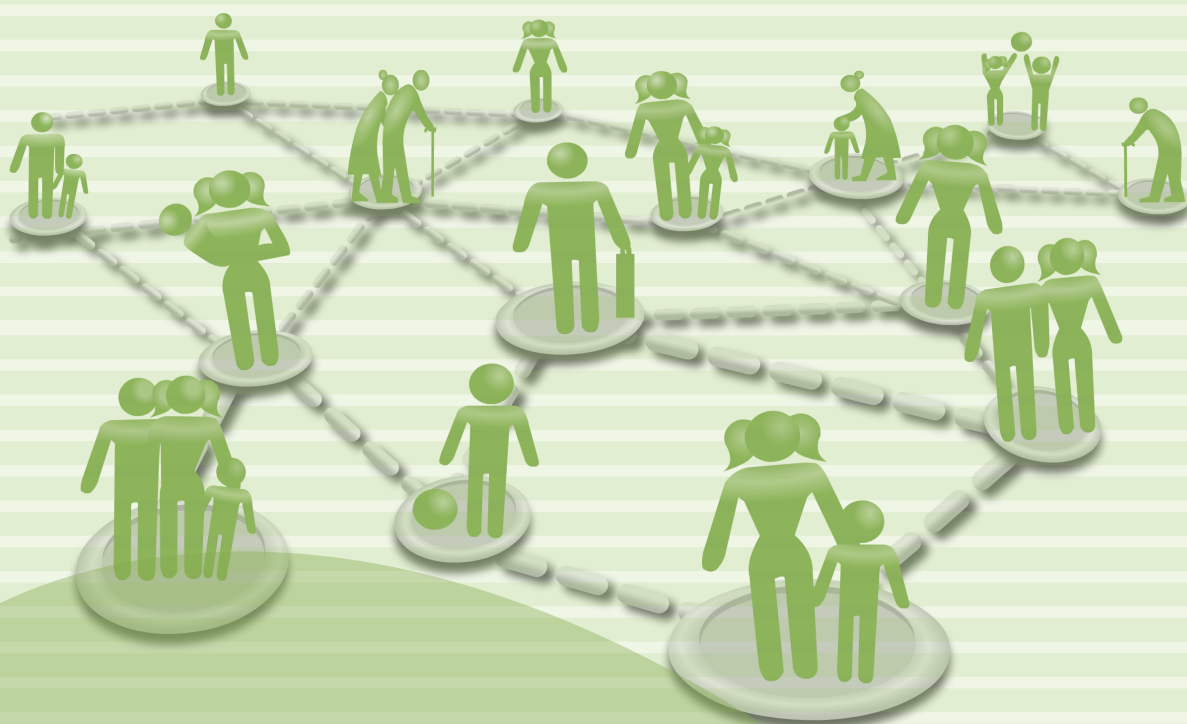


Especialização em

UnA-SUS

Saúde da Família

Modalidade a Distância



Eixo II - Assistência e Processo de Trabalho
na Estratégia Saúde da Família

Módulo 10: Saúde do Adolescente



SAÚDE DO ADOLESCENTE

MÓDULO 10

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável técnico pelo projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Alvaro Toubes Prata

Vice-Reitor Carlos Alberto Justo da Silva

Pró-Reitora de Pós-graduação Maria Lúcia de Barros Camargo

Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão Débora Peres Menezes

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Walter Ferreira de Oliveira

Subchefe do Departamento Jane Maria de Souza Philippi

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenador Geral do Projeto Carlos Alberto Justo da Silva

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Fátima Büchele

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

Juliana Regina Destro

AUTORES

Flávia Regina Souza Ramos

Ivone Teresinha Schülter Buss Heidemann

Jane Cardoso

REVISOR

Sérgio Fernando Torres de Freitas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SAÚDE DO ADOLESCENTE

Eixo II

Assistência e Processo de Trabalho na
Estratégia Saúde da Família

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010

@ 2010. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588s Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância.

Saúde do adolescente [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Ivonete Terezinha Schülter Buss Heidemann; Jane Cardoso. – Florianópolis, 2010.

104 p. (Eixo 2 - Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família)

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo: O adolescente na atenção primária - Corpo e sexualidade – Violência contra o adolescente no Brasil contemporâneo.

ISBN: 978-85-61682-50-7

1. Saúde do adolescente. 2. Atenção à saúde. 3. Atenção primária. 4. Sexualidade. 5. Violência. I. UFSC. II. Heidemann, Ivonete Terezinha Schülter Buss. III. Cardoso, Jane. IV. Título. V. Série.

CDU: 618.1-053.2

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Márcia Melo Bortolato, Giovana Schuelter

Revisão Textual Ana Lúcia P. do Amaral

Revisão para Impressão Flávia Goulart

Design Gráfico Felipe Augusto Franke, Natália de Gouvêa Silva

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Revisão Geral Eliane Maria Stuart Garcez

Assistente de Revisão Carolina Carvalho, Thays Berger Conceição

SUMÁRIO

UNIDADE 1 O ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	13
1.1 Situação de saúde dos adolescentes.....	13
1.2 O Papel da Equipe de Saúde e Qualidade da Atenção: Promovendo a Saúde do Adolescente/Métodos e Atividades Educativas com o Adolescente	16
1.2.1 A atuação da Equipe de Trabalho na Saúde do Adolescente ...	16
1.2.2 Promoção da Saúde e Protagonismo Juvenil	22
1.2.3 Métodos e Atividades Educativas com o Adolescente	24
REFERÊNCIAS.....	26
UNIDADE 2 CORPO E SEXUALIDADE.....	29
2.1 Crescimento e Desenvolvimento Biopsicossocial.....	30
2.2 Sexualidade e Saúde Reprodutiva: Conceitos.....	31
2.2.1 A Sexualidade e o Papel do Profissional de Saúde	33
2.2.2 Comportamento Sexual na Adolescência e Construção da Identidade	40
2.2.3 Saúde Reprodutiva: Anticoncepção, Contracepção de Emergência, Prescrição de Anticoncepcional e Ética	43
2.2.4 Violência Sexual	44
2.3. Gravidez na Adolescência	48
2.3.1 Assistência e Diagnóstico	51
2.3.2 Aborto.....	52
2.3.3 Pré-Natal	53
2.3.4 Parto	55
2.3.5 Puerpério	56
2.4 Promoção, Prevenção e Tratamento de DSTs/AIDS	57
2.4.1 Úlceras Genitais	58
2.4.2 Sífilis.....	59
2.4.3 Cancro Mole.....	62
2.4.4 Gonorreia	64
2.4.5 Donovanose	64
2.4.6 Linfogranuloma Venéreo.....	65
2.4.7 Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV)	66
2.5 Alimentação Saudável e Distúrbios Alimentares.....	67
2.5.1 O culto ao corpo e os distúrbios alimentares.....	70
2.6 Imunização e adolescência	72
2.7 Afecções Dermatológicas Comuns na Adolescência.....	76
REFERÊNCIA	79

UNIDADE 3 VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTE NO	
BRASIL CONTEMPORÂNEO.....	83
3.1 Promoção, Prevenção e Atenção à Saúde dos Adolescentes	
Relacionados ao Álcool e às Drogas	84
3.1.1 O Uso e o Abuso de Substâncias Psicoativas	85
3.1.2 Tipos de Drogas.....	87
3.1.3 Consequências do Consumo de Drogas	88
3.1.4 Tratamento	88
3.1.5 Prevenção do Uso de Drogas.....	89
3.2 Acidentes na Adolescência	93
3.3 Arcabouço legal e políticas públicas para a adolescência	96
REFERÊNCIAS.....	100
AUTORES.....	102

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Neste módulo você vai aprender sobre a importância de implementações da Saúde da Família, um atendimento específico, direcionado ao adolescente.

A Estratégia Saúde da Família tem o objetivo de reorganizar as práticas e os serviços de saúde na direção da consolidação do SUS. Neste sentido, discutir sobre Saúde do Adolescente com profissionais componentes Equipe Saúde da Família, que visem principalmente a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação, torna-se imprescindível.

Cuidar da saúde na adolescência incorpora a tendência de se trabalhar de acordo com as especificidades do ser humano, o que inclui características de cada faixa etária. Quem trabalha com o adolescente, deve estar apto a atender um sujeito que se encontra em pleno processo de transformação, um desafio tanto para o profissional quanto para o serviço de saúde. Esta situação torna-se mais complexa por conta da defasagem ainda existente nos processos de formação.

Os adolescentes formam um grupo heterogêneo, que exige uma ação efetiva e uma política de atenção que leve em conta as diferenças existentes nesta população. A partir disto, deve-se pensar em ações de saúde que busquem a promoção e a prevenção, ampliando o conhecimento e as opções de cuidado à saúde do adolescente, incluindo a adoção de estilo saudável ao longo da vida.

A atenção ao adolescente deve ter como premissa uma reflexão sobre a liberdade. O esforço atual deve se concretizar na relação horizontal entre profissionais de saúde e o ser humano/adolescente, ou seja, com a participação de todos os envolvidos no processo. Para tanto, é necessário que existam serviços de saúde que promovam a melhoria na saúde do adolescente. Isto significa articular, no cotidiano do trabalho profissional, o enfoque da promoção da saúde do adolescente às diferentes ações que se desenvolvem sob a base da saúde da família, da vigilância à saúde, da clínica ampliada e da própria defesa da vida.

EMENTA

Adolescente na atenção primária. Crescimento e Desenvolvimento; saúde sexual e reprodutiva do adolescente. Alimentação saudável e distúrbios alimentares. Violência contra o adolescente no Brasil; álcool e drogas e legislação que assegura seus direitos.

OBJETIVO

- a) Reconhecer a situação de saúde do adolescente e a importância do cuidado e da atenção referente à sua saúde;
- b) Compreender a complexidade e o potencial da atenção ao adolescente na atenção primária;
- c) Explorar o reconhecimento das características físicas e emocionais do crescimento e desenvolvimento do adolescente;
- d) Identificar o arcabouço legal e as bases das políticas públicas para a adolescência;
- e) Discutir alguns agravos e riscos à saúde da população adolescente.

Carga horária: 30 horas.

UNIDADES DE CONTEÚDO:

Unidade 1: Unidade 1 – O adolescente na atenção primária

Unidade 2: Corpo e sexualidade

Unidade 3: Violência contra adolescente no Brasil contemporâneo

PALAVRA DO PROFESSOR

Seja bem-vindo(a) a este módulo!

Através do conteúdo trabalhado, aqui, você vai construir conhecimentos importantes para a sua prática profissional.

Esteja atento a cada assunto explorado e esforce-se para que seu processo de aprendizagem faça sentido no seu dia a dia. O módulo aborda conteúdos relacionados à Atenção à Saúde do Adolescente. Vai apresentar novas temáticas focando questões relevantes para o cuidado e a promoção da saúde específica para esta população.

Iniciaremos com os pressupostos teóricos e conceituais da temática adolescente. O conceito, faixa etária compreendida, dados estatísticos, noções de promoção, prevenção e recuperação no cuidado à saúde e riscos associados ao crescimento e desenvolvimento do adolescente.

Na sequência serão apresentados aspectos relacionados às transformações do corpo e da sexualidade, oriundas deste processo de desenvolvimento do adolescente. São apontados os dados e fatores que contribuem para a violência desta população no Brasil, problemas relacionados ao álcool e às drogas, bem como as legislações que asseguram os seus direitos e políticas setoriais do governo referentes à área de saúde.

Para finalizar, são apontados os acidentes na adolescência. Desejamos que esta organização de conteúdos (curriculares) possa qualificá-lo a prática específica do atendimento ao adolescente.

Bons estudos!

Flávia Regina Souza Ramos
Ivone Telesinha Schülter Buss Heidemann
Jane Cardoso

UNIDADE 1

MÓDULO 10

1 O ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Na unidade 1 veremos as necessidades e a complexidade que envolve o cuidado com o adolescente na atenção primária, o papel da equipe de saúde e a qualidade da atenção. Trataremos, ainda, da promoção da saúde do adolescente com o apoio de métodos e atividades educativas.

Os objetivos específicos desta unidade são:

- a) conhecer dados sobre a situação de saúde dos adolescentes;
- b) entender a complexidade da atenção a saúde do adolescente e o papel da equipe;
- c) refletir sobre a promoção da saúde do adolescente e o potencial das estratégias e atividades educativas.

1.1 Situação de saúde dos adolescentes

No final da década de 1980 e início de 1990 presenciamos, na América Latina, um movimento de maior visibilidade no campo da Saúde Pública, no sentido de implantar ações de saúde voltadas ao adolescente. Para compreender a Saúde Integral do adolescente, é importante entender a adolescência, a partir das políticas públicas de saúde, o que nos permite ter a ideia da complexidade do tema, levando em consideração a juventude como fenômeno existencial, o que afeta a cada um de nós.

Em 21 de dezembro de 1989, por meio da portaria nº. 980/GM (BRASIL, 1989), o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que se fundamentou numa política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantida pela Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 2008). O PROSAD foi substituído pela Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ).

É importante, neste momento compreendermos quem são os adolescentes e como podemos caracterizá-los. Para o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) de 1990, artigo 2º. (BRASIL, 1990, p. 25), “considera-se criança, para os efeitos dessa Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade.”

Para a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde (Brasil, 1999, p. 7): “Os adolescentes são aqueles indivíduos de 10 a 14 anos, os jovens adolescentes os de 15 a 19 anos e os jovens adultos os de 20 a 24 anos [...]” A adolescência é considerada uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta, tendo como base as transformações puberais, de caráter biológico, que, por sua vez, desencadeariam mudanças psicológicas e sociais, até atingir a maturidade.

O Brasil tem atualmente uma população de 181.586.030 milhões de cidadãos e cidadãs. Destes 54 milhões com idades entre 10 e 24 anos, são adolescentes.

Na estratificação por faixa etária temos os seguintes indicadores:

10 a 14 anos: 19.343.411 milhões de adolescentes, representando 49,15% da população. 15 a 19 anos: 20.012.963 milhões de adolescentes, correspondendo a 50,85% da população geral, representando uma parcela importante da população exposta a riscos e relações de vulnerabilidade de caráter estrutural a serem superadas de forma premente (TOCATINS, 2009). Em Santa Catarina, o Censo do IBGE de 2000 revelava pouco mais de 1 milhão de adolescentes entre 10 e 19 anos. Nesta faixa etária, a taxa de alfabetização era de 93,9% no Brasil e de 98,6% no estado de SC.

Os indicadores sociais de adolescência no país ainda são ruins, principalmente na Região Nordeste, onde 66,7% das crianças, dos adolescentes e dos jovens ainda vivem em situação de pobreza. A constatação é da Síntese de Indicadores Sociais, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O estudo indica que, para o total do país, um grande contingente das crianças e dos adolescentes de até 17 anos (44,7%) vivia, em 2008, em situação de pobreza. Além disso, a frequência escolar dos adolescentes de 15 a 17 anos era de 78,4% nas famílias do primeiro quinto de rendimento (as 20% mais pobres) e de 93,7% nas famílias do último quinto (as 20% mais ricas), de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PORTAL ECO DEBATE, 2010).

Podemos comparar alguns dados de morbimortalidade do Brasil e de Santa Catarina. Vejamos:

Quanto aos óbitos (faixa etária de 10 a 19 anos), é reconhecida a importância das causas externas. Veja quem, entre as causas

externas, no Brasil em 2008, se destacam os homicídios, enquanto que no estado, os acidentes de transporte, embora as três causas apontadas sejam relevantes (Tabela 1):

Tabela 1: Causas de mortalidade no Brasil e em Santa Catarina.

BRASIL (16.026 ÓBITOS)	SANTA CATARINA (448 ÓBITOS)
Homicídios 7941 (49,5%)	Homicídios (27,6%)
Acidentes de transporte (25,2%)	Acidentes de transporte (45,9%)
Suicídio 711 (4,4%)	Suicídio (6,4%)

Fonte: Brasil, 2010.

Outro aspecto a salientar é que, nos óbitos por causas externas em SC (2009), 85,9% do sexo masculino e 14,1 do sexo feminino. Este dado é semelhante ao da realidade brasileira.

Quanto a diagnósticos de Aids no Brasil, segundo região, nos últimos 10 anos (2000 a 2009), a faixa etária de 10 a 19 anos apresentou um total de 7.074 casos, sendo 472 na região Norte; 494 na região Centro Oeste 939; na região Nordeste; 1.779 na região Sul; e 3.390 na região Sudeste. Neste mesmo período, Santa Catarina exibiu 392 novos diagnósticos na faixa etária (37,2% homens e 62,8% mulheres).

É comum referências à população jovem como aquela que menos adoece ou procura os serviços de saúde. No entanto, é importante refletir sobre a morbidade e as causas de internação. As internações nessa faixa etária correspondem a aproximadamente 11% do total das internações no Brasil. Veja, no quadro abaixo, as semelhanças e as diferença dos dados do Brasil e de Santa Catarina, em 2009 (Figura 2).

Tabela 2: Causas de internação no Brasil e em SC, faixa etária de 10 a 19 anos.

CAUSAS DE INTERNAÇÕES	BRASIL 1.227.089 INTERNAÇÕES	SANTA CATARINA 38.793 INTERNAÇÕES
Gravidez parto e puerpério	572.805 (46,6)	15.061 (38,8%)
Lesões, envenenamentos e outras conseq. causas externas	124.090	5.475(14,1%)
Doenças do aparelho respiratório	109.615 (8,9)	3.786 (9,7%)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	90.365 (7,3%)	3.231(8,3%)
Doenças do aparelho digestivo	76.530 (6,2%)	2.335 (6%)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	70.520 (5,7%)	1.939 (4,9%)
Neoplasias (tumores)	27.286 (2,2%)	1.118 (2,8%)

Fonte: Brasil, 2010.

Atualmente, profissionais de diversas áreas, principalmente da saúde, juntamente com os pais, têm uma preocupação com o adolecer da população e, por isso, devem buscar esforço conjunto e desenvolver

projetos com a finalidade de proporcionar aos adolescentes uma transição saudável da infância à idade adulta. Esta ação faz parte da atenção que deve ser dedicada à esta fase da vida que exige um cuidado qualificado, atento às suas necessidades específicas e vulnerabilidades.

1.2 O Papel da Equipe de Saúde e Qualidade da Atenção: Promovendo a Saúde do Adolescente/Métodos e Atividades Educativas com o Adolescente

Veremos agora alguns elementos fundamentais a serem considerados pela Equipe Saúde da Família para organizar o seu trabalho e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde dos adolescentes, estabelecendo estratégias de enfrentamento das vulnerabilidades e dos riscos enfrentados por esta população. Compreenderemos que a educação permanente da equipe é indispensável na busca do desenvolvimento das relações, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada. Que ações de prevenção e de promoção de saúde têm por objetivo estimular o potencial criativo e resolutivo dos adolescentes, incentivando a participação e o protagonismo juvenil para o desenvolvimento de projetos de vida e comportamentos que priorizem o autocuidado em saúde. Estudaremos também os métodos e as atividades educativas com o adolescente, entendendo a importância de envolver a escola nestas ações. Portanto, analisaremos questões de grande relevância para sua ação profissional diária. Leia com atenção e discuta com sua equipe como estão se desenvolvendo as ações voltadas para a referida população e que outras formas estratégicas podem ser eficazes.

1.2.1 A atuação da Equipe de Trabalho na Saúde do Adolescente

É comum os profissionais se referirem a dificuldades de se trabalhar com jovens e adolescentes, mas pouco se pensa a cerca do quanto tais barreiras foram assimiladas sem a devida reflexão e conhecimento sobre a real situação destes sujeitos. O que precisamos saber para melhor estarmos preparados a oferecer uma atenção qualificada?

Precisamos, por exemplo, conhecer a respeito das características específicas desta faixa etária, mas nunca desconhecer as influências do ambiente social e cultural. O crescimento que marca esta fase é conhecido pelo desenvolvimento do corpo e da mente, que inclui a maturação sexual, as capacidades de pensamento crítico, autoconhecimento, maior independência emocional e, também, novas responsabilidades com relação a si mesmo e seu entorno familiar e social. Ou seja, o crescimento deve também ser considerado do ponto de vista das experiências, das relações sociais e da construção da identidade, entre outros.

Esta fase do amadurecimento é vivida por tensões e alguns descompassos entre expectativas familiares, grupais e comportamentos individuais. Instituições comunitárias e religiosas atuam, assim como a família e o próprio sistema legal e político, sobre as escolhas, as alternativas e as chances de um amadurecimento saudável. A mídia, a informação massiva e a indústria do entretenimento também têm papel importante, na medida em que a busca incessante pelo prazer e o estímulo das fantasias dos jogos eletrônicos, dos filmes e das propagandas participam no desenvolvimento dos adolescentes hoje.

Assim, as dificuldades observadas na vida atual dos adultos agravam os sentimentos de inferioridade e inadequação, visto que a cada dia aumentam as pressões para ser bem sucedido e mais difícil se torna atender ao modelo culturalmente imposto pela mídia. O acesso adequado a informações e a valores básicos, assim como a autoestima e a capacidade de se relacionar com diferentes pessoas, demandas e sentimentos, ajudam nas decisões e caminhos que definirão os projetos de vida de tais jovens. Este acesso é significativamente prejudicado pela privação de condições de vida digna.

Além disso, precisamos considerar, como maior exposição aos riscos, tanto aquelas provocadas por uma constante curiosidade e desejo de experimentação do novo e de testar seus limites, como aquelas involuntárias e definidas pelo entorno e condições em que vive.

Poderíamos levantar inúmeras situações que produzem maior vulnerabilidade e risco, e sobre as quais costumamos nos referir como problemas da adolescência. De fato, são situações geradoras de grandes problemas vividos pelos adolescentes, como os relacionados:

- a) às condições socioeconômicas;
- b) ao uso e ao abuso de substâncias lícitas e ilícitas;
- c) às mudanças da sexualidade e ao início da vida sexual;
- d) às doenças sexualmente transmissíveis;
- e) à gravidez precoce não planejada;
- f) à vida escolar e à profissionalização;
- g) à depressão e os distúrbios alimentares;
- h) acidentes e diversas formas de violência;
- i) à exploração do trabalho.

Por isso, é importante desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde dos adolescentes para estabelecer estratégias aos riscos que essa diversidade de problemas enfrentados por tal população acarreta!

Para Grossman; Ruzany; Taquette (2008), o atendimento por equipe concentra-se no problema, evitando-se visões fragmentadas, apenas de cada especialidade e/ou disciplina. Essa atuação, mesmo com uma boa interação entre os componentes da equipe, é realizada de forma independente, às vezes em diferentes locais.

Na atuação em equipe multidisciplinar, o conjunto de profissionais de diferentes disciplinas interage para prestar atendimento ao cliente. Essa integração é feita através de discussões conjuntas, onde as decisões são compartilhadas e tomadas dentro das diferentes perspectivas, resultando em uma proposta terapêutica mais eficaz. Estudar e decidir em conjunto sobre a conduta de um caso propicia a avaliação com diversos olhares e possibilita a visão integral do indivíduo, valorizando suas particularidades.

Mas, depois de tudo que estamos falando, sempre fica a dúvida sobre o quê e como fazer. Como contribuir para a atenção integral à saúde do adolescente, de acordo com as especificidades e vulnerabilidades por faixa etária e diferenças locais?

Um bom início é indicado por Mandú e Paiva (2001, p.13):

- a) reconhecimento do perfil socioepidemiológico populacional ou, mais especificamente, do(s) grupo(s) adolescente(s) da sua área de abrangência;
- b) envolvimento profissional e comunitário, extensivo aos adolescentes, na definição participativa das necessidades e prioridades de atenção a serem consideradas.

Então, podemos começar a pensar em alguns exemplos de medidas diretas para a atenção à saúde, sempre lembrando que o planejamento local é que determinará as escolhas e as estratégias a serem detalhadas. Veja alguns exemplos:

- a) acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento dos adolescentes de 10 a 19 anos de idade, atentando para as possíveis alterações e suas reais necessidades;

- b) promoção e aumento da cobertura vacinal dos adolescentes, especialmente voltada para anti-hepatite B, sarampo/rubeola e tétano;
- c) avaliação do estado nutricional, prevenção da ocorrência de distúrbios nutricionais; orientação nutricional;
- d) diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde;
- e) identificação precoce de fatores de risco individuais e grupais;
- f) avaliação e orientação da saúde bucal;
- g) estímulo à formação de equipes multiprofissionais nas unidades de saúde;
- h) encaminhamento, se necessário, para serviços de especialidades, de acordo com o fluxo de referência e contrarreferência;
- i) desenvolvimento de ações específicas que visem facilitar a aproximação e a adesão de adolescentes em situação de rua;
- j) busca da criação de vínculo entre o adolescente e o profissional.

Muitas outras possíveis ações poderiam ser lembradas, mas para cada uma permaneceria o desafio de construir a prática concreta. Então, que tal fazer um exercício de aprofundamento e operacionalização? Podemos aproveitar o que propõem Mandú e Paiva (2001, p.132). Para as autoras, é preciso:

- a) reconhecer vulnerabilidades sociais, institucionais e subjetivas, trabalhando com elas no âmbito individual;
- b) avaliar processos orgânicos e psicoemocionais, identificando possíveis alterações;
- c) adotar medidas assistenciais clínico-educativas, no âmbito individual;
- d) articular os apoios mais amplos necessários.

Porém o que investigar ou que elementos devem ser abordados? Veja o que elas sugerem (aqui você tem um guia literal, mostrando outros tantos a serem elaborados por sua equipe, a partir da prática profissional de que dispõem) (Mandú e Paiva, 2001, p.133-134):

- a) **Processos sociais vividos e possíveis riscos:** explorar elementos à caracterização das condições de vida, ambiente e interações familiares, inserção e rendimento escolar, inserção e ambiente grupal, práticas de lazer; trabalho (condições e realização pessoal); situações de estresse enfrentadas; expectativas em relação ao futuro e a projetos de vida.
- b) **Comportamentos e valores nas esferas da sexualidade e reprodução:** explorar valores e comportamentos que tornam o adolescente mais vulnerável a problemas de saúde (como prostituição, preconceitos, estereótipos, tabus, repressões, medos e dúvidas quanto ao exercício da sexualidade ou possível maternidade/paternidade); necessidades em torno do exercício da sexualidade, incluindo trocas afetivas; uso ou recusa do preservativo em relações sexuais; valores e possíveis tabus e experiências negativas em torno de práticas de masturbação, ejaculação, menstruação, namoro, iniciação sexual, relação sexual, homossexualidade/bissexualidade; história pregressa de gravidez indesejada, abortos forçados e prostituição.
- c) **Autoimagem e aceitação corporal:** através do diálogo, identificar características da autoestima, valores que o adolescente tem sobre si, imagens idealizadas, aceitação, preocupações e distúrbios relativos à imagem corporal.
- d) **Processos psicoemocionais:** explorar características dos processos relacionais em família, na escola, no trabalho, com os pares; comportamentos sugestivos de depressão; processos de ansiedade; ideias suicidas; declínio e perda de interesse em atividades que realiza; possíveis vivências pregressas e atuais de processos de violência intra e extrafamiliar (física, psicológica, sexual, negligências); aprovação/reprovação, informações e acesso a substâncias psicoativas; uso, abuso ou dependência destas.
- e) **Capacidade de negociação do adolescente:** reconhecer, através do diálogo, a capacidade do adolescente de negociar elementos interacionais, em prol de trocas sexuais prazerosas e enriquecedoras, da autoproteção e responsabilização na esfera sexual, da autoproteção das DST, aids e gravidez indesejada; a capacidade de enfrentamento de adversidades.
- f) **Anticoncepção:** explorar valores e adesão a métodos utilizados/ possíveis de serem utilizados, em casos de vida sexual ativa ou pretensa iniciação sexual; uso associado de anticoncepção e proteção das DST e aids (preservativos).

- g) **Padrão alimentar:** investigar valores, hábitos e características familiares e pessoais de alimentação, acesso a alimentos, alterações como obesidade, bulimia, anorexia e preocupações em torno da imagem e do peso.
- h) **História familiar de doenças:** levantar situações de hipertensão, doença cardiovascular, hipercolesterolemia, diabetes, obesidade, saúde mental e outros.
- i) **Atividade física e habilidades:** investigar sedentarismo, atividade física/esportiva e habilidades culturais e artísticas.
- j) **Alterações sistêmicas:** explorar a qualidade do funcionamento dos sistemas corporais.
- k) **Acuidade visual e auditiva:** questionar sobre a qualidade desses dois processos e possíveis dificuldades escolares associadas.
- l) **Calendário vacinal:** solicitar cartão de vacinas e investigar imunização realizada na infância e na adolescência.
- m) **O que observar de modo específico?** - Posturas e reações do adolescente através de seu processo de comunicação corporal, identificando possíveis medos, ansiedades, reações à consulta, processos significativos não explícitos verbalmente e que podem estar relacionados à sua ida ao serviço ou a problemas enfrentados.

Como você pode perceber, a clínica ampliada é um instrumento que ajuda a detecção e abordagem de questões que serão trabalhadas dentro e fora da própria prática clínica. Os objetivos da promoção da saúde poderão estar sempre presentes e aliados à medidas de tratamento e ação focal.

Este é o momento de você e sua equipe discutirem as percepções, dificuldades e potencialidades que observam, no serviço, na comunidade e nos próprios profissionais, para o desenvolvimento de um papel mais ativo na qualidade da atenção à saúde do adolescente em sua Unidade. O que sabe sobre os adolescentes de sua área de abrangência? Onde estão tais informações? Quem são as lideranças e atores sociais acessíveis?

E lembre-se, no caso de levantar deficiências no preparo da equipe, que a educação permanente é um direito e um dever dos trabalhadores.

É importante que o profissional que atende adolescentes e jovens adquira uma série de competências que possibilite a realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação.

A educação permanente deve sempre ocorrer, pois ela permite o domínio de conhecimentos e habilidades técnicas, transformando-os em prática profissional e em qualidade do serviço. A educação continuada também deve acontecer por meio de reuniões da equipe na busca do desenvolvimento das relações, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada.

1.2.2 Promoção da Saúde e Protagonismo Juvenil

As ações de prevenção e de promoção de saúde têm por objetivo estimular o potencial criativo e resolutivo dos adolescentes, incentivando a participação e o protagonismo juvenil para o desenvolvimento de projetos de vida e comportamentos que priorizem o autocuidado em saúde. Este enfoque facilita a abordagem de diversos problemas, como atividade sexual precoce, pressão do grupo, uso de drogas, prevenção de acidentes, violência urbana, escolha profissional, entre outros.

Os avanços produzidos pelo SUS ainda precisam alcançar a população jovem com maior efetividade. Enquanto os adolescentes continuarem a ser atendidos no “fluxo” geral dos serviços, sem uma atenção diferenciada e resolutiva, precisaremos repensar nossas práticas. Repensar exige não desconsiderar as necessidades particulares dos adolescentes, escondidas sob o mito de que estes não adoecem e não procuram pelos serviços de saúde.

A promoção da saúde viabiliza intervenções que possibilitam ao jovem adquirir competência e segurança na autogestão de sua vida.

Para a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), citado por Meirelhes e Ruzany (2008), o Programa de Saúde do Adolescente vem procurando atuar de forma preventiva e incentivando atividades de promoção de saúde. Porém, existem assuntos polêmicos, principalmente em questões ligadas à sexualidade, que dificultam a divulgação de informações que poderiam favorecer a adoção de práticas saudáveis de vida. Além disso, os profissionais de saúde não encaram como sua a tarefa de participar na formação dos jovens, limitando-se ao atendimento de acordo com sua área de competência técnica.

Para Crivelaro (2005, p. 1), a promoção da saúde tornou-se uma vertente de atuação que objetiva a adoção de hábitos e estilos de vida favoráveis à saúde individual e coletiva e “a inter-relação saudável das pessoas com seus ambientes pessoais, quer domiciliar, de trabalho e de lazer”.

Para a concretização destes objetivos, no entanto, a essência das ações de Promoção da Saúde, assim como dos outros dois setores, deve ser a garantia irrestrita de acesso à saúde, em todos os níveis. Meirelhes e Ruzany (2008) enfatizam os adolescentes e jovens como um grupo chave para qualquer processo de transformação social. Ressaltam que a sua criticidade, criatividade, inovação e participação possibilitam mudanças na sociedade. Costa (2000) afirma que o paradigma que norteia a ação do “Protagonismo Juvenil” fundamenta-se num modelo de relação pedagógica, pautada na solidariedade entre os adultos e os mais jovens. Esta relação democrática entre educadores (profissionais) e educandos (jovens), permite que o jovem aprenda a pensar e a agir, e diante da complexa realidade políticosocial, adquira melhores condições para decidir de forma autônoma, madura e responsável.

A participação do jovem adolescente é a condição indispensável para fazer acontecer o protagonismo juvenil. Buscar a participação e emancipação dos jovens para o seu cuidado deve ser um desafio de todos os profissionais de saúde. A juventude atual mantém outra relação com o mundo, com os grupos sociais, com a mídia, com as relações de trabalho e com a vida dos adultos. Portanto, estimular a participação social dos jovens exige a adoção de metodologias e estratégias participativas, dialógicas que motivem a inserção destas pessoas. A participação do adolescente e do jovem é importante e deve contribuir nas decisões da família e da comunidade.

É na interação e na participação do adolescente no núcleo familiar e nos meios sociais em que vive que vai ocorrer o desenvolvimento de suas competências pessoais e interpessoais, aprendendo a relacionar-se com o outro, a partilhar e a resolver conflitos. É importante dar ao adolescente a oportunidade de tomar parte ativa no seu desenvolvimento, de forma que suas atitudes promovam a autonomia e a responsabilidade na promoção da sua própria saúde.

1.2.3 Métodos e Atividades Educativas com o Adolescente

O conceito de educação em saúde ancora-se no de Promoção da Saúde, que trata de processos que abrangem a participação, em especial do adolescente, no contexto da sua vida cotidiana e não apenas as pessoas sob risco de adoecer. No entanto, a educação em saúde ainda enfatiza a prevenção de doenças e continua sendo vista, no terreno da saúde pública e da promoção da saúde, de uma forma individualista. Esta abordagem representa a saúde predominantemente como uma questão de responsabilidade pessoal e uma indicação do “bom” uso da autonomia individual. Desta forma, quando se aborda os trabalhos de Educação em Saúde com os adolescentes, quer seja as palestras, dinâmicas de grupos ou atividades que priorizem as ações preventivas em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis e à Aids, à gravidez precoce e não planejada, ao uso e/ou abuso de substâncias lícitas e ilícitas, à saúde mental é importante valorizar as demandas do grupo, a partir da sua realidade.

Os profissionais de saúde, quando buscam desenvolver trabalhos educativos devem procurar envolver a escola. Pois, quando se fala de atenção integral e multidisciplinar é importante a participação das escolas e dos educadores, estabelecendo uma parceria entre as áreas saúde e educação, principalmente nos programas envolvendo educação sexual, saúde sexual e reprodutiva e prevenção do abuso de substâncias e de violência.

É muito importante que a escola não se limite apenas em oferecer material informativo ao adolescente, mas que possa criar espaços de reflexão que favoreçam o jovem a pensar, por exemplo, em suas opções profissionais, promovendo o debate entre colegas. Como sabemos, o adolescente funciona muito bem em grupo e os colegas podem oferecer parâmetros importantes para que ele se perceba e verifique seu grau de maturidade e de mobilização diante de suas escolhas: se já tem uma percepção correta do que as profissões que ele considera oferecem, se ele fica mais ou menos mobilizado para a escolha de seus colegas, como cada adolescente lida com o planejamento de seu futuro, como consegue compartilhar suas angústias com os demais, entre outras.

A seguir, estão indicadas algumas ações educativas e de promoção do protagonismo e do viver saudável. Elas são norteadoras desta prática no dia a dia profissional. Acompanhe!

- a) realização de atividades em grupos: desenvolvimento da capacidade de ouvir, de falar e de comunicar-se através de dinâmicas ou rodas de conversa;
- b) estímulo à participação juvenil para a promoção da saúde, com vistas ao desenvolvimento da autoestima, sociabilidade e autoconfiança;
- c) incentivo à participação em atividades esportivas, culturais, de lazer, bem como em grupos organizados na comunidade;
- d) comunicação, de forma clara, objetiva e ética, respeitando a cultura e os aspectos sociais presentes na comunidade do adolescente;
- e) proposição de atividades educativas participativas que: - valorizem a fala do adolescente, bem como respeitem seu silêncio, com escuta atenta do profissional; - oportunizem metodologias dialógicas (não meramente informativa, pontuais ou monótonas), em grupos que compartilham vivências e realidades locais (evitando grandes grupos, sem associação) e com linguagem adequada; - foquem em interesses, problemas e objetivos e não aspectos individuais, sujeitos a exposições e constrangimentos.



Saiba Mais

Consulte as publicações disponíveis, nos seguintes endereços eletrônicos, sobre promoção da saúde do adolescente:

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de Adolescentes e Jovens.

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=241. Acesso em: 14 jun. 2010.

IBGE. Teen. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/index.htm>. Acesso em: 16 fev. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade estudamos sobre o cuidado com o adolescente na atenção primária, sobre o papel da equipe de saúde e sobre a qualidade da atenção. Compreendemos, ainda, que é possível promover o adolescente e sua saúde através de métodos e atividades educativas.

Continue atento e faça correlações deste conteúdo com seu dia a dia profissional!

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 41. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 980, 21 de dezembro de 1989. Define objetivos, diretrizes e estratégias para o programa saúde do adolescente - PROSAD (ementa elaborada pelo CD/MS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. Sistema de informação sobre mortalidade. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>> Acesso em: 10 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. Sistema de informação de agravos de notificação. Brasil, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, de 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 11 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira**: construindo uma agenda nacional. Brasília, 1999. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_juventude.pdf>. Acesso: 15 jan. 2010.

COSTA, A. C. G. da. **Protagonismo juvenil**: adolescência, educação e participação democrática. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.

CORTEZ, H. Síntese de indicadores sociais, IBGE: 66,7% das crianças e adolescentes do nordeste vivem em situação de pobreza. **Portal EcoDebate**: Cidadania e Meio Ambiente. Disponível em: <<http://www.ecodebate.com.br/2009/10/10/sintese-de-indicadores-sociais-ibge-667-das-criancas-e-adolescentes-do-nordeste-vivem-em-situacao-de-pobreza/>>. Acesso em: 21 mar. 2010.

CRIVELARO, R. A nova era da promoção da saúde para o Jovem: integração e horizontalidade. In: **SOCIALTEC**: o fórum de marketing social do Brasil. 2005. Disponível: <http://www.socialtec.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17:anova-era-da-promocao-da-saude-para-o-jovem-integracao-e-horizontalidade&catid=6:infancia-e-juventude&Itemid=2>. Acesso em: 17 jan. 2010.

GROSSMAN, E.; RUZANY, M. H.; TAQUETTE, S. R. A consulta do adolescente e jovem. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, 2008.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974.

MANDÚ, E.N.; PAIVA, M.. Consulta de Enfermagem e adolescentes. In.: RAMOS, F. (org) **Adolescer – compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn, 2001.

MEIRELLES, Z. V.; RUZANY, M. H. Promoção de saúde e protagonismo juvenil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, 2008. Disponível em:

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: Secretaria de Saúde. 2006. Disponível em: <http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/saude_adolescente.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2010.

SIGERIST, H. E. **The university at the crossroads**. New York: Henry Schumann Publishers, 1946.

TOCATINS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção Primária. **Área técnica saúde do adolescente: dados da população-indicadores**. 2009. Disponível em: <http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/adolescente_indicadores.php?obj=adolescente & status=abre>. Acesso em: 16 jan. 2010.

WINSLOW, C. E. A. The untilled fields of public health. **Science**, v. 51, n. 1306, p.23-50, Jan. 1920.

UNIDADE 2

MÓDULO 10

2 CORPO E SEXUALIDADE

Na unidade 2 estudaremos o desenvolvimento biopsicosocial e a sexualidade do adolescente. Envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, aos sentimentos, ao prazer, ao exercício da liberdade e à saúde, a sexualidade é parte fundamental de todas as etapas da vida.

As mudanças físicas, psicológicas e emocionais iniciadas na puberdade também se manifestam na sexualidade e passam a ser uma das preocupações de pais, educadores e profissionais de saúde.

Situações de vulnerabilidade, de exposição à riscos e a ocorrência de alguns agravos à saúde dos adolescentes se relacionam a vivência da sexualidade. Daí que um dos focos de atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva tem sido a informação voltada para a proteção aos riscos. O preparo dos profissionais de saúde e educadores sobre estes temas facilitam a implementação de atividades educativas e o acesso dos adolescentes à informação e a serviços de saúde qualificados, que abordem suas questões de vida e saúde de forma integral, abrangendo componentes biológicos e questões importantes como afetividade, prazer e responsabilidade.

Os objetivos específicos desta unidade são:

- a) Reconhecer os aspectos físicos, psicológicos, emocionais e sociais que envolvem o crescimento e desenvolvimento do adolescente;
- b) Explorar a importância da alimentação saudável e de distúrbios alimentares, como a anorexia nervosa, bulimia nervosa, atividade física.
- c) Identificar especificidades da adolescência quanto à imunização;
- d) Compreender sobre sexualidade na adolescência e o papel do profissional de saúde nessa dimensão;
- e) Compreender o conceito e o contexto de saúde reprodutiva, em especial à gravidez na adolescência, à anticoncepção, à contracepção de emergência, à prescrição de anticoncepcional, à prevenção e tratamento de DSTs /AIDS;
- f) Relacionar as afecções dermatológicas comuns na adolescência e seu tratamento (acne vulgar ou juvenil, hiperidrose e bromidrose, estrias, lipodistrofia ginoide).

2.1 Crescimento e Desenvolvimento Biopsicossocial

A avaliação do crescimento deve sempre ser dinâmica e longitudinal, além de considerar a influência de fatores genéticos e ambientais.

Estirão puberal é a fase 1 rápida de crescimento característica da puberdade.

A aceleração do ganho ponderal ocorre com a aceleração do crescimento, seguidos de uma fase de desaceleração.

A puberdade caracteriza-se por uma fase de aceleração do crescimento, **estirão puberal**¹, seguida por desaceleração do crescimento esquelético e desenvolvimento muscular.

O crescimento ponderal deve ser longitudinal e contínuo usando curvas de crescimento e estágios de Tanner. Acompanhe a seguir, o quadro 3 relativo ao estirão de crescimento em meninos e meninas.

ESTIRÃO DO CRESCIMENTO	MENINAS	MENINOS
INÍCIO	9,7 anos	11,7 anos
PICO	11,5 anos	13,5 anos
VELOCIDADE	9 a 10,3 cm/ano	9 a 10,3 cm/ano
DESACELERAÇÃO	15 a 16 anos	17 a 18 anos

Quadro 3: Estirão do crescimento em meninos e meninas.

Fonte: Do autor.

Acompanhando o crescimento físico, a adolescência é marcada por intenso desenvolvimento biopsicossocial. Nesta etapa, de construção da individualidade e de autoconhecimento, são reconhecidos mecanismos de defesa e transformações psicológicas, sociais e corporais, conforme mencionados a seguir:

- aspecto psicológico:** Vivência do processo de luto ocasionado por grandes perdas (perda do corpo infantil, perda dos pais idealizados na infância, perda da identidade e do papel infantil). São constantes as flutuações de humor e de estado de espírito neste período, com contradições frequentes;
- aspecto cognitivo:** Caracteriza-se pela conquista do pensamento abstrato, o que facilita a inserção do adolescente no meio adulto e abre caminho para buscar seu desenvolvimento;
- aspecto social:** Há um progressivo afastamento dos pais e um deslocamento para o grupo de amigos. Tal tendência grupal é necessária para a construção da identidade e da independência familiar.

Podemos sintetizar as transformações da adolescência, de modo a visualizar a complexidade dos processos que a envolvem (Mandú, 2001, p.61).

- a) acentuado crescimento pondo-estatural e o surgimento de novas formas físicas e estéticas;
- b) transformações no funcionamento orgânico - sobretudo no sexual e reprodutivo;
- c) construção de novas relações intersubjetivas;
- d) manifestações peculiares de novos sentimentos, modos de pensar e de se comportar - refletindo novas identidades e inserções no mundo interno e externo à família.

A seguir, veremos como se expressam tais transformações no nível do desenvolvimento da sexualidade.

2.2 Sexualidade e Saúde Reprodutiva: Conceitos

Como você já percebeu, o conceito de adolescência é complexo e não se limita às transformações físicas, psicológicas e sociais, embora esta seja a compreensão mais comum. Pensar sobre este conceito remete a rever outras definições, especialmente se o foco é a sexualidade:

- 1) **Puberdade:** É definida como o conjunto de modificações biológicas.
- 2) **Genitalidade:** É a parte fisiológica relacionada aos órgãos genitais.
- 3) **Sexualidade:** Estrutura-se a partir de fatores físicos, psico-emocionais e sócio-culturais, englobando os componentes da identidade sexual e constituindo um dos elementos da personalidade.

O termo sexualidade foi criado no século XIX para representar um conjunto de valores e práticas corporais culturalmente legitimado na história da humanidade. Não deve ser limitado à atividade sexual e sua dimensão biológica, mas considerado em sua dimensão íntima e relacional, que integram as relações corporais e subjetivas com seus pares e com o mundo (HEILBORN, 1999).

- 4) **Identidade sexual:** identidade do indivíduo que se inicia na infância e é definida na adolescência. É formada por:
 - a) *Identidade de gênero:* convicção que se tem em relação ao sexo, independente do aspecto corporal;

- b) **Papel de gênero:** o que cada um aprendeu sobre as normas masculinas e femininas, de acordo com as normas sociais vigentes;
- c) **Orientação sexual:** preferência para o estabelecimento de vínculos eróticos, homo ou heterossexual. As alterações hormonais da puberdade intensificam as sensações sexuais sob o estímulo erótico e apelo externo, inicialmente com predomínio autoerótico, passando por fase de jogos sexuais, visando a experimentação, até iniciar relacionamento sexual com parceiro. Essas manifestações são normais e devem ser compreendidas pela família.

Freud, o “pai” da psicanálise, elaborou uma teoria sobre a sexualidade, até hoje referida pela maioria dos autores. Ele classificou o desenvolvimento sexual em cinco fases: oral, anal, fálica, latência e genital, conforme a idade do indivíduo e a localização corporal da principal fonte de sentimentos prazerosos (FREUD, 1958).

No início da idade escolar, as crianças iniciam seu aprendizado formal, e grande parte da energia libidinal é deslocada para este aprendizado.

Ela passa a conviver com muitas outras crianças e sente muito prazer nestas atividades, desligando-se parcialmente das questões relativas a seus genitais. Freud denominou este período de “Fase de latência”, na qual parece não haver primazia de sentimentos prazerosos em nenhuma parte anatômica do corpo (FREUD, 1958).

O período de latência se iniciaria quando o complexo de Édipo entra em declínio. Tal declínio corresponderia à consciência da criança de que é impossível realizar seu duplo desejo, amoroso e hostil, em relação aos pais. Não podendo se livrar do “rival” (o genitor do mesmo sexo), a criança procuraria se identificar com ele. Neste período, o pai e a mãe tornar-se-iam modelos do papel masculino e feminino para o filho e a filha, respectivamente.

No “Período pubertário”, o estímulo dos hormônios sexuais propicia uma intensificação das emoções sexuais. Com o desenvolvimento do corpo e dos órgãos genitais, há um aumento do desejo sexual, pois agora o indivíduo tem um órgão pronto para consumá-lo. A masturbação passa a ser frequente, não mais como uma atividade autoerótica, e sim como um fim sexual. Ou seja, na “Fase fálica”, as crianças se masturbam por sentirem prazer neste ato. Na “Fase pubertária”, em que os órgãos genitais estão em desenvolvimento, os adolescentes se masturbam pensando em alguém, imaginando um ato sexual. É nesta fase que ocorre o início da atividade sexual genital propriamente, a que Freud denominou “Fase genital” (FREUD, 1958).

2.2.1 A Sexualidade e o Papel do Profissional de Saúde

Sensações sexuais estão presentes durante todo o desenvolvimento da criança, desde a amamentação até o início pubertário, quando há uma intensificação destas sensações. É com a chegada da puberdade, com o desenvolvimento físico, que o ser humano se torna apto a concretizar a sexualidade plena através do ato sexual propriamente dito, que permite tanto obter prazer erótico como procriar.

O aumento do interesse sexual coincide com o surgimento dos caracteres sexuais secundários e é influenciado pelas profundas alterações hormonais deste período da vida e pelo contexto psicossocial. Em nossa sociedade, ao mesmo tempo em que o sexo pode ser banalizado e exposto de modo inapropriado nos diferentes meios de comunicação, pode também ser alvo de tabu. Ambas as situações podem criar obstáculos para que o tema seja tratado nas famílias, escolas e serviços de saúde.

São frequentes e pouco abordados os problemas relativos à sexualidade. Acompanhar desde cedo o processo de desenvolvimento pode ajudar o adolescente a prevenir problemas futuros, como abuso sexual, a gravidez não desejada, a promiscuidade de risco, ou dificuldades sexuais propriamente ditas, como frigidez, impotência sexual, ejaculação precoce, entre outros.

Como é durante a adolescência que o desenvolvimento sexual adquire a sua plenitude, permitindo a procriação, é fundamental que este tema seja privilegiado pela equipe de saúde que atende o adolescente. Quando um (a) adolescente procura um serviço de saúde, por qualquer motivo, é uma grande oportunidade para que se possa orientá-lo (a) sobre questões sexuais e identificar se há algum problema nesta área.

Lidar com questões relativas à sexualidade dos usuários é também mobilizar sentimentos e experiências do próprio profissional envolvido.

Um adolescente pode procurar um serviço de saúde para esclarecer dúvidas em relação ao seu corpo ou ao funcionamento de seus órgãos genitais. Porém, ele também pode procurar este serviço com queixas somáticas ou dificuldades de relacionamento em algum ambiente social que tem, como pano de fundo, um problema de natureza sexual. Portanto, em qualquer atendimento de um adolescente em um serviço de saúde a questão da sexualidade pode ser abordada.

Em primeiro lugar, precisamos identificar em que fase do desenvolvimento puberal o/a adolescente se encontra, pois, como já foi descrito acima, existem preocupações características das diversas fases da adolescência. Em seguida, é importante perguntar sobre as experiências sexuais que o/a adolescente já teve. Para não invadir ou ferir a timidez de alguns adolescentes e se obter respostas sinceras, deve-se primeiro falar de assuntos neutros. Perguntar genericamente sobre a escola, atividades nas horas de lazer, sobre amigos. Depois perguntar sua opinião sobre namoro, orientação sexual recebida em casa, etc. A orientação a ser dada pelo profissional de saúde não pode ser preconceituosa e nem carregada de códigos morais ou religiosos. É necessário orientar o adolescente e sua família sobre as transformações que ocorrem em seu corpo, sobre as sensações sexuais, sobre o caráter normal da masturbação, sobre a curiosidade sexual, sobre o tamanho dos órgãos genitais e sobre o ato sexual e suas consequências sobre a anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

O profissional de saúde deve estar aberto e disponível a responder perguntas que o adolescente ou sua família possam ter. É importante também ser continente às angústias pelas quais este público passa nessa etapa da vida.

Segundo Mandú (2001), é importante diferenciar sexualidade de reprodução humana. Sexualidade abarca aspectos relacionados à:
- percepção e controle do corpo; - ao exercício do prazer/desprazer;
- valores e comportamentos em processos afetivos e sexuais.

Já a reprodução humana é uma dimensão referente ao processo biológico e psico-social de: - geração de novos seres; - regulação da fecundidade; - valoração dessas experiências.

Os dois campos se relacionam em vivências concretas como de concepção, contracepção, práticas corporais, afetivas e sexuais, e

certos problemas como violências e sofrimentos nas inter-relações, maternidade/paternidade indesejada, aborto em condições indevidas, doenças de transmissão sexual, contaminação pelo HIV, dentre outros (Health, Empowerment, Rights and Accoutability HERA).

Muitas vezes os profissionais de saúde confundem necessidades e intervenções voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, tendo dificuldade de compreendê-las a partir da perspectiva cultural e de vida do jovem, ou até mesmo de seus direitos. Vejamos o que Mandú (2001, p.63) nos lembra:

A saúde sexual diz respeito à qualidade das relações de homens e mulheres, no tocante às trocas corporais, ao prazer, ao erotismo, às sensações do corpo, às imagens corporais, às experiências afetivas e práticas sexuais, de forma independente da concepção e maternidade/paternidade. Como tal, ela é um processo construído/reconstruído na infância e ao longo da vida.

A saúde reprodutiva é uma dimensão relevante no ciclo de vida de mulheres e homens. [...] A saúde sexual e a reprodutiva dependem de uma série de condições sócio-culturais propícias, como adequadas condições de vida, serviços de saúde de qualidade e padrões culturais de subjetividade e comportamentos favoráveis. De acordo com o acesso a certas condições sociais e a tradução do grupo social e familiar de referência, dos valores e comportamentos legitimados em torno dos corpos, modelam-se as necessidades em saúde sexual e reprodutiva na adolescência.[...]

Para a autora, as necessidades em saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, embora possam ser relativamente compartilhadas, são sempre diversas, segundo as realidades sociais e histórias vividas. Daí que as ações em saúde precisam dar especial atenção aos processos que tornam os adolescentes mais vulneráveis a agravos, assim como seus direitos e demandas específicas, na esfera da sexualidade e reprodução.

Para dar visibilidade aos diferentes elementos que produzem vulnerabilidade veja o quadro 4, também proposto por Mandú (2001, p.66-67).

FATORES QUE INFLUEM NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES

FATORES INSTITUCIONAIS	AUMENTO DA VUNERABILIDADE
<p>Modelo de sociedade</p> <p>Nível de investimento social/em saúde</p> <p>Condições de vida e trabalho</p> <p>Amparo legal</p> <p>Qualidade da atenção à saúde</p> <p>Acesso à educação/informação</p> <p>Modelos culturais e processos de comunicação de massa (padrões de comportamento social, sexual e reprodutivo estimulados)</p>	<p>Características do modelo de sociedade presente: competitiva, consumista, pouco solidária, em processo permanente de concentração das melhores condições de vida e exploração do corpo como objeto de consumo.</p> <p>Barreiras sociais decorrentes da pobreza (acesso restrito à alimentação, lazer, abrigo, proteção, transporte).</p> <p>Condições impróprias de saneamento e qualidade ambiental.</p> <p>Falta de oportunidades sociais (perspectivas de emprego e melhoria das condições de vida).</p> <p>Escassez e inadequação de suporte social de proteção à saúde sexual e reprodutiva (reduzido acesso e condições inadequadas de educação, comunicação, informação, apoio jurídico, atenção à saúde).</p> <p>Práticas de violência sexual e uso do corpo e sexo como objetos de compra e venda.</p> <p>Inserção precoce no mundo do trabalho.</p> <p>Exposição a diferentes formas sociais de violência (física, conflitos urbanos, desigualdades sociais).</p> <p>Padrões de sociabilidades desfavoráveis - de exploração, dominação, hierarquização, discriminações de qualquer ordem.</p> <p>Avanço de uma cultura de desresponsabilização com o outro, de reconhecimento pelo destaque no campo financeiro e Sexual, de insatisfação e consumo.</p>
FATORES INSTITUCIONAIS	AUMENTO DA VUNERABILIDADE
<p>Grau de comprometimento dos diferentes setores sociais e econômicos com a proteção e resolução dos problemas sociais/em saúde sexual e reprodutiva;</p> <p>Desenvolvimento de programas e ações assistenciais e educativas em saúde/saúde sexual e reprodutiva;</p> <p>Financiamento de medidas e ações sociais específicas em saúde sexual e reprodutiva;</p> <p>Qualidade do gerenciamento nas áreas sociais/da saúde _ planejamento, avaliação e participação da sociedade/adolescentes;</p> <p>Incorporação de direitos e necessidades em serviços e programas sociais, em saúde, saúde sexual e reprodutiva;</p> <p>Qualidade dos processos e relações familiares.</p>	<p>Ausência/escassez de investimentos financeiros em programas específicos de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.</p> <p>Ausência de equidade na oferta de serviços e ações em saúde/saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>Definição abstrata e inflexível de necessidades a serem incorporadas no atendimento.</p> <p>Restrição de medidas e ações educativas em saúde/saúde reprodutiva e sexualidade (dirigidas a crianças, adolescentes e suas famílias).</p> <p>Práticas assistenciais e educativas coercitivas e discriminatórias em saúde/saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>Ações e medidas de intervenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes centradas unicamente em processos de ordem biológica.</p> <p>Isolamento do trabalho em saúde (de outros parceiros, das comunidades e famílias).</p> <p>Gerenciamento distanciado de necessidades concretas dos adolescentes.</p> <p>Fragilidade, da sociedade civil em geral e de grupos adolescentes, na organização e representação de seus direitos, interesses e necessidades.</p> <p>Grau reduzido de participação dos adolescentes em processos cotidianos de decisão nos serviços de saúde, sobre questões que lhes dizem respeito.</p> <p>Falta de apoio social e familiar em situações em que o adolescente se vê precisando de ajuda.</p> <p>Dificuldades dos pais de compreenderem as transformações e comportamentos dos adolescentes e, inclusive, os da esfera da sexualidade e reprodução.</p> <p>Vivência de situações sociais e familiares cotidianas de estresse.</p> <p>Dificuldades familiares em apoiar emocionalmente a adolescente grávida e o adolescente pai.</p> <p>Acesso familiar restrito a meios e processos de educação sexual e reprodutiva.</p> <p>Práticas familiares de violência, abuso e coerção sexual.</p> <p>Projeções de necessidades e valores dos pais, sobre os filhos.</p>

Continua...

Continuação...

PROCESSOS COMPORTAMENTAIS	AUMENTO DA VULNERABILIDADE
<p>Grau de autonomia presente entre adolescentes;</p> <p>Grau de apropriação e participação no exercício cotidiano e institucional de poder;</p> <p>Potencial de criatividade;</p> <p>Estilo de vida adolescente;</p> <p>Práticas preventivas e terapêuticas de autocuidado em saúde.</p>	<p>Acesso reduzido a processos favoráveis à compreensão crítica da realidade vivida.</p> <p>Educação coercitiva em relação ao corpo e afetividade.</p> <p>Falta de apoio na vivência adolescente de possíveis processos como sensação de invulnerabilidade, inquietude, dificuldade de optar, projeção imediata de necessidades, dúvidas e angústias sobre si e sobre a realidade que o cerca.</p> <p>Desconhecimento do próprio corpo - de sua biologia e sentidos socioculturais que o perpassam.</p> <p>Vergonha do próprio corpo e dificuldades de lidar com o corpo do outro.</p> <p>Baixa autoestima.</p> <p>Percepção corporal e autoconceito negativo.</p> <p>Dificuldades no modo de lidar com limites e processos de dependência-independência.</p> <p>Relações, com os pares e familiares, baseadas em práticas de controle e dominação.</p> <p>Relações intersubjetivas discriminatórias.</p> <p>Bloqueio à criação, ao auto-desenvolvimento, à expressão do universo subjetivo de adolescentes.</p> <p>Interpretações restritas de saúde-doença sexual e reprodutiva.</p> <p>Estilos, hábitos e práticas de vida desfavoráveis à saúde/saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>Padrões de exercício da sexualidade que geram exposição a agravos.</p> <p>Medo de exposição da vida privada, de possíveis julgamentos e cobranças, negação de processos vividos (como gravidez, problemas sexuais) dificultando a procura de serviços de saúde ou outros apoios.</p>
FATORES BIOLÓGICOS	AUMENTO DA VULNERABILIDADE
<p>Qualidade da dinâmica de funcionamento da biologia corporal.</p>	<p>Características hereditárias desfavoráveis.</p> <p>Comprometimento de funções orgânicas: nutricional-metabólica, eliminação, atividade-reposo, cognição-percepção, respiração-circulação, proteção, sexualidade, reprodução.</p> <p>Distúrbios orgânicos nos padrões de comunicação e autoresposta de adolescentes e suas famílias.</p>

Quadro 4 - Fatores que influem na saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

Fonte: Do Autor.

Segundo Moura e Rubim (2006), encarar a sexualidade já é um processo difícil para os adolescentes dotados de todos os sentidos, que teoricamente se enquadram no modelo de “normalidade”, preconizado pela mídia e pela sociedade, como será essa experiência para os jovens portadores de deficiência, que, além de adolecer, precisam enfrentar preconceitos e estigmas? Como será que esses jovens portadores de deficiência percebem sua sexualidade?

Os profissionais de saúde devem procurar olhar para a família dos deficientes que tem grande dificuldade em adquirir habilidades e competências que propiciem autonomia para viver a vida. São os pais que mais sofrem com a sobrecarga física e emocional para cuidar dos filhos com deficiência mental, já que passam a apresentar uma demanda diferenciada. A família enfrenta novos desafios para a integração social dos seus filhos com deficiência mental quando estes chegam à adolescência, especialmente com o despertar de sua sexualidade.

Gejer (2003) aborda que quando se discute o tema da sexualidade na vida do deficiente mental, o preconceito e a discriminação são intensificados e geram polêmica quanto às diferentes formas de abordá-lo, tanto com os próprios adolescentes, quanto com suas famílias e na escola. Por outro lado, reforça que os cuidados de saúde e o avanço social que as pessoas com deficiência mental vêm alcançando, nas últimas décadas, têm sido muito grande.

O processo de inclusão social, dos deficientes mentais leves e moderados possibilita a vivência integrada na comunidade e, portanto, expostos a riscos, liberdades e responsabilidades. Essas pessoas, durante a adolescência, devem conhecer as transformações físicas e sociais que ocorrem neste período particular de vida.

Por outro lado, Bastos (2002) reflete a dificuldade da inserção dos jovens com deficiências no ambiente profissional. O jovem com deficiência limita-se em traçar seu projeto de futuro considerando unicamente sua deficiência ao se deparar com as restrições de ingresso no mercado de trabalho decorrentes de sua limitação orgânica e dos preconceitos que permeiam as relações interpessoais.

Existem preconceitos no campo da deficiência, principalmente da sexualidade. Profissionais da saúde e da educação, pais de adolescentes com deficiência e a sociedade, de uma forma geral, podem contribuir para que eles tenham uma vivência da deficiência com menos estigmas, menos exposta a riscos e, conseqüentemente, mais satisfatória.

Uma referencia importante para a atuação do profissional na área da saúde sexual e reprodutiva é a Declaração de Direitos sexuais e reprodutivos, aprovada durante o XV Congresso Mundial de Sexologia, ocorrido em Hong Kong, China, em agosto de 1999, na Assembléia Geral da World Association for Sexology:

Para que o ser humano e a sociedade desenvolvam uma sexualidade saudável, os seguintes direitos sexuais devem ser reconhecidos, promovidos, respeitados, defendidos por todas as sociedades de todas as maneiras:

- 1) **O direito à liberdade sexual** - A liberdade sexual diz respeito à possibilidade dos indivíduos de expressar seu potencial sexual. No entanto, aqui se excluem todas as formas de coerção, exploração e abuso em qualquer época ou situação de vida.

- II) **O direito à autonomia sexual** - Integridade sexual é a segurança do corpo sexual - este direito envolve habilidade de uma pessoa em tomar decisões autônomas sobre a própria vida sexual num contexto de ética pessoal e social. Também inclui o controle e o prazer de nossos corpos livres de tortura, mutilações e violência de qualquer tipo.
- III) **O direito à privacidade sexual** - O direito de decisão individual e aos comportamentos sobre intimidade, desde que não interfiram nos direitos sexuais dos outros.
- IV) **O direito à igualdade sexual** - Liberdade de todas as formas de discriminação, independentemente de sexo, gênero, orientação sexual, idade, raça, classe social, religião, deficiências mentais ou físicas.
- V) **O direito ao prazer sexual** - O prazer sexual, incluindo auto-erotismo, é uma fonte de bem estar físico, psicológico, intelectual e espiritual.
- VI) **O direito à expressão sexual** - A expressão sexual é mais que um prazer erótico ou atos sexuais. Cada indivíduo tem o direito de expressar a sexualidade através da comunicação, toques, expressão emocional e amor.
- VII) **O direito à livre associação sexual** - Significa a possibilidade de casamento ou não, ao divórcio e ao estabelecimento de outros tipos de associações sexuais responsáveis.
- VIII) **O direito às escolhas reprodutivas livres e responsáveis** - É o direito em decidir em ter ou não ter filhos, o número e o tempo entre cada um, e o direito total aos métodos de regulação da fertilidade.
- IX) **O direito à informação baseada no conhecimento científico** - informação sexual deve ser gerada através de um processo científico e ético e disseminado em formas apropriadas e a todos os níveis sociais.
- X) **O direito à educação sexual compreensiva** - este é um processo que dura a vida toda, desde o nascimento, e deveria envolver todas as instituições sociais.
- XI) **O direito à saúde sexual** - O cuidado com a saúde sexual deveria estar disponível para a prevenção e tratamento de todos os problemas sexuais, preocupações e desordens.

Veja também a Plataforma para Ação, Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing 1995/Programa de Ação, Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo, 1994:

Os direitos reprodutivos abarcam certos direitos humanos, que se baseiam em:

- 1) Decidir, livre e responsabilmente, sobre o número de filhos e o espaçamento entre os nascimentos.
- 2) Adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer qualquer discriminação, coação ou violência.
- 3) Respeitar plenamente à integridade, a privacidade e consentimento informado.
- 4) Controlar os próprios corpos, sem coerção, discriminação ou violência.
- 5) Serviços de saúde reprodutiva integrais e de boa qualidade:
 - a) com enfoque integrado de necessidades, em matéria de nutrição, saúde reprodutiva, educação, orientação e promoção de capacidades criativas;
 - b) permeáveis ao acesso a informações e meios para alcançar o nível mais elevado de saúde reprodutiva, incluindo medidas de apoio ao autocontrole da fertilidade e proteção da gravidez, parto e puerpério;
 - c) relações baseadas no respeito aos valores culturais e religiosos.
- 6) Promoção de relações de respeito mútuo e de igualdade entre homens e mulheres.

2.2.2 Comportamento Sexual na Adolescência e Construção da Identidade

O comportamento sexual de um indivíduo depende da etapa de desenvolvimento em que se encontra, do contexto familiar e social em que vive, das escolhas e oportunidades de informação, orientação e amadurecimento para o trato das questões da vida sexual e afetiva. Na atualidade, a sociedade tem fornecido mensagens ambíguas aos jovens, como quanto a época mais adequada para o início das relações sexuais. Ao mesmo tempo em que a desmistificação pode ser considerada

positiva, a atividade sexual na adolescência sendo vista como um fato natural, pode também levar a trivialização do sexo e o estímulo a precoce iniciação sexual, inclusive como fator de ligado a auto-imagem, aceitação e integração ao grupo. No entanto, também ainda existe a condenação moral e religiosa ao sexo antes do matrimônio e atitudes machistas rejeitando as mulheres que não são “virgens” ou engravidam fora do casamento. Este contexto dificulta o relacionamento entre as moças, de quem são cobradas atitudes castas, e os rapazes, que têm de provar sua masculinidade precocemente, com o início muitas vezes prematuro da atividade sexual, por pressão social.

Outro aspecto importante é a defasagem existente entre a maturidade biológica, alcançada mais cedo, e a maturidade psicológica e social, que cada vez mais tarde se torna completa. Perante este quadro, os jovens se encontram despreparados, sem um parâmetro social claro de comportamento sexual e com uma urgência biológica a ser satisfeita em idade precoce. Em relação à etapa do desenvolvimento, observam-se as seguintes características do comportamento sexual adolescente:

Etapa de Desenvolvimento dos Adolescentes (10 a 14 anos)

Nesta fase:

- a) há uma grande transformação biológica;
- b) os adolescentes ficam se comparando uns aos outros. Os que ainda não se desenvolveram sentem-se inferiorizados e os que já têm um corpo formado se angustiam com a nova postura que têm de assumir, sem ter ainda maturidade;
- c) os adolescentes podem sentir vergonha do seu corpo;
- d) período em que existe uma dificuldade de conversar com adultos, principalmente com os pais, devido ao recrudescimento do complexo de Édipo, característico desta fase;
- e) o adolescente revive o triângulo edípico e teme a consumação do incesto, pois tem sensação erótica em relação aos pais. Por isso sente dificuldade de contato físico com estes, em contraste com manifestações carinhosas anteriores;
- f) a masturbação é a conduta sexual mais frequente;
- g) sintomas hipocondríacos e psicossomáticos são frequentes, como: bulimia, anorexia, cefaléias, alergias, depressão, etc.

Etapa de Desenvolvimento dos Adolescentes (14 a 17 anos)

Nesta fase:

- a) o relacionamento amoroso (namoro ou o “ficar” com alguém) geralmente se inicia nesta fase;
- b) já há uma aceitação maior das transformações físicas, resultando em um corpo adulto com capacidade reprodutiva;
- c) no namoro as carícias são progressivas até culminar com a relação sexual genital, que ocorre geralmente nesta fase;
- d) a sexualidade contribui com a autoestima do jovem e faz parte da formação da identidade do indivíduo. É durante a adolescência que se define e se consolida a identidade sexual.

Etapa de Desenvolvimento dos Adolescentes (17 a 20 anos)

Nesta fase:

- a) a identidade sexual já está definida e a maior estabilidade afetiva favorece a busca de um objeto amoroso único. O namoro apaixonado é frequente;
- b) à medida que há maior maturidade psicológica e social, o jovem evolui para a independência econômica da família e para um relacionamento afetivo mais duradouro.

Durante a adolescência é comum observarmos uma fase de “homossexualidade”, em que as meninas convivem com suas amigas intimamente, trocando confidências e os meninos buscam parceiros para brincadeiras e vivências. É uma fase de experimentação sexual, que geralmente não influi na identidade sexual adulta. A identidade sexual adulta se define e se afirma durante todo o processo evolutivo pela identificação. Segundo Werebe (1979), a orientação sexual de um indivíduo está mais ligada ao sexo que lhe foi atribuído quando do nascimento e à atitude do ambiente do que ao sexo gonádico propriamente dito. Freud diz que é somente após a puberdade que o comportamento sexual assume sua forma definitiva. A identidade sexual só é consolidada no final da adolescência, com a passagem para a idade adulta.

Portanto, é normal que na adolescência apareçam períodos de predomínio de aspectos femininos no menino e masculinos na menina. A posição heterossexual adulta exige um processo de flutuação e aprendizagem de ambos os papéis. As experiências homossexuais ocasionais entre adolescentes não podem ser consideradas como definidoras da opção sexual, pois fazem parte do processo de experimentação e angústia da definição sexual.

2.2.3 Saúde Reprodutiva: Anticoncepção, Contracepção de Emergência, Prescrição de Anticoncepcional e Ética.

Recomenda-se a realização de consulta com médico ou profissional de saúde habilitado para escolha do método anticoncepcional.

Através de anamnese cuidadosa e exame clínico criterioso, ele poderá identificar fatores de risco para determinados métodos e conhecer a situação de vida da adolescente, seu grau de conhecimento a respeito de cuidados de saúde, reprodução, métodos anticoncepcionais e, principalmente, seus pensamentos e sentimentos a respeito de gravidez e da maternidade. É nesse primeiro contato que começa a se estabelecer o vínculo da adolescente com o serviço de saúde.

Entretanto, não é rara a situação em que a adolescente inicia sua atividade sexual antes de obter esse tipo de assistência. Existem normas e conceitos gerais que devem ser difundidos através de atividades educativas na escola e na comunidade e que possibilitam a adoção de um cuidado preventivo. Conheceremos a seguir alguns métodos de contracepção e cuidados relativos à prevenção de uma gravidez indesejada e/ou de risco.

No módulo de saúde da mulher, você já estudou os diferentes métodos contraceptivos. Agora é um bom momento para recordar tais métodos e pensar sobre as opções mais recomendadas ou desaconselhadas à especificidade dos adolescentes. Pense na necessidade de melhorar a orientação aos adolescentes, em como favorecer a informação de modo a que eles possam fazer escolhas mais responsáveis e autônomas. Relembre sobre:

- 1) **Métodos Naturais ou Comportamentais:** Método de Ogino-Knaus ou do calendário (Tabela); - Método de Billings ou “do muco cervical”; - Método da temperatura basal; - Método sintotérmico; - Coito interrompido;

- 2) **Métodos de Barreira:** Preservativos masculinos; - Preservativo feminino; - Diafragma; - Espermaticidas; - Esponja - today's vaginal contraceptive; - Dispositivo intra-uterino (DIU);
- 3) **Métodos Hormonais:** Anticoncepcional hormonal combinado oral; - Minipílulas; - Injetável mensal; - Injetável trimestral; - Implantes; - Pílulas para uso vaginal; - Pílula anticoncepcional de emergência;
- 4) **Métodos Cirúrgicos:** Vasectomia; - Laqueadura Tubária.

2.2.4 Violência Sexual

A violência é considerada um fenômeno complexo e múltiplo, em suas causas e formas de expressões, atingindo todos os grupos sociais e faixas etárias, mas com mais intensidade as pessoas mais desprotegidas da sociedade, como as crianças e adolescentes.

No que se refere ao exercício da sexualidade, este pode ser gerador de conflitos, danos, riscos e sofrimento, especialmente se possui as marcas da desigualdade de gênero ou como manifestação de poder e superioridade física, etária, de condição econômica ou social, Relações desiguais favorecem as discriminações e as várias formas de violências, em especial a violência sexual. Esta pode ser considerada de extrema gravidade, pelo seu caráter íntimo e relacional.

É ainda mais grave quando é exercida por adultos contra crianças e adolescentes, pois produz desestruturação psíquica e social, principalmente em situações de abusos sexuais de longa duração e na exploração sexual comercial.

A gravidade também se relaciona com o grau de intimidade do vitimizador em relação à vítima, aos papéis de autoridade e proteção que este exerce, aos sentimentos que os unem, à característica da violência física (estupro, ferimentos, tortura, assassinato) e, também, de suas consequências (gravidez, aborto, maternidade incestuosa, sequelas físicas e psicológicas graves, morte). Independente da situação a violência sexual é uma invasão das partes mais privadas e íntimas do corpo e da consciência de uma pessoa (Pereira, Hirata e Ferriani, 2001, p.106), que:

deturpa as relações sócio-afetivas e culturais entre adultos e crianças/adolescentes ao transformá-las em relações genitalizadas, erotizadas, comerciais, violentas e criminosas; confunde, nas crianças e adolescentes violentados, a representação social dos papéis dos adultos, descaracterizando as representações sociais de pai, irmão, avô, tio, professor, religioso, profissional, empregador, quando violentadores sexuais; o que implica a perda da legitimidade e da autoridade do adulto e de seus papéis e funções sociais; inverte a natureza das relações adulto/criança e adolescente definidas socialmente, tornando-as desumanas em lugar de humanas; desprotetoras em lugar de protetoras; agressivas em lugar de afetivas; individualistas e narcisistas em lugar de solidárias; dominadoras em lugar de democráticas; dependentes em lugar de libertadoras; perversas em lugar de amorosas; desestruturadoras em lugar de socializadoras.” (PEREIRA, HIRATA e FERRIANI, 2001, p.106)

Segundo Faleiros (2000) é importante diferenciar violência e abuso sexual: “violência sexual refere-se ao processo, à natureza da relação estabelecida, ou seja, uma relação de poder. O abuso sexual é considerado situação de uso excessivo do corpo, para além dos limites dos direitos humanos, do que está legal e socialmente estabelecido, inclusive da compreensão da vítima e do que ela consente ou pode fazer. Os maus tratos referem-se à descrição dos danos causados pelo abuso referido, aos atos e suas conseqüências” (Faleiros, apud Pereira, Hirata e Ferriani, 2001, p.106).

Os principais tipos de abuso são o abuso físico, sexual, psicológico e a negligência. O abuso sexual é considerado “o ato ou jogo sexual praticado por pessoa em estado psicosexual superior ao da criança ou adolescente” e pode ser manifestar por infecções urinárias recorrentes, lesões ou edema na região genital e sem explicação plausível. Ainda para Faleiros (2000) as situações de abuso sexual podem ser de dois tipos distintos: a dominação sexual perversa e a agressão sexual. A primeira é uma construção deliberada, premeditada e ritualizada, que se mantém pela dominação psicológica a longo prazo[...] que torna a criança ou adolescente duplamente vitimizado: pelo violentador, e por uma rede de silêncio, tolerância, medo e impunidade, seja familiar, comunitária ou societária[...] A agressão sexual caracteriza-se pela submissão da vítima, seja pela força física ou pelo terror, com ou sem arma, que sofre danos graves, associados ou não, como o estupro, atos libidinosos, ferimentos, roubo, trauma psicológico, gravidez ou morte. Os violentadores, geralmente desconhecidos das vítimas e movidos pelo sentimento da raiva, são extremamente agressivos e cruéis.” (Pereira, Hirata e Ferriani, 2001, p.107).

A responsabilidade dos profissionais de saúde quanto a violência sexual envolve vários aspectos. Vejamos o que sugerem Pereira, Hirata e Ferriani, 2001, p.109).

Quanto às práticas gerenciais e de participações favoráveis:

- a) Organizar um sistema de coleta de dados, que possibilite a visibilidade estatística acerca dos casos de violência sexual, colaborando para o diagnóstico da situação e para a formulação de estratégias de prevenção;
- b) Promover capacitação nos serviços de saúde, incluindo o conjunto da equipe de saúde, em particular da enfermagem, para identificação dos sinais de violência sexual aguda e repetitiva, orientação e cuidados nos agravos à saúde física e psicológica das vítimas e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, aids e gravidez.

Quanto ao atendimento após a violência sexual:

- a) Prescrição de anticoncepção de emergência (sim/não/tipo) / profilaxia DST/Aids (sim/não/tipo) / coleta de exames (sorologia sífilis/hepatite B/HIV / teste de gravidez / pesquisa de espermatozoides / fosfatase ácida prostática / antígeno prostático específico) / coleta de conteúdo vaginal (sim/não) / coleta de sangue ou sêmen nas vestes (sim/não) / orientação sobre os direitos legais (sim/não) / encaminhamento para atendimento ambulatorial, apoio psicossocial e jurídico.

Quanto ao Suporte familiar:

- a) Encorajar a família a fornecer informações pormenorizadas relativas ao agressor, pois em caso de violência sexual doméstica há necessidade de proteção daquela pelo poder público;
- b) Identificar serviços de referência para acompanhamento psicossocial da família e, inclusive, do agressor, quando este fizer parte das relações da família, para quebrar a rede de silêncio que se estabelece nessas situações e promover a reorganização da estrutura familiar;
- c) Promover discussão com a família sobre as responsabilidades dos adultos e a necessidade de desenvolver sua competência no cuidado e proteção das crianças e adolescentes.

Quanto ao acolhimento dos adolescentes e de suas necessidades e demandas:

- a) Proporcionar recepção com conforto e apoio o adolescente violentado sexualmente; Acolher, atendendo com dignidade o adolescente, para que este sinta-se seguro e protegido;

- b) Considerar que este frequentemente manifesta dor física, medo, insegurança, desconfiança, revolta e agressividade, estado de choque ou, ainda, apresenta lesões generalizadas;
- c) Agir de forma tolerante, procurando integrar a família, em situações em que esta não esteja querendo evidenciar a situação de violência.
- d) Articular os serviços de saúde e de educação para promover campanhas de orientação às crianças e adolescentes nas escolas, para prevenção e denúncia das situações de violência sexual;
- e) Promover processos de orientação à toda comunidade, utilizando os vários meios de comunicação e recursos disponíveis, enfocando os mitos relacionados à violência sexual, a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, os serviços disponíveis para atendimento e denúncia; as leis que se referem à violência sexual.

Quanto ao acompanhamento físico-emocional:

- a) Adotar os seguintes procedimentos no atendimento ao adolescente vítima de violência sexual: - Exame físico, com exame ginecológico e do ânus; - Verificação da conjunção carnal; - Registro adequado das lesões;
- b) Preservação de possíveis provas materiais que poderão ser importantes, posteriormente, para indiciamento do(s) agressor(es) sexual(is);
- c) Prevenção de DST/Aids; - prevenção de gravidez indesejada, através de contracepção de emergência;
- d) Encaminhamentos a outros apoios internos à instituição de saúde (serviço social, serviço de psicologia, serviço de diagnóstico e acompanhamento de DST/HIV) e externos (Conselho Tutelar, Delegacia de Polícia, Juizado da Infância e Adolescência, Instituto Médico Legal e outros).

Antes de concluir este tema, cabe lembrar que uma dos problemas sociais que se relaciona diretamente com a violência sexual é a prostituição infanto-juvenil.

A prostituição é parte de uma indústria multibilionária. Entre as distintas modalidades desta indústria estão, ainda, o turismo sexual, o tráfico de mulheres, a pornografia, entre outras.

A prostituição na adolescência é um problema real. Diversos estudos revelam que, na maior parte dos casos, as jovens são arrastadas para a prostituição por um adulto, o proxeneta, que conhece bem as suas necessidades psicológicas. Estas geralmente são provenientes de famílias marcadas pela brutalidade e instabilidade, padrão de desmembramento muito elevado. A integração destas jovens em contextos familiares muito fragilizados contribui fortemente para que as suas necessidades de afeto, e até mesmo de subsistência familiar, não sejam devidamente satisfeitas, ou que estejam expostas à violência, ao desamparo e à exploração.

Existe uma diversidade de causas que pode estar associadas ao fenómeno da exploração sexual feminina de adolescentes. Estas situações podem estar relacionada à pobreza, ao abuso sexual, às relações de género e poder, de raça, à influência da mídia e à hierarquia etária.

Com relação ao sexo, embora vitimize meninos, observamos que a criança/adolescente/mulher se apresenta como a vítima mais frequente. Tal constatação reforça a análise de que esses atores são os mais excluídos entre os excluídos, uma vez que vivemos em uma sociedade moldada pelo modelo patriarcal, no qual o exercício do poder é o prazer em dominar e possuir o outro.

Os profissionais de saúde, atuando no nível primário, secundário ou terciário, devem estar atentos e conceber os diversos aspectos relacionados à prostituição dos adolescentes. Se passarmos a exercer uma interferência positiva frente ao fenómeno, estaremos contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes e impedindo problemas sérios, como a prostituição.

2.3. Gravidez na Adolescência

O grande fracasso observado na prevenção da gravidez na adolescência, em todo o mundo, parece estar associado ao pouco conhecimento dos reais motivos que levam a adolescente a ficar grávida. O resultado dos programas de prevenção da gravidez na adolescência tem sido desanimador. Fica claro que o desconhecimento a respeito de métodos anticoncepcionais, além de não ser o único fator determinante da gravidez na adolescência, talvez nem mesmo seja o mais importante (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Diante da necessidade de maior compreensão do problema e reconhecendo as limitações metodológicas das técnicas utilizadas em estudos de natureza quantitativa, começam a surgir investigações empregando instrumentos de análise qualitativa, considerando a visão e a voz de todos os atores sociais envolvidos, principalmente os adolescentes. Começa-se a identificar, além da falta de acesso à anticoncepção, a associação da não prevenção da gravidez com a real opção pela maternidade ou, pelo menos, com o desejo da gravidez, ressaltando-se que a associação lógica entre gravidez e maternidade parece nem sempre processar-se de forma tão nítida no pensamento da adolescente, imediatista por natureza. Ou seja, o objeto de desejo pode ser a gravidez, não necessariamente a maternidade (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

No entanto, antes de mais um vez passarmos a tratar o tema como um problema, talvez seja fundamental aceitar o questionamento proposto por Mandú (2000, p. 88): **“o problema está na gravidez na adolescência ou na gravidez adolescente em determinadas condições sociais?”**

O que a autora questiona é a postura simplista de abordagem do processo social da gestação adolescente, articulando-a, simplesmente ao estilo de vida e aos comportamentos desse grupo sócio-etário. Com isso, não se nega sua importância, do ponto de vista da saúde e das conseqüências sociais, nem tampouco a necessidade de estes disporem de informações e recursos para a prevenção de uma gravidez não desejada, mas ressalta-se que uma simplificação da relação idade materna e gravidez problemática (inoportuna) pode levar a esconder os reais problemas que estão na base da situação desses jovens. Pais e mães adolescentes. Ou seja, os dados e argumentos dos profissionais de saúde são usados para justificar a magnitude da questão e a adoção de intervenções de controle no país. Isto porque a gravidez na adolescência associa-se ao aumento da probabilidade de intercorrências clínicas e morte materna, de prematuridade, de mortalidade neonatal e baixo peso de recém-nascidos. Além disso, a gravidez indesejada ou sem apoio social e familiar leva adolescentes à prática do aborto ilegal e em condições inadequadas, aumentando o risco de óbito. Implicações como abandono da escola, obstáculos para a inserção no mercado de trabalho, redução do padrão de vida, desestruturação familiar são inegáveis, embora de difícil avaliação, e com certeza se refletem na circularidade da pobreza.

As sequelas sociais e psicológicas, ocasionadas pela gestação na adolescência, estão diretamente ligadas à falta de preparo para lidar com a sexualidade e constituem um sério problema para os profissionais de saúde, de educação e de toda a sociedade. É

necessário, por parte da equipe de saúde, um entendimento global da questão em seus múltiplos aspectos, levando em conta o meio que a circunda, o contexto familiar e os recursos de que dispõe para enfrentar a situação (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Por tudo isso, a gravidez na adolescência deve ser analisada num universo mais amplo, que é a saúde reprodutiva da adolescente, e que engloba todas as variáveis, partindo de uma visão global para uma assistência individual (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Depois desta reflexão inicial, podemos aprofundar aspectos do atendimento clínico individual da adolescente grávida.

O planejamento do cuidado à adolescente grávida requer, de início, a avaliação meticulosa do risco gestacional, abrangendo necessariamente os aspectos clínico-obstétricos, psicológicos e sociais. Algumas patologias, como anemia e doença hipertensiva específica da gravidez podem conduzir a maus prognósticos, entre eles a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Essas situações estão associadas à morbimortalidade materna e perinatal, sendo de natureza multifatorial, com contribuição importante das condições sócioeconômicas. Todas elas podem ser modificadas pela qualidade da assistência pré-natal.

A anemia apresenta-se frequentemente entre gestantes adolescentes e deve-se, em grande parte, a hábitos alimentares inadequados, podendo, portanto, ser controlada com boa assistência pré-natal.

A doença hipertensiva específica da gravidez foi atribuída no passado à idade materna, mas atualmente consideram-se a influência de outros fatores na sua gênese, como a paridade e os atributos genéticos e imunológicos. Em investigação realizada na maternidade do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), entre 1994 e 1996, a incidência da doença foi semelhante nos dois grupos etários (gestantes adultas e adolescentes) (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

O resultado gestacional da adolescente pode ser especialmente modificado pela qualidade da assistência prestada desde o início da gravidez, abrangendo não apenas os aspectos clínico-obstétricos da assistência pré-natal, mas também a preparação para o parto, inclusive os aspectos psicossociais (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Há, ainda, a necessidade de se evitar que temores infundados de complicações acarretem o desnecessário e pernicioso aumento no índice de cesarianas neste grupo etário. O parto cesáreo está inquestionavelmente associado à maior incidência de complicações maternas e perinatais.

No caso da adolescente, soma-se a isto o risco de limitação da prole em tenra idade, com consequências psicossociais imprevisíveis, devendo, portanto, sua prática estar restrita aos casos de indicação médica precisa (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

2.3.1 Assistência e Diagnóstico

Na assistência à adolescente gestante, o diagnóstico precoce é essencial para a avaliação e o controle permanente do risco, desde o início da gestação.

Deve-se considerar, de modo especial e integral, a preparação para o parto e para a maternidade desde a primeira consulta pré-natal.

O ingresso tardio no pré-natal é frequentemente citado na literatura como sendo um dos principais fatores associados ao prognóstico materno e perinatal. O início do pré-natal no primeiro trimestre minimiza os riscos obstétricos. O diagnóstico precoce da gestação deve ser perseguido, sendo, para isso, necessário o preparo de toda a equipe.

Ao estudarmos os motivos que levam as adolescentes a não prevenirem a gravidez, podemos encontrar a negação da possibilidade da gestação, a falta de informação e o próprio desejo, consciente ou não, de engravidar. Tais fatos fazem com que muitas adolescentes não procurem os serviços médicos e escondam a gravidez.

As alterações fisiológicas normais desta faixa etária, com os ciclos menstruais irregulares nos dois anos pós-menarca, e a falta de conhecimento do funcionamento do próprio corpo dificultam o diagnóstico precoce da gestação. Cabe ao profissional de saúde analisar as queixas e não descartar a hipótese de gravidez. Em relação às adolescentes, o diagnóstico diferencial de gravidez deve ser investigado, não só nos atrasos menstruais, mas também em situações nas quais nenhum diagnóstico de certeza é alcançado na primeira avaliação. A anamnese é parte importante no diagnóstico precoce da gestação em adolescentes, por permitir a construção de um perfil do comportamento sexual e do grau de risco.

São sinais e sintomas da gravidez:

- a) alterações de ordem geral (manifestações neurovegetativas, como náuseas, vômitos, sialorreia, vertigem, polaciúria, nictúria, alterações pigmentares, pigmentação acentuada da aréola mamária, aumento de volume abdominal);
- b) alterações associadas ao aparelho genital (amenorreia, distúrbios menstruais, aumento do volume e modificações na forma do útero, sinais mamários como mastodínia, aumento de volume e da vascularização);
- c) identificação da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico no sangue, que se pode positivar em torno de 15 dias após a nidacção.

A identificação da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico no sangue é mais sensível que o teste imunológico realizado na urina, que só é positivo após 10 a 14 dias de atraso menstrual. Com a ultrassonografia (USG) pélvica, pode-se diagnosticar o saco gestacional na quinta semana de gestação. A imagem do embrião aparecerá entre a sétima e a oitava semana, junto com os batimentos cardíacos fetais. Através da USG transvaginal, o saco gestacional pode ser identificado com 32 dias de gestação e o embrião, entre a quinta e a sexta semana.

O exame clínico através do toque bimanual pode mostrar indícios da gestação antes mesmo de completado o segundo mês. O diagnóstico de certeza só pode ser firmado com a ausculta dos batimentos cardíofetais pelo sonar Doppler por volta da décima semana. Ao confirmar a gravidez e determinar a idade gestacional, é importante analisar o que este momento representa para a adolescente e dar o apoio necessário para ela enfrentar a situação, ajudando na comunicação com a família e esclarecendo as dúvidas acerca da gestação e seus riscos.

2.3.2 Aborto

Uma situação extremamente preocupante, com consequências por vezes desastrosas, é o aborto, principalmente se praticado em condições precárias.

A decisão de interromper a gestação não é rara entre as adolescentes, principalmente as de nível sócioeconômico mais elevado e com melhores perspectivas de vida. Nas classes sociais mais baixas, a maternidade é mais aceita, porém as gestantes correm risco maior quando recorrem ao aborto.

No Brasil, 26% dos partos ocorrem na adolescência (até 19 anos). Entre nós, a discussão do aborto é fortemente influenciada por diversos fatores de ordem política, moral, religiosa e, principalmente, pelo fato de as leis vigentes limitarem sua prática a casos específicos de estupro ou de risco de vida materno. Por isso é difícil dispor de estatísticas detalhadas sobre o aborto no Brasil. Ainda assim, as estatísticas referentes a curetagens pós-aborto permitem avaliar a magnitude do problema (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Essa situação torna-se mais grave quando as estatísticas de aborto do segundo trimestre de gestação são consideradas. Além de trazer consequências éticas e emocionais graves, o aborto praticado nesta fase aumenta o risco de morte materna, principalmente quando realizado em condições precárias. Por motivos econômicos e também por medo de ser descoberta, a adolescente acaba procurando pessoas não qualificadas para o procedimento, quase sempre realizado sem condições mínimas de assepsia e com elevado risco de morte, sobretudo por infecção ou hemorragia (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

No acompanhamento pós-abortamento, o suporte psicológico e a orientação contraceptiva são fundamentais para evitar gestações futuras, estados depressivos, mudanças de comportamento e distúrbios sexuais (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

2.3.3 Pré-Natal

Existem, atualmente, muitos programas voltados para a assistência à adolescente gestante, com o objetivo de prepará-la para o parto e para a maternidade. De modo geral, o modelo consiste em acompanhamento continuado das adolescentes por equipes multidisciplinares, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas, sob a forma de atendimento individual e de grupo (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

O objetivo do pré-natal é assegurar que a gravidez transcorra sem intercorrências e termine com o nascimento de um bebê saudável, sem o comprometimento da saúde da adolescente, em todos os seus aspectos (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

O pré-natal deve começar o mais cedo possível para que as medidas profiláticas tenham eficácia. O exame físico geral e o especializado podem detectar doenças subclínicas não diagnosticadas previamente, possibilitando tratamento oportuno, prevenindo complicações (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Na gestação as adolescentes costumam estar mais receptivas a orientações de saúde. Muitas vezes este é primeiro contato com um serviço de saúde. Além disso, este é um momento de assiduidade ao serviço pelas características próprias da assistência pré-natal. Deve-se encarar esta situação como uma oportunidade de atenção integral à adolescente. Além das orientações sobre a gravidez, o parto e cuidados com o recém-nascido e aleitamento, é importante buscar mudanças no comportamento no sentido de que esta adolescente comece a ter uma postura preventiva em relação a seu bem estar biológico, social e psicológico (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Na primeira consulta do pré-natal é feita uma avaliação geral, buscando identificar possíveis fatores de risco maternos e perinatais.

Este momento é fundamental para o estabelecimento de um vínculo de confiança com a adolescente e, se possível com o pai e família. A anamnese deve incluir dados sócioeconômicos, culturais, emocionais, físicos e familiares. O exame físico e os complementares possibilitam determinar a idade gestacional, identificar doenças associadas (anemias, infecções, cardiopatias, nefropatias, diabetes, endocrinopatias e outras) e avaliar o estado nutricional (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

A adolescente deverá ser orientada quanto à atividade física, cuidados com o corpo, alimentação, atividade sexual, risco do uso de drogas, e sobre como conviver melhor com as chamadas queixas próprias da gravidez (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Recomenda-se que as consultas subseqüentes sejam agendadas de 15 em 15 dias, até a trigésima quinta semana, quando passarão a ser semanais (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

A avaliação clínica inclui: A medida da altura do fundo uterino, a ausculta dos batimentos fetais, o ganho ponderal, a aferição da pressão arterial, o estado nutricional.

Manifestações clínicas indicativas de complicações obstétricas como toxemia gravídica, rotura prematura de membranas, infecções do trato urinário, DST, anemias e desnutrição devem ser rotineiramente pesquisadas.

Em torno da vigésima oitava semana deverá ser feita nova avaliação laboratorial. Exames complementares, como USG, cardiocotografia (CTG) basal, dopplerfluxometria, utilizados para avaliação da idade gestacional, vitalidade e viabilidade fetal serão realizados quando necessário. O exame vaginal será realizado rotineiramente no final da gestação para avaliar a apresentação fetal, a pelve e as condições do colo uterino ou sempre que necessário (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Em termos gerais, o ganho ponderal total durante a gravidez deve se situar em torno de 10 a 12 kg. A maior demanda de cálcio, ferro e ácido fólico durante a gravidez deve ser considerada, bem como as necessidades próprias da adolescência na elaboração do programa nutricional da adolescente gestante (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Devemos orientar as adolescentes em relação à importância do aleitamento materno para sua saúde e do recém-nascido e desmistificar determinados tabus, como as mamas pequenas não terem leite, o prejuízo na estética da mama (o que mais interfere na estética da mama é a hereditariedade, a idade e por último a gravidez) (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Durante a gestação, a higiene oral não deve ser esquecida. A embebição gravídica atinge as gengivas, que se tornam mais sensíveis a traumas e processos inflamatórios (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

As vacinas com germes vivos e atenuados estão contra-indicadas durante a gestação. A vacinação antitetânica é recomendada. A prescrição de medicamentos na gestação deve ser criteriosa, sendo que o maior risco corresponde à fase da embriogênese.

2.3.4 Parto

O temor do parto é comum a todas as mulheres, mas adquire característica especial entre as gestantes adolescentes, que

relacionam sua juventude a uma suposta incapacidade para levá-la a cabo e associam imaturidade psicológica com incapacidade biológica para parir, culminando com o medo de morrer no parto.

Durante a gravidez, o ideal é que as adolescentes tenham um espaço específico de atendimento que inclua dinâmicas de grupo, forma ideal para discutir os medos, ansiedades, fantasias e mitos sobre o parto, esclarecer dúvidas e ensinar noções básicas de puericultura (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

2.3.5 Puerpério

O puerpério, cuja duração varia de mulher para mulher, caracteriza-se por profundas modificações genitais, gerais e psíquicas, com gradativo retorno ao período não gravídico. Com a dequitação da placenta, ocorre uma queda dos hormônios esteróides, levando a um período de atrofia genital até o retorno das funções endócrinas plenas dos ovários (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

A maioria dos programas para gestantes adolescentes focaliza sua atenção exclusivamente nos períodos de gestação e puerpério imediato, esquecendo que após o parto ela se torna mãe adolescente, passando a vivenciar uma dupla situação de crise, a adolescência e a maternidade. O puerpério apresenta a mulher à realidade da maternidade. Independentemente dos motivos que a levaram à gravidez, existe uma satisfação em comprovar a fertilidade e a capacidade de gerar um filho. A necessidade de cuidar diariamente de uma criança leva à conscientização da mudança de perspectiva de vida (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Os programas de pré-natal devem dar assistência às adolescentes até o primeiro ano de vida do bebê. A primeira consulta de revisão pós-natal deverá ser marcada entre 7 e 10 dias pós-parto, devido à necessidade de uma avaliação clínica e reforço imediato referente às noções de aleitamento e de higiene.

Na consulta pós-natal é importante informar a adolescente sobre a importância. Dando-se ênfase às informações sobre as transformações pelas quais o corpo vai passar neste período de transição. A puérpera deverá ser orientada quanto aos lóquios, fluxos genitais decorrentes da drenagem uterina puerperal, que de

início são sanguíneos, de volume variável, não ultrapassando o de um fluxo menstrual. Após o quinto dia tornam-se gradativamente acastanhados, depois sero-sanguinolentos e, finalmente, serosos. O odor fétido é sinal de infecção.

A atividade sexual pode ser retomada após o trigésimo dia do parto, tempo necessário para a recuperação da área de inserção placentária. O relacionamento sexual precoce predispõe a infecções ascendentes. O fluxo menstrual volta entre 45 e 60 dias nas pacientes que não amamentam (quando ocorre aleitamento exclusivo, o retorno da menstruação varia, podendo ocorrer somente após o término do aleitamento). O retorno da ovulação também é variável, podendo ocorrer sem a menstruação (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

Os cuidados com as mamas deverão ser reforçados, visando prevenir ocorrências que possam dificultar o aleitamento. A dieta é semelhante à da gestação, sendo recomendada a ingestão de líquidos (em média 2 litros por dia) com a finalidade de repor a água secretada pelo leite. Devemos alertar quanto à transferência de drogas para o bebê através do leite. A prescrição de medicamentos deve ser controlada. O álcool e o fumo devem ser evitados, assim como maconha e cocaína (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

A segunda consulta será realizada 30 dias após o parto e, se a adolescente tiver uma recuperação física mais rápida, esta tende a retomar sua atividade sexual mais precocemente. Com isso, deve ser iniciado o programa de anticoncepção. Os anticoncepcionais hormonais compostos só de progestágeno, por não exercerem efeitos sobre a lactação e nem sobre o leite, são recomendados. O uso do condom é aconselhável (MIRANDA; BOUZAS, 2010a).

As consultas subsequentes, mensais e desde o início em conjunto com o bebê, devem abordar temas como: aleitamento, cuidados com contracepção, nutrição e, principalmente, troca de experiências, ampliando o universo de conhecimento da adolescente.

2.4 Promoção, Prevenção e Tratamento de DSTs/AIDS

O Ministério da Saúde recomenda a abordagem sindrômica, visando aumentar a sensibilidade no diagnóstico e tratamento das DSTs. Para

tanto, vamos explorar, a seguir, algumas doenças e as principais maneiras de preveni-las e tratá-las (BRASIL, 2008).

2.4.1 Úlceras Genitais

A história ou evidência de lesões vesiculosas mostra a necessidade de se investigar a possibilidade da ulceração ser decorrente de um episódio de herpes genital. A evidência ou história de vesículas agrupadas em “cacho” sobre base eritematosa, cujo aparecimento foi precedido de aumento de sensibilidade, ardência, prurido ou sintomas uretrais (dor ou ardência), especialmente com história de recorrência das lesões, é suficiente para o diagnóstico.

No primeiro episódio de herpes genital, o tratamento deve começar o mais precocemente possível, geralmente com os seguintes medicamentos:

- a) Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias, ou;
- b) Famciclovir 250 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias, ou;
- c) Valaciclovir 1 g, VO, 12/12 horas por 7 a 10 dias.

Quando forem detectadas lesões com menos de 4 semanas, recomenda-se o tratamento para as duas causas mais frequentes de úlcera genital: a sífilis e o cancro mole. O tratamento deve ser realizado com os seguintes medicamentos:

- a) Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, via IM, em dose única, ou;
- b) Eritromicina (estearato) 500mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (casos de alergia penicilina), ou;
- c) Azitromicina 1 g, VO, em dose única, ou;
- d) Tianfenicol 5g, dose única, ou;
- e) Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes, nutrízes), ou;
- f) Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrízes e menores de 12 anos), ou;
- g) Sulfametoxazol 800 mg + trimetoprim 160 mg, VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica.

Nas gestantes o tratamento deve ser feito com:

- a) Penicilina G Benzatina: 2,4 milhões UI, via IM ,em dose única;
- b) Eritromicina (estearato) 500mg, VO, 6/6 horas por 7 dias ou até a cura clínica.

Se a úlcera genital tiver mais de quatro semanas de duração, o paciente deve ser encaminhado para realizar biópsia para investigar outras doenças, tais como neoplasias. Ao mesmo tempo, deve-se tratar a sífilis e o cancro mole (ver acima) e iniciar tratamento para donovanose com os seguintes medicamentos:

- a) Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica, ou;
- b) Sulfametoxazol 800 mg + trimetoprin 160 mg, VO,12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica, ou
- c) Tianfenicol granulado, 2,5 g, em dose única, VO, no primeiro dia de tratamento. A partir do segundo dia, 500 mg, VO, de 12/12 horas até a cura clínica.

Devemos sempre considerar a associação entre as DSTs e a infecção pelo HIV, fazendo o aconselhamento pré-teste e oferecendo a realização de sorologia anti-HIV.

2.4.2 Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa, sistêmica, de evolução crônica, sujeita à surta de agudização e períodos de latência. A sífilis é causada pelo *Treponema pallidum*, um espiroqueta de transmissão essencialmente sexual ou materno-fetal, podendo produzir, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença.

Classificação

A sífilis adquirida é dividida em:

- a) recente (com menos de um ano de contágio), compreendendo a sífilis primária, secundária e latente recente (período assintomático);

- b) tardia (com mais de um ano de contágio), compreendendo a sífilis latente tardia e terciária.

Sífilis Primária ou Cancro Duro:

O cancro duro caracteriza-se pela presença de lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com base endurecida, fundo liso, brilhante e secreção serosa escassa.

A lesão surge em média três semanas após o contato infectante. É acompanhada de linfadenopatia regional não supurativa, móvel e indolor. No homem aparece com maior frequência no sulco bálabano-prepucial. Na mulher é mais comum nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino. O cancro duro usualmente desaparece, espontaneamente, em quatro semanas, sem deixar cicatriz.

Sífilis Secundária:

Caracteriza-se geralmente pela presença de lesões cutâneo-mucosas após seis a oito semanas do aparecimento do cancro duro. A lesão mais precoce é constituída pelo exantema morbilliforme, não pruriginoso (roséola).

Posteriormente surgem:

- a) pápulas de coloração eritemato-acastanhada, lisas (a princípio) e posteriormente escamosas conhecidas como sífilides papulosas. A localização destas lesões nas superfícies palmo-plantares sugere fortemente o diagnóstico de sífilis secundária:
- b) alopecia em clareira;
- c) lesões elevadas em platô, de superfície lisa, nas mucosas (placa mucosas);
- d) lesões pápulo-hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito (condiloma plano);
- e) adenopatia generalizada.

Sem tratamento as lesões da sífilis secundária regredem espontaneamente e entram num período de latência.

Sífilis Latente (Recente e Tardia):

É a forma de sífilis adquirida, na qual não se observa sinais e sintomas clínicos e, portanto, com diagnóstico feito por meio de testes sorológicos. Sua duração é variável e seu curso poderá ser interrompido com sinais e sintomas da forma secundária ou terciária.

Sífilis Terciária:

As manifestações clínicas da sífilis terciária compreendem as formas cutânea, óssea (osteíte gomosa, periostite), cardiovascular, nervosa e outras. A sífilis tardia cutânea caracteriza-se por lesões nodulares e gomosas e apresentam caráter destrutivo.

Diagnóstico Laboratorial: A seguir, acompanhe detalhadamente como é o diagnóstico laboratorial das doenças já citadas.

Cancro Duro: Pesquisa de *Treponema pallidum* no microscópio em campo escuro.

Sífilis Recente e Tardia:

- a) *sorologia não treponêmica:* VDRL(Veneral Research Laboratory) ou RPR(Rapid Plasma Reagin) são exames de fácil execução e baixo custo, devendo ser solicitado sempre que se suspeitar do diagnóstico de sífilis em qualquer de suas fases, para todos os pacientes portadores de DST e na rotina do pré-natal. O VDRL tende a negativar entre o 6º e o 12º mês após o tratamento. Porém, pode permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida (“memória” ou “cicatriz” sorológica). Três títulos sucessivamente baixos (menores ou iguais a 1/8) sem qualquer indício de reinfecção, são indicativos de “memória” sorológica;
- b) *sorologia treponêmica:* Imunofluorescência do FTA-abs (Fluorrescent Treponema Antigen Absorbent) e o MHATP (Microhemaglutinação para treponema pallidum): são exames importantes para a confirmação da infecção.

Entretanto, os anticorpos treponêmicos não se prestam para o acompanhamento, pois tendem a permanecer no soro mais tempo que os anticorpos não treponêmicos ou lipídicos.

Tratamento

Existe um tratamento específico para cada tipo de sífilis. Atente-se para eles, a seguir, no quadro 5:

Sífilis primária

Penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);

Sífilis recente secundária e latente

Penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, repetida após uma semana. Dose total de 4,8 milhões UI;

Sífilis tardia (latente e terciária)

Penicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.

Quadro 5: Casos específicos de sífilis e seus tratamentos.

Fonte: Do autor.



Na Prática

Após o tratamento da sífilis, recomenda-se o seguimento sorológico quantitativo de três em três meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de seis em seis meses. Elevação a duas diluições acima do último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas.

2.4.3 Cancro Mole

É uma afecção de transmissão exclusivamente sexual, causada pelo bacilo gram-negativo *Haemophilus ducreyi*. O período de incubação varia geralmente de três a cinco dias, podendo-se estender por até duas semanas. O cancro mole é muito mais frequente no sexo masculino e é composto por lesões ulceradas, dolorosas, geralmente múltiplas devido à auto-inoculação.

A borda é irregular e o fundo apresenta exsudato purulento. No homem as localizações mais frequentes são no frênuo e sulco bálano-prepucial. Na mulher, na fúrcula e face interna dos pequenos

e grandes lábios. Depois de uma a duas semanas, 30 a 60% dos pacientes desenvolvem linfadenopatia inguino-crural (bubão), dolorosa, unilateral que evolui para liquefação e fistulização em 50% dos casos, através de orifício único.

Diagnóstico Laboratorial

- a) **Bacterioscopia:** Pesquisa do bacilo em esfregaço, corado pelo Gram, colhido de secreção da base da úlcera, ou do pus do bubão. A pesquisa do bacilo de Ducrey deve ser complementada pela pesquisa do treponema em campo escuro;
- b) **Cultura:** é o método diagnóstico mais sensível, porém é de realização difícil pelas exigências de crescimento do bacilo.

Tratamento

Existe um tratamento específico para o cancro mole. Como demonstrado a seguir:

- a) Azitromicina 1 g, VO (dose única) ou;
- b) Tianfenicol 5g, VO (dose única) ou;
- c) Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por 3 dias (contra-indicado para gestantes e nutrízes) ou;
- d) Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrízes e menores de 18 anos) ou;
- e) Sulfametoxazol 800 mg + Trimetoprin 160 mg, VO, de 12/12 horas por 10 dias ou até a cura clínica.

É importante excluir a possibilidade da existência de sífilis associada, pela pesquisa de *Treponema Pallidum* na lesão genital e/ou por reação sorológica para sífilis, no momento e 30 dias após o aparecimento da lesão. Deve ser indicada a abstinência sexual até a resolução completa da doença; tratamento dos parceiros sexuais está recomendado, mesmo que a doença clínica não seja demonstrada, pela possibilidade de existirem portadores assintomáticos, principalmente entre mulheres.

2.4.4 Gonorreia

O período de incubação da gonorreia é 2 a 5 dias. O agente etiológico é *Neisseria gonorrhoeae*. É preciso realizar o diagnóstico diferencial de corrimento vaginal ou uretral e cervicite. Existem dois tipos de tratamento para a gonorreia:

- a) **primeira opção:** Ciprofloxacina 500mg VO (dose única). Só recomendado para maiores de 18 anos ou Ceftriaxone 250mg IM (em dose única);
- b) **segunda opção:** Cefaximi 400mg, dose única ou Ofloxacina 400mg, via oral (dose única).

2.4.5 Donovanose

A Donovanose é uma doença crônica progressiva, causada pela *Calymmatobacterium granulomatis*. Acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais e é frequentemente associada à transmissão sexual, embora os mecanismos de transmissão não estejam ainda bem esclarecidos. A incidência de contágio é baixa.

Após um período de incubação de três a 90 dias, surge lesão papulosa ou pustulosa que evolui com ulceração indolor, de bordas bem delimitadas, com fundo granuloso, vermelho-vivo e de sangramento fácil. Aumenta progressivamente de tamanho, podendo tornar-se vegetante ou úlcero-vegetante. A auto-inoculação é uma característica comum, produzindo lesões múltiplas, em “espelho”, notadamente quando localizadas em dobras cutâneas. Nos casos de evolução mais longa pode haver obstrução linfática, resultando em elefantíase. Nas lesões cicatriciais pode haver degeneração carcinomatosa.

Diagnóstico Laboratorial: O diagnóstico laboratorial se dá através de demonstração dos corpúsculos de Donovan em esfregaços de lesão suspeita ou cortes tissulares corados pelo Giemsa.

Tratamento

Existe um tratamento específico para a donovanose. Confira na sequência:

- a) Doxiciclina 100mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica (no mínimo por três semanas) ou;
- b) Sulfametoxazol 800 mg + trimetoprin 160 mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica (no mínimo por 3 semanas) ou;
- c) Tianfenicol granulado, 2,5 g, VO, dose única, no primeiro dia de tratamento, depois 500 mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica ou;
- d) Ciprofloxacina 750 mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica ou;
- e) Eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 horas, até a cura clínica.

2.4.6 Linfogranuloma Venéreo

O linfogranuloma venéreo é uma doença bacteriana sexualmente transmissível, causada pela *Chlamydia trachomatis* dos sorotipos L1, L2 e L3. Após um período de incubação de 3 a 30 dias, verifica-se pequena vesícula, pápula ou exulceração, indolor e fugaz, que, em geral, passa despercebida. Duas a seis semanas após o aparecimento da lesão inicial surge a manifestação mais característica da doença, a linfadenopatia inguinal, geralmente unilateral. Vários linfonodos podem estar comprometidos, formando uma massa volumosa ou bubão com uma depressão devido ao ligamento de Poupart. Na evolução, ocorre amolecimento dos linfonodos e fistulização por orifícios múltiplos (“sinal da escumadeira”).

O paciente pode ter sintomas gerais como febre, mal estar, mialgia, anorexia e artralgia. A adenomegalia inguinal na mulher é rara, pelo fato da drenagem linfática da vagina e do colo do útero se fazer para gânglios ilíacos profundos e peri-retais. Na mulher e nos homossexuais pode ocorrer a síndrome gênitocraniana com anoproctites, ulcerações, fistulas e elefantíase da genitália, que na mulher é denominada de estiomene.

Diagnóstico

- a) **Cultura:** Permite o diagnóstico definitivo, porém é de difícil execução;
- b) **Teste de fixação de complemento:** Torna-se positivo com duas semanas do início da doença. Títulos iguais ou superiores a 1:64

são sugestivos de doença ativa. A reação cruzada pode ocorrer com outras infecções por clamídia, porém os títulos são inferiores a 1:16;

- c) **microimunofluorescência:** É o exame mais sensível para o diagnóstico de linfogranuloma venéreo.

Tratamento

Existe um tratamento específico para o linfogranuloma venéreo. Confira a seguir:

- a) Azitromicina 1 g, VO (dose única) ou;
- b) Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas (no mínimo por 14 dias) ou;
- c) Sulfametoxazol 800mg + trimetoprin 160 mg, VO, de 12/12 horas (no mínimo por 14 dias) ou;
- d) Tianfenicol 0,5 g, VO, de 8/8 horas (por 14 dias) ou;
- e) Eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 horas (por 14 a 21 dias).

2.4.7 Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV)

Os papilomavírus infectam o tecido epitelial causando as verrugas cutâneas e os papilomas de mucosas. Atualmente são identificados cerca de 70 tipos, que são responsáveis por quadros clínicos diversos, alguns com potencial oncogênico. As verrugas genitais, também conhecidas como condilomas acuminados, são consideradas doenças sexualmente transmissíveis. São caracterizadas por lesões vegetantes, róseas, única ou múltiplas, de tamanho variado, podendo desenvolver, assumindo um aspecto semelhante à couve-flor. Localizam-se mais frequentemente no homem na glande, no sulco bálano-prepucial e na região perianal, e na mulher na vulva, no períneo, na região perianal, na vagina e no colo.

Tratamento

Existe um tratamento específico para o Papilomavírus Humano (HPV). Confira a seguir:

- a) **Podofilina 10 - 25% em solução alcoólica:** Aplicar nas lesões protegendo com vaselina a área ao redor após 4 horas, lavar com água corrente. Repetir semanalmente, se necessário. Não aplicar em crianças, mulheres grávidas, no interior da vagina e/ou cérvix;
- b) **Ácido tricloroacético (ATA) a 50 a 70%:** Aplicar sobre a lesão e deixar secar. A lesão assumirá aspecto branco. Repetir semanalmente se necessário;
- c) **Eletrocauterização:** Exige equipamento específico e anestesia local;
- d) **Crioterapia com nitrogênio líquido:** Útil nas lesões queratinizadas e raramente necessita de anestesia. Depende de equipamento específico e exige razoável nível de treinamento;
- e) **Imiquimod a 5% em creme:** Aplica-se três vezes por semana, durante 4 a 16 semanas.

2.5 Alimentação Saudável e Distúrbios Alimentares

A adolescência é um período de crescimento rápido e de muitas modificações corporais, requerendo um aumento nas necessidades de energia e de nutrientes. Neste período, podem aparecer novos hábitos de consumo, inclusive com reflexos na alimentação diária, explicáveis por motivos psicológicos e sócioeconômicos. Estes novos hábitos decorrem da influência de amigos, rebeldia contra os controles exercidos pela família, estabelecimento de novos limites, mudanças de valores, estilos de vida, busca de autonomia e identidade.

As frequências crescentes do excesso de peso e da obesidade também preocupam, assim como o hábito de fazer regime para emagrecer que, especialmente entre as meninas, pode determinar níveis de ingestão inferiores aos recomendados e padrões alimentares inadequados. A necessidade de aportes energéticos para atender às exigências associadas ao aumento da atividade física e a aceleração do crescimento é fundamental na análise do comportamento alimentar e das exigências nutricionais dos adolescentes.

Uma alimentação sadia deve ser variada, incluindo alimentos de cada um dos três grupos básicos de nutrientes. Confira no quadro 6 os três grupos básicos de nutrientes.

Carboidratos e lipídios (açúcares e gorduras)

Respondem pela função energética ou calórica, garantindo a atividade do organismo e mantendo a temperatura do corpo (ilustrar pães);

Proteína

Função plástica ou de construção, elas possibilitam o crescimento e o desenvolvimento do organismo, incluindo a regeneração dos tecidos (ilustrar carnes, ovos);

Vitaminas e sais minerais

Sustentam a função reguladora, ou seja, o ritmo das reações celulares e das atividades biológicas, que ocorrem em todo o corpo (ilustrar frutas, verduras, cereais).

Quadro 6: Grupo básico de nutrientes.

Fonte: Do autor.

A alimentação deve ser rica em proteína, fibra, vegetais, frutas e alimentos que contenham cálcio (leite e derivados, vegetais verde-escuros), ferro (carne, cereais, aveia) e vitaminas (frutas, verduras, cereais).

Recomenda-se utilizar a pirâmide alimentar para informar sobre boas práticas alimentares. Esta apresenta a classificação dos alimentos em grupos nutricionais e em recomendações sobre o número de porções necessárias de cada grupo. É importante, ainda, estabelecer o hábito de se alimentar em horários regulares, o que costuma ser uma dificuldade para muitos adolescentes.

Na Atenção Básica, diferentes ações têm sido pensadas no sentido de estimular a autonomia das pessoas para a escolha e o favorecimento da adoção de práticas alimentares (e de vida) saudáveis.

São necessárias, também, ações educativas, orientação e acompanhamento para a prevenção das doenças mais prevalentes

relacionadas à alimentação e à nutrição (deficiências de micronutrientes, como ferro, iodo e cálcio, ácido fólico, vitamina A, à desnutrição e baixo peso, à obesidade e outras doenças crônicas não-transmissíveis e aos transtornos alimentares - anorexia, bulimia e outros).

A avaliação nutricional de indivíduos ou de populações pode ser definida como um conjunto de ações e procedimentos que têm por objetivo diagnosticar a magnitude, a gravidade e a natureza dos problemas nutricionais; identificar e analisar os seus determinantes, com a finalidade de estabelecer as medidas de intervenção.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é recomendado como um indicador antropométrico essencial durante a adolescência, porque é uma medida somática que reflete todos os compartimentos corporais, sendo influenciado também pela massa livre de gordura. Calcula-se o IMC pela divisão do peso em quilos pela altura em metros quadrados (Kg/m^2).

Para adolescentes, o IMC está significativamente relacionado à gordura subcutânea e total, sendo altamente específico para aqueles com grande quantidade de gordura corporal.

O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam as novas curvas lançadas em 2006, para adolescentes já presentes na Caderneta do Adolescente e recomendada para uso na Atenção Básica (BRASIL, 2009).

Segue a tabela 7 com classificação do estado nutricional em IMC, baseada nos estudos da OMS das novas curvas para o acompanhamento do crescimento de adolescentes.

Tabela 7: Classificação do estado nutricional em IMC para o acompanhamento do crescimento de adolescentes.

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
> Percentil 0,1 e < Percentil 3	> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
> Percentil 3 e < Percentil 85	> Escore-z -2 e < Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e < Percentil 97	> Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e < Percentil 99,9	> Escore-z +2 e < Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave

Fonte: Brasil, 2009.

2.5.1 O culto ao corpo e os distúrbios alimentares

Dentre as doenças relacionadas ao culto ao corpo está a vigorexia, que é a tentação de ganhar músculos, o que leva os jovens ao abuso de esteróides sem orientação médica.

Os efeitos colaterais podem ser devastadores: aumento de peso, aumento de massa muscular e óssea, tremores, acne severa, retenção de líquidos, virilização, dores articulares, aumento da pressão arterial, alteração do metabolismo do colesterol (diminuindo HDL, aumentando LDL, com aumento de doenças coronarianas), alterações de função hepática, icterícia e tumores de fígado, alterações no hemograma, estrias atróficas, exacerbações da apnéia do sono, maior tendência de lesões do aparelho oculomotor.

Os profissionais de saúde que atendem adolescentes devem questioná-los durante a consulta sobre o uso de esteróides e alertá-los que a prática de esporte é importante e que a atividade física deve ser supervisionada e ordenada, bem como a alimentação orientada.

Os distúrbios alimentares são também doenças relativas ao culto ao corpo. No módulo da saúde do adulto, você estudou em profundidade este tema, mas agora vamos revê-lo e relacioná-lo com a adolescência. Acompanhe, a seguir:

Obesidade

A mudança de comportamento das famílias (optando por fazer suas refeições fora de casa), bem como as mudanças socioculturais que vêm ocorrendo em nosso país, têm sido determinantes para o aumento da prevalência da obesidade e doenças associadas.

O tratamento para a obesidade deve ter abordagem de equipe multidisciplinar. A baixa oferta de ações primárias de alimentação e nutrição na rede de unidades básicas de saúde ou a sua baixa incorporação na atuação das equipes de saúde implica em limitar o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde.

A criação de espaços, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) possibilita a integração do nutricionista à equipe multidisciplinar para atuar em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF), o que pode fortalecer a atenção de forma mais adequada à obesidade.

Anorexia Nervosa

É um transtorno alimentar grave, com mortalidade de cerca de 20%. Inicia-se por volta de 13 anos, é mais comum em meninas, é uma doença crônica e de difícil controle.

A anorexia nervosa caracteriza-se por:

- a) perda de peso maior que 25% do peso corporal original;
- b) magreza e distorção de imagem;
- c) preocupação excessiva em não engordar, com adoção de dietas rígidas, jejum e fixação por conhecimento das tabelas de calorias;
- d) excesso de atividade física.

O tratamento deve ser realizado com reposição de micronutrientes, cálcio e antidepressivos (Clorpromazina, Amitriptilina e Fluoxetina), contraceptivo de baixa dosagem em pacientes com atividade sexual e orientação nutricional.



Saiba Mais

Em alguns casos, existe a necessidade de internação, como em tentativas de suicídio, IMC abaixo de 13 kg/m², necessidade de correção hidro-eletrolítica, hipotensão arterial, necessidade de dieta hipercalórica, correções metabólicas, quando a família ou paciente se recusam a colaborar.

DOMINGOS, P.; ESCRIVÃO, M. A. M. S.; OLIVEIRA, F. L. C. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EM: nutrição clínica.** São Paulo: Manole, 2008.

Bulimia nervosa

Inicia-se no final da adolescência, podendo ir até os 40 anos. É mais frequente em mulheres, que levam em média 5 anos para buscar ajuda. A bulimia nervosa caracteriza-se por:

- a) ataques de grande ingestão alimentar;
- b) episódios bulímicos, seguidos de vômitos por medo de ganhar peso;
- c) preocupação com aparência;
- d) baixa auto-estima;
- e) isolamento social;
- f) sentimento de culpa;
- g) excesso de atividades físicas e irritabilidade;
- h) interrupção da menstruação.



Saiba Mais

As consequências mais frequentes da bulimia são fraqueza, câimbras, amenorreia, dor de garganta e desgaste dentário, transtornos psiquiátricos. O tratamento deve ser feito por uma equipe multi e interdisciplinar.

ALLISON, S. P. et al. **Bases de nutrição clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

2.6 Imunização e adolescência

A partir de 2004, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1.602 de 17 de julho de 2008, passou a adotar três calendários obrigatórios de vacinação em todo o território nacional. Dentre eles está o Calendário de Vacinação do Adolescente (Quadro 8).

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
De 11 a 19 anos (na primeira visita ao serviço de saúde)	Hepatite B	1ª dose	Contra Hepatite B
	dT (Dupla tipo adulto) ⁽²⁾	1ª dose	Contra Difteria e Tétano
	Febre amarela ⁽³⁾	Reforço	Contra Febre Amarela
	SCR (Tríplice viral) ⁽⁴⁾	dose única	Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola
1 mês após a 1ª dose contra Hepatite B	Hepatite B	2ª dose	contra Hepatite B
6 meses após a 1ª dose contra Hepatite B	Hepatite B	3ª dose	contra Hepatite B
2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla tipo adulto)	2ª dose	Contra Difteria e Tétano
4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla tipo adulto)	3ª dose	Contra Difteria e Tétano
a cada 10 anos, por toda a vida	dT (Dupla tipo adulto) ⁽⁵⁾	reforço	Contra Difteria e Tétano
	Febre amarela	reforço	Contra Febre Amarela
(1)	Adolescente que não tiver comprovação de vacina anterior, seguir este esquema. Se apresentar documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado.		
(2)	Adolescente que já recebeu anteriormente 03 (três) doses ou mais das vacinas DTP, DT ou dT, aplicar uma dose de reforço. É necessário doses de reforço da vacina a cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves, antecipar a dose de reforço para 5 anos após a última dose. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.		
(3)	Adolescente que resida ou que for viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.		
(4)	Adolescente que tiver duas doses da vacina Tríplice Viral (SCR) devidamente comprovada no cartão de vacinação, não precisa recebê-la.		
(5)	Adolescente grávida, que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para cinco anos após a última dose.		

Quadro 8- Calendário de vacinação de adolescentes.

Fonte: Do autor.

Neste momento, é interessante que você retome o conteúdo a respeito de imunização do módulo Saúde da Criança, de maneira a visualizar a importância da continuidade da imunização na adolescência. Alguns destaques sobre a imunização nesta etapa da vida são apresentados.

Vacina Contra Hepatite B

Os órgãos de saúde estimam que a cada ano morrem 2 milhões de pessoas de Hepatite B em todo o mundo e que 200 milhões de seres humanos sejam portadores crônicos do vírus. Nos Estados Unidos, 300 mil pessoas são infectadas anualmente. Calcula-se que 90% dos casos de Hepatite B ocorram em adolescentes e adultos e que 75% se concentrem entre 15 e 39 anos.

O vírus da Hepatite B pode provocar as seguintes doenças: Hepatite aguda benigna, Hepatite fatal, hepatopatia crônica e carcinoma hepatocelular (ABUASSI, 2010).

Vacina Dupla Adulta (dT)

Dados do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Centros para o Controle e Prevenção da Doença (CDC) sugerem que a imunidade ao tétano varia com a idade. É essencial um reforço da dT para assegurar imunidade duradoura contra o tétano. Antecipar a idade de administração do primeiro reforço de 14-16 anos para 11-12 anos deverá aumentar a adesão e, conseqüentemente, reduzir a suscetibilidade dos adolescentes ao tétano e à difteria (ABUASSI, 2010).

Pacientes que não receberam nenhuma dose da vacina tríplice ou da vacina dupla infantil, ou cujo estado vacinal não seja conhecido, deverão realizar o esquema básico:

- a) três doses, com intervalo de dois meses (mínimo de um mês);
- b) três doses com intervalo de dois meses (mínimo de um mês) entre a primeira e a segunda dose, e de seis meses entre a segunda e a terceira dose.

É importante sabermos que existe uma dose apropriada de vacina para as gestantes. O objetivo da vacinação da gestante é a prevenção do tétano neonatal e na gestante.

- a) **para a gestante não vacinada, deve-se aplicar um esquema básico:**

as duas primeiras doses com intervalo de dois meses (mínimo de um mês), a terceira dose seis meses depois da segunda dose;

três doses de dois em dois meses (mínimo de um mês). A primeira dose o mais precoce possível e a terceira dose até 20 dias, no máximo, antes da data provável do parto.

- b) **gestante vacinada:** Na gestante que já recebeu uma ou duas doses da vacina contra o tétano, deverão ser aplicadas mais uma ou duas doses da vacina dT para se completar o esquema básico de três doses. Os reforços, de dez em dez anos, devem ser antecipados se ocorrer nova gravidez cinco anos ou mais depois da aplicação da última dose.

Vacina Tríplice Viral (Sarampo, Rubéola e Caxumba)

A Vacina do Sarampo evita o surto de sarampo na adolescência e na fase de adulto jovem. Existe um público que é considerado imune ao sarampo:

- a) pessoas que tiveram sarampo documentado pelo médico;
- b) pessoas com evidência laboratorial de imunidade;
- c) pessoas com imunização documentada (vacina de vírus vivo atenuado).

É relevante saber que podem acontecer reações adversas à vacina: pode surgir febre (que aparece após o sexto dia depois da vacinação e dura de um a dois dias) em 5 a 15 % dos casos, e 5% das pessoas vacinadas podem desenvolver exantema (ABUASSI, 2010).

Seguem algumas prevenções e contra-indicações que devem ser observadas:

- a) a vacina não deve ser aplicada em mulheres grávidas ou que estejam pensando em engravidar nos próximos três meses;
- b) não deve-se vacinar indivíduos com história de reação anafilática após ingestão de ovo de galinha ou reação a neomicina tópica ou sistêmica;
- c) nos casos em que houve administração de imunoglobulina, sangue total, ou plasma nos três meses anteriores a vacinação é contra-indicada (caso ocorra a administração de um destes produtos nos 14 dias que se seguem à vacinação, revacinar três meses depois);
- d) a vacina deve ser aplicada em portadores de tuberculose ativa não tratada.

A vacina contra rubéola evita, principalmente a rubeola congênita. Só devem ser considerados imunes os indivíduos que apresentarem documentação de imunização contra rubéola e/ou evidência laboratorial de imunidade.

Existem algumas recomendações a serem seguidas relacionadas à vacinação contra rubeola:

- a) deve-se vacinar adolescentes pós-púberes que não são imunes à rubéola;
- b) devem ser realizados testes sorológicos pré-maritais para identificação de adolescentes suscetíveis;
- c) deve-se realizar a vacinação no puerpério, antes da alta, nas mulheres suscetíveis;

- d) deve-se realizar a vacinação dos universitários e recrutas militares suscetíveis;
- e) deve-se avisar às mulheres que elas não podem engravidar num período de três meses após a imunização.

Apesar de a caxumba ser uma doença benigna, pode causar em adolescentes e adultos jovens, manifestações raras, porém graves, como a meningite asséptica, epidídimo-orquite, pancreatite, ooforite, tireoidite, nefrite e miocardite. As pessoas consideradas imunes são aquelas que apresentaram caxumba, imunização adequada para a idade e/ou evidência sorológica de imunidade (ABUASSI, 2010).

Vacina contra a Febre Amarela

Todas as pessoas maiores de 9 meses de idade que moram nas áreas com recomendação de vacina contra a Febre Amarela e os viajantes que se deslocam para essas áreas, que não foram vacinados nos últimos 10 anos, devem se vacinar contra a febre Amarela. A vacina confere proteção por 10 anos, após esse período, é necessário receber outra dose.

As pessoas que forem viajar para as áreas de risco devem se vacinar no mínimo 10 dias antes da viagem.

Considerando o recente e recorrente aumento da área de ocorrência do vírus da FA nas regiões Centro Oeste, Sudeste e Sul do país e diante da necessidade de conter a expansão da transmissão e se antecipar ao período de transmissão sazonal de 2009 e 2010, a área com recomendação de vacinação na rotina foi ampliada. Foram incluídos 271 municípios no Rio Grande do Sul, 44 em São Paulo, 11 em Santa Catarina e 4 no Paraná (BRASIL, 2009).

E não se esqueça: o Cartão de Vacina ou Atestado de Vacinação é um documento oficial comprobatório da situação vacinal de cada indivíduo, com validade em todo o país. A imunização protege os indivíduos de algumas doenças potencialmente graves para uma melhora da qualidade de vida. A equipe de saúde deve ter como uma de suas prioridades a verificação do cartão vacinal e a imunização adequada de seus usuários (ABUASSI, 2010).

2.7 Afecções Dermatológicas Comuns na Adolescência

O amadurecimento do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas dá início a modificações hormonais, que desencadeiam a puberdade. A

liberação de estrógenos, progesterona, testosterona e andrógenos pelos ovários, testículos e supra-renais pode levar ao aparecimento de manifestações cutâneas características da adolescência, como acne, lipodistrofia ginoide e bromidrose.

Na seqüência apresentamos as manifestações cutâneas:

a) **Acne Vulgar ou Juvenil:** Afecção comum, que acomete 85% a 90% da população de 11 a 20 anos, em algum momento de sua vida. Os meninos têm formas mais graves e por menor tempo e as meninas tem formas menos severas e com maior duração. Inicia-se 1 a 2 anos antes da puberdade e a prevalência maior é no estágio IV de Tanner. Sua suscetibilidade é determinada geneticamente. Doença crônica e inflamatória que acomete folículos pilo-sebáceos na face e tronco e caracterizados por comedões, pápulas, pústulas, nódulos e cicatrizes. Os estigmas físicos e psicológicos podem ser prevenidos por instituição de terapêutica precoce.

Os tratamentos podem acontecer por meio de medicações gerais, como a higienização suave da pele com sabonete esfoliante, protetor solar na forma de gel ou loção, durante o dia a medicações tópicas e sistêmicas.

b) **Hiperidrose e Bromidrose:** A hiperhidrose é a produção excessiva de suor que ultrapassa a necessidade de termo-regulação. Pode iniciar na infância, mas se acentua na adolescência. A forma palmar é a mais constrangedora e pode acarretar isolamento social. Bromidrose é odor excessivo e desagradável na adolescência. Quando primária é por disfunção do sistema nervoso autônomo e secundária por obesidade, drogas e alterações endócrinas ou neurológicas. O tratamento poder ser tópico, sistêmico, cirúrgico e psicoterápico.

c) **Estrias:** Mais comuns no sexo feminino, são decorrentes de um processo inflamatório que rompe as fibras de colágeno formando cicatrizes atróficas ou hipertróficas e hipocrômicas. São definitivas e na puberdade o estirão do crescimento favorece a hiperexcintensibilidade da pele, facilitando seu aparecimento. Podem estar associadas ao aumento de peso (obesidade ou musculação). O tratamento deve ser realizado a base de ácido retinóico, peelings, tretinoína, ácido glicólico, reosorcina e laser.

d) **Lipodistrofia Ginoide - “Celulite”:** Distrofia dermo-epidérmica com desorganização vascular e retenção de líquidos. Mais comuns nos quadris, nas nádegas e nos membros inferiores.

Existe uma predisposição hereditária e o fator desencadeante é o hiperestrogenismo. Para tratar as celulites, deve-se evitar o aumento de peso, praticar exercícios e manter uma dieta equilibrada com pouco sal. A drenagem linfática auxilia no processo da melhora das celulites, bem como drogas como xantinas, aminofilina, adrenalina e/ou cafeína.

SÍNTESE DA UNIDADE

Na unidade 2 compreendemos aspectos relativos à sexualidade do adolescente, desde o crescimento até as primeiras manifestações e experiências sexuais. Estudamos, por fim, aspectos do acompanhamento da gravidez na adolescência, e refletimos sobre os argumentos justificam tomá-la como um problema e porque. Fizemos também uma revisão sobre o tratamento das DSTs, sobre a necessidade e os benefícios de uma alimentação balanceada, os distúrbios alimentares; sobre a vacinação nesta etapa da vida. Claro que destacamos alguns agravos e situações que requerem grande atenção por parte dos profissionais de saúde. A análise da situação dos adolescentes de sua área de abrangência poderá revelar a necessidade de muitas outras discussões e reflexões por toda a equipe de sua Unidade.

Continue empenhado em sua capacitação e fique atento à próxima unidade para desenvolver suas competências profissionais!

REFERÊNCIA

ABUASSI, C. **Imunização em adolescentes**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp/tc_24.html>. Acesso em: 24 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 7. ed. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1762/gonorreia.htm>>. Acesso em: 24 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde de Adolescente e Jovem. **Caderneta de saúde do adolescente**. Brasília, 2009. No prelo.

FREUD, S. **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Delta, 1958.

HEILBORN, M. L. (Org.). **Sexualidade**: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. Cap. 2, p.77-153: Sexualidade e juventude.

HEALTH, EMPOWERMENT, RIGHTS, AND ACCOUNTABILITY. **Salud, y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres**: hora de acción. New York: HERA/Internacional Women's Health Coalition, [199?].

MANDÚ, E.N.; PAIVA, M.. Consulta de Enfermagem e adolescentes. In.: RAMOS, F. (Org) **Adolescer – compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn, 2001.

MANDÚ, E.N.; Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução. In: RAMOS, F. (Org) **Adolescer – compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn, 2001.

MANDÚ, E.N. **Gravidez na adolescência**: um problema? Acolher. Brasília: ABEn, 2000. P. 88 a 92

MIRANDA, A. T. C. de; BOUZAS, I. C. da S. **Gravidez**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp/tc_18.html>. Acesso em: 25 maio 2010a.

PEREIRA, S. M.; HIRATA, M. C.; FERRIANI, M. das G. C. Violência sexual. In.: RAMOS, F. (Org) **Adolescer – compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn, 2001.

RECOMMENDATIONS OF THE ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES. **Prevention and control of Influenza:** Part 1, Vaccines. Morbidity and Mortality Weekly Report, Florida, v. 42, p. 1-14, 1993.

WEREBE, M. J. G. Estudo sobre a sexualidade do adolescente: análise crítica. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 31, p. 373-381, 1979.

UNIDADE 3

MÓDULO 10

3 VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Na Unidade 3 entenderemos a importância de discutir o tema violência na adolescência. Veremos que a influência de comportamentos não saudáveis dos adolescentes têm gerado mudanças, refletindo no aumento da violência em várias formas.

Esta variação apresentada, dificulta a análise das causas e a proposta de medidas de prevenção e promoção para sua extinção.

A violência quando atinge crianças, adolescentes e jovens, deixa sequelas na vida adulta, que impedem, muitas vezes, o desenvolvimento da autoestima e da liberdade. Interferem no sucesso profissional e social, afrontando o direito a um desenvolvimento saudável, tão necessário para alcançar bons projetos de vida pessoal e social.

Estudiosos são unânimes em afirmar sobre o caráter polissêmico e controverso da violência, tanto envolvendo ações de indivíduos, grupos, classes ou nações. Para MINAYO et al (1999), não podemos falar de violência como fato isolado, mas como “violências”, que expressam conflitos sociais, se enraízam nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais.

Veremos o quanto o adolescente está mais exposto e vulnerável a violência em suas diversas formas, sendo atingido por ela nos espaços do trabalho, da escola, da família, da vida social em geral.

Os objetivos específicos desta unidade são:

- a) reconhecer a existência da violência contra o adolescente no Brasil;
- b) explorar aspectos relativos ao álcool e às drogas que permeiam o mundo adolescente;
- c) compreender as práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos, voltadas a este foco;
- d) identificar as políticas públicas para os adolescentes e
- e) viabilizar formas de exercitá-las no dia a dia profissional.

3.1 Promoção, Prevenção e Atenção à Saúde dos Adolescentes Relacionados ao Álcool e às Drogas

A utilização de substâncias psicoativas perpassa a história da humanidade, sendo utilizado por diversas civilizações. Para a Organização Mundial de Saúde, 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independente da idade, do sexo ou do nível instrucional (BRASIL, 2003). Em relação ao consumo de álcool, evidencia-se que o mesmo é um fator agravante e causador de doenças e comportamento de violência.

A utilização de drogas ilícitas pode ter uma relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde dos adolescentes, jovens e adultos, expressos em acidentes de trânsito, agressões e distúrbios de conduta, ao lado de comportamentos de risco no âmbito sexual e a transmissão do HIV, pelo uso de drogas injetáveis (evoluindo para a condição de dependência química).

As substâncias psicoativas devem ser analisadas sob a dimensão legal (que diferencia quais são as lícitas e as ilícitas), a dimensão moral (como a sociedade aceita e enfrenta a questão) e a científica (que permite avaliar o problema do ponto de vista epidemiológico e dos danos provocados). Todas essas dimensões remetem a muitos outros aspectos. Assim, por exemplo, o consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes deve articular, de modo cuidadoso e não reducionista, questões como: as mortes associadas ao processo de violência urbana; a epidemia pelo HIV/aids neste grupo populacional; outros agravos à saúde física e mental que definem padrões de morbimortalidade (PEREIRA, 2001).

Diante de uma realidade de injustiça social, muitos adolescentes e jovens de baixa renda confundem esperanças e decepções, adquirindo uma percepção de que não se tornarão sujeitos de sua história pelo caminho “moral” e “ético”, especialmente quando a própria sociedade, que estabelece os padrões morais, também afronta direitos, exclui oportunidades e pratica a injustiça. Muitas vezes, os jovens não conseguem verbalizar suas frustrações, ou sem opção de sobrevivência são explorados pela rede de criminalidade, colocando em risco seu futuro percorrem o perigoso caminho das drogas.

Pouco a pouco, as drogas deixaram sua função integradora mágica ou social para se transformarem em produto altamente lucrativo. O uso das drogas ilegais (ilícitas) como a maconha, LSD, cocaína, morfina, heroína, crack, ecstasy, solventes, alucinógenos, e tantas outras

estimulam o tráfico, enriquecem o crime organizado e aumentam a corrupção. Mesmo as drogas lícitas (fumo, álcool, anorexígenos, sedativos) são substâncias químicas que causam alterações na mente e no corpo de uma pessoa.

Passos (2008) aborda que o uso de substâncias psicoativas pelos jovens tem aumentado, apesar dos riscos e medidas preventivas e educativas que têm sido implementadas. Os profissionais de saúde envolvidos no atendimento primário a crianças e adolescentes devem ser capazes de identificar os estágios progressivos do abuso de substâncias, bem como as manifestações de intoxicação e abstinência das diversas drogas, como estimulantes, depressores e perturbadores do sistema nervoso central.

3.1.1 O Uso e o Abuso de Substâncias Psicoativas

A etiologia do abuso de substâncias pelos adolescentes é complexa e ainda necessita ser melhor explorada. Como problema multifatorial, engloba fatores genéticos ou familiares, influências dos grupos, traços individuais, influências sociais e psicológicas. Para uma avaliação criteriosa, é importante diferenciar o que é uso, abuso e dependência.

O uso ou experimentação de psicoativos (uso na vida) limita-se até cinco vezes na vida e não produz consequências para o indivíduo. Quando o uso acontece mais de seis vezes no mês, é considerado frequente. O abuso pode evoluir rapidamente para a dependência, mesmo em situações de usos recentes, e traz consequências a médio e longo prazo. As repercussões do consumo no estilo e na qualidade de vida dos adolescentes podem indicar a ocorrência de dependência.

Tanto em situações de uso, abuso ou dependência, a intoxicação pode acontecer em função da dose. São utilizados sete indicativos como critérios de avaliação, sendo que a presença de três ou mais destes, num período de doze meses, caracteriza a situação de dependência (Pereira, 2001b). São eles:

- 1) compulsão pelo uso;
- 2) consciência da compulsão;
- 3) consumo além do pretendido;

- 4) tentativas sem sucesso para reduzir a quantidade de consumo;
- 5) diminuição do tempo dedicado ao lazer, trabalho ou escola para obter ou consumir psicoativos;
- 6) consumo para aliviar abstinência;
- 7) necessidade de aumentar as doses para obter o mesmo efeito.

A seguir, confira os fatores que influenciam o consumo de entorpecentes:

Fatores Predisponentes

- a) uso descontrolado de medicamentos relaxantes, soníferos, afrodisíacos e diminuidores de apetite;
- b) influência da mídia, ligando o sucesso, a independência, o exercício da sexualidade com o hábito de fumar e de beber;
- c) influências sociais e ausência de orientação e apoio familiar (pode haver, ainda, história de abuso físico ou sexual na infância dos jovens que utilizam álcool e drogas).

Fatores de Riscos

Filhos de pais que bebem ou usam drogas têm um risco quatro vezes maior de beber, se comparados com outros adolescentes.

- a) influência dos modismos, pressão dos grupos de amigos, influência de ídolos, familiares e amigos, evasão escolar e de casa, baixo rendimento escolar, facilidade em usar substâncias, pouca integração na família e na sociedade, pouca informação sobre drogas, insegurança, sintomas depressivos, auto-estima baixa, dificuldade em lidar com frustrações, predisposição genética familiar e ausência de projeto de vida;
- b) traços de personalidade infantil e agressiva, problemas de controle emocional e de relação interpessoal;
- c) fatores de proteção.

Fatores de proteção.

- a) monitoramento familiar constante;
- b) vínculo familiar de afeto, forte ligação saudável com os pais, confiança e apoio, estabelecimento de regras e limites, respeito à autonomia do adolescente (sem superproteção e sem liberdade excessiva);
- c) bom rendimento escolar, compromisso com os estudos;
- d) participação comunitária, envolvimento regular com atividades religiosas e escolares organizadas;
- e) valores pessoais, autoestima positiva;
- f) informações verdadeiras sobre o uso/abuso de substâncias;
- g) confiança nas expectativas, normas e valores gerais da sociedade.

3.1.2 Tipos de Drogas

As drogas psicoativas são classificadas em três grupos, de acordo com a atividade que exercem no cérebro:

- a) drogas depressoras do sistema nervoso central;
- b) drogas estimulantes do sistema nervoso central;
- c) drogas perturbadoras do sistema nervoso central (alucinógenas).

As drogas depressoras são substâncias que diminuem a atividade cerebral, deixando os estímulos nervosos mais lentos. Ocorre no início um efeito euforizante no usuário, depois sonolência.

Os estimulantes centrais ou psicoanalépticos são substâncias capazes de aumentar a atividade cerebral. Há aumento da vigília, da atenção, da aceleração do pensamento e da euforia. Seus usuários tornam-se mais ativos, “ligados”.

As drogas perturbadoras do sistema nervoso central, alucinógenas ou psicodislépticas são aquelas relacionadas à produção de quadros de alucinação ou ilusão, geralmente de natureza visual. Os alucinógenos não possuem utilidade clínica (como os calmantes), tampouco podem ser utilizados legalmente (como o álcool, o tabaco e a cafeína).

3.1.3 Consequências do Consumo de Drogas

O consumo de drogas, principalmente pelos adolescentes, pode trazer consequências e riscos para saúde, como acidentes de trânsito e brigas, violência, intoxicações, problemas de saúde mental, física e convívio social. Além destas, o consumo prolongado e constante de drogas pode interferir na autoestima, no autocuidado, no humor, na personalidade, no desenvolvimento cognitivo e de aprendizagem, no desempenho profissional, nas relações familiares e sociais e na incidência de doenças sexualmente transmissíveis, como a Aids.

O quadro 9 a seguir demonstra o reconhecimento de complicações conhecidas de morbi-mortalidade ligada ao abuso de substâncias tóxicas à saúde dos adolescentes.

ALTERAÇÕES FÍSICAS	HÁBITOS PESSOAIS	DESEMPENHO ACADÊMICO	COMPORTAMENTO PSICOLÓGICO
Emagrecimento	Uso de colírios	Redução da memória para fatos recentes	Comportamentos arriscados
Hipertensão	Alterações do padrão de sono e apetite	Raciocínio prejudicado	Oscilações do humor
Olhos vermelhos	Menos atenção com a higiene	Repetência	Depressão
Irritação nasal	Perda de interesse por esportes	Falta às aulas/vadiagem	Reação de pânico
Resfriados ou alergias/sibilos	Amigos/interesses novos	Problemas com os professores	Paranoia
Rouquidão/tosse crônica	Mudança no vestuário	Suspensão	Problemas com amigos ou família
Picada de agulha	Interesses musicais novos	Expulsão	Furto

Quadro 9: Indícios clínicos de abuso crônico de substâncias pelos adolescentes.

Fonte: Passos, 2008.

3.1.4 Tratamento

A recuperação adequada para um dependente químico deve ser orientada por um profissional especializado, pois só ele pode fazer uma avaliação correta e encaminhar a um tratamento que varia de pessoa para pessoa.

Não podemos esquecer que a luta contra a compulsão pelas drogas não é simples nem imediata e depende da vontade do usuário. Muitas vezes nem a vontade do dependente é suficiente, há casos em que ele quer e não consegue, por isso é importante a orientação do especialista.

O tratamento pode ser realizado através de acompanhamento médico e psicológico, por grupos de autoajuda e, para casos extremos, existem clínicas especializadas para internação.

A internação em clínicas e hospitais geralmente é encarada como um último recurso. No Brasil, existem excelentes instituições e comunidades terapêuticas especializadas como o Centro de Tratamento em Adicções, Álcool e Drogas (CENTRAD), o Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) e a Associação Parceria contra as Drogas.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01 (BRASIL, 2001), busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Um dos objetivos do CAPS é incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa “De Volta Para Casa”, que incluem o adolescente.

As intervenções voltadas para adolescentes devem levar em conta as particularidades dessa faixa etária. A resistência que o adolescente sente ao admitir o uso de drogas, associado à crença onipotente de que “não precisa de ajuda”, ou “paro quando quiser”, dificultam a procura de auxílio em fase inicial do problema. O sentimento de desconfiança e temor é muito frequente entre os jovens usuários e, portanto, devem ser ainda mais acentuados os cuidados com o estabelecimento de vínculos de confiança, aceitação, empatia e sigilo.

3.1.5 Prevenção do Uso de Drogas

Algumas ações voltadas para a prevenção do uso de drogas são bem-vindas. Algumas são dirigidas para os adolescentes com ou sem histórico de uso, como;

- a) discussão do tema “drogas” nos grupos de adolescentes, incluindo álcool e tabaco;
- b) motivação dos jovens para que façam opções sensatas, adotem hábitos e comportamentos saudáveis;
- c) identificação dos problemas relacionados com abuso de substâncias psicoativas.

Outras ações podem se dirigir para indivíduos em grupos em tratamento ou acompanhamento:

- a) diminuição do uso experimental e esporádico de drogas;
- b) orientação quanto as consequências do uso de forma regular;
- c) apoio para a reestruturação das vidas dos adolescentes que apresentam dependência ou abuso de substâncias;
- d) garantia de apoio e orientação aos adolescentes que apresentam uso eventual ou abusivo, ou ainda dependência química de drogas lícitas ou ilícitas, encaminhando-os para um serviço especializado;
- e) estabelecimento de um vínculo de confiança com o adolescente;
- f) avaliação do espaço ocupado pela droga na vida do adolescente;
- g) identificação da presença de transtornos de humor, depressão maior, transtornos de conduta e riscos de suicídio;
- h) realização de tratamento por equipe multiprofissional, incluídas as famílias nesta prática.

Veja a seguir algumas importantes recomendações e sugestões de Pereira (2001b), envolvendo o suporte familiar, o acolhimento de necessidade e demandas e o acompanhamento físico-emocional de jovens em situação de uso e abuso de substâncias psicoativas.

Suporte familiar

- a) Incentivar o processo de comunicação familiar com base na amorosidade;
- b) Valorizar a participação da família no processo de tratamento de dependência de substâncias psicoativas;
- c) Estimular os pais que consomem tabaco a suspender o seu uso para reduzir a exposição passiva dos demais membros da família;
- d) Orientar adolescentes grávidas e seus familiares sobre a exposição do bebê, desde a vida intrauterina, aos efeitos de substâncias psicoativas;
- e) Resgatar a autoestima da família e ressaltar sua capacidade para ajudar o adolescente usuário, abusador ou dependente de substância psicoativa.

Acolhimento dos sujeitos e de suas necessidades e demandas:

- a) Acolher o adolescente através de uma atitude não julgadora ou preconceituosa;
- b) Garantir privacidade na assistência;
- c) Dar atenção à expressão de seus sentimentos e experiências;
- d) Práticas educativas e de comunicação em saúde;
- e) Promover a capacitação de profissionais de saúde, educação, lideranças comunitárias, conselheiros tutelares acerca da prevenção e manejo de situações de consumo de psicoativas;
- f) Divulgar a inter-relação entre consumo de substâncias psicoativas e outros agravos à saúde dos adolescentes;
- g) Divulgar fatores de risco e fatores protetores relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, para identificar adolescentes vulneráveis;
- h) Promover campanhas de conscientização sobre os efeitos do tabaco, adotando o calendário do Ministério da Saúde, que ocorre nos dias 31 de maio - Dia Mundial sem Tabaco, e dia 29 de agosto - Dia Nacional de Combate ao Fumo;
- i) Promover palestras e debates sobre o tema para educadores e outros profissionais que trabalham com adolescentes;
- j) Utilizar os diversos meios de comunicação disponíveis em cada comunidade para divulgar informações sobre o tema e serviços disponíveis para atendimento.

Acompanhamento físico-emocional

- a) Prestar assistência de qualidade aos adolescentes que consomem substâncias psicoativas;
- b) Identificar situações de uso e experimentação e atuar para evitar a dependência;
- c) Realizar consulta de enfermagem e identificar através da anamnese e exame físico possíveis evidências de consumo de substâncias psicoativas;

d) Atentar para as seguintes alterações:

Sinais: emagrecimento, hipertensão, olhos vermelhos, irritação nasal, resfriados constantes ou alergias e sibilos, rouquidão e tosse crônica, hemoptise, dor torácica e vestígios de picada de agulha.

Comportamento: desinibição, letargia, hiperatividade ou agitação, sonolência ou hipervigilância, problemas com os professores, falta às aulas, suspensão, repetência e expulsão escolares; problemas na família, envolvimento em episódios de violência; afogamentos e acidentes de trânsito principalmente quando há traumatismos.

Cognição: alteração da capacidade de concentração e atenção, redução no desempenho acadêmico, repetência escolar; alteração na memória imediata e distúrbio no conteúdo do pensamento com idéias delirantes de cunho persecutório.

Humor: oscilações de humor (depressão e/ou euforia), reação de pânico.

Hábitos pessoais: uso de colírios; alterações no padrão de sono e apetite; descuido da higiene; desinteresse pela prática de esportes e por amigos antigos; apatia; mudanças no tipo de vestuário e nas preferências musicais.”

Apresentamos então, várias indicações de sinais que podem alertar o profissional do ESF sobre o uso de drogas por adolescentes. Abordaremos de forma sucinta os fatores predisponentes e fatores de risco, com apresentação de quadro com os indícios clínicos de abuso crônico de drogas por adolescentes. Também ressaltamos a importância do suporte familiar e fatores de proteção. Todas estas questões podem e devem contar com a interferência e motivação do profissional de saúde. As drogas, uso, abuso ou dependência na adolescência são questões de saúde pública e merecem a atenção do profissional do ESF.

3.2 Acidentes na Adolescência

Os acidentes na adolescência constituem um dos principais problemas de saúde pública, no Brasil. Na adolescência, o espaço extra-domiciliar é o local de maior incidência de acidentes e violência. Tais eventos são passíveis de prevenção por intermédio da educação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas. Devem ser implementadas políticas de saúde e educação para prevenir os acidentes e a violência que tem sido importante causa de mortalidade dos jovens brasileiros.

O problema dos acidentes e da violência deve ser abordado a partir do contexto concreto de vida dos diferentes grupos da população, dos tipos de violência, no âmbito das relações pessoais, institucionais e sociais. A violência está relacionada aos direitos humanos, à pluralidade e à diversidade da vida nas sociedades atuais, ao poder e à desigualdade. Estes fatores relacionam-se também ao problema da urbanização acelerada e desorganizada, até às demandas por educação, saúde e oportunidades no mercado de trabalho, implícitos no processo de geração de vulnerabilidades diferenciadas, exclusão social e exposição a antigos e novos agravos à saúde (CARTANA; RAMOS, 2005).

Tratando-se dos dados de mortalidade dos adolescentes, revela-se que o número de mortes de homens adolescente é três vezes superior ao das mulheres. As causas externas (acidentes e violências) se configuram como principal causa de morte, sendo maior entre os homens. A causa principal da mortalidade das mulheres adolescentes está relacionada à gravidez, ao parto e ao puerpério, que se remetem não só as condições e à qualidade de assistência à saúde materna, mas também às condições sociais, culturais e de saúde das mulheres (CARTANA; RAMOS, 2005).

Os acidentes podem ser definidos como a cadeia de eventos que ocorre em um período relativamente curto de tempo (minutos). O acidente não é desejado conscientemente, começa com a perda de controle do equilíbrio entre um indivíduo (vítima) e seu sistema (ambiente) e termina com a transferência de energia (cinética, química, térmica, elétrica ou radiação ionizante) do sistema do indivíduo, ou bloqueio dos seus mecanismos de utilização de tal energia.

Os acidentes e a violência configuram um conjunto de agravos à saúde, que podem ou não levar ao óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais, devido ao trânsito, ao trabalho, às quedas, aos envenenamentos, aos afogamentos e a outros tipos de acidentes e às causas intencionais (agressões e lesões auto-provocadas). Esse conjunto de eventos é classificado sob a denominação de causas externas.

Tipos de Acidentes

Os tipos de acidentes estão diretamente relacionados às faixas etárias e às fases de desenvolvimento. Na infância predominam os acidentes domésticos, enquanto que nos adolescentes os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade.

A maioria dos acidentes domésticos que ocorrem com crianças e adolescentes é passível de prevenção por intermédio de atividades de promoção da saúde e educação em saúde. Além disso, o cumprimento de leis específicas (por exemplo, as relativas a embalagens de medicamentos, dos frascos de álcool e outras) pode evitar inúmeros acidentes na adolescência.

Na criança pré-adolescente e adolescente inicial (10-14 anos), as atividades físicas extenuantes tornam-se comuns e a incidência de lesões desportivas aumenta intensamente. Os hobbies e as atividades científicas são iniciadas e os valores e o discernimento tornam-se fatores na tomada de decisões e na aceitação de riscos. Nesta fase da vida, podem ocorrer lesões relacionadas a armas de fogo.

E nesta fase da vida que a maioria dos hobbies e atividades científicas se iniciam e com elas a experiência da tomada de decisões e aceitação dos fatores de risco. Muitas vezes os adolescentes não tem discernimento nem valores consolidados para tais riscos, aumentando as possibilidades de acidentes.

Nos adolescentes acima de 14 anos de idade, os esportes organizados e o ingresso ao mundo profissional (geralmente com emprego de

meio período) configuram outros tipos de riscos. A pressão dos pais e a necessidade. A pressão dos pares e a necessidade de sentir-se confortável e aceito dentro de um grupo podem acarretar lesões relacionadas ao abuso de substâncias ou álcool, bem como a agressões e homicídio.

A dificuldade em encontrar o seu papel em grupos de pares, família, escola e sociedade, em geral, podem fazer com que os adolescentes adoçam, sofram de depressão e tenham atitudes auto-destrutivas ou lesões intencionais, às vezes culminando com o suicídio.

O suicídio é referido como a segunda causa de morte mais prevenível e os adolescentes estão entre os grupos mais suscetíveis.

Existem explicações que valorizam os aspectos psiquiátricos, psicológicos e sociológicos, mas é na confluência destes fatores que podemos compreender melhor o fenômeno. Alguns eventos precipitantes, que precedem o comportamento suicida, podem ser reconhecidos. Tanto a família quanto os profissionais de saúde podem contribuir para que o jovem busque as soluções dos seus problemas e novas expectativas de vida. A família, muitas vezes, também precisa de ajuda, para que possa ajudar o jovem a lidar com seus próprios sentimentos (de negação, raiva, vergonha, culpa e medo). Muitas vezes estes jovens acreditam que são um peso para suas famílias, sentindo-se não aceitos e culpados, sem esperança ou confiança em si mesmos (PEREIRA, 2001b).

Veja alguns indicadores associados às situações autodestrutivas apontados por Infante (2001, p. 403).

- a) Comportamento em classe - declínio na produção, absenteísmo, pouca concentração, comportamentos rebeldes repentinos, temas sobre a morte dominando a produção, perda de interesse em atividades previamente prazerosas;
- b) Comportamento interpessoal - abandono das relações, mudanças repentinas nas relações, evitação de envolvimento e de ser tocado. Podemos incluir, aqui, também a perda de uma pessoa querida, suicídios recentes de amigos ou parentes, ruptura com o namorado ou namorada, exposição à violência, incesto ou estupro e situações de desapontamento ou humilhação.

- c) Situações físicas - o abuso de substâncias psicoativas, gravidez indesejável, entre outras.
- d) Expressões verbais de tentativa de suicídio ou depressão - afirmações diretas de intenções ou formulações indiretas do tipo “ninguém se importa se estou vivo ou morto”.
- e) Comportamento em casa - depressão ou doença mental na família, incesto ou abuso, relacionamento parental conflitante, falta de comunicação, exagerada pressão no sentido do “desempenho”

A atenção a jovens nesta situação é um grande desafio aos serviços de saúde, especialmente porque os profissionais sentem-se impotentes e despreparados, até mesmo para reconhecer o risco presente. Assim, mesmo que aqui não tenhamos uma unidade especialmente dedicada ao tema, cabe alertar para sua importância.

Os cuidados básicos com os seres humanos em risco de suicídio incluem: utilizar a relação pessoa-pessoa; não julgar; adquirir confiança pela empatia; respeitar a privacidade; dar atenção; procurar fazer aliança com a família; oferecer apoio e encaminhar para assistência competente (PEREIRA, 2001b, p.125)

3.3 Arcabouço legal e políticas públicas para a adolescência

Objetivando exercer o papel dos profissionais de saúde, seguindo o princípio da integralidade do SUS, dentro da Estratégia Saúde da Família e verificando a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade da perspectiva de vida dos adolescentes como prostituição, drogadição, baixo rendimento escolar, alto índice de desistência escolar e tantos outros problemas é que se torna importante trabalhar com a população.

Segundo Raupp e Milnitsky-Sapiro (2005, p. 1), “os textos que regulamentam as Políticas Públicas fazem apenas alusões à importância de contemplar ações específicas a esse público, sem que especifiquem ou regulem essas práticas.” Isto quer dizer que as Políticas Públicas são destinadas apenas aos adolescentes considerados em situação de risco, muitas vezes, relacionados às condições socioeconômicas, e que visam à prevenção ou tratamento

desta situação. Verificamos que os adolescentes são considerados um grupo de risco, pois estão mais vulneráveis ao contato com as drogas, com a violência, com a gravidez e com doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Os direitos das crianças e dos adolescentes estão assegurados mundialmente pela convenção dos direitos humanos e pelos protocolos facultativos reafirmados pelo Brasil na Constituição Federal (BRASIL, 2008), no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), bem como em políticas setoriais do governo referentes à área de saúde.

O Programa Nacional dos Direitos Humanos, criado pelo Decreto 4229, de 13 de maio de 2002, também trata o adolescente. O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA - reúne diferentes áreas de governo e entidades não-governamentais com finalidade de promover e universalizar direitos em um contexto de desigualdades, de proteção e defesa no enfrentamento das violações de Direitos Humanos, de fortalecer o sistema de garantias de direitos e a participação de crianças e adolescentes em espaços de construção da cidadania. O ECA constitui um conjunto de normas do ordenamento jurídico brasileiro que tem como objetivo a proteção integral da criança e do adolescente, aplicando medidas e expedindo encaminhamentos. O ECA foi instituído pela Lei 8.069 do dia 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990), que regulamenta os direitos das crianças e dos adolescentes inspirado pelas diretrizes fornecidas pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2008), internalizando uma série de normativas internacionais:

- a) declaração dos Direitos da Criança;
- b) regras mínimas das Nações Unidas para administração da Justiça da Infância e da Juventude;
- c) diretrizes das Nações Unidas para prevenção da Delinquência Juvenil.

O ECA estabelece que é dever da família, da comunidade, da sociedade como um todo e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde das crianças e adolescentes. Isto inclui a prioridade de proteção e socorro em quaisquer circunstâncias e a preferência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública. O ECA

define, ainda, as obrigações de profissionais de saúde e educação frente aos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos de violência, intra-familiar ou não contra a criança e o adolescente. Os casos de violência sexual são previstos pelo Código Penal Brasileiro, definindo estupro, violência presumida, atentado violento ao pudor, hebefilia e assédio sexual, determinando a notificação obrigatória do mesmo e as penalidades para os casos de omissão.

Apesar de o Brasil dispor de um arcabouço constitucional e legal, além daqueles específicos dos âmbitos da saúde e da educação, a garantia dos direitos de cidadania para todos os adolescente e jovens é um grande desafio. A atenção integral acessível e que realmente modifique sua vulnerabilidade ainda exige estratégias de efetivação e ampliação dos resultados a diferentes contextos.

Se a complexidade dos temas e das situações que envolvem a saúde do adolescente e do jovem requer especial atenção por parte dos profissionais da saúde, quando se trata de portadores de deficiência visual, auditiva, mental, motora, física, estas demandas se complexificam ainda mais. Os profissionais da saúde, como cuidadores, devem buscar o desenvolvimento e a integração social dos adolescentes, reconhecendo necessidades específicas, possibilidades e recursos de apoio.

O profissional de saúde, frente ao adolescente deficiente, pode diminuir os conflitos e as inquietações que os acompanham e, dessa forma, consegue auxiliá-los no exercício de uma vida e, principalmente, de uma sexualidade livre de preconceitos e mal entendidos.



Saiba Mais

Acesse a Revista oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro:

ADOLESCÊNCIA & SAÚDE. Disponível em: <<http://www.nesa.uerj.br/>>

Acesso em: 14 jun. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Na unidade 3, aprendemos que a violência na adolescência é uma grave realidade. Vimos como o álcool e as drogas influenciam para o comportamento violento dos jovens. Tratamos do arcabouço legal e políticas específicas que visam proteger e garantir os direitos de cidadania dos adolescentes.

Aproveite tudo o que você aprendeu aqui e coloque em prática na sua rotina profissional!

CARO(A) ESPECIALIZANDO(A)

Chegamos ao final do Módulo 10, que teve como foco central a Atenção à Saúde do Adolescente. Entre os conteúdos abordados e distribuídos em 3 unidades, vimos, em uma primeira parte, quem é o adolescente, o cuidado da atenção que a equipe de saúde deve destinar a esta população, assim como conteúdos relacionados as transformações físicas, emocionais e biopsicosociais do crescimento e desenvolvimento dos adolescentes. Na segunda parte, discutimos os temas da saúde sexual e reprodutiva, da gravidez na adolescência, das doenças sexualmente transmissíveis, além da importância da alimentação e de distúrbios correlacionados, da imunização, entre outros. Na terceira parte, enfocamos sobre o consumo de substâncias psicoativas, violência, acidentes, que estão na origem de importantes problemas vividos pelos adolescentes. Destacamos sobre as principais políticas públicas destinadas ao adolescente como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Mantenha-se atento em todas as etapas do curso, sua dedicação vai proporcionar uma aprendizagem de melhor qualidade. Sucesso nesta caminhada.

REFERÊNCIAS

BASTOS, A. L. G. O adolescente com deficiência e seu processo de escolha profissional. **Adolescente Latinoamericano**, v. 3, n. 1, ago. 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 41. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 11 fev. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial Eletrônico**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 17 jan. 2010.

BRASIL. Senado Federal. Subsecretarias de Informações. Decreto nº 4.229, de maio de 2002. Dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH, instituído pelo Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 maio 2002. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=222062>>. Acesso em: 22 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 1. ed. Brasília, 2003.

CARTANA, M. H. F., RAMOS, F. R. S. O adolescente e o jovem brasileiros –elementos para uma atenção integral. In: VERDI et. al. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005.

FEREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GEJER, D. O adolescente com deficiência mental e sua sexualidade. **Desafio**, São Paulo, ano 2, n. 9, 2003. Disponível em: <<http://www.adid.com.br>>. Acesso em: 30 jan. 2010.

INFANTE, Domingos Paulo. O suicídio na adolescência. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. (Org). **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.399-403.

MOURA, G. R., RUBIM E. N. P. Adolescentes portadores de deficiência visual: percepções sobre sexualidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 220-226, abr. 2006.

PASSOS, S. R. L. Abuso e dependência de substâncias psicoativas na Adolescência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, 2008.

RAUPP, L.; MILNITSKY-SAPIRO, C. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n.12, maio/ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2010.

PEREIRA, S. M. Adolescência e consumo de substâncias psicoativas: riscos e reflexos para a vida futura. In.: RAMOS, F. (Org) **Adolescer – compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn, 2001b.

PEREIRA, S. M. Depressão e suicídio na adolescência. In.: RAMOS, F. (Org) **Adolescer – compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn, 2001c.

AUTORES

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), mestrado em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1994) e doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase na Promoção da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde da família, promoção da saúde, educação em saúde, cuidado, enfermagem e saúde. Participa do Grupo de Pesquisa - Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS).

Flávia Regina Souza Ramos

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (1983), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1992) e doutorado em Filosofia em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1995) e pós-doutorado pela Universidade de Lisboa (Educação). Atualmente é professora associada da Universidade Federal de Santa Catarina (Departamento de Enfermagem e Programa de Pós Graduação em Enfermagem). É pesquisadora (Produtividade /CNPq) do grupo PRÁXIS - saúde, trabalho, cidadania e enfermagem. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Filosofia e Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, trabalho em saúde, processo de trabalho em enfermagem, bioética, ética e trabalho; educação e trabalho em saúde.

Este módulo tem como foco central a Atenção à Saúde do Adolescente. Os conteúdos serão abordados e distribuídos em 3 unidades. Veremos, na primeira unidade, quem é o adolescente, o cuidado da atenção que a Equipe de Saúde deve destinar a esta população, assim como conteúdos relacionados as transformações físicas, emocionais e biopsicosocial do crescimento e desenvolvimento dos adolescentes. Na segunda unidade, discutiremos os temas de imunização, alimentação e os distúrbios correlacionados ao desenvolvimento da sexualidade e vida reprodutiva, promoção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e afecções dermatológicas. Na terceira unidade, enfocaremos sobre o consumo de drogas, deficiência e as consequências que estes fatores podem ocasionar na vida do adolescente como violência, acidentes dentre outros.

Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina