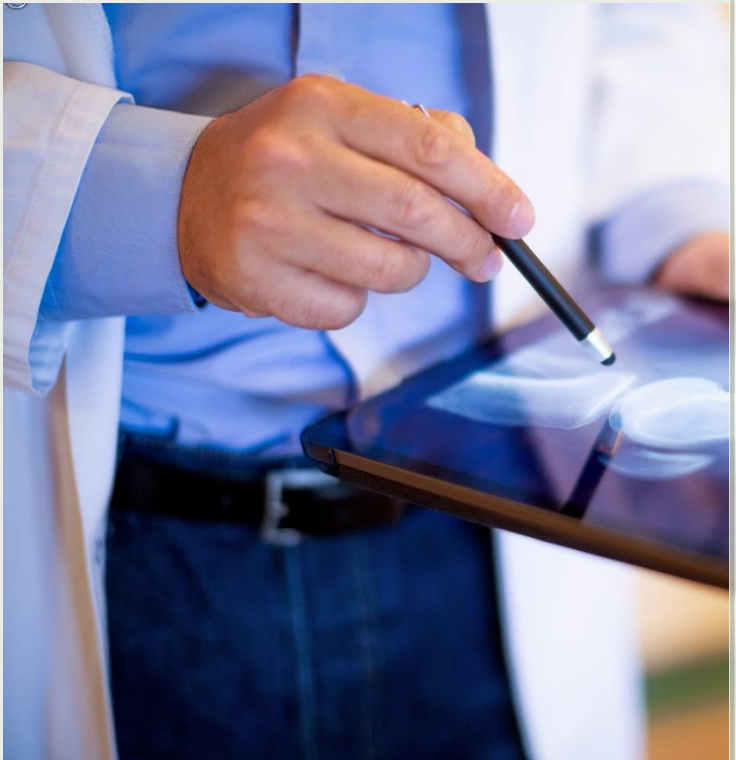


**RITA DE CÁSSIA PEREIRA FRANCA**



**2024**

**MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO  
ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO EM  
MEDICINA**

**O ADOLESCENTE**

# **MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

## **O ADOLESCENTE**



**ESCUTA ATENCIOSA**



**EXAME MINUCIOSO**



**CUIDADO INTEGRAL**

# **MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

## **O ADOLESCENTE**

**RITA DE CÁSSIA PEREIRA FRANCA**  
**Médica Pediatra e Gastroenterologista Infantil - UFBA**  
**Mestre, Universidade Federal da Bahia**  
**Doutora, Universidade Federal da Bahia**  
**Professora de Medicina, Centro Universitário UNIFAS – UNIME - Lauro de**  
**Freitas-Ba**

**2024**

## **INTRODUÇÃO**

A adolescência segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), compreende o período de vida entre 10 e 20 anos incompletos, caracterizado por importantes transformações físicas – crescimento como um todo e surgimento da puberdade (transformações biológicas), evidenciada pelos caracteres sexuais secundários, alterações hormonais, aceleração do crescimento pondero-estatural, reorganização psíquica, peculiaridades afetivo-sexuais, comportamentais, socioculturais, espirituais, com busca de projetos de vida e outra percepção do mundo. Essas mudanças influenciam no seu modo de agir, de pensar, de falar, muitas vezes funcionando como um obstáculo no seu relacionamento. A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta. De modo que, atender o adolescente sem compreender as mudanças que ocorrem na adolescência se torna um grande desafio para o profissional de saúde (1, 2, 3). Diante destes aspectos na abordagem clínica do adolescente é fundamental o estabelecimento de vínculo de confiança entre a equipe de saúde da família, o adolescente e sua família. Uma atitude acolhedora e compreensiva irá facilitar a continuidade de um trabalho com objetivos específicos e bons resultados (4,5). A puberdade refere-se às mudanças físicas e à maturação sexual com suas variações individuais e dura entre 2 e 5 anos (6).

Fases da adolescência :

Fase pré puberal: 10 a 12-14 anos

Fase puberal: 12-14 a 14-16 anos

Fase pós puberal: 14-16 a 18-20 anos

## **ETAPAS DE ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE:**

### **1. ACOLHIMENTO**

A consulta deve ser cordial e acolhedora para que os pacientes se sintam valorizados e participativos. O profissional deve estar atento aos problemas do adolescente, seus anseios e frustrações, evitando julgamentos de valores para que se estabeleça uma relação de confiança, porém não impede de realizar intervenções pertinentes. O pediatra deve apaziguar conflitos e dirigir-se ao cliente de forma empática, assertiva e sincera, para esclarecer dúvidas e orientar, estendendo suas ações aos familiares. No início da consulta é importante esclarecer que o adolescente é o ponto central do atendimento e seus direitos ao sigilo, privacidade, confiabilidade, porém alertar quanto aos limites das questões éticas, tanto para o cliente quanto para seus responsáveis. Informar ao paciente que nada será tratado com seus pais/responsáveis sem que ele seja informado antecipadamente, mesmo quando se fizer necessário romper o sigilo, conscientizando-o da importância em informar determinadas situações (2).

Tem sido observada nessa população uma morbimortalidade elevada por problemas que podem ser evitados através de programas de promoção da saúde e prevenção de agravos como acidentes, suicídio e homicídio, além de transtornos alimentares, gravidez não planejada e uso de drogas lícitas/ilícitas. Este fato requer uma atenção integral ao adolescente que compreenda os aspectos biológicos, psicológicos e sociais em contexto social, cultural e familiar que interagem continuamente (3). O adolescente que desejar pode ser atendido

sozinho, sem a presença de um responsável e tem autonomia, sendo capaz de avaliar seu problema e solucioná-lo por seus meios (1).

A confidencialidade é um direito do adolescente de modo que segredos íntimos da adolescência não requerem quebra de sigilo, porém ele pode ser quebrado com o conhecimento e consentimento do paciente quando houver necessidade para informar situações de risco, gravidez, aborto, uso de drogas ilícitas. Se houver risco de vida para si ou para terceiros (risco de suicídio, por exemplo) pode ser quebrado sem seu consentimento (2,3).

### **Situações em que o sigilo deve ser interrompido ou mantido na consulta de adolescentes**

Quebra do sigilo	Manutenção do sigilo
Presença de qualquer tipo de violência: emocional, maus tratos, sexual, <i>bullying</i> , interpessoal no namoro etc.	Ficar, namoro; iniciação sexual (excluída violência por sedução ou imposição explícita)
Uso escalonado (cada vez maior) de álcool e outras drogas; sinais de dependência química	Experimentação de psicoativos (sem sinais de dependência)
Autoagressão, ideações suicidas ou de fuga de casa; tendência homicida	Orientação sexual, conflitos com identidade de gênero
Gravidez; abortamento	Prescrição de contraceptivos (para adolescente com maturidade para adesão)
Sorologia positiva de HIV (comunicar aos familiares e à parceria sexual) IST	IST (afastada violência sexual e desde que adolescente tenha maturidade para adesão ao tratamento)
Não adesão a tratamentos, deixando o adolescente ou terceiros em risco	
Diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos e outros transtornos do campo mental	

Fonte: SBP (Consulta do adolescente) 2019 (adaptado).

## **2. ANAMNESE**

Geralmente o adolescente comparece ao serviço de saúde levado pelos pais, familiares ou cuidadores. De modo que, é comum recebermos um indivíduo ansioso, inseguro, com medo, em silêncio ou até mesmo arredo, com mal humor. Então, a entrevista inicial pode ser realizada somente com o paciente ou junto com a família, porém deve haver o momento a sós com o adolescente e o terceiro momento que é para o paciente e os pais ou responsáveis para conclusão da consulta e o estabelecimento dos planos de tratamento (1,2,3).

## 2.1 Primeiro momento

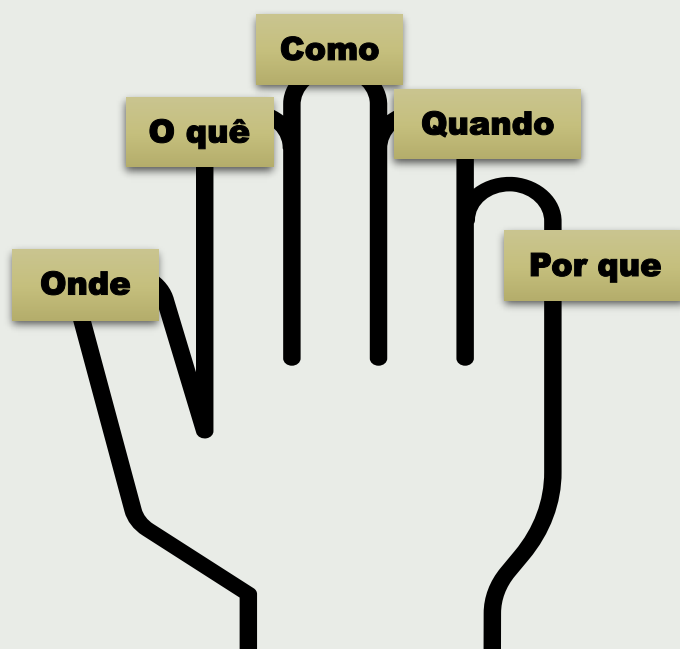
No primeiro momento da anamnese deve-se abordar o motivo da consulta e o histórico da doença atual e o interrogatório sistemático, assim como patologias pregressas, vacinas, antecedentes obstétricos e neonatais, hábitos alimentares, condições de habitação, ambiente e rendimento escolar, exposição a ambientes violentos, uso de tecnologia de informática (tempo em celular, games, computador), história familiar, sono, lazer atividade física e religião (1,2).

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E INTERROGATÓRIO SISTEMÁTICO

É comum o estudante que está começando a aprender como coletar uma anamnese apresentar dificuldade em detalhar um sintoma ou sistema. Faz-se necessário caracterizar detalhadamente cada sintoma quanto a sua cronologia, localização, qualidade, intensidade, momentos que ocorre, fatores que melhoram ou pioram, manifestações associadas, consultas realizadas em função deste, exames e tratamentos anteriores e possíveis resultados obtidos. É fato que os roteiros ajudam a saber o que perguntar, mas o que faz guardar na memória para não precisar deles quando for coletar a anamnese é a prática diária, e isso pode ser alcançado mais facilmente se antes de consultar esses roteiros, buscarmos praticar sem ele, utilizando as perguntas básicas: como, onde, quando, o quê, por quê.

#### Dicas para auxiliar no detalhamento de sintomas na história da doença atual e no Interrogatório Sistemático

As perguntas podem ser associadas aos dedos da mão aberta conforme a seguir:



**Onde** – local do corpo ou sistema orgânico que o paciente observou o problema ou local que se quer interrogar. Ex. Sistema digestivo ou abdome. Onde,

também, pode ser para onde vai, utilizado para irradiação de uma dor por exemplo.

**O quê** – paciente relata que sente algo no local (pense na função do sistema, pergunte o que for possível sobre este funcionamento e sintomas que pode apresentar associado ou não. Ex: Respiratório (respira bem ou tem alguma dificuldade, tosse, expectoração, dispneia, etc.

**Como** – se o paciente diz que tem dificuldade ou sente algo, busque saber o máximo de detalhes de como isso ocorre.), o quê melhora ou piora, o que aparece associado.

**Quando** (tempo) - quando começou, ou quando ocorre; duração (quanto tempo dura), frequência ( quantas vezes), etc.

**Por que** (motivos) – o quê ou a quê o paciente atribui o que sente.

O importante é compreender que o Interrogatório Sistemático é uma avaliação detalhada de cada sistema corporal que funciona como um complementar à história da doença atual, bem como um detector de outros problemas que o paciente possa ter, diferentes da sua queixa principal. Reconhecer quando uma informação obtida na coleta do interrogatório sistemático deve ser adicionada à história da doença atual ou não. É interessante seguir uma sequência de fora para dentro (da pele para os sistemas) e de cima para baixo (cabeça para os pés), utilizar sua experiência de vida. Pensar no próprio corpo, seguindo a sequência a seguir auxilia a lembrar os sistemas:

1. Pele e fâneros (cabelo e unhas)
2. Cabeça – o que a compõe (olhos, nariz, boca, ouvidos, cérebro)
3. Pescoço – traqueia, faringe, laringe, esôfago, coluna
4. Tórax:
  - sistema respiratório
  - sistema cardiovascular
  - coluna
  - mamas
  - costelas
5. Abdome:
  - sistema digestório
  - sistema urinário
  - sistema reprodutor
6. Membros – braços, pernas, articulações
7. Sistema nervoso

## **ANTECEDENTES PESSOAIS**

### **1. FISIOLÓGICOS**

- a. Obstétricos e neonatais
  - b. Desenvolvimento neuropsicomotor
  - c. Alimentares
  - d. Desenvolvimento sexual- menarca, ciclo menstrual,
2. **IMUNOLÓGICOS** – Vacinas de acordo com a faixa etária e alergia medicamentosa.
3. **FAMILIARES**

Em geral é importante a história de condições de saúde física e mental e causas mortis de avós, pais, irmãos e filhos do paciente. História de consanguinidade.

#### 4. **PATOLÓGICOS**

Coletar informações sobre o passado do paciente que a princípio não aparentam correlação direta ou indireta de causa e efeito com a história da doença atual, como doenças prévias, traumatismos, gestação, cirurgias, hospitalizações, uso de medicamentos.

### **HISTÓRIA SOCIOAMBIENTAL**

Perguntar sobre as condições de moradia, tipo de casa, número de cômodos, presença de banheiro, água encanada, esgoto, coleta de lixo, mofo, poluição, número de pessoas que moram na casa, animais domésticos, água tratada.

**Neste tópico cabe a história social e de hábitos, porém sua coleta deve seguir no segundo momento a sós com o paciente onde deverá abordar relacionamento com parentes e amigos, vida sexual, atividades diárias habituais (sono, lazer, trabalho, outras tarefas); educação; cultura; religião, além de fatores psicológicos: tipo de personalidade; ansiedade; depressão, medos; frustrações; ambições; interesses; percepção e reação frente à moléstia; condições psicossociais que antecederam à moléstia.**

#### **2.2 Segundo momento**

No segundo momento, a sós com o adolescente, é a oportunidade do paciente se expressar de forma mais livre e aberta. Os questionamentos agora são voltados os aspectos mais íntimos do indivíduo, como ele se sente com as mudanças no seu corpo, sua autoestima, seu relacionamento com a família (pais, irmãos, parentes) e possíveis conflitos, lazer, relações sociais, desenvolvimento afetivo, emocional e sexual, conhecer outros espaços que frequenta (escola, comunidade, grupos de amigos e trabalho se houver (condições gerais), crenças e atividades religiosas, investigar situações de risco e vulnerabilidade como exposição a drogas lícitas ( tabaco, álcool, etc) e ilícitas, comportamento sexual, gênero, gestação não planejada, ISTs, acidentes e



submissão a violências, tempo de exposição a telas digitais. Na abordagem sobre a sexualidade, esta deve ser de acordo com a idade e receptividade do paciente. Perguntar sobre o início da atividade sexual, uso de métodos contraceptivos e número de parceiros. Para deixar o adolescente confortável em falar sobre sua escolha sexual é importante ter o cuidado na forma de perguntar (1,2). A abordagem quanto a hábitos e sexualidade deve ser feita cuidadosamente, evitando-se perguntas com conclusões precipitadas. Quanto aos hábitos sugere-se perguntar inicialmente sobre o uso entre seus amigos, depois se já lhe ofereceram, para somente após essas entrar no detalhamento direto em relação ao paciente em questão e no que se refere a relacionamentos a sugestão é perguntar se está namorando, se está ficando ou já ficou com alguém (1).

Com o objetivo de obter uma história psicossocial mais completa possível e facilitar a memorização dos aspectos mais importantes na abordagem do adolescente foi criado o mnemônico HEEADSSS, um instrumento com questões estruturadas e abertas com a intenção facilitar a comunicação do profissional com o adolescente. Cada letra representa uma área a ser avaliada com sugestões de perguntas (6).

#### **PROTOCOLO HEEADNESSS (1,6):**

1. **H (Home/casa)** – Onde você mora? Quem reside na casa com você? O ambiente é calmo ou “agitado”? Quem briga mais na sua casa?
2. **E (Education/Employment/Educação/Emprego)**- Sabe ler e escrever? Atualmente estuda? Em que ano? Você trabalha? Em quê? horário – carteira assinada – interfere nos estudos?
3. **E (Eating disorders/Distúrbios alimentares)** - Já fez dieta? Gosta de seu corpo? Está contente com seu peso e altura?
4. **A (Activities/Atividades)** - O que você faz além da escola? Pratica esporte? Qual? Quantas vezes por semana? Utiliza celular? Você joga *videogame*? Quanto tempo passa entre celular, *games*, TV, computador, telinhas em geral?
5. **D (Drugs/Drogas lícitas/ilícitas)** - Você bebe? Com que frequência? Quando foi seu último porre? Onde costuma beber: em casa/bar/festas? Já experimentou kit (vodka + energético)? Já ficou de porre? Quando foi a última vez? Fuma tabaco? Início, quantidade de cigarros/maços fuma? Usou/usa outra droga? Qual, início, frequência, intoxicações / “overdose”?
6. **S (Sexuality/Sexualidade)**- Já ficou? Está apaixonado/a? Divide sua intimidade corporal com alguém? Já teve relações sexuais? Com pessoas de sexo oposto, mesmo sexo, ou tanto faz?
7. **S (Security/Segurança)**- Já sofreu algum tipo de violência? Onde? Por quem? Assalto? *Bullying*? Já praticou violência em alguém? Teve consequências?
8. **S (Suicide/Suicídio)**- O que você faz quando se sente triste: fica quieto? Chora? Já pensou em desaparecer / se machucar? Já tentou?

Por outro lado, existem algumas situações de exceção para a não realização do atendimento a sós com o adolescente como no caso de déficit intelectual do paciente que o incapacite de responder, distúrbios psiquiátricos graves ou por desejo do próprio paciente em não ficar sozinho com o profissional (2).

### **2.3 Terceiro momento**

Na evidência de conflitos ou de violência familiar pode ser necessário um terceiro momento somente com os responsáveis, porém na ausência desses fatos o terceiro momento é realizado após o exame físico com os pais ou responsável e o adolescente para orientá-los sobre as hipóteses diagnósticas percebidas, possíveis exames a realizar e as explicações sobre as condutas terapêuticas a serem tomadas (2,3), porém tudo deve ser acordado previamente com o adolescente.

## **3. EXAME FÍSICO**

O exame físico deverá ocorrer de forma completa com absoluta privacidade e no sentido craniocaudal, de forma segmentada e sempre cobrindo a região que não está sendo examinada, esclarecer ao adolescente a importância do exame físico, inclusive dos genitais (1,6). Nem sempre é imprescindível despir o paciente todo, pode ser por partes, mantendo as vestimentas ou usar avental, e a genitália deve ser avaliada por último, porém se o paciente recusar pode deixar para uma próxima oportunidade se não houver queixa específica (6).

É importante avaliar a maturação sexual utilizando os critérios de Tanner (masculino e feminino). No menino entre 10 e 14 anos pode-se observar a ginecomastia puberal, transitória que geralmente regride em 6 a 24 meses (6). Habitualmente a maturação se completa em 2 a 5 anos e os eventos que a caracterizam ocorrem mais precocemente nas meninas. No sexo feminino observa-se o broto mamário (telarca) entre 8 e 13 anos como primeiro sinal puberal e a menarca dos 9 aos 16 anos, pode ser precedida de um corrimento vaginal claro nos 6 a 12 meses que a antecedem e quando as mamas já estão no estágio 3 ou 4 de Tanner, ocorre a primeira menstruação ou menarca, fato marcante da puberdade, nesta fase as meninas ainda podem crescer 4 a 6 cm nos 2 ou 3 anos após o seu surgimento. No sexo masculino, o primeiro sinal de maturação sexual é o aumento do volume dos testículos entre 9 e 14 anos, seguido pelo aparecimento dos pelos pubianos e aumento do pênis dos 12,9 a 14,5 anos. Embora ocorra uma ampla variação individual da idade de início e da duração desses eventos, Tanner e Marshall estudaram e os classificaram em cinco etapas, considerando o desenvolvimento mamário e a quantidade e distribuição dos pelos no sexo feminino e no sexo masculino considerou o aspecto dos órgãos genitais, além da distribuição e quantidade de pelos (3,4,5). Crescimento do Pré-adolescente e do adolescente (8):

Peso e estatura aos 11 anos:

Meninas – 147 cm e 40 kg

Meninos – 145 cm e 36 kg

Aumento anual na altura (<8 cm)

Ganho de peso anual (<3 kg)

Na puberdade ocorre um ganho de 20 a 25 % de sua altura final e 50% do seu peso adulto.

Fases do estirão puberal:

1. Fase de crescimento estável – 4 a 6 cm por ano.
2. Fase de aceleração gradativa do crescimento até atingir o máximo, o maior pico de velocidade de crescimento nas meninas ocorre entre 11 e 12 anos (aumentam 8-9cm /ano) e os meninos entre 13 e 14 anos (aumentam 10cm/ano).
3. Fase de desaceleração do crescimento com término do crescimento e alcance da altura final nas meninas entre 15 e 16 anos e nos meninos entre 17 e 18 anos.

Durante o exame físico, se houver interesse por parte do adolescente ou do profissional de saúde, outro profissional poderá acompanhar o exame para que preserve a ética em relação a interpretações diferentes por parte do adolescente, resguardando o profissional. Deve-se esclarecer ao adolescente, antes do exame, tudo o que vai ser realizado e a sequência do exame deve contemplar (5):

- 1- Aspecto geral (aparência física, humor, pele hidratada, eupneico, normocorado, etc.);
- 2- Avaliação de peso, altura, IMC/idade e altura/idade, prega cutânea.
- 3- Verificação da pressão arterial (deve ser mensurada pelo menos uma vez/ano usar curvas de pressão arterial para idade);
- 4- Avaliação dos sistemas: tireoide, otoscopia, cavidade oral, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, coluna vertebral e postura, exame neurológico e mental sumários.;
- 5- Avaliação do estagiamento puberal – usar critérios de Tanner (masculino e feminino);
- 6- Avaliação da acuidade visual com escala de Snellen.

## **Estágios de maturação sexual feminino (9):**

### **Características dos estágios de maturação sexual**

---

#### **Genitais (sexo masculino)**

- G1 Pênis, testículos e escroto de tamanho e proporções infantis.
- G2 Aumento inicial do volume testicular (> 4ml).  
Pele escrotal muda de textura e torna-se avermelhada. Aumento do pênis mínimo ou ausente.
- G3 Crescimento peniano, principalmente em comprimento. Maior crescimento dos testículos e escroto.
- G4 Continua crescimento peniano, agora em diâmetro, e com maior desenvolvimento da glândula. Maior crescimento dos testículos e escroto, cuja pele se torna mais pigmentada.
- G5 Desenvolvimento completo da genitália, que assume tamanho e forma de adulto.

#### **Mamas (sexo feminino)**

- M1 Mama infantil, com elevação somente da papila.
- M2 Broto mamário: aumento inicial da glândula mamária, com elevação da aréola e papila, formando uma pequena saliência. Aumenta o diâmetro da aréola e modifica a textura.
- M3 Maior aumento da mama e da aréola, mas sem separação de seus contornos.
- M4 Maior crescimento da mama e da aréola, sendo que esta agora forma uma segunda saliência acima do contorno da mama.
- M5 Mamas com aspecto adulto. O contorno areolar novamente incorporado ao contorno da mama. Maior crescimento da mama e da aréola

#### **Pêlos púbicos (ambos os sexos)**

- P1 Ausência de pelos. Pode haver uma leve penugem.
- P2 Pêlos longos e finos, pouco pigmentados, lisos ou pouco encaracolados, principalmente base do pênis ou nos grandes lábios.
- P3 Maior quantidade de pelos mais grossos, escuros e encaracolados espalhando-se esparsamente pela sínfise púbica.
- P4 Pêlos do tipo adulto cobrindo mais densamente a região púbica sem atingir a face interna das coxas.
- P5 Pilosidade igual a de adulto, em quantidade e distribuição, alcançando a face interna das coxas.
- P6 Extensão dos pêlos para cima da região púbica.

---

Fonte: Jornal de Pediatria. SBP 2001 (adaptado) <sup>(9)</sup>

O volume testicular maior do que 2,5 cm no seu maior diâmetro equivale a 4 ml e já é considerado puberal, sendo G2. A partir de G2, o testículo vai aumentando progressivamente de volume até atingir um volume adulto que varia

de 15 a 25 ml, porém não é o testículo e sim o desenvolvimento peniano que vai determinar os outros estágios puberais (10).

É importante aproveitar este momento após o exame para esclarecer o uso do preservativo (masculino e feminino) e dos contraceptivos para a prevenção da gravidez e das DSTs/AIDS, enfatizando a dupla proteção, que é o uso do preservativo masculino ou feminino, associado a outro método contraceptivo (2).

Após a conclusão do exame físico ocorre a elaboração das hipóteses diagnósticas, planos diagnósticos e terapêuticos.

### **Raciocínio clínico, avaliação e registro dos achados**

O raciocínio clínico é que vai determinar como se irá interpretar a anamnese e o exame físico do paciente, destacar os problemas enumerados e estabelecer o seu plano de ação (11). Alguns conceitos são fundamentais serem lembrados antes de desenvolver estes aspectos, quais sejam (3):

**Sintoma**- sensação subjetiva anormal percebida pelo paciente e não observada pelo examinador. Exemplos: dor, náuseas, dormências, insônia e má digestão.

**Sinal**- dado objetivo notado pelo paciente e observado pelo examinador por meio do método clínico, geralmente pelo exame físico (tosse, edema, cianose, hepatomegalia) ou por exames complementares (sangue na urina=hematúria; condensação pulmonar= visto na radiografia de tórax, etc).

**Síndrome**- vem do grego *syndromos* = andar junto, é um conjunto de três ou mais sintomas e/ou sinais que ocorrem associadamente, e que podem ser determinados por diferentes causas constituindo uma síndrome. Exemplo: síndrome febril (hipertermia, taquicardia, taquisfigmia, sudorese, tremores, mialgias, artralguas), podendo se relacionar com infecções bacterianas, virais, fúngicas, doenças inflamatórias e iatropatogênicas (entendidas como lesão, dano ou prejuízo ocasionado pelo médico ou pela medicina, podendo ser de ordem física, mental, social ou espiritual, seja de maneira direta ou indireta).

No começo esse raciocínio clínico pode parecer difícil de realizar, requer estudo dos achados, porém normalmente ele deve ser realizado logo ao término da anamnese e exame físico. Contudo, ao longo do tempo e com a experiência ele vai ficando mais fácil e esse raciocínio será ativado logo no início. O objetivo final será responder as questões: “O que explica as queixas desse paciente?” “Quais são os problemas e diagnósticos?” (11). A primeira etapa consiste em listar os sinais e sintomas identificados, assim como exames que tenha realizado. Em seguida, com as informações destacadas busque identificar qual ou quais órgãos ou sistemas estão acometidos. De posse das informações anteriores e sua interpretação é possível formular hipótese diagnósticas e estabelecer o diagnóstico ou diagnósticos do paciente.

## **FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA**

A etapa de formulação diagnóstica requer a mobilização do todo o conhecimento prévio, experiência do examinador, além da leitura adicional para fundamentar os conhecimentos sobre os padrões de normalidade e de patologias para o auxiliar na agregação lógica dos achados. Até se alcançar conhecimentos e experiências mais amplos, pode ser que não se consiga elaborar hipóteses muito específicas, porém é importante treinar e elaborar com o conhecimento que se tem no momento (11). A partir da agregação dos achados as possibilidades diagnósticas começam a surgir. Então, nesta fase seleciona-se os achados mais importantes e críticos que apoiam as possibilidades diagnósticas e confronta-se com outras patologias que poderiam se apresentar de modo semelhante ao observado na nossa hipótese diagnóstica, caracterizando o diagnóstico diferencial. No diagnóstico diferencial, algumas patologias devem ser descartadas porque não se enquadram na situação em questão, no entanto outras patologias poderão se enquadrar na situação do paciente, além daquela que se admitiu como hipótese diagnóstica principal ou mais provável. Contudo, essas hipóteses adicionais, ficarão em segundo plano em função da presença ou ausência de determinado achado que se faz importante para fechar tal diagnóstico. Exemplo: paciente tem tosse úmida e dispneia há 2 dias e ao exame tem como achados sibilos e créptos esparsos, ausência de febre e o raio x evidencia hiperinsuflação pulmonar e ausência de áreas de condensação. Nesse caso, identificamos que ele apresenta uma síndrome respiratória aguda porque só tem dois dias e os achados concentram-se no sistema respiratório. Dentro do grupo da síndrome respiratória aguda podemos trazer para este paciente um processo de ordem imunológica ou infecciosa. Imunológica pode ser um quadro de asma brônquica e de ordem infecciosa uma pneumonia, por outro lado a ausência de febre e de imagem de condensação ao raio x, além do fato que os créptos são esparsos, quando deveriam ser mais localizados na pneumonia, exceto nos casos de pneumonia bilateral tornam a segunda possibilidade menos provável. Desse modo, para as fases iniciais de treinamento podemos organizar as hipóteses diagnósticas como a seguir:

### **Hipóteses diagnósticas**

- I. Síndrome respiratória (tosse úmida, dispneia, sibilos e créptos)
  1. Secundário a Asma brônquica
  2. Pneumonia – afastar

Em seguida à organização lógica das hipóteses diagnósticas é interessante escrever no prontuário como ou porque se ordenou assim, justificativa que vem a ser exatamente o que foi descrito anteriormente para explicar como chegar às hipóteses de forma lógica, elaborando então a formulação diagnóstica.

## **Formulação diagnóstica**

Trata-se de uma síndrome respiratória aguda porque tem apenas dois dias de doença e os achados concentram-se no sistema respiratório. Dentro do grupo da síndrome respiratória aguda podemos trazer para este paciente um processo de ordem imunológica ou infecciosa. Sendo que a origem imunológica como asma brônquica é mais provável, embora seja importante afastar a possibilidade de uma origem infecciosa como a pneumonia, contudo a ausência de febre e de imagem de condensação ao raio x, além dos créptos serem esparsos, quando deveriam ser mais localizados na pneumonia, exceto nos casos de pneumonia bilateral, tornam a segunda possibilidade menos provável.

## **PLANO DIAGNÓSTICO**

No plano diagnóstico estabelecemos que condutas iremos tomar para certificar a hipótese principal de Asma Brônquica e afastar completamente a segunda hipótese de Pneumonia. Nesse caso pode-se estabelecer da seguinte forma:

### **Plano diagnóstico:**

1. Realizar os exames: Ex. hemograma e VHS  
(sugerem ou afastam causa infecciosa)
2. Administrar medicamentos: Ex. broncodilatador inalatório  
(Paciente com asma brônquica melhora com uso de broncodilatador)

## **PLANO DE CUIDADO INTEGRAL**

O plano de cuidado integral é composto por orientações ao paciente de acordo com as necessidades identificadas e vai além da prática curativa, contempla o indivíduo em todos os níveis de atenção, considerando o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental em que se insere. Requer articulação entre uma equipe multiprofissional (12). O plano deve ser abrangente e personalizado para atender às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.

1. Plano nutricional – registrar a avaliação nutricional, dieta que será recomendada e orientações alimentares específicas e suplementação, se necessário.
2. Plano de atividade física – exercícios e atividades recomendadas.
3. Plano de medicamentos – relacionar os medicamentos prescritos com a posologia, duração e instruções específicas, se houver.
4. Intervenções planejadas – tratamentos médicos específicos (interconsultas, se houver); terapias ( yoga, pilates, atividades de grupo, etc); ações para promoção da saúde e prevenção de doenças (Ex. ISTS- Infecções sexualmente transmissíveis, uso de drogas) e ações de suporte psicológico e social.



5. Planos de acompanhamento e revisão periódica – descrever o que precisa acompanhar ou observar mais atentamente e qual será o planejamento de retorno.



## REFERÊNCIAS

1. Vale CN, Aragão JCS, Oliveira MFA. **A consulta do adolescente**: Manual de orientação para os alunos do curso de graduação em medicina. Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente no Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. 2013
2. SBP. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. Nº 10, Janeiro de 2019
3. Guimarães EMB, Zacariotti ETP, Canuto MHA. Semiologia da adolescência. In: Porto CC & Porto AL. *Semiologia Médica*. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2014.
4. Ministério da Saúde. Orientações para o atendimento à saúde da Adolescente. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_atendimento\\_saude\\_da\\_adolescente.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_saude_da_adolescente.pdf). Último acesso: julho 2024.
5. Ministério da Saúde. Orientações para o atendimento à saúde do Adolescente. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_atendimento\\_saude\\_do\\_adolescente.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_saude_do_adolescente.pdf). Último acesso: julho 2024.
6. Hagel LD, Jonas MIRC, Vitale MSS. O atendimento Médico do Adolescente, Aspectos Éticos e Roteiro Semiológico. In: Silva LR, Solé D, *at al*. *Tratado de Pediatria*. 5ª ed. Barueri (SP): Manole, 2022.
7. Ministério da Saúde. Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e - Unidades Básicas de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília- DF, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao\\_basica\\_saude\\_a\\_adolescente.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_a_adolescente.pdf). Último acesso: julho 2024.
8. Rodrigues YT & Rodrigues PPB. Medidas antropométricas do feto ao adolescente. In: Rodrigues YT & Rodrigues PPB. *Semiologia Pediátrica*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
9. Chipkevitch E. Avaliação clínica da maturação sexual na adolescência. *Jornal de Pediatria*. SBP, 2001, Supl.2/S135.
10. IPADS. Manual técnico para o cuidado à Saúde do Adolescente na Atenção Básica. 1ªEd, 2019. Disponível em: <https://ipads.org.br/cidadaniajovem/wp-content/uploads/2020/08/MANUAL-TE%CC%81CNICO-SAU%CC%81DE-ADOLESCENTE-DIGITAL.pdf>. Último acesso: julho 2024.
11. Bickley LS. Bates. *Raciocínio Clínico, Avaliação e Registro dos Achados*. In: *Propedêutica Médica*. 11ªEd. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
12. Souza MC, Araújo TM, Reis Júnior WM, et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *O Mundo da Saúde*, São Paulo - 2012;36(3):452-460.