Especialização em
SAÚDE DA FAMÍLIA

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

Caso complexo
Natasha

Fundamentação teórica
Abordagem do adolescente

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA
PROVAB

ABORDAGEM DO ADOLESCENTE

Maria Sylvia de Souza Vitalle

Adolescência: o direito e o acesso à saúde

A Constituição Federal garante sob a forma de leis os direitos de acesso à saúde, bem como a outros cuidados relevantes para a criança e o adolescente. O Estatuto da Criança e do Adolescente é outro instrumento legal abrangente no reconhecimento dos direitos humanos da criança e do adolescente. Além disso, os direitos à saúde e os direitos da criança e do adolescente são internacionalmente reconhecidos como direitos humanos, e o Brasil participa de diversos tratados que envolvem temas referentes à criança e ao adolescente.

A Constituição Federal de 1988 é um documento histórico que no seu núcleo traz o reconhecimento do rol de direitos e garantias tanto dos indivíduos quanto da coletividade. Os direitos sociais são enumerados no artigo 6o e, entre eles, encontra-se o direito à saúde. Os artigos 196 a 200 reconhecem a saúde como direito de todos e dever do Estado, o acesso universal e igualitário à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), rede hierarquizada e regionalizada.

Artigo 196

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Artigo 127

"É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão".

§1° – O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 11, diz:

> "É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente através do SUS, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde".

Privacidade, confidencialidade e sigilo

Privacidade é o direito, independentemente da idade, que o adolescente tem de ser atendido sozinho, em um espaço privado de consulta, no qual são reconhecidas sua autonomia e individualidade, sendo estimulada sua responsabilidade crescente com a saúde e/ou cuidado em relação a eventuais processos de doença de gravidade e limitação variáveis. A privacidade não está obrigatoriamente ligada à confidencialidade.

Existem situações de exceção, em que o direito à privacidade não deve ser exercitado:

- déficit intelectual relevante;
- falta de crítica (distúrbios psiquiátricos, drogadição);
- desejo do adolescente de não ser atendido sozinho;
- referência explícita ou suspeita de abuso sexual.

O ideal é que exista sala de espera própria para que não fiquem junto com crianças, pois podem ficar constrangidos ou aborrecidos, renunciando a voltar em próximas consultas. Minimamente devem ser atendidos em horário específico, quando não há possibilidade de ter espaço para uso somente de adolescentes.

Confidencialidade também é direito do adolescente. No artigo 74 do Capítulo IX, o Código de Ética Médica diz a respeito do Sigilo Profissional:

> "É vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente".

E acrescentamos, ainda, danos a terceiros. Situações comuns nas quais é imperativo quebrar o sigilo são: gravidez, abuso de bebidas alcoólicas e de drogas, intenção de abortar, algumas DSTs, situações de risco de suicídio, homicídio, ferimentos por arma de fogo ou instrumentos perfurantes, anorexia e bulimia nervosas, necessidade urgente de cirurgia.

Dessa forma, os profissionais que tanto temem na prática médica a manutenção do sigilo deveriam mais precisamente temer a sua quebra, pois esta sim implica penalidade.

É preciso ainda ter em mente que NÃO é necessária a anuência do adolescente para quebrar o sigilo, mas deve-se AVISÁ-LO que o sigilo será quebrado, para que não se perca assim a confiança. Portanto, quando necessária, a revelação aos pais deve ser feita com o conhecimento do menor e com ele combinada a forma como isso será feito.

A confidencialidade não é princípio baseado no "escondido", mas sim o reforço do reconhecimento do indivíduo como sujeito, protagonista de suas ações apoiadas em escolhas responsáveis; a família será a grande aliada para a sustentação dessa abordagem, entendendo-a como oportunidade de aprendizado e exercício de cidadania.

Sempre que se fala em confidencialidade, se fala em ética, mas não em lei. Baseia-se no princípio de beneficência, e não maleficência.

O artigo 11 do ECA reza que:

> "É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde".

Pelo princípio da autonomia se admite que o paciente adolescente possa reivindicar sua posição de indivíduo autônomo e, como tal, responsável e capaz de avaliar seus próprios problemas e optar sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos e profiláticos, assumindo a responsabilidade por seu tratamento. Esse princípio sugere que, sob certas circunstâncias, a única pessoa com o direito de escolher é o que é mais conveniente para si mesmo é o próprio adolescente.

Doutrina do menor maduro

Menor maduro é aquele que pode compreender os benefícios e riscos do tratamento que lhe é proposto, isto é, é capaz de dar consentimento informado à assistência, pode recusar o tratamento que lhe é indicado, à revelia dos pais, mantendo-se sempre o sigilo.

Exige-se do médico e da equipe que cuida dos adolescentes o máximo de cuidado e bom senso na avaliação subjetiva do que é um menor amadurecido. Esse conceito não seria sempre válido para menores de 14 a 15 anos. E, mesmo aqueles indivíduos maiores de 15 anos, idealmente é preciso buscar sempre mais informações sobre eles, não julgar prematuramente. Devem ser sempre considerados nesse aspecto, além do desenvolvimento físico, os aspectos cognitivos, emocionais, sociais, culturais e comportamentais.

Respeito ao pudor

O pudor faz parte de valores culturais, sociais e pessoais e, portanto, varia de indivíduo para indivíduo. O cuidador de adolescentes deve desenvolver sua sensibilidade e atenção a esse aspecto, para não desencadear ou piorar a ansiedade a que está já submetido o jovem em situações que fogem da sua rotina, como se submeter a exame físico e falar sobre suas peculiaridades.

A questão do exercício da sexualidade

A vivência da sexualidade tem início na infância, com o contato com os pais, familiares, brincadeiras e sensações de prazer que permitam o livre fluir da curiosidade que impulsionará o indivíduo para as suas primeiras descobertas sobre o sexo, podendo, conforme as vivências, gerar dúvidas, dores, medos ou conflitos.

Deve-se entender a sexualidade como uma forma de relacionamento entre seres humanos que pode e deve ser exercitada de modo prazeroso e saudável, e para isso se deve ter maturidade para saber, também, postergá-la para o momento adequado.

Com relação à manifestação da sexualidade na adolescência, podemos classificá-la em:

- pré-adolescência – fisicamente há aumento do peso, embora a aparência física ainda seja pré-puberal. As informações sobre sexualidade provêm dos amigos, da escola e da família;
- adolescência precoce (10 a 14 anos) – a maturação física puberal é evidente, há interesse acentuado no próprio corpo e no de seus pares. Surgem as fantasias sexuais, que podem ser motivo de sentimento de culpa, assim como a masturbação. As relações geralmente são platônicas, não há contato físico;
- adolescência média (14 a 17 anos) – desenvolvimento puberal é praticamente completo. Já surgiu a menarca nas moças e a semenarca nos rapazes. Os contatos físicos dão a tônica, nos quais o comportamento sexual costuma ser exploratório e egoísta, buscando tirar proveito das relações, no sentido de não haver preocupação com o outro, mas o que se vivencia desse experiência, suas sensações e emoções. Pode haver negação das consequências do comportamento sexual;
- adolescência tardia (17 a 20 anos) – o desenvolvimento puberal está completo, e o comportamento sexual é mais expressivo e menos exploratório, se busca o estabelecimento de vínculos, sendo as relações íntimas e compartilhadas. A relação de afeto é a base para a escolha do par duradouro. Há maior consciência dos riscos e da necessidade de proteção.

Embora pareça não existir grande diferença de conduta entre os dois sexos, os sentimentos e desejos têm motivações diversas: enquanto as moças priorizam o amor sobre a genitalidade, para os rapazes os impulsos sexuais são, inicialmente, bastante separados da noção de amor.

Para que as intervenções sejam efetivas na área de prevenção (gravidez precoce, risco de aborto e DSTs), é preciso reconhecer os fatores de risco que permeiam o exercício precoce da atividade sexual, entre eles a pobreza, a baixa escolaridade, a ausência de um projeto de vida, problemas psicológicos e emocionais e mudanças de valores sociais.

O uso de contracepção – a dupla proteção SEMPRE: contra a gravidez e contra as DSTs

A orientação anticoncepcional não se resume a uma ação; antes é um processo amplo e contínuo, que vai muito além das informações oferecidas sobre uso de medicamentos para impedir a gravidez, pois envolve a promoção da autoestima e a conscientização de riscos. Dessa forma, o profissional envolvido deve ser capaz de levar o adolescente a uma atitude reflexiva no espaço da consulta, para que ele se perceba como indivíduo, responsável por seu corpo, suas ações, suas vontades, identificando assim as situações de risco às quais pode se expor e, nesse processo, ser capaz de minimizar essas situações. Devem ser discutidas as vantagens e desvantagens de cada método, e o/a adolescente (e sua/seu parceiro) deve ser levado a optar por aquele que mais se adapte à sua forma de vida.

A idade, de modo geral, não representa motivo médico para a contraindicação de qualquer método reversível de contracepção.

Na escolha do método a ser utilizado, devem ser avaliados:

1. **Maturidade biológica**: de modo geral, é melhor prescrever contraceptivos para adolescentes que tiveram a menarca há mais de dois anos, pois se garante dessa forma que já se tenha completado a maturação do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas e o crescimento físico;
2. **Maturidade psicológica**: a adesão está diretamente ligada à capacidade de aceitação da própria sexualidade;
3. **Escolaridade** da/o adolescente (e do parceiro/a) e a capacidade de compreensão;
4. Se **já iniciou** anteriormente a atividade sexual, ou se a iniciará a partir do uso do método;
5. **Gravidez ou abortos prévios**;
6. **Conhecimentos, atitudes e opiniões** do/a adolescente e sua/seu parceiro sobre os métodos anticoncepcionais (desde os conceitos, preconceitos, questões religiosas implicadas na contracepção, tabus, medos, mitos);
7. **Uso anterior de métodos contraceptivos**;
8. **Frequência** de relações sexuais;
9. **Motivação** para o uso da contracepção;
10. Se há a presença de **contraindicações** para o uso de algum método;
11. **Eficácia, custo e facilidade** de aquisição do anticoncepcional escolhido;
12. Se os **pais/responsáveis têm conhecimento das práticas sexuais** e se há barreiras para o uso de anticoncepcionais na família;

13. Se tem **parceiro estável e participante** na escolha do anticoncepcional;
14. Qual seria o significado de uma eventual **gravidez** para a adolescente, para o parceiro e para a família de ambos.

Métodos hormonais

- **Orais (combinados e de progestênio, injetáveis, adesivo, anel, implante e DIU)**
  - Contracepção oral (ACO)
    - Contraindicações: fenômenos tromboembólicos, oclusão coronariana, acidente vascular cerebral (atuais ou pregressos), suspeita de câncer de mama ou outras neoplasias hormônio-dependentes, tumores de fígado, hepatopatias, HAS grave e/ou com doença vascular, enxaqueca grave, lúpus eritematoso sistêmico juvenil, diabetes (com evidência de nefropatia, neuropatia, doença vascular ou mais de 20 anos de evolução), icterícia colestática relacionada a gravidez ou uso de ACO, cardiopatias, acima de 35 anos e fumante (mais de 15 cigarros/dia), sangramento vaginal hormonal de etiologia desconhecida, gravidez, cirurgia de grande porte com imobilização prolongada, menos de 21 dias pós-parto.
    - Frente às contraindicações, para avaliação do perfil bioquímico de paciente candidata a uso de ACO, pode-se pedir: hemograma, glicemia, colesterol total e frações, triglicérides, função hepática.
    - Os ACO combinados usados na adolescência são os de baixa dosagem, sendo que de modo geral se opta por usar as apresentações monofásicas (idêntica dosagem de esteroides em todas as pílulas), considerando que não há vantagem nos demais tipos de combinação.
    - Apresentação:
      - Cartela de 21 comprimidos ativos – toma-se toda a cartela e se espera sete dias para reiniciar nova cartela. No intervalo do uso ocorrerá a menstruação. Algumas apresentações têm ainda 7 comprimidos placebos, e, portanto, não se faz o intervalo entre o uso de uma cartela e outra, surgindo a menstruação durante o uso dos comprimidos placebo.
      - Cartela de 24 comprimidos ativos, porém a cartela vem com 28 comprimidos, sendo 4 placebos, e o uso deve, portanto, ser sequencial, não havendo intervalo de uso entre uma cartela e outra.
      - Cartela de 28 comprimidos ativos – uso ininterrupto, sem intervalo entre as cartelas, e não haverá o surgimento da menstruação.
- **Alguns anticoncepcionais orais usados na adolescência:**
  - Combinados com etinilestradiol 30 µg e levonorgestrel 0,15 mg – 21 pílulas ativas (Microvlar®, Nordette®,Ciclone®); com etinilestradiol 15 µg e gestodeno 0,06 mg – 24 pílulas ativas (Adoless®, Nordette®, Mirelle®, Minesse®).
    - Vantagens: eficácia, reversibilidade, regularização do ciclo, tratamento da dismenorreia
    - Desvantagens: falta de privacidade, tomada diária, náusea, cefaleia, mialgia, ganho de peso, altera quantidade/qualidade do leite materno.
  - Progestagênio (minipílula): gestodene 0,075 mg – 21 pílulas ativas (Gynera®, Minulet®).
    - Vantagens: eficácia, reversibilidade melhora acne, pouco aumento de peso, sem efeito colateral estrogênico, não altera a qualidade ou quantidade do leite materno.
    - Desvantagens: cefaleia, alteração do fluxo menstrual, tomada diária e no mesmo horário, falta de privacidade.
  - Injetáveis
    - Sempre que possível, fazer opção por formulações com a menor quantidade de estrógeno. As contraindicações são as mesmas do ACO e se constituem em opção para aquelas jovens com dificuldade de aderir ao uso diário da pílula.
    - Enantato de noretisterona 50 mg e valerato de estradiol 5 mg (Mesigyna®); acetato de medroxiprogesterona 25 mg e cipionato de estradiol 5 mg (Ciclofemina®); acetofenido de algestona 150 mg e enantato de estradiol 10 mg (Perlutan®, Ciclovular®).
  - Adesivo – Anticoncepcional combinado transdérmico
    - Evra® – adesivo de coloração bege, com 20 cm2 de diâmetro, que pode ser aplicado no baixo ventre, nádegas, parte superior do braço e parte superior do tronco (exceto mamas), libera diariamente 20 µg de etinilestradioel e 150 µg de norelgestromim.

- As indicações e contraindicações e efeitos colaterais são os mesmos dos ACO. Raramente há reação local em pele, é mais caro que a maioria dos ACO, e não é propriamente discreto, pois em situações de exposição do corpo, em praias, atividades de natação, torna visível o adesivo.

- Anel vaginal
  - Flexível, macio, formado por material plástico transparente, com diâmetro de 54 mm, que libera 15 µg de etinilestradiol e 120 µg de etonogestrel diariamente (NuvaRing®).
  - Anticoncepcional combinado, de eficácia e contraindicações semelhantes aos dos ACO. É opção para melhorar a adesão ao uso do contraceptivo.
  - Desvantagens: embora o local exato na vagina não influencie a sua eficácia, algumas adolescentes têm dificuldade de colocação, pois implica automanipulação, pode haver expulsão espontânea, desconforto vaginal, sensação de corpo estranho, percepção do anel durante o ato sexual, vaginites, porém deve-se acrescentar que todos esses problemas são pouco frequentes.
- Implante
  - Cápsulas de material plástico, implantadas sob a pele do braço não dominante, liberam o progestágeno (levonorgestrel) continuamente para a circulação sanguínea, eficazes por três a cinco anos, de alta eficácia e devem ser usadas somente para anticoncepção prolongada. Para adolescentes que têm o uso de estrógenos contraindicado, é excelente opção, porém o custo é alto (Implanon® , Norplant®).
- Dispositivo intra-uterino – DIU
  - Apresenta como contraindicações relativas a nuliparidade, múltiplos parceiros e infecções do trato genital inferior, sendo dessa forma método pouco utilizado na adolescência.
  - DIU de cobre e o sistema intrauterino de levonorgestrel (Mirena®).

Métodos de barreira

- **Preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, espermicidas**
  - Preservativo masculino
    - A eficácia está associada à orientação dada ao casal, pois as falhas de modo geral acontecem pelo uso incorreto: erro de colocação, armazenamento inadequado, uso de lubrificantes, danos de causa mecânica (unhas, joias, piercings, dentes, por exemplo), erros de retirada. Utilizado adequadamente, principalmente se associado a um espermicida, sua eficácia chega a 98%.
    - Para pacientes alérgicos ao látex, existe um preservativo de poliuretano (Durex®), porém lembrar que, embora seja resistente aos lubrificantes oleosos, tem maior risco de ruptura e deslizamento em relação aos de látex.
    - Vantagens: prevenção de DSTs, sem efeito hormonal colateral, fácil obtenção e baixo custo.
    - Desvantagens: presença de prurido ou alergia, risco de rompimentos e escorregamento, não pode ser reutilizado.
  - Preservativo feminino (Reality®)
    - Dispositivo de poliuretano, de 16 cm de comprimento por 8 cm de largura, com dois anéis flexíveis nas extremidades, vem lubrificado com espermicida. Mais caro do que o preservativo masculino. O manuseio de genitália necessário à utilização e o ruído que surge durante o ato sexual limitam o seu uso.
  - Diafragma
    - Dispositivo de látex, que é acoplado ao colo uterino. Funciona como barreira física aos espermatozoides. Seu uso associado a um espermicida aumenta sua eficácia. A manipulação necessária ao seu uso também torna esse método pouco popular entre as adolescentes. Imprescindível a consulta ginecológica para medição do colo uterino e aprendizagem de colocação e retirada. Não protege contra DSTs, e o custo nem sempre é acessível à adolescente.
  - Espermicidas (nonoxinol-9)
    - Pouco eficaz se utilizado isoladamente ou associado a um método de barreira, porém tem ação na diminuição da incidência de gonorreia, vaginose bacteriana, tricomoníase e infecções por clamídea.

Métodos comportamentais

- Tabela de Ogino-Knaus, método de Billing (ou muco cervical), temperatura basal, coito interrompido, abstinência periódica.
- Deve-se considerar que, embora tenham a vantagem de não ter efeito hormonal, a taxa de falhas é alta, pois a irregularidade do ciclo das adolescentes, a falta de registro dos ciclos menstruais, a frequência da atividade sexual, em que é priorizada a oportunidade e a falta de método que garanta com precisão se afirmar quando ocorre a ovulação, comprometem o método, e, além disso, não protegem contra DSTs.

Contracepção de emergência

- Uso até 120 horas após atividade sexual desprotegida. Apresenta efeitos colaterais leves e transitórios, como náusea, fadiga, vômitos, sangramento irregular, aumento da sensibilidade mamária, retenção líquida e cefaleia. Orientar a necessidade de repetir o medicamento se houver vômitos até duas horas após a ingestão do medicamento. Caso os vômitos persistam, uma dose pode ser feita intravaginal. Em função das náuseas serem mais frequentes, convém indicar o uso de um antiemético uma hora antes da tomada das doses do contraceptivo.
- Não tem contraindicações para sua utilização, mesmo para aquelas mulheres que não podem usar anticoncepcional combinado; não é teratogênico ou abortivo.
- Após sua utilização, um anticoncepcional de rotina deve ser iniciado ou continuado, da seguinte forma: os métodos de barreira podem ser utilizados imediatamente; contraceptivos orais, adesivos ou anéis vaginais podem ser iniciados ou reiniciados no dia seguinte ou esperar o próximo ciclo menstrual para iniciar o método; contraceptivos injetáveis, implantes e DIU, deve-se esperar o próximo ciclo menstrual para iniciar o método, mantendo-se abstinente ou utilizando preservativo durante todo o período.
- Apresentação: pílula contendo apenas progestágeno: Postinor-2® (2 comprimidos em dose única), Pozzato® (1 comprimido a cada 12 horas, sendo a dose total 2 comprimidos).

Irregularidades menstruais

As irregularidades menstruais podem ser referentes a:

1. Intervalo: polimenorreia – ciclos com intervalos menores do que 21 dias; oligomenorreia – ciclos com intervalos maiores do que 35 dias e espanomenorreia – ciclos com intervalos maiores do que 45 a 60 dias;
2. À quantidade: hipermenorreia – aumento da duração do fluxo (mais de 8 dias); menorragia – sangramento uterino abundante, maior do que 80 ml; metrorragia – sangramento uterino que apresenta intervalos irregulares, prolongado, pode ser profuso, sem ritmicidade; hipomenorreia – duração do fluxo diminuído, menos do que três dias;
3. À ausência:
   3.1. Amenorreia primária: adolescente com 16 anos de idade e com desenvolvimento puberal adequado, porém sem menarca; adolescente com 14 anos de idade e sem desenvolvimento puberal, ou ainda adolescente que já completou a maturação sexual há pelo menos dois anos e ainda não apresenta menarca;
   3.2. Amenorreia secundária: três ciclos menstruais consecutivos em que há ausência de menstruação, ou ausência de menstruação por seis meses, após a estabilização das menstruações regulares ou, ainda, ausência de menstruação 18 meses após a menarca. Na investigação das amenorreias devem ser consideradas causas hipotalâmicas, hipofisárias, ovarianas, uterinas, suprarrenais e tireoideanas.