secundária do Nesa

# Nossa equipe

NÍVEL SUPERIOR	
Carmen Maria Raymundo	Assistente Social
Fernanda Graneiro Bastos	Assistente Social
Marcia Soares Vieira	Assistente Social
Maria Lúcia Duarte Calazans	Assistente Social
Neidy Márcia de Souza Silva	Assistente Social
Zilah Vieira Meirelles	Assistente Social
Aline Veras Vasconcelos	Cirurgiã-Dentista
Célia Regina de Jesus C. Mathias	Cirurgiã-Dentista
Mario Eliseo Maiztégui Antunez	Cirurgião-Dentista
Luis Claudio Calvert da Matta	Designer Gráfico
Claudia Regina Menezes da Rocha	Enfermeira
Inez Silva de Almeida	Enfermeira
Luciene Cravo	Enfermeira
Rejane Araújo de Souza	Enfermeira
Cristiane Freitas Estrella Salvador	Fisioterapeuta
José da Rocha	Fisioterapeuta
Solange de Araújo Câmara	Fisioterapeuta
Ana Cristina Gomes da Costa Homem	Fonoaudióloga
Claudia Piñeiro Gonzalez	Fonoaudióloga
Marcelle Higino Macedo	Fonoaudióloga
Margareth Attianezi	Fonoaudióloga
Andréa da Silva Pacheco Lopes	Médica
Claudia Braga M. Abadeso Cardoso	Médica – Endocrinologia
Isabel Cristina da Silva Bouzas	Médica – Ginec./Obstetrícia
Luiza Maria Figueira Cromack	Médica – Ginec./Obstetrícia
Regina Abramovitch Katz	Médica – Pediatria
Celise Regina Alves Motta Meneses	Médica – Clínica
Claudio Abuassi	Médico – Clínica
Kátia Telles Nogueira	Médica – Clínica (Alergia)
Vitalina Reis Weiss	Médica – Ginecologia
Yeda Maceira de Almeida Neves	Médica – Oftalmologia
Márcia Lourdes Calixto Mendes	Médica – Otorrinolaringologia
Teresa Cristina dos R. C. Quaglia	Médica – Otorrinolaringologia
Simone Pencak	Médica – Psiquiatria
Carmem Ildes Rodrigues Fróes Asmus	Médica – Saúde Ocupacional
Flávio Roberto Sztajnbock	Médico – Reumatologia
Mariângela Giana de Abreu G. Ribeiro	Nutricionista
Evelyn Eisenstein	Professora-Adjunta
Maria Helena Ruzany	Professora-Adjunta
Sonia Alberti	Professora-Adjunta
Stella Regina Taquette	Professora-Adjunta
Eloisa Grossman	Professora-Assistente
Ernesto Succì	Professor-Assistente
Maria Cristina Caetano Kuschnir	Professora-Assistente
Thelma Teti Toledo	Professora-Assistente
José Henrique Withers Aquino	Professor-Auxiliar
José Augusto da Silva Messias	Professor Titular
Ana Angélica Santos Carvalho	Psicóloga
Dulce Maria Fausto de Castro	Psicóloga

Isadora Severo Garcia	Psicóloga
Marília Mello de Vilhena	Psicóloga
Selma Correia da Silva	Psicóloga
Suyanna Linhales Barker	Psicóloga
Vera Maria Pollo Flores	Psicóloga
Carla Cristina Coelho Augusto Pepe	Sanitarista
NÍVEL MÉDIO	
Aramari Freitas da Silva	Aux. de Enfermagem
Célia Regina Lyra Arnozo	Aux. de Enfermagem
Dino Batista Pereira	Aux. de Enfermagem
Elizabeth Almeida	Aux. de Enfermagem
Elizabeth B. dos Santos Miglietta	Aux. de Enfermagem
Elizabeth da Glória Castedo	Aux. de Enfermagem
Jane do Nascimento Pereira	Aux. de Enfermagem
Jurandir Bonifácio da Silva	Aux. de Enfermagem
Kelly Cristina Oliveira	Aux. de Enfermagem
Luciana Freitas	Aux. de Enfermagem
Maria Cristina Ferreira da Silva	Aux. de Enfermagem
Maria da Glória Romualdo	Aux. de Enfermagem
Maria José Marcelino Zampieri	Aux. de Enfermagem
Maria Xavier Borges Pereira	Aux. de Enfermagem
Maristela Fernandes Teles de Almeida	Aux. de Enfermagem
Marta Regina de Moraes Pires	Aux. de Enfermagem
Rachel Sylvestre dos Reis Filho	Aux. de Enfermagem
Regina Celi Marques Rocha	Aux. de Enfermagem
Rizete Costa	Aux. de Enfermagem
Rosa Maria Rosa de Castro	Aux. de Enfermagem
Rosa Orminda Pereira de Lima	Aux. de Enfermagem
Rosângela da Penha M. de Oliveira	Aux. de Enfermagem
Rosângela Senna de Carvalho	Aux. de Enfermagem
Solange Cabral Macedo	Aux. de Enfermagem
Solange Ferreira da Trindade	Aux. de Enfermagem
Sonia Maria Santos S. Nascimento	Aux. de Enfermagem
Sonia Regina de Souza Guimarães	Aux. de Enfermagem
Suzi da Silva Faria	Aux. de Enfermagem
Vanda Maria de Souza Oliveira	Aux. de Enfermagem
Wallace Ribeiro de Freitas	Aux. de Enfermagem
Zilda de Almeida	Aux. de Enfermagem
Hilde Sant'Anna Cantinho	Recreadora
ÁREA ADMINISTRATIVA	
Kátia da Conceição M. dos Santos	Ag. Adm. Universitária
Kiyoshi Vasconcelos Morita	Ag. Adm. Universitária
Lúcia Helena Abdalla da Silva	Ag. Adm. Universitária
Maria Gorete da Cruz	Ag. Adm. Universitária
Eliane Silva Marreiro	Aux. de Escritório
Maria das Graças Ferreira	Aux. de Serv. Saúde
Fátima Santos da Silva	Insp. Serviços Acadêmicos
João Heráclito da Silva	Insp. Serviços Acadêmicos
Vera Lúcia do Amparo de Souza	Oficial de Zeladoria
Carla Maria Barbosa	Recepcionista

Eloísa Grossman<sup>1</sup>  
Maria Helena Ruzany<sup>2</sup>  
Stella R. Taquette<sup>3</sup>

## A consulta do adolescente

Os adolescentes atravessam um processo dinâmico e complexo de maturação. As transformações corporais, o surgimento de novas habilidades cognitivas e seu novo papel na sociedade são determinantes do questionamento de valores dos adultos que os cercam. Por isso eles se dispõem a novas experiências testando atitudes e situações que podem ameaçar sua saúde presente e futura, como, por exemplo, acidentes, gravidez não-planejada, doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas e distúrbios alimentares.

Embora os programas de atenção ao adolescente já estejam sendo implementados há quase três décadas, observam-se mudanças significativas no perfil de morbimortalidade neste grupo populacional, com aumento de problemas que poderiam ser evitados por medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Diante desse cenário, a alternativa viável e coerente é a modificação da ênfase dos serviços de saúde dirigidos a essa clientela. Os profissionais de saúde devem incluir medidas preventivas como componente fundamental de sua prática assistencial, em vez da atenção estritamente biológica e curativa. A consulta desta clientela nos serviços de saúde deve ter como objetivo, além da prevenção de agravos, o diagnóstico, a monitorização, o tratamento e a reabilitação dos problemas de saúde.

### > A RECEPÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Independentemente da razão que faz com que o adolescente/jovem procure o serviço de saúde, cada visita oferece ao profissional a oportunidade de detectar, refletir e auxiliar na resolução de outras questões distintas do motivo principal da consulta. A entrevista é um exercício de comunicação interpessoal que engloba a comunica-

ção verbal e a não-verbal. Para muito além das palavras, deve-se estar atento a emoções, gestos, tom de voz e expressão facial do cliente.

A acolhida nos serviços deve ser cordial e compreensiva, para que os adolescentes se sintam valorizados e à vontade. Uma acolhida hostil, que impõe uma série de exigências, pode afastá-los, perdendo-se a oportunidade de adesão ao serviço. Pelas características próprias dessa etapa do desenvolvimento, muitas vezes eles têm dificuldades em respeitar os horários e as datas de agendamento, determinando que o serviço construa mecanismos de organização mais flexíveis.

### ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO <

Em geral, os adolescentes preferem uma sala de espera exclusiva para sua utilização nos horários de atendimento. Esse espaço deve ser, acima de tudo, acolhedor, agradável e confortável para os clientes e seus acompanhantes. Isto pressupõe locais amplos, bem ventilados e limpos, adequados para o desenvolvimento de atividades de grupo que podem ter múltiplos objetivos, como apresentação do serviço, integração com a equipe, educação para a saúde e acesso a materiais educativos (livros, revistas, vídeos, programas de informática).

A porta do consultório deve permanecer fechada durante a consulta, para impedir interrupções, e a sala deve ter espaço suficiente para conter mobiliário que permita a entrevista do adoles-

<sup>1</sup>Professora-assistente do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj; médica do Nesa; mestre em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>2</sup>Professora-adjunta da disciplina de Medicina de Adolescentes do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj; diretora do Nesa; doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>3</sup>Professora-adjunta da disciplina de Medicina de Adolescentes do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj; médica do Nesa; doutora em Pediatria pela Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto.



cente e de sua família. A sala de exame deve ser separada do espaço da entrevista, assegurando a privacidade do exame físico.

### > AÇÕES PREVENTIVAS COMO COMPONENTES DA CONSULTA

De acordo com a Associação Médica Americana (1997), as visitas de rotina de adolescentes e jovens e suas famílias aos serviços de saúde configuram-se como oportunidades para:

- 1) reforçar mensagens de promoção de saúde;
- 2) identificar adolescentes e jovens que estejam sujeitos a comportamentos de risco ou que se encontrem em estágios iniciais de distúrbios físicos e/ou emocionais;
- 3) promover imunização adequada;
- 4) desenvolver vínculos que favoreçam um diálogo aberto sobre questões de saúde.

Todos os adolescentes e jovens deverão receber esclarecimentos a respeito de seu crescimento físico e desenvolvimento psicossocial e sexual. Deve ser enfatizada a importância de se tornarem ativamente participantes nas decisões pertinentes aos cuidados de sua saúde.

Na abordagem da prevenção de acidentes de trânsito, deve-se orientar os jovens a não dirigir alcoolizados, nem sob o efeito de substâncias psicoativas, e a sempre usar cinto de segurança.

As vantagens da realização de atividade física regular deverão ser ressaltadas, incluindo seu papel na promoção da saúde física e mental e da socialização, salientando a necessidade do adequado condicionamento físico antes de exercícios ou práticas esportivas.

Os adolescentes deverão receber esclarecimentos sobre cuidados com a saúde oral, hábitos nutricionais adequados, incluindo os benefícios de uma alimentação saudável e da manutenção do peso ideal.

As consultas são momentos privilegiados para o aconselhamento de práticas sexuais responsáveis e seguras. O uso de preservativo deve ser enfatizado como prática indispensável na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de infecção pelo HIV. Esta é também uma oportunidade de esclarecimento de dú-

vidas, de conversar sobre a importância do afeto e do prazer nas relações amorosas e para alertar sobre situações de risco para abuso e/ou exploração sexual.

De acordo com os protocolos de controle de pressão arterial, todos os adolescentes e jovens deverão ter sua pressão arterial aferida anualmente. Aqueles com história familiar de hipercolesterolemia deverão ser investigados com dosagens séricas de colesterol total, bem como os adolescentes que apresentarem múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (fumantes, hipertensos, obesos, diabéticos ou os que consomem dieta rica em gorduras saturadas e colesterol).

O consumo de cigarros, álcool/drogas e anabolizantes deve ser investigado nas consultas para a adoção de medidas preventivas e, se necessário, encaminhamento. Outros assuntos importantes são as dificuldades escolares e no trabalho. Essa abordagem deverá ser desenvolvida de forma criativa, não se revestindo de caráter inquisitivo.

O bom senso determinará a melhor forma de relacionar as inúmeras questões aqui enunciadas, tendo-se a clareza de que não há obrigatoriedade de esgotar todos os tópicos em uma única ocasião.

A utilização de materiais educativos é de grande ajuda no desenvolvimento de ações preventivas. Cabe ressaltar, entretanto, a importância da prévia adequação desses às realidades locais para que se alcancem os objetivos propostos.

### ENTREVISTA/CARACTERÍSTICAS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE <

A entrevista não deve obedecer a formatos rígidos e preconcebidos, já que se trata de um grupo heterogêneo de indivíduos, com características próprias. Especificamente em relação a esse grupo populacional, além das diversidades de cada sujeito, há que se ressaltar aquelas relacionadas à faixa etária de adolescentes mais jovens ou mais velhos, gênero, meio familiar, adolescentes que moram com suas famílias ou não, escolaridade, entre tantas outras.

Não existe um perfil específico de profissional de saúde para o atendimento de adolescentes/

jovens. Algumas características, entretanto, devem ser ressaltadas como muito importantes:

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

## > DINÂMICA DA CONSULTA

Em termos ideais, devem existir dois momentos na consulta: o adolescente sozinho e o adolescente com os familiares/acompanhantes. Entrevistar o adolescente sozinho oferece a oportunidade de estimulá-lo a expor sua percepção sobre o que está acontecendo com ele, e que, de forma progressiva, ele se torne responsável pela própria saúde e pela condução de sua vida. Além disso, esse espaço permite que o adolescente/jovem aborde alguns aspectos sigilosos que o estejam preocupando. A entrevista com a família é fundamental para o entendimento da dinâmica e da estrutura familiar e para a elucidação de detalhes importantes.

O profissional de saúde não deve ficar restrito a obter informações sobre o motivo focal que levou o adolescente ao serviço de saúde, e sim conhecer o cliente como um todo. Isso inclui a avaliação de como ele está se sentindo em relação às mudanças corporais e emocionais pelas quais está passando, seu relacionamento com a família e com seus pares, a forma como utiliza as horas de lazer, suas vivências anteriores no serviço de saúde, expectativas em relação ao atendimento atual e seus planos para o futuro.

É importante salientar que durante a anamnese podem surgir barreiras de comunicação. Além de reconhecê-las e tentar superá-las, o profissional deverá buscar explorar as razões que determinam esse comportamento. Outra situação que deve ser ob-

servada é a possibilidade de o profissional de saúde sentir-se seduzido pelo paciente e vice-versa. O profissional deve ter clareza de seu papel e evitar outros tipos de relacionamento que não o estritamente técnico. Uma alternativa para vencer essas dificuldades é apresentar a situação à equipe e discutir soluções ou encaminhamentos. Nesta oportunidade podem surgir outras opções no manejo do caso, incluindo a possibilidade de referência para outro profissional.

## EXAME FÍSICO <

O exame físico é o procedimento que apresenta o mais elevado grau de dificuldade para o profissional de saúde pouco habilitado. Isso decorre do fato de que, na formação do médico ou do enfermeiro, não existem disciplinas que desenvolvam essa habilidade levando em consideração o desconforto causado ao profissional, pela necessidade de manipulação do corpo de um indivíduo em pleno desenvolvimento físico e sexual e pujança de vida. Dadas essas dificuldades, muitos profissionais optam por não realizar o exame físico completo, resultando em oportunidades perdidas no diagnóstico de problemas de saúde<sup>(5)</sup>.

Uma alternativa para o profissional em formação, ou para aqueles que não se sentem à vontade para proceder ao exame físico, é a participação de outro profissional da equipe como observador durante esse momento da consulta. No caso de o adolescente mostrar-se constrangido com a realização do exame físico, ou se houver algum indício de situações de sedução de ambas as partes, recomenda-se também a presença de um componente da equipe durante o procedimento.

A explicação prévia do que é e de como será realizado o exame físico é importante para tranquilizar o adolescente e diminuir seus temores. Além da ansiedade diante do manuseio do corpo, não raro o adolescente encontra-se ansioso pela perspectiva de achados anormais. Assim, é desejável que o profissional responda a essa expectativa, revelando o que está normal durante a avaliação.

O exame físico deve ser uma oportunidade para o profissional abordar temas educativos com

o cliente em relação a seu corpo, como, por exemplo, através da instrução do auto-exame das mamas e dos testículos. A orientação sobre hábitos higiênicos é também um aspecto importante a ser tratado nesse momento.

Sempre que possível, deve-se realizar o exame físico completo na primeira consulta, incluindo *screening* visual, pesquisa de cáries dentárias, observação cuidadosa de pele e mucosas, exame da coluna vertebral, do aparelho genital, entre outros.

Na realização da consulta clínica, alguns instrumentos são fundamentais para o registro dos dados obtidos no atendimento. Em presença das peculiaridades de um corpo em amadurecimento, a aferição de medidas antropométricas e a disposição dessas em gráficos (National Center for Health Statistics – NCHS), além do estagiamento puberal (critérios de Tanner), são imprescindíveis. Os dados relacionados à anamnese e ao exame físico devem ser registrados em formulários apropriados adotados pelos serviços.

## > SISTEMA INFORMÁTICO DO ADOLESCENTE

Para a sistematização do atendimento ao adolescente foi criado o Sistema Informático do Adolescente\* (SIA) com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e do Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (Clap). Esse sistema tem como principal objetivo melhorar a qualidade da atenção integral aos adolescentes nos serviços de saúde. Além disso, visa a favorecer o conhecimento epidemiológico da população usuária.

O SIA constitui-se de formulários para registro dos dados de história, exame físico e evolução clínica. Esse sistema conta com um programa de computação que facilita o processamento local da informação. Nos casos de atendimento de adolescentes grávidas deve ser utilizada a história clínica perinatal.

Recentemente foi incluído um formulário complementar de saúde reprodutiva. Os dados podem ser registrados por diferentes integrantes da equipe, de acordo com as informações obtidas durante a circulação do cliente no serviço. Para isso há necessidade de boa integração entre os profissionais e sigilo no manuseio do prontuário.

## A EQUIPE DE SAÚDE <

A atenção integral à saúde de adolescentes e jovens requer a participação de profissionais de diversas disciplinas, que devem interagir através de um enfoque interdisciplinar. O atendimento por equipe concentra-se no problema, evitando-se visões fragmentadas apenas de cada especialidade e/ou disciplina.

O trabalho interdisciplinar tem como principal característica a prestação do serviço a uma mesma população através da interconsulta ou referência. Essa atuação, mesmo com uma boa interação entre os componentes da equipe, é realizada de forma independente, às vezes em diferentes locais.

Na atuação em equipe multidisciplinar, o conjunto de profissionais de diferentes disciplinas interage para prestar atendimento ao cliente. Essa integração é feita através de discussões conjuntas, nas quais as decisões são compartilhadas e tomadas dentro das diferentes perspectivas, resultando em uma proposta terapêutica mais eficaz.

## NÍVEIS DE ATENÇÃO <

De acordo com o grau de complexidade, os serviços de saúde classificam-se em três níveis: primário, secundário e terciário. Essa hierarquização é importante para o funcionamento de uma rede de serviços que utiliza um sistema de referência e contra-referência. Para melhor efetividade, o cliente deve transitar entre os níveis de atenção sem perder a continuidade de seu aten-

\*O SIA encontra-se disponível para utilização, via download, no site: [www.clap.hc.edu.uy](http://www.clap.hc.edu.uy). Informações: [postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org).

dimento, o que é garantido através da integração entre os três níveis. A rede de serviços de saúde deve estar organizada em níveis de complexidade crescente, com coordenação adequada entre eles.

### > REPENSANDO UM NOVO PARADIGMA

A equipe pode aproveitar o momento da consulta dos adolescentes e jovens para trocar infor-

mações e perceber as novas tendências da população-alvo. Deve ter em mente que, tratando-se de um contingente em constante mudança, é necessária a preocupação de conhecer o que está em transição e os novos costumes.

Outra questão que muitas vezes os serviços evitam adotar é a participação do cliente na atenção prestada. Com este grupo etário o distanciamento poderá significar a pouca compreensão das normas e condutas, diminuindo a adesão ao serviço, e a baixa cooperação nas atividades planejadas.

---

### > REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Médica Americana. Guidelines for adolescent preventive services. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997 Feb; 151(2): 123-8.
  2. Moreno E, Serrano CV, García LT. Lineamentos para la programación de la salud integral del adolescente. In: Maddaleno M et al. *La salud del adolescente y del joven*. Washington DC: OPS; 1995.
  3. National High Blood Pressure Education Program Working Group. Update on the 1987 Task Force on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics* 1996; 98(4): 649-58.
  4. Neinstein L. The office visit, interview techniques, and recommendations to parents. In: Neinstein L. *Adolescent health care: a practical guide*. 3<sup>rd</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
  5. Ruzany MH, Swarcwald C. Oportunidades perdidas na atenção ao adolescente na América Latina. *Adolescência Latino Americana* 2000; 2(1): 26-35.
-

Cláudio Abuassi<sup>1</sup>  
Andréa Pacheco<sup>2</sup>

## Implantação de um serviço de adolescentes

Em cumprimento à Constituição, promulgada em 5 de outubro de 1988, o Ministério da Saúde oficializou o Programa do Adolescente e apresenta as suas bases programáticas através da Coordenação Materno-Infantil (Comin).

A adolescência, faixa etária entre 10 e 19 anos, é o período da vida caracterizado por intensos crescimento e desenvolvimento, que se manifestam por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Os adolescentes correspondem a 21,84% da população do país, e sua vulnerabilidade aos agravos da saúde, bem como às questões econômicas e sociais, determinam atenção mais específica e abrangente.

É sabido que são, ainda, falhos os registros estatísticos sobre a morbidade desse grupo etário. Porém, a partir de trabalhos publicados, nota-se que a maioria dos adolescentes busca as unidades de saúde com queixas mal definidas englobando, na maioria das vezes, uma problemática psicossocial.

Nos últimos anos tem-se observado que o padrão da estrutura familiar vem experimentando significativas mudanças. Essas mudanças têm atingido e modificado os tradicionais mecanismos de solidariedade familiar, considerados elementos básicos de proteção dos indivíduos e anteparo primário contra as agressões externas e a exclusão social. Os adolescentes brasileiros sofrem o impacto da desestruturação familiar, sociopolítica e econômica por que passa o país, sendo o abandono, a drogadição, os maus-tratos em todas as suas nuances, a prostituição e a criminalidade formas evidentes de grave doença social.

A vulnerabilidade dessa fase de transformação do ser humano e os riscos aos quais está exposto esse grupo populacional na sociedade atual tornam imperiosa a necessidade de implantação de programas com enfoques de integralidade, multidisciplinaridade e intersetorialidade. Esses programas devem fundamentar-se em política de promoção de saúde, identificação de grupos de riscos, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação da saúde do adolescente.

### OBJETIVO

A implantação de um serviço de adolescentes deve-se à necessidade de atender uma faixa etária da população que na verdade fica à margem do atendimento na área de saúde. Hoje em dia, quando uma criança completa 12 anos de idade, recebe alta da pediatria e vai ser assistido na clínica médica de uma forma indiferente e inadequada para essa faixa etária.

Em 2002, o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução nº 1634/2002, determinou que a medicina de adolescentes seja uma área de atuação da pediatria.

O ambulatório deve ser preparado especificamente para o adolescente, não podendo ser decorado com motivos infantis, nem mesmo ser marcado pela indiferença de um ambulatório frio de clínica médica. Deve ser um espaço informativo, com quadro de avisos com matérias atrativas e atuais para adolescentes sobre drogas, sexo, educação, trabalho, família, esporte, etc., e uma sala de espera atuante.

A equipe deve ser formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Todos devem ter formação em algum programa de saúde de adoles-

<sup>1</sup>Médico do Nesa; chefe da Pediatria do Hospital Central Aristarcho Pessoa; diretor de Ensino e Instrução de Saúde da Central de Saúde do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>2</sup>Médica especializada em Medicina de Adolescentes do Nesa; mestranda do curso de Medicina de Adolescentes da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj.

Este artigo é um resumo do trabalho de conclusão do Curso Superior de Comando do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro.

centes. Um local onde pode ser ministrado estágio neste programa é o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, na Uerj.

## > FLUXOGRAMA

Os adolescentes normalmente são encaminhados dos serviços de pediatria, do ambulatório de clínica médica e especialidades, do serviço de pronto atendimento ou chegam por demanda espontânea.

Todo paciente que entrar no serviço, mesmo que seja através de uma especialidade, deverá ter ao menos uma consulta com o médico de adolescente.

Todos os adolescentes e seus familiares, no dia de sua consulta, participarão das atividades da sala de espera.

## > PERSPECTIVA DE ATENDIMENTO

O agendamento médico permitirá a marcação de dois pacientes novos por turno, sete seqüências pela manhã e cinco à tarde. A capacidade de atendimento será de 320 pacientes por mês na área médica. O agendamento da área não-médica ficará a cargo de cada especialidade, de acordo com a atividade a ser desenvolvida.

Para o atendimento ao adolescente, precisa-se de um grupo de profissionais com especialidades diferentes, que dependam umas das outras, para obter o objetivo comum, a saúde do adolescente. A interação entre as diferentes especialidades pode ser feita por intermédio de interconsulta, por sistema de referência e contra-referência. Ou pode ser realizada a consulta no mesmo consultório médico por duas especialidades diferentes.

A atenção à saúde do adolescente, por sua própria natureza biopsicossocial, requer uma equipe de trabalho de profissionais de diferentes disciplinas. Qualquer que seja a profissão de origem, devem-se conhecer as características básicas desta faixa etária, com a disponibilidade para ouvir e sentir, para o trabalho participativo, e estar consciente de sua função dentro do contexto do programa e do compromisso.

Como na maioria dos hospitais dispõe-se das diversas especialidades, pode-se usufruir um parecer no mesmo dia, por meio de uma interconsulta ou do sistema de referência e contra-referência.

A integração da equipe para a discussão dos casos clínicos deve ser realizada diariamente, com todos os membros presentes, no final do atendimento de cada turno, para que possa haver uma melhor condução de cada caso clínico. Esta interação dos membros da equipe, com uma discussão conjunta, com as decisões sendo compartilhadas, resultará na perspectiva de um plano terapêutico mais completo e superior ao que adviria caso cada profissional agisse de forma isolada.

A equipe deverá ser constituída por, pelo menos, dois médicos especializados em medicina de adolescentes, um ginecologista, um psicólogo, um assistente social, um enfermeiro e um nutricionista. Todos deverão ter feito curso de capacitação.

Os horários dos ambulatórios podem ser assim organizados:

- clínica médica – quatro vezes por semana, em dois turnos de atendimento por dia;
- ginecologia – dois turnos por semana;
- psicologia – três vezes por semana, em um turno por dia;
- enfermagem – uma vez por semana;
- serviço social – três vezes por semana, em um turno por dia;
- nutrição – três vezes por semana, em um turno por dia.

## ESTRUTURA DO SERVIÇO: RECURSO MATERIAL E ESPAÇO FÍSICO <

O serviço de adolescentes contará com salas de consulta para o atendimento individualizado a essa faixa etária e uma sala de espera ampla, onde possam ser realizadas atividades educativas.

Um consultório para o atendimento clínico e/ou ginecológico deverá conter:

- mesa ginecológica (podendo ser utilizada para exame clínico);
- um biombo;

- uma balança Filizola para adultos;
- um estadiômetro;
- um aparelho de pressão;
- um orquidômetro;
- um estetoscópio;
- um otoscópio;
- um oftalmoscópio;
- gráficos de peso e estatura e de velocidade de crescimento;
- tabelas com estágio de Tanner;
- fichas de anamnese específicas para ambulatório de adolescente, pedidos de exames, pedidos de parecer, formulários de referência e contra-referência;
- arquivo próprio;
- foco luminoso portátil;
- mobiliário comum de consultório (escrivania com duas gavetas e três cadeiras);
- negatoscópio;
- pia, sabonete líquido e toalhas de papel descartáveis;
- computador com programa específico para medicina de adolescentes.

Uma outra sala, que poderá ser usada por psicologia, serviço social, nutrição e enfermagem, deve conter:

- mesa com duas gavetas e três cadeiras;
- sofá com três lugares (que poderá ser utilizado como divã);
- uma balança Filizola para adultos;
- um estadiômetro;
- computador ligado em rede com a outra sala.

A sala de espera, ampla, arejada, clara, exclusiva para o uso dos adolescentes e acompanhantes, deverá conter:

- cadeiras móveis para a espera da clientela e para serem utilizadas em reuniões de grupo;
- televisão de 20 polegadas, que deverá estar em local privilegiado, para a visão de todos;
- videocassete;
- dois quadros murais de cortiça para se colocar artigos atuais de interesse dessa faixa etária, convocação para reuniões em grupos de adolescentes e/ou familiares e informes sobre sexo, drogas, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, trabalho, Aids, etc.

A sala de espera pode ser definida como uma estratégia de promoção de saúde, que deve ser realizada em qualquer ambiente ambulatorial ou hospitalar, sem se necessitar de tecnologia especializada, bastando para tal o agrupamento de pessoas ou clientes que estão aguardando o atendimento e o profissional que tenha interesse em coordenar este grupo. É um campo de prática e conhecimento do setor de saúde que se tem ocupado mais diretamente da criação de vínculos entre a equipe de saúde e a população.

Os serviços de saúde apresentam uma oportunidade particular de reunir e relacionar grupos populares, podendo-se, a partir deste grupo, criar situações que são exemplificadas por experiências próprias dessa clientela e que podem configurar iniciativas de busca de soluções, por técnicas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico.

As prioridades e os conhecimentos educativos necessários continuam sendo determinados pelo grupo de técnicos, sem se deixar questionar por razões, interesses e saberes da população, só que agora procurando revesti-los de discursos locais ou associando-os a conhecimentos da própria população.

O principal objetivo dessa técnica consiste na transformação do comportamento do indivíduo, focando o seu estilo de vida e localizando-o no núcleo familiar e, no máximo, no ambiente em que se encontram.

A sala de espera acontece diariamente no início de cada turno, com duração variável, podendo ocupar desde um período de 50 minutos até o máximo de 90 minutos em situações em que a discussão mobiliza muito o grupo. É realizada por membros da equipe, normalmente em duplas, podendo alternar assistentes sociais, enfermeiros, médicos, nutricionistas e outras especialidades. Os temas são selecionados pela clientela e variam conforme as situações vivenciadas por essa população. Normalmente surgem assuntos da atualidade, como, por exemplo, eleições, violência, guerra, economia, etc., porém temas mais específicos ligados à adolescência são extremamente solicitados, principalmente uso de drogas, tabagismo e uso de drogas ilícitas, saúde bucal, saúde do adolescente trabalhador, sexualidade, doenças sexualmente trans-

missíveis, Aids, gravidez, contracepção, violência, acidentes, problemas familiares, dificuldade escolar, adolescência em geral, auto-estima, projeto de vida, cidadania, desenvolvimento corporal, etc.

É uma técnica que não se prende a uma tecnologia avançada, podendo ser utilizados materiais simples de exposição, como cartazes, revistas, videocassetes, slides, etc.

O público-alvo é formado por adolescentes que procuram o serviço de saúde e seus acompanhantes, porém é importante ressaltar que, conforme o objetivo do grupo, esse público pode ser separado e trabalhado com temas específicos para cada um.

### > CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

- Primeira etapa – sensibilização do diretor do hospital e do chefe da pediatria quanto à necessidade de implantação de um serviço de adolescentes;
- segunda etapa – sensibilização do diretor do hospital para liberação de verbas para compra de material e construção do espaço físico;
- terceira etapa – concurso para médico com especialização em medicina de adolescentes, gineco-

logista, psicólogo, assistente social, nutricionista, enfermeiro e técnico de enfermagem;

- quarta etapa – curso de sensibilização no Centro de Estudos sobre Medicina de Adolescentes para os profissionais do hospital;
- quinta etapa – divulgação sobre o Ambulatório de Adolescentes, horário de funcionamento e data de inauguração;
- sexta etapa – inauguração do serviço.

### DIRETRIZES <

- Em dois anos, implantar serviço de atenção terciária, reservando um determinado número de leitos para adolescentes;
- no mesmo período de tempo, expandir atendimento ambulatorial para unidades de atenção primária dos serviços adjacentes;
- participar do Comitê de Adolescente da Soperj;
- realizar palestras em comunidades com temas de interesse dos adolescentes e a participação de toda a equipe multidisciplinar;
- apresentar trabalhos científicos nos congressos sobre adolescentes.

### > REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Programa de Saúde do Adolescente: bases programáticas. Brasília; 1996.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Volume 1. Brasília; 1999.
3. Grossman E. O médico de adolescente e seu ofício: reflexões sobre as normas e a prática [dissertação]. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher/Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz; 1995.
4. Kushinir MCC. Adolescentes: sujeitos do risco, indivíduos com medo [dissertação]. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher/Instituto da Criança e da Mulher/Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz; 1996.
5. Miilstein GS. Promotion of the health of adolescents. New York: Oxford University Press; 1993.
6. Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Manual de medicina de la adolescencia. Washington; 1992.
7. Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington; 1985/1995/2002.
8. Pinto SCF. Planejamento físico de unidades de nível secundário. Brasília: Ed. Thesaurus; 1996.
9. Ruzany MH. Projeto de Avaliação do Programa de Saúde do Adolescente do Município do Rio de Janeiro (Prosad/RJ) [Projeto como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.
10. Ruzany MH. Mapa da situação de saúde do adolescente no município do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
11. Saito IS. Adolescência, prevenção e risco. São Paulo: Ed. Actinia; 2001.
12. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Manual de Adolescência. Comitê de Adolescência; 1990.



Evelyn Eisenstein<sup>1</sup>  
Simone Cortes Coelho<sup>2</sup>

## Nutrindo a saúde dos adolescentes: considerações práticas

### > INTRODUÇÃO

Desde os primeiros momentos da vida, a alimentação está entrelaçada com emoções, simbolismos e influências socioeconômicas e culturais. Crescer e se alimentar implica estabelecer relações, fazer escolhas, identificar-se ou não com modelos e valores familiares ou de outras pessoas, adaptar-se bem ou mal aos padrões estabelecidos e conviver com hábitos, horários e diversos estilos de vida. Na adolescência, a necessidade de marcar novas posições ou se desvincular da família pode também se expressar por questões afetivas ou conflitos na área da sexualidade que são transferidos para a alimentação. Comer demais ou não comer pode significar formas inconscientes de satisfazer faltas, recusar controles externos ou estar na moda. E comer fora de casa pode representar uma nova oportunidade de criar amizades, mas também novos modismos alimentares. Enfim, ser diferente e ainda assim ser igual a todos os amigos na procura do aqui e agora, imediatismo característico da adolescência.

Comer bem não é o mesmo que comer muito ou pouco. Cuidar do corpo que cresce é aprender a escolher melhor os alimentos para manter um equilíbrio nutricional entre ganhos e perdas calóricas, com os extras necessários para garantir o aumento da velocidade de crescimento, que é a característica do estirão puberal. As sensações de fome e saciedade e as diferenças entre apetite, gula e voracidade podem servir para estimular a própria curiosidade do adoles-

cente a respeito dos grupos de nutrientes e de como adequar sua rotina para conseguir uma alimentação saudável, balanceada e agradável ao paladar.

Desequilíbrio no balanço entre a ingestão e o gasto de energia nesta fase causa impacto sobre a saúde dos adolescentes e problemas como excesso ou perda de peso, desnutrição aguda e crônica, anorexia nervosa, bulimia nervosa, sobrepeso, obesidade, aterosclerose, hipertensão arterial e aumento do número de recém-nascidos de baixo peso em mães adolescentes.

Os hábitos alimentares e a rotina de exercícios que se formam enquanto o adolescente alcança progressivamente a sua independência podem potencializar ou prejudicar os estilos de vida e de saúde na idade adulta. Desvios nutricionais podem também significar um comportamento de risco e modificar a trajetória da pessoa de saudável para doente; daí ser um problema que deve ser sempre investigado pelo profissional de saúde que lida com os adolescentes e suas famílias.

### MANEJO DA ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL <

Os princípios da orientação nutricional devem ser baseados nos conhecimentos científico e prático das necessidades nutricionais específicas da adolescência e adaptados aos termos compreensíveis da linguagem coloquial que possam ser ensinados para cada adolescente dentro do cotidiano de seu contexto social.

As ferramentas de que se dispõe para avaliar as ingestões alimentares são os formulários onde as ingestões são anotadas durante três ou sete dias, os questionários sobre a frequência de consumo dos alimentos, bem como dados relativos às últimas 24 horas. Cada uma tem suas vantagens e seus

<sup>1</sup>Médica pediatra e clínica de adolescentes; professora-adjunta do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (Nesa); coordenadora de pós-graduação da área de Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); diretora da Clínica de Adolescentes.

<sup>2</sup>Nutricionista; professora do curso de Nutrição e Nutrologia da pós-graduação da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e membro da equipe da Metaclínica e Clínica de Adolescentes.

inconvenientes. Os dados relativos às últimas 24 horas fornecem uma estimativa bastante boa das ingestões energéticas, podem ser facilmente utilizados na ocasião da consulta, mas não oferecem, evidentemente, informação sobre a variedade de um dia para o outro e dependem da capacidade de recordar dos alimentos que são interrogados e da habilidade do avaliador. A complementação dessa recordação por uma verificação da frequência de consumo dos alimentos resolve alguns desses problemas. O diário alimentar referente a três ou sete dias permite coletar informações de maneira prospectiva, mas leva muito tempo, tanto para quem o preenche (o paciente) como para quem o analisa (o médico). A motivação é um elemento essencial da confiabilidade dos dados, e um tempo deve ser dedicado para explicar ao adolescente ou aos seus pais a maneira de preencher corretamente os formulários. Às vezes, muitas tentativas são necessárias antes que se obtenham dados utilizáveis<sup>(12, 18)</sup>.

É importante ainda levar em consideração os hábitos extras dos fins de semana e de ocasiões especiais como véspera de provas, aniversários, férias escolares, competições esportivas, etc.

## > VARIAÇÕES PUBERAIS

Para se poder avaliar as necessidades nutricionais na adolescência é preciso conhecer a ampla variação do normal no que diz respeito ao crescimento, o que implica a grande diversidade da demanda dos adolescentes<sup>(1, 3)</sup>. Em determinado momento, cronologicamente variável entre 11 e 13 ± 2 anos, inicia-se a fase de aceleração do crescimento, seguindo-se a fase de desaceleração até a parada total. O incremento de peso e altura é feito à custa do aumento do esqueleto, da massa muscular, da gordura, dos órgãos, com expansão do volume sanguíneo. O início destes fenômenos, sua amplitude, a duração em cada fase e o término variam muito de indivíduo para indivíduo, ainda que do mesmo sexo, originando necessidades nutricionais diversas<sup>(9)</sup>. É sabido que o pico das necessidades nutricionais para o ganho de peso antecede em quatro a seis meses o início do estirão

puberal em incremento de altura, até coincidir com o período de crescimento máximo<sup>(21, 24)</sup>.

Devem-se ainda levar em conta as diferenças para ambos os sexos. No sexo feminino, a aceleração do crescimento se inicia dois anos antes em relação ao sexo masculino, havendo, porém, término do crescimento igualmente mais precoce e tendo o evento menor amplitude. Os incrementos no sexo feminino se fazem mais à custa de gordura, e no masculino, de massa muscular, o que se reflete de maneira diversa sobre as necessidades nutricionais. Principalmente durante o estirão, é necessário, no sexo masculino, maior aporte protéico e energético, bem como maior quantidade de ferro por quilograma de peso do que no feminino. Observou-se que, no término do crescimento, há duas vezes mais gordura e apenas dois terços de massa muscular presentes no sexo feminino em relação ao masculino. No sexo feminino, merece particular atenção o aumento das necessidades nutricionais na gravidez e durante a lactação<sup>(2, 25)</sup>.

A maturação sexual, associada às fases de crescimento, está envolvida no diagnóstico e no prognóstico nutricional, sendo determinante das necessidades nutricionais a cada momento da adolescência. Se for atendido um adolescente em estágio pré-puberal ou estágio 1, segundo os critérios de maturação sexual<sup>(22)</sup>, sabe-se que estará por vir a fase de estirão e de necessidades máximas. Se, através do estágio da maturação, percebe-se que a adolescente está próxima da menarca, deve-se considerar cuidadosamente as necessidades nutricionais e sua relação com este evento em termos de composição corporal e porcentagem de gordura. Por outro lado, quando a menarca já ocorreu, a adolescente estará provavelmente na fase de desaceleração do crescimento, o que implica a redução de alguns nutrientes em relação à fase de estirão e aumento da ingestão de outros, como, por exemplo, ferro e ácido fólico<sup>(23)</sup>. No sexo masculino, a velocidade máxima do crescimento ocorre geralmente em fase adiantada do desenvolvimento dos genitais e da pilosidade pubiana, estágios 3 e 4, coincidindo com o pico máximo das necessidades nutricionais.

Por isso é essencial que a cada visita médica ou avaliação nutricional, mesmo quando em ras-

tratamentos comunitários, os adolescentes sejam avaliados com dados antropométricos e indicadores nutricionais adequados para um diagnóstico correto<sup>(6, 25)</sup>. Os dados mais importantes são:

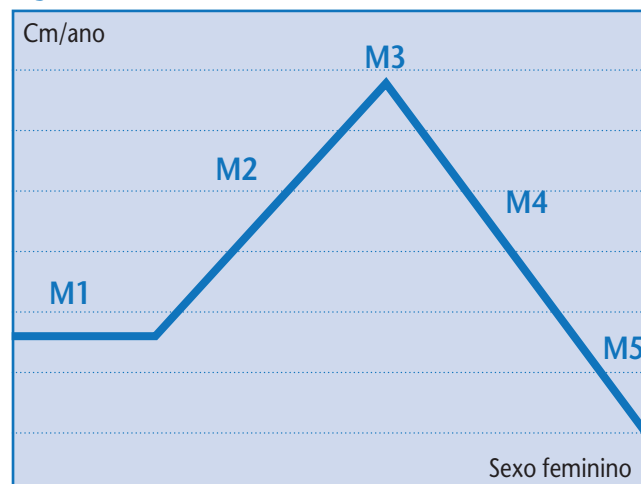
- altura;
- peso;
- cálculo dos índices de altura/idade, peso/idade, peso/altura e índice de massa corporal;
- dobras cutâneas tricúspita e subescapular;
- perímetros braquial, torácico e abdominal;
- maturação sexual segundo os critérios de Tanner<sup>(22)</sup>;
- uso das curvas e tabelas recomendadas<sup>(10, 15, 16, 20)</sup>, pois a escolha do referencial é importante<sup>(19)</sup>;
- acompanhamento periódico e longitudinal, sempre que possível, a cada quatro a seis meses, ou, em casos de riscos nutricionais, mensal ou bimestralmente.

## > PRÁTICA DE EXERCÍCIOS OU ESPORTES

A maior variação em termos de necessidades nutricionais para o adolescente relaciona-se às atividades físicas. Para se ter idéia do dispêndio de energia serão consideradas algumas destas atividades, conforme mostrado na **Tabela 1**.

É sempre importante perguntar diretamente ao adolescente sobre detalhes de sua prática de exercícios, incluindo o número de horas semanais gastas durante a semana e nos finais de semana,

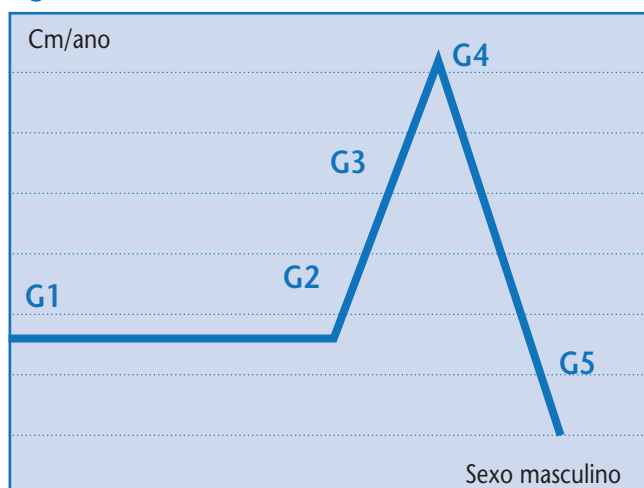
**Figura 2**



local onde pratica (quadra aberta ou fechada, exposição ao sol ou não, praia ou rua), acesso a água e/ou outras bebidas e lanches, etc. Muitas adolescentes freqüentemente praticam exercícios em demasia, como as anoréxicas ou as ginastas e dançarinas, que “querem se manter em forma após os excessos alimentares (sic)”, devendo também ser avaliadas cuidadosamente, pois geralmente existem componentes emocionais ou de estresse adicional associados nestas rotinas exageradas.

O desequilíbrio existente entre a atividade física e a ingestão de alimentos pode levar ao aparecimento do distúrbio nutricional como desnutri-

**Figura 1**



**Tabela 1**

DISPÊNDIO DE ENERGIA EM RELAÇÃO À ATIVIDADE FÍSICA<sup>(13)</sup>

Esporte ou exercício	Total de calorias despendidas por minuto de atividade (calorias/min)
Futebol	8,9
Dança	4,3-10,9
Judô	9,2-12,7
Corrida	13,3-16,6
Ginástica	3,3-4,3
Caminhada	7-8
Skate	10,8-15,9
Natação	10 (média por estilo)
Tênis	5,8-7,1
Ciclismo	3-5
Pular corda	7,5-10,5

ção ou obesidade; neste último caso o adolescente entra muitas vezes em círculo vicioso, pois sua gordura não é bem aceita nem por ele mesmo nem por seus colegas, o que dificulta sua participação em práticas esportivas, passeios, fazendo-o voltar-se cada vez mais para a comida e a inatividade. É sempre importante aproveitar a oportunidade para enfatizar a contra-indicação de medicamentos que podem alterar o apetite, laxantes, diuréticos, hormônios ou o uso de anabolizantes (bolinhas ou bombas), ou drogas como cafeína, maconha, nicotina e outras que também podem prejudicar a velocidade do crescimento puberal, causando mais desequilíbrios hormonais.

Em nosso meio, onde a tônica da preocupação é ainda o atraso puberal devido à desnutrição<sup>(5)</sup>, a obesidade também começa a aparecer em todos os níveis socioeconômicos, estando ligada principalmente ao consumo em excesso de hidratos de carbono, que são mais baratos e acessíveis.

As necessidades calóricas durante a adolescência podem ser estimadas em kcal/cm de altura, variando com a idade, o sexo, a maturação sexual, acrescentando-se os gastos extras com as atividades diárias. O consumo máximo para o sexo feminino deve ser estimado em torno de 2.500kcal na época da menarca, o que ocorre, em média, entre 12 e 12,6 anos de idade, diminuindo após, progressivamente, para 2.200kcal. Para o sexo masculino, as necessidades de ingestão calórica aumentam com o estirão puberal até cerca de 3.400kcal em torno dos 15-16 anos, diminuindo depois para 2.800kcal até o final do crescimento. Podem-se também calcular as necessidades energéticas utilizando-se as equações para taxa metabólica basal (TMB) com acréscimo do fator de crescimento e do fator de atividade por faixa etária, segundo os dados da FAO<sup>(8)</sup>.

## > ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

As estratégias para aconselhamento nutricional dos adolescentes são baseadas nos seguintes princípios:

**Tabela 2**  
CÁLCULO DAS NECESSIDADES ENERGÉTICAS SEGUNDO A FAO/WHO<sup>(8, 25)</sup>

Calcular a TMB a partir do peso (kcal/dia)		
Idade (anos)	TMB por kg de peso (kcal/dia)	
	Sexo masc.	Sexo fem.
10-11	37,7	34,3
11-12	35,1	31,5
12-13	33,4	29,1
13-14	31,4	27,5
14-15	29,9	26,7
15-16	28,7	26,3
16-17	27,9	26
17-18	27,5	25,9

Adicionar custo calórico de atividades por sexo		
Atividades	Masculino	Feminino
Escola e atividades leves	1,6 x TMB	1,5 x TMB
Atividades moderadas	2,5 x TMB	2,2 x TMB
Atividades intensas	6,3 x TMB	6 x TMB

Adicionar fator de crescimento por idade ou de acordo com a maturação sexual, conforme os critérios de Tanner <sup>(22)</sup>		
Idade (anos)	Maturação puberal (estágios de Tanner)	Fator de crescimento (kcal/kg)
10-15	2-3	2
15-16	3-4	1
16-18	4-5	0,5

1. usar relação não-crítica e bom senso;
2. recomendar pequenos aumentos e mudanças progressivas;
3. usar um contrato e sistema de incentivo agradável para o adolescente;
4. usar termos simples e culturalmente aceitáveis;
5. discutir as escolhas dos alimentos, as quantidades e os métodos de preparo;
6. orientar os aspectos positivos da dieta em vez dos nutritivos somente; explicar que todos os alimentos podem ser usados com moderação;
7. estar consciente dos aspectos psicológicos, culturais e socioeconômicos que influenciam a dieta e os padrões de exercícios e facilitar o apoio positivo;
8. encorajar mudanças no estilo de vida de toda a família;
9. evitar conflitos familiares gerados durante as horas das refeições, principalmente;

10. não menosprezar ou desvalorizar o(a) adolescente por sua forma ou tamanho corporal.

As indicações dos macronutrientes devem seguir os grupos de alimentos ilustrados na **Figura 3**, mas sempre adaptadas aos alimentos mais acessíveis em cada região do país e à época do ano.

Exemplos de porções que podem ser utilizadas de acordo com os grupos alimentares da pirâmide são apresentados nas **Tabelas 3, 4 e 5**.

Dicas importantes para os adolescentes<sup>(6)</sup>:

- coma em cada refeição pelo menos um alimento de cada grupo, de acordo com as porções necessárias;
- lave bem as frutas e verduras antes de prepará-las;
- procure realizar todas as refeições nos horários certos e evite beliscar alimentos sem parar;
- o café da manhã é muito importante, não pule por pressa;
- beba no mínimo cinco copos de água por dia, e de seis a oito copos em dias de calor ou sol intenso;
- não esqueça de lavar as mãos antes de cada refeição e escovar os dentes após.

### PROTEÍNAS

Possuem função plástica, possibilitando o crescimento e o desenvolvimento essenciais do organismo, incluindo a regeneração dos tecidos. As principais fontes de proteínas animais e vegetais, como carnes, aves, peixes, leite, soja, grãos e sementes, leguminosas e cereais, fornecem 20% a

**Tabela 3**  
**GRUPO DOS ALIMENTOS ENERGÉTICOS**

Arroz, pães, massas, batata, inhame, aipim, feijões – grupo dos alimentos ricos em carboidratos e que contribuem com a maior parte das calorias da dieta

1 pão francês
4 colheres de sopa mal cheias de arroz ou macarrão
4 biscoitos salgados
2 fatias de pão de fôrma
½ saco de pipoca natural
4 colheres de sopa mal cheias de feijão preto
2 colheres de sopa mal cheias de lentilha ou grão de bico

**Tabela 4**  
**GRUPO DOS ALIMENTOS REGULADORES**

Frutas – grupo rico em fibras e que nos fornece vitaminas e minerais

½ banana-prata
1 rodela de abacaxi
½ mamão papaia ou 1 fatia de mamão
1 goiaba média
1 maçã pequena
10 bagos de uva
1 laranja média
1 manga média

Legumes e verduras – grupo também rico em fibras e que nos fornece vitaminas e minerais

2 colheres de sopa mal cheias de cenoura ralada
1 tomate grande
½ chuchu
10 folhas de alface
½ abobrinha

**Tabela 5**  
**GRUPO DOS ALIMENTOS CONSTRUTORES**

Carnes (peixe, boi, frango) e ovos – grupo que nos fornece proteína e ferro

1 fatia de carne assada
1 filé de frango ou posta de peixe grelhados
2 ovos cozidos
2 almôndegas
1 hambúrguer
1 bife
2 coxas de frango
2 salsichas

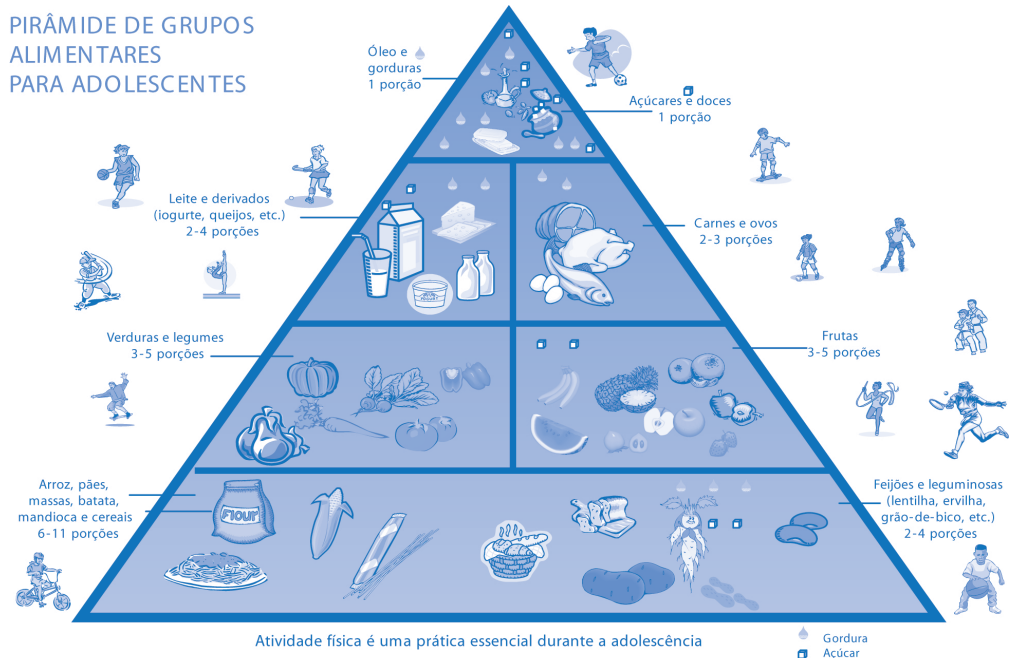
Leite e derivados – grupo que nos fornece as proteínas e o cálcio de que precisamos

1 copo de leite
2 fatias de queijo-de-minas
2 colheres de sopa de leite em pó
1 iogurte
1 fatia de queijo prato

Óleos, manteiga, açúcares, doces e refrigerantes – grupo fonte de carboidratos e gorduras

- Devem ser consumidos com moderação
- Encontram-se no topo da pirâmide e também estão presentes nos outros grupos de alimentos e em suas preparações

Figura 3



Coelho SC, Eisenstein E.

25% das calorias totais e devem ser consumidas em duas a três porções ao dia<sup>(4)</sup>.

### CARBOIDRATOS

Têm função energética, garantindo o metabolismo e a temperatura corporal. São os glicídios, os açúcares e os amidos encontrados em cereais como trigo,

milho e aveia, farinhas, arroz, pães e massas, vegetais e frutas, que constituem 50% a 55% das calorias totais, devendo ser divididos em seis a 11 porções ao dia.

### LÍPIDES

Têm função calórica essencial exercida pelas gorduras saturadas e não-saturadas que se encontram em óleos, azeite, manteiga, margarina, banha, toucinho, lingüiças, cremes, molhos, frituras, maionese e que podem contribuir com 20% a 30% das calorias totais, devendo ser divididos em uma a duas porções ao dia. As gorduras saturadas devem representar menos de 10% das calorias totais, e o colesterol, menos de 300mg/dia<sup>(17)</sup>.

### VITAMINAS E SAIS MINERAIS

Possuem função de regulação ou do ritmo das reações celulares e enzimáticas. As principais

**Tabela 6**  
NECESSIDADES PROTÉICAS CONFORME IDADE E SEXO

Idade (anos)	Aportes diários de proteínas (g/cm)
<b>Meninos</b>	
11-14	0,29
15-18	0,34
19-24	0,33
<b>Meninas</b>	
11-14	0,29
15-18	0,28
19-24	0,27

fontes são frutas, vegetais, cereais integrais, leite, sementes, carnes, ovos, grãos, que devem fazer parte de três a cinco porções ao dia.

As necessidades diárias da maioria dos minerais duplicam-se durante a adolescência, principalmente em relação a cálcio, ferro e zinco. Dietas restritivas e competições esportivas influenciam a mineralização óssea, causando osteopenia, osteoporose, amenorréia e atraso puberal. Do total de cálcio corporal, 97% estão contidos na massa esquelética, e essa proporção aumenta dramaticamente durante o estirão puberal, quando o depósito diário de cálcio é quase o dobro do incremento médio para todo o período de crescimento, sendo maior para os rapazes. O conteúdo de cálcio é dependente da estatura e, portanto, um adolescente alto no percentil 95 pode necessitar de 36% mais cálcio que um adolescente baixo e no percentil 5. No sexo feminino, essa diferença é cerca de 20% entre mulheres mais altas e mais baixas. Aproximadamente 20% a 30% do cálcio ingerido é absorvido, por isso recomenda-se a ingestão média de 1.200mg de cálcio por dia, dependendo das necessidades de cada adolescente.

Da mesma maneira, a necessidade de ferro aumenta com o crescimento da massa muscular, do volume sanguíneo e da capacidade respiratória, além das perdas menstruais e do aumento de exercícios. O conteúdo de ferro da alimentação é também bastante variável, de 4 a 6mg/kcal. Portanto adolescentes que têm hábitos alimentares deficientes não conseguirão receber o total das necessidades de ferro durante o estirão puberal e com o início das menstruações, calculadas em torno de 15 a 18mg diárias.

O zinco tem sido associado a retardo de crescimento, hipogonadismo, diminuição da sensação do paladar e queda de cabelos em adolescentes com anorexia e também em atletas e gestantes. A necessidade de suplementação dos minerais dependerá da variedade e da qualidade da dieta, principalmente durante o estirão puberal.

As necessidades vitamínicas estão aumentadas devido ao aumento do anabolismo e do gasto energético na puberdade. Outros fatores também contribuem para esse aumento, como atividades físicas, gravidez, contracepção oral e doenças crô-

nicas. O aumento da necessidade das vitaminas A, C e D e do complexo B é progressivamente maior durante o estirão puberal, com as diferenciações celulares e a mineralização óssea<sup>(14)</sup>.

A suplementação com ácido fólico, 400mcg/dia, deve ser prescrita de rotina para adolescentes sexualmente ativos ou grávidas e de baixo nível socioeconômico. Deficiências vitamínicas são mais frequentes em adolescentes que não têm o hábito da ingestão diária de frutas, vegetais, leite ou cereais<sup>(11)</sup>.

### ÁGUA

Água, sucos de frutas, água de coco e outras fontes de líquidos e hidratantes devem ser consumidos, em média, numa proporção de quatro a seis copos por dia. Em dias de calor, após praia, piscina, atividades ao sol ou exercícios e esportes, aumentar para seis a oito copos por dia (2 litros). Sempre contra-indicar bebidas alcoólicas, energizantes ou suplementos anabolizantes. O leite, importante fonte de cálcio, proteínas e vitaminas nesta fase de crescimento, deverá fazer parte do cardápio diário com dois a três copos por dia, além de uma a duas porções dos derivados e laticínios, como queijos, coalhada, iogurte, sorvete, pudins e sobremesas ou sanduíches dos lanches. O leite natural poderá ser substituído por desnatado ou sem gorduras, caso necessário para controle de peso.

Não existe dieta-padrão que sirva para todos os adolescentes. Importante é adequar todos os grupos de nutrientes para as diferentes etapas do estirão puberal, e, de acordo com as atividades diárias e os diversos estilos de vida, dividir em três refeições e dois a três lanches ao dia, balanceando as ingestões e os gastos diários, sem exageros nos fins de semana.

## APOIO FAMILIAR E SOCIAL

Como suporte para todos esses fatores individuais encontra-se o ambiente familiar com a sua estrutura socioeconômica, a sua dinâmica e as suas características culturais. As condições familiares

determinam, já antes da adolescência, a formação de hábitos alimentares que sofrerão, em maior ou menor intensidade, modificações decorrentes dos fatores acima mencionados.

O atendimento das necessidades nutricionais do adolescente é, assim, um problema complexo que envolve abordagem individual e ambiental. O aspecto preventivo deve estar sempre presente no atendimento de crianças e pré-adolescentes através da promoção de formação de hábitos familiares adequados. Deve-se procurar adequar as condições de alimentação do adolescente, propiciando disponibilidade alimentar qualitativa e quantitativamente adequada. Deve-se procurar incentivar os lanches e a merenda escolar, que servem como uma complementação das necessidades diárias. Em casos de adolescentes com sobrepeso ou obesidade, substituir estes lanches por frutas, sucos de frutas, barras de cereal, sanduíche natural, etc., em vez de refrigerantes, salgadinhos, biscoitos, etc. Em se tratando de finais de semana e festas, é importante a orientação para que o adolescente evite os excessos, principalmente com bebidas alcoólicas e petiscos, e saiba fazer substituições para compensar no dia seguinte. O adolescente deve aprender a reconhecer as suas características de crescimento e relacioná-las com a alimentação e o bem-estar.

Os aspectos do desenvolvimento psicossocial devem ser considerados com cuidado, evitando-se orientações rígidas ou, ao contrário, ausência de orientações e limites claramente estabelecidos para melhorar a alimentação do adolescente. Sempre que possível, enfatizar atividades em grupo e palestras educativas realizadas nas escolas, clubes e passeios, tanto para os próprios adolescentes quanto para pais e educadores.

É importante que a família conheça e aceite as modificações de hábitos alimentares dos adolescen-

tes de modo a não criar situações de mais conflitos nessa área, que muitas vezes são usados para esconder ou disfarçar problemas emergentes da sexualidade ou da falta de diálogo entre pais e filhos.

O principal pré-requisito é que o profissional esteja apto a orientar, não só respaldado em seu conhecimento sobre os diversos nutrientes, mas principalmente tendo em vista as singularidades desta faixa etária.

A atitude deve ser basicamente de troca de informações, existindo liberdade de escolha sem imposições. O adolescente deverá se vincular ao processo que poderá resultar em mudanças nos hábitos alimentares e, para isto, deverão ser abandonadas as fórmulas prontas, ou o modelo único geralmente originado do ponto de vista do adulto. Dentro deste enfoque, a premissa básica se baseará no fato de que é mais fácil tornar adequado o recheio de um sanduíche do que substituí-lo.

## CONCLUSÕES

A puberdade é um período intenso de crescimento, com a maturação sexual e corporal aumentando as necessidades de todos os nutrientes. A adolescência em si é uma fase de transição e de busca de novos padrões e alternativas de vida. Por isso mesmo é também a melhor época para se realçar e investir em programas de prevenção e educação em saúde para multiplicar novos hábitos alimentares entre os jovens, pois eles são os melhores promotores das mudanças sociais numa comunidade. A segurança alimentar de uma população depende também do esforço coletivo dos pais, dos profissionais de saúde e de educação, como representantes da sociedade em geral, além do governo e das políticas públicas a respeito das questões nutricionais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colli AS. Maturação sexual. In: Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros. São Paulo: Ed. Brasileira de Ciências; 1988. v. 6.



2. Costa MCO. Abordagem nutricional de gestantes e nutrizes adolescentes: estratégia básica na prevenção dos riscos. *J Pediatr* 1999; 75: 161-6.
3. Eisenstein E. Nutrición y salud en la adolescencia. In: Maddaleno M, Munist M, Silber, TJ, Ojeda E, Yunes J (eds.). *La salud del adolescente y del joven*. Publicación científica 552. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1995. p. 144-54.
4. Eisenstein E, Coelho S, Jacobson M. Aspectos nutricionais na adolescência. *Adolescência Latino-Americana* 1998; 1/2(1414-7130): 75-83.
5. Eisenstein E. Atraso puberal e desnutrição crônica primária. [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1999.
6. Eisenstein E, Ceccon C. Saúde, vida, alegria: manual de educação em saúde com crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: Cecip/Ceiias/Artmed, 2000.
7. Eisenstein E, Coelho SC et al. Nutrição na adolescência. *J Pediatr* 2000; 76 (Suppl 3): S263-S274.
8. Food and Agriculture Organization, World Health Organization, United Nations Organization. Energy and protein requirements: a joint expert consultation group. WHO Technical Report Series 724. Geneva: FAO/WHO/UN; 1985.
9. Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor: University Michigan Press; 1990.
10. Goldenberg TBL, Colii AS, Curi PR. Dobras cutâneas na faixa etária de 10 a 19 anos. In: *Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros*. São Paulo: Ed. Brasileira de Ciências; 1986. v. 5.
11. Gong EJ, Heald FP. Diet, nutrition and adolescence. In: Shils ME, Olson JA, Shike M. *Modern nutrition in health and disease*. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1994.
12. Heald FP. Nutrition in adolescence. In: *Pan-American Health Organization/World Health Organization. The health of adolescents and youths in the Americas*. Scientific Publications 489. Washington: PAHO/WHO, 1985. p. 51-61.
13. Katch FI, Mc Ardle WD. *Nutrição, exercício e saúde*. 4 ed. Madsj, 1996.
14. Mahan KL, Rees JM. *Nutrition in adolescence*. St. Louis: Mosby, 1984.
15. Must A, Dallal GE, Dietz WH. Reference data for obesity: 85 and 95<sup>th</sup> percentiles of body mass index. *Am J Clinical Nutrition* 1991; 53: 839-46 with a correction. *Am J Clinical Nutrition* 1991; 54: 773-4.
16. National Center of Health Statistic. NCHS Growth Charts. In: *Monthly Vital Statistic Report* 1976; 25 (Suppl 3). DHEW Pub (HRA) 76-1120, Washington, US: Government Printing Office, 1976.
17. Oliveira FL, Jacobson M. Prevenção da aterosclerose na infância e adolescência. In: Nobrega FJ. *Distúrbios da nutrição*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 425-39.
18. Priori SE. Composição corporal e hábitos alimentares de adolescentes: uma contribuição à interpretação de indicadores do estado nutricional. [tese] São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1998.
19. Saito MI. A avaliação nutricional na adolescência: a escolha do referencial. *J Pediatría* 1993; 69(3): 165-75.
20. Sichieri R, Allam VLC. Avaliação do estudo nutricional de adolescentes brasileiros através do índice de massa corporal. *J Pediatría* 1996; 72(2): 80-4.
21. Tanner JM. Growth as a monitor of nutritional status. *Proc Nutr Soc* 1976; 35: 315-22.
22. Tanner JM. *Growth at adolescence*. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Blackwell Scientifici Pub, 1962.
23. Veiga GV, Sigulem DM. A avaliação da composição corporal através de medidas antropométricas de adolescentes obesas e eutróficas de dois níveis socioeconômicos. *J Pediatría* 1994; 70(4): 206-14.
24. Waterlow JC. Protein requirements: an operational assessment. *Proceedings of Nutrition Society* 1990; 49: 499-506.
25. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series 854. Geneva: WHO, 1995.

Isabel Bouzas<sup>1</sup>  
Ana Teresa Miranda<sup>2</sup>

## Gravidez na adolescência

A gravidez é um período fisiológico na vida reprodutiva da mulher que se caracteriza por modificações físicas, psíquicas e sociais num curto espaço de tempo. Ao engravidar e se tornar mãe, a mulher vivencia momentos de dúvidas, inseguranças e medos. Já a adolescência constitui um período entre a infância e a idade adulta, com profundas alterações físicas, psíquicas e sociais. Em poucos anos, a menina transforma-se em mulher, exigindo com isso uma definição de sua nova identidade, o que gera questionamentos, ansiedades e instabilidade afetiva.

As duas fases evolutivas importantes na vida de uma mulher se assemelham e têm em comum importantes transformações em intervalo de tempo relativamente curto. A associação das duas fases no mesmo momento de vida acarreta uma exacerbação desse processo, aumentando os riscos de alterações que podem ser consideradas patológicas.

A gravidez na adolescência (GA) deve ser avaliada de forma ampla, abrangendo a prevenção e a assistência à mãe, ao pai adolescente e ao seu filho.

A gestação nessa faixa etária, embora possa ser desejada de forma consciente ou inconsciente, geralmente não é planejada, estando relacionada a fatores intrínsecos, da faixa etária, e extrínsecos, como socioculturais e econômicos.

O prognóstico dessa gestação, assim como as alterações psicológicas e emocionais dos pais adolescentes, está diretamente relacionado ao grau de assistência médica e social oferecido. A compreensão dos fatores que levaram à gravidez e a desmistificação da idéia de que toda gestação é indesejada e com conseqüências desastrosas para o futuro dos adolescentes, assim como a participação dos adolescentes do sexo masculino na prevenção e na assistência, são fundamentais.

Nem toda gravidez na adolescência é de alto risco obstétrico. Na literatura clássica costuma-se

relacionar gravidez na adolescência com maior incidência de doença hipertensiva específica da gravidez, prematuridade e baixo peso, entre outras alterações. Não podemos esquecer que o risco gestacional está relacionado a aspectos clínicos, obstétricos, culturais e socioeconômicos, sendo de natureza multifatorial. Trabalhos mais recentes visando analisar isoladamente a variável idade com o risco da gravidez na adolescência têm demonstrado que idades inferiores a 15 anos, associadas a idade ginecológica menor ou igual a 2 anos, ou seja, adolescentes ainda em processo de crescimento, podem estar relacionadas a um maior risco na gestação.

O ingresso tardio no pré-natal é freqüentemente citado na literatura como sendo um dos principais fatores associados ao prognóstico materno e perinatal (Setzer *et al.*, 1992; Konse *et al.*, 1992; Scholl, 1992).

Na assistência à adolescente gestante, o diagnóstico precoce é essencial para a avaliação e o controle permanente do risco desde o início da gestação.

As adolescentes grávidas podem chegar aos serviços de saúde com queixas típicas, como náuseas, vômitos, sonolência, atraso menstrual. Outras podem apresentar sintomas inespecíficos, como dor abdominal, irregularidade menstrual, distúrbios urinários, alterações do humor, leucorréias, pruridos, dispareunia ou cefaléia. Muitas relatam estar menstruando normalmente ou negam atividade sexual.

As alterações fisiológicas dessa faixa etária, como os ciclos menstruais irregulares nos dois anos pós-menarca, e a falta de conhecimento

<sup>1</sup>Ginecologista e obstetra; coordenadora da Atenção Secundária do Nesa; professora do curso de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj.

<sup>2</sup>Professora-adjunta da disciplina de Obstetrícia do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj; livre-docente em Obstetrícia; doutoranda do Instituto de Medicina Social da Uerj.

do funcionamento do próprio corpo dificultam o diagnóstico precoce da gestação.

Cabe ao profissional de saúde analisar as queixas e não descartar a hipótese de gravidez. Em relação às adolescentes, o diagnóstico diferencial de gravidez deve ser investigado, não só nos atrasos menstruais, mas também em situações nas quais nenhum diagnóstico de certeza é alcançado na primeira avaliação.

A confirmação da gravidez é a primeira crise que a adolescente vai enfrentar. Seu mundo está desabando, e ela depara-se com o grande dilema: ter ou não ter, eis a questão.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para auxiliá-la neste momento crítico, desprovidos de preconceitos, orientando-a no sentido de buscar o apoio da família e colocando os aspectos positivos e negativos de cada escolha. A decisão final deve caber à adolescente pois, frequentemente, quando forçada a uma decisão, surge uma nova gestação em curto espaço de tempo, ou uma rejeição ao filho.

Se a decisão for de interromper a gestação, o profissional terá importante papel no sentido de orientá-la quanto aos aspectos negativos do ato e tentar minimizar suas conseqüências.

Essa situação torna-se mais grave quando se consideram as estatísticas de aborto do segundo trimestre de gestação. Além de trazer conseqüências éticas e emocionais graves, o aborto praticado nessa fase aumenta o risco de morte materna, principalmente quando realizado em condições precárias. Por motivos econômicos, e também por medo de ser descoberta, a adolescente acaba procurando pessoas não-qualificadas para o procedimento, quase sempre realizado sem condições mínimas de assepsia e com elevado risco de morte, sobretudo por infecção ou hemorragia. Nos Estados Unidos, em 1980, 25% dos abortos praticados em adolescentes com menos de 15 anos ocorreram no segundo trimestre de gestação; na faixa etária de 15 a 19 anos, a proporção desses abortos tardios foi de 14%; e no grupo de mulheres adultas, de 70%. Os números evidenciam nitidamente o maior grau de exposição das adolescentes, especialmente aquelas muito jovens (Stubblefield, 1985).

Identifica-se assim a necessidade de atentar, de forma especial, para o grupo de adolescentes mais jovens, de menos de 15 anos, que, além de expostas a risco maior, têm apresentado índices crescentes de gestação.

A legislação brasileira considera crime o aborto provocado, mas ele continua a ser realizado na maioria das cidades de nosso país de forma clandestina. Não é o objetivo deste capítulo discutir assunto tão polêmico, que envolve questões éticas, morais e religiosas, mas sim chamar a atenção para a necessidade de assistir adequadamente as adolescentes que, por alguma razão, submeteram-se ao procedimento. Deve-se ser imparcial e desprovido de preconceitos.

No acompanhamento pós-abortamento, o apoio psicológico e a orientação contraceptiva são fundamentais para evitar gestações futuras, estados depressivos, mudanças de comportamento e distúrbios sexuais.

A assistência à adolescente gestante tem como objetivo assegurar que a gravidez transcorra sem intercorrências, prepará-la para o parto e para a maternidade. O modelo ideal consiste em acompanhamento continuado das adolescentes por equipes multidisciplinares, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas, sob a forma de atendimento individual e de grupo.

O pré-natal muitas vezes é o primeiro contato da adolescente com o serviço de saúde. É importante aproveitar essa situação de assiduidade para orientações mais amplas não só em relação a gravidez, parto e cuidados com o recém-nascido, como também em relação a contracepção, doenças sexualmente transmissíveis (DST), drogas, sexualidade, trabalho, higiene.

É importante salientar que, como já existe o fato da gestação, o uso do *condom* (camisinha) é praticamente abolido, ocasionando maior risco em relação às DST.

A nutrição assume papel de suma importância no acompanhamento pré-natal da adolescente, devendo a orientação ser ajustada a cada adolescente. A maior demanda de cálcio, ferro e ácido fólico durante a gravidez deve ser considerada, bem como as necessidades próprias da adolescência, na elaboração do programa nutricional da gestante.

O preparo para a amamentação é fundamental durante o pré-natal. Devemos orientar as adolescentes em relação à importância do aleitamento materno para a sua saúde e a do recém-nascido e desmistificar determinados tabus, como o de que mamas pequenas não têm leite ou o de que há prejuízo na estética da mama (o que mais interfere na estética da mama é a hereditariedade, a idade e, por último, a gravidez). A afirmação de que as adolescentes não amamentam seus filhos não corresponde à realidade. Em nossa experiência, o incentivo e a educação durante o pré-natal influíram positivamente no êxito da amamentação.

Durante a gravidez, o ideal é que as adolescentes tenham um espaço específico de atendimento que inclua dinâmicas de grupo, forma ideal para discutir os medos, ansiedades, fantasias e mitos sobre a gravidez e o parto e para esclarecer dúvidas e ensinar noções básicas de puericultura. Na adolescência, os grupos exercem papel importante. Através do convívio com os outros, a adolescente forma sua identidade e começa a definir seu papel e seu espaço. Ao engravidar, acaba afastando-se do seu grupo de amigos e passa a se sentir meio perdida, sem lugar. Assim, ao encontrar a possibilidade de um novo espaço grupal, em que possa compartilhar sua situação com seus pares, costuma responder positivamente, com resultados excelentes.

A situação de desproteção em que se encontram as mães mais jovens durante a gravidez agrava-se com o parto, momento de confronto com a realidade. Se não houver, durante o pré-natal, algum tipo de preparação para essa situação, as conseqüências poderão ser graves, para mãe e filho, no que se refere aos aspectos emocionais, com risco sério de comprometimento da saúde mental de ambos.

Em nossa experiência, quando a adolescente sente-se apoiada e recebe adequada preparação, raramente apresenta problemas, mas, quando isso não acontece, descontrola-se com facilidade, logo no início do trabalho de parto. O ideal seria que pudessem estar acompanhadas, no pré-parto, por algum familiar, seu companheiro, sua mãe, madrinha ou qualquer outra pessoa de confiança, de preferência alguém que tenha recebido orientação.

Cada etapa do parto requer o apoio da equipe de saúde e, se possível, do acompanhante. Com um bom trabalho de apoio é pouco provável que a mãe se descontrole. Nossa experiência com gestantes no Hospital Universitário Pedro Ernesto mostra que a atitude da adolescente que foi preparada para o parto é muito boa, freqüentemente melhor do que a das mulheres adultas.

A maioria dos programas para gestantes adolescentes focaliza sua atenção exclusivamente nos períodos de gestação e puerpério imediato, esquecendo que após o parto ela se torna mãe adolescente, passando a vivenciar uma dupla situação de crise: a adolescência e a maternidade. O puerpério apresenta à mulher a realidade da maternidade. Independentemente dos motivos que levaram à gravidez, existe uma satisfação em comprovar a fertilidade e a capacidade de gerar um filho. A necessidade de cuidar diariamente de uma criança leva à conscientização da mudança de perspectiva de vida.

Durante a gestação, a adolescente ocupa o centro das atenções, e ao cuidar de si mesma está cuidando do bebê. Após o parto, de forma súbita, a importância se desloca para a criança, que exige atenção e cuidados dia e noite. A adolescente passa repentinamente a não ter importância, e muitas têm medo de não ser capazes ou de não estar preparadas para assumir a responsabilidade de cuidar de outra vida. Este receio pode causar depressão.

Por estas razões, os programas pré-natais devem dar assistência às adolescentes até o primeiro ano de vida do bebê. Neste período assumem importância ainda maior os aspectos psicológico, social e educativo, que devem reforçar toda a orientação do pré-natal.

Na nossa experiência, a grande maioria das adolescentes retorna para o acompanhamento pós-natal, mantendo um vínculo com a equipe, que passa a ser um ponto de referência; 60% das adolescentes amamentaram até o terceiro mês; 30%, até o sexto mês; e apenas 10% tiveram filhos internados. É importante frisar que, ao se estimular a auto-estima e reforçar o vínculo mãe/bebê, dando-se assistência médica, psicológica e social, é possível obter resultados bastante eficazes, não

apenas no que se refere ao aleitamento materno, mas também ao bem-estar físico, psicológico e social da mãe adolescente e do seu filho.

Na última década assistimos no Brasil à implantação de uma série de programas pré-natais para adolescentes e participamos do treinamento de profissionais interessados no atendimento à adolescente gestante, o que demonstra o reconhecimento por parte dos profissionais de saúde da relevância do assunto.

Os estudos atuais já comprovaram que o pré-natal consegue minimizar os riscos obstétricos da gravidez na adolescência, mas infelizmente o acesso das adolescentes aos serviços de pré-natal continua insuficiente. É importante que os programas pré-natais implantem estratégias destinadas à captação precoce e ao atendimento adequado e oportuno das adolescentes brasileiras e que desenvolvam serviços destinados à prevenção da gestação na adolescência e à assistência à mãe e também ao pai adolescente e seu filho.

---

## > REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amini SA, Catalano PM, Dierker LJ, Mann LI. Births to teenagers: trends and obstetric outcomes. *Obstetric & Gynecology* 0029-7844/96.
2. Frisancho AR, Mattos J, Bolettino LA. Influence of growth status and placental function on birth-weight of infants born to young still-growing teenagers. *Am J Clin Nutr* 1984; 40: 801.
3. Jacono JJ et al. Teenage pregnancy: a reconsideration. *Can J Public Health* 1992; 83(3): 196.
4. Maddaleno M. *La salud del adolescente y del joven*. Washington DC: OPS; 1995.
5. Miranda ATC. *Idade materna e risco perinatal*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1987.
6. Miranda ATC. *Risco perinatal na adolescência*. Anais do II Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia; 1994; Montreal, Canadá.
7. Miranda ATC, Bouzas ICS. *Gravidez*. In: Ruzany MH, Grossman E, organizadores. *A saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades*. Rio de Janeiro: Editora Uerj (no prelo).
8. Motta MG. *O casal adolescente e a gravidez*. Fiocruz; 1998.
9. Scmler ROM. *Gravidez na adolescência: grupos psicopedagógicos*. *Pediatria Moderna* 1995; 32: 1132.
10. Scholl TO et al. Young maternal age and parity: influences on pregnancy outcome. *Ann Epidemiol* 1992; 2(5): 565.
11. Setzer JR et al. Comprehensive school-based services for pregnant adolescents in West Dallas, Texas. *J Sch Health* 1992; 62(3): 97.
12. Stubblefield PG. *Induced abortion in the mid-trimester*. In: Corson SL. *Fertility control*. Boston: Littic, Brown & Co.; 1985.
13. Toro-Calzada RJ. *Pregnancy in adolescents: complications, birthweight, somatometry of the newborn and Apgar score, comparison with the general population*. *Ginecol Obstet Mex* 1992; 60: 291.

Rogério Lachtermacher

# Dislipidemia no adolescente: fator de risco de aterosclerose na idade adulta? quando pesquisar?

## RESUMO

Dislipidemia é qualquer forma de alteração lipídica e/ou lipoprotéica. É uma das principais causas de aterosclerose, doença cardíaca coronariana e acidente vascular cerebral (AVC)<sup>(1)</sup>. No Brasil várias entidades médicas, entre elas a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), trabalham para definir um consenso sobre dislipidemia, tendo sido publicado recentemente um trabalho, III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemia e Diretriz de Prevenção de Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da SBC, no qual é abordada a relação da aterogênese com os lípidos e lipoproteínas no adulto. Foram observados no Bogalusa Heart Study (Berenson, 1986; Freedman *et al.*, 1999) que os principais fatores de risco do adulto surgem na infância entre 5 e 8 anos. Eles notaram o aparecimento de fatores como hiperlipidemia, hipertensão e obesidade.

## INTRODUÇÃO

A aterosclerose é a principal causa de mortalidade nos países desenvolvidos e uma das principais em países em desenvolvimento. É uma doença progressiva, dinâmica, inflamatória, multicausal, com fatores mutáveis e imutáveis, a partir do dano endotelial com características de reparação tecidual. Tem o seu início na infância, sem sintomatologia, até que as principais complicações aconteçam (doença cardíaca e acidente vascular cerebral).

A necessidade de prevenção de aterosclerose na infância torna-se cada vez mais evidente, devido ao maior avanço do conhecimento científico da aterosclerose; à possibilidade de obtenção da concentração de colesterol sérico no nível ambulatorial; ao aumento da conscientização da população geral a respeito do colesterol.

As modificações da composição dos alimentos realizadas pela indústria causaram grande impacto no hábito alimentar de crianças e adolescentes, pois o consumo em excesso desses alimentos com grande quantidade de gordura (*junk food*) gera desequilíbrio na dieta e impõe medidas educativas nutricionais para balanceá-la.

Os valores de referência mensurados em diversos trabalhos serão utilizados como base.

## CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS

As dislipidemias podem ser classificadas de duas formas:

- a) laboratorial;
- b) etiológica.

**Laboratorial** – Utiliza a fórmula de Fredrickson, na qual são utilizados os valores de colesterol, triglicérides (TG) e lipoproteínas (não inclui as HDLs).

**Etiológica** – As dislipidemias são subdivididas em primárias e secundárias. As primárias têm como origem um defeito genético. As secundárias têm como causa principal outra doença (diabetes, obesidade, hipotireoidismo, anorexia nervosa, bulimia, etc.), uso medicamentoso (diurético, anticoncepcional, betabloqueador, etc.) e/ou estilo de vida (sedentarismo, fumo, alcoolismo).

Médico patologista clínico do Hospital Rocha Faria; mestrando da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj.

Este trabalho é parte integrante da tese de mestrado do dr. Rogério Lachtermacher no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Uerj.

**Tabela 1**  
PERCENTUAL

Idade	Colesterol		Triglicérides		LDL-C		HDL-C	
	75%	90%	75%	90%	75%	90%	75%	90%
<b>Sexo masc.</b>								
10-14	173	183	74	94	109	122	40	46
15-19	168	183	88	125	109	123	34	39
<b>Sexo fem.</b>								
10-14	171	191	85	104	110	126	40	45
15-19	173	195	84	108	110	127	38	43

Valores de referência em estudos americanos. *Lipid Research Clinics Population Studies Data Book. I. The prevalence study.*

**Tabela 2**  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COM BASE EM:

Colesterol total (AAPC on Nutrition, 1998)	
Risco baixo	< 170mg/dl
Risco médio	170 a 199mg/dl
Risco alto	> 200mg/dl (95%)
Triglicérides	
Até 10 anos	< 100mg/dl
10 a 19 anos	< 139mg/dl
LDL-C	
Aceitável	< 110mg/dl
Limítrofe	110 a 129mg/dl
Alto risco	> 130mg/dl

As dislipidemias primárias são de frequência bastante rara, sendo a mais importante a hipercolesterolemia familiar (HF), que é uma mutação autossômica dominante do gene específico do receptor de LDL no braço curto do cromossomo 19. Os receptores de LDL se ligam ao LDL facilitando a sua compressão por receptores mediadores de en-

docitose e a sua liberação nos lisossomos, em que o LDL é degradado e seu colesterol é liberado para uso metabólico. Tem como característica: ↑ LDL, ↑ TC, xantomas tendinosos e ateromas. O homozigoto é mais severamente acometido, havendo uma prevalência de 1:1.000.000 para homozigotos e de 1:500 para heterozigotos.

## CRITÉRIOS PARA RASTREAMENTO DAS DISLIPIDEMIAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os critérios de rastreamento para as dislipidemias estão relacionados a histórico familiar, e todas as crianças e adolescentes filhos de pais hipertensos, obesos, cardíacos e com histórico de morte súbita (antes dos 55 anos para homens e 65 anos para as mulheres) e dislipidemia devem ser pesquisados.

Devem ser investigadas todas as crianças obesas, com IMC > 25 a 30kg/m<sup>2</sup> em relação à maturidade sexual; sinais de depósito periférico de gordura (xantoma, xanteloma e arco córneo) ao exame

**Tabela 3**

Fenótipo	Lipoproteína alterada	Colesterol	Triglicérides	Aterogenicidade	Frequência relativa
I	Quilomícrons	Normal ou ↑	↑↑↑↑	Não é vista	< 1%
Ila	LDL	↑↑	Normal	+++	10%
Ilb	LDL VLDL	↑↑	↑↑	+++	40%
III	IDL	↑↑	↑↑↑	+++	< 1%
IV	VLDL	Normal ou ↑	↑↑	+	45%
V	VLDL Quilomícrons	↑ ou ↑↑	↑↑↑↑	+	5%

físico; composição corporal com a obtenção da prega tricipital e subescapular > 90 percentil para a idade. A relação cintura/quadril também pode ser usada no rastreamento (> 102cm de circunferência abdominal para homens e > 80cm para mulheres) com avaliação laboratorial. Adolescentes fumantes e sedentários devem ser pesquisados.

Estes critérios de avaliação podem ser realizados através da dosagem de colesterol total (CT) ou do colesterol LDL.

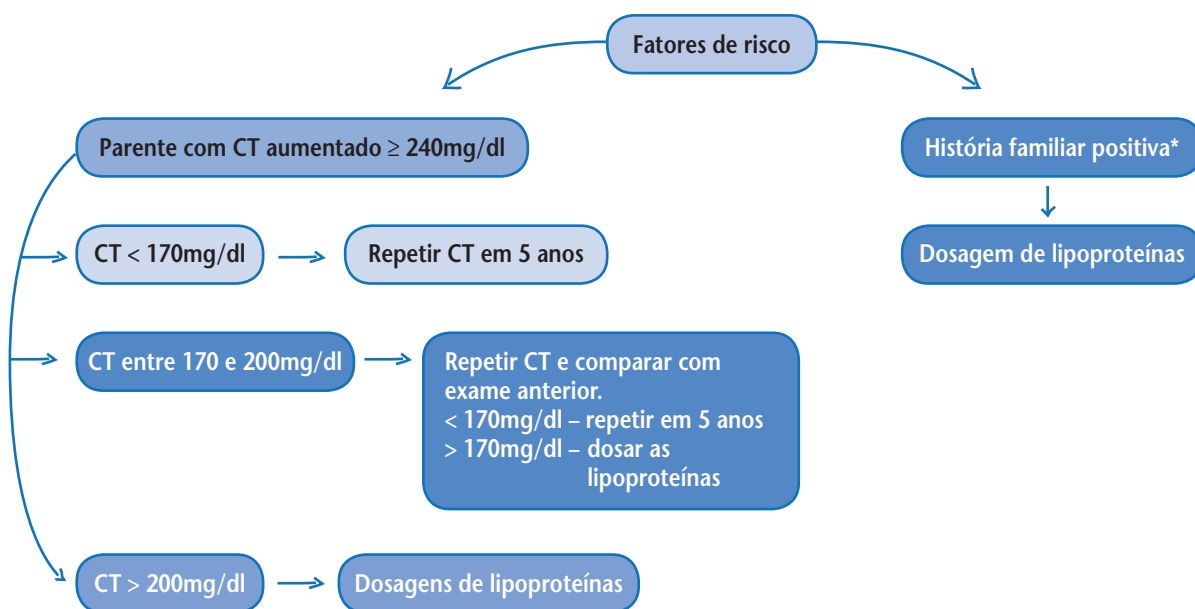
### ➤ ROTINA DE TRATAMENTO

O tratamento das dislipidemias deve ser iniciado na mais tenra infância. Filhos de pais cardíacos, hipertensos, vitimados por acidente vascular cerebral, hipercolesterolêmicos e/ou que tenham falecido por morte súbita devem começar o seu tratamento aos dois anos de idade, com dieta saudável e prática de atividade física. O uso de medicamento só deve ser estabelecido após os dez anos de idade e depois de esgotadas as formas anteriores: dieta rigorosa e atividade física por pelo menos seis meses.

Nos adolescentes e adultos a dieta é sempre a primeira forma de tratamento e o medicamento, a última.

1. Modificação da dieta com alimentação saudável:
  - lípides: entre 20% e 30% da ingestão média calórica diária;
  - ácidos graxos saturados: < 10% das calorias totais; em caso de risco maior, < 7%;
  - ácidos graxos poliinsaturados: < 10% das calorias totais;
  - ácidos graxos monoinsaturados: entre 10% e 15% das calorias totais;
  - colesterol: < 300mg/dia; em caso de risco maior, < 200mg/dia;
  - carboidratos: entre 50% e 55 % das calorias totais;
  - proteínas: entre 15% e 20% das calorias totais.
2. Tratamento dos outros fatores de risco: ↑ prática de atividade física, ↓ fumo, ↓ estresse, ↓ da hipertensão arterial, controle do diabetes.
3. Medicamento: utilizado em criança com idade superior a 10 anos que não responde à dieta para diminuição do colesterol LDL (níveis aceitáveis ou uma diminuição de 15% do valor). A relação risco/benefício deve ser considerada e o uso medicamentoso, instituído em caso de aumento da probabilidade de dislipidemia familiar.

Figura 1



\*Definida como história prematura de doença cardiovascular e morte prematura em pais e avós (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres por infarto do miocárdio ou AVC), pais hipertensos, obesos, cardíacos.



Figura 2

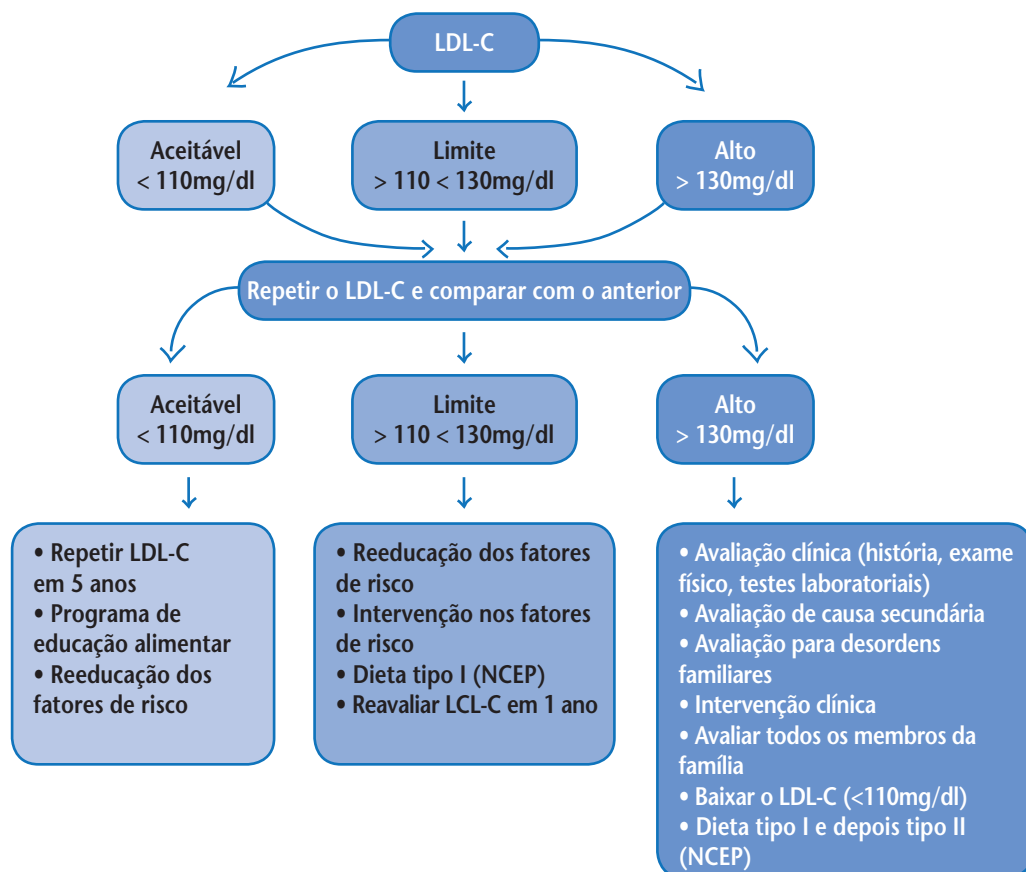
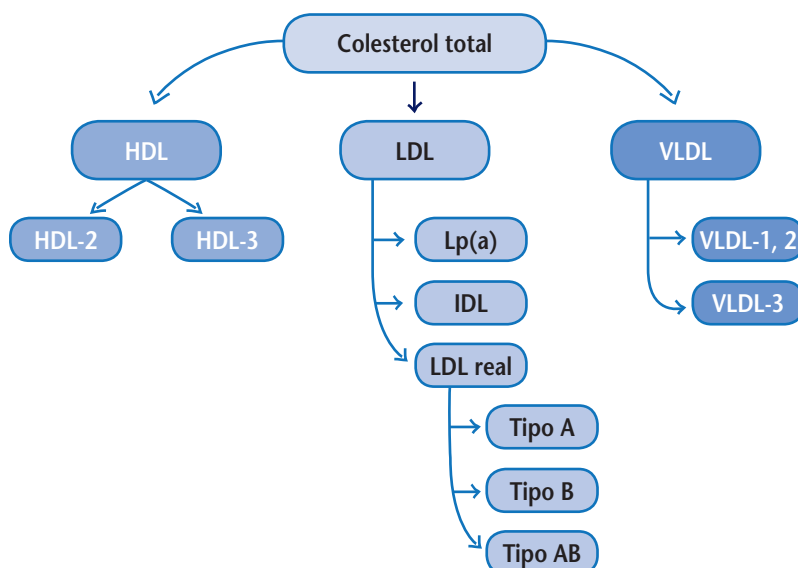


Tabela 4

Diagnóstico	Mudança no estilo de vida	Drogas
LDL elevado	Dieta pobre em gordura e colesterol/atividade física	Estatina, sequestrador de ác. biliar, niacina, fibrato
Lp(a) elevada	Sem efeito	Niacina
IDL elevado	Dieta pobre em carboidratos/atividade física	Estatina + niacina, fibrato
LDL tipo B	Dieta agressiva/perda de peso	Niacina, fenofibrato, óleo de peixe, glitazonas
VLDL e TG elevados	Dieta pobre em carboidratos/atividade física	Fibrato, niacina, estatina, óleo de peixe
HDL-2 diminuído	Exercícios aeróbicos	Niacina, fenofibrato
Síndrome metabólica	Dieta sem açúcar, 35% da dieta sob a forma de gordura, exercício	Óleo de peixe, fenofibrato, niacina, glitazonas

Figura 3



## > CONCLUSÃO

O diagnóstico de aterosclerose no adulto está intimamente correlacionado à dislipidemia na infância e na adolescência. Por esse motivo, é de extrema importância que se faça o diagnóstico das dislipidemias primárias e secundárias nessas fases da vida.

A melhor forma de tratamento e prevenção das dislipidemias é a dietoterapia. A associação com atividade física – exequível, supervisionada por um profissional habilitado e sob orientação médica – também deve ser tentada. Numa última fase, após tentativa sem êxito do controle da dislipidemia por dieta e exercício físico, será introduzido o tratamento medicamentoso.

## > REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AACE. Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of atherogenesis. Amended version. 2002.
2. MOH. Lipids: clinical practice guidelines. MOH Clinical practice guidelines; 2001.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemia e Diretrizes de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da SBC. 2001.
4. Ceragioli FLO, Jacobson MS. Prevenção de aterosclerose na infância.
5. Jorge PAR. Atualização: endotélio, lípidos e aterosclerose. ABC 1997; 68(2).
6. Consenso brasileiro sobre dislipidemias: avaliação, detecção e tratamento. ABC 1996; 67(2).
7. Grundy SM. Norvartis Clinical Symposia. Lipid Abnormalities and Coronary Heart Disease 1997; 49(4).
8. Adult Treatment Panel III. Third Report of NCEP. Detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults. Final report.
9. NCEP Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents.

10. Berkeley Heart Lab.
  11. Atherotech Lab.
  12. Bogalusa Heart Study.
  13. Jacobson MS, Kohn MR, Neinstein LS, Lawrence S. Cardiac risk factors and hyperlipidemia. Adolescent health care: a practical guide. 4<sup>th</sup> ed. Lippincott, Williams and Wilkins; 2002.
  14. Rifai N, Warnick GR, editors. Laboratory measurement of lipids, lipoproteins and apolipoproteins. AACC press; 1994.
  15. The ILIB lipid handbook for clinical practice: blood lipids and coronary heart disease. 1994.
  16. Ramires JAF, Spósito AC, Mansur AP, Solimene MC, Chamone D, Luz PL, Fúlvio Pileggi F. O genfibrozil reduz níveis elevados de lipoproteína (a) em pacientes hipercolesterolêmicos. Arq Bras Cardiol 1997; 68(4).
-

Denise Leite Ocampos<sup>1</sup>  
Evelyn Eisenstein<sup>2</sup>

## Perda da memória em adolescente de 18 anos

### ▶ RELATO DO CASO

Identificação: VPS, 18 anos, sexo feminino, parda, solteira, estudante da 8ª série do ensino fundamental, natural do Rio de Janeiro, procedente de Jardim Bangu, Rio de Janeiro (RJ).

QP: Perda da memória.

HDA: Há cinco dias teve um episódio de cefaléia occipital, em aperto, de forte intensidade, após desentendimento na escola, sem relação com alimentação, sem associação com náuseas, vômitos ou fotofobia, melhorando após uso de diclofenaco potássico. No dia seguinte acordou não se reconhecendo, não conhecendo familiares nem namorado, desorientada no tempo e no espaço e não sabendo identificar objetos; somente lembrando fatos antigos, principalmente desagradáveis.

Antecedentes fisiológicos: Parto normal, a termo; crescimento e desenvolvimento normais; telarca: 12 anos; pubarca: 13 anos; menarca: 14 anos; sexarca: 0.

Antecedentes mórbidos: Varicela com sete anos.

Antecedentes familiares: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melito (DM) (avô paterno); asma (irmão); enxaqueca (pais, avó materna).

História social: nega tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas; moradia de alvenaria, com esgoto e água encanada, dois quartos, residindo com cinco pessoas (tio, tia, primo, prima e irmão) há dez meses; pais separados há dois anos, sendo que morou seis meses com a mãe e oito meses com o pai. Namora há dois anos.

Revisão de sistemas: cefaléia occipital há dois anos, em aperto, predominantemente vespertina, ocasional, de moderada intensidade, exacerbada por estresse ou esforço físico, sem fotofobia ou náuseas, melhorando com antiinflamatórios não-esteroidais (Aines), além de fadiga e insônia.

Exame físico: peso: 51kg; altura: 1,59m; IMC: 20,1m/kg<sup>2</sup>; ectoscopia: em bom estado geral, eupnéica, afebril, mucosas coradas e hidratadas, acianóticas e anictéricas, pele de aspecto normal; cavidade oral e orofaringe: hipertrofia de amígdalas; fundoscopia: papila com contornos nítidos, vasos sangüíneos sem alterações, mácula preservada; ACV: ritmo regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, s/ sopros, Fc = 88bpm, PA = 100 x 60mmHg; AR: murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios, Fr = 20rpm; abdome: peristalse presente, indolor à palpação, sem visceromegalias ou massas; genitália: sem alterações; Tanner: P 5 M 5; exame neurológico: força muscular preservada, sem alterações de sensibilidade, sem sinais meníngeos, sem alterações de nervos cranianos, reflexos normais e minixame mental = 22 (não lembrava data atual, nome do hospital, dois erros em cálculos, dificuldade

<sup>1</sup>Residente de medicina de adolescentes do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Nesa/Uerj).

<sup>2</sup>Professora-adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj (Nesa/Uerj).

Trabalho realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HuPe/Uerj) e no Nesa. Apresentação feita em 19/8/2003, em sessão clínica do Nesa.

para escrever e desenhar. Não sabia sua identidade, mas lembrava o que tinha feito naquele dia); Mmli: boa perfusão capilar, pulsos simétricos e regulares, panturrilhas livres, sem edemas.

Exames complementares: hemograma completo normal, bioquímica normal, EAS normal, EPF normal, radiografia de tórax normal; TC de crânio com laudo normal.

### ➤ EVOLUÇÃO

Retorno da memória após seis dias da primeira consulta. Miniexame mental 27 (erro em cálculos e desenho) e exame físico normal. Referência a medo de dormir no mesmo quarto que o irmão, por ele ser do sexo oposto; aversão ao contato físico e sexual, inclusive com o namorado; dificuldade de confiar nas pessoas; choro fácil, irritabilidade, dificuldade de concentração, baixa auto-estima, insônia e lembranças de fatos desagradáveis, como abuso sexual pelo padrasto quando morou com a mãe após a separação de seus pais (há 19 meses).

O caso comentado teve o diagnóstico de amnésia anterógrada, tendo como etiologia mais provável o distúrbio de estresse pós-traumático (*post-traumatic stress disorder* [PTSD]) do tipo atrasado, pois principiou após seis meses do trauma. A conclusão diagnóstica ocorreu após o relato de abuso sexual pelo padrasto, e, diante dos sintomas referidos na evolução, já que a amnésia foi de curta duração, não foram encontradas alterações ao exame físico e nos exames complementares, demonstrando um componente psicossocial.

### ➤ OBJETIVO

Relatar a ocorrência de PTSD em uma adolescente de 18 anos, 19 meses após abuso sexual pelo padrasto, manifestado sob a forma de amnésia e outros sintomas relacionados, sem patologias associadas.

### ➤ DISCUSSÃO

A perda da memória ou amnésia é a incapacidade de armazenar, reter, coordenar e relembrar conhecimentos, experiências, informações e habilidades recentes e progressas adquiridos durante toda a vida. Pode ser classificada como amnésia anterógrada, amnésia retrógrada e amnésia global transitória. A anterógrada é a incapacidade de armazenar conhecimentos recém-adquiridos; a retrógrada, de relembrar experiências ocorridas antes do início da amnésia; e a global transitória, de reter informações novas e antigas, porém ocorrendo em indivíduos com mais de 50 anos, deixando-os subitamente desorientados.

As principais causas de amnésia na adolescência são: infecciosas, como HIV, herpes simples, sífilis, criptococose, tuberculose e sarcoidose;

metabólicas, como deficiências vitamínicas (B1, B3, B12), hipotireoidismo e intoxicações exógenas (medicamentos, drogas ilícitas e metais pesados); neoplásicas, como tumor primário e encefalite límbica paraneoplásica; neurológicas, como hematoma subdural crônico, pós-anóxia, pós-encefalite e hidrocefalia; psiquiátricas, como depressão, esquizofrenia e reação de conversão; degenerativas, como ataxias hereditárias e doenças do neurônio motor; além de outras, como vasculites, porfiria intermitente aguda, epilepsias não-convulsivas e leucodistrofias.

O PTSD é um distúrbio freqüente em crianças e adolescentes, ocorrendo após uma situação de estresse agudo (horror, medo, desamparo) em virtude de exposição a um trauma. Se não tratada, pode ser uma condição crônica, persistente e debilitante.

Os eventos traumáticos são acidentes, desastres naturais, homicídios, assaltos, abuso sexual, sendo o indivíduo vítima, testemunha ou ouvinte. Esses eventos são classificados como: trauma I – súbito e inesperado, p. ex., vítimas de assaltos; e trauma II – repetitivo e esperado, p. ex., abuso sexual.

Os sintomas começam em semanas, meses ou anos após o trauma, duram por pelo menos um mês e podem ser divididos nos subtipos agudo, com

duração menor do que três meses, crônico, com duração maior que três meses, e atrasado, com início após seis meses. Dependem do estágio de desenvolvimento do paciente e da natureza do trauma. Nas crianças se manifestam em jogos repetitivos, desenhos, histórias, alucinações e transtornos do sono, e, nos adolescentes, como comportamento agressivo, queixas inespecíficas e abuso de álcool e narcóticos. Em geral são lembranças recorrentes do fato, com *flashbacks* intrusivos; hiperatividade (hipervigilância, baixa concentração, dificuldade de adormecer ou permanecer dormindo, irritabilidade, amnésia e resposta de susto exagerada), incapacidade de lembrar, parcial ou completamente, alguns aspectos importantes do período de exposição ao estressor e aversão a lugares e pessoas relacionadas ao trauma.

Existem co-morbididades relacionadas, ou seja, as pessoas têm maior probabilidade de desenvolver outros transtornos, como distúrbio do pânico, transtornos da ansiedade, transtornos de comportamento, autismo, depressão, déficit de atenção e hiperatividade, assim como abuso de drogas ilícitas.

Ocorrem mais no sexo feminino, e os principais traumas são abuso sexual e testemunho de homicídios.

O diagnóstico diferencial é feito com desordem aguda do estresse (começa e termina em um mês do trauma), distúrbios do comportamento (esquizofrenia), depressão, transtornos da ansiedade e reação de conversão.

O tratamento é feito com terapia do comportamento cognitivo, terapia com jogos, terapia de grupo, terapia familiar, psicoterapia e farmacoterapia. Os medicamentos são coadjuvantes das terapias ou direcionados para as co-morbididades (depressão, pânico, hiperatividade). Os antidepressivos, como a fluoxetina e a sertralina, mostraram-se eficazes no início da terapêutica.

Na CID-10 o distúrbio do estresse pós-traumático é F43.1.

O abuso sexual é uma situação em que uma criança ou um adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, com base em uma relação de poder que pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mamas ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência física.

As principais manifestações clínicas são:

- aversão ao contato físico e a qualquer atividade de conotação sexual, insegurança e dificuldade de confiar em outras pessoas, isolamento social e depres-

são, tristeza e abatimento profundo, sentimentos de menos-valia, baixa auto-estima e choro fácil;

- retardo psicomotor, dificuldades de concentração e baixo nível de desempenho escolar, hiperatividade;
- transtornos do sono e pânico, distúrbios na alimentação, fadiga, imagem corporal distorcida, altos níveis de ansiedade, enurese noturna, autoflagelação;
- conduta agressiva e irritabilidade, comportamento regressivo, submisso ou autodestrutivo;
- excessiva preocupação em agradar, interesse precoce por brincadeiras sexuais com conduta sedutora ou agressiva, desenhos, masturbação contínua e visível;
- distúrbios de conduta, como faltar a aulas, ter poucos amigos, fugas, mentiras, furtos e tentativa de suicídio.

As principais etapas de avaliação do abuso sexual de crianças e adolescentes são:

1. estabelecer relação de confiança com a vítima e familiares; assegurar o sigilo das informações; assegurar local adequado e com privacidade para a entrevista e o exame clínico;
2. trabalhar em equipe interdisciplinar, referendar para psicologia e serviço social, documentar os dados em protocolos apropriados e com informações adequadas; comunicar ao Conselho Tutelar; interagir com os profissionais legistas, policiais, e lidar com os aspectos legais e jurídicos;
3. esclarecer sintomas: início, duração, intensidade, circunstâncias, localização, piora/melhora; história prévia e fatores associados; história da dinâmica familiar; história do desenvolvimento emocional; história social (e escolar); história sexual (e menstrual da adolescente);
4. exame clínico e/ou ginecológico; presença de enfermeiro/a ou atendente na sala de exame; não forçar nem duplicar trauma; interromper se necessário ou conter reações emocionais extremas, choro ou pânico; uso adequado dos protocolos para registro dos dados da entrevista e exame; assegurar o acompanhamento a seguir;
5. importância do tempo decorrido desde o abuso: < 72h; até quatro a oito semanas e > dois meses; dar a conhecer o local e os instrumentos a serem usados durante o exame (estetoscópio, espéculo, *swabs* para culturas, etc.); exame segmentar e por etapas, sinais antigos e recentes de violência e/ou abuso; autorização para fotografar as lesões, exame perianal e ginecológico;
6. obter culturas das áreas orofaríngea, uretral, vaginal, anal e retal para gonococo e HPV; obter dados laboratoriais para sífilis, HIV, hepatite

- B, toxicologia etc., repetindo em seis a oito semanas; fazer  $\beta$ -HCG se necessário; exame de citocolposcopia, quando possível; exame de urina e cultura;
7. toxóide antitetânico, em caso de vacinação não-comprovada e lesões físicas presentes; avaliar a necessidade de contracepção de emergência; avaliar a necessidade de tratamento profilático para doenças sexualmente transmissíveis (DST); rastrear anti-HIV (repetir em seis a oito semanas) e iniciar tratamento anti-retroviral, em casos de riscos e quando não se sabe o estado HIV do agressor (até 72 horas do abuso);
  8. evitar o uso de medicamentos psicotrópicos, mas considerar o de fluoxetina ou sertralina em casos de depressão; encaminhar para acompanhamento psicoterapêutico, semanal ou quinzenal, durante oito a 12 semanas; hospitalizar em casos de crises, emergências psiquiátricas ou risco de vida; acompanhar sintomas pós-traumáticos, supervisionando o comportamento, sem preconceitos ou julgamentos de valor moral;
  9. oferecer possibilidade de conversar, oferecer atividades de grupo ou atividades de prevenção e educação em saúde realizadas em escolas e comunidades; ensinar técnicas sobre prevenção da violência e como obter ajuda; insistir na necessidade de intervenções ou mesmo hospitalização em casos de crises agudas ou risco de vida;
  10. a prevenção é a solução: atividades de educação em saúde nas escolas, empresas, clubes e comunidades; informações sobre desenvolvimento da sexualidade saudável e prevenção de DSTs/HIV; resolução de conflitos intrafamiliares; redes de suporte e apoio social e cultural; canais de comunicação, mídia e tecnologia – sem hipocrisias e duplas mensagens sexuais –; campanhas de alerta e prevenção da violência e do abuso sexual.

## CONCLUSÃO

O diagnóstico do PTSD é de particular importância, pois está intimamente relacionado à violência contra a criança e o adolescente. Mesmo sendo um transtorno prevalente nessa faixa etária, nem sempre é primariamente considerado, permanecendo subdiagnosticado e levando a dificuldade no seu diagnóstico e na instituição de uma terapêutica apropriada. A violência apresenta-se sob diversas formas, tanto que um sintoma ou sinal isolado ou queixas inespecíficas não permitem afirmar a sua existência. É fundamental o olhar atento e crítico da equipe de saúde que lida com os adolescentes diante dos problemas identificados – seja de ordem física, sexual e emocional – procurando a sua correspondência com o relato da possível vítima, dos familiares ou de pessoas de sua convivência sobre o fato ocorrido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (Abrapia). Abuso sexual. Mitos e realidades. Coleção Criança Carinho. 3 ed. 2002. p. 8-46.
2. Gauderer EC, Morgado K. Abuso sexual na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria* 1992; 68(7/8): 243-7.
3. Augostinos M. Developmental effects of child abuse: recent findings. *Child Abuse & Neglect* 1987; 11: 15-27.
4. Becker J, Skinner. Sexual abuse in childhood and adolescence. *The clinical guide to child psychiatry*. The Free Press; 1985.
5. Seedat S, Kammer D et al. An overview of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Primary Care Psychiatry* 2000; 6(2): 43-8.
6. Ministério da Saúde. Violência contra crianças e adolescentes. Orientações para a prática em serviço. Caderno n. 8, 2001; 33-45.
7. Pynoos R, Nader K et al. Posttraumatic stress disorder. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 1991.
8. Neinstein LS, Warf C, Sherer S. Rape and sexual abuse. *Psychosocial problems and concerns*. Chapter 82; 1477-510.
9. Cohen JA. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Work group on quality issues. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder 1998; 37 (suppl. 19): 4S-26S.

## > INFORMAÇÕES GERAIS

A revista *Adolescência & Saúde* é uma publicação oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com periodicidade trimestral. Aceita matérias inéditas para publicação na forma de artigos originais, artigos de atualização e relatos de casos.

Os textos devem vir acompanhados de carta assinada pelo autor principal e por todos os co-autores para serem avaliados pelo Conselho Editorial e receberem aprovação para publicação.

Os trabalhos devem ser enviados para: *Adolescência & Saúde* – Boulevard 28 de Setembro 109/fundos – Pavilhão Floriano Stoffel – Vila Isabel – CEP 20551-030 – Rio de Janeiro-RJ – Tels.: (21) 2587-6570 / 2587-6571 – Fax: (21) 2264-2082 – e-mail: revadol@uerj.br; ou para Diagraphic Editora – Av. Paulo de Frontin, 707 – Rio de Janeiro-RJ – CEP 20261-241 – a/c Beatriz Couto – e-mail: editora@diagraphic.com.br.

## > SEÇÕES DA REVISTA

A revista publica os seguintes trabalhos:

- artigos originais, sejam prospectivos, experimentais ou retrospectivos;
- artigos de revisão, inclusive metanálises, comentários editoriais e cartas de opiniões, quando solicitados a membros do Conselho Editorial;
- resumos de teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses. Os mesmos deverão ter, no máximo, duas laudas (de 2.100 caracteres, com espaços), incluindo, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. O resumo deverá ser enviado em disquete. Em arquivo separado, apresentar o nome completo do autor e do orientador, membros da banca, data de apresentação e a identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada;
- relatos de casos de grande interesse e bem documentados clínica e laboratorialmente;
- artigos de temas livres, resumos e trabalhos apresentados em eventos científicos.

## > APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

É necessário que os trabalhos sejam apresentados em três vias, em páginas separadas e numeradas no ângulo superior direito. Os artigos deverão ser enviados com no máximo dez laudas (de 2.100 caracteres, com

espaços), sem contar as referências. Para os artigos que contenham gráficos ou fotos, o número de laudas deverá ser menor, dependendo da quantidade de imagens. Devem ser também gravados e apresentados em disquete, mencionando-se o nome do arquivo e do *software* utilizado e a versão.

Devem vir acompanhados de carta do autor principal, autorizando a sua publicação e com a sua assinatura e a de todos os co-autores. O artigo passa a ser propriedade da revista, e as opiniões emitidas nos trabalhos são de responsabilidade única dos autores.

a) Primeira página:

- título do artigo;
- nome(s) do(s) autor(es) e titulação(ões);
- nome do serviço onde foi realizado o trabalho;
- endereço, número de telefone, fax e e-mail do autor principal.

b) Segunda página:

- resumo com, no máximo, 200 palavras;
- unitermos, no máximo cinco, formulados com base no vocabulário estruturado DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), que pode ser encontrado no endereço eletrônico [www.bireme.br](http://www.bireme.br).

c) Terceira página:

- título em inglês;
- abstract*;
- key words*.

d) Quarta página:

- carta do autor principal, autorizando a publicação e com sua assinatura e a de todos os co-autores.

e) Texto:

- os artigos originais devem obedecer à seguinte seqüência: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão. Referências bibliográficas: no máximo 20;
- os artigos de atualização podem ou não ter subtítulos. Referências bibliográficas: no máximo 30;
- os relatos de caso devem obedecer à seguinte seqüência: Introdução, Apresentação do Caso, Discussão e Conclusão, Referências bibliográficas: no máximo cinco.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS <

Devem ser ordenadas alfabeticamente, com base no último sobrenome do autor principal, e numeradas. As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas. Para apresentação das referências, devem ser adotados os critérios do International Committee of Medical Journal Editors. Exemplos:

a) Artigos em periódicos:



Dupont W, Page D. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med* 1985; 312: 146-51.

Obs.: Quando houver mais de seis autores, devem-se mencionar os três primeiros seguidos de *et al.*

b) Capítulos de livros:

Swain SM, Lippman ME. Locally advanced breast cancer. In: Bland KI, Copeland EM. *The Breast. Comprehensive management of benign and malignant diseases*. Philadelphia: WB Saunders. 1991; 843-62.

c) Livros:

Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. *Benign disorders and diseases of the breast. Concepts and clinical management*. London: Baillière-Tindall. 1989.

d) Referências de trabalhos apresentados em evento: Tarricone V, Novaes SP, Pinto RC, Petti DA. Tratamento conservador do câncer de mama. XI Congresso Brasileiro de Mastologia. Foz do Iguaçu; 1998.

e) Referências de trabalhos de autoria de entidade:

American Medical Association. *Mammographic criteria for surgical biopsy of nonpalpable breast lesions. Report of the AMA Council on Scientific Affairs*. Chicago: American Medical Association. 1989; 9-20.

f) Referências de teses:

Narvaiza DG. *Expressão do antígeno nuclear de proliferação celular (PCNA) no epitélio da mama de usuárias e não-usuárias de anticoncepcional hormonal combinado oral*. São Paulo: 1998. Tese de Mestrado, Unifesp-EPM.

g) Artigos de periódico em formato eletrônico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1): [24 screens]. Available from: URL:<http://www.ede.gov/neidod/EID/eid.htm>.

## ILUSTRAÇÕES

Solicita-se que tabelas, gráficos, figuras e fotografias sejam apresentados em folhas separadas, com legendas individualizadas, ao final do trabalho. Preferencialmente as fotografias devem ser em preto-e-branco, em *slide* ou

papel, e as despesas com eventual reprodução de fotografias coloridas correrão por conta dos autores. Fotos eletrônicas só serão aceitas em formato jpg com 300dpi de resolução. Os desenhos em traço precisam ter qualidade profissional para permitir sua reprodução.

## PONTOS A CONFERIR

Antes de enviar seu artigo para publicação, verifique os seguintes pontos:

1. O resumo está de acordo com o *abstract*?
2. Os unitermos estão de acordo com as *key words*?
3. Na terceira página consta o título em inglês?
4. A carta de autorização para publicar o artigo, com a assinatura do autor e dos co-autores, foi enviada?
5. A divisão de tópicos está correta?
6. O artigo está dentro do número máximo de laudas?
7. Referências
  - a) O número de referências está correto?
  - b) Todos os artigos citados no texto estão presentes nas referências?
  - c) Todos os artigos presentes nas referências estão citados no texto?
  - d) Os artigos estão digitados de acordo com as normas da revista?
  - e) Os artigos estão em ordem alfabética?
8. Tabelas
  - a) As legendas são auto-explicativas?
  - b) As tabelas apresentam autores que não estão presentes nas referências?
9. Figuras e fotos
  - a) As legendas são auto-explicativas?
  - b) Todas as figuras e fotos estão citadas no texto e vice-versa?
10. Os valores numéricos (principalmente porcentagens) estão calculados corretamente?
11. O disquete a ser enviado contém todo o texto do artigo em Word?
12. As fotos eletrônicas estão em formato jpg com 300dpi?