

Avaliação longitudinal da prevalência de comportamentos de riscos em adolescentes acompanhados no ambulatório de Medicina do Adolescente do HC-UNICAMP e a eficácia de intervenção breve para promover mudanças

Palavras-Chave: [adolescente], [comportamentos de risco], [intervenção breve]

Autoras:

Tamiris Aparecida de Moraes Fiorato [FCM-UNICAMP]
Prof.^a Dra. Lilia Freire Rodrigues de Souza Li (orientadora) [HC-UNICAMP]

INTRODUÇÃO:

Adolescência é uma fase importante na vida da pessoa, devido às grandes transformações (SCHOENFERREIRA, 2010). Neste período a pessoa apresenta mudanças físicas, cognitivas e emocionais, formação da identidade, sexualidade, religião e espiritualidade e desenvolvimento profissional. (MCNEELY, 2009). A aquisição de autonomia, a sensação de liberdade para tomada de decisões e a tendência de busca de desafios e novas experiências, pode levar os indivíduos a adotarem comportamentos de risco (ZAPPE, 2018).

Considerando que a saúde do adolescente não se resume na ausência de doenças ou na prevenção de comportamentos de riscos, há a necessidade de ampliar o cuidado, se atentando também à qualidade de vida do adolescente, alcançada por meio da satisfação pessoal e do desenvolvimento de competências sociais e manutenção de comportamentos que promovam seu desenvolvimento e saúde (SENNA, 2015).

A intervenção breve constitui em um “continuum” de cuidados, sendo uma das práticas para intervenção nos comportamentos de riscos. Esta ação visa motivar o indivíduo a realizar uma ação específica, baseado na investigação de um problema em potencial e o encorajando a começar a fazer algo a respeito, por exemplo entrar em tratamento ou mudar um comportamento (BARRY, 1999).

Visando a redução dos comportamentos de risco, sugere-se acompanhamento por profissionais que consigam acolher esses adolescentes de forma especializada e realizar intervenções breves sobre os comportamentos de risco.

OBJETIVO:

Avaliar a prevalência comportamento de risco durante o acompanhamento no Ambulatório de Adolescentes do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e se houve mudanças nesses comportamentos após intervenções breves realizadas durante os atendimentos.

METODOLOGIA:

É um estudo de coorte observacional retrospectivo com dados coletados dos prontuários dos adolescentes em seguimento no ambulatório de adolescentes do HC da UNICAMP. Este projeto foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa para sua avaliação, CAAE: 39816220.0.0000.5404.

Critérios de inclusão: Pacientes com idades entre 10 e 19 anos (considerando a primeira consulta no ambulatório) que tenham realizado pelo menos uma consulta com informações a respeito do comportamento de risco no período de julho de 2016 a julho de 2023.

Critérios de exclusão: Indivíduos que tinham alguma deficiência intelectual que impossibilitasse o acompanhamento e atendimento individual do paciente; fora da faixa etária estabelecida do estudo; que tinham realizado apenas uma consulta no período de julho de 2016 a julho de 2023 sem informações sobre comportamentos de risco.

Os dados dos prontuários dos pacientes analisados foram os da primeira consulta, aos seis e 12 meses após esta consulta e a última consulta realizada. Foram avaliados os scores dos questionários *Patient Health Questionnaire* (PHQ-2 e PHQ-9) e CRAFFT que são aplicados durante os atendimentos dos adolescentes do ambulatório. Além disso, foram analisados outros comportamentos de risco (pensamentos suicidas, uso de substâncias psicoativas, violência e/ou bullying sofrido pelo paciente, se mantém relação sexual e uso de preservativo nas relações sexuais) e a realização de hábitos saudáveis como atividade física e sono.

RESULTADOS:

Foram analisados 454 prontuários de pacientes atendidos, destes, 149 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Dos 305 prontuários analisados 159 (52,12%) eram do sexo feminino, com média de idade de 13,61 e 146 (47,86%) do masculino, com média de idade 13,71. Após a primeira avaliação, 80 pacientes perderam seguimento e 1 recebeu alta, totalizando 224 prontuários reavaliados. Após a segunda avaliação, 68

pacientes perderam seguimento e 7 receberam alta, restando 149. Após a terceira avaliação, 36 perderam seguimento e 4 receberam alta, restando, na última avaliação 109 prontuários. Durante o período analisado, mais da metade dos pacientes perderam o seguimento no ambulatório (61,63%) e 33,77% permaneceram em acompanhamento. Somente 4,59% receberam alta (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência de abandono e alta dos pacientes durante o período analisado

	Feminino N=159 (52,12%)	Masculino N=146 (47,86%)	Total N=305 (100%)
Situação do atendimento			
Perderam seguimento	98 (61,63)	90 (61,64)	188 (61,63)
Alta	6 (3,77)	8 (5,47)	14 (4,59)
Em seguimento	55 (34,59)	48 (32,87)	103 (33,77)

De acordo com os diagnósticos, os pacientes foram classificados conforme as principais alterações que apresentam. A maioria dos diagnósticos (38,68%) estavam relacionados a doenças mentais (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequência de pacientes classificado por diagnóstico e gênero

	Feminino N=159 (52,12%)	Masculino N=146 (47,86%)	Total N=305 (100%)
Diagnóstico			
Doenças endócrinas	37 (25,34)	39 (24,52)	76 (24,91)
Doenças funcionais	27(18,49)	21 (13,2)	48 (15,73)
Doenças mentais	54 (36,98)	64 (40,25)	118 (38,68)
Doenças reumatológicas	1 (0,68)	5 (3,14)	6 (1,96)
Doenças alérgicas	8 (5,47)	9 (5,66)	17 (5,57)
Doenças gástricas	7 (4,79)	15 (9,43)	22 (7,21)
Doenças hepáticas	3 (2,05)	2 (1,25)	5 (1,63)
Doenças genéticas	7 (4,79)	3 (1,88)	10 (3,27)
Doenças congênitas	2 (1,37)	1 (0,62)	3 (0,98)

I. Informações avaliadas na primeira consulta:

Ao analisar a prevalência de comportamentos de risco na primeira consulta 17,0% dos pacientes apresentavam triagem positiva para sintomas depressivos nas últimas 2 semanas anteriores à consulta, de acordo com a escala PHQ-2 (PHQ-2 \geq 2) e 12,8% apresentaram depressão de moderadamente grave a grave de acordo com a escala PHQ-9 (>14 pontos). 33,1% dos pacientes avaliados não foram triados para sintomas depressivos (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência e escores de triagem inicial de sintomas depressivos pelo PHQ-2 e realização do PHQ-9 na primeira consulta

	Feminino N=159 (52,12%)	Masculino N=146 (47,86%)	Total N=305 (100%)
PHQ-2			
0-2 pontos	67 (42,13%) *	85 (58,21%)	152 (49,83%)
\geq 2 pontos	32 (20,12%) *	20 (13,69%)	52 (17,04%)
SIP	60 (37,73%) *	41 (28,08%)	101 (33,11%)
PHQ-9			
0-14 pontos	48 (25,14%)	23 (15,75%)	63 (20,65%)
> 14 pontos	26 (16,35%)	13 (8,89%)	39 (12,8%)
SIP	93 (58,49%)	110 (75,34%)	203 (66,55%)

Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher quando número de dados < 5; *p<0,05 (SIP: sem informação no prontuário)

Do total dos prontuários analisados, 11,8% dos pacientes referiram pensamentos suicidas pelo menos alguns dias nas 2 semanas antes da consulta, 11,8% referiram uso de substância (álcool, maconha, cigarro, entre outros), 19,7% tinham sido alvo algum tipo de violência/bullying e apenas 5,2% apresentam um risco elevado para transtorno de uso de substâncias psicoativas (\geq 2 pontos) (Tabela 4). Ao comparar a prevalência de

comportamentos de risco entre os sexos, meninas apresentaram mais pensamentos suicidas, e maior sedentarismo do que os meninos. Os outros comportamentos foram semelhantes entre eles.

Tabela 4 - Frequência de comportamentos de risco relatados na primeira consulta, total e separado por sexo. (SIP: sem informação no prontuário)

		Feminino N=159 (52,1%)	Masculino N=146 (47,9%)	Total N=305 (100%)
Pensamento suicida	Não	65 (40,9%) *	62 (42,5%)	127 (41,6%)
	Sim	26 (16,3%) *	10 (6,8%)	36 (11,8%)
	SIP	68 (42,8%) *	74 (50,7%)	142 (46,5%)
Uso de substância	Não	129 (81,1%)	110 (75,3%)	239 (78,4%)
	Sim	19 (12,0%)	23 (15,7%)	42 (13,8%)
	SIP	11 (7,0%)	13 (8,9%)	24 (7,8%)
Violência/Bullying	Não	103 (65,0%)	100 (68,4%)	203 (66,5%)
	Sim	34 (21,3%)	26 (17,8%)	60 (19,7%)
	SIP	22 (13,8%)	20 (13,7%)	42 (13,8%)
CRAFT	0-2 pontos	133 (83,6%)	120 (82,2%)	253 (83,0%)
	≥2 pontos	8 (5,0%)	8 (5,5%)	16 (5,2%)
	SIP	18 (11,3%)	18 (12,3%)	36 (12,0%)
Relação sexual	Não	122(76,7%)	103 (70,5%)	225 (73,8%)
	Sim	17 (10,7%)	17 (11,6%)	34 (11,1%)
	SIP	20 (12,6%)	26 (17,8%)	46 (15,1%)
Relação sexual protegida	Não	10 (58,9%)	9 (52,9%)	19 (55,9%)
	Sim	6 (35,3%)	7 (41,7%)	13 (35,3%)
	SIP	1 (5,9%)	1 (5,9%)	2 (5,9%)
Atividade física	Não praticavam	60 (37,7%) *	40 (27,4%)	100 (32,8%)
	1-3x/sem	50 (31,4%)	48 (32,9%)	98 (32,1%)
	4-7x/sem	29 (18,2%) *	47 (32,2%)	76 (24,9%)
	SIP	20 (12,6%) *	11 (7,5%)	31 (10,2%)
Alimentação	Ruim	42 (26,4%)	38 (25,0%)	80 (26,2%)
	Regular	63 (39,6%)	60 (41,1%)	123 (40,3%)
	Boa	33 (20,7%)	34 (23,3%)	67 (22,0%)
	SIP	21 (13,2%)	14 (9,6%)	35 (11,5%)
Horas de sono	0-5 horas/noite	8 (5,0%)	8 (5,5%)	16 (5,2%)
	6-10 horas/noite	98 (61,6%)	94 (64,4%)	192 (62,9%)
	> 10horas/noite	16 (10,0%)	23 (15,7%)	39 (12,8%)
	SIP	37 (23,3%)	21 (14,4%)	58 (19,01%)
Qualidade do sono	Sem queixas	86 (54,0%)	100 (68,5%)	186 (61,0%)
	Distúrbio do sono	41 (25,8%)	27(18,5%)	68 (22,3%)
	SIP	32 (20,1%)	19 (13,0%)	51 (16,7%)
Tempo de tela	Até 2horas/dia	5 (3,1%)	10 (6,8%)	15 (4,9%)
	2-5 horas/dia	4 (2,5%)	7 (4,8%)	11 (3,1%)
	> 6horas/dia	34 (21,4%)	20 (13,7%)	54 (17,7%)
	SIP	116 (73,0%)	109 (74,6%)	225 (73,8%)

Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher quando número de dados < 5; *: p<0.05. (SIP: sem informação no prontuário)

A maioria (73,8%) dos pacientes não tinha iniciado da atividade sexual. Daqueles que eram sexualmente ativos, mais da metade (55,9%) não fazia uso de preservativo na primeira consulta. Segundo a classificação da OMS, é classificado como sedentário aquele que não realiza no mínimo 150 min de atividade físicas regulares por semana sendo que 75% dos pacientes foram considerados sedentários; 66% referiram padrão alimentar considerado ruim ou regular, e 22% referiram algum distúrbio de sono (insônia, apneia, medo noturno e sonolência diurna). Tempo de exposição a tela foi pouco indagado e anotado nos prontuários (Tabela 4).

II. Avaliação longitudinal dos comportamentos de risco em relação a primeira consulta:

Houve redução de 66,7% nos escores de triagem inicial de sintomas depressivos após 6 meses, de 72,2% após 12 meses e de 88,9% na última consulta ($p < 0.05$). Em relação aos scores de sintomas depressivos houve redução significativa de 31,81% após 6 meses, mantendo em 41,66% após 12 meses e caindo novamente para 25% na última consulta ($p < 0.05$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Avaliação da redução dos sintomas depressivos de acordo com escores (PHQ-2 e PHQ-9) ao longo do seguimento em relação a primeira consulta.

Melhora dos scores em relação a 1ª consulta	Após 6 meses n %	Após 12 meses n %	Última consulta n %
Triagem inicial (PHQ-2)	22 (66,66%) *	13 (72,22%) *	8 (88,88%) *
Escore de sintomas depressivos (PHQ-9)	7 (31,81%) **	5 (41,66%)	2 (25%) *

*: $p < 0.05$; **: $p < 0.001$ / Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher quando número de dados < 5

Houve redução significativa de todos os comportamentos de risco ao longo do acompanhamento no ambulatório. Pensamentos suicidas reduziu 52,38% após 6 meses, para 41,66% após 12 meses e 25% na última consulta ($p < 0.05$). Também foi identificado redução do uso de substâncias de 29,41% após 6 meses, 25% após 12 meses e 25% na última consulta ($p < 0.05$) e redução da violência/bullying de 52,94% após 6 meses, 55% após 12 meses, ambos com significante estaticamente ($p < 0.05$) e de 69,23% na última consulta. Quanto ao CRAFT, não foi identificado redução do score durante o acompanhamento. Menos de um quarto iniciou atividade sexual ao longo do acompanhamento e daqueles que iniciaram houve aumento do uso de preservativo nas relações ao longo do seguimento (Tabela 6).

Tabela 6 - Avaliação da evolução de comportamentos de risco ao longo do seguimento em relação a primeira consulta.

Frequências em relação a 1ª consulta	Após 6 meses n %	Após 12 meses n %	Última consulta n %
Redução do pensamento suicida	11 (52,38%) **	5 (41,66%) *	2 (25%) *
Redução do uso de substância	10 (29,41%) **	6 (25%) **	5 (25%) **
Redução violência/bullying	18 (52,94%) **	11 (55%) **	9 (69,23%)
Iniciaram atividade sexual	2 (1,49%) **	6 (6,81%) **	11 (17,74%) **
Iniciaram uso de preservativos	7 (46,66%) **	3 (37,5%) **	4 (80%) **

Teste Qui-quadrado ou Fisher quando número de dados < 5 . *: $p < 0.05$; **: $p < 0.001$

Mais da metade dos pacientes iniciaram atividade física após 6 meses (55,21%), 62,12% após 12 meses e 41,92% em relação a última consulta ($p < 0.05$). Observou-se melhora quanto a alimentação, com redução da ingestão de doces e aumento de frutas e legumes em 41,66% após 6 meses, 62,12% após 12 meses e 41,92% na última consulta ($p < 0.05$). Daqueles que dormiam menos de 6 horas por noite, mais da metade (58,33%) aumentou as horas de sono para 6 a 10 horas/noite após 6 meses, 83,33% após 12 meses e 66,66% na última consulta, após orientações de higiene do sono, de 58,33% após 6 meses, 83,33% após 12 meses, 66,66% na última consulta ($p < 0.05$ somente após 6 meses). Daqueles que tinha exposição a tela maior que 6 horas por dia houve redução para de 3 a 5 horas por dia ao longo do acompanhamento, de 15,38% após 6 meses, 21,42% após 12 meses e 30,76% na última consulta ($p < 0.05$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Avaliação de hábitos ao longo do seguimento em relação a primeira consulta.

Frequências em relação a 1ª consulta	Após 6 meses n %	Após 12 meses n %	Última consulta n %
Início de atividade física	26 (55,21%) **	24 (62,12%) *	22 (41,92%) *
Aumento na frequência de atividade física	17 (25,37%) **	14 (32,55%) *	10 (26,31%) *
Melhora na qualidade da alimentação	33 (54,99%) **	27 (67,5%) **	19 (70,36%) **
Aumento horas de sono de $< 6h/d$ para $6-10h/d$	7 (58,33%) **	5 (83,33%)	2 (66,66%)
Redução de tempo de tela $\geq 6h/dia$ para $3-5h/d$	4 (15,38%) **	3 (21,42%) *	4 (30,76%) *

Teste Qui-quadrado ou Fisher quando número de dados < 5 . *: $p < 0.05$; **: $p < 0.001$

DISCUSSÃO:

Este estudo demonstrou que as abordagens de intervenção breve realizada nas consultas no ambulatório de Medicina de Adolescentes do HC da UNICAMP foram efetivas para reduzir os sintomas depressivos, os pensamentos suicidas, o uso de SPA, e aumentar o uso de preservativos em relações sexuais.

A intervenção breve tem o intuito de reduzir e/ou cessar a prática de comportamentos de risco (BARRY, 1999). Harris (2012), demonstrou que a realização de triagem de comportamentos de risco de uso de SPA e intervenções breves de 2 a 3 minutos foi eficaz para redução do uso de substâncias por adolescentes.

Os diagnósticos mais prevalentes de seguimento nesse ambulatório foram de doenças mentais (38,68%), em outros estudos essa queixa também foi a mais frequente entre os adolescentes (LOPES, 2016). Isso reforça a necessidade da utilização de questionários padronizados de triagem para rastreamento de sintomas depressivos e início de acompanhamento precocemente. Entretanto, os instrumentos PHQ-2 e PHQ-9 não foram utilizados de forma sistemática nas consultas, 33,11% das primeiras avaliações não realizaram o PHQ-2 e 66,55% não realizaram o PHQ-9. Outros comportamentos de risco também não foram questionados durante a consulta, dentre eles, o menos questionado foi a presença de pensamento suicida (46,55%) Em Harris (2012) também foi identificado baixa adesão para realização de triagens e busca ativa a respeito de alguns comportamentos, de certa forma, similar a este estudo. No estudo DE MICHELI (2004) houve redução do uso de substâncias após sessão de intervenção breve, de forma similar, compatível com este estudo. Foi identificado redução do uso de substâncias ao longo do seguimento.

Dos pacientes que era ativos sexualmente, mais da metade não utilizava preservativo nas relações sexuais. Nas consultas subsequentes houve aumento na porcentagem de pacientes que fizeram o uso de preservativo, chegando a 100% após 12 meses da primeira consulta e na última consulta. No estudo de SILVA (2003) os adolescentes demonstraram interesse em aumentar o conhecimento sobre métodos de contracepção, podendo ser uma justificativa para o achado no presente estudo com relação ao uso de preservativos.

Segundo a OMS, 80% dos adolescentes são sedentários (OMS, 2020). Foi identificado que um terço dos pacientes não praticavam nenhuma atividade física, e cerca de 50% praticavam atividade física ao longo da semana. Este estudo avaliou a frequência na semana, porém não quantificou os minutos de exercícios semanais, entretanto, foi observado aumento na frequência de atividade física na semana em cerca de um quarto dos pacientes ao longo do seguimento.

Ainda assim, o trabalho apresenta algumas limitações, como a ausência de informações nos prontuários a respeito dos comportamentos de risco e hábitos de vida que chegaram a mais de 70% para tempo de tela; e a variabilidade de conhecimento dos profissionais que realizaram o atendimento do adolescente, que pode variar a qualidade de atendimento, visto que o HC-UNICAMP é um hospital escola, e no ambulatório avaliado o atendimento é realizado por internos (alunos do 5º ano do curso de Medicina, que passam 2 a 3 vezes no ambulatório) e residentes de Pediatria Geral que passam em torno de 10 vezes no ambulatório, com alunos com diferentes graus de conhecimento, habilidades e motivação para o atendimento desta faixa etária. Além disso, a alta taxa de perda de seguimento dos pacientes dificultou uma avaliação longitudinal do seguimento.

CONCLUSÕES:

Os resultados obtidos dos prontuários dos pacientes acompanhados no ambulatório de adolescentes do Hospital de Clínicas (HC) da UNICAMP mostraram que a intervenção breve durante as consultas foi efetiva para reduzir os sintomas depressivos, os pensamentos suicidas, o uso de substâncias, e aumentar do uso de preservativos em relações sexuais.

Além disso, o seguimento regular, proporcionou momentos de orientações gerais a respeito de hábitos de vida saudáveis, o que resultou no aumento da frequência de atividade física, melhora na alimentação e redução no tempo de sono.

BIBLIOGRAFIA:

- Adolescent mental health. Who.int. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. 2020a
- Harris, S. K., et al Computer-Facilitated Substance Use Screening and Brief Advice for Teens in Primary Care: An International Trial. *Pediatrics*, 5 jul. 2012.
- Barry KL. Brief interventions and brief therapies for substance abuse. Rockville, MD: Centerfor Substance Abuse Treatment; 1999.
- McNeely, Clea; Blanchard, Jayne (2009). The teen years explained: a guide to healthy adolescent development. Johns Hopkins, university.
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M., & de Mattos Silves, E. F. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: teoria e Pesquisa*, 26(2), 227-234.
- Senna, Sylvia Regina Carmo Magalhães, & Dessen, Maria Auxiliadora. (2015). Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 217-229. <https://dx.doi.org/10.15309/15psd160208>
- Zappe, Jana Gonçalves, Alves, Cássia Ferrazza, & Dell Aglio, Débora Dalbosco. (2018) Comportamentos de risco na adolescência: revisão sistemática de estudos empíricos. *Psicologia em Revista*, 24(1), 79-100
- Lopes, C. S. et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. <https://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006690>. Acesso em: 27 jul. 2024.
- Silva, M. A., Batista, A. A., & Oliveira, J. P. (2003). A percepção do risco de gravidez na adolescência. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Católica de Goiás.
- De Micheli, D.; Fisberg, M.; Formigoni, M. L. O. Study on the effectiveness of brief intervention for alcohol and other drug use directed to adolescents in a primary health care unit. set. 2004.