

## Acompanhamento da saúde do adolescente pelos pediatras



Puberdade precoce: diagnóstico e conduta • Página 4

Sinais de alerta nos caminhos da sexualidade • Página 7

Checkup na adolescência • Página 9

Diretoria Executiva

Presidente  
Sulim Abramovici  
1º Vice-presidente  
Renata Dejtiar Waksman  
2º Vice-presidente  
Claudio Barsanti  
Secretária-geral  
Maria Fernanda B. de Almeida  
1º Secretário  
Ana Cristina Ribeiro Zollner  
2º Secretário  
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck  
1º Tesoureiro  
Mário Roberto Hirschheimer  
2º Tesoureiro  
Paulo Tadeu Falanghe

Diretoria de Publicações

Diretora  
Cléa R. Leone  
Coordenadores do *Pediatra Atualize-se*  
Antonio Carlos Pastorino  
Mário Cícero Falcão

Departamento colaborador:  
Adolescência  
Endocrinologia  
Saúde Mental

Informações Técnicas

Produção editorial  
Sociedade de Pediatria de São Paulo  
Jornalista responsável  
Paloma Ferraz (MTB 46219)  
Revisão  
Rafael Franco  
Projeto gráfico e diagramação  
Lucia Fontes

Foto de capa:  
© ridofranz  
depositphotos.com

Periodicidade: bimestral  
Versão eletrônica: www.spsp.org.br

Contato comercial  
Karina Aparecida Ribeiro Dias:  
karina.dias@apm.org.br  
Malu Ferreira:  
malu.ferreira@apm.org.br

Contato produção  
Paloma Ferraz:  
paloma@spsp.org.br

# Adolescência: o que o pediatra precisa conhecer

Esta edição de *Pediatra Atualize-se* traz três temas muito importantes na área da Hebiatria e que provocam muitas dúvidas nos familiares desse grupo de indivíduos, aos próprios adolescentes e também aos pediatras.

A adolescência é um período de fortes transformações individuais, mas que vem se modificando com todas as novidades da sociedade moderna em que vivemos, ainda mais neste momento de pandemia.

A maturação sexual normal no adolescente e seus “desvios” precoces e tardios devem fazer parte do conhecimento básico dos pediatras para reconhecer suas fases e variações. Isso acaba reduzindo tensões do próprio adolescente, muitas vezes inseguro e angustiado com suas mudanças físicas, e dos seus familiares, que não percebem que seus filhos estão em fase de desenvolvimento sexual tanto físico quanto mental. O Departamento Científico de Endocrinologia aborda esse tema com claras informações sobre o normal e o que se entende como precoce na puberdade.

O pediatra não necessariamente precisa saber como atender a todas as demandas das famílias e dos adolescentes, mas precisa, sim, estar aberto a ouvir os questionamentos e dúvidas durante as consultas para poder encaminhar da melhor maneira essas demandas com auxílio de profissionais com maior experiência, sejam hebiatras, endocrinologistas ou psicólogos.

Muito pertinente o texto sobre a real necessidade *versus* a imposição de exames de rotina para o adolescente do Departamento Científico de Adolescência. Conhecer o que se preconiza para a prevenção de doenças cardiovasculares, metabólicas, DSTs, risco para uso de substâncias lícitas e ilícitas e de saúde mental devem fazer parte do atendimento pediátrico e sempre se iniciando com uma completa história pessoal, familiar e exame clínico adequado para reconhecer fatores de risco potenciais. Os questionários autoaplicáveis são ferramentas muito interessantes para o adolescente poder se expressar.

Sejamos proativos com nossos adolescentes, que podem estar em risco e isolados de seus grupos e seus familiares preocupados com a sobrevivência da família em tempos de pandemia.

Abraços cordiais,

**Antonio Carlos Pastorino**  
Editor da Diretoria de Publicações



Salvy Cruz

## sumário

<b>Puberdade precoce: diagnóstico e conduta</b>	<b>4</b>
por Louise Cominato	
<b>Sinais de alerta nos caminhos da sexualidade</b>	<b>7</b>
por Denise de Sousa Feliciano e Gabriella Erlacher Lube	
<b>Checkup na adolescência</b>	<b>9</b>
por Benito Lourenço e Elizete Prescinotti de Andrade	

# Puberdade precoce: diagnóstico e conduta

**Louise Cominato**

A puberdade é um processo fisiológico caracterizado pela fase de transição da infância para a vida adulta, na qual tem início o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e a maturação sexual que culmina com a capacidade reprodutiva.

O hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) é produzido no hipotálamo e liberado dos terminais axônicos na hipófise, onde estimula a secreção do hormônio luteinizante (LH) e do hormônio folículo-estimulante (FSH), que, por sua vez, atuam nas gônadas para promover a produção de esteroides sexuais e gametogênese. Esse eixo é ativado primariamente no feto, na primeira metade da gestação, seguido por queda progressiva até o nascimento. A presença de gonadotrofinas nessa fase pré-natal é importante para a formação da genitália externa masculina, incluindo o crescimento testicular, peniano e a descida testicular.<sup>1</sup>

Logo após o nascimento, ocorre um novo aumento dos hormônios do eixo hipotálamo-hipofisários-gonadais (HHG), a chamada “mini-puberdade”, que se inicia em

média com uma semana de vida e termina por volta dos seis meses de idade nos meninos e dois anos nas meninas. Nas meninas, esse período de ativação do eixo HHG é importante para maturação dos folículos ovarianos. Após o término da mini-puberdade, há inibição do eixo HHG durante toda a infância, até que ocorra sua reativação na puberdade.<sup>2</sup>

O início da puberdade, quando acontece precocemente, aumenta o risco de doenças como câncer de mama, câncer de endométrio, obesidade, diabetes tipo 2, doença cardiovascular, além de alterações da saúde óssea, baixa estatura final e distúrbios comportamentais. O início da puberdade é influenciado por interações complexas entre idade, sexo, nutrição, massa corporal, estresse, etnia e fatores genéticos.

## Diagnóstico

Puberdade precoce é definida como início do desenvolvimento de caracteres secundários (telarca, pubarca, aumento peniano e testicular) antes do limite inferior de



idade considerado para cada gênero, ou seja: antes dos oito anos de idade para as meninas e nove anos para os meninos. Estudos epidemiológicos mostram prevalência em torno de 0,2-2%, porém é variável na população estudada, com diferenças étnicas importantes. Há uma forte predominância de meninas com puberdade precoce: em uma revisão retrospectiva de 104 crianças encaminhadas para avaliação da puberdade precoce, 87% eram do sexo feminino.<sup>1,3</sup>

Quando os sinais puberais ocorrem antes dos oito anos na menina e antes dos nove anos no menino considera-se puberdade precoce. Os principais sinais são: o desenvolvimento de características sexuais secundárias, o estirão de crescimento e mudanças na composição corporal. O primeiro sinal de início da puberdade é, tipicamente, a telarca nas meninas e o aumento testicular nos meninos.

O aumento da secreção hormonal que leva ao desenvolvimento dos caracteres sexuais também promove a maturação óssea, o que leva à fusão epifisária precoce e menor altura final do adulto.<sup>4</sup>

Para classificação do desenvolvimento puberal utiliza-se os critérios de Tanner que variam conforme o aparecimento dos caracteres sexuais, numa escala de I a V (Figura 1A-B).

### Diagnóstico etiológico

A puberdade precoce pode ser dividida em dois grandes grupos: **puberdade precoce central** (dependente de GnRH) ou **periférica** (independente de GnRH) (Quadro 1).

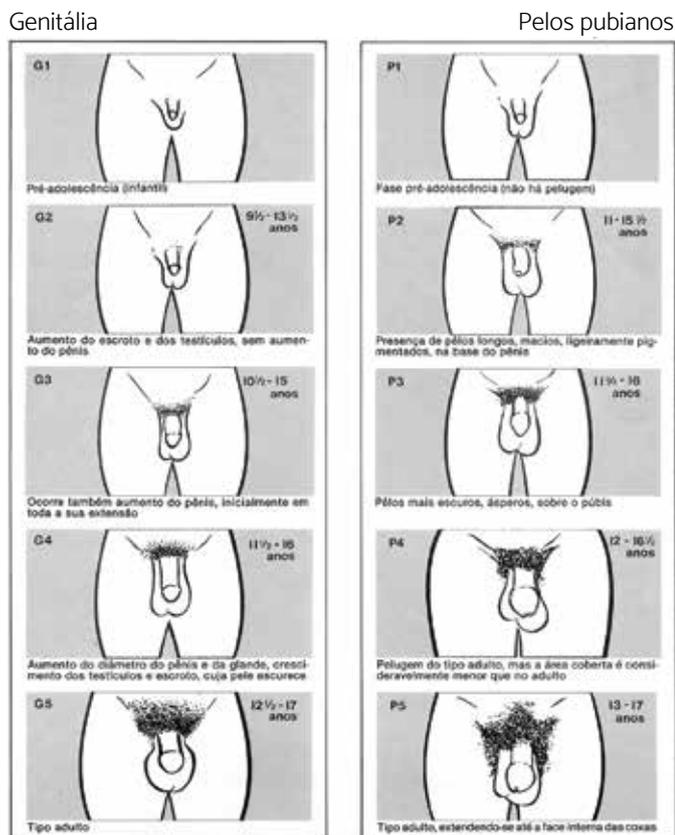
**Puberdade precoce central (PPC)** é causada pela maturação precoce do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, gerando aparecimento sequencial de mamas e pelos pubianos nas meninas. Nos meninos, leva ao aumento testicular bilateral, aumento peniano, além dos pelos pubianos. Nesses pacientes, as características sexuais são adequadas ao sexo da criança (isossexual).

A ativação precoce do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal ocorre por uma variedade de anormalidades do sistema nervoso central (SNC), a chamada puberdade precoce central patológica ou idiopática. A puberdade precoce central é patológica em até 40-75% dos casos em meninos, em comparação com 10-20% em meninas, onde a puberdade precoce central idiopática é muito mais comum, compreendendo aproximadamente 80-90% dos casos.<sup>5</sup>

**Puberdade precoce periférica (PPP)** não depende do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal e é causada pelo excesso de secreção de hormônios sexuais (estrógenos ou andrógenos) produzidos pelas gônadas ou pela suprarrenal, ou por exposição exógena de esteroides sexuais ou produção ectópica de gonadotropina de um tumor de células germinativas (por exemplo, gonadotropina coriônica humana [hCG]). A precocidade periférica pode ser apropriada para o sexo da criança (isossexual) ou inapropriada, com virilização de meninas e feminização de meninos (contrassexual). Na PPP em meninos, costuma ocorrer virilização sem aumento testicular ou aumento unilateral.

**Figura 1A - Desenvolvimento puberal masculino**

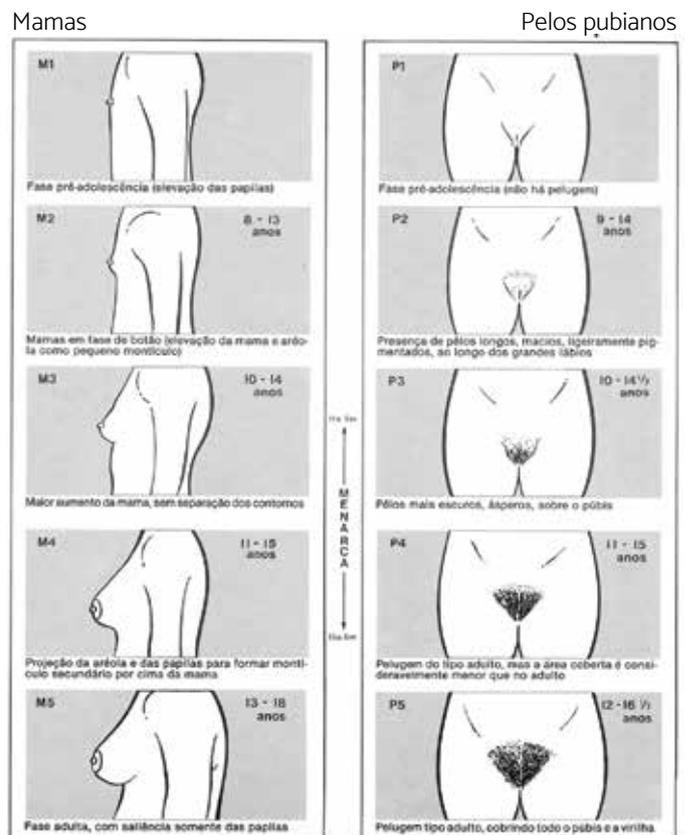
Critérios de Tanner



Fonte: Tanner JM. Growth at adolescence. 2ª ed. Springfield, IL: Thomas; 1962.

**Figura 1B - Desenvolvimento puberal feminino**

Critérios de Tanner



Existem duas variantes benignas que merecem atenção: a telarca precoce e a pubarca precoce. Apesar de serem condições benignas, devem ser diferenciadas de puberdade precoce com uma consulta clínica completa, exames específicos e acompanhamento da evolução dos caracteres sexuais e do crescimento.

Na telarca precoce ocorre o desenvolvimento isolado do tecido mamário. Normalmente não há outros achados pubertários, como crescimento linear acelerado, progressão rápida do desenvolvimento mamário ou maturação esquelética avançada. É uma situação benigna que deve ser somente observada, geralmente não progride e regride após alguns meses. É mais frequente em meninas nos primeiros anos de vida, mas pode ser vista em meninas mais velhas com desenvolvimento mamário isolado.<sup>3</sup>

A pubarca precoce benigna ocorre em decorrência da adrenarca, período pré-puberal em que há concentrações levemente elevadas de andrógenos derivados das suprarrenais, em especial o DHEA-S (sulfato de dehidroepiandrosterona), que podem levar ao aparecimento de pelos pubianos e/ou axilar prematuramente, além de odor axilar.

### Diagnóstico laboratorial /imagem

Avaliação laboratorial é indicada para auxílio diagnóstico, tanto na PPC como PPP. Concentrações de LH, FSH, estradiol, testosterona, DHEA-S, 17OHP devem ser realizados conforme o quadro clínico apresentado. Em alguns casos é necessário o teste de estímulo com GnRH para confirmação de PPC.

USG pélvica, USG região adrenal, abdominal e/ou testicular, além de Rx de punho para avaliação da idade óssea, podem auxiliar no diagnóstico etiológico e acompanhamento da evolução.

Nos casos de PPC, a ressonância magnética de sela túrcica deve ser realizada em todas as meninas com menos de seis anos de idade e em todos os meninos que apresentarem puberdade precoce, bem como em todas as crianças que apresentarem sintomas neurológicos.<sup>5,6</sup>

### Conduta

O tratamento de escolha para a PPC são os análogos da GnRH. Este grupo de drogas inibe a atividade do GnRH endógeno, bloqueando o eixo puberal. O análogo mais utilizado no Brasil é o acetato de leuprorrelina, via intramuscular a cada 28 dias ou a cada 84 dias, dependendo da apresentação da droga. O tratamento da PPP baseia-se no tratamento da causa de base.

No Consenso da Sociedade Europeia de Endocrinologia Pediátrica e da Sociedade Endócrino Pediátrica Americana (Lawson Wilkins), as razões para o tratamento incluem a preservação do potencial de altura do adulto e dificuldades psicossociais com a puberdade precoce e menarca. Alguns pacientes com rápido avanço da puberdade (puberdade rapidamente progressiva) podem se beneficiar com o tratamento.<sup>4</sup>

Cabe à equipe médica, em conjunto com a família, estabelecer a melhor abordagem de tratamento, dependendo da etiologia e evolução de cada caso.

### Referências

- Bradley SH, Lawrence N, Steele C, Mohamed Z. Precocious puberty. *BMJ*. 2020;368:16597.
- Kuiri-Hanninen T, Sankilampi U, Dunkel L. Activation of the hypothalamic-pituitary-gonadal axis in infancy: minipuberty. *Horm Res Paediatr*. 2014;82:73-80.
- Kaplowitz P, Bloch C. Evaluation and referral of children with signs of early puberty. *Pediatrics*. 2016;137:e20153732.
- Fuqua JS. Treatment and outcomes of precocious puberty: an update. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98:2198-207.
- Choi KH, Chung SJ, Kang MJ, Yoon JY, Lee JE, Lee YA, et al. Boys with precocious or early puberty: incidence of pathological brain magnetic resonance imaging findings and factors related to newly developed brain lesions. *Ann Pediatr Endocrinol Metab*. 2013;18:183-90.
- Expert Panel on Neurologic Imaging: Burns J, Policeni B, Bykowski J, Dubey P, Germano IM, et al. ACR Appropriateness Criteria® Neuroendocrine Imaging. *J Am Coll Radiol*. 2019;16:S161-73.

### Quadro 1 - Causas de puberdade precoce

Puberdade precoce central	Puberdade precoce periférica (menina)	Puberdade precoce periférica (menino)
Idiopática	Sd. McCune Albright	Mutação ativadora receptor LH
Secundário a tumor de SNC	Tumor ovariano	Hiperplasia congênita de suprarrenal
Secundário à malformação de SNC	Cisto ovariano	Tumor testicular
Hamartoma	Tumor adrenal produtor de estrógeno	Tumor adrenal
Associado à Sd. genética (Sturge Weber/neurofibromatose)	Excesso de aromatase	Tumor produtor de HCG
Mutação em genes associados à puberdade (Kisspeptina/ DLK-1)	Hipotireoidismo periférico	Hipotireoidismo periférico
	Exposição hormonal exógena	Exposição hormonal exógena

Fonte: Modificado de Fuqua JS.<sup>4</sup>

# Sinais de alerta nos caminhos da sexualidade

por Denise de Sousa Feliciano e Gabriella Erlacher Lube

O pediatra ocupa na família um lugar de privilegiada confiança e é com quem tanto pais quanto as próprias crianças e adolescentes sempre buscarão uma orientação inicial para os mais variados acontecimentos da vida. A responsabilidade desse médico não se limita aos episódios de doença, mas ao que hoje se reconhece como o fator de maior importância na esfera de saúde, a prevenção e a intervenção precoce. As consultas de puericultura são o trunfo mais valioso para um médico acompanhar a saúde de seus pacientes e intervir mesmo quando ainda sejam sutis os sinais de que algo não vai bem.

Dessa maneira, ao longo da história de uma família com seu pediatra, os caminhos da sexualidade do seu paciente também vão se apresentar passo a passo e ele poderá acompanhar cada fase de seu desenvolvimento psicosssexual, observar eventuais sinais de sofrimento psíquico, assim como intervir de forma precoce quando necessário.

É fundamental lembrar que a sexualidade não se inicia na adolescência e sim desde o contato inicial com o seio materno, que representa a inauguração do prazer compartilhado, experimentado ao mamar. É a sexualidade *in statu nascendi* e que é muito diferente daquela que experimentará o adulto. Freud nos deixou esse conhecimento como legado.<sup>1</sup>

Mas sexualidade é o “calcanhar de Aquiles” de todos nós. E reconhecer que é um tema que produz reações e constrangimentos é o primeiro passo para poder buscar caminhos possíveis para ajudar uma criança a conquistá-la com saúde física e mental.

## A sexualidade começa no nascimento

Se o mamar do bebê é o que a psicanálise considera como a fundação de sua sexualidade,<sup>2</sup> é a descoberta dos genitais por volta dos 3, 4 anos de idade que vai se transformar nas primeiras inquietações para seus pais. Isso porque até então o percurso do desenvolvimento psicosssexual está circunscrito em outras áreas corporais: boca e ânus. Um pediatra atento poderá valer-se de uma observação importante se considerar que eventuais disfunções no mamar, comer e evacuar podem ser comunicações preliminares de conflitos familiares.

Não é raro que os pais consultem a opinião do pediatra ao perceberem seu filho dessa idade muito interessado por seu órgão genital e as frequentes cenas muitas vezes constrangedoras que esses impulsos trazem.

A habilidade dos pais, somada a suas próprias sexualida-

des, irá ajudar a criança a circunscrever sua curiosidade e estímulos a um caráter privativo, comunicando-lhe a natureza íntima que o tema impõe socialmente.

## “Eu não atendo ninguém com pelos!”

Sendo o pediatra o principal companheiro da jornada do desenvolvimento ao longo dos primeiros anos, é ele quem será a primeira testemunha das transformações do corpo e seus percalços. Antes mesmo dos primeiros sinais de puberdade aparecerem, esse será novamente um tema que deverá ocupar as consultas de rotina, merecendo a atenção do médico atento aos sinais de um desenvolvimento saudável no aspecto físico e nas repercussões psíquicas que essas mudanças trazem.

Entretanto, essa é uma área delicada para muitos pediatras, que se veem sem ferramentas para lidar com a criança crescida que adentra seu consultório. O nascimento dos primeiros pelos pubianos, dos brotos mamilares ou aumento do tamanho dos testículos muitas vezes são sinais para que acenem com uma despedida de sua presença na família, deixando-os um pouco órfãos desse profissional de confiança que esteve sempre ao seu lado.

Se procurar ferramentas ou se capacitar em entender melhor essa fase final da infância e início da idade adulta<sup>3</sup> não estiver em pauta, obviamente que ele pode ajudar a família a encontrar um outro médico que ocupe esse lugar. Os colegas médicos de adolescentes, também chamados hebiatras, estarão certamente mais à vontade para tratar dos assuntos que surgirão nessa fase de transição.

De qualquer forma, assim como a mudança pela qual passa seu corpo, a criança e sua família precisam que o pediatra faça com eles essa passagem, mesmo que seja simplesmente os escutando. Ouvir pode fazer toda a diferença nos momentos de angústia, dúvidas e solidão. Com esse recurso ele também poderá identificar alguns entraves emocionais que eventualmente surjam nessa passagem e que merecem atenção de um profissional de saúde mental.

## Da infância à vida adulta: um percurso que envolve luto

Mais do que o aspecto biológico, cuja saúde ou transtorno é possível ser medido por exames, são os desdobramentos psicológicos que marcam lugar fundamental na vida dessa criança que se torna adulta, cujos conflitos podem inclusive repercutir no próprio desenvolvimento de seu corpo.

Alguns sinais são a senha de pedido de ajuda, comunicando sofrimento e dificuldade em avançar no percurso relacional. O corpo é um potente sinalizador de conflitos para o olhar de um médico atento.

Problemas posturais podem advir da tentativa de esconder o crescimento dos seios, por exemplo, o que comunica a relutância em crescer. É possível que seja apenas a hesitação do susto inicial que as mudanças de fases impõem ou podem se transformar na impossibilidade de ultrapassá-la.

Ganho excessivo de peso pode ser uma forma de esconder o corpo do desejo, como uma espécie de escudo protetor contra os relacionamentos. Da mesma forma, um peso muito aquém da média. Obesidade ou anorexia dão sinais bem mais cedo do que se configuram como quadro clínico.

Níveis hormonais também precisam ser compreendidos além do aspecto endocrinológico. Corpo e emoções estão em constante interação.

Desinteresse por relacionamentos amorosos, excesso de estudo ou esporte também podem ser preocupantes. Assim como o interesse exacerbado por atividade sexual pode camuflar a impossibilidade de estabelecer uma relação de intimidade.

Mesmo comportamentos “gritantes” na área sexual podem representar conflitos que nada tem a ver com a sexualidade em si, mas com outros conflitos emocionais, sobretudo crises identitárias.

Nem sempre a escolha de um gênero oposto ao biológico para relacionamentos românticos é uma escolha genuína. Pode também significar a expressão de questões muito diversas dessa busca relacional e estar ligada à outras áreas psíquicas que precisam de ajuda. Somente um psicólogo ou psicanalista poderá ter ferramentas para se aproximar desses conflitos e ajudar a elaborá-los e consolidá-los em sua escolha.

Comportamentos muito dóceis e sem conflitos com os pais podem ser um sinal de desenvolvimento não saudável. A adolescência precisa ser marcada pela discriminação das relações parentais para poder alcançar liberdade de buscar um parceiro(a) que substitua as primeiras referências amorosas que marcam a vida da criança. É um momento de rebeldia, de quebras dos paradigmas que até então sustentavam a necessária construção da capacidade de amar.

### Encaminhando a um psicológico

É fundamental que pediatra e família tenham liberdade de conversar para abordarem os medos e preconceitos que um encaminhamento pode despertar. É ele quem vai precisar filtrar as angústias e resistências para transmitir segurança ao paciente e responsáveis.

Apesar da saúde mental ser atualmente uma área menos temida pela falsa ideia de doença, essa busca ainda pode representar para os pais a dor de não terem sido capazes de ‘evitar problemas’ em seus filhos. Esse é um desejo ilusório e não lidar com as alterações e os conflitos forçosamente leva à desastres muito maiores. A vida emocional saudável implica em escolhas, perdas, frustrações, tristezas. Não é saudável sentir somente alegrias.

Para poder ter convicção, o pediatra precisa se perguntar sobre suas opiniões e conflitos sobre essas questões. Encontros e diálogos com pares e com os colegas de saúde mental podem ajudar a esclarecer alguns mitos e entraves que também são das famílias que ele acompanha e o procuram.

### Referências

1. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Sigmund Freud Obras completas (Tradução Paulo César de Souza). vol. 6. São Paulo: Companhia das Letras; 2016.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento de Aleitamento Materno. Amamentação e sexualidade Nr. 7. Rio de Janeiro: SBP; 2018.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra - Manual de Orientação Nr.10. Rio de Janeiro; 2019.



# Checkup na adolescência

por Benito Lourenço e Elizete Prescinotti de Andrade

É inegável a percepção da adolescência como período de importantes transformações, sobretudo nas dimensões física e emocional; etapa que molda hábitos e posturas que são levados para a vida adulta. Independentemente da razão que faz com que o adolescente procure o serviço de saúde, cada visita proporciona ao profissional a oportunidade de detectar, discutir e auxiliar na resolução de questões muitas vezes distintas do motivo principal de procura pela consulta. Além desse eixo fundamental da consulta do adolescente, outras ações, como o popularmente conhecido *checkup*, implicam que alguns rastreamentos oportunistas podem se mesclar com o cuidado clínico cotidiano, quer por iniciativa do paciente, quer por iniciativa do pediatra.

O exame de indivíduos assintomáticos para a identificação de doença não reconhecida anteriormente é denominado rastreamento (*screening*), uma extensão lógica do princípio de que o prognóstico de uma doença é quase sempre melhor quando o paciente procura assistência logo após o surgimento dos primeiros sintomas.

Entretanto, deve-se ter atenção ao atual processo social de medicalização intenso que pode gerar intervenções excessivas, tanto diagnósticas como terapêuticas, por vezes, danosas.<sup>1</sup> Nesse contexto, a iatrogenia é importante causa de má saúde, o que deu origem ao conceito e à prática da prevenção quaternária, relacionada a toda ação que atenua ou evita as consequências do intervencionismo médico excessivo.<sup>2</sup> Muitos testes de rastreamento tornaram-se rotineiros na prática médica antes de uma clara evidência de seus benefícios. Foi comum nos consultórios pediátricos a solicitação da tríade “hemograma, exame de urina e exame de fezes”. Sabe-se atualmente que para diversos testes laboratoriais não há benefício; mais que isso, a realização de alguns exames parece ser até mesmo prejudicial. O título de um editorial publicado no *British Medical Journal*, por exemplo, alertou para esta possibilidade: “*Screening could seriously damage your health*”.<sup>3</sup>

É importante distinguir a intervenção que impede a ocorrência da doença antes de seu aparecimento – prevenção primária – da que diagnostica precocemente, detém ou retarda a sua progressão ou suas sequelas em qualquer momento da identificação – prevenção secundária.<sup>4</sup> O conceito de “doença”, entretanto, vem se modificando ao longo do tempo, quando se observa um certo rebaixamento dos limiares para essa designação. Assim, fatores de risco estão sendo considerados equivalentes a “doenças” e a diferença entre prevenção e cura torna-se cada vez mais indistinta.

Diferentemente do encontro do médico com seu paciente que lhe traz uma queixa, onde implicitamente há a autorização de uma intervenção diagnóstica/terapêutica, com al-

gum grau de incerteza, num encontro com um adolescente que “nada sente”, em tese, pode haver mudança para uma situação de doença após um rastreamento. Torna-se, portanto, um imperativo ético o médico ter a certeza de que o benefício dessa intervenção é maior do que o risco. Deve existir na literatura científica fundamentação para a indicação desses testes. Assim, cada vez que o paciente estiver preocupado e demandar uma intervenção de rastreamento (*checkup*, por exemplo) e que não corresponda às recomendações de melhor comprovação científica, o profissional tem a responsabilidade de esclarecer os motivos da não indicação do procedimento e pactuar com ele para, juntos, decidirem qual a melhor opção para prevenir doenças e manter a saúde.

É fundamental entender que as boas práticas da prevenção quaternária levam em consideração que existem queixas não explicáveis, que não é verdade que ter muita informação nunca é demais (isso assusta o paciente e confunde o médico) e que deve haver resistência às pressões e modismos.<sup>4</sup>

Criada desde 1984, a USPSTF (*United States Preventive Service Task Force*), formada por especialistas em Medicina preventiva, cuidados primários e Medicina baseada em evidências, compromete-se no desenvolvimento de recomendações de forma clara e transparente, evitando as recomendações fundamentadas apenas em consensos e práticas de especialistas. Outra referência interessante ao pediatra são as orientações da Academia Americana de Pediatria publicadas pelo *Bright Futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*.<sup>5</sup>

No Quadro 1 resume-se as principais intervenções de rastreamento atualmente preconizadas para a adolescência.

## Prevenção pediátrica da doença cardiovascular

Embora a aterosclerose seja um processo no qual o desfecho (doença cardiovascular) seja remoto para adolescentes, as atuais recomendações objetivam o estímulo constante para aderência a estilos de vida saudável (nutrição adequada, prática de atividade física e não exposição ao tabagismo) e a identificação precoce e tratamento da criança e do adolescente de risco para doença cardiovascular (Quadro 1).<sup>6</sup>

A indicação clássica de investigação de dislipidemia em adolescentes é preconizada, segundo algumas sociedades, entre elas a Sociedade Brasileira de Cardiologia,<sup>7</sup> com o cálculo do não HDL-c entre 9 e 11 anos e entre 17 e 21 anos. Não há a necessidade de jejum; se anormal, deve ser repetido o perfil lipídico completo. Ressalta-se, entretanto, que a USPSTF aponta que as evidências atuais são insuficientes para avaliar a relação entre benefícios e malefícios da triagem de distúrbios lipídicos em crianças e adolescentes com menos de 20 anos.

## Rastreamento para síndrome metabólica e DM

A recente epidemia de obesidade na faixa etária pediátrica foi acompanhada por um aumento da prevalência de diabetes tipo 2 (DM2). De forma geral, recomenda-se que crianças e adolescentes com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade e que apresentem fatores de risco para síndrome metabólica sejam triados, iniciando-se aos 10 anos ou após o início da puberdade. A Sociedade Brasileira de Diabetes considera a maior suspeita clínica no jovem obeso, durante a puberdade, que apresente sinais de resistência à insulina. Qualquer um dos testes aplicados no diagnóstico de DM2 pode ser usado no rastreamento (glicemia de jejum, glicemia de duas horas pós-sobrecarga ou hemoglobina glicada [HbA1c]).<sup>8</sup>

## Rastreamento para infecção por HIV

A testagem à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é uma porta de entrada importante e essencial para a prevenção dessa condição. Os pediatras podem desempenhar, portanto, um papel fundamental na prevenção e controle da infecção pelo HIV. A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e muitas outras organizações têm endossado o conceito de “acesso universal” ao conhecimento do estado sorológico. A Academia Americana de Pediatria sugere o *screening* pelo menos uma vez entre os 16 e 18 anos de idade, em locais onde a prevalência da infecção é maior que 0,1%. Em áreas e comunidades de menor prevalência, a testagem rotineira deve ser encorajada para todos os adolescentes sexualmente ativos.<sup>9,10</sup> Pessoas testadas para o HIV devem dar seu consentimento para o exame. A confidencialidade é outro ponto a ser considerado quando se faz a triagem da infecção pelo HIV.

## Rastreamento em saúde mental

Estima-se que 10-20% dos adolescentes com problemas de saúde mental não são diagnosticados e, portanto, não são tratados de forma adequada.<sup>11</sup> Quadros psiquiátricos graves e transtornos alimentares são mais facilmente identificados, mas a depressão e a ansiedade, que são transtornos emocionais que podem ser profundamente incapacitantes para um adolescente, podem passar despercebidos nas consultas de rotina. Isso decorre das manifestações muitas vezes serem confundidas com oscilações de humor próprias da adolescência ou, então, por falta de uma pesquisa sistemática durante as consultas de rotina. O aumento de quadros de autoagressão não suicida e suicídios corroboram a importância da avaliação da saúde mental de forma sistemática nas consultas.

Embora existam vários instrumentos para rastreamento da depressão, uns dos mais conhecidos e recomendados são o PHQ-2 (versão reduzida) e PHQ-9. A vantagem de um questionário estruturado reside no fato das perguntas serem feitas sempre da mesma maneira e sem vieses inconscientes.<sup>12,13</sup>

Outro problema de saúde mental que precisa ser investigado sistematicamente nas consultas de rotina são os comportamentos de risco e o uso de substâncias psicoativas (SPA) lícitas e ilícitas. Para o rastreio de uso de SPA, a Academia Americana de Pediatria sugere o questionário

## Quadro 1 – Intervenções e rastreamentos preconizados para a adolescência (10 a 19 anos)

### Prevenção, rastreamento e orientação dos fatores de risco cardiovasculares:

- Exposição ao cigarro (tabagismo ativo e passivo), rotina alimentar e prática de atividade física.
- Identificação da história familiar sobre doenças cardiovasculares, sistematicamente realizada na admissão do adolescente e atualizada, na medida em que o paciente cresce.
- Medida rotineira da pressão arterial, com a análise dos valores de acordo com o sexo, a idade e a estatura do paciente, utilizando tabelas referenciais adequadas para a classificação dos níveis pressóricos.
- Aferição do peso e estatura, com cálculo do índice de massa corporal (IMC) e classificação nutricional do paciente.
- Rastreamento com lipidograma (ou colesterol não-HDL), inicialmente entre os 9 e 11 anos de idade e, novamente, entre 17 e 21 anos de idade.

### Rastreamento para síndrome metabólica e DM

- Glicemia de jejum, glicemia de duas horas pós-sobrecarga ou hemoglobina glicada, para adolescentes com sinais de resistência à insulina ou condições associadas (sobrepeso/obesidade, acantose nigricans, dislipidemia, hipertensão, síndrome dos ovários policísticos ou antecedente de restrição do crescimento intrauterino).

### Rastreamento para infecção por HIV

- Adolescente sexualmente ativo, pelo menos uma vez.

### Rastreamento em saúde mental

- PHQ-2 ou PHQ-9 para depressão.
- CRAFFT para identificação de risco de uso problemático de substâncias psicoativas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

CRAFFT, disponível no site [crafft.org](http://crafft.org).<sup>14</sup>

Ressalta-se que esses instrumentos não são diagnósticos; são apenas rastreadores para identificação de quais adolescentes merecem melhor investigação diagnóstica.

## Referências

1. Tesser CD. Medicalização social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2006;10:61-76.
2. Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet.* 2008; 372:1997-9.
3. Stewart-Brown S. Screening could seriously damage your health (editorial). *BMJ.* 1997; 314: 533-4.
4. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health.* 2008;62:580-3.
5. AAP [homepage on the Internet]. Bright Futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 4th ed [cited 2020 May 20]. Available from: <https://brightfutures.aap.org/materials-and-tools/Pages/default.aspx>.
6. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents, National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. *Pediatrics.* 2011;128(Suppl 5):S213-56.
7. Faludi AA, Izar MC, Saraiva JF, Chacra AP, Bianco HT, Afjune Neto A, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017. *Arq Bras Cardiol.* 2017;109(Suppl 2):1-76.
8. Sociedade Brasileira de Diabetes [homepage on the Internet]. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes - 2019-20 [cited 2020 May 20]. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>.
9. American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric Aids. Adolescents and HIV infection: the Pediatrician's role in promoting routine testing. *Pediatrics.* 2011;128:1023-9.
10. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Centers for Disease Control and Prevention. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep.* 2006;55:1-17.
11. Rossi LM, Marcolino TQ, Speranza M, Cid MF. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cad Saude Publica.* 2019;35:e00125018.
12. Arroll B, Goodyear-Smith F, Grengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med.* 2010;8:348-53. Available from: [http://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10016261f/201412/PHQ9\\_Portuguese%20for%20Portugal.pdf](http://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10016261f/201412/PHQ9_Portuguese%20for%20Portugal.pdf).
13. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein RE, Laraqe D. GLAD-PC STEERING GROUP. Guidelines for adolescent depression in primary care. Part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics.* 2018;141:e2017408.
14. American Academy of Pediatrics. Substance use screening, brief intervention and referral at treatment. Committee on substance use and prevention. *Pediatrics.* 2016;138: e20161210.



**Juntos pela  
amamentação**

**AGOSTO DOURADO**

Sociedade de Pediatria de São Paulo

**AGOSTO DOURADO | JUNTOS PELA AMAMENTAÇÃO**

Campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo  
pela promoção do aleitamento materno.





COMBATE À  
**obesidade Infantil**  
**SETEMBRO LARANJA**

Sociedade de Pediatria de São Paulo



**SETEMBRO LARANJA | COMBATE À OBESIDADE INFANTIL**

Campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo  
pela prevenção da obesidade infantil e outros problemas  
decorrentes de uma alimentação inadequada

