

Quais os diagnósticos mais frequentes na adolescência? A realidade de uma consulta de Medicina do Adolescente

What are the most frequent diagnoses in adolescence?
The reality of an Adolescent Medicine Clinic

Nina Abreu¹, Inês Dias¹, Mafalda Cascais¹, Alexandra Luz¹, Pascoal Moleiro¹

¹ Centro Hospitalar Leiria, Leiria, Portugal.

DOI: 10.1590/S1679-45082018A04225

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o movimento assistencial e conhecer os diagnósticos principais de uma consulta de Medicina do Adolescente. **Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo, com análise dos processos clínicos dos adolescentes (10 a 18 anos) seguidos na consulta de Medicina do Adolescente, de janeiro de 2006 a dezembro de 2013. Foram analisadas as variáveis: sexo, idade, número de consultas, entidade que referenciou e diagnósticos principais, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. Com relação à variável idade, os adolescentes foram divididos em dois grupos: Grupo I, que incluiu adolescentes de 10 a 14 anos, e Grupo II, que incluiu aqueles com 15 aos 18 anos. **Resultados:** Realizaram-se 7.692 consultas, sendo 1.659 (22%) primeiras consultas, com taxa de crescimento anual de 6%. A média de idade foi de 14,2 anos, com 55% do sexo feminino. O grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas foi o mais representativo da amostra (34%), sendo a obesidade o diagnóstico mais frequente em ambos os sexos e grupos etários (23%), com maior prevalência nos rapazes (13% homens *versus* 10% mulheres; $p < 0,001$) e nos adolescentes mais jovens (18% do Grupo I *versus* 5% do Grupo II; $p < 0,001$). O grupo dos transtornos mentais e do comportamento foi o segundo mais prevalente (32%), afetando principalmente as adolescentes (39% mulheres *versus* 22% homens; $p < 0,001$) e o grupo etário mais velho (39% do Grupo II *versus* 27% do Grupo I; $p < 0,001$). Problemas sociais constituíram o principal diagnóstico em 8% das consultas. **Conclusão:** A maioria das patologias diagnosticadas tem forte componente comportamental e social, com destaque para as doenças mentais e a obesidade. Esta tipologia específica de diagnósticos evidencia a necessidade de uma abordagem global do adolescente e de unidades/consultas especializadas nesta faixa etária.

Descritores: Saúde do adolescente; Classificação Internacional de Doenças; Encaminhamento e consulta

ABSTRACT

Objective: To characterize the care flow and the primary diagnoses of an Adolescent Medicine Clinic. **Methods:** A retrospective descriptive study, with analysis of clinical processes of adolescents (10-18 years) seen at the Adolescent Medicine Clinic, from January 2006 to December 2013. The following variables were analyzed: sex, age, number of visits, referring service and primary diagnoses according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. As to the variable age, the adolescents were divided into two groups: Group I comprised those aged 10-14 years, and Group II, 15-18 years. **Results:** A total of 7,692 visits were carried out, in that, 1,659 first visits (22%), with an annual growth rate of 6%. The mean age was 14.2 years, and 55% of patients were female. The group of endocrine, nutritional and metabolic diseases was the most representative in our sample (34%), with obesity being the most

Como citar este artigo:

Abreu N, Dias I, Cascais M, Luz A, Moleiro P. Quais os diagnósticos mais frequentes na adolescência? A realidade de uma consulta de Medicina do Adolescente. *einstein* (São Paulo). 2018;16(2):eAO4225.

Autor correspondente:

Nina Abreu
Rua das Olhalvas, Pousos
CEP: 2410-197 – Leiria, Portugal
Tel.: +351 244817000
E-mail: ninahabreu@gmail.com

Data de submissão:

9/8/2017

Data de aceite:

25/11/2018

Conflitos de interesse:

não há.

Copyright 2018



Esta obra está licenciada sob
uma Licença *Creative Commons*
Atribuição 4.0 Internacional.

frequent diagnosis in both sexes and age groups (23%), with a higher prevalence in males (13% male *versus* 10% female, $p < 0.001$) and younger adolescents (18% in Group I *versus* 5% in Group II $p < 0.001$). The group of mental and behavioral disorders was the second most prevalent (32%), affecting mainly females (39% female *versus* 22% male, $p < 0.001$) and the older age group (39% Group II *versus* 27% Group I, $p < 0.001$). Social problems were the primary diagnosis in 8% of visits. **Conclusion:** Most diseases diagnosed have a strong behavioral and social component, particularly mental disorders and obesity. This specific type of diagnoses reinforces the need for a global approach for adolescents and specialized adolescent medicine units/clinics.

Keywords: Adolescent health; International Classification of Diseases; Referral and consultation

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período em que é possível promover a saúde, pois ocorrem várias alterações físicas, psicológicas e sociais, além de serem adquiridos novos hábitos de vida, com implicações a curto e longo prazos, determinantes dos futuros padrões de saúde dos adultos.⁽¹⁻³⁾

A evidência sugere que a intervenção precoce e adequada na adolescência proporciona benefícios a longo prazo para a saúde e no âmbito socioeconômico.⁽⁴⁻⁶⁾ A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça cada vez mais a importância de serviços de saúde “amigos dos adolescentes”.⁽⁴⁾ Trabalhar especificamente no grupo etário da adolescência é fundamental do ponto de vista da saúde pública para a melhoria do panorama de saúde mundial, principalmente em áreas como a saúde mental, acidentes e doenças crônicas,⁽³⁾ que ganham relevância cada vez maior.

Apesar das evidências descritas, a adaptação dos sistemas de saúde de forma a suportar esta visão tem sido escassa e insuficiente.⁽⁷⁾ Na maioria dos países, a população adolescente ainda encontra, no meio hospitalar e nos cuidados de saúde primários, um ambiente pouco adequado às suas características e necessidades específicas.⁽⁵⁾ Esta falta de cuidados individualizados afasta os adolescentes dos serviços de saúde, desperdiçando-se a oportunidade de promover a saúde e prevenir comportamentos de risco.

Uma das razões para resposta insuficiente pode ser a escassez de dados gerais sobre o que é diagnosticado a nível dos serviços de saúde. Apesar da existência de estudos que abordam questões específicas da adolescência, poucos apresentam uma visão global sobre o perfil de doença dos adolescentes, as consultas de Medicina do Adolescente e as patologias mais diagnosticadas. Estes dados são fundamentais para se adequarem os serviços prestados às necessidades dos adolescentes.

Outra questão está nas diferenças substanciais das definições e dos métodos usados em cada estudo. A utilização de uma classificação universal e validada para as patologias encontradas foi pouco frequente, o que restringe comparações entre países e ao longo do tempo.⁽⁷⁾ Estratégias para uniformizar as práticas de codificação entre países devem ser prioridade,⁽²⁾ pois informações validadas são fundamentais para o desenvolvimento de programas e políticas de saúde mais rigorosas e adequadas às necessidades dos adolescentes.^(4,7)

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) é uma ferramenta de diagnóstico padrão implementada pela OMS com o objetivo de uniformizar os dados coletados pelas diferentes entidades de saúde, permitindo a comparação, a análise e a compilação dos mesmos de forma coerente.^(8,9) Trata-se de uma linguagem consensual e internacionalmente aceita, que pode ajudar no atendimento dos adolescentes.

Este estudo buscou contribuir para o conhecimento do perfil das doenças dos adolescentes que recorrem aos serviços hospitalares e uniformizar a codificação de dados em saúde – elementos que podem ajudar a melhorar os cuidados prestados a este grupo etário.

OBJETIVO

Caracterizar o movimento assistencial da consulta e conhecer os diagnósticos principais, codificados de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo, descritivo, transversal com análise dos processos clínicos dos adolescentes (10 a 18 anos) seguidos na consulta de Medicina do Adolescente (CMA) de um hospital geral de Portugal, de janeiro de 2006 a dezembro de 2013. A CMA foi implementada neste hospital em agosto de 2005, contando com dois médicos em tempo integral e uma enfermeira, além do apoio de outras especialidades. A consulta recebe adolescentes com patologia do foro médico, referenciados de outros setores do Serviço de Pediatria, outros serviços do hospital e unidades médicas extra-hospitalares.

Analísaram-se as seguintes variáveis: idade, sexo, números de consultas (total/ano, primeiras e de seguimento), entidades que referenciaram à consulta (hospital, centro de saúde, outros) e principais diagnósticos. Foram criados dois grupos etários: dos 10 aos 14 anos (Grupo I) e dos 15 aos 18 anos Grupo II).

Os diagnósticos foram codificados segundo a versão 10 da CID (CID10), tendo sido posteriormente unidos em grandes grupos, também de acordo com esta classificação. Considerou-se como obesidade índice de massa corporal (IMC) >percentil 95, com base nas tabelas de crescimento do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) de 2.000 específicas para sexo e idade.

Excluíram-se os adolescentes que não tinham diagnóstico registrado no processo ou que ainda não tinham diagnóstico atribuído.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado no programa IBM® *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS®), versão 22.0. Na análise comparativa foi utilizado o teste χ^2 . Foi considerada significância estatística para valores de $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pela comissão de revisão do Centro Hospitalar de Leiria, Portugal. Confidencialidade, dados anônimos e sigilo profissional foram preservados e não houve nenhuma questão ética envolvida.

RESULTADOS

Durante o período de tempo estudado, realizaram-se 7.692 consultas (9% do total de consultas de pediatria do hospital para o mesmo período). Destas, 1.659 (21,6%) foram primeiras consultas e 6.033 (78,4%) foram consultas de seguimento, correspondendo a um movimento assistencial médio de 962 consultas/ano. A taxa média de crescimento anual foi de 6%, com aumento de cerca de 54% do volume total de consultas entre 2006 e 2013, ano em que se realizou o maior número de consultas ($n=1.169$). A proporção de primeiras consultas variou entre 16 e 26% do total de consultas, com média de 207 consultas/ano e crescimento médio anual de 9%.

A referenciação foi feita pelos centros de saúde em 21% dos adolescentes (média de referenciação de 43 adolescentes por ano), e a proporção de encaminhamentos do centro de saúde/hospital foi 1:4. A maioria das referenciações foi de adolescentes do sexo feminino (58% versus 42%; $p=0,01$) e ocorreram entre os 10 e os 14 anos (58% versus 42%; $p=0,01$). Chama atenção a diferença de encaminhamentos de acordo com o sexo, já existe dentro do grupo etário mais jovem (55% para meninas versus 45% dos meninos; $p=0,01$) e bastante acentuada no grupo etário mais velho (62% para meninas versus 38% dos meninos; $p=0,01$).

Em relação à caracterização da população acompanhada durante os 8 anos, a média de idade foi de 14,2 anos, com 55% ($n=4.239$) dos adolescentes a pertencerem ao sexo feminino e 51% ($n=3.925$) ao Grupo I.

No período temporal estudado, houve um total de 1.136 diagnósticos principais (68% do total de primeiras consultas), correspondendo a 1.118 adolescentes. O total de diagnósticos foi diferente do de doentes, porque 18 adolescentes que tiveram mais do que uma primeira consulta (após a alta voltaram a ser encaminhados por outro motivo). Estavam com investigação em curso e/ou sem diagnóstico à data da coleta dos dados 523 adolescentes.

O grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DENM) foi o mais representativo no total da amostra (34%). Este grupo de doenças foi também o mais frequente no sexo masculino (40%) e no Grupo I (44%). No sexo feminino e no Grupo II, os transtornos mentais e de comportamento (TMC) foram os mais prevalentes (39% das meninas e 39% do Grupo II). Esta tendência de distribuição para o sexo e a idade foi estatisticamente significativa em ambos os grupos de doenças, como mostra a tabela 1.

Tabela 1. Grupos de diagnósticos mais frequentes, conforme idade e sexo

Grupos (CID10)	n (%)	χ (δ)*	Idade			Sexo		
			Grupo I† (%)	Grupo II‡ (%)	Valor de p	Masculino n (%)	Feminino (%)	Valor de p
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (IV)	390 (34)	13 (±2)	44	22	<0,001	40	31	0,002
Transtornos mentais e do comportamento (V)	361 (32)	15 (±2)	27	39	<0,001	22	39	<0,001
Fatores que influenciam no estado de saúde e no contato com os serviços de saúde (XXI)	119 (10,5)	14 (±2)	10	12	0,220	12	10	0,344
Doenças do aparelho geniturinário (XIV)	66 (5,8)	13 (±2)	7	4	0,090	7	5	0,066
Doenças do aparelho respiratório (X)	47 (4)	14 (±2)	4	4	0,763	5	4	0,367
Doenças do aparelho digestivo (XI)	42 (3,7)	14 (±2)	4	4	0,637	5	3	0,203
Doenças do sistema nervoso (VI)	33 (2,9)	15 (±2)	2	6	0,004	2	3	0,372
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (III)	20 (1,8)	15 (±2)	1	3	0,112	2	2	0,822
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (XIII)	14 (1,2)	15 (±2)	1	2	0,591	2	1	0,593
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (XII)	12 (1,1)	15 (±2)	1	2	0,138	1	1	0,770

Análise comparativa com teste χ^2 .

* média de idade em anos (desvio padrão); † 10 a 14 anos; ‡ 15 a 18 anos.

O grupo dos fatores que influenciam no estado de saúde e no contato com os serviços de saúde, que correspondeu aos adolescentes que consultaram os serviços de saúde para algum propósito específico ou com algum problema, mas que não tinham qualquer patologia médica, foi o terceiro mais representativo (10,5%).

Na tabela 2, estão representados os diagnósticos mais frequentes. A obesidade foi o mais prevalente para o total da amostra (23%) e também em ambos os sexos (30% do sexo masculino *versus* 17% do sexo feminino) e grupos etários (31% do Grupo I *versus* 12% do Grupo II).

O segundo diagnóstico mais frequente para o sexo feminino foram os transtornos da alimentação (TA), com 14%; já no masculino foram os problemas relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (8%).

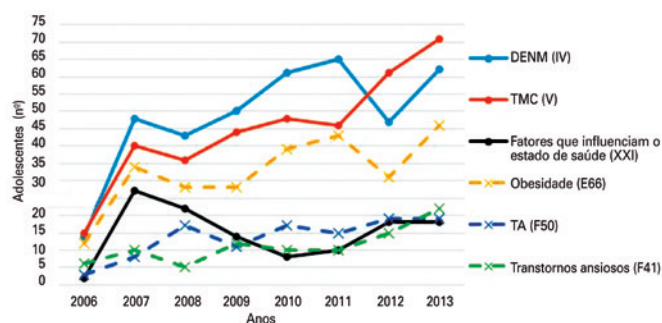
A patologia psicossocial, que inclui todos os TMC (32%) e os problemas relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (8%), correspondeu a 40% do total.

Relativamente à análise comparativa entre sexos, verificou-se significado estatístico para a maior prevalência de TA, distúrbios de ansiedade, doenças da tireoide e transtornos somatoformes entre as meninas, e de obesidade, baixa estatura, distúrbios da conduta e doenças da mama no sexo masculino.

Quando aplicada esta análise aos grupos etários, houve significado estatístico para a maior prevalência

de TA, distúrbios de ansiedade, do humor e cefaleias no grupo etário mais velho, e de obesidade e baixa estatura no grupo mais jovem.

No que se refere à evolução ao longo do tempo para os principais diagnósticos, tal como está evidenciado na figura 1, constatou-se tendência para o aumento do número de diagnósticos realizados. A taxa média de crescimento anual das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DENM) foi de 20% (com o diagnóstico de obesidade crescendo, em média, 21% por ano) e dos TMC foi de 18% (com os TA crescendo, em média, 26% ao ano e os transtornos ansiosos, 18%).



DENM: doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; TMC: transtornos mentais e do comportamento; TA: transtornos alimentares.

Figura 1. Frequência dos principais grupos de diagnósticos e diagnósticos específicos

Tabela 2. Diagnósticos mais frequentes, conforme idade e sexo

Diagnóstico (CID10)	n (%)	Idade			Sexo		
		Grupo I* (%)	Grupo II* (%)	Valor de p	Masculino (%)	Feminino (%)	Valor de p
Obesidade (E66.0)	261 (23)	31	12	<0,001	31	18	<0,001
Transtornos da alimentação (F50)	109 (10)	8	12	0,011	4	14	<0,001
Outros transtornos ansiosos (F41)	90 (8)	6	10	0,011	4	11	<0,001
Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Z55-Z65)	90 (8)	8	8	0,761	8	8	0,833
Transtornos da glândula tireoide (E00-E07)	67 (6)	6	5	0,441	2	9	<0,001
Transtornos do humor (F30-39)	49 (4)	3	6	0,012	4	5	0,463
Transtornos somatoformes (F45)	42 (4)	3	4	0,339	2	5	0,006
Asma (J45)	36 (3)	3	3	0,735	4	3	0,608
Observação por condição suspeita não confirmada (Z03)	29 (2,5)	2	4	0,051	4	2	0,053
Enxaquecas/outras síndromes de cefaleias (G43-44)	25 (2,2)	1	3	0,038	2	3	0,413
Baixa estatura (E34.3)	24 (2)	3	1	0,012	4	1	0,006
Menstruação excessiva, frequente e irregular (N92)	17 (1,5)	1	2	0,805	-	-	-
Distúrbios de conduta (F91)	16 (1)	2	1	0,207	2	1	0,040
Doenças da mama (N60-64)	16 (1)	2	1	0,207	3	1	0,002
Diabetes mellitus insulino-dependente (E10)	12 (1)	1	1	0,770	2	1	0,138

Análise comparativa com teste χ^2 .

* 10 a 14 anos; * 15 a 18 anos.

I DISCUSSÃO

A Medicina do Adolescente é uma área que tem assumido um papel cada vez mais importante. No hospital estudado, houve aumento de cerca de 54% do volume total de consultas entre 2006 e 2013, com crescimento proporcional no número de primeiras consultas, o que está de acordo com a tendência na área da Pediatria.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Estes resultados refletem a necessidade progressivamente maior de dar uma resposta às necessidades de saúde desta faixa etária. No entanto, apenas um quinto das referências foi realizada por meio dos centros de saúde, assumindo os serviços hospitalares o principal papel de referenciador à consulta. Este resultado pode refletir (1) uma resposta insuficiente dos serviços de saúde na comunidade, ainda pouco preparados e voltados para o adolescente e seus problemas específicos; e (2) uma dependência dos serviços de urgência/hospitalares para intervenções de crise e cuidados de rotina.⁽¹³⁾

Na nossa amostra, verificou-se diferença nos padrões de utilização, de acordo com o sexo e com a idade. Houve ligeira predominância de consultas no sexo feminino e no grupo etário mais jovem, o que está de acordo com a literatura.^(2,14-16) A diferença de consultas entre sexos foi maior no Grupo II, e os rapazes mais velhos foram os que tiveram menor percentagem de referência à consulta. Possivelmente estas diferenças estão relacionadas com aspetos psicossociais (diferenças de sexo e de grupo etário nas crenças, percepção de doença/desconforto, abordagem dos problemas e procura dos serviços de saúde), e não com o fato de haver menos incidência de problemas de saúde no sexo masculino e no grupo etário mais velho.^(13,15,16) Na verdade, nos países desenvolvidos, durante a adolescência, a taxa de morbimortalidade é maior no sexo masculino, que tem mais comportamentos de risco, como o consumo de álcool e drogas, acidentes, violência e comportamentos sexuais de risco.^(2,15,16)

As diferenças entre sexo e idade na nossa amostra foram também encontradas a nível dos diagnósticos.

Nos rapazes e no Grupo I foram mais frequentes as DENM, principalmente a obesidade, que foi a patologia mais prevalente neste estudo em ambos os sexos e grupos etários. A prevalência encontrada (23%) reflete o peso cada vez maior que esta patologia assume na sociedade (em Portugal estima-se que cerca de 7% dos adolescentes são obesos e, nos Estados Unidos, este número sobe para 21%),^(17,18) com tendência para continuar a aumentar.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Relativamente à distribuição da obesidade por sexo e idade, os resultados foram sobreponíveis aos descritos a nível europeu, segundo o qual a prevalência é maior nos adolescentes do sexo masculino e mais jovens.^(17,20,21)

A maior frequência no grupo etário mais jovem, apesar de ser um sinal de alarme para a existência de obesidade cada vez mais prematuramente, também pode ser um sinal de rastreio/diagnóstico mais antecipado, possibilitando uma intervenção precoce e mais eficaz.

No sexo feminino e no Grupo II, os TMC foram os grupos de patologias mais frequente – com exceção dos distúrbios da conduta, que foram mais frequentes no sexo masculino. Esta distribuição é concordante com a maioria dos estudos sobre doenças mentais em adolescentes.^(1,5,22-24)

Ao todo, as doenças mentais corresponderam a cerca de um terço dos diagnósticos (32%), sendo o segundo grupo de patologias mais prevalente, no entanto, se retirarmos a obesidade ao grupo das DENM, os TMC tornam-se o grupo de diagnósticos predominante para ambos os sexos e grupos etários. De fato, na nossa amostra, houve tendência para o aumento dos problemas mentais ao longo dos anos, assumindo estas patologias um papel cada vez mais importante na consulta. A nível mundial, os TMC também assumem um papel central na saúde do adolescente, afetando, em média, 10 a 20% dos adolescentes – estudo norte-americano chega a reportar 49,5% de prevalência.^(5,22,24-26) Estas patologias são a principal causa de incapacidade nas crianças e jovens em todo o mundo.⁽²⁷⁾ A carga destas doenças aumenta ao longo da infância e tem um pico no final da adolescência e início da idade adulta,⁽²⁵⁾ com metade dos casos detectados em adultos a começarem aos 14 anos.^(1,5,28) Por tudo isto, a adolescência é um período crítico para identificar e tratar distúrbios mentais. Relativamente a estratégias de prevenção, parece importante que sejam ativadas em uma fase mais precoce da adolescência.

Na nossa amostra, as perturbações mentais mais frequentes foram os transtornos alimentares (10%), seguidos dos distúrbios ansiosos (8%) e dos distúrbios do humor (4%). Em grandes estudos internacionais, encontramos prevalências semelhantes a nível das perturbações de ansiedade (7 a 13%) e dos distúrbios de humor (4 a 7%), mas os transtornos alimentares representaram apenas cerca de 2 a 3% dos adolescentes.^(5,23,24,26) Estas diferenças podem estar relacionadas com especificidades da amostra, uma vez que a maioria dos estudos encontrados foi realizada na comunidade, e que nossa amostra foi retirada de uma população acompanhada em consulta hospitalar. Pode ter existido um viés de seleção de patologias mais específicas, nomeadamente as perturbações do comportamento alimentar, cujo acompanhamento é feito apenas em centros especializados. Relativamente aos distúrbios da conduta e do comportamento, o fato de não assumirem grande representatividade em nossa amostra pode estar relacionado com a existência, no

serviço estudado, de uma consulta específica de perturbação de *deficit* de atenção e hiperatividade, para a qual é encaminhada a maioria destas situações.

O terceiro grupo diagnóstico mais frequente na nossa amostra foi o dos adolescentes que não apresentavam qualquer patologia médica. Dentro deste grupo destacam-se os problemas sociais, o que reforça o peso das perturbações psicossociais a nível da saúde dos adolescentes (no total, os TMC e os problemas sociais corresponderam a 40% dos diagnósticos encontrados). Esta tipologia de diagnósticos evidencia a necessidade de uma abordagem global do adolescente e de unidades/consultas especializadas nesta faixa etária. É importante investir na formação dos profissionais na área da adolescência, principalmente ao nível das estruturas da comunidade. Sem uma correta avaliação psicossocial e sem intervenção de qualidade, muitos problemas de saúde na adolescência permanecem escondidos dos profissionais e perpetuam para a idade adulta.

É ainda importante que as intervenções na adolescência não fiquem restritas ao setor da saúde. Outros sistemas, como educação, família e assistência social, são importantes. Só com a intervenção de todos, é possível mudar de um modelo de intervenção em crise para um de orientação antecipatória, rastreio e prevenção primária.

Relativamente à intervenção a realizar, os resultados do artigo mostram que na faixa etária mais velha e no sexo feminino, devemos intervir principalmente na saúde mental, enquanto que nos mais jovens e no sexo masculino, a intervenção deve focar o combate à obesidade/excesso de peso.

Os dados aqui apresentados devem ser interpretados tendo em conta algumas limitações do estudo. O número de diagnósticos registados foi reduzido a um (o principal) para cada adolescente, o que pode diminuir a verdadeira incidência de algumas patologias, que podem estar presentes como diagnóstico secundário. Para não haver muita dispersão nos resultados, optou-se por formar grandes grupos de diagnóstico, o que limitou a obtenção de informações mais específicas dentro de determinados grupos de doenças.

Outra limitação foi o fato de não terem sido incluídos na amostra todos os adolescentes seguidos no Serviço de Pediatria, pois existem consultas de outras áreas (Pneumologia, Gastreenterologia e Nefrologia) que seguem adolescentes com problemas desse foro específico, o que faz com que algumas patologias estejam subdiagnosticadas. De momento, a CMA ainda não tem capacidade para abranger todos os adolescentes referenciados ao serviço, recebendo prioritariamente aqueles com patologia do foro médico da adolescência.

Também seria importante, para enquadrar melhor os resultados, ter analisado os fatores que determinaram o uso da consulta hospitalar.

As limitações encontradas podem ser superadas com a realização de estudos mais alargados, nos quais devem ser analisadas mais variáveis e incluídos todos os serviços/consultas hospitalares que acompanham adolescentes. Seria importante que todos tivessem por base uma mesma classificação validada internacionalmente, como exemplo do que foi realizado neste estudo, o que facilita comparações. Conhecer o perfil de saúde/doença dos adolescentes e poder comparar dados, devido à utilização de codificações com consenso internacional, permite perceber cada vez melhor a realidade dos adolescentes e tomar medidas de acordo com as suas necessidades, para, posteriormente, ter repercussão positiva na saúde global.

CONCLUSÃO

Neste estudo, foi documentada uma alta prevalência de transtornos mentais e de obesidade na adolescência, com tendência para aumentar ao longo dos anos.

A maioria das patologias diagnosticadas foi comportamental e social – mais do que biomédicas.

REFERÊNCIAS

- Mulye TP, Park MJ, Nelson CF, Adams SH, Irwin CE Jr, Brindis CD. Trends in adolescent and young health in the United States. *J Adolesc Health*. 2009; 45(1):8-24. Review.
- Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;377(9783):2093-102. Review. Erratum in: *Lancet*. 2011; 378(9790):486.
- Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezeh AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012;379(9826):1630-40.
- Sawyer SM, Ambresin AE, Bennett KE, Patton GC. A measurement framework for quality health care for adolescents in hospital. *J Adolesc Health*. 2014; 55(4):484-90.
- National Research Council (US). Institute of Medicine. Adolescent Health Services: Missing Opportunities [Internet]. Washington: The National Academies Press; 2009 [cited 2015 Dec 15]. Available from: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12063
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378(9801):1515-25. Review.
- Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet*. 2012;379(9826):1665-75.
- World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases (ICD) [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2015 Oct 10]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- World Health Organization (WHO). The WHO Family of International Classifications [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2015 Oct 10]. Available from: <http://www.who.int/classifications/en/>
- Tan J, Cox R, Shannon P, Payne D. Adolescent and young adult health in a children's hospital: Everybody's business. *J Paediatr Child Health*. 2009; 45(12):715-9.

11. Blum RW, Qureshi F. Morbidity and Mortality among Adolescents and Young Adults in the United States. AstraZeneca Fact Sheet 2011 [Internet]. Baltimore: Department of Population, Family and Reproductive Health Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2011 [cited 2015 Oct 10]. Available from: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-adolescent-health/_images/_pre-redesign/az/US%20Fact%20Sheet_FINAL.pdf
12. Madureira N, Santos R, Moleiro P. Os Adolescentes no Hospital de Santo André: que necessidades de Saúde? *Acta Med Port.* 2008;21(6):547-52.
13. Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Emergency department utilization by adolescents in the United States. *Pediatrics.* 1998;101(6):987-94.
14. Fonseca H, Pereira C, Mendes L, Valente S, Figueira J. [A University Affiliated Adolescent Outpatient Clinic Revision of the Last Five Years (1998-2002)]. *Acta Pediatr Port.* 2004;35(2):109-13. Portuguese.
15. Marcell AV, Klein JD, Fischer I, Allan MJ, Kokotailo PK. Male adolescent use of health care services: where are the boys? *J Adolesc Health.* 2002;30(1):35-43.
16. Borenstein PE, Harvilchuck JD, Rosenthal BH, Santelli JS. Patterns of ICD-9 diagnoses among adolescents using school-based clinics: diagnostic categories by school level and gender. *J Adolesc Health.* 1996;18(3):203-10.
17. Viveiro C, Brito S, Moleiro P. Sobre peso e obesidade pediátrica: a realidade portuguesa. *Rev Port Saúde Pública.* 2016;34(1):30-7.
18. Centre for Disease Control and Prevention (CDC). National Center for Health Statistics. Obesity and Overweight [Internet]. Atlanta: CDC/National Center for Health Statistics; 2014 [cited 2015 Dec 15]. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/obesity-overweight.htm>
19. World Health Organization (WHO). Obesity. Data and statistics [Internet]. Geneva: World Health Organization WHO; 2015 [cited 2015 Dec 15]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>
20. World Health Organization (WHO). European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2015 Dec 15]. Available from: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/294474/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-en.pdf?ua=1
21. Bibiloni Mdel M, Pons A, Tur JA. Prevalence of overweight and obesity in adolescents: a systematic review. *ISRN Obes.* 2013;2013:392747. Review.
22. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49(10):980-9.
23. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009;11(1):7-20.
24. Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Boterhoven de Haan K, Sawyer M, Ainley J, et al. The Mental Health of Children and Adolescents: report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing [Internet]. Canberra: Australian Government Department of Health; 2015 [cited 2016 Jan 13]. Available from: [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/\\$File/child2.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/$File/child2.pdf)
25. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013;382(9904):1575-86. Review.
26. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Gfroerer JC, Hedden SL, Crosby AE, Visser SN, Schieve LA, Parks SE, Hall JE, Brody D, Simile CM, Thompson WW, Baio J, Avenevoli S, Kogan MD, Huang LN; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mental Health Surveillance among Children - United States, 2005-2011. *MMWR Suppl.* 2013;62(2):1-35.
27. Erskine HE, Moffitt TE, Copeland WE, Costello EJ, Ferrari AJ, Patton G, et al. A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol Med.* 2015;45(7):1551-63.
28. Knopf D, Park MJ, Mulye TP. The Mental Health of Adolescents: a National Profile, 2008 [Internet]. San Francisco: University of California, National Adolescent and Young Health Information Center; 2008 [cited 2015 Oct 10]. Available from: <http://nahic.ucsf.edu/wp-content/uploads/2008/02/MentalHealthBrief2008.pdf>