

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Proteger e Cuidar  
da **SAÚDE DE**  
**ADOLESCENTES** na  
Atenção Básica



Brasília - DF  
2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas



Proteger e Cuidar  
da **SAÚDE DE**  
**ADOLESCENTES** na  
Atenção Básica



Brasília - DF  
2017

2017 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2017 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas  
Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem  
SAF Sul, Trecho 2, bloco F, térreo, sala 12  
Edifício Premium, torre 2  
CEP: 70070-600 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-9128 / 3315-9129  
E-mail: [adolescente@saude.gov.br](mailto:adolescente@saude.gov.br)

*Supervisão Geral:*

Thereza de Lamare F. Netto – DAPES/SAS/MS

*Coordenação-Geral:*

Luciana Almeida Costa – CGSAJ/DAPES/SAS/MS

*Elaboração Técnica:*

Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPES/SAS/MS

*Organização:*

Ana Sudária de Lemos Serra  
Maria Helena Ruzany

*Elaboração:*

Ana Luisa Lemos Serra – CGSAJ/DAPES/MS  
Ana Sudária de L. Serra – CGSAJ/DAPES/MS  
Caroline Maria Arantes de Moraes – CGSAJ/DAPES/MS  
Carmen Maria Raymundo – Nesa/UERJ  
Celia Regina de Jesus Caetano Mathias – Nesa/UERJ  
Dulce Maria Fausto de Castro – Nesa/UERJ  
Edir Barros Pina – UFMT  
Eloisa Grossman – Nesa/UERJ  
Fabiane Asquidamini – DAB/MS  
Fabio Fortunato Brasil de Carvalho – DAB/MS  
Fernando Chacra – UBS/Campinas  
Flavio Roberto Sztajnbok – Nesa/UERJ  
Isa Paula Hamouche Abreu – CF-SS/DF  
Jorge Lyra – Instituto Papi/PE  
Juliana Resende Melo da Silva – CGSAJ/MS  
Margareth Attianezi – Nesa/UERJ  
Maria Cristina Caetano Kuschner – Nesa/UERJ

Maria Helena Ruzany – Nesa/UERJ/CGSAJ/MS  
Mariana de Azevedo Ferreira – Papi/PE  
Mario Eliseo Maiztegui Antunez – Nesa/UERJ  
Regina Abramovitch Katz – Nesa/UERJ  
Regina Herzog – UFRJ  
Vivian Nogueira – DAB

*Colaboração:*

Daniel Adolpho Daltin Assis – CGMAD/DAET/MS  
Josele Rodrigues Freitas – Nesa/UERJ  
Maria da Guia Oliveira – CGSAJ/DAPES/MS  
Maria Esther Vilela – CGSM/DAPES/MS  
Paulo Roberto de Oliveira Faraco – Nesa/UERJ  
Priscila Fernandes do Prado Neto – CGSAJ/DAPES/MS  
Renata Gomes Soares – DAPES  
Valeria Giorgetti – CGPNI/DEVIT/SVS/MS

*Equipe que desenvolveu a estratégia IMAN com apoio da Opas-WDC:*

Daniela Valenti Sileo – Odontóloga  
Enriqueta Sileo e Matilde Maddaleno – Coordenadoras  
Lina Verónica Méndez – Médica Pediatra  
Maria Carolina Mora – Médica-Cirurgiã  
Saturnina Clemente – Médica Pediatra

*Editora responsável:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação  
Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Fax: (61) 3233-9558  
Site: <http://editora.saude.gov.br>  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe editorial:*

Normalização: Luciana Cerqueira Brito  
Revisão: Tatiane Souza  
Capa: Renato Carvalho  
Projeto gráfico e diagramação: Marcos Melquiades

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da Coordenação-geral de saúde do adolescente e do jovem.

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.  
234 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <[http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf)>  
ISBN 978-85-334-2470-8

1. Saúde do adolescente e do jovem. 2. Promoção da saúde. 3. Atenção básica. I. Título.

CDU 613.96

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0109

*Título para indexação:*

Public Health – Protection and Care for the Health of Adolescents in the Primary Care

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b>	Fontes de fatores de risco e de proteção, internos e externos ao indivíduo, na infância e adolescência, que influenciam seu desenvolvimento nas diferentes faixas etárias.....	30
<b>Figura 2</b>	Fontes de fatores de risco e de proteção, internos e externos ao indivíduo, na infância e adolescência, que influenciam seu desenvolvimento nas diferentes faixas etárias (situação singular) .....	31
<b>Figura 3</b>	Fontes de fatores de risco e de proteção, internos e externos ao indivíduo, na infância e adolescência, que influenciam seu desenvolvimento nas diferentes faixas etárias (situação singular) .....	32
<b>Figura 4</b>	Resiliência e situações de risco .....	42
<b>Figura 5</b>	Avaliação pômdero-estatural.....	74
<b>Figura 6</b>	Avaliação da puberdade .....	75
<b>Figura 7</b>	Vulnerabilidade ao uso de drogas .....	102
<b>Figura 8</b>	Anamnese do adolescente.....	110
<b>Figura 9</b>	Exame físico .....	112
<b>Figura 10</b>	Avaliação do estado de imunização.....	114
<b>Figura 11</b>	Triagem auditiva.....	135
<b>Figura 12</b>	Vulnerabilidades relacionadas à sexualidade.....	145
<b>Figura 13</b>	Exame da adolescente do sexo feminino .....	148
<b>Figura 14</b>	Exame do adolescente do sexo masculino .....	176
<b>Figura 15</b>	Patologia escrotal.....	182
<b>Figura 16</b>	Avaliação da Acne.....	187
<b>Figura 17</b>	Febre reumática.....	192
<b>Figura 18</b>	Anemias.....	199
<b>Figura 19</b>	Gráfico infecções urinárias .....	201

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1</b>	Estilos de parentalidade.....	33
<b>Quadro 2</b>	Avaliação antropométrica do adolescente .....	80

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	10
INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I - POR QUE ADOLESCENTES PRECISAM DE PROTEÇÃO E CUIDADO? .....	15
1 Adolescências e Juventudes.....	16
2 Marcos Legais da Saúde de Adolescentes.....	18
2.1 Marco internacional .....	18
2.2 Marco legal nacional.....	19
2.3 Outras normas nacionais .....	20
2.4 Diretrizes nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde - 2010.....	22
3 Redes de Atenção à Saúde.....	23
4 Integração de Manejo dos Adolescentes e suas Necessidades - Estratégia Iman.....	25
4.1 Objetivos propostos pela estratégia do Iman.....	25
5 Caderneta de Saúde de Adolescentes.....	27
6 Famílias com Adolescentes.....	28
7 Promoção da Saúde e Protagonismo Juvenil.....	36
7.1 É suficiente prestar uma atenção integral.....	36
7.2 Protagonismo juvenil.....	37
7.3 Promoção de saúde e prevenção de agravos.....	38

<b>8</b>	<b>Resiliência e Vulnerabilidades.....</b>	<b>40</b>
8.1	Interculturalidade e a saúde de adolescentes e jovens .....	44
<b>9</b>	<b>Interculturalidade e Saúde .....</b>	<b>45</b>
9.1	Adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social.....	46
9.2	Adolescentes e jovens de áreas rurais .....	47
9.3	Povos indígenas.....	47
9.4	Comunidades remanescentes quilombolas.....	49
9.5	Grupos ou clãs ciganos.....	51
9.6	Atendendo grupos vulneráveis .....	52
9.7	Equipe de saúde atuando nas redes de proteção social.....	53
<b>10</b>	<b>Atenção Integral à Saúde de Adolescentes no Contexto da Socioeducação .....</b>	<b>54</b>
<b>11</b>	<b>Saúde, Trabalho e Adolescência .....</b>	<b>60</b>
11.1	O trabalho do adolescente .....	60
11.2	Referência de adolescentes com vulnerabilidades ocupacionais.....	61
11.3	Rotina do atendimento.....	62
11.4	Orientações.....	62
	<b>PARTE II - CRESCENDO E DESENVOLVENDO HÁBITOS SAUDÁVEIS... OU NÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>12</b>	<b>Crescimento e Desenvolvimento .....</b>	<b>67</b>
12.1	Desenvolvimento físico .....	67
12.2	Crescimento .....	68
12.3	Idade óssea.....	68
12.4	Composição e proporção corporal .....	69
12.5	Sequência do crescimento .....	69
12.6	Maturação sexual.....	70
<b>13</b>	<b>Problemas no Desenvolvimento Puberal .....</b>	<b>72</b>
<b>14</b>	<b>Alimentação e Nutrição .....</b>	<b>77</b>
14.1	Aspectos comuns e frequentes na alimentação e nutrição.....	78
14.2	Avaliação nutricional de adolescentes.....	79

14.3	Antropometria.....	79
14.4	Consumo alimentar.....	80
14.5	Registro.....	81
14.6	Utilizando a informação para ação.....	81
14.7	Orientações para promoção da alimentação saudável.....	82
<b>15</b>	<b>Desenvolvimento Psicossocial.....</b>	<b>85</b>
15.1	Transformações corporais.....	85
15.2	Desenvolvimento da socialização.....	86
15.3	Grupo de companheiros.....	86
15.4	Desenvolvimento cognitivo.....	86
15.5	Desenvolvimento da identidade.....	87
<b>16</b>	<b>Violência.....</b>	<b>89</b>
16.1	Reconhecendo diferenças e especificidades.....	89
16.2	Violência no lar.....	90
16.3	Violência sexual.....	90
16.4	Papel da equipe de saúde.....	91
16.5	Sinais de alerta.....	92
<b>17</b>	<b>Uso de Drogas.....</b>	<b>94</b>
17.1	Prevenção da dependência farmacológica.....	94
17.2	Problemas/necessidades decorrentes do uso abusivo de drogas.....	94
17.3	Orientações para adolescentes e suas famílias.....	101
	<b>PARTE III - CUIDANDO DA SAÚDE DE ADOLESCENTES.....</b>	<b>104</b>
<b>18</b>	<b>Consulta.....</b>	<b>105</b>
18.1	Consentimento livre e esclarecido.....	106
18.2	Consentimento nas urgências.....	106
18.3	Acolhimento.....	107
18.4	Ações preventivas como componentes da consulta.....	107
18.5	Características do profissional de saúde.....	108
18.6	Dinâmica da consulta.....	109
18.7	Anamnese.....	109
18.8	Exame físico.....	111

<b>19</b>	<b>Imunização</b>	<b>113</b>
19.1	Observações referentes às vacinas do Calendário Nacional de Vacinação	115
19.1.1	<i>Imunização, preferencialmente, no início da adolescência</i>	115
19.2	Vacinas utilizadas em situações especiais	119
<b>20</b>	<b>Saúde Mental</b>	<b>121</b>
20.1	Depressão	122
20.2	Violência autoinfligida/suicídio	123
<b>21</b>	<b>Distúrbios na Alimentação</b>	<b>124</b>
21.1	Anorexia nervosa	124
21.2	Bulimia	124
21.3	Obesidade	125
<b>22</b>	<b>Saúde Bucal</b>	<b>126</b>
22.1	Cárie dentária	127
22.2	Doença periodontal	127
22.3	Traumatismos dentários	128
22.4	Câncer bucal	129
22.5	Halitose	129
22.6	Outras situações	130
22.7	Promoção da saúde bucal em adolescentes	131
<b>23</b>	<b>Saúde Auditiva</b>	<b>134</b>
23.1	Prevenção	134
<b>24</b>	<b>Saúde Ocular</b>	<b>136</b>
24.1	Problemas na saúde ocular dos adolescentes	136
<b>25</b>	<b>Sexualidade</b>	<b>138</b>
25.1	Abordagem sobre o tema da sexualidade	141
25.2	Práticas educativas	142
<b>26</b>	<b>Atendimento Ginecológico</b>	<b>146</b>
26.1	Exame ginecológico	146



26.2	Problemas ginecológicos mais comuns na adolescência.....	148
27	Planejamento Reprodutivo.....	152
28	Anticoncepção de Emergência (AE).....	155
29	Cuidado Integrado na Atenção Básica Frente às DST/HIV/aids e Hepatites Virais.....	157
30	Gravidez na Adolescência.....	162
30.1	Teste rápido de gravidez (TRG).....	164
30.2	Acompanhamento pré-natal da adolescente .....	166
30.3	Informações sobre nutrição da adolescente gestante .....	168
30.4	Parto e nascimento .....	169
30.5	Aleitamento materno.....	169
30.6	Atenção no puerpério.....	170
31	Sexualidade e Paternidade.....	172
32	Afecções Urológicas mais Frequentes.....	178
32.1	Escroto agudo.....	178
32.2	Trauma escrotal.....	179
32.3	Hidrocele .....	179
32.4	Orquite.....	179
32.5	Epididimite .....	180
32.6	Parafimose .....	180
32.7	Varicocele .....	181
33	Principais Problemas Clínicos .....	183
33.1	Acne .....	183
33.1.1	Tratamento.....	184
33.2	Febre reumática .....	188
33.2.1	Poliartrite.....	189
33.2.2	Cardite.....	189
33.2.3	Coreia.....	189
33.2.4	Eritema marginatum.....	190
33.2.5	Nódulos subcutâneos.....	190
34	Problemas Ortopédicos.....	193
34.1	Escoliose.....	193

34.2 Cifose.....	193
34.3 Doença de Osgood-Schlatter .....	194
<b>35 Anemias .....</b>	<b>195</b>
35.1 Aplásticas.....	196
35.1.1 Adquiridas.....	196
35.1.2 Familiares.....	196
35.1.3 Carenciais.....	196
35.1.4 Deficiência de ferro.....	196
35.1.5 Anemia falciforme.....	197
<b>36 Infecções Urinárias .....</b>	<b>200</b>
36.1 Fatores de risco associados a infecções do trato urinário.....	200
36.2 Sinais e sintomas .....	201
36.3 Diagnóstico laboratorial.....	201
<b>Referências.....</b>	<b>205</b>
<b>Glossário.....</b>	<b>215</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>217</b>
Anexo A - Orientações para o atendimento à saúde da adolescente .....	218
Anexo B - Orientações para o atendimento à saúde do adolescente.....	226

# APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, visando garantir a atenção integral durante a adolescência, elabora políticas nacionais voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e de Jovens. Busca-se, com isso, reduzir as principais doenças e agravos, bem como melhorar a vigilância à saúde e contribuir para a qualidade de vida desses milhões de cidadãos brasileiros que estão na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade.

Grande parte dessas atividades e ações é realizada mediante a parceria com as diversas coordenações do Ministério da Saúde: saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, saúde da pessoa com deficiência, saúde do trabalhador, de doenças não transmissíveis, da violência, de DST/aids e com outras instituições. Ressalta-se a importância das ações intersetoriais com os outros ministérios.

Nesse sentido, dada a importância do cuidado integral para garantia do desenvolvimento dos adolescentes, é imprescindível que se divulguem informações, buscando qualificar o trabalho em saúde. Sobretudo é urgente ampliar o acesso desse grupo populacional aos serviços de Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (AB/ESF), assim como, melhorar a qualidade da atenção prestada no Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir do reconhecimento das questões prioritárias na atenção à saúde deste segmento, a Coordenação-Geral da Saúde de Adolescentes e Jovens propõe este documento para auxiliar as Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família no trabalho com esse público, propondo como grandes eixos: cuidado da saúde, hábitos saudáveis e a atenção aos principais aspectos clínicos.

Recomenda-se que este documento seja incorporado ao conjunto de instrumentos e tecnologias voltados à educação permanente dos profissionais de saúde, consolidando e ampliando as ações com adolescentes na Atenção Básica/Saúde da Família.

Ministério da Saúde

# INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve uma importante modificação demográfica relacionada à queda da mortalidade infantil e da fecundidade, ao aumento da expectativa de vida e aos movimentos migratórios e de urbanização. Houve, ainda, uma desaceleração no ritmo de crescimento da população adolescente e jovem com a expectativa de que este segmento continue crescendo (IBGE, 2010).

Mesmo com a desaceleração no ritmo de crescimento da população jovem, hoje, a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade é significativa, representando, no censo de 2010, um total de **51.402.821** pessoas – 36,89% da população brasileira.

Adolescentes e jovens constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde. Seu ciclo de vida particularmente saudável evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de modos de fazer “andar a vida”, de hábitos e comportamentos, que, em determinadas conjunturas, os vulnerabilizam. As vulnerabilidades produzidas pelo contexto social e as desigualdades resultantes dos processos históricos de exclusão e discriminação determinam os direitos e as oportunidades de adolescentes e jovens brasileiros.

Cada sujeito nas suas dimensões biológica, psicológica e sociocultural constitui uma unidade indissociável. Nesse contexto, a atenção a adolescentes e jovens deve pautar-se na integralidade. Esse paradigma imprime o respeito à diversidade e a certeza de que, para a promoção de uma vida saudável, é preciso, antes de tudo, a inclusão de todos. O setor Saúde deve preocupar-se em assistir o indivíduo desde a concepção até o final da vida, reconhecendo a família como a unidade primária da sociedade, dentro da qual o sujeito se constrói, socializa-se, desenvolve-se e humaniza-se.

Iniciativas na Atenção Básica à Saúde devem incluir a melhoria de condições sanitárias no ambiente físico, e a atenção às necessidades nutricionais, biológicas, psicológicas e sociais em todas as etapas do desenvolvimento humano, dentro do ciclo da vida. A integralidade da atenção nos serviços de Atenção Básica à Saúde é entendida como a integração das ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos e enfermidades, de assistência e de controle de doenças, sempre pautada nos determinantes e condicionantes da saúde.

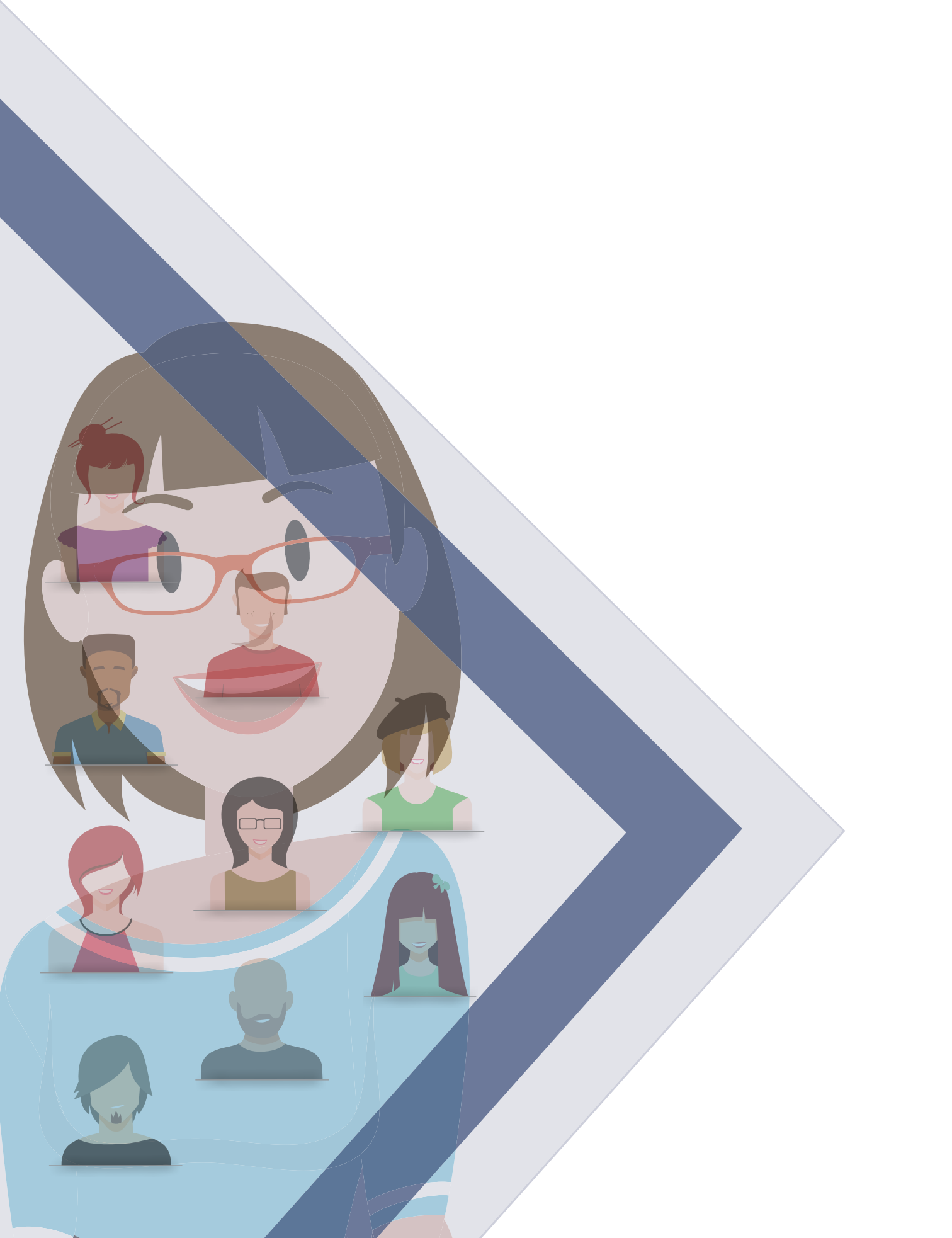
As relações saúde-doença, em algumas circunstâncias, tomam a forma dos desajustes de adaptação do sujeito com o ambiente, em que a harmonia e a reciprocidade têm de ser preservadas para que o bem-estar seja compartilhado por todos. Adota-se, então, o conceito de resiliência como proposta emergente de mudança do paradigma na compreensão do enfoque de risco, por intermédio da perspectiva de uma resolução positiva dos problemas, introduzindo-se a ideia de risco *'para resistir'* às situações de vulnerabilidade. Esta proposta, que dá sentido às relações entre os povos pela vida e pela paz, traz também, na sua essência, um mandato de transformação radical do ângulo de visão do profissional na abordagem do adolescente. Isto porque as ações de promoção da saúde propõem o desenvolvimento de estratégias de atenção e de investigação com a finalidade de ajudar o sujeito a enfrentar as suas vicissitudes ao longo da vida.

As ações de saúde na atenção básica devem, em especial, interferir nos modos e estilos de vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades, contribuindo para a melhoria das condições gerais de saúde e cidadania e, dessa maneira, melhorando a vida de todos. Essa articulação com base na integralidade, exigindo investimentos que se desdobram em ações, deve envolver as mais diversas instituições sociais, governamentais ou não, em especial escolas, clubes, associações e outros.

Essa visão, que é circular, histórica e interdisciplinar, estabelece que todas as ações políticas devem ser compartilhadas por todos os setores da sociedade, por meio da mobilização coletiva e do compromisso social, e mais, prescreve que a sua concretização deve se realizar à luz da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948.

A Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989, adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança introduzindo, no plano normativo, o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano, a necessidade de especial respeito a sua condição de pessoa em desenvolvimento, o reconhecimento como sujeitos de direitos e sua prioridade absoluta nas políticas públicas.

Nesse contexto, este documento visa ampliar a inserção de adolescentes na Atenção Básica/Saúde da Família, não apenas na perspectiva de serem alvo das ações de saúde com as especificidades características dessa fase do desenvolvimento, mas, especialmente, visa incluí-los na criação e elaboração de ações que os caracterizem como protagonistas sociais, por estímulo às suas potencialidades, na construção de cidadania e na busca do estabelecimento de uma sociedade mais justa.



# PARTE I

---

POR QUE ADOLESCENTES  
PRECISAM DE PROTEÇÃO  
E CUIDADO?



# Adolescências e Juventudes

As categorias adolescências e juventudes são construções culturais e sociais, que têm uma base material vinculada à idade. Essa facticidade dos ciclos etários apresenta um modo particular de estar no mundo em sua temporalidade, com distâncias e durações diferenciadas. A condição etária aparece em todas as sociedades como um dos principais eixos ordenadores das políticas públicas e das ações sociais (MARGULIS; URRESTI, 1996).

Na realidade brasileira, adolescentes e jovens são definidos por diferentes aspectos, emergindo opiniões diferenciadas quanto às formas de situá-los nos marcos referenciais que os caracterizam. O Ministério da Saúde segue como definição de adolescência a prescrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que caracteriza o período de 10 e 19 anos e compreende como juventude a população dos 15 a 24 anos (BRASIL, 2010, p. 46). O Estatuto da Juventude (Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013) define juventudes a partir de faixas etárias. Dos 15 a 17 anos são adolescentes-jovens; dos 18 a 24 anos de jovens-jovens e entre os 25 a 29 anos são denominados jovens-adultos. Portanto, nessas definições há uma interseção entre a metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. Essa população, entre 10 a 24 anos, representa um contingente expressivo de mais de 50 mil pessoas no Brasil (IBGE, 2010a).

Os marcadores etários têm relevância no planejamento e na implantação de políticas públicas. As diferentes particularidades que cada idade interpõe aos sujeitos adolescentes e jovens no momento do ciclo da vida têm singularidades e aspectos psicobiológicos, socioculturais e socioeconômicos importantes e distintos, que ora os aproximam e ora os distanciam. “Não existe somente uma cultura adolescente ou juvenil” são culturas variadas e formas de agrupamentos e estilos de vidas diversificados (LEÓN, 2005, p. 16).

Os marcos legais como a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – 1990) e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989) – ratificada pelo Brasil em 1990, introduziram ordenamento jurídico para a concepção de criança e adolescentes como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento.

As concepções construídas às adolescências e juventudes retratam e interpretam as formas e maneiras deles estarem e serem no mundo em determinada sociedade. Por intermédio destas concepções constituem-se parâmetros para o cuidado e a proteção nos ciclos da vida, influenciando direitos e deveres, ações sociais e políticas públicas, reivindicadas por eles ou por grupos que defendem os direitos de adolescentes e jovens.

A população adolescente e jovem vive uma condição social que é única: uma mesma geração, num mesmo momento social, econômico, político e cultural do seu país e do mundo. Ou seja, a modalidade de ser adolescente e jovem depende da idade, da geração, da moratória vital, da classe social e dos marcos institucionais e de gênero presentes em dado contexto histórico e cultural (MARGULIS; URRESTI, 1996; ABRAMO, 2005).

Nesse sentido, a atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens apresenta-se como um desafio, por tratar-se de um grupo social em fase de grandes e importantes transformações psicobiológicas articuladas a um envolvimento social e ao redimensionamento da sua identidade e dos novos papéis sociais que vão assumindo (AYRES; FRANÇA JÚNIOR, 1996).

Os universos plurais e múltiplos que representam adolescentes e jovens intervêm diretamente no modo como eles traçam as suas trajetórias de vida. Essas trajetórias bem-sucedidas ou fracassadas são mais que histórias de vida, são “reflexo das estruturas e dos processos sociais” que ocorrem de maneira imprevisível, vulnerável e incerta e que vão interferindo no cuidado com a vida e com a suas demandas de saúde (LEÓN, 2005, p. 17).

Tendo essas questões no nosso horizonte, a ênfase dada às discussões produzidas nesse documento focará no grupo populacional denominado de Adolescências, que vive o ciclo etário entre os 10 a 19 anos. Portanto, as diferenças e as multiplicidades existentes nesta população devem ser orientação para a acolhida, o cuidado e a atenção integral aos adolescentes que acessam a atenção básica na política pública de saúde.

# Marcos Legais da Saúde de Adolescentes

A afirmativa de que os direitos humanos são universais, indivisíveis e interdependentes é um princípio constitucional do Estado brasileiro. Ele torna-se efetivo quando todas as políticas públicas consideram esses direitos como eixos estruturantes de suas ações na constituição de uma sociedade fundamentada na equidade e na igualdade de oportunidades, e na consideração e respeito pelas diversidades. Esse contexto consolida uma cultura democrática e cidadã.

## 2.1 Marco internacional

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada no ano de 1948, a comunidade internacional, por intermédio da Organização das Nações Unidas, vem firmando uma série de convenções internacionais em que estabelecem estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle que garantam a não violação e o exercício, pelo cidadão, de um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados direitos humanos.

Nos Pactos Internacionais de Direitos Civis e Políticos e de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, no ano de 1966, ratificados pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992, foram reconhecidos direitos humanos universais no plano individual, coletivo e social, entre eles, o direito à saúde e o direito da criança à especial proteção do Estado, da sociedade e da família, comprometendo-se as nações signatárias a garanti-los e implementá-los (BRASIL, 2007, p. 21).

Na concretização desses direitos universais para todos os seres humanos, foram criadas medidas específicas para atender aos segmentos que mais sofriam a violação de seus direitos, como: os negros, as mulheres, as crianças, os adolescentes, os idosos e os deficientes.

Essas medidas estão nas diversas convenções firmadas pelas Nações Unidas como:

- Sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial (adotada em 21 de dezembro de 1965 e ratificada pelo Brasil em 27 de março de 1968).
- Sobre a discriminação contra a mulher (adotada em 18 de dezembro de 1979 e ratificada pelo Brasil em 1º de fevereiro de 1984).

- Sobre os direitos da criança (adotada em 20 de novembro de 1989 e ratificada pelo Brasil em 24 de setembro 1990).

Nesta conjuntura, políticas públicas foram implementadas considerando, sobretudo nos contextos sociais, as diferenças e as vulnerabilidades para reduzir as desigualdades sociais e promover uma vida mais digna a esses sujeitos de direitos.

## 2.2 Marco legal nacional

No Brasil, os direitos humanos são considerados como direitos fundamentais, reconhecidos nas leis como cláusulas pétreas, cuja efetivação é protegida e garantida. A seguir serão consideradas algumas leis e outras normas legais importantes na efetivação da atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens.

**Constituição Federal** de 1988: representa juridicamente a transição democrática e a institucionalização dos Direitos Humanos no Brasil onde, no art. 227, preconiza que: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Esse mandato constitucional e democrático, unido aos novos parâmetros internacionais, institucionaliza e reordena juridicamente as novas leis que se destacam no apoio aos direitos de crianças e adolescentes.

**Estatuto da Criança e do Adolescente** (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990): regulamenta o art. 227 da Constituição Federal.

**Lei Orgânica da Saúde** (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990): regulamenta a disposição constitucional que concebeu a saúde como um direito social, independente de contribuição, criando o Sistema Único de Saúde (SUS).

**Lei Orgânica da Assistência Social** (Loas – Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993): regulamenta o direito constitucional (art. 203) à assistência social do Estado, independente de contribuição, e que expressamente garante a proteção especial à adolescência e ao amparo aos adolescentes carentes.

**Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira** (LDB – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996): regulamenta o direito à educação também como direito público subjetivo de todo cidadão.

Essas legislações possuem um traço comum: a descentralização política e administrativa, com ênfase nos municípios, e a participação da sociedade na formulação das políticas. Esse novo marco conceitual e legal de política pública vem instrumentalizar e possibilitar

melhor articulação institucional e desenvolvimento de programas e ações que deem conta da realidade local, sem perder de vista a proposta nacional (BRASIL, 2007, p. 31).

Saiba mais:

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco\\_legal.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf)

## 2.3 Outras normas nacionais

### **Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975**

Estabelece que a gestante estudante tem direito de receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo, de acordo com indicação médica, esse período ser prolongado. A prestação dos exames escolares é garantida por “regime de exercícios domiciliares”, e seu aproveitamento escolar poderá ser aferido por meio de trabalhos feitos em casa.

- A Constituição Federal Brasileira de 1988 garante a licença à gestante sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias; a licença paternidade pelo período de cinco dias, a contar do dia do nascimento do filho, e o direito ao recebimento do salário família, de acordo com o número de filhos.

### **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (planejamento familiar)**

Regula um conjunto de ações para a saúde sexual e saúde reprodutiva. Não trata a nova lei expressamente sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes, o que não constitui uma barreira para o acesso aos serviços de saúde; ao contrário, é direito do adolescente o atendimento integral e incondicional, decorrente dos princípios e diretrizes adotados pela Constituição Federal, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, pelo Sistema Único de Saúde e pela própria lei sobre o tema.

- Art. 3º

O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

- Parágrafo único

As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no *caput*, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

- I. a assistência à concepção e contracepção;
- II. o atendimento pré-natal;

- III. a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;
- IV. o controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- V. o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

• Art. 10

Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

- I. em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;
- II. risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

**Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**

Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.

**Portaria Interministerial nº 1.082, de 23 de maio de 2014**

Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória e dá outras providências.

**Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**

Institui a Rede Cegonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013**

Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

**Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013**

Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

### **Portaria n° 485, de 1° de abril de 2014**

Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **Portaria n° 618, de 18 de julho de 2014**

Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165, Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual, e dispõe sobre regras para seu cadastramento.

### **Portaria n° 2.415, de 7 de novembro de 2014**

Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.

### **Portaria MS/GM n° 104, de 25 de janeiro de 2011**

Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

- A notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências passou a ser considerada de caráter universal, ou seja, realizada em todos os serviços de saúde, públicos ou privados.

## **2.4 Diretrizes nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde - 2010**

Baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, sensibiliza gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população. Busca, ainda, apontar para a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional (BRASIL, 2010a, p. 11).

Sob esse Marco Legal, os adolescentes e jovens, independente de sexo, raça, cor, origem ou qualquer outra condição, terão seus direitos garantidos por meio de ações eficazes que lhes proporcionarão a formação da consciência cidadã para a construção de uma sociedade equânime e livre.

# Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são os arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações e densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010d). É uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão à saúde e aperfeiçoar o funcionamento do SUS, visando assegurar o cuidado integral ao usuário (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2014).

Destacam-se entre as principais características das RAS: a Atenção Básica (AB) como ordenadora e centro de comunicação, sendo o contato preferencial de sujeitos e coletividades com os serviços de saúde (SILVA; CARVALHO, 2014), a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção à saúde, a centralidade nas necessidades de saúde da população, a responsabilização por atenção contínua e integral, o cuidado multiprofissional e o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014a).

Atualmente existem cinco Redes Temáticas, a saber:

1. Rede Cegonha.
2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).
3. Rede de Atenção Psicossocial (Raps).
4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.
5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

As RAS pressupõem uma articulação complementar territorializada a partir de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção à saúde, contribuindo para o cuidado integral. É importante destacar que os pontos de atenção à saúde se diferenciam pela densidade tecnológica, mas não há uma hierarquia, ou seja, um não é mais importante que o outro. Além dos pontos de atenção à saúde, são necessários sistemas de apoio: serviços de diagnóstico terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2014).



Assim, as situações, agudas ou crônicas, nas quais os sujeitos necessitam usar os serviços de saúde devem ser avaliadas. Nas situações agudas deve haver o atendimento em qualquer ponto de atenção, de acordo com a gravidade e complexidade do caso. Já nas crônicas, o atendimento deve ocorrer preferencialmente na AB. Em ambos os casos, a AB deverá ser responsável pela busca da longitudinalidade do cuidado à saúde usando tecnologias de gestão do cuidado que ampliem a autonomia e empoderamento de sujeitos e coletividades (BRASIL, 2010a).

Entre os desafios para a implementação das RAS destacam-se: criação de cultura e práticas de trabalho em rede, planejamento regional (planos de ação regionais), especificidades locais, formação, qualificação e Educação Permanente (EP) dos trabalhadores.

O alcance do objetivo do SUS relacionado à efetivação do princípio da integralidade é fortalecido pelas RAS por meio da superação do modelo fragmentado de atenção à saúde. As RAS significam a transformação do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para a construção de práticas transformadoras (BRASIL, 2010a).

Assim, os pontos de atenção à saúde nas RAS devem operar a partir da compreensão da saúde como direito e produção social, da correta proporção entre a ação coletiva e individual, do apoio para a adoção de condutas ligadas à saúde e a compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) nesse processo, da necessária articulação com os demais pontos e dos equipamentos das redes de produção social da saúde, do trabalho transdisciplinar em equipe multiprofissional, do estímulo à participação social, entre outros (SILVA; CARVALHO, 2014).

# Integração de Manejo dos Adolescentes e suas Necessidades - Estratégia Iman

Visando preencher uma lacuna na capacitação do profissional de saúde no atendimento a adolescentes na atenção básica, em 2005 a Organização Pan-Americana da Saúde criou a Estratégia de Integração de Manejo dos Adolescentes e suas Necessidades (Iman). Trata-se de um conjunto de algoritmos e textos que tem por objetivo oferecer informações rápidas e concisas para que os profissionais possam prestar um atendimento integral aos adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 10 a 19 anos. Pode ser usado em uma Unidade Básica de Saúde ou em um departamento ambulatorial hospitalar de referência.

Essa estratégia abarca assuntos técnicos selecionados pela importância ou pela prevalência para que a equipe de saúde adquira competências e habilidades para a prestação do atendimento integral a este grupo populacional. Os adolescentes e jovens têm muitas dúvidas, por exemplo: se o seu desenvolvimento físico está normal, se apresentam alguma doença ou se existe alguma restrição para realizar suas atividades de rotina. Em geral, requerem orientações sobre seus projetos de vida, atividades escolares, atividades laborais, sexualidade ou apenas buscam os serviços de saúde para o acompanhamento de seu desenvolvimento ou indicação de tratamentos específicos.

Além da atenção clínica tradicional, é necessário que as equipes proporcionem aconselhamento, atenção preventiva e de promoção à saúde.

## 4.1 Objetivos propostos pela estratégia do Iman

**Perguntar** – todo adolescente ou jovem, por meio da anamnese, com o próprio ou seu responsável (quando o adolescente esteja impedido de se expressar), deve ser inquirido sobre as queixas que o motivaram à vinda ao serviço de saúde e sobre os antecedentes: perinatal, pessoal e familiar. Assim, será possível perceber como se encontra sua adaptação sob o ponto de vista biopsicossocial.

**Observar** – inclui um exame físico o mais completo possível, a determinação do estágio de desenvolvimento puberal, a obtenção de medidas antropométricas e a identificação de

alguma condição patológica. Deve-se qualificar o processo de crescimento e desenvolvimento do adolescente, normal ou com algum distúrbio, e diagnosticar problemas de saúde que estejam presentes. Verificar sua relação com o grupo de pares, com a família e com adultos de referência. Identificar vulnerabilidades, no sentido de antecipar problemas que possam ser evitados.

**Avaliar, determinar ou diagnosticar** – abordar, da melhor forma possível, as questões psicossociais dos adolescentes e, se necessário, referir a serviços de maior complexidade. Em caso de não necessitar referência, indicar ou aplicar o tratamento correspondente e explicar como prosseguir com ele e as consequências caso não siga as instruções adequadamente. Embora já esteja recebendo tratamento, explicar quais são os sinais de alarme pelos quais deverá voltar ao serviço de saúde imediatamente para reavaliação.

**Tratar** – Uma vez identificada uma doença ou uma situação de risco no adolescente, é necessário iniciar o tratamento pertinente para estabilizar suas condições antes de referi-lo para outro serviço ou hospital para o prosseguimento do tratamento. No caso de não haver necessidade de referência para outro serviço, indicar-se-á o tratamento correspondente e deve-se explicar claramente em que consistem as alternativas terapêuticas. É fundamental assegurar a compreensão das medidas terapêuticas e decidir com o adolescente as alternativas mais convenientes.

**Acompanhar** – de acordo com a condição identificada. Se for um adolescente saudável, é conveniente uma avaliação, se possível, duas vezes ao ano.

**Aconselhar ou orientar** – escutar o adolescente e sua família em suas inquietações, manejando-as sem preconceitos e refletindo, em conjunto, as melhores alternativas para o melhor encaminhamento possível dos problemas apresentados e prevenção de riscos desnecessários.

# Caderneta de Saúde de Adolescentes

O art. 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente assegura o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A partir da atenção integral à saúde pode-se intervir de forma satisfatória na implementação de um elenco de direitos, aperfeiçoando as políticas de atenção a essa população.

Uma estratégia de sucesso tem sido a utilização da Caderneta de Saúde de Adolescente, masculina e feminina, que contém informações a respeito do crescimento e desenvolvimento, da alimentação saudável, da prevenção de violências e promoção da cultura de paz, da saúde bucal e da saúde sexual e saúde reprodutiva desse grupo populacional. Traz ainda método e espaço para o registro antropométrico e dos estágios de maturação sexual, das intervenções odontológicas e o calendário vacinal.

Profissionais de saúde, educadores, familiares e os próprios adolescentes encontram nesse instrumento um facilitador para a abordagem dos temas de interesse das pessoas jovens e que são, ao mesmo tempo, importantes para a promoção da saúde e do autocuidado. Os profissionais de saúde devem usar a Caderneta como instrumento de apoio à consulta, registrando os dados relevantes para o acompanhamento dos adolescentes na Atenção Básica.



# Famílias com Adolescentes

A sociedade industrial ocidental provoca, no século XX, importantes mudanças nos padrões sociais, entre as quais se destaca o modelo de família, que deixa de ser patriarcal, burguês e fortemente marcada pelos valores judaico-cristãos, para tornar-se plural, descentrada da figura paterna e possibilitando diferentes arranjos. Não se pode julgar que a falta de modelo seja melhor ou pior, mas faz-se necessário repensá-la como conceito, que possibilite estabelecer funções e responsabilidades sociais fundamentais para instrumentalizar políticas sociais, estratégias pedagógicas, compreensões jurídicas e, principalmente, oferecer parâmetros de cuidado de sua reprodução e desenvolvimento.

Dessa forma, poderíamos, hoje no século XXI, conceituar família como um grupo constituído (ou em processo de constituição) de pessoas que já alcançaram um grau significativo de intimidade entre si, que já reconhecem uma história em comum e projetam, para si, um futuro também comum. Tal família estará sempre imersa em um contexto social, que produzirá fortes influências em seu processo de estruturação, modulando tipo de habitação, forma de ocupação dos espaços, dinâmica de relações internas e externas, hábitos, valores, distribuição de recursos, projetos de vida etc. (CHACRA, 2000, p. 9).

As funções esperadas desses grupos familiares estão sempre dirigidas no sentido de proteção de seus membros, garantias de subsistência, trocas afetivas estruturantes dos sujeitos que a compõem e, em certa medida, de transmissão de valores éticos e recursos econômicos de uma geração para outra. Trata-se, enfim, de um sistema social altamente movido por relações de convivência, geradoras de amorosidade, mas também de conflitos, pois não está isolada de outros sistemas sociais também em transformação. Em geral é composta por adultos que, na maioria das vezes, são ao mesmo tempo cuidadores e provedores e, também, crianças, adolescentes e outros adultos dependentes. Estes adultos provedores/cuidadores podem ser apenas um adulto (mãe ou pai solteiros ou outros familiares) ou constituir casal (homo ou heteroafetivo), assim como pode ser a união de dois ou mais irmãos ou parentes, ou até mesmo amigos que se cuidam mutuamente.

A possibilidade de convivência com crianças, adolescentes e outros adultos dependentes decorre não somente da escolha dos adultos provedores/cuidadores como pode ser a contingência necessária para a formação da família. A convivência é sempre necessária, mas a coabitação nem sempre é necessária para que se configure uma família. Ou seja, existem arranjos familiares em que cada membro tem seu próprio domicílio e a convivência se estabelece em atos regulares de encontro mutuamente combinados.

As relações familiares são também diversas: relações de conjugalidade, de parentalidade, de filiação (natural ou adotiva), de fraternidade, entre outras. São marcadas por tensões e estão sujeitas a adversidades que desafiam a estabilidade e a coesão desses grupos. Nascimento, morte, casamento, divórcio, abandono, doença, dependência química, incapacitação, deficiência, desemprego são eventos que alteram as famílias, seja vulnerabilizando-as ou as fortalecendo. A maioria dos conflitos familiares necessita empenho de comunicação entre os componentes da família, assim como atitudes e decisões geradoras de segurança e responsabilidade. Aos adultos cuidadores e provedores cabe sempre os papéis de mediação simbólica e de negociação nestes conflitos, necessários à retomada da estabilidade e harmonia da família.

Com relação ao desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, o esforço familiar será no sentido de prover as condições necessárias de alimentação, vestimenta, afetividade, educação, segurança, desapego, autoestima e autonomia progressiva. O primeiro desafio familiar no cuidado de uma criança é sua constituição física e esforço para promover o desenvolvimento de sua dimensão psicológica como eu, “que retém o passado na memória, percebe o presente pela atenção e espera o futuro pela imaginação e pelo pensamento” (CHAUI, 1994, p. 117). Para isso, será necessário promover segurança, contato e cuidado físico afetivo, apresentação do mundo e da linguagem. Para tanto, a família necessita de apoio da saúde da pré-escola (creche) e muitas vezes de políticas de assistência social.

O segundo desafio familiar é auxiliar esse sujeito ampliar sua consciência de si como pessoa humana, dotada de desejo, valores e poder de escolhas, de acordo com a liberdade, com os direitos alheios e com dever esperado de cada um na sociedade. Trata-se da dimensão ético-moral, e será por meio desta consciência que se poderá projetar um futuro, “realizar suas virtudes e, quando necessário, contrapor-se e opor-se aos valores estabelecidos em nome de outros, considerados mais adequados à liberdade e à responsabilidade” (CHAUI, 1994, p. 117). Nesse desafio, a família necessita apoio social de políticas públicas de educação (pré-escola, ensino fundamental e médio).

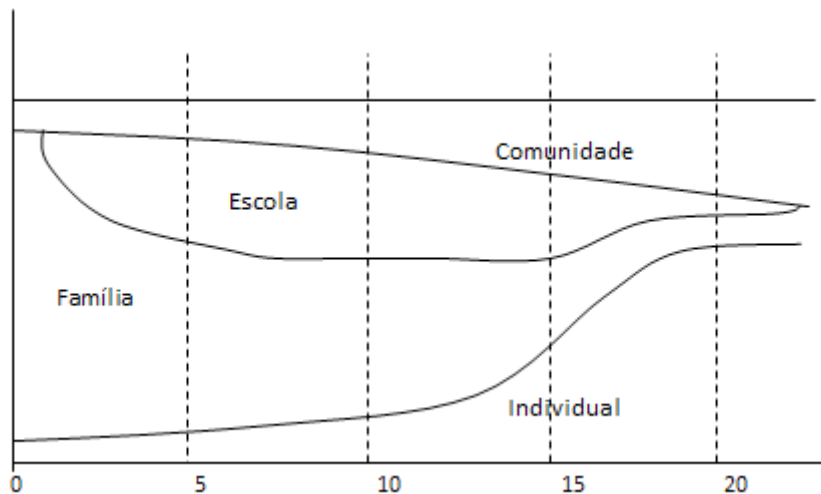
Com a escola, a família participa do processo de ampliar a consciência do sujeito como cidadão, dimensão política de si mesmo, seus direitos e deveres que se relacionam com o poder público constituído em sociedade por intermédio de suas leis, que muitas vezes poderão estar em conflito com os interesses da classe social a qual a pessoa se encontra. Para essa tarefa, tanto a família como a escola necessitam do apoio de uma sociedade democrática.

Por fim, um último desafio do processo de desenvolvimento do indivíduo é tomar consciência de si como sujeito, consciência de sua dimensão cognitiva onde se reconhece “como diferente dos objetos, cria e descobre significações, institui sentidos, elabora conceitos, ideias, juízos e teorias. É dotado da capacidade de conhecer-se a si mesmo no ato do conhecimento, ou seja, é capaz de reflexão. É saber de si e saber sobre o mundo, manifestando-se como sujeito percebedor, imaginante, memorioso, falante e pensante” (CHAUI, 1994, p. 118).

Aqui os adultos cuidadores familiares e sociais (professores, profissionais de saúde etc.) podem contribuir muito nesse processo, respeitando sempre a criança e o adolescente como sujeitos, assim como exercendo papel de sujeitos e modelos, não aceitando que em momento algum, adultos, crianças e adolescentes sejam reduzidos à condição de objeto. Aqui, a sociedade que apoia a família e a escola é a que possibilita comunidades não violentas e que buscam o diálogo na solução dos conflitos.

Como se pode ver, não há como descontextualizar a família de outros sistemas mais complexos como a comunidade e a sociedade, que produz suas possibilidades de produção de bens e serviços, de educação, de escola, de saúde, de cultura, de assistência social etc. Também não há como garantir que família, escola, comunidade e sociedade só promovam fatores de proteção aos sujeitos, já que elas são também fontes de conflitos e de adversidades, que vulnerabilizam os sujeitos.

**Figura 1 - Fontes de fatores de risco e de proteção, internos e externos ao indivíduo, na infância e adolescência, que influenciam seu desenvolvimento nas diferentes faixas etárias**



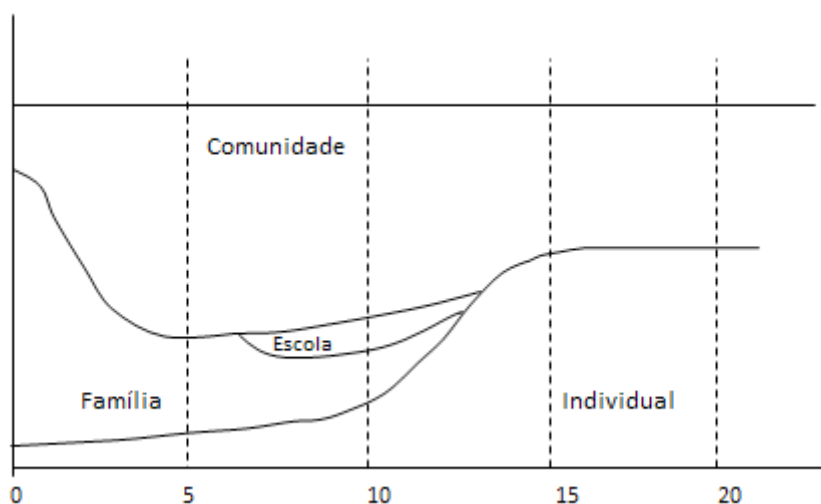
Fonte: NORDIO, 1978.

Na adolescência, a influência da família no processo de desenvolvimento perde espaço para outras fontes de fatores de risco e fatores de proteção. Os fatores internos (condição emocional, valores, talentos, habilidades, desejos, projetos, autoestima, humor etc.) ganham

força, assim como os fatores oriundos da comunidade onde está inserido o jovem. A Figura 1 oferece um diagrama distributivo, proposto por Nordio (1978) das forças que entram em jogo no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente numa perspectiva geral. São forças compostas por fatores de proteção (forças de resiliência) e por fatores de risco (forças de vulnerabilidade). Cada sujeito irá se autoproduzir na confluência destas linhas de força e na forma como estas lhe são apresentadas. Uma mesma força poderá ser vivida de forma radicalmente diferente por diferentes sujeitos, cada um em sua singularidade.

Para cada situação singular poderíamos redimensionar o espaço de cada uma das principais fontes de fatores de risco e fatores de proteção. Na Figura 2 apresentada abaixo, a fonte que se sobrepõe é a do ambiente comunitário, que pode ser a rua sem a mínima monitoração da família (fator de risco) como pode ser a possibilidade de convivência comunitária em ambiente de apoio, tipo núcleo comunitário ou vizinhança que ofereça cuidado e atenção nos períodos complementares a escola (fator de proteção). De qualquer forma, os espaços familiar e escolar são reduzidos. Podem ser tanto insuficientes em termos de proteção levando o(a) adolescente a enfrentar a vida sozinho(as), como podem ser qualitativamente significativos, produzindo jovens mais autônomos com mais precocidade. No entanto, a ausência da influência da família e da escola antes dos 15 anos leva a crer mais na possibilidade de vulnerabilidade intensa do que na resiliência.

**Figura 2 - Fontes de fatores de risco e de proteção, internos e externos ao indivíduo, na infância e adolescência, que influenciam seu desenvolvimento nas diferentes faixas etárias (situação singular)**



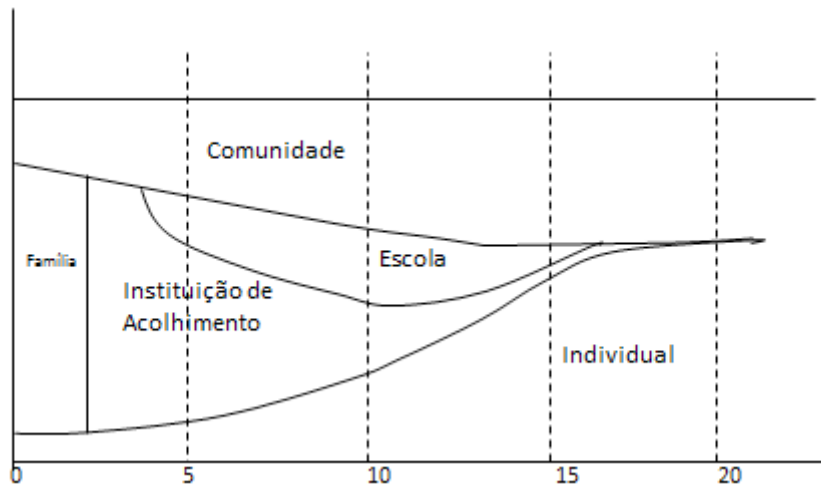
Fonte: NÓRDIO, 1978.

Na Figura 3, outra situação singular reconfigura o diagrama e os espaços de fontes primárias de fatores que influenciarão fortemente o desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens abrigados em instituições protetivas de acolhimento. É bastante comum, nessas



situações, que os fatores internos sejam mais intensos e mais precocemente significativos que as influências das demais fontes. A qualidade das relações em todos esses espaços será fundamental para produzir mais proteção ou vulnerabilidade. O papel da família aqui foi bastante restrito, mas também pode ter sido tanto de risco como de proteção, dependendo da qualidade afetiva e do cuidado produzido na fase tão delicada do desenvolvimento.

**Figura 3 - Fontes de fatores de risco e de proteção, internos e externos ao indivíduo, na infância e adolescência, que influenciam seu desenvolvimento nas diferentes faixas etárias ( situação singular)**



Fonte: NÓRDIO, 1978.

A necessidade da vivência em grupo por parte de adolescentes e jovens é importante na construção de identidades num momento tão cheio de pressões sociais para que o sujeito faça e assuma suas escolhas de identidades (de gênero, orientação sexual, profissional, habilidades e gostos específicos etc.). Quando aceitos no grupo, o sentimento de pertencimento e inclusão é altamente prazeroso, porém quando excluído ou menosprezado pode gerar ansiedade, estresse, isolamento e depressão. A escolha dos pares com quem o(a) adolescente quer interagir é pouco influenciada pela família e é comum a surpresa dos adultos cuidadores/provedores com a escolha de seus adolescentes. Dependendo da qualidade do grupo, seu sentido de grupalidade, essa busca é altamente protetiva como poder ser vulnerabilizante.

O papel da família como parte da rede de apoio de um adolescente poderá significar mais proteção ou mais risco, dependendo do vínculo adulto provedor/cuidador com adolescente, da capacidade de comunicação entre eles, do estilo de parentalidade e da relação que as forças oriundas da comunidade e escola (grupos de amigos, relações com o desempenho escolar, segurança do bairro em que vivem, oportunidades de acesso à cultura e ao lazer etc.) intervêm no processo. Crianças e jovens que boa parte do tempo cuidam de si mesmos, ou seja, vivem com pouca monitoração de seus adultos cuidadores/provedores, ficam mais suscetíveis às forças do ambiente externo à família. A qualidade do tempo e do cuidado complementar à escola e ao

convívio familiar são significativos no processo de constituição de autonomia destes jovens e de suas escolhas.

O grau de conflito entre adultos e jovens na família está relacionado em boa parte ao estilo de relação e comunicação entre eles. Diana Baumrind (1991) propõe uma classificação dos estilos de parentalidade, que se associam a diferenças no comportamento social dos adolescentes, como podemos ver no quadro a seguir:

### Quadro 1 – Estilos de Parentalidade

Estilo parental predominante	Comportamento social do adolescente
Autoritário: estilo restritivo e punitivo no qual o adulto provedor/cuidador persuade o adolescente a seguir suas orientações. Os limites e controles são rígidos e há pouca troca comunicativa	Pouco criativo; com pouca habilidade de decidir com autonomia; poucas habilidades comunicativas; ansiedade frequente em relação às comparações sociais.
Autoritativo: estilo que encoraja o adolescente a ser independente e progressivamente autônomo. Os limites e controles fazem parte da relação de autoridade que o adolescente respeita e reconhece em seus adultos cuidadores/provedores. O diálogo e a negociação são centrais na comunicação entre estes adultos e jovens	Criativo, flexível, autoconfiante e responsável; com boas habilidades comunicacionais e respeito aos adultos; capacidade de escolha com consciência de seus efeitos.
Negligente: que se envolve pouco com o processo de adolecer do jovem. Pouco interesse nas atividades e escolhas dos jovens. Há pouco ou nenhum controle ou limite e a monitoração do desenvolvimento é mínima. A comunicação é muito insuficiente	Pouco autocontrole; dificuldade para lidar com a independência e pouca assertividade nas escolhas; necessidade de pertencimento a grupos que se interessem e o ajudem a enfrentar o processo de adolescência.
Indulgente: alto envolvimento dos adultos provedores/cuidadores com os jovens, porém com poucos limites e controle sobre o processo de adolecer deles. A comunicação é pouco eficiente.	Pouco autocontrole e alta frustração quando contrariados, tanto por adultos como pelos pares; dificuldade para se incluírem em grupos, pouca habilidade comunicativa.

Fonte: BAUMRIND, D. (1991).

Esses estilos de parentalidade e comunicação, assim como os comportamentos sociais associados aos adolescentes, devem ser encarados como tendências, pois da mesma maneira que o estilo não é algo tão definido e rígido, seria simplista atribuir o comportamento social do adolescente apenas à tendência de um estilo parental. É necessário sempre considerar diferenças contextuais, divergências de estilos entre os adultos provedores/cuidadores, processo anterior ao período de adolescência etc.

Entre as forças que podem participar da rede de apoio das famílias, crianças e adolescentes tem fundamental importância a Rede de Atenção Primária em Saúde. Em situações de conflito no ambiente familiar, escolar e, até mesmo, comunitário (outros níveis de atenção à saúde, conselhos tutelares, vara da infância e da adolescência etc.), a rede de atenção básica quase sempre é a primeira porta de entrada para a busca de uma compreensão, seja do comportamento, de um sintoma ou de uma necessidade de orientação específica (anticoncepção, uso de substância psicoativa, violência doméstica ou sexual etc.). Nem sempre é o(a) adolescente que procura a Unidade Básica de Saúde. Com muita frequência, a família é a primeira a demandar atenção. Em outras situações, são as escolas e os órgãos de proteção da criança e do adolescente, ou até mesmo agentes de saúde, que encaminham a demanda.

O primeiro desafio para a Atenção Básica ir além da demanda referenciada é o trabalho interno com a equipe, conscientizando que o acolhimento de adolescentes e jovens é tarefa de todos os profissionais: da recepção à dispensação de medicamentos, do agente comunitário de saúde ao técnico de Enfermagem, do dentista aos demais profissionais de saúde com formação universitária. À gerência destes serviços, cabe o planejamento com a equipe e o acompanhamento das ações ofertadas, da gestão do cuidado ofertado e da articulação da linha de cuidado interna e externa na Rede de Atenção à Saúde e na rede intersetorial de assistência.

Destaca-se que a assistência ao adolescente começa na assistência à criança e sua família. É no atendimento desta faixa etária que podemos detectar e problematizar questões como: o estilo parental de cuidado, o monitoramento do desenvolvimento e do cuidado tanto no período escolar como no período complementar, os serviços e órgãos de apoio de outros setores e as situações de estresse e adversidades que podem comprometer o desenvolvimento etc.

Além do atendimento de todas as referidas demandas, o trabalho com as escolas e com a rede de assistência social é fundamental para ampliar a procura direta do adolescente pelo serviço de Atenção Básica. Parcerias em projetos de Educação e Saúde nas escolas, como proposto pelo Programa de Saúde na Escola do Ministério da Saúde (PSE/MS), qualificação das reuniões intersetoriais para acompanhamento de situações de maior vulnerabilidade e parcerias com projetos de Secretarias de Cultura, Esporte e Lazer dos municípios são fundamentais neste sentido.

A oferta de grupos de encontro para adolescentes e familiares que cuidam de adolescentes e jovens é uma boa estratégia que deve ser estimulada pelos profissionais de saúde e entrar no rol de ações ofertadas no planejamento à atenção a adolescentes e jovens. Além disso, a leitura de vulnerabilidade e resiliência, como proposto em capítulo específico deste documento, também deve ser uma prática constante, que propiciaria a identificação das situações que merecerão maior atenção e projetos terapêuticos singulares e familiares para complementar a assistência prestada.

Dessa forma, a participação da Atenção Básica como uma das fontes de fatores de proteção no espaço comunidade, do diagrama apresentado acima proposto por Nordio (1978) ao desenvolvimento de adolescentes e jovens, sempre em parceria com as famílias, escolas, instituições de acolhimento e conselhos tutelares é uma possibilidade concreta a ser construída.

# Promoção da Saúde e Protagonismo Juvenil

O panorama atual da saúde pública aponta que, ao lado da prevenção e do tratamento de doenças, há necessidade de se voltar prioritariamente para a questão da manutenção do bem maior da saúde por meio da promoção de um estilo saudável de vida. Entende-se como promoção de saúde a possibilidade de “proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre ela” (RESTREPO, 1992, p. 1).

A saúde de adolescentes e jovens tem representado um desafio para os profissionais de saúde que se dedicam a este grupo populacional. Nesse sentido, inicialmente as equipes buscaram uma atuação interdisciplinar por meio de programas de atenção integral. Essa proposta se mostrou inovadora frente à prática médica biologicista, na medida em que até aquele momento a atenção se dava de forma tradicional, restringindo-se a oferecer tratamento aos usuários a partir dos sintomas relatados. Entretanto, essa metodologia de atuação interdisciplinar não demonstrou ser eficaz na promoção de uma mudança significativa nos grandes problemas de saúde porque não permitia que o adolescente/família participasse plenamente como agente de sua própria saúde e como multiplicador de estilos de vida saudáveis.

Propor uma mudança estratégica de atuação do profissional, com relação ao adolescente dentro de um enfoque de promoção da saúde e de participação juvenil efetiva, aponta para a necessidade de uma reflexão sobre a questão ética. A questão é que esse modelo se caracteriza pelo pressuposto de que há uma distinção entre “fatos e valores”, onde o observador não está envolvido com a situação e o usuário deve se comportar de acordo com as normas estabelecidas, ou seja, sem participar efetivamente do processo.

## 7.1 É suficiente prestar uma atenção integral?

No modelo tradicional, o indivíduo deixa de ser visto em sua singularidade, uma vez que o objetivo maior é a cura da doença. Dizendo em outras palavras, nesse exemplo o profissional de saúde estabelece uma relação vertical com o usuário, outorgando-se o direito de ditar normas

de conduta acreditando que, assim fazendo, proporciona ao usuário uma qualidade melhor de vida. Essa postura coloca a pessoa numa posição de inferioridade e de passividade, retirando dele não só a liberdade de escolha, como também a responsabilidade por seus atos.

Na nova proposta de atenção integral, o objetivo é ampliar a possibilidade de atuação do profissional, tendo como preocupação não só a singularidade do sujeito, mas também a organização dos serviços. Com isso, transforma-se o espaço antes considerado como o “lugar, por excelência, do profissional” – um lugar de poder – em outro em que se busca uma interação maior dos profissionais com a população assistida. Essa política de atuação significou uma mudança com respeito ao modo de como se dava, até então, a relação profissional-usuário. Em vez de considerar que o adolescente ou jovem deveria pautar sua conduta segundo um modelo preestabelecido, o profissional passou a considerar o meio ambiente como um fator de importância capital na compreensão da problemática da adolescência e da juventude. A dimensão ética que essa estratégia envolveu diz respeito ao fato de considerar, na relação, o adolescente como um sujeito e não mais como mero objeto de investigação (HERZOG, 1987).

## 7.2 Protagonismo juvenil

O enfoque sugerido de atenção integral constitui um modelo dinâmico que comporta transformação contínua, já que se pauta nas necessidades globais de atendimento da população-alvo. O desafio agora é aprimorar um modelo qualificado para alcançar outro mais eficaz, que amplie a participação dos adolescentes na gestão, na avaliação e na reconstrução dos serviços.

A mudança a ser efetuada no novo modelo deve corresponder a uma determinada atitude frente a opções a serem priorizadas com respeito à saúde/bem-estar do adolescente. Trata-se, então, de incentivar o sujeito a fazer suas próprias escolhas, propiciando um espaço reflexivo para um encontro harmônico entre as diversas alternativas de conhecimento, para que as condutas sejam fruto de um novo saber.

A atenção ao adolescente deve ter como premissa uma reflexão sobre a liberdade. E isto é possível desde que se possa pensar, a partir das dimensões sociais e políticas, de que modo a população adulta, melhor dizendo, a sociedade como um todo, permitirá que os jovens participem desse projeto. Infelizmente, por enquanto, as informações são escamoteadas, por intermédio de códigos e barreiras institucionais que impedem o adolescente de se posicionar e de verdadeiramente participar.

O esforço atual deve ser o de promover uma relação horizontal entre profissionais de saúde e usuário, relação esta que permitirá uma nova forma de abordagem com respeito à atenção à saúde de adolescentes e jovens. Para que isso ocorra, é necessário que haja um despojamento dos saberes preestabelecidos. O autoritarismo que vem direcionando a ciência

impede que o sujeito produza sua verdade, pois não lhe dá acesso ao conhecimento. Seria a partir dessa possibilidade que o adolescente poderia vir a tomar decisões (SCHRAMM, 1994).

A questão agora é: como criar um serviço em que liberdade e responsabilidade sejam pertinentes tanto para o profissional quanto para o usuário?

Essa questão coloca a necessidade de se refletir como o profissional se comportará com relação a este grupo, a maneira pela qual se dará a abertura para o protagonismo juvenil na gestão do serviço, o que pressupõe oferecer todo tipo de informação necessária, bem como uma disponibilidade, por parte do profissional, para a escuta do adolescente.

A informação, num sentido amplo, possibilita ao jovem dispor de conhecimento que lhe permitirá tomar decisão quanto a sua conduta, em lugar de ser submetido a valores e normas que o impedem de exercer seu direito de escolha na administração de sua própria vida.

### **7.3 Promoção de saúde e prevenção de agravos**

É importante dar ao jovem a oportunidade dele fazer por ele mesmo. Desenvolver o protagonismo juvenil engajando-o em projetos que ele mesmo crie, assuma e administre. Dar-lhe autonomia, apoio e aprovação. Usar seu potencial de energia em atividades comunitárias que propiciem autoconhecimento e altruísmo.

Devem-se criar oportunidades de esporte, lazer e cultura. Usar os espaços físicos disponíveis, para que eles não sejam apenas expectadores, mas também atores. Isso pode ser feito dentro do plano de aula escolar ou apenas usando o espaço da escola, do clube e praças em horário extracurricular. Para incentivar os adolescentes e jovens a participar das atividades de promoção de saúde, é interessante a organização de gincanas, competições e jogos cujos desafios principais sejam a ênfase na ecologia, alimentação natural, saúde, valores éticos e morais. Outra proposta seria a promoção de eventos festivos de acordo com a cultura local, desenvolvendo temas sugeridos pelo público-alvo, bem como a criação de oficinas terapêuticas, onde o adolescente possa criar vídeos, jornais, arte por intermédio da informática, modelagem, escultura, música, dança, desenhos, dramatizações, entre outras. Estar atento ao que eles hoje valorizam e apoiá-los em suas iniciativas.

Ademais, é importante incentivar a construção de um projeto de vida próximo de seus ideais; orientar sobre a busca de oportunidades de emprego e promover o resgate da cidadania, onde o conceito de adolecer não seja entendido como aborrecer, mas respeitá-los e fazer que se respeitem.

Em suma, trabalhar essas questões na atenção à saúde dos adolescentes e jovens difere da assistência clínica individual e da simples informação ou repressão. O modelo a ser desenvolvido deve permitir uma discussão sobre as razões da adoção de um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a resistência às pressões

externas, a expressão de sentimentos, as opiniões, as dúvidas, as inseguranças, os medos e os preconceitos. A proposta é reforçar as condições internas de cada sujeito para o enfrentamento e resolução de problemas e dificuldades do dia a dia.



# Resiliência e Vulnerabilidades

O conjunto de forças psicológicas e biológicas exigidas para que uma pessoa, ou um grupo de pessoas, supere com sucesso seus percalços, situações adversas ou situações estressantes, que modificam muito a vida das pessoas, tem sido chamado de resiliência. Esta palavra foi emprestada da Física para a Psicologia em meados dos anos 70. Na década de 90, passa a integrar o discurso da Saúde Coletiva e da Assistência Social. Na Física e na Engenharia de materiais, significa uma propriedade da matéria pela qual a energia armazenada em um corpo deformado por um impacto seja devolvida quando cessa a tensão causadora, possibilitando ao corpo readquirir sua forma inicial sem desestruturar-se.

Frederick Flach, psiquiatra norte-americano, estudioso dos mecanismos de produção e superação do **estresse**, passa a empregar o termo **resiliência** com o significado acima em suas investigações nos anos 70. Suas pesquisas partiram da observação de que as pessoas superam adversidades semelhantes de forma muito diferente. Passou então a tentar identificar quais seriam as **forças internas** que aqueles que superavam suas adversidades, sem prejuízos significativos para sua personalidade, tinham e que não eram identificadas nas pessoas que não conseguiam superar satisfatoriamente eventos semelhantes. Identificou uma série de características na personalidade **resiliente** que são significativas:

- Criatividade, reconhecimento e desenvolvimento de seus próprios talentos.
- Um forte e flexível sentido de autoestima.
- Independência de pensamento e ação.
- A habilidade de dar e receber nas relações com os outros, e um bem estabelecido círculo de amigos pessoais, que inclua alguns amigos mais íntimos e que podem ser seus confidentes.
- Disciplina pessoal e um sentido de responsabilidade.
- Receptividade a novas ideias.

- Disposição para sonhar e grande variedade de interesses.
- Senso de humor alegre.
- Percepção de seus sentimentos e dos sentimentos dos outros e capacidade de comunicá-los de forma adequada.
- Compromisso com a vida e um contexto filosófico no qual as experiências pessoais possam ser interpretadas com significados e esperança, até mesmo nos momentos mais desalentadores da vida.

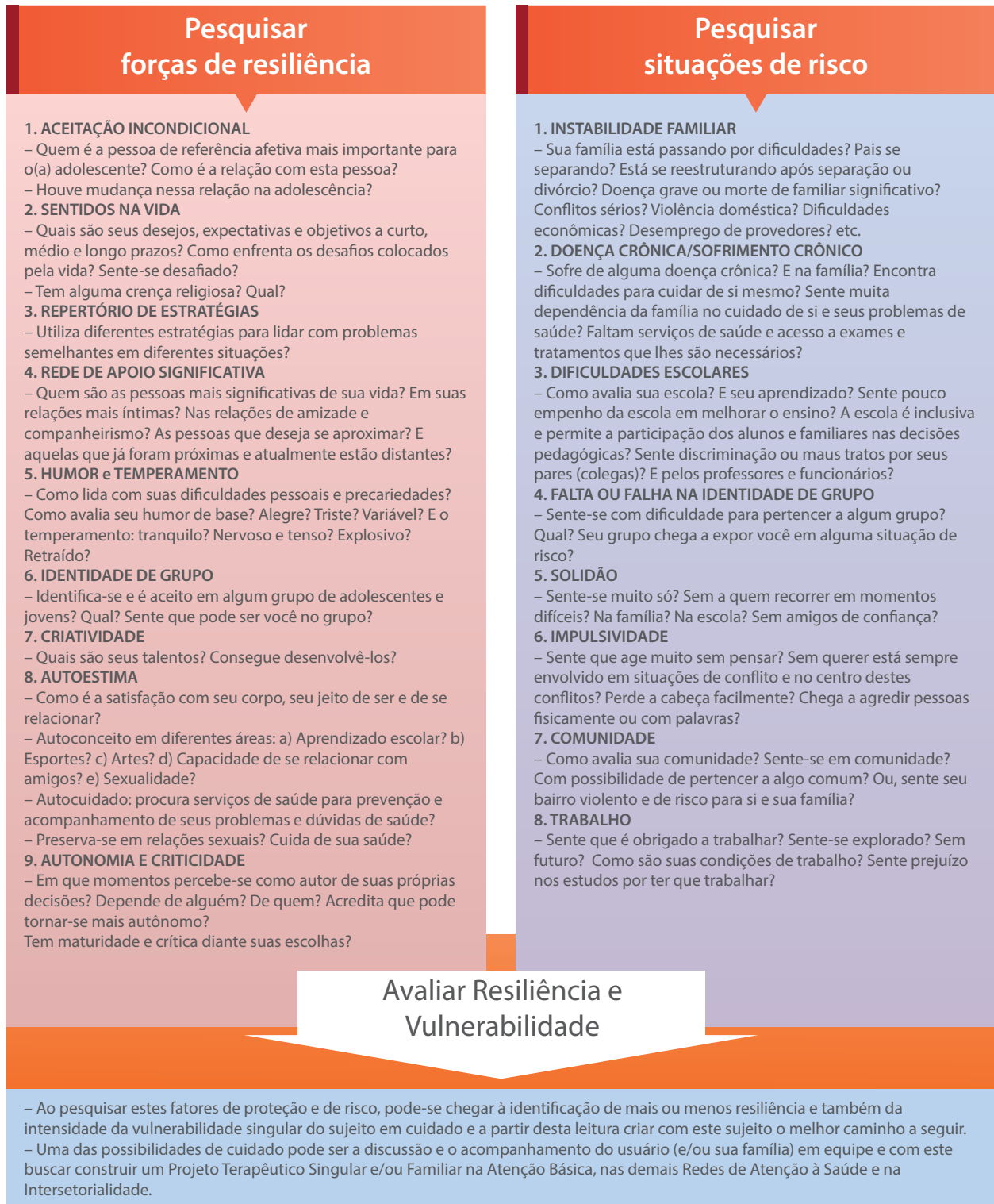
Seria impossível esperar de uma pessoa todas estas características de personalidade. Ninguém é perfeito e muito menos invulnerável. No entanto, uma composição dessas características é fundamental para se perseverar na existência. Em alguma intensidade, essas características estão presentes em todos, não de forma inata, mas podendo ser desenvolvidas em maior ou menor intensidade na interação das pessoas umas com as outras. Esta interação inicia-se, na maioria das vezes, no interior da família, prossegue na escola, depois no trabalho, na comunidade etc. Ou seja, podem-se identificar, também, elementos de resiliência nas instituições humanas. E, se estivermos atentos na identificação destes elementos, iremos detectar padrões diferentes de resiliência nas famílias, nas instituições, nas organizações e na comunidade.

Mangham e colaboradores (1996) identificam como elementos chaves da resiliência familiar, de equipes e de outros arranjos grupais:

- Estabilidade: entendida como resistência à ruptura interna e senso de permanência.
- Coesão: senso de afeto mútuo, companheirismo e segurança.
- Adaptabilidade: habilidade coletiva para adaptar-se às mudanças e continuar funcionando a despeito de condições adversas.
- Repertório de estratégias e atitudes para superar situações estressantes.
- Redes de suporte para estender as capacidades da família ou dos grupos por meio de outros familiares, amigos, vizinhos, companheiros de trabalho, outros grupos etc.

Durante o processo de atendimento, a equipe pode ir construindo com o(a) adolescente uma leitura de sua resiliência e de sua vulnerabilidade, que poderá propiciar estratégias de cuidado singularizadas. Daí a importância de se conhecer as demais políticas desenvolvidas para adolescentes e jovens pela Educação, Assistência Social, Cultura, Esportes, Conselho de Direitos etc.

Figura 4 - Resiliencia e situações de risco



Fonte: Elaboração própria.

A partir da abordagem proposta anteriormente, é possível identificar as forças de resiliência e as vulnerabilidades que o adolescente está sujeito. E, a partir dessa avaliação, identificar quais ofertas poderão ser feitas tanto no âmbito da saúde como de outros setores de políticas.

A ausência de oportunidades para refletir sobre as questões próprias dessa etapa da vida, para construir projetos de vida a partir de seu desejo e necessidades e concretizá-los, assim como a desarticulação das ações voltadas aos jovens e adolescentes são importantes fatores de vulnerabilidade. Daí a necessidade de se pensar linhas de cuidado que contemplem as necessidades de todos adolescentes, de se destacar as principais situações de risco e baixa resiliência e de se promover ações envolvendo da melhor forma possível todas as políticas e todos profissionais que atendem adolescentes e jovens.

São situações de risco e/ou de baixa resiliência individual e familiar, potencialmente produtoras de vulnerabilidade, que merecem ser tratadas da forma mais ampliada possível pela saúde, podendo merecer também ações intersetoriais:

- Adolescentes que residem em áreas de risco ambiental, risco à saúde e com estatísticas de maior violência.
- Que vivem em famílias sem referências significativas, passando por processos de desestruturação de vínculos e/ou por processos de fragilidade econômica.
- Que estejam sofrendo ou em risco de sofrer violência doméstica.
- Que estejam com dificuldades escolares significativas, tendendo à evasão escolar.
- Que já tenham iniciado vida sexual sem o necessário apoio dos serviços de saúde.
- Que estejam vivenciando situação de gravidez não planejada.
- Que já apresentaram alguma doença sexualmente transmissível e/ou HIV.
- Que tenham riscos nutricionais, ou seja: obesidade, dislipidemias, desnutrição, anemias carenciais, bulimia, anorexias etc.
- Que esteja em sofrimento mental com destaque às situações de depressão, risco de suicídio, alta ansiedade, impulsividade, manias, oscilações de humor significativas etc.
- Que estejam envolvidos com substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas, tendendo ao abuso, à dependência química e/ou ao envolvimento com o tráfico.
- Que fogem com frequência de casa, tendendo a se estruturar nas ruas.
- Que exercem qualquer forma de trabalho não prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- Que estejam sendo vítimas de exploração sexual ou que tenham sofrido abuso sexual.

Todas estas situações são apresentadas aqui como enunciados genéricos de situações de risco. Na leitura compartilhada com o(a) adolescente de sua resiliência/vulnerabilidade, cada situação é particular e deve ser considerada na plenitude de sua singularidade. O que, por sua vez, pode gerar ações e manejos muito diferentes entre as situações, mesmo que, aparentemente, sejam consideradas de uma mesma categoria de situação de risco.

## 8.1 Interculturalidade e a saúde de adolescentes e jovens

Cultura pode ser definida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas (LANGDON; WIIK, 2010, p. 175).

Considerando que todas as pessoas são provenientes e vivenciam diferentes ambientes, a atenção integral à saúde deveria ser realizada numa perspectiva intercultural. Contudo, os programas de formação e capacitação profissional apresentam abordagens semelhantes para toda população, sem uma preocupação com uma análise contextual específica para cada sujeito.

Por isso, para atender adolescentes e jovens, os profissionais da área da Saúde deveriam ser capacitados com habilidades e competências específicas na área intercultural, pois se trata de um grupo plural, construído na sua diversidade, não devendo, portanto, ser tratado numa perspectiva universal e homogênea.

A diversidade sociocultural não é determinada pela biologia ou pelo ambiente físico, ainda que constituam os substratos materiais sobre o qual se edificam a ordem social e simbólica de cada grupo ou sociedade humana. Para além do aspecto biológico e do fator clínico, o adoecer é um fenômeno sociocultural. Não levar em consideração o sentido sociocultural do adoecimento, da dor, do padecimento é tornar aquele que sofre ainda mais vulnerável.

Daí a importância de se reconhecer os diversos níveis de articulação, desde o biográfico até as dimensões macroestruturais, passando pelo contextual/local, sem reducionismos, sejam individuais ou socioculturais. Nesse sentido, vale enfatizar outros elementos importantes na atenção à saúde como classe social, gênero, religião, raça, etnia, geração, orientação sexual.

O princípio da igualdade e da não discriminação promulgada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos foi enfaticamente reafirmado na Conferência Mundial contra o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerâncias, realizada em Durban, em 2001 (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

# Interculturalidade e Saúde

Ao trazer para o âmbito da atenção em saúde o tema interculturalidade, a proposta é não somente abrir espaços e dar visibilidade para diferentes culturas, mas se dispor a uma abertura crítica em favor de um maior conhecimento do “outro”, “buscando uma compreensão de sua forma de ser e estar no mundo, seus saberes, histórica e culturalmente constituídos” (BARROS, 2011).

Observa-se, na área da Saúde, certa negligência na busca de informações diversificadas no que tange a populações consideradas minoritárias ou com menos impacto na formação da pirâmide populacional. Isso pode ser observado pela importante lacuna de dados obtidos dos grupos considerados menos relevantes, mas que integram a população. Usualmente, ocorre generalização dos achados de pesquisa, sem que alguns grupos tenham sido sequer inquiridos para integrarem a base de dados. Portanto, torna-se essencial fomentar a procura de informações dos diferentes grupos populacionais numa perspectiva mais ampliada.

O profissional de saúde, ao prestar atendimento, traz sua bagagem cultural cheia de atitudes e preconceitos, criados a partir de sua exposição no âmbito da família e classe social, indo interagir com sua população-alvo. Deveria, então, estabelecer uma relação dialética de troca, na criação de novos saberes com os diferentes grupos e cenários, por exemplo: adolescentes em conflito com a lei, populações ribeirinhas, povos indígenas, afrodescendentes, quilombolas, ciganos/Roma, entre outros.

Para que sirvam de reflexão e inclusão desses e de outros temas que deveriam ser abarcados pelo setor Saúde em um debate intercultural mais amplo, apresenta-se, a seguir, as peculiaridades de alguns segmentos populacionais de adolescentes e jovens que são raramente incluídos nas pesquisas e nos programas de capacitação profissional.

## 9.1 Adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social

A adolescência e a juventude desfavorecida no meio urbano sempre foi um tema de difícil abordagem no Brasil, mas não cabe somente entendê-la como um mero reflexo da pobreza ou do cenário caótico em que se encontra, e sim dentro de uma ética e, em se tratando de atenção de saúde, com respeito aos seus direitos humanos (MEIRELLES; HERZOG, 2008). Em realidade, tanto o Estado quanto a sociedade ainda não estão preparados para cuidar de forma adequada do grupo em questão, principalmente dos que estão em condições mais vulneráveis. O que se observa é adolescentes e jovens desamparados, vivendo um cotidiano repleto de dificuldades e com carências econômicas e sociais.

Muitos quando chegam ao sistema institucional são atendidos por intermédio de uma série de procedimentos, em geral violentos, com punições rígidas. Na saúde o que se observa é um descaso e um excesso de burocracia, que tem por objetivo evitar a inclusão desses adolescentes no sistema de atendimento. Não existe, em geral, um acolhimento afetuoso do sujeito que, em última análise, é vítima da falta de oportunidades (BERNAL, 2004).

Define-se a violência institucional, segundo o Instituto Patrícia Galvão, como o

tipo de violência motivada por desigualdades (de gênero, étnico-raciais, econômicas etc.) predominantes em diferentes sociedades. Essas desigualdades se formalizam e institucionalizam nas diferentes organizações privadas e aparelhos estatais, como também nos diferentes grupos que constituem essas sociedades. (VINCENSI; GROSSI, 2012)

Segundo Assis (2004), na raiz do problema deve-se ressaltar que, durante o processo de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, a exposição à violência física e psicológica deixa marcas indeléveis na autoestima e na competência social. Os seus valores, bem como o julgamento que o adolescente faz de si e dos outros, ficam afetados, tornando-o mais susceptível às influências externas ao seu núcleo familiar. Evidencia-se que a convivência familiar harmoniosa é fundamental para a formação saudável do sujeito. Quando pessoas expressivas, como os pais, professores e líderes comunitários cometem atitudes inapropriadas ou violentas (como violência física ou emocional) contra o adolescente, provocam sensações de menos valia na sua autoconfiança, à medida que, muito pelo contrário, ele esperava respeito e compreensão.

Em se tratando de atendimento de adolescentes e jovens, é importante um olhar especial sobre as populações que vivem em áreas faveladas, os moradores de rua e, principalmente, os que estão envolvidos com o crime organizado ou não. Alguns autores têm pesquisado os motivos e implicações ambientais no destino e na criação de potencialidades desses sujeitos, contudo, ainda falta estudar os diferentes ângulos dessas questões e com a relevância científica a que fazem jus.

## 9.2 Adolescentes e jovens de áreas rurais

As questões que envolvem a dinâmica de vida de adolescentes e jovens moradores de áreas rurais geram situações peculiares que deveriam ser entendidas e levadas em consideração na organização da atenção à saúde.

Os estudos realizados com populações residentes de áreas longínquas na Região do Médio Solimões, no Estado do Amazonas, apontam um fator relevante que é a distância geográfica entre os núcleos familiares, com seus estilos de vida e conceitos. As famílias, em geral, são numerosas e vivem em regimes patriarcais. Não levando em conta o ECA (BRASIL, 1990a), a utilização da mão de obra dos filhos desde a mais tenra idade é constante, sendo justificada pela necessidade de assegurar a posse do território, sendo eles encarregados tanto do cultivo da terra como da pesca e extração da madeira.

Em realidade, nessas formas de organização social, a infância é curta, sendo que a fase biológica da adolescência é logo acompanhada das responsabilidades da vida adulta, sem que estejam claramente definidos os tempos da adolescência e da juventude, como nas organizações sociais modernas que exigem maior tempo de formação social para o desempenho das atividades produtivas da fase adulta (MOURA et al., 2000).

A mudança social em curso no Brasil, incluindo a preocupação das relações dos indivíduos às questões ambientais, torna evidente a importância da realização de programas de capacitação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com enfoque mais adequado a esse perfil. Além disso, deve-se refletir sobre como os adolescentes e jovens de áreas rurais se situam diante do conjunto de transformações sociais e culturais do mundo, observadas por intermédio dos meios de comunicação, principalmente a televisão, e quais são seus desejos e ansiedades em função da falta dos avanços tecnológicos que é parte da realidade local e que seus pares de outras regiões do País têm direito.

## 9.3 Povos indígenas

Segundo a FUNAI, entende-se por cultura “o conjunto de respostas que uma determinada sociedade dá às experiências por ela vividas e aos desafios que encontra ao longo do tempo” (BRASIL, 2013a, p. 22-27).

Nesse sentido, a cultura indígena, como qualquer outra vivenciada pela sociedade, está em constante transformação e, portanto, é dinâmica em seu processo histórico.

Embora a atenção à saúde dos povos indígenas seja uma prioridade governamental, existe uma brecha de conhecimento sobre os hábitos, desejos e frustrações dos jovens moradores das aldeias das diferentes etnias. Observa-se, sobretudo, a falta de uma abordagem intercultural na formação dos profissionais que participam do atendimento de saúde desses indivíduos. Muitos não aprendem os métodos de atendimentos dos xamãs e não conseguem uma forma de comunicação com a clientela, atendendo sempre com a ajuda dos agentes de saúde indígenas.



Ao contrário do que se apregoa no Brasil, no País existe uma imensa diversidade étnica e linguística, estando entre as maiores do mundo. São 215 sociedades indígenas, com 55 grupos de índios isolados, sobre os quais ainda não há informações objetivas. São faladas 180 línguas, pelo menos, por integrantes dessas sociedades, as quais pertencem a mais de 30 famílias linguísticas diferentes.

No que diz respeito ao processo de crescimento e desenvolvimento vivenciado pelos indígenas, para marcar a entrada de um grupo ou indivíduo de uma fase de vida para outra, em geral, esses povos praticam ritos de passagem. Esses ritos são realizados por ocasião da gestação, do nascimento, da chegada à vida adulta, do casamento, do envelhecimento e até da morte.

Nas sociedades indígenas, a adolescência não é uma fase social ou psicológica. O processo para entrada no mundo adulto inicia-se quando o sujeito está apto para a procriação e, em seu processo educativo, já treinou a aquisição das habilidades práticas pertinentes ao seu gênero sexual, pois desde a infância já observava e imitava os mais velhos em seus afazeres diários e aprendia suas funções, de acordo com o seu sexo. Dessa forma, para marcar essa passagem é realizado um ritual de iniciação que é uma das cerimônias mais importantes na cultura indígena.

Os rituais diferenciam-se de acordo com o gênero e com a tribo. Para as mulheres indígenas a primeira menstruação é o marco indicativo de que a jovem deve iniciar o ritual. Nele, as mulheres ficam um longo período em reclusão em um espaço reservado dentro de sua casa, saindo somente para a realização das necessidades fisiológicas. De acordo com relatos de índios guaranis, nessa ocasião as meninas têm seu cabelo cortado e mantêm resguardo dentro de suas casas, onde recebem alimentos e de onde raramente saem. Durante esse tempo, as indígenas conversam e ouvem histórias das mulheres mais velhas, aprendem a confeccionar objetos femininos e preparam-se para as futuras responsabilidades. Essa clausura pode durar de seis meses a dois anos, ou até mais. Quando saem, estão com a pele descorada e com os cabelos longos, cobrindo o rosto.

O ingresso na vida adulta para os homens é marcado pelo desenvolvimento corporal e pela mudança na voz. Por isso, dependendo da tribo e do desenvolvimento do menino, os cerimoniais de iniciação podem durar até cinco anos. O ritual de iniciação masculino é formado por um conjunto de provações físicas e emocionais, fixação de conhecimentos, valores, crenças. Em algumas tribos existe a casa dos solteiros para onde se dirigem os meninos, podendo eventualmente retornar a casa materna. Entretanto, a permanência nessa casa simboliza a ruptura entre mãe e filho, já o preparando para o casamento. Nessa casa só é permitida a entrada das mulheres para levar os alimentos. E é proibida a sua participação em diversos momentos do ritual. Durante esse cerimonial, o jovem é submetido a diversos testes físicos e mentais a fim de provar que está preparado para assumir novas responsabilidades. Ao final desse período, o

homem recebe uma espécie de marca, que pode ser uma tatuagem ou um adorno marcando o fim desse processo.

Tendo em vista a grande quantidade de povos indígenas com diferentes tradições e culturas, a ideia aqui é somente exemplificar com alguns detalhes pertinentes ao processo de desenvolvimento dos adolescentes e jovens, ilustrando a necessidade de ampliação dos conhecimentos interculturais na formação do profissional de saúde, principalmente os que trabalham em áreas rurais ou perto de aldeamentos indígenas.

## 9.4 Comunidades remanescentes quilombolas

Na área da Saúde, o grupo populacional descendente da raça negra oriunda dos países africanos continua pouco incluído no ensino de graduação, deixando uma brecha na formação dos profissionais.

No Brasil, desde a época colonial, os escravos eram enviados da África e comprados como mercadorias pelos donos de terra para impulsionar a produção de açúcar. As plantações exigiam grandes extensões de terra e funcionavam com o trabalho escravo. Dessa forma, a produção do açúcar deu base para a estrutura social que atravessou toda a Colônia e o Império. Mais tarde, com a produção de açúcar pelas Antilhas e Estados Unidos da América (EUA), os fazendeiros precisaram encontrar outro produto de fácil aceitação no mercado internacional, que seria o café. A cultura cafeeira era realizada em grandes áreas territoriais dependente de um grande movimento de mão de obra.

A origem das Comunidades Quilombolas data do século XVII-XVIII, chamado Século do Ouro. Conforme Silva (2003), grupos de escravos, principalmente devido aos maus-tratos, revoltavam-se nas fazendas e fugiam, formando nas florestas os famosos quilombos. Estas eram comunidades bem organizadas, onde os integrantes viviam em liberdade, por meio de uma organização comunitária aos moldes da que existia na África. No Brasil, o maior quilombo da história da resistência ao cativo foi Palmares (no atual território de Alagoas e de Pernambuco), comandado por Zumbi.

As Comunidades Quilombolas que vivem hoje em dia em territórios ocupados por pequenos agricultores rurais negros foram criadas de várias formas, tais como: invasões de terra por escravos fugidos, heranças, doações, terras doadas como pagamento de serviços prestados ao Estado, terras ocupadas no interior de grandes propriedades, bem como a compra de terras, tanto durante a vigência do sistema escravocrata quanto após sua abolição.

Não há um levantamento do número exato de comunidades remanescentes de quilombos. Segundo o Centro de Cartografia Aplicada e Informação Geográfica da Universidade de Brasília (UnB), existem hoje registros de 2.842 comunidades quilombolas espalhadas por todas as regiões do País. A Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq) estima que haja cerca de 5 mil por todo o Brasil.

Embora a criação dos quilombos já estivesse acontecendo desde os idos de 1630, a questão quilombola só foi inserida no debate brasileiro no ato das disposições transitórias da Constituição de 1988, com a inserção do artigo 68: “aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. Permanecendo ainda uma grande dificuldade para o reconhecimento do território, a titulação das terras quilombolas só foi regulamentada em 2003, com o decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. O critério para a titulação da terra é a autodefinição, que dá início a um longo processo, que envolve identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação, desintrusão, titulação e registro, que deve ser coletivo (em nome de uma Associação de Moradores). Os seguintes termos designam as Comunidades Quilombolas: “terras de negros, quilombos, mocambos, comunidades negras rurais, quilombos contemporâneos e Comunidade Quilombola” (SILVA, 1995).

Ressalte-se, no entanto, que essas comunidades negras sofrem constantemente pressão dos que se consideram proprietários da terra, apoiados pelos mecanismos que alimentam a concentração de riqueza, propriedade e poder na sociedade brasileira, o que acaba causando, além do desemprego, os conflitos e as desigualdades sociais. Em outras palavras, protestar contra a estrutura agrária do País significa contrapor um modelo de desenvolvimento que privilegia a grande propriedade, o mercado externo e a desregulamentação do trabalho na cidade e no campo (WEISSHEIMER, 2006).

A produção econômica dessas comunidades é muito pequena e não lhes dá margem de lucratividade. Atualmente, em muitos quilombos, para aumentar a renda familiar é praticada a pluriatividade, ou seja, além das atividades agrícolas fazem artesanatos (cestas, tapetes, brinquedos) ou vão realizar suas atividades nas cidades mais próximas (SCHNEIDER, 2003).

No sentido de melhorar o entendimento sobre os problemas biopsicossociais que envolvem esses grupos, considera-se prioritário o desenvolvimento de programas de capacitação que particularize as questões dos adolescentes e jovens quilombolas e a execução da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Essa Política “é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades sociais que acometem essa população, Essa resposta é fruto do reconhecimento dos processos que construíram e ainda constroem as condições de vida dessa população” (BRASIL, 2010c).

Desse modo,

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2010c).

Em relação à população negra adolescente e jovem, essa Política específica como estratégia de gestão o

fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei” e a “garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/ SEPM nº 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004; 2010a).

## 9.5 Grupos ou clãs ciganos

Os ciganos são considerados “hóspedes indesejados” em diferentes países, convivendo secularmente com o preconceito, a estigmatização e a exclusão social. Uma de suas peculiaridades menos compreendida é o estilo de vida nômade, na medida em que a maioria se recusa de maneira sistemática a residir em uma base territorial definida. Atualmente, alguns clãs estão optando por morar em acampamentos, localizados em terrenos comprados ou alugados e até mesmo em residências fixas. Devido ao estilo nômade de muitos grupos ciganos, a entrada no SUS é dificultada pela falta de registro territorial, uma das bases da ESF.

No Brasil existe cerca de 1 milhão de ciganos, divididos em dois importantes subgrupos: os ciganos *Rom* (oriundos do Leste Europeu) e *Calom* (da Península Ibérica, desde o século XVI no Brasil) vivendo no Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Minas Gerais, Goiás, Bahia, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, entre outros.

No sentido de conhecer e atender, no sistema de saúde, este grupo étnico, alguns aspectos sobre a organização devem ser assinalados. Sabe-se que a base da organização social dos ciganos é a família, não havendo hierarquia rígida no interior dos grupos. O comando do clã é exercido pelo homem mais capaz, chamado *Kaku*.

O *Kaku* representa a tribo na *Krisromani*, uma espécie de tribunal cigano formado pelos membros mais respeitados de cada comunidade, com a função de punir quem transgride a rígida ética cigana. O mestre de cura (ou *xamã* cigano) é um *Kaku* (homem ou mulher) que possui dons de grande paranormalidade. Eles usam ervas, chás e toques curativos. Em geral, os homens são comerciantes e mascates, negociam tudo o que conseguem para trazer melhores condições de vida às famílias.

As mulheres são extremamente submissas e adoram enfeitar-se com bijuterias, roupas coloridas e saias compridas. Para distinguir as que têm mais posses, elas usam adornos de ouro nos dentes. A prática de ler as mãos é devida a um dom que remonta aos ancestrais e é transmitida entre as gerações de mulheres.

Em geral, os povos ciganos são alegres, festeiros e gostam de comemorar com muita dança as festas típicas os batizados e casamentos, bem como o dia de Santa Sara, padroeira

dos ciganos. A morte tem uma série de rituais, como o de colocar uma moeda na boca do falecido para que ele possa negociar com o barqueiro que o levará ao mundo dos mortos.

Possuindo códigos próprios, por vezes a expressão dos sentimentos morais, a demanda por respeito e o brado por reconhecimento cedem lugar às rivalidades, essas são perpetuadas nos subgrupos sem que haja uma crítica entre eles, os *gadjé* (não ciganos), no entanto, não conseguem lidar com tranquilidade quando entram em contato com esses conflitos.

Em 2006, foi instituindo o *Dia Nacional do Cigano* no Brasil. O estabelecimento de uma data comemorativa inscrita no calendário oficial demonstra o reconhecimento, embora tardio, dessa minoria étnica.

Decreto de 25 de maio de 2006: Institui o Dia Nacional do Cigano.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso II, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído o Dia Nacional do Cigano, a ser comemorado no dia 24 de maio de cada ano.

Art. 2º As Secretarias Especiais de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos da Presidência da República apoiarão as medidas a serem adotadas para comemoração do Dia Nacional do Cigano.

O conhecimento sobre os ciganos no Brasil é limitado, existindo poucas informações disponíveis. A carência de dados qualificados sobre as características da população e sua distribuição no território nacional, devido à grande mobilidade dos grupos e da ausência documental, leva ao chamado “sub-registro civil”. São povos que mantêm a tradição por meio da oralidade, havendo poucos registros em papel. Até os próprios atestados de nascimento e casamento não são comuns em todos os clãs.

Consultando os bancos de teses, observa-se uma produção acadêmica discreta dedicada aos ciganos no Brasil, seja em sua dimensão histórica, econômica, política, sociológica ou artístico-cultural. Esses fatos dificultam uma interlocução com os organismos governamentais no atendimento às demandas crescentes desses grupos, principalmente dos adolescentes e jovens.

## 9.6 Atendendo grupos vulneráveis

As crenças e ideologias do profissional de Saúde, adquiridas no âmbito da família e grupos sociais, são fundamentais no que se refere a sua atuação no atendimento de saúde e, dependendo de como ele se disponibiliza na abertura para o encontro com as diferentes culturas, pode ocorrer um impacto na qualidade da atenção de saúde prestada. Vale destacar

que o profissional está inserido numa sociedade pertencente a uma cultura com seus contextos morais, éticos, religiosos etc.

Daí o cuidado de se fazer uma reflexão sobre interculturalidade, quando está em pauta o atendimento de saúde de grupos com diferentes saberes e culturas. Revendo a literatura, de imediato um importante aspecto é constatado: existe um déficit de publicações sobre alguns segmentos de adolescentes e jovens, como os adolescentes e jovens infratores, os residentes de áreas marginais, como as favelas, os moradores de áreas rurais ribeirinhas, os clãs ciganos, quilombolas, indígenas, entre outros.

Nesse sentido, fica o questionamento sobre as razões que levam a esse vazio de informações. Se, por um lado, não existe um claro interesse na busca de dados científicos que abarquem os diferentes grupos e culturas, por outro é importante não se tirar conclusões enviesadas, oriundas de pesquisas realizadas em grandes centros urbanos. Para uma melhor compreensão dos diversos segmentos e maior efetividade na atenção, cabe aos profissionais desconstruírem essa visão minimalista por intermédio de abordagens diversificadas.

## 9.7 Equipe de saúde atuando nas redes de proteção social

Para atender as populações de diferentes culturas, muitas vezes o profissional de saúde tem de lançar mão das redes de serviços, em vez de simplesmente recusar o atendimento por falta de habilidade e competência para lidar com as situações apresentadas. Em relação aos adolescentes moradores de favelas e outros grupos minoritários, a questão do medo de envolvimento com violência faz com que profissionais de Saúde evitem atendê-los, sendo então mais um elemento da sociedade a fechar as portas a esses segmentos.

No sentido de evitar atuações descontextualizadas pelos profissionais de Saúde no atendimento prestado aos adolescentes e jovens, este capítulo apresenta algumas peculiaridades de diferentes grupos culturais, para demonstrar parte da diversidade cultural do País. Objetivando melhorar a qualidade da atenção prestada, quanto maior for o conhecimento sobre os que vivem em diferentes ambientes e culturas, mais democrática será a adição de novos saberes nos programas de graduação e capacitação profissional.

# Atenção Integral à Saúde de Adolescentes no Contexto da Socioeducação

A Constituição Federal de 1988 traz, no art. 196, que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/1990) ressalta, no art. 2, que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, e em seu parágrafo 1º, que

o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Quando se fala em adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), 1990, rege em seu art. 4º que

é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

E especifica no art. 11 que

É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ao aprofundar um olhar analítico para o adolescente em conflito com a lei, principalmente os que estão em privação de liberdade, a realidade revela a exclusão dessa população nas políticas públicas, contrapondo o ECA. Este preconiza que nenhuma medida socioeducativa pode resultar em privação de direitos essenciais para a condição de pessoas em desenvolvimento e, condicionais, para a inclusão na perspectiva cidadã.

Esse marco legal baseia o campo dos direitos para os adolescentes brasileiros e determina todas as ações a serem desenvolvidas para a proteção e a garantia de direitos dessa população. Por outro lado, reforça a necessidade de um olhar diferenciado para o segmento de adolescentes em conflito com a lei, que estão mais vulneráveis, para que diminua a iniquidade ainda existente na atenção integral à saúde a que tem direito.

“Situações de negligência e abandono, pobreza, criminalidade e violência na família, escola, comunidade e sociedade em geral são usuais entre adolescentes em conflito com a lei” (ASSIS; CONSTANTINO, 2005). Nesse contexto, esses adolescentes são violentados em seus direitos básicos de dignidade, fortalecendo a tendência à exclusão social e à elevada vulnerabilidade, que podem favorecer a prática de atos infracionais.

A concepção equivocada, fortalecida pela mídia nacional, de que os adolescentes e jovens são os responsáveis pela violência que permeia a sociedade, gera no imaginário social que a sociedade tem o direito de se “vingar” pela violência que vivencia todos os dias e que os adolescentes e jovens devem “pagar” por seus atos, o que acaba por violentar ainda mais os direitos desse segmento populacional.

Essa cultura influencia também no conceito de medida socioeducativa, que não é entendida como a responsabilização do adolescente por seus atos infracionais, enfraquecendo o caráter pedagógico que as unidades socioeducativas devem ter. A garantia de direitos básicos, como ambiência saudável, alimentação adequada e ações educativas, por vezes são vistas como “regalias”, revelando uma concepção preconceituosa de que o adolescente deve ser punido e mantido na invisibilidade. Assim, ao olhar o adolescente não se vê o cidadão e sua singularidade, apenas o ato infracional cometido.

Esse cenário evidencia o desrespeito às garantias de direitos previstos em leis brasileiras e em acordos, convenções e declarações internacionais, das quais o Brasil é signatário.

Com o intuito de mudar a realidade da socioeducação no Brasil, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) instituíram o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), uma política pública que articula a “efetiva participação dos sistemas e políticas de educação, saúde, trabalho, previdência social, assistência social, cultura, esporte, lazer, segurança pública, entre outras, para a efetivação da proteção integral de que são destinatários todos adolescentes” (BRASIL, 2006b, p. 15). Articula, ainda, os três níveis de governo para o desenvolvimento dos programas de atendimento, considerando a intersectorialidade e a corresponsabilidade da família, da comunidade e do Estado.

Nessa articulação, o princípio da incompletude institucional fundamenta e norteia o direito de adolescentes e deve permear a prática dos programas socioeducativos e da rede de serviços.



Assumindo o seu papel no sistema de garantia de direitos, o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos, publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) pela Portaria MS/GM nº 1.082, de 23 de maio de 2014, tendo como objetivo geral “garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade”.

Para garantir a atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, a política fomenta a reorganização da atenção à saúde, fortalecendo as secretarias estaduais e municipais de saúde para assumirem suas responsabilidades frente às necessidades e demandas de saúde dessa população e da garantia de seus direitos. Esses entes federativos devem incluir a PNAISARI nos seus respectivos planejamentos de saúde.

A Atenção Básica é a responsável pela articulação e pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde do município. Na organização da atenção integral serão contemplados os seguintes eixos: promoção da saúde e prevenção de agravos; ações de assistência e reabilitação da saúde e a educação permanente.

E, ainda, as linhas de ação:

- Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento físico e psicossocial.
- Saúde sexual e a saúde reprodutiva.
- Saúde bucal.
- Saúde mental.
- Prevenção ao uso de álcool e outras drogas.
- Prevenção e controle de agravos.
- Educação em saúde.
- Direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas.

No âmbito do atendimento aos adolescentes em situação de privação de liberdade, a atenção integral à saúde será realizada, prioritariamente, por uma equipe da Atenção Básica. Dessa maneira, todas as unidades socioeducativas terão como referência uma dessas equipes. As equipes de referência deverão estar em consonância com as atribuições indicadas na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011b, p. 48).

Quando houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, esta deverá ser cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A equipe de saúde da Atenção Básica de referência articular-se-á com essa equipe interna do

socioeducativo para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde e realizar ações de promoção e de proteção à saúde, na lógica do SUS. Essa estratégia favorece a permeabilidade da instituição socioeducativa à comunidade, atendendo aos princípios, previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Sinase, da incompletude institucional e da reinserção social dos adolescentes em situação de privação de liberdade.

O registro das condições clínicas e de saúde dos adolescentes, levantados pela equipe de referência, deve fazer parte do Plano Individual de Atendimento (PIA), a ser acompanhado e avaliado periodicamente pelas equipes integradas, da saúde e do socioeducativo, que acompanham estes adolescentes. Esses dados dão subsídios para os relatórios encaminhados ao juiz de execuções, bem como as suas modificações, que subsidiarão as decisões judiciais.

É importante, ainda, que a equipe de referência em saúde acompanhe a implementação das proposições do Sinase, que afetam direta e indiretamente a qualidade de vida e a produção de saúde dessa população.

Para a atenção em Saúde Mental de adolescentes em situação de privação de liberdade, cada equipe de saúde da Atenção Básica de referência para esta população será acrescida de profissionais de Saúde Mental, que podem ser: médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, sendo necessário que os três últimos tenham especialização em Saúde Mental. Esses profissionais deverão ser cadastrados no SCNES da equipe de saúde da Atenção Básica de referência.

As tecnologias desenvolvidas no campo da Saúde Mental podem contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada nas unidades socioeducativas. As chamadas “tecnologias leves” referem-se ao desenvolvimento de vínculos, ao acolhimento de demandas com escuta qualificada, ao trabalho de produção de Saúde Mental com os adolescentes internos e com as equipes responsáveis pelo cuidado, assim como a atenção a aspectos da dinâmica institucional que são produtores de adoecimento psíquico, principalmente em se tratando de adolescentes em situação peculiar de desenvolvimento que necessitam, ainda, de apoio e proteção e da garantia de seus direitos.

É evidente a necessidade de tratamento adequado aos adolescentes com transtornos mentais ou com problemas recorrentes do uso de álcool e outras drogas, além do acompanhamento psicossocial, conforme indicação dada pelo art. 64 da Lei n° 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sinase, e da Portaria MS/GM n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Atendendo a estas indicações, os profissionais de Saúde Mental que integrarão as equipes de saúde de referência para o socioeducativo têm papel estratégico na garantia da produção de saúde dos adolescentes, trabalhando na lógica do matriciamento, com as equipes de saúde e do socioeducativo, e não na lógica do atendimento ambulatorial e nem avaliações de demandas do judiciário.

Por matriciamento entende-se:

- Discussão de casos clínicos.
- Participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA.
- Atendimento psicossocial com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial.
- Colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários.
- Agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde.
- Realização de visitas domiciliares conjuntas.

Para planejar a realização dessas ações é necessário que esses profissionais conheçam a situação de saúde mental da população socioeducativa e as redes de saúde para atenção à saúde mental e as redes intersetoriais disponíveis no território, como subsídios para a elaboração de estratégias de intervenção em saúde mental, com a equipe de saúde de referência e a equipe do socioeducativo, e a partir das demandas mais prevalentes.

Também estão dentro das suas atribuições a avaliação psicossocial dos adolescentes com indícios de transtorno mental e/ou agenciamento na Rede de Atenção à Saúde, dos casos que dela necessitem, bem como o incentivo a discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental e sobre as intervenções da dinâmica institucional na produção de saúde mental dentro das unidades socioeducativas.

É imprescindível contribuir nas discussões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas e promover o seguimento do cuidado em saúde mental dos adolescentes, após o cumprimento da medida socioeducativa.

Para a operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, é necessário que a Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a Secretaria Gestora do Sistema Socioeducativo e a Secretaria Estadual de Saúde, elaborem o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual. Estes têm como objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e a implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em conflito com a lei, seja em meio aberto ou em restrição de liberdade.

A PNAISARI prevê um incentivo ao ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, instituído e pago pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento das ações com as unidades socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade.

Como ferramenta fundamental para a gestão e acompanhamento da implementação dessa política, a instituição de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), tanto no município quanto no estado, articulado pelas Secretarias de Saúde e do Sistema Socioeducativo, abre espaços de problematização e tomadas de decisão favorecidas pelo diálogo institucional.

A PNAISARI, apoiando e incentivando a inserção da população adolescente em conflito com a lei nos programas e políticas da saúde promovidas pelos estados e municípios, resgata e reafirma o direito à saúde desses adolescentes e os insere em seu lugar de cidadãos com maiores possibilidades de mudanças positivas em suas trajetórias de vida.

# Saúde, Trabalho e Adolescência

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), as crianças e adolescentes trabalhadores fazem parte do grupo de “crianças em circunstâncias especialmente difíceis”. Elas possuem certas qualidades e habilidades que os adultos precisam ou buscam, como a rapidez e a agilidade, e o destemor frente ao perigo. Ao mesmo tempo estão em desvantagem nas relações de força no trabalho, sendo sujeitas a condições inadequadas de trabalho e a regras disciplinares próprias desse sistema.

Inscrevendo-se como uma das estratégias de sobrevivência econômica das famílias mais pobres, o trabalho de crianças e adolescentes acaba por impor-lhes um custo social elevado: a renúncia a um grau de escolarização maior, capaz de garantir-lhes, no futuro, melhor colocação no mercado de trabalho e/ou uma sobrecarga de tarefas de que resulta considerável desgaste físico e mental.

O mais preocupante é que, em geral, se tratando deste grupo etário, as sequelas deixadas por esse processo se manifestam mais frequentemente na idade adulta, mascarando as estatísticas referentes às doenças do trabalho em crianças e adolescentes, dificultando a criação de políticas públicas que os protejam em sua entrada no mercado de trabalho.

## 11.1 O trabalho do adolescente

Na história da humanidade constata-se a exploração do trabalho juvenil. Nas sociedades contemporâneas, o labor infantojuvenil, em especial nas atividades que envolvem toda a família, está presente tanto no meio rural quanto nos domicílios do meio urbano. Mesmo havendo avanços na regulamentação trabalhista, esse fato ainda é bastante relevante e as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) devem estar bastante atentas a ele.

A atenção primária, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), da ESF e do Programa de Agentes Comunitários (PAC), é um setor fundamental para identificar, acolher, atender e encaminhar adequadamente a criança ou o adolescente em situação de trabalho, para

fomentar a rede intersetorial de proteção e de garantia de direitos, bem como para contribuir com as ações de vigilância em saúde.

Tendo em vista a perspectiva de circunscrição de território, a Atenção Primária em Saúde pode acompanhar a saúde da população local, fomentando o conhecimento das atividades produtivas desenvolvidas nos domicílios, nas comunidades, nos territórios, assim como identificar crianças e adolescentes em situação de trabalho.

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 7º, XXXIII, elevou para 14 anos a idade mínima para o trabalho, abrindo exceção para os aprendizes (12 anos); e o trabalho noturno, perigoso ou insalubre foi proibido para menores de 18 anos. Em 1998, a Emenda Constitucional nº 20 alterou o referido inciso, e a idade mínima para o trabalho passou de 14 para 16 anos e a do aprendiz, de 12 para 14 anos.

O ECA, de 1990, regulamentou direitos e garantias assegurados às crianças e adolescentes pela Constituição (art. 227) e revogou todas as disposições legais contrárias, inclusive os dispositivos da CLT que contrariavam seus princípios. Tem como princípio a formação integral da criança e adolescente, sendo assegurado o direito à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

As jornadas de trabalho dos adolescentes, por exemplo, devem guiar-se por esses princípios – art. 7º, XIII, CF/88: “duração do trabalho não superior a oito horas diárias e não superior a quarenta e quatro semanais”.

## 11.2 Referência de adolescentes com vulnerabilidades ocupacionais

Os serviços de saúde no nível primário deverão:

- Estar integrados aos: (1) sistema de referência com os conselhos de direitos e tutelares; (2) centros de referência em saúde do trabalhador; (3) programas de transferência de renda; (4) organismos responsáveis pela inspeção do trabalho; (5) locais de trabalho e programas sociais e de educação que atendam a população adolescente.
- Incluir, em suas fichas e prontuários, perguntas que identifiquem a situação de trabalho do adolescente e que possam servir como uma anamnese ocupacional (especialmente a descrição de como é o dia de trabalho do adolescente ou jovem).
- Desenvolver atividades educativas que informem sobre as situações de risco à saúde no trabalho, tanto de acidente como de morbidade, bem como sobre os direitos do adolescente trabalhador.
- Desenvolver e divulgar estudos multidisciplinares sobre a temática.

- Participar do sistema de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvido pelos municípios, notificando os casos previstos na Portaria n° 104, de 25 de janeiro de 2011 do MS ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

**Atenção:** Convém ressaltar que a notificação de agravos à saúde oriundos do trabalho de crianças e adolescentes e/ou do trabalho abaixo da idade mínima é compulsória. Além disso, os profissionais de saúde devem notificar ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) tanto os casos de agravos à saúde quanto os casos de trabalho infantil e de trabalho ilegal do adolescente. Quando comprovada a situação de trabalho envolvendo crianças e adolescentes até 13 anos ou de adolescentes entre 14 e 15 que não estejam em um programa de aprendizagem, sem que haja, naquele momento, algum agravo à saúde, a notificação deve ser realizada na ficha de notificação/investigação individual, violência doméstica, sexual e/ou outras violências. No entanto, quando há agravos à saúde desse grupo populacional devido ao trabalho a notificação deve ser realizada na ficha de investigação de acidente de trabalho grave ou nas demais fichas específicas para cada tipo de agravo. A suspeita também deve ser notificada.

### 11.3 Rotina do atendimento

Tendo em vista as implicações biológicas, cognitivas, afetivas e sociais do trabalho na adolescência, o atendimento desta população deverá ser realizado em equipe multidisciplinar onde possam ser identificados: exposição a agentes físicos, biológicos e químicos nocivos à saúde; fatores ergonômicos relacionados às limitações e à capacidade de trabalho; situações relativas à organização de processos de trabalho geradores de sofrimento psíquico; fatores sociais relacionados à condição de trabalhadores e sua relação com a convivência familiar, a frequência escolar, o acesso à cultura, ao lazer e à convivência com seus pares; violação dos direitos trabalhistas dos adolescentes.

O levantamento da hipótese donexo causal, ou seja, o motivo ligado ao trabalho que está provocando a doença, deverá sempre levar em consideração os dados da história clínica (física, emocional e social), o exame clínico e o mapeamento dos riscos ambientais.

É fundamental lembrar que as situações de exploração pelo trabalho e as irregularidades trabalhistas devem também ser verificadas e notificadas ao Conselho Tutelar da região. Além disso, o adolescente deverá ser referido, de acordo com a complexidade da questão encontrada, para as seguintes instituições:

### 11.4 Orientações

- Ajudar no planejamento dentro e fora do horário escolar, para a inclusão de atividades recreativas saudáveis.

- Ensinar ao adolescente a identificar os riscos em que se envolve em suas atividades diárias.
- Identificar a presença de um adulto de referência positiva para o adolescente, que o ajude no estabelecimento de um projeto de vida.
- Promover a organização de grupos juvenis com objetivos claros, comprometidos com a saúde física e mental.
- Envolver a família na responsabilidade de compartilhar o tempo livre com o adolescente.
- Propiciar a preparação adequada para atividades que impliquem em algum risco (dirigir, praticar esportes radicais).

### **1. Centros de referência em saúde do trabalhador**

Os Centros de Saúde do Trabalhador (Cerest) são instituições públicas de saúde responsáveis por promover a Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS. Possuem abrangência estadual e regional, tendo como principais atribuições, conforme Manual da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) (BRASIL, 2010a):

- Coordenar projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores na sua área de abrangência.
- Oferecer Educação Permanente dos profissionais de saúde.
- Dar suporte técnico a esses profissionais.
- Articular e organizar, no seu território, as ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador.

### **2. Delegacias Regionais do Trabalho**

As Delegacias Regionais do Trabalho são vinculadas ao Ministério do Trabalho e têm competência para fiscalizar ambientes de trabalho.

Vale ressaltar que todo profissional de saúde deve preencher a ficha individual de notificação de agravos, referente às doenças incluídas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT).

A CAT, juntamente à ficha do Sinan, deve ser preenchida apenas para adolescentes e jovens inseridos no mercado formal de trabalho, pois são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Já para os adolescentes inseridos no mercado informal, em caso de acidentes de trabalho ou de doenças relacionadas ao trabalho que estejam previstas na Portaria MS nº 104/2011, deve ser preenchida a ficha do Sinan e desencadeadas ações de afastamento do ambiente de trabalho. Essas ações de afastamento estão previstas nas Diretrizes de Atenção Integral à Saúde Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos (BRASIL, 2005).



Quanto às fichas, prontuários e outros documentos oriundos dos atendimentos ambulatoriais (Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS) e de internações (Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS) de adolescentes e jovens trabalhadores na rede de serviços de saúde, devem ser preenchidos pelos profissionais com precisão, para servir de recurso técnico para alguma ação de garantia de direitos.

### Links úteis

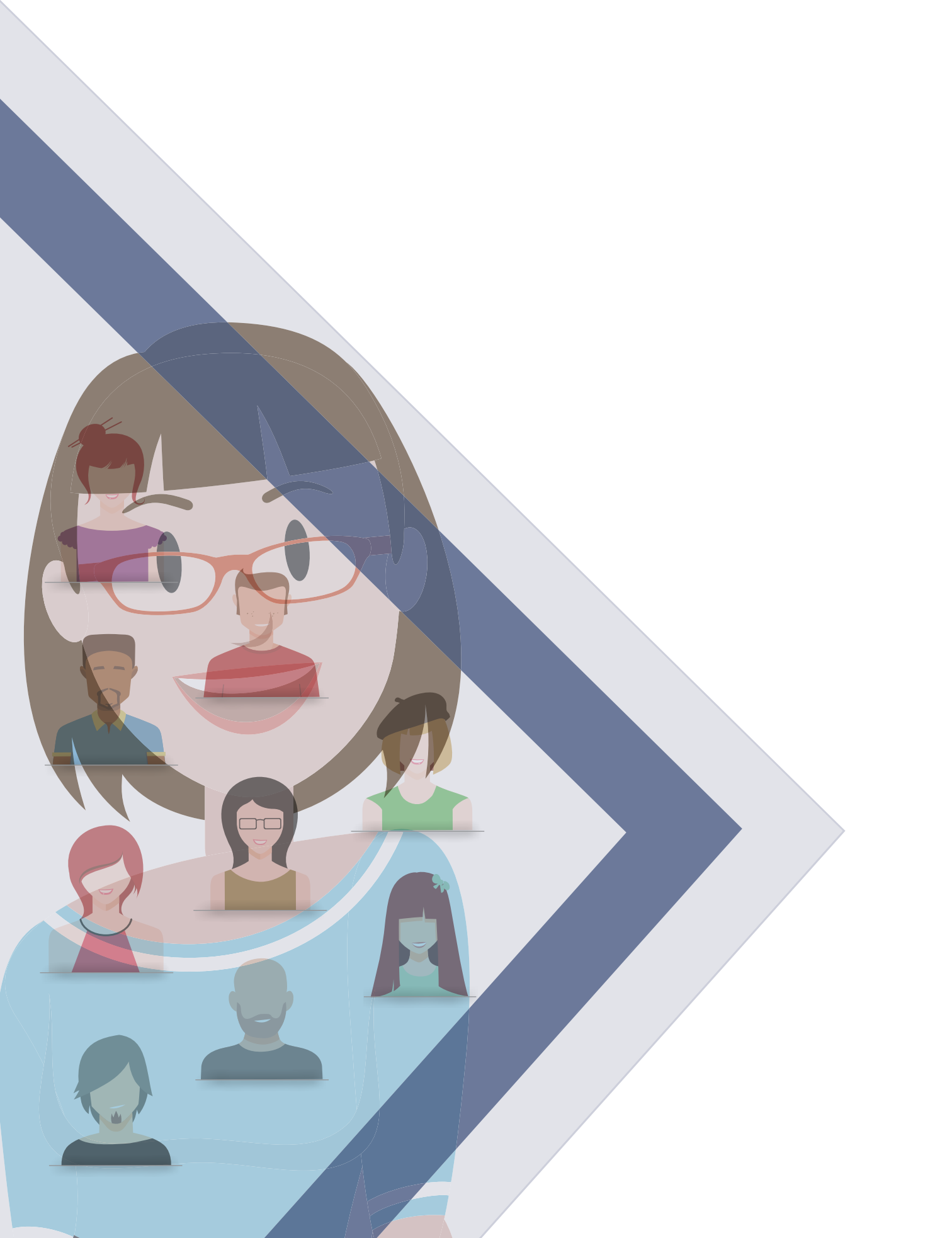
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Diretriz para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos**. Brasília, 2005. 30 p. <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes\\_miolo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_miolo.pdf)>

### **Decreto nº 6.481/08 “Piores Formas de Trabalho Infantil”**

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/decreto/d6481.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6481.htm)>

### **Boas Práticas do Setor Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil**

<[http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/ippec/pub/boas\\_praticas\\_saude\\_324.pdf](http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/ippec/pub/boas_praticas_saude_324.pdf)>



# PARTE II

---

CRESCENDO E  
DESENVOLVENDO HÁBITOS  
SAUDÁVEIS... OU NÃO

# Crescimento e Desenvolvimento

A adolescência é marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. Embora já mencionado em outro capítulo deste documento, vale lembrar que, seguindo a Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde considera que a **adolescência** compreende a segunda década da vida (10 a 20 anos incompletos) e a **juventude** estende-se dos 15 aos 24 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente considera adolescência a faixa etária de 12 a 18 anos. Por outro lado, o Estatuto da Juventude preconiza que os jovens estão entre 15 a 29 anos.

Os grupos etários são explicados pelos diferentes parâmetros usados na sua concepção, como por exemplo, o crescimento e desenvolvimento, as questões sociais e econômicas e aquelas relacionadas à inimputabilidade penal. O importante é que essas faixas etárias estejam representadas nos sistemas de informação para que cada setor possa ter dados confiáveis sobre esse grupo populacional.

## 12.1 Desenvolvimento físico

O termo puberdade deriva do latim *pubertate* e significa idade fértil; a palavra *pubis* (lat.) é traduzida como pelo, penugem. A puberdade expressa o conjunto de transformações somáticas da adolescência, que, entre outras, englobam:

- Aceleração (estirão) e desaceleração do crescimento ponderal e estatural, que ocorrem em estreita ligação com as alterações puberais.
- Modificação da composição e proporção corporal, como resultado do crescimento esquelético, muscular e redistribuição do tecido adiposo.
- Desenvolvimento de todos os sistemas do organismo, com ênfase no circulatório e respiratório.
- Maturação sexual com a emergência de caracteres sexuais secundários, em uma sequência invariável, sistematizada por Tanner (1962).

- Reorganização neuroendócrina, com integração de mecanismos genéticos e ambientais.

## 12.2 Crescimento

O crescimento estatural é um processo dinâmico de evolução da altura de um indivíduo em função do tempo. Por isto, é somente por intermédio de repetidas determinações da estatura, realizada em intervalos regulares (em média a cada seis meses), e inscritas em gráficos padronizados, que se pode avaliar adequadamente o crescimento. A velocidade do crescimento, assim obtida, constitui um indicador importante de normalidade, que ajuda o profissional de saúde a esclarecer o diagnóstico de qualquer transtorno.

As velocidades de crescimento da criança e do adolescente normais têm um padrão linear previsível. Durante a puberdade, o adolescente cresce um total de 10 a 30 cm (média de 20 cm). A média de velocidade de crescimento máxima durante a puberdade é cerca de 10 cm/ano para o sexo masculino e 9 cm/ano para o sexo feminino. A velocidade máxima de crescimento em altura ocorre, em média, entre 13 e 14 anos no sexo masculino e 11 e 12 anos no sexo feminino. Atingida a velocidade máxima de crescimento, segue-se uma gradual desaceleração até a parada de crescimento, com duração em torno de 3 a 4 anos. Após a menarca, as meninas crescem, no máximo, de 5 a 7 cm.

As curvas de crescimento individual seguem um determinado percentil desenhado no gráfico de crescimento. É importante salientar que, tanto na infância quanto na adolescência, podem ocorrer variações no padrão de velocidade de crescimento, ocasionando mudanças de percentil de crescimento, mas nem sempre refletem uma condição patológica. De um modo geral, o adolescente termina o seu desenvolvimento físico com cerca de 20% da estatura final do adulto em um período de 18 a 36 meses.

A evolução do peso segue uma curva semelhante à da altura. Na puberdade, a velocidade de crescimento ponderal acompanha a do crescimento em altura, com a incorporação final de 50% do peso do adulto.

## 12.3 Idade óssea

A idade óssea ou esquelética corresponde às alterações evolutivas da maturação óssea, que acompanham a idade cronológica no processo de crescimento, sendo considerada como um indicador da idade biológica. Ela é calculada por meio da comparação de radiografias de punho, de mão e de joelho com padrões definidos de tamanhos e forma dos núcleos dessas estruturas. A idade óssea pode ser utilizada na predição da estatura final do adolescente, considerando a sua relação com a idade cronológica.

## 12.4 Composição e proporção corporal

Todos os órgãos do corpo participam do processo de crescimento da puberdade, exceção feita ao tecido linfóide e à gordura subcutânea que apresentam um decréscimo absoluto ou relativo. Há acúmulo de gordura desde os 8 anos até a puberdade, sendo que a diminuição deste depósito de tecido adiposo coincide com o pico de velocidade do crescimento.

**Desenvolvimento muscular:** Na puberdade, chama atenção a hipertrofia e a hiperplasia de células musculares, mais evidentes nos meninos. Este fato justifica a maior força muscular no sexo masculino.

**Medula óssea:** Durante a puberdade, ocorre uma diminuição da cavidade da medula óssea, mais acentuada nas meninas. Este acontecimento explica um volume final maior da cavidade medular para os meninos, que somado à estimulação da eritropoetina pela testosterona pode representar, para o sexo masculino, um número maior de células vermelhas, maior concentração de hemoglobina e ferro sérico.

## 12.5 Sequência do crescimento

O crescimento estatural inicia-se pelos pés, seguindo uma ordem invariável que vai das extremidades para o tronco. Os diâmetros biacromial e biilíaco também apresentam variações de crescimento durante a puberdade, sendo que o biacromial cresce com maior intensidade no sexo masculino. Nas meninas, observa-se também um alargamento da pelve.

Os pelos axilares aparecem, em média, dois anos após os pelos pubianos. O pelo facial, no sexo masculino, aparece ao mesmo tempo em que surge o pelo axilar. O crescimento de pelos pubianos pode corresponder, em algumas situações, às primeiras manifestações puberais.

Durante a puberdade, alterações morfológicas ocorrem na laringe; as cordas vocais tornam-se espessas e mais longas e a voz mais grave. A este momento, mais marcante nos meninos do que nas meninas, chamamos de muda vocal. Na maioria dos indivíduos a mudança completa da voz se estabelece em um prazo de aproximadamente seis meses. O crescimento dos pelos da face indica o final deste processo, quando a muda vocal deve estar completa.

Adolescentes com uma alteração na voz, que persista por mais de 15 dias, a Equipe de Saúde da Família deve procurar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) que dispõe de um profissional fonoaudiólogo para realizar uma interconsulta ou uma avaliação multidisciplinar entre os profissionais visando solucionar o problema em questão. É de suma importância que o profissional de saúde saiba orientar os adolescentes quanto a comportamentos nocivos a sua saúde, como o uso de tabaco.

## 12.6 Maturação sexual

A eclosão puberal dá-se em tempo individual por mecanismos ainda não plenamente compreendidos, envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal. Em fase inicial da puberdade, o córtex cerebral transmite estímulos para receptores hipotalâmicos, que, por meio de seus fatores liberadores, promovem na hipófise anterior a secreção de gonadotrofinas para a corrente sanguínea.

### Sexo masculino

As gonadotrofinas, ou seja, os hormônios folículo-estimulante e luteinizante (FSH e LH) atuam aumentando os testículos. Os túbulos seminíferos passam a ter luz e promover a proliferação das células intersticiais de Leydig, que liberam a testosterona e elevam os seus níveis séricos. Esses eventos determinam o aumento simétrico (simultâneo e semelhante) do volume testicular, que passa a ter dimensões maiores que 4 cm<sup>3</sup>, constituindo-se na primeira manifestação da puberdade masculina. Segue-se o crescimento de pelos pubianos, o desenvolvimento do pênis em comprimento e diâmetro, o aparecimento de pelos axilares e faciais e o estirão pubertário.

O tamanho testicular é critério importante para a avaliação das gônadas e da espermatogênese, que costuma ocorrer, mais frequentemente, no estágio 4 de Tanner. Avalia-se o volume testicular de forma empírica ou utilizando-se o orquímetro e orquidômetro de Prader. Estes instrumentos contêm elipsoides de volumes crescentes de 1 ml a 25 ml. O tamanho testicular adulto situa-se entre 12 ml e 25 ml.

### Critérios de Tanner para classificação dos estágios da puberdade masculina

#### Sexo feminino

Os hormônios folículo-estimulante e luteinizante (FSH e LH) atuam sobre o ovário e iniciam a produção hormonal de estrógeno e progesterona, responsáveis pelas transformações puberais na menina.

A primeira manifestação de puberdade na menina é o surgimento do broto mamário. É seguido do crescimento dos pelos pubianos e pelo estirão puberal. A menarca acontece cerca de um ano após o máximo de velocidade de crescimento, coincidindo com a fase de sua desaceleração. A ocorrência da menarca não significa que a adolescente tenha atingido o estágio de função reprodutora completa, pois os ciclos iniciais podem ser anovulatórios. Por outro lado, é possível acontecer também a gravidez antes da menarca, com um primeiro ciclo ovulatório.

## **Critérios de Tanner para classificação da puberdade feminina**

### **Pelos pubianos**

A evolução da distribuição de pelos pubianos é semelhante nos dois sexos, de acordo com as alterações progressivas relativas à forma, espessura e pigmentação

Os cadernos que contêm as orientações para o atendimento do(a) adolescente, no que se refere à antropometria e à avaliação dos critérios de Tanner na puberdade, encontram-se nos anexos.

#### Saiba mais:

Nos anexos estão os dois *Guias de Orientações para o Atendimento à Saúde da Adolescente e Orientações para o Atendimento à Saúde do Adolescente*, com gráficos e orientações para a antropometria de adolescentes, e a avaliação dos critérios de Tanner na puberdade, assim como as pranchas de Tanner.



# Problemas no Desenvolvimento Puberal

## A. Puberdade precoce e puberdade tardia

A puberdade, precoce e tardia, refere-se ao aparecimento de características sexuais secundárias em idades cronológicas que podem ser consideradas prematuras ou atrasadas para este desenvolvimento. É importante, também, observar a velocidade com que os eventos puberais estão se sucedendo.

### a) **Sexo feminino:**

É considerado precoce qualquer sinal de maturação sexual antes dos 8 anos de idade. No caso da puberdade atrasada, considera-se tardia a telarca e pubarca que ocorrem em idades superiores a 13 e 14 anos, respectivamente, e a menarca em idades maiores de 16 anos.

### b) **Sexo masculino:**

É considerada puberdade precoce, quando ocorre o aumento do volume testicular e dos pelos pubianos antes dos 9 anos de idade. A puberdade atrasada refere-se à persistência do estágio pré-puberal após a idade cronológica de 16 anos.

## B. Baixa estatura

Adolescentes de ambos os sexos com estatura de dois desvios padrões abaixo da média ou abaixo do 3º percentil são considerados de baixa estatura. Deste grupo, 20% têm baixa estatura patológica e os 80% restantes serão divididos entre os de baixa estatura constitucional e familiar. Aqueles com estatura de três desvios padrões abaixo da média têm baixa estatura, certamente, patológica. Os achados das medições de altura e peso deverão ser plotados nas curvas de crescimento encontrados nas Cadernetas do Adolescente do sexo masculino e feminino.

### Regra do cálculo da estatura final de adolescentes baseado na estatura dos pais

$$\text{Sexo masculino} = \frac{AP + (AM - 12 \text{ cm}) \text{ Limite} \pm 10}{2}$$

$$\text{Sexo feminino} = \frac{AM + (AP - 12 \text{ cm}) \text{ Limite} \pm 9}{2}$$

AP = Altura do pai

AM = Altura da mãe

**Hirsutismo:** Trata-se do aparecimento anormal de pelos no corpo feminino, em quantidade excessiva. Assim, a presença de pelos faciais, torácicos e abdominais pode ser normal, como pode ser devida a manifestações clínicas de doenças virilizantes e estar associadas a doenças endócrinas e ovários policísticos.

**Conduta:** Acompanhar os casos em que a experiência clínica sugere que estejam dentro dos critérios de normalidade (constitucionais). Referenciar para serviço especializado aquelas condições que exijam atenção especial.

#### C. Ginecomastia:

A ginecomastia consiste no aumento visível ou palpável da glândula mamária do adolescente do sexo masculino. Pode ser uni ou bilateral, aparecendo em torno dos 13 e 14 anos, durante o estirão puberal, regredindo, naturalmente, em 12 a 18 meses. Portanto, pode ser considerada uma condição frequente e normal da puberdade, podendo ocasionar transtornos de autoimagem, com repercussões na vida social do adolescente.

**Conduta:** Diferenciar de obesidade e lipoma. Nas circunstâncias em que houver necessidade de se fazer um diagnóstico diferencial mais acurado, deve-se referenciar para serviço especializado.

#### D. Micropênis:

Considera-se micropênis sempre que, em qualquer idade, o tamanho peniano for menor que 1,9 cm, medido da base até a ponta e esticado.

**Conduta:** Considerando a amplitude dos fatores etiológicos, deve-se referenciar para serviço especializado. Oferecer suporte psicológico.

**Observação:** Os adolescentes de ambos os sexos que, no acompanhamento por profissional de saúde, sejam constatadas dúvidas quanto ao processo de crescimento e desenvolvimento devem ser referenciados a serviços de maior complexidade para avaliação clínica e laboratorial.

## Figura 5 - Avaliação pondero estatural

Avaliar o crescimento segundo o peso e a estatura do adolescente

Perguntar	Observar	Determinar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estatura dos pais e peso das pessoas da família.</li> <li>• Peso e comprimento ao nascer e progressão do peso na infância.</li> <li>• Doenças crônicas, infecções recorrentes, uso e abuso de drogas e fármacos (especialmente esteroides), vômitos induzidos, uso de laxantes.</li> <li>• Padrão alimentar, número de refeições, consumo excessivo de refrigerantes, chás, chocolates e suplementos dietéticos.</li> <li>• Sedentarismo, exercícios extenuantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinais de desnutrição, anemia e obesidade.</li> <li>• Satisfação com imagem corporal.</li> <li>• Peso, estatura e idade atual.</li> <li>• Estágio de maturação sexual (Tanner).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcular o Índice de Massa Corporal (IMC): peso/altura<sup>2</sup>.</li> <li>• Anotar no gráfico Estatura por Idade da Caderneta do Adolescente a estatura e determinar sua classificação (OMS, 2007).</li> <li>• Anotar o IMC no gráfico IMC por Idade na Caderneta do Adolescente e determinar a classificação (OMS, 2007).</li> <li>• Verificar se, no caso de sobrepeso ou baixo-peso, pode haver relação com o estágio de maturação sexual. Em caso positivo, informar e acalmar o adolescente.</li> </ul>
CLASSIFICAR SEGUNDO A ESTATURA/IDADE, PESO/IDADE e SEXO		
<p><b>Estatura adequada</b> Escore-z: <math>\geq -2</math></p> <p><b>IMC adequado (Eutrofia)</b> Escore-z: <math>\geq -2</math> e <math>\leq +1</math></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o peso e a estatura e registrar nos gráficos nas consultas subsequentes;</li> <li>• Indicar atividades de promoção da saúde existentes no território.</li> </ul>	<p><b>Muito baixa estatura</b> Escore-z <math>&lt; -3</math></p> <p><b>Baixa estatura</b> Escore-z <math>&lt; -2</math> e <math>\geq -3</math></p> <p><b>Magreza</b> Escore-z <math>&lt; -2</math> e <math>\geq -3</math></p> <p><b>Magreza acentuada</b> Escore-z <math>&lt; -3</math></p> <p><b>Sobrepeso</b> Escore-z <math>&gt; +1</math> e <math>\leq +2</math></p> <p><b>Obesidade</b> Escore-z <math>&gt; +2</math> e <math>\leq +3</math></p> <p><b>Obesidade grave</b> Escore-z <math>&gt; +3</math></p>	<p><b>Avaliar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco bulimia/anorexia.</li> <li>• Presença de alguma doença aguda ou crônica.</li> <li>• Gravidez.</li> <li>• Endocrinopatia/doenças genéticas.</li> <li>• Edema generalizado.</li> <li>• Elaboração de Projeto Terapêutico Singular.</li> <li>• Referência ao serviço especializado (depois de discussão com a equipe).</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

### Orientações:

- Orientar o adolescente a respeito da postura adequada, alimentação, exercícios permitidos etc.
- Acompanhar o crescimento periodicamente, cada 4-6 meses.
- Responder às perguntas que preocupam o adolescente a respeito de seu crescimento: Continuarei crescendo?

### Perguntas frequentes dos pais:

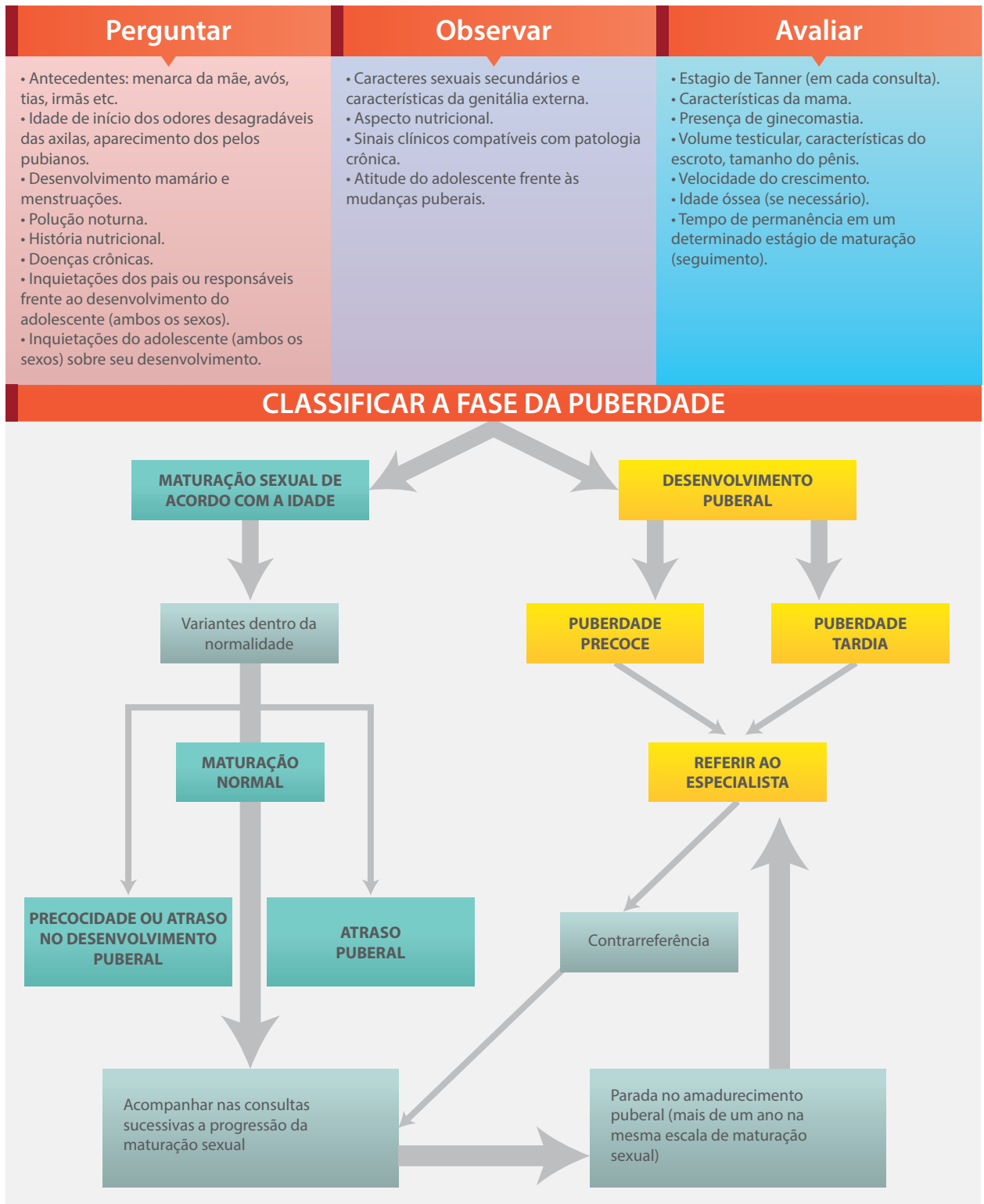
- Por que este filho não cresce igual aos meus outros filhos?
- Tem a mesma idade da prima, mas ele está menor...

### Inquietações dos adolescentes:

- Sou o menor de minha turma, vou ficar assim?
- Até quando vou crescer?
- Vou ficar mais alto do que meus pais?

### Figura 6 - Avaliação da puberdade

Avaliar e classificar a maturação sexual de adolescentes entre 10 e 19 anos



Fonte: Elaboração própria.

### **Inquietações dos pais:**

- Não está muito cedo (muito tarde) para meu filho iniciar o seu desenvolvimento? Meu outro filho não era assim.
- Os seios dela estão crescendo e doendo... Está normal?
- Os seios estão de tamanho diferente, é normal?
- Está com corrimento vaginal, acho que já vêm as menstruações...
- Se a menstruação vier já, ela vai ficar baixinha...

### **Inquietações de adolescentes de ambos os sexos:**

- Meu pênis está pequeno ou está normal?
- Vou ficar com mamas? Isto é devido à masturbação?
- Meus músculos vão aumentar?
- Meus seios vão continuar crescendo? Vou ficar igual a minha irmã ou a minha mãe?
- Vou continuar crescendo depois do início das menstruações?

# Alimentação e Nutrição

O atual quadro epidemiológico brasileiro caracteriza-se pela presença simultânea de doenças agudas e crônicas não transmissíveis. A desnutrição diminuiu nas últimas décadas e o sobrepeso e a obesidade aumentaram de forma considerável coexistindo com as deficiências nutricionais.

O cenário epidemiológico observado para a população brasileira se reflete também entre os adolescentes. A Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 apontou que aproximadamente 20% dos adolescentes apresentam excesso de peso (IBGE, 2010b), além disso, há inadequação da ingestão de nutrientes como cálcio, fósforo, sódio, ferro e vitaminas A, E e C (VEIGA et al., 2013).

A alimentação saudável ultrapassa a ingestão de nutrientes, referindo-se também aos alimentos específicos que fornecem os nutrientes, bem como às inúmeras combinações possíveis a partir deles e as dimensões sociais e culturais do ato de comer (BRASIL, 2014b). Por isso, os adolescentes precisam ser aconselhados e orientados em relação à alimentação visando à manutenção ou à recuperação de seu estado nutricional.

Além de prevenir ou causar doenças, a alimentação afeta a identidade, o sentimento de pertencimento social, o estado de humor, o prazer, a aptidão, a autonomia e várias outras dimensões centrais do estado de bem-estar das pessoas (BRASIL, 2014b).

A atenção nutricional ao adolescente deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na Atenção Básica, por sua capilaridade e capacidade de identificação das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade. Trata-se de um importante espaço para articulação de ações intra e intersetoriais (com escolas, espaços para atividades físicas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços especializados e outros) que possam contribuir com a promoção e manutenção da saúde nessa fase do curso da vida.

A promoção da alimentação adequada e saudável é uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), fundamentando-se nas dimensões de incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde para combinar iniciativas focadas na criação de ambientes saudáveis, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde (BRASIL, 2012a).

## 14.1 Aspectos comuns e frequentes na alimentação e nutrição

O crescimento, especificamente o estirão, e as demais mudanças fisiológicas relacionadas à puberdade, levam a alterações das necessidades nutricionais. A alimentação insuficiente ou inadequada nessa fase pode retardar o crescimento, bem como a maturação sexual (FARIA et al., 2010).

A adolescência também é um período crítico para o desenvolvimento da obesidade, que tende a se perpetuar na vida adulta. Doenças como diabetes tipo 2, dislipidemias e hipertensão arterial, que no passado não eram tão frequentes nessa faixa etária, são cada vez mais comuns e elevam o risco de eventos cardiovasculares no futuro (LAMOUNIER et al., 2010).

Em relação à alimentação, a Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil (POF 2008-2009) apontou que os adolescentes consumiam mais alimentos não saudáveis como macarrão instantâneo, biscoitos recheados, sorvetes, refrigerantes, pizzas, salgados fritos/assados, salgadinhos de pacote e sanduíches que adultos e idosos. Em contrapartida consumiam menos frutas, legumes e verduras (IBGE, 2011).

Além desses aspectos da alimentação, foi identificado nesse mesmo inquérito reduzido percentual de adolescentes que consumiam alimentos como leite e derivados (IBGE, 2011). O baixo consumo de leite e derivados, frutas, verduras e legumes, associados ao aumento do consumo de produtos processados e ultraprocessados, podem explicar a inadequação no consumo de nutrientes verificadas e apontar para um cenário que reforça o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis e deficiências nutricionais ainda na adolescência.

Além das informações referentes ao consumo alimentar, é muito importante que as equipes de Atenção Básica conheçam os hábitos e o estilo de vida dos adolescentes, principalmente daqueles de seu território, para verificar os caminhos adequados e viáveis para intervenções individuais ou atividades coletivas de promoção da saúde.

Durante a adolescência, é comum a omissão de refeições, especialmente o café da manhã, comprometendo também a ingestão de alimentos fontes de nutrientes como o cálcio, por exemplo. Esse fato pode refletir especialmente em processos fundamentais para o crescimento e desenvolvimento e contribuir para o surgimento de algumas doenças. Para os adolescentes pré-púberes, essa inadequação é ainda mais relevante, tendo em vista a intensidade do crescimento nessa fase (FARIA, 2013; SANTOS et al., 2007; CHAVES, 2009).

No âmbito nacional, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE – 2012) mostrou que aproximadamente 38% dos adolescentes não tomavam café da manhã e 64% realizavam refeições assistindo televisão regularmente, enquanto apenas 20% praticavam 1 hora de atividade física em pelo menos 5 dias da semana (IBGE, 2013). Outros estudos mostraram também a falta de horário regular e a substituição frequente das refeições por lanches não saudáveis (CHAVES, 2009; FARIA, 2013).

A infância e a adolescência são as fases em que se consolidam os hábitos alimentares, portanto é importante que se entenda os seus fatores determinantes. Entre os fatores relacionados à preferência alimentar individual, que começa a se desenvolver na infância, destacam-se a experiência pessoal e a interação social. O primeiro aspecto inclui a aprendizagem por intermédio da repetição de atividades diárias, ao passo que a interação social compreende a influência intencional por meio da comunicação entre as pessoas, da mídia e do acesso aos alimentos, sendo que em todos esses processos o papel da família é essencial, tendo em vista que ela é responsável pela compra e preparo dos alimentos para a casa (CHAVES, 2010).

A atividade física também tem papel fundamental na adolescência, pois traz benefícios à saúde e exerce influência direta sobre a morbidade na própria adolescência e na vida adulta (CHAVES, 2010). A alimentação adequada associada à prática regular de atividade física são fatores essenciais à promoção e à manutenção da saúde do adolescente.

## 14.2 Avaliação nutricional de adolescentes

A avaliação do estado nutricional deve ser considerada no atendimento ao adolescente, destacando-se o vínculo de confiança entre as equipes, os adolescentes e suas famílias. A atitude acolhedora e compreensiva deve ser mantida, possibilitando a continuidade de um trabalho com objetivos específicos e resultados satisfatórios no dia a dia.

## 14.3 Antropometria

Os dados antropométricos são importantes e valiosos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, apesar de mais difíceis de obter, devido à característica única do estirão puberal e da velocidade rápida de mudanças corporais que ocorrem nesse período.

O adolescente tem um crescimento de cerca de 20% a 25% da sua estatura final e de 40% a 50% do seu peso final nesse período. Estes parâmetros são alcançados, em média, durante o intervalo de três a cinco anos no estirão da puberdade. Assim, o profissional deve avaliar a Estatura/Idade, Índice de Massa Corporal (IMC)/Idade e os Estágios Puberais de Tanner de todos os adolescentes que comparecerem à unidade de saúde. O quadro a seguir esquematiza os procedimentos e materiais necessários para a avaliação antropométrica do adolescente.



## Quadro 2 – Avaliação antropométrica do adolescente

Avaliação	Procedimento*	Materiais necessários
<b>Estatura/ Idade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Medir a estatura, com o adolescente descalço, segundo técnicas de antropometria (OMS).</li> <li>– Identificar a idade do adolescente.</li> <li>– Plotar no gráfico, de acordo com o sexo.</li> <li>– Verificar o diagnóstico nutricional, de acordo com o Escore-z.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antropômetro/Estadiômetro.</li> <li>– Gráfico de Estatura/Idade para os sexos masculino e feminino.</li> </ul>
<b>IMC/Idade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Medir a estatura, com o adolescente descalço, segundo técnicas de antropometria (OMS).</li> <li>– Pesar o adolescente com roupas leves, sem sapatos, adereços, celulares etc..</li> <li>– Calcular o IMC.</li> <li>– Identificar a idade do adolescente.</li> <li>– Plotar no gráfico, de acordo com o sexo.</li> <li>– Verificar o diagnóstico nutricional, de acordo com o Escore-z.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antropômetro/Estadiômetro.</li> <li>– Balança eletrônica ou mecânica.</li> <li>– Calculadora.</li> <li>– Gráfico de IMC/Idade para os sexos masculino e feminino.</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2013c.

\*Mais detalhes são descritos nas publicações *Orientações para o Atendimento à Saúde do Adolescente* e *Orientações para o Atendimento à Saúde da Adolescente* do Ministério da Saúde, 2013.

Ao avaliar a antropometria do adolescente, também é importante considerar a Velocidade de Crescimento (VC/ano) e o possível aspecto de excesso de peso no período anterior ao estirão pubertário, que não deve ultrapassar 20% em relação ao peso esperado para a altura/idade. Em outros adolescentes, no início do estágio de estirão, pode-se observar um aspecto longilíneo e emagrecido, que não deve ser confundido com o diagnóstico de baixo peso.

A avaliação antropométrica deve ser realizada anualmente e, em caso de identificação de alterações, recomenda-se acompanhar o adolescente a cada 2-3 meses. O profissional tem na Caderneta de Saúde do Adolescente um importante instrumento para registro e acompanhamento dos dados. A Caderneta ainda possui a função didática de possibilitar a interpretação dos dados coletados de forma mais interativa e facilitada pelo próprio adolescente.

### 14.4 Consumo alimentar

É recomendado que a avaliação do consumo alimentar seja realizada na rotina dos serviços de Atenção Básica, permitindo a observação de comportamento ou padrão que caracteriza marcadores positivos e/ou negativos da alimentação. Para a avaliação de marcadores do consumo alimentar são utilizados formulários que têm por objetivo simplificar a avaliação e a análise das informações obtidas no momento do atendimento individual, bem como a análise coletiva. (BRASIL, 2015).

Os marcadores de consumo alimentar não se propõem a avaliar a participação de nutrientes específicos da dieta ou substituir a anamnese alimentar mais detalhada. Seu objetivo é ser uma ferramenta útil e prática para apoiar as equipes na identificação de inadequações na alimentação e no fornecimento de subsídios para orientação acerca da promoção da alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2015).

O formulário destinado à avaliação da alimentação de indivíduos com 2 anos de idade ou mais, que inclui a população adolescente, foi estruturado para identificar marcadores de consumo de alimentos e bebidas, além de práticas relacionadas ao ato de comer, como o costume de realizar refeições assistindo à televisão, mexendo no computador e/ou celular (BRASIL, 2015).

## 14.5 Registro

Após a avaliação do estado nutricional, é necessário seguir com o adequado registro, seja na Caderneta do Adolescente, no prontuário adotado pela unidade de saúde, no sistema de informação vigente ou ainda em outro instrumento destinado ao registro dos dados, que subsidiarão o trabalho das equipes (BRASIL, 2015).

O registro (antropometria e consumo alimentar) deve seguir o calendário mínimo de consultas para a assistência à saúde recomendado pelo Ministério da Saúde, com mínimo de um registro por ano (BRASIL, 2013b).

Mais informações sobre o registro e os sistemas recomendados pelo Ministério da Saúde, podem ser consultadas na publicação *Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica*.

## 14.6 Utilizando a informação para ação

A qualidade das ações de alimentação e nutrição depende da avaliação da situação alimentar e de saúde. Sendo assim, as equipes de Atenção Básica devem estar aptas a identificar situações de risco nutricional ou até mesmo condições de vulnerabilidade social que possam repercutir diretamente no estado nutricional da população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2015).

A análise da situação de saúde deve ocorrer de maneira abrangente, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. É indispensável que, ao identificar um caso de desvio nutricional entre os adolescentes, como a ocorrência de desnutrição ou de excesso de peso, a equipe investigue os fatores de risco associados a essa condição, por exemplo: hábitos alimentares e prática de atividade física, presença ou ausência de doenças ou agravos à saúde, situações de violência, negligência, abandono, entre outros (BRASIL, 2015).

A partir dessa análise torna-se possível planejar as ações e estratégias necessárias para o enfrentamento das inadequações encontradas. Sistemas de registro podem auxiliar na compilação desses dados, gerando relatórios agregados e individualizados que facilitam a rotina dos serviços e orientam o planejamento do cuidado no território, considerando as especificidades dessa fase do curso da vida.

## 14.7 Orientações para promoção da alimentação saudável

A promoção da alimentação saudável deve abranger o conhecimento do comportamento alimentar dos adolescentes e de seu grupo social e a construção coletiva das estratégias adotadas, possibilitando um processo comunicativo aberto, que favoreça o diálogo e a problematização das questões apresentadas (TORAL; CONTI; SLATER, 2009).

Tendo em vista práticas alimentares mais comuns realizadas pelos adolescentes, podemos destacar algumas orientações para promoção da alimentação adequada e saudável nesta fase do curso da vida:

**Preferir sempre alimentos naturais e comida caseira a produtos prontos para consumo e evitar produtos ultraprocessados**

Alimentos em grande variedade, de origem vegetal e animal, formam uma base excelente para uma alimentação nutricionalmente equilibrada e saborosa. Variedade significa alimentos de todos os tipos, incluindo grãos, verduras, legumes, tubérculos, frutas, leite, ovos, carnes, peixes e água, e variedade dentro de cada tipo (diferentes grãos, diferentes verduras, frutas etc.). Uma alimentação saudável deve ser composta em sua maioria por esses alimentos, e os produtos processados e ultraprocessados devem ser evitados ou consumidos ocasionalmente em pequenas quantidades.

Os produtos alimentícios ultraprocessados como biscoitos, salgadinhos, macarrão instantâneo, refrigerantes, sorvetes, chocolates, hambúrgueres entre outros são muito consumidos pelos adolescentes, principalmente por serem muito convenientes, extremamente atraentes, de sabor acentuado e práticos. As bebidas açucaradas, como: refrigerantes, sucos industrializados, xaropes etc., merecem atenção especial, pois apresentam consumo elevado entre os adolescentes. Essas bebidas são ricas em açúcar e seu consumo excessivo aumenta o risco de obesidade.

Para além de incentivar que o consumo desses alimentos seja limitado, é importante oferecer opções práticas e saborosas e estimular o interesse no preparo das refeições.

**Aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras**

O baixo consumo de frutas, legumes e verduras é um dado preocupante, pois esses alimentos oferecem vitaminas e minerais fundamentais para o crescimento e desenvolvimento

nesta fase. O estímulo ao consumo desses alimentos deve incluir estratégias que permitam conhecer e experimentar novos alimentos e preparações culinárias e que desmistifiquem a ideia de que esses alimentos são sem sabor e sem graça.

### **Evitar substituir refeições por lanches**

É muito comum nesta fase a substituição de refeições como almoço e jantar por lanches e, na maioria das vezes, esses lanches são compostos por produtos alimentícios ultraprocessados, ricos em açúcar, gordura e sal. É fundamental valorizar e resgatar os hábitos de comer em companhia, compartilhar as refeições, salientando a importância de realizar refeições regulares.

### **Evitar a omissão do café da manhã**

O café da manhã é a primeira refeição do dia e é fundamental para o fornecimento de energia e nutrientes para as atividades diárias. Sua omissão compromete a ingestão de vitaminas e minerais. Os adolescentes devem ser incentivados a planejarem essa refeição e escolherem alimentos práticos e saudáveis.

### **Evitar realizar refeições assistindo televisão/computador/celular/tablet**

As características do ambiente onde comemos influenciam a quantidade de alimentos que ingerimos. Comer assistindo televisão estimula o consumo além do necessário. Orientar que as refeições sejam feitas, sempre que possível, em locais limpos, tranquilos e confortáveis, pois ajudam a concentração no ato de comer e convidam a que se coma devagar, apreciando adequadamente os alimentos.

O ambiente escolar é um espaço estratégico para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. A cantina escolar é um ambiente com forte influência para formação/manutenção de práticas alimentares saudáveis ou não. Estes estabelecimentos estão fortemente associados ao consumo de doces, salgadinhos e refrigerantes (OCHSENHOFER et al., 2006; ZANCUL; DAL FABRO, 2007, apud FREITAS, 2014). Desenvolver estratégias, em conjunto com a comunidade escolar, para favorecer escolhas saudáveis é fundamental para a melhoria da qualidade da alimentação dos adolescentes. Visite o site: <<http://www.cantinasaudavel.com.br>> e conheça algumas estratégias para promoção da cantina escolar saudável, além de dicas e receitas para família e alunos.

Use os materiais publicados pelo Ministério da Saúde, como *Alimentação Saudável para Adolescentes: Siga os Dez Passos* e o *Guia Alimentar para a População Brasileira*, publicações que trazem as diretrizes da alimentação saudável. O *Caderno de Atenção Básica de Obesidade*, que trabalha a questão da prevenção, do tratamento e do acompanhamento do sobrepeso e da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde e o *Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas*, que visa promover a reflexão sobre a educação alimentar e nutricional e a orientação de sua prática, também podem auxiliar os profissionais de saúde no planejamento das ações.

# Desenvolvimento Psicosocial

O desenvolvimento psicológico de adolescentes ocorre por meio de uma sucessão de experiências intrapsíquicas no sentido do desligamento progressivo dos pais, do ambiente e dos valores da infância. Este processo de “separação” e “individualização” culmina com a aquisição da consciência do sentimento de identidade.

É bom enfatizar, no entanto, que a conquista da identidade como um processo intrapsíquico de evolução humana nunca termina. Percebe-se que o conhecimento do desenvolvimento psicológico da adolescência está vinculado à compreensão das transformações corporais da puberdade e suas repercussões, à evolução do desenvolvimento cognitivo, às modificações de socialização que ocorrem nesta fase da vida e à construção da identidade.

Em nossa cultura, com intensidade maior ou menor para cada indivíduo e em um tempo sempre pessoal, verifica-se que o adolescente nega, inicialmente, suas transformações. Em seguida, vive a ambivalência entre o desejo de permanecer no estágio infantil – regressão –, e a necessidade de continuar a sucessão normal de desenvolvimento – progressão. Em outro momento, vive a digressão, questiona a família e o mundo.

Rompe vínculos, parte na busca de si junto aos outros adolescentes que vivenciam o mesmo processo. Às vezes se isola, na tentativa de compreender seu momento evolutivo. Avalia os ganhos e sofre as perdas.

No final deste período, normalmente o adolescente se aceita como pessoa e prossegue na busca de sua maturidade.

## 15.1 Transformações corporais

Com o advento da puberdade e todo o conjunto de modificações somáticas que a acompanham, o adolescente percebe que, progressivamente, vai-se transformando em adulto.

A autoimagem, construída ao longo dos anos da infância, será necessariamente reformulada a partir de novos esquemas corporais e de novas modalidades de relacionamento consigo próprio, com a família e com a sociedade.

Na tentativa de lidar com esta situação, o jovem se expressa de forma intensa, por intermédio da motricidade, agindo muitas vezes de forma impetuosa, colocando em risco sua integridade física, pela ação ou em nível mental, por meio da fantasia e do pensamento. Demonstrando, assim, sua inabilidade em conviver com um corpo sobre o qual ele tem pouco controle. Isso explica, em parte, a grande incidência de acidentes a que estão sujeitos.

## 15.2 Desenvolvimento da socialização

Na adolescência a emancipação dos pais sucede progressivamente, ao contrário do que ocorre na infância, quando a dependência é quase absoluta. Esse movimento pode ser doloroso, pois significa uma mudança das relações afetivas até então mantida de forma quase exclusiva com os pais, ampliando-se a socialização para fora da família.

Dependendo do momento do desenvolvimento, o adolescente não sabe se deve agir como criança ou como adulto. Por outro lado, esta dificuldade é reforçada pelos próprios pais, que também se mostram inseguros com relação às possibilidades de atuação do adolescente de acordo com o seu momento de vida.

Do ponto de vista dos pais, privilégios e responsabilidades caminham juntos, como sinal de maturidade. No final da adolescência, afloram os interesses e as habilidades como, por exemplo, a escolha profissional.

Observa-se também a fusão dos processos afetivos e decisórios, do pensamento e da ação, o que consolida a personalidade, trazendo maior estabilidade à vida emocional e social do jovem.

## 15.3 Grupo de companheiros

No início da adolescência, a turma é formada por companheiros do mesmo sexo, mas na proporção em que os adolescentes amadurecem, consolidando aos poucos sua identidade sexual, sentem-se mais livres e seguros para se relacionar com adolescentes do sexo oposto.

O adolescente não se separa da turma, nem de seus caprichos ou modas. É o chamado processo de uniformidade, que traz segurança e estima pessoal. Ele é profundamente dependente dos valores e julgamentos do grupo, que se estendem às questões de roupas, enfeites, corte de cabelo, vocabulários, entonações, aspectos que são tão importantes para as moças quanto para os rapazes.

## 15.4 Desenvolvimento cognitivo

O adolescente apresenta uma nova forma de percepção da realidade e um novo modo de lidar com a vida. Para Piaget (1951), a conquista do pensamento formal se dá nesta fase da vida. Isto significa a conquista da capacidade de abstração e do raciocínio por meio de

hipóteses. Essa evolução do desenvolvimento cognitivo facilita a inserção do adolescente no meio adulto, impulsionando-o no sentido de seu próprio crescimento.

Paralelamente, há um incremento da consciência moral, uma preocupação com os fatos históricos, uma evolução política, o desejo e o sentimento de poder mudar o curso dos acontecimentos. Um sentido maior de realidade substitui progressivamente o pensamento mágico.

A tendência da busca de referenciais religiosos pode constituir uma necessidade real nesta fase da vida, porque a religião, muitas vezes, atenua o sofrimento do jovem, trazendo-lhe esperança.

## 15.5 Desenvolvimento da identidade

Para Erikson (1976), a identidade é a capacidade de dominar ativamente o ambiente, por intermédio da percepção correta de si e do mundo. A conquista da identidade é um processo dinâmico e complexo, que só se concretiza no decorrer da existência. No entanto, para Zacarés (1997, apud SHOEN-FERREIRA et al., 2003) é na adolescência que a conscientização e a inquietação em relação à identidade pessoal se intensificam pautadas pelas maiores e significativas transformações do crescimento e do desenvolvimento como a maturação biológica, o desenvolvimento cognitivo e as demandas sociais que pedem comportamentos mais responsáveis.

Ainda, segundo o estudo de Shoen-Ferreira et al. (2003), o desenvolvimento da identidade na adolescência é realizado, desordenadamente ou gradualmente, dentro de duas dimensões: exploração e comprometimento. Na dimensão da exploração, os antigos valores e escolhas passadas são revistas pelos adolescentes para a tomada de decisão, esperando-se que eles façam escolhas de papéis sociais ou de uma determinada ideologia.

Na dimensão do comprometimento, acredita-se que os adolescentes já fizeram suas escolhas, as quais embasarão e guiarão suas ações, gerando compromissos com as questões que mais valorizam e os preocupam. Evidencia-se, assim, o sentimento de identidade pessoal.

O desenvolvimento da identidade pessoal, nas duas dimensões, para Shoen-Ferreira et al. (2003), relaciona-se com fatores intrapessoais como as características da personalidade e as capacidades inatas, com fatores interpessoais de identificação com outras pessoas e com fatores culturais como os valores sociais, comunitários e globais, com os quais os adolescentes convivem.

Nesse desenvolvimento, são fundamentais, também, as relações interpessoais, iniciando-se com figuras parentais, suficientemente adequadas, que permitem aos adolescentes, por intermédio de diálogo, contato afetivo e interesse genuíno, preservar a privacidade de seus pensamentos e sentimentos, escolher seus amigos, ser eles mesmos, ter autoestima e seguirem



suas trajetórias pela vida. Assim, fica claro que os adolescentes não “afrota” os pais e sim favorecem o seu crescimento.

Ainda nas relações interpessoais, sobressai-se o grupo de pares como um local de aprendizagem social de grande influência sobre os adolescentes. Em geral, esse grupo de pares é escolhido porque traz pessoas parecidas com eles, com quem podem dividir seus valores, atitudes e comportamentos. As relações iguais e recíprocas, influenciando-se mutuamente, favorecem a exploração de diferentes comportamentos e, conseqüentemente, o desenvolvimento desses adolescentes.

Ressalta-se, então, a importância do campo interpessoal no desenvolvimento da identidade que, entretanto, não é reconhecido como tal, porque os adolescentes não recebem atenção diferenciada, não recebem orientação e se desenvolvem sozinhos nesse campo, ao contrário da preocupação que se tem com as atitudes deles frente às orientações ideológicas e ocupacionais. Nesse campo é importante a atenção e a orientação que a escola pode dar às relações interpessoais dentro da comunidade escolar, educando com valores comuns, universais, que considerem a dignidade humana.

Finalmente, no desenvolvimento da identidade é necessária a presença de valores claros que possam ser questionados – fase da exploração – e, então, aceitos ou não, o que gera o comprometimento – fase do compromisso. Sendo assim, os diferentes contextos de desenvolvimento, família, comunidade, escola, clubes e unidades de saúde podem auxiliar as fases da exploração e do compromisso, favorecendo a firmeza no processo de escolhas, para que os adolescentes adquiram competências e valores fundamentais para suas vidas.

# 16 Violência

É um fenômeno complexo, polissêmico e multideterminado, cujos fatores predisponentes, agravantes e consequências extrapolam o campo da Saúde. Talvez isso explique a dificuldade sentida por profissionais de Saúde em encararem essa problemática, muitos dos quais adotam posturas de negação, minimização ou omissão.

A violência pode ser conceituada como o evento representado por ações ou omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes, governos ou nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros. Ela pode expressar-se sob diversas modalidades: agressão física; violência sexual; violências psicológica, institucional e estrutural, entre outras.

## 16.1 Reconhecendo diferenças e especificidades

Para analisar o quadro da violência no Brasil, é necessário reconhecer e lidar com as especificidades que se ocultam por detrás das estatísticas gerais – diferenças entre as faixas etárias, entre os gêneros, raça/cor, etnia, classes sociais, entre zonas urbana e rural, entre os bairros de uma mesma cidade, etc. Tais diferenças implicam na necessidade de distintas estratégias de prevenção e assistência, visando às especificidades de cada segmento populacional.

Em geral, as vítimas são adolescentes e jovens do sexo masculino, sendo evidenciado pelos elevados índices de mortalidade por causas externas deste grupo. As adolescentes do sexo feminino também são as maiores vítimas da violência que permanece “invisível” porque é cometida por um conhecido – pai, padrasto, parceiro ou parente próximo –, em seus próprios lares, por exemplo, nos casos de incesto, estupro, agressões físicas e verbais. São modalidades de violência que raramente evoluem a óbito, mas podem causar severos danos à saúde física e mental.

É importante salientar que a violência interpessoal, incluindo a violência doméstica, não é um fenômeno característico de alguma classe socioeconômica. Pelo contrário, a violência se faz presente em todas as classes, etnias, credos religiosos, posicionamentos políticos etc. Adolescentes e jovens das classes pobres e marginalizadas podem ser duplamente vitimizados: tanto por essas modalidades de violência que ocorrem em todos os segmentos sociais quanto pelas expressões da violência estrutural.

## 16.2 Violência no lar

Embora já tenha se passado 25 anos da publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente, a violência doméstica contra este grupo é mantida sob o manto do silêncio e da omissão. A violência psicológica é a mais difícil de ser detectada, pois as feridas que provoca não se manifestam no corpo, mas na psiquê.

Diversos estudos demonstram a existência de um ciclo de perpetuação intergeracional: vítimas de violência na infância têm maiores possibilidades de tornarem-se agressores, aspecto que demonstra a importância de se trabalhar com esse grupo no âmbito das diversas políticas públicas. Por outro lado, programas para o aprimoramento da paternidade e maternidade e para a melhoria da qualidade de vida familiar oferecem a maior esperança na prevenção da violência contra e entre crianças e jovens (MCALISTER, 1998).

## 16.3 Violência sexual

A forma pela qual aparece a relação entre a busca de prazer, a cultura ou as convenções sociais depende de cada sociedade. Os valores, modelos e padrões de comportamento são dados, ou seja, preexistem aos sujeitos. É preciso pensar a sexualidade dentro de uma determinada cultura/sociedade.

Ter a noção de que as relações de poder hierárquicas estão presentes em todas as etapas da vida é um dado importante que se deve ter em mente para se prevenir a violência sexual, frequente em nosso meio. As crianças e adolescentes são mais vulneráveis às violências sexuais e, às vezes, se submetem porque existe medo ou relações afetivas e emocionais importantes com os agressores, impedindo-as de discernir as suas reais possibilidades de escolha, inclusive de poder dizer não. Nessa situação, as crianças e adolescentes não se sentem em condições de buscar ajuda, na medida em que sentimentos contraditórios estão envolvidos.

É importante que os profissionais envolvidos estejam atentos ao contexto em que crianças e adolescentes em situação de violência sexual estão inseridos, propiciando um diálogo amplo, tanto no campo individual quanto coletivo. As famílias e os adolescentes devem ser incentivados a procurar ajuda nos casos em que houver suspeita ou violência confirmada. É fundamental orientá-los sobre as diferentes fases do desenvolvimento do adolescente e

quanto a aspectos dos relacionamentos afetivos, respondendo suas dúvidas sobre sexualidade e encaminhando para serviços especializados quando necessário.

Nas situações de violência sexual é fundamental que adolescentes e suas famílias sejam orientados sobre os órgãos de proteção a serem acionados e serviços de atendimento existentes. Na Saúde, é importante que sejam direcionados ao serviço de referência para atenção integral a pessoas em situação de violência sexual, onde poderão acessar ao conjunto de procedimentos necessários (atendimento multiprofissional, realização de exames, profilaxias indicadas, acompanhamento ambulatorial, entre outros)<sup>1</sup>.

Quando da situação de violência sexual resultar gravidez, é preciso garantir à adolescente o acesso ao serviço de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei. A atenção nessas situações deverá levar em consideração o conjunto de procedimentos previsto nas normativas em vigor, o contexto em que a adolescente está inserida, assim como a sua autonomia e decisão<sup>2</sup>.

## 16.4 Papel da equipe de saúde

Na maioria das vezes, adolescentes não tomam a iniciativa de relatar ao profissional de Saúde que foi ou está sendo vítima de algum tipo de violência. Sentimentos de vergonha, culpa, medo e impotência mesclam-se com tentativas de “esquecer o que passou”, dúvidas sobre a possível reação do profissional e as consequências que tal denúncia poderá acarretar. Quase sempre a vítima recebe as mais variadas ameaças para que não delate. Nos casos de vitimização doméstica é comum a existência de um pacto de silêncio. Cabe ao profissional de Saúde uma postura acolhedora, proativa, consciente, sensível e sempre alerta frente às violências que podem atingir adolescentes, em articulação com as redes de proteção social, de garantias de direitos e outros setores. Entre as iniciativas do profissional, incluem-se:

- Estar atento a explicações que não justifiquem claramente um ferimento, hematoma, fratura ou outra marca no corpo, registrando com detalhes no prontuário.
- Acreditar nos relatos do adolescente. Se qualquer adolescente relata ter sofrido violência física ou sexual, sua afirmação deve ser encarada com total respeito e seriedade, jamais com ceticismo ou minimização.
- Promover o atendimento respeitando princípios éticos de sigilo e privacidade.
- Ficar atento a situações como fuga do lar, ameaças ou tentativa de suicídio, prática de delitos, gravidez em idades no início da adolescência, multiplicidade de parceiros(as) sexuais, depressão, uso abusivo de álcool e outras drogas e violência intrafamiliar.

<sup>1</sup> Conforme o disposto na Portaria n° 485, de 1° de abril de 2014, e na Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde.

<sup>2</sup> Ver Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde.

- Promover a troca permanente de informações entre a equipe multidisciplinar, pois o adolescente pode sentir-se mais a vontade com outro profissional.
- Estar articulado a setores e órgãos de proteção e garantia de direito, tais como: Conselho Tutelar, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente, Juizado da Infância e Juventude, Delegacia da Infância e Juventude, Delegacia da Mulher, Instituto Médico-Legal, Defensoria Pública, além de instituições que prestam assistência a vítimas de violência na localidade, por exemplo, os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), grupos de autoajuda etc.
- Conhecer e cumprir as disposições de normativas em vigor conforme com cada situação. O Estatuto da Criança e do Adolescente determina, em seus artigos 13, 18 e 245, a obrigatoriedade de se denunciar ao Conselho Tutelar da respectiva localidade os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, além de outras providências legais.
- Estabelecer parcerias com escolas, associações de bairro, igrejas, movimentos comunitários, ONG, grupos de jovens, órgãos de comunicação, órgãos públicos e empresas privadas em um trabalho conjunto em prol da prevenção da violência e da promoção da cultura de paz.
- Preencher a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, encaminhá-la para a Secretaria Municipal de Saúde e fornecer um relato do caso para o Conselho Tutelar.

### Saiba mais:

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS <[http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Ficha-Viol-5.1-Final\\_15.06.15.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Ficha-Viol-5.1-Final_15.06.15.pdf)>

## ■ 16.5 Sinais de alerta

Quando o adolescente por medo, vergonha ou outro motivo se sente compelido a negar a violência que sofreu ou está sofrendo, o diagnóstico da situação é desafiador e complexo. Para todas as situações é importante que o profissional de Saúde estabeleça com o adolescente uma relação de respeito e confiança, promovendo o acolhimento e os cuidados em saúde necessários.

O profissional de Saúde precisa estar atento a um conjunto de sinais e indícios que poderão levá-lo a suspeita de violências. A seguir, apresentam-se exemplos de indícios para atenção dos profissionais.

**Indícios orgânicos:** contusões corporais; queimaduras; ferimentos; fraturas mal explicadas; roupas rasgadas ou manchadas de sangue; hemorragias; infecções; presença de sêmen.

**Indícios na conduta do adolescente:** desconfiança exagerada dos adultos; mudança súbita e inexplicada no comportamento; receio dos pais e tentativa de passar o mínimo de tempo em casa; dificuldades de aprendizado; distúrbios do sono; regressão a comportamentos infantis; aparecimento de dores e sintomas para os quais não se encontra qualquer explicação médica; isolamento social; autoestima muito baixa, autodepreciação; nanismo psicossocial.

**Indícios na conduta dos pais ou responsáveis:** observando-se na dinâmica da consulta condutas de excessos de zelo parental, tanto no controle da família quanto na avaliação negativa em relação ao filho/filha, o profissional deve ficar atento à possibilidade de violência, incluindo a sexual, no âmbito doméstico. Outras situações que podem ser preocupantes incluem conflitos conjugais com atos de violência física, verbal ou emocional; uso abusivo de álcool ou outras drogas; pais que foram vítimas de violência (física, sexual ou psicológica) em sua infância; ausência (física ou emocional) do lar ou da vida dos filhos; postura sedutora, insinuante, especialmente com crianças e/ou adolescentes.

#### Saiba mais:

Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde, MS, 2010.

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violencias.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf)>

# Uso de Drogas

O consumo de drogas é um fenômeno universal, histórico e social. Entretanto, vale enfatizar que o uso abusivo de medicamentos prescritos pode representar uma dependência química. Um dos principais problemas de combate ao uso de drogas é o fato de a sociedade sempre ter sido ambígua e incoerente frente ao seu consumo.

O uso de drogas obedece a uma série de fatores relacionados a práticas culturais típicas de determinado povo, compondo uma realidade complexa e repleta de contradições e experimentações.

Esta deformação da realidade é assimilada com facilidade pelos adolescentes e jovens, porque, em seu processo de desenvolvimento, buscam experimentar sem discriminação todas as possibilidades desse pretenso mundo novo.

## 17.1 Prevenção da dependência farmacológica

Qualquer tentativa no sentido de prevenção da dependência de drogas na adolescência precisa levar em consideração que o uso de drogas não pode ser tratado de forma simples, pois atuar na prevenção requer considerar que o adolescente está pleno de desejos, vontades e atuações.

É importante considerar que os problemas de comportamento da juventude não constituem novidades das últimas décadas. Sempre houve um período vivido pelos jovens acompanhado de experimentação de novos comportamentos de acordo com o contexto familiar, social, cultural e econômico em que vivem.

## 17.2 Problemas/necessidades decorrentes do uso abusivo de drogas

A ideia mais importante é que 'drogas' são substâncias químicas que produzem satisfação ao usuário. Estas substâncias produzem sensações agradáveis ou de prazer baseados em um poderoso fundamento fisiológico e social. As drogas recreativas estimulam os centros

do prazer do mesencéfalo. Isto significa que a dependência é um processo com progressão nitidamente significativa.

Dada a complexidade multifatorial que envolve o uso abusivo de drogas, a sua abordagem deve ser realizada de forma interdisciplinar. Tratando-se de um problema humano, nele estão envolvidos o indivíduo, a família, a escola, a sociedade e a cultura.

- **Uso abusivo** – todo consumo de droga que causa dano físico, psicológico, econômico, legal ou social ao indivíduo que a usa ou a outros afetados pelo seu comportamento.
- **Intoxicação** – mudanças no funcionamento fisiológico, psicológico, afetivo, cognitivo ou de todos eles como consequência do consumo excessivo.
- **Dependência** – estado emocional e físico caracterizado pela necessidade urgente da substância, seja pelo seu efeito positivo, ou para evitar o efeito negativo associado a sua ausência.

### **Porque os adolescentes usam drogas?**

- Para experimentar sensações diferentes.
- Para se sentirem melhor.
- Para alívio de emoções desagradáveis.
- Por insegurança.
- Para ser aceito pelo grupo de amigos.
- Devido à baixa autoestima.
- Para questionar os valores dos pais e/ou adultos responsáveis.
- Em busca de mudanças de humor, nível de consciência ou na percepção de mundo.

### **O que se espera da equipe de saúde é que:**

- No acolhimento seja favorecida a formação de vínculos e o exercício do cuidado, proporcionando segurança e tranquilidade para que adolescentes e suas famílias possam falar de angústias, dúvidas e aflições e sintam-se acolhidos pela unidade de saúde.
- Esteja apta para identificar os adolescentes com problemas relacionados com a ingestão aguda e crônica de drogas, bem como reconhecer suas possibilidades e limites no manejo e encaminhar adequadamente aos serviços de referência.
- Atue nas escolas do bairro, organizações juvenis e junto às famílias buscando entender o que leva ao uso, as regras de convivência, as regras sociais da comunidade, as possibilidades de autocuidado e promovendo sistematicamente atividades



de prevenção. Estas atividades devem ser criativas, bem-humoradas e de fácil assimilação, para que os adolescentes se sintam envolvidos.

- Esteja bem informada quanto à farmacologia, efeitos e complicações das principais drogas usadas na região, procurando saber os tipos mais frequentes de drogas usadas pelos adolescentes.
- Conheça as leis municipais, serviços judiciários e os conselhos tutelares para o encaminhamento sempre que necessário.
- Desenvolva atividades de promoção de saúde com a participação de adolescentes na decisão de não fumar. Deve-se ficar atento ao fato de que o indivíduo pode evoluir da sua condição de fumante experimental para dependente da nicotina num período de um ano ou menos.

### 1. Álcool – Alcoolismo

O consumo abusivo de bebida alcoólica pode causar problemas psicossociais, emocionais e orgânicos. É uma das queixas mais frequentes na Unidade Básica de Saúde, sendo a oportunidade para detectar o risco de uso crescente e o padrão de uso, como rotina, em adolescentes (BRASIL, 2013h, p. 95). Deve-se ressaltar que o álcool é um dos responsáveis pelos elevados índices de mortalidade por acidentes entre adolescentes e jovens. O uso de álcool pelos pais e grupos de amigos é o principal fator de influência para o consumo entre os adolescentes. É comum o uso simultâneo de várias drogas. Assim como no uso de outras drogas, os motivos que levam um adolescente a beber são vários: curiosidade, por prazer, para esquecer seus problemas, agir de acordo com o grupo, entre outros.

Até a idade de 18 anos o consumo de álcool e de tabaco é proibido no Brasil.

#### Fatores que contribuem para o adolescente usar álcool:

- Uso de álcool pelos pais – este é um dos mais fortes fatores que influenciam os jovens para o uso abusivo de álcool.
- Uso de álcool pelos amigos – entre os adolescentes que bebem a maior parte de seus amigos também bebe.
- É comum a história de uso simultâneo de várias drogas.
- Dificuldades emocionais podem levar a busca do álcool como uma fonte de alívio e prazer.

#### Razões para beber:

- Curiosidade.
- Agir de acordo com o grupo.

- Por prazer.
- Esquecer problemas.

**Dicas para o diagnóstico:**

- Mudança de interesse nas atividades de rotina – como na escola, no lazer, em casa.
- Mudança de comportamento nos hábitos de comer e dormir.
- Mudança na personalidade – isto pode ser refletido na mudança de humor, com os amigos e com membros da família.
- Manifestações de depressão.

**2. Tabaco – Tabagismo**

O tabaco pode provocar sérios problemas respiratórios manifestados por uma doença pulmonar progressiva, acarretando uma diminuição do volume minuto e da capacidade vital respiratória. Mascar fumo pode causar câncer da cavidade oral. Efeitos em longo prazo: morte prematura devido à enfisema, ao câncer de pulmão e outros órgãos; coronariopatia; acidente vascular encefálico (AVE); entre outros. O cigarro, além de prejudicar a saúde do fumante, também atua de forma coletiva no ambiente em que ele convive. Problemas agudos do tabagismo: falta de ar, aumento da frequência cardíaca, exacerbação de crise asmática.

**Riscos agudos pelo uso de cigarro**

- Falta de ar.
- Aumento da frequência cardíaca.
- Exacerbação de asma.
- Impotência.
- Infertilidade.

**Riscos em longo prazo:**

- Infarto do miocárdio.
- Acidente vascular encefálico (AVE).
- Câncer de pulmão e de outros órgãos (laringe, cavidade oral, esôfago, pâncreas, bexiga, faringe etc.).
- Doenças pulmonares obstrutivas crônicas (bronquite crônica e enfisema).
- O cigarro, além de prejudicar a saúde do fumante, também atua de forma coletiva no ambiente que o fumante convive.

### 3. Inalantes

Toda substância que pode ser inalada (aspiração pelo nariz ou boca). Os solventes (substâncias capazes de dissolver coisas) são facilmente inaladas. Grande número de produtos comerciais, como esmaltes, colas, tintas, *thinners*, propelentes, gasolina, removedores, vernizes contêm solventes. Todos estes solventes ou inalantes são substâncias pertencentes a um grupo químico chamado hidrocarbonetos, tais como tolueno, xilol, n-hexano, acetato de etila e tricloetileno. Por exemplo: a cascola – tolueno e n-hexano; Pater extra-tolueno, acetato de etila, aguarrás. O cheirinho da loló é um preparado clandestino à base de clorofórmio e éter. O lança-perfume é à base de cloreto de etila. O início dos efeitos dos inalantes ocorre de segundos a minutos e em 15 a 40 minutos já desaparecem, provocando a procura por doses repetidas.

- **Efeitos agudos:** depressor do sistema nervoso central. Numa fase inicial (assim como o álcool) provoca uma excitação, euforia, tonteados, náusea, espirros, tosse, salivação e rubor facial. Quando os efeitos depressores começam a predominar, surgem confusão, desorientação, voz arrastada, visão embaçada, perda de autocontrole, dor de cabeça, palidez e alucinações. Se a depressão se aprofunda, observa-se incoordenação ocular e motora, reflexos deprimidos, podendo evoluir para coma, convulsões e morte.
- **Efeitos crônicos:** destruição de neurônios com lesões irreversíveis, apatia, dificuldade de concentração e memória, lesões da medula óssea (anemia e leucemia – benzeno), dos rins, do fígado e dos nervos periféricos (n-hexano).

### 4. Maconha

O consumo de maconha entre os jovens é frequente e, por isso, os profissionais de Saúde devem estar atentos à identificação do consumo. Não há comprovação consensual de que o uso crônico produza dependência mental e física. Esta droga gera efeitos mentais diversos de acordo com o indivíduo. A maconha é bronco dilatadora, mas às vezes as partículas inaladas produzem bronco constrição. Embora possa provocar sintomas, como síndrome amotivacional, dificuldade do aprendizado escolar, entre outros, a depender das circunstâncias de vida (grupos tradicionais, rituais religiosos) o uso pode ser seguro.

### 5. Cocaína/Crack

A cocaína é um estimulante do Sistema Nervoso Central, aumenta a atividade elétrica no cérebro e estimula artificialmente nosso centro de recompensa e prazer. Tem uma capacidade de estimulação bem maior que a da nicotina e cafeína, custo elevado e rapidez de metabolização. Os problemas surgem pelo desequilíbrio do sistema neurotransmissor cerebral, geralmente porque não se dá ao organismo tempo de se recobrar da estimulação e esvazia-se a fonte de energia. O centro de recompensa estimulado sinaliza que não é preciso comida, bebida ou estimulação sexual. Pode ocorrer desnutrição, desidratação ou impotência. A cocaína pode ser aspirada, injetada ou fumada (*crack*). Efeitos: aumento de energia, aceleração cardíaca,

aumento da pressão arterial, respiração acelerada, agitação, pupilas dilatadas, loquacidade, irritabilidade, apetite ou sede reduzidos, euforia.

- **Complicações:** paranoia cocaínica (geralmente no contexto do uso até duas semanas de abstinência); AVE e infarto do miocárdio, crises hipertensivas, convulsões (*overdose*), alteração do limiar convulsivo, coma e morte.
- **Abstinência:** irritabilidade, cefaleia, insônia, dores musculares, ansiedade, tristeza, apatia, sonolência, avidez pela droga (acentuada por eventos-chave); geralmente esses períodos são seguidos por recaída e novo ciclo de consumo.

## 6. Anabolizantes

O discurso do culto ao corpo, que cada vez ganha mais vulto, associa beleza, vigor e robustez à saúde, inculcando nos adolescentes e jovens a ideia de que obter este corpo belo e forte garante um corpo saudável. O uso dos esteroides em geral está relacionado à busca de melhores resultados da performance física.

Os esteroides anabólicos androgênicos são derivados da testosterona, hormônio sexual masculino que aumenta o poder anabolizador e reduz o poder androgênico. As propriedades anabólicas são atribuídas a sua capacidade de estimular a maturação óssea e o desenvolvimento muscular (estimuladora da síntese proteica). Chamamos de ação androgênica a ação responsável pelos caracteres secundários masculinos. Entre os tipos de anabolizantes destacam-se os esteroides, que aumentam o volume do citoplasma e a síntese proteica. Os comprimidos têm maior efeito colateral hepático do que os injetáveis (aplicados por via intramuscular).

Os principais efeitos colaterais associados à administração destas drogas são, nos homens, a diminuição dos caracteres sexuais secundários, atrofia testicular, diminuição da libido e o aumento da oleosidade da pele. Nas mulheres causa a hipertrofia do clitóris, aumento de pelos e pode causar a oligomenorreia, dismenorreia e amenorreia. Reduz, ainda, a imunidade e pode levar a um câncer hepático.

Em longo prazo, doenças graves poderão desencadear-se, dependendo das drogas empregadas, do tempo de utilização, das doses e da predisposição individual. As drogas de uso oral estão mais associadas aos tumores do fígado, desencadeamento da diabetes e doenças cardíacas coronarianas, devido ao maior metabolismo hepático das drogas, aumento da resistência celular à insulina e depressão do HDL – colesterol. As drogas injetáveis produzem mais ginecomastia e maior tendência para a trombose (cerebral e periférica), devido à maior formação metabólica de hormônios femininos estrogênicos.

No caso específico dos adolescentes, pode ocorrer o fechamento prematuro das linhas de crescimento nas epífises ósseas. Também estão associados ao uso dos esteroides, administrados tanto por via oral como também pelos injetáveis, a hipertensão arterial e o câncer de próstata.

Os casos de morte parecem ser decorrentes do uso contínuo prolongado ou de doses abusivas. As causas dos óbitos registrados são devidas a infartos, trombose cerebral, hemorragia hepática, sangramento de varizes do esôfago, miocardiopatia, metástase de tumores da próstata e do fígado, infecções por depressão da imunidade e, ainda, contaminação por medicamentos falsificados.

### **Conduta:**

- Depende do grau de comprometimento do adolescente com a droga, do tipo de droga e da situação familiar e social em que ele vive. A abordagem deverá sempre ser realizada por equipe multiprofissional que tenha habilidades e competências para a execução do seu método de trabalho e de cuidado, bem como saiba lidar com diferentes atores sociais envolvidos na questão.
- Para o acompanhamento eficaz de adolescentes em uso de drogas, é preciso que na Atenção Básica haja um profissional da equipe que seja de referência, com quem ele possa estabelecer um vínculo efetivo e solidário.
- A integração de todos os serviços de saúde, assim como dos outros equipamentos sociais locais, deve ser fortalecida e sustentada criando redes de cuidado e de apoio social.
- Na promoção da saúde de adolescentes em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas, poderão ser usadas estratégias que se baseiam nas concepções de sujeito coletivo, desenvolvimento da autonomia e atenção integral como:
  1. Realização de grupos para troca de experiências e transformações trazidas pelos diferentes integrantes e para troca de conhecimentos.
  2. Redução de danos, uma vez que a abstinência é muitas vezes necessária, mas difícil para algumas pessoas. O referencial teórico-prático de atuação e a ética da redução de danos deve permear toda a intervenção.
  3. Terapia Interpessoal Breve (TIB) com o objetivo de identificar o problema e motivar a pessoa a alcançar metas estabelecidas em parceria com o profissional de Saúde, estimulando a autonomia e reforçando a capacidade de adolescentes em tomar iniciativas e de se responsabilizarem por suas escolhas.

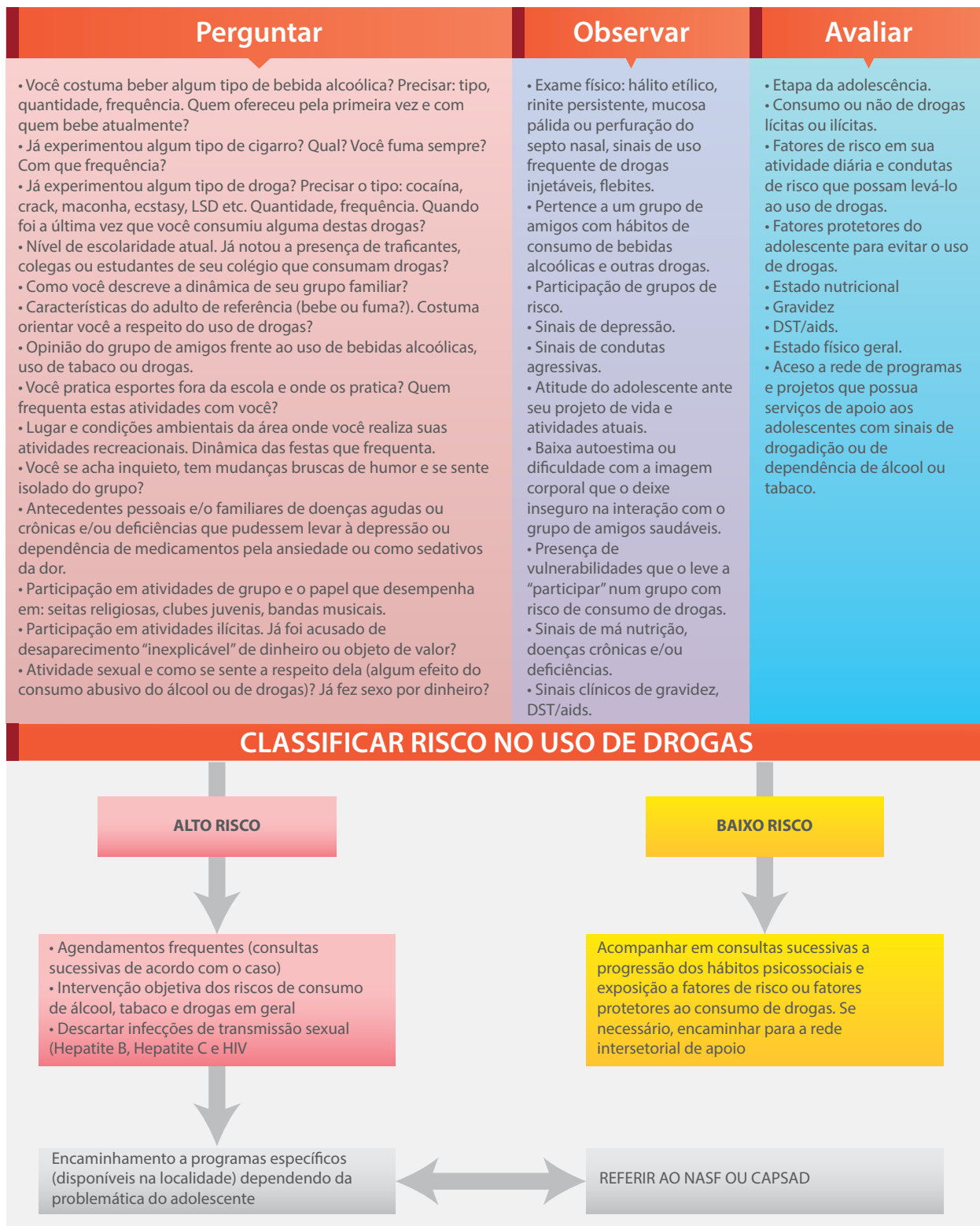
(BRASIL, 2013h, p. 121-124; 149).

Os casos mais graves devem ser encaminhados para outros níveis de atenção e acompanhados pela equipe de referência da Atenção Básica. Em muitos casos é necessária uma avaliação psiquiátrica devido as suas complexidades.

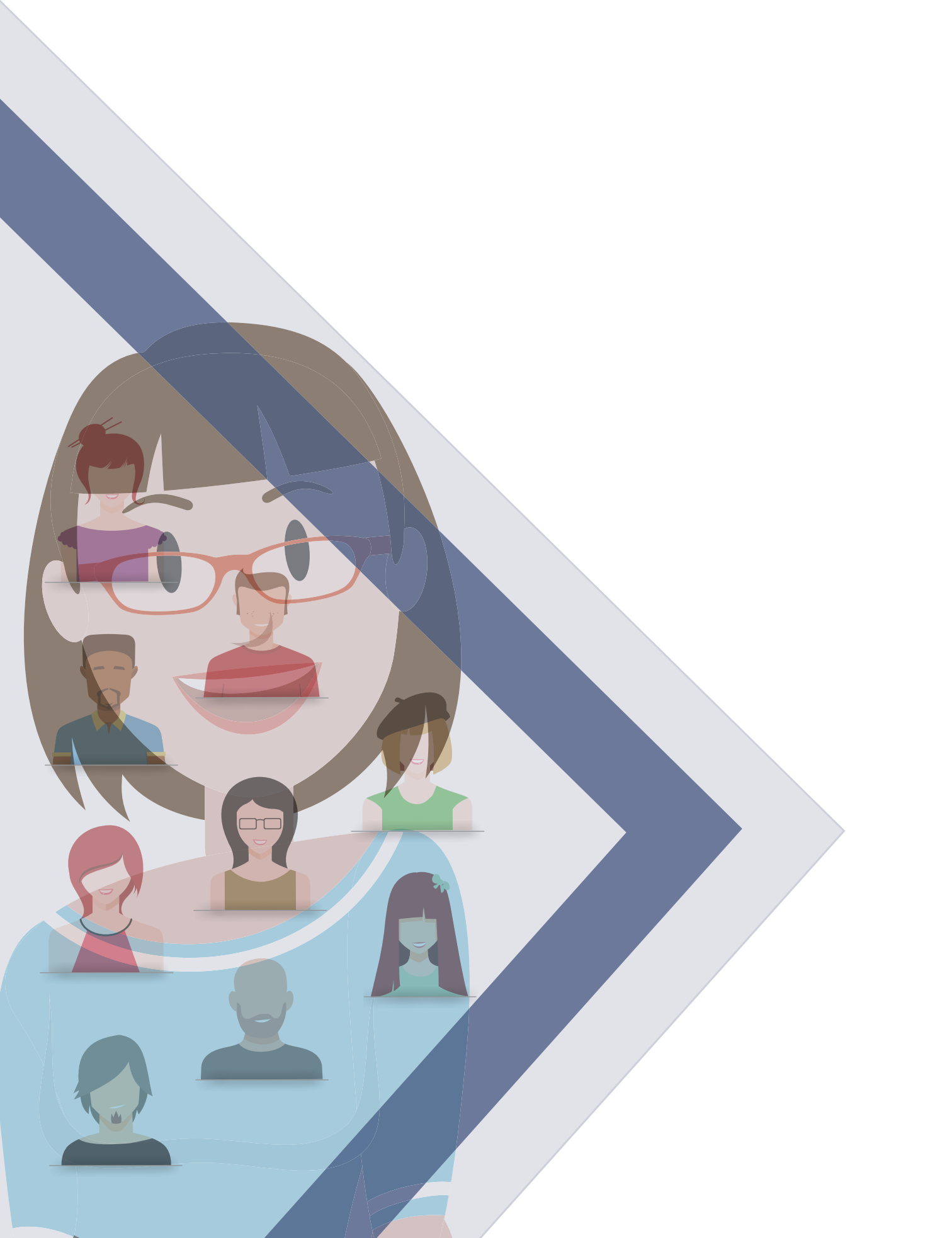
### ■ 17.3 Orientações para adolescentes e suas famílias

- Dar informação sobre os tipos de drogas e as consequências de seu consumo, gerando capacidade de autocrítica no adolescente.
- Favorecer a presença de um referente adulto positivo para o adolescente e o desenvolvimento de um projeto de vida.
- Contribuir com a distribuição do horário escolar e tempo livre, no intuito de aproveitamento das atividades recreativas saudáveis.
- Ensinar o(a) adolescente a identificar os riscos em que se envolve por sua relação ou vínculos a uma pessoa ou grupo com práticas de consumo de drogas.
- Promover grupos juvenis com objetivos claros, promotores da saúde física e mental.
- Envolver o grupo familiar na responsabilidade de compartilhar o tempo livre com o(a) adolescente e de apoiar o acompanhamento e o tratamento caso ele(a) esteja consumindo drogas.

**Figura 7 - Vulnerabilidade ao uso de drogas**  
 Uso de álcool e de outras drogas em adolescentes entre 10 e 19 anos



Fonte: Elaboração própria.





# PARTE III

---

## CUIDANDO DA SAÚDE DE ADOLESCENTES

O reconhecimento de adolescentes como sujeitos de direitos trazem princípios fundamentais que devem ser observados na prática e na relação de profissionais de Saúde com esse grupo populacional.

Esses princípios, relacionados a seguir, facilitam a análise dos casos atendidos, mesmo que não sejam suficientes para a tomada de decisão e necessitem de outros valores para aprofundar a análise ética. No entanto, não são princípios absolutos e sim condicionantes ou dependentes da situação em que se encontram os adolescentes.

O princípio bioético da beneficência prevê que os profissionais de Saúde devem buscar o bem-estar da pessoa/usuário evitando, na medida do possível, quaisquer danos e risco à vida. O princípio bioético da não maleficência define que há obrigação de não acarretar dano à pessoa.

Já o princípio bioético do respeito à autonomia significa que o profissional da saúde deve respeitar a decisão e as escolhas livres de adolescentes (art. 7 do ECA, 1990), desde que tenham capacidade para tal, preservando seus direitos fundamentais em acordo com as atuais condições ético-sociais.

Entende-se autonomia como:

a capacidade de uma pessoa para decidir fazer ou buscar aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma. Para que ela possa exercer esta autodeterminação são necessárias duas condições fundamentais:

- a) capacidade para agir intencionalmente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação para decidir coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas.
- b) liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para esta tomada de posição (LOCH, 2002).

**O autocuidado e outras práticas de promoção da saúde são construídas mediante o desenvolvimento da autonomia.**

## O princípio da autonomia também se expressa nos direitos abaixo citados:

**Privacidade:** adolescentes, de ambos os sexos, podem ser atendidos sozinhos, caso desejem. O direito à privacidade é um elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde.

**Confidencialidade e sigilo:** adolescentes devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como a seus pares, sem a sua concordância explícita.

### Quebra de sigilo

Adolescentes devem ser informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco à vida ou outros riscos relevantes tanto para a pessoa quanto para terceiros. Por exemplo, em situações como violência sexual, ideia de suicídio, informação de homicídios e outros.

## 18.1 Consentimento livre e esclarecido

A todos os usuários dos serviços de saúde, inclusive adolescentes, deve ser solicitado que assinem o consentimento livre e esclarecido para a realização de qualquer procedimento clínico.

No consentimento livre e esclarecido, a decisão só deve ser tomada depois que o adolescente receber informações detalhadas e esclarecidas sobre seu estado de saúde e o tratamento a ser realizado. Caso seja verificada sua incapacidade para a decisão, deve ter a assistência de seus pais ou representantes legais.

### Moralmente Aceitável

O consentimento só é moralmente aceitável quando está fundamentado em quatro elementos: informação, competência, entendimento e voluntariedade.

## 18.2 Consentimento nas urgências

Se o(a) adolescente não pode dar o seu consentimento, é imprescindível que um familiar/responsável seja localizado para a obtenção do mesmo. Não conseguindo esse contato, e havendo a restrição do tempo para a tomada da decisão, o profissional de Saúde executor assume o papel de protetor natural do adolescente por meio de ações positivas em favor da vida e da saúde.

Assim, nas urgências aceita-se a noção de existência de consentimento informado presumido ou implícito. O profissional deverá registrar essa condição no prontuário e no impresso de consentimento institucional.

## Compreensão jurídica prevalente e as normas éticas dos profissionais de Saúde (Conselho Federal de Medicina)

Apontam que, no caso de iminente perigo à vida, o valor da vida humana passa a se sobrepor ao requerimento do consentimento e do esclarecimento da pessoa.

### 18.3 Acolhimento

Tendo como fundamento os princípios acima relatados, unidos aos direitos de justiça e do melhor interesse dos adolescentes também garantidos no ECA, é preciso trazer outras ações que constroem a atenção integral para esse importante grupo etário.

Independente da razão que faz com que o adolescente procure o serviço de saúde, cada visita oferece ao profissional a oportunidade de detectar, refletir e auxiliar na resolução de outras questões distintas do motivo principal da consulta. A entrevista é um exercício de comunicação interpessoal, que engloba a comunicação verbal e a não verbal. Para muito além das palavras, deve-se estar atento às emoções, aos gestos, ao tom de voz e à expressão facial do usuário.

A acolhida nos serviços deve ser cordial e compreensiva. Uma acolhida hostil, que imponha uma série de exigências, pode afastar o adolescente, perdendo-se a oportunidade de adesão ao serviço. Pelas características próprias dessa etapa do desenvolvimento, muitas vezes eles têm dificuldades em respeitar os horários e as datas de agendamento, determinando que o serviço construa mecanismos de organização mais flexíveis.

Além disso, é de fundamental importância que a equipe possa ser facilmente reconhecida pela clientela – por meio de crachás – para permitir a identificação do profissional a quem deve se dirigir no esclarecimento de suas dúvidas ou em busca de informações específicas. Os ambientes devem ser bem sinalizados, auxiliando os usuários a circularem pelos serviços.

### 18.4 Ações preventivas como componentes da consulta

De acordo com a Associação Médica Americana (1997), as visitas de rotina de adolescentes e jovens e suas famílias aos serviços de saúde configuram-se como oportunidades para:

- Reforçar mensagens de promoção de saúde.
- Identificar adolescentes que estejam sujeitos a comportamentos de risco.
- Promover imunização adequada.
- Desenvolver vínculos que favoreçam um diálogo aberto sobre questões de saúde.
- Sensibilizar adolescentes homens para o autocuidado e na corresponsabilização pela saúde sexual e saúde reprodutiva sua e de sua parceria.

Todos os adolescentes deverão receber esclarecimentos a respeito de seu crescimento físico e desenvolvimento psicossocial e sexual. Deve ser enfatizada a importância de se tornarem ativamente participantes nas decisões pertinentes aos cuidados de sua saúde.

As vantagens da realização de atividade física regular deverão ser reforçadas, incluindo seu papel na promoção da saúde física e mental e como fator de socialização. No entanto, deve-se alertar quanto à necessidade do adequado condicionamento físico antes de exercícios ou práticas esportivas, bem como do uso de equipamentos de proteção no caso da prática de esportes radicais.

Os adolescentes deverão receber esclarecimentos sobre cuidados com a saúde oral e sobre hábitos nutricionais adequados, incluindo os benefícios de uma alimentação saudável e da manutenção do peso ideal. As consultas são momentos privilegiados para o aconselhamento de práticas sexuais responsáveis e seguras. O uso de preservativo deve ser enfatizado como prática indispensável na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de infecção pelo HIV. Essa é também uma oportunidade de esclarecimento de dúvidas, de conversar sobre a importância do afeto e do prazer nas relações amorosas e para alertar sobre situações de risco para violência e/ou exploração sexual.

Outros assuntos importantes são as dificuldades escolares e no trabalho. Essa abordagem deverá ser desenvolvida de forma criativa, não se revestindo de um caráter inquisitivo.

A utilização de materiais educativos é de grande ajuda no desenvolvimento de ações preventivas. Cabe ressaltar, entretanto, a importância da prévia adequação destes às realidades locais para que se alcancem os objetivos propostos.

## ■ 18.5 Características do profissional de saúde

Não existe um perfil específico de profissional de Saúde para o atendimento de adolescentes. Algumas características, entretanto, devem ser ressaltadas como muito importantes:

- Estar disponível para atender o adolescente e sua família sem autoritarismos.
- Estar atento ao adolescente e ter capacidade de formular perguntas que auxiliem a conversação, buscando compreender sua perspectiva.
- Não ser preconceituoso, evitando fazer julgamentos, especialmente no que diz respeito à abordagem de determinadas temáticas como sexualidade e uso de drogas.
- Buscar, de forma contínua, atualização técnica na área específica de atuação profissional.

## 18.6 Dinâmica da consulta

Em termos ideais, devem existir dois momentos na consulta: o adolescente sozinho e com o familiar/responsável. A entrevista com o responsável é fundamental para o entendimento da dinâmica e estrutura familiar e para a elucidação de detalhes importantes da história pregressa do adolescente. Entrevistar o adolescente sozinho oferece a oportunidade de estimulá-lo a expor sua percepção sobre o que está acontecendo nos diversos âmbitos de sua vida. Além disso, esse espaço permite que o adolescente aborde alguns aspectos sigilosos que o estejam preocupando.

Na realização da consulta clínica, alguns instrumentos são fundamentais para o registro dos dados obtidos no atendimento. A aferição de medidas antropométricas e a disposição destas em gráficos (WHO – Caderneta do Adolescente), além do estagiamento puberal (critérios de Tanner), são imprescindíveis. Os dados relacionados à anamnese e ao exame físico devem ser registrados na Caderneta de Saúde do Adolescente e em formulários apropriados adotados pelos serviços.

## 18.7 Anamnese

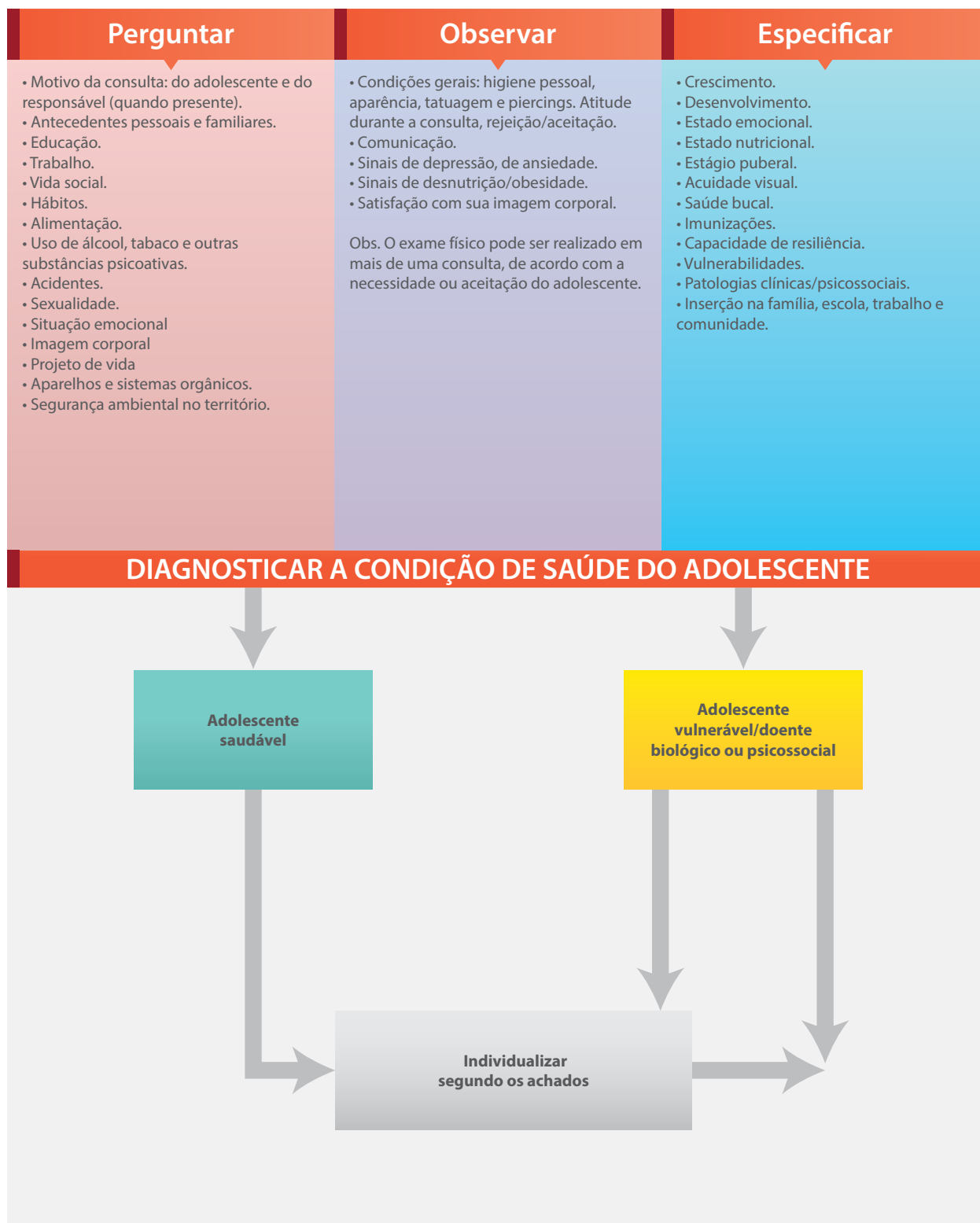
O profissional de Saúde não deve ficar restrito a obter informações sobre o motivo focal que levou o adolescente ao serviço de saúde, e sim conhecer o adolescente como um todo, seguindo um roteiro de anamnese. Isto inclui a avaliação de como ele está se sentindo em relação às mudanças corporais e emocionais pelas quais está passando, seu relacionamento com a família e com seus pares, a forma como usa as horas de lazer, suas vivências anteriores no serviço de saúde, expectativas em relação ao atendimento atual e seus planos para o futuro.

É importante salientar que durante a anamnese podem surgir barreiras de comunicação. Além de reconhecê-las e tentar superá-las, o profissional deverá buscar explorar as razões que determinam esse comportamento. Não sendo possível melhorar o relacionamento profissional de saúde/adolescente, ele deve ser referido a outro profissional.

Para a anamnese, o quadro a seguir indica aos profissionais de Saúde como obter informações dos adolescentes, de ambos os sexos, com idades entre 10 e 19 anos: perinatal, pessoal e familiar. Todos os dados obtidos na anamnese e exame físico fornecerão subsídios para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do qual devem participar o profissional/equipe de saúde, o adolescente e a família, quando possível.

## Figura 8 - Anamnese do adolescente

Avaliação da atenção integral de adolescentes de 10 a 19 anos



Fonte: Elaboração própria.

## 18.8 Exame físico

O exame físico é o procedimento que apresenta o mais elevado grau de dificuldade para o profissional de Saúde pouco habilitado. Isso decorre do fato de que, na formação do médico ou enfermeiro, não existem disciplinas que desenvolvem essa habilidade, levando em consideração o desconforto causado ao profissional pela necessidade de manipulação do corpo de um indivíduo em pleno desenvolvimento físico e sexual. O adolescente tem o direito de optar pela presença de um familiar durante a realização do exame físico. Dependendo da situação, o profissional deve solicitar a presença de um componente da equipe durante o procedimento.

A explicação prévia do que e como será realizado o exame físico é importante para tranquilizar o adolescente e diminuir seus temores. Além da ansiedade frente ao manuseio do corpo, não raro o adolescente encontra-se ansioso ante a perspectiva de achados anormais. Assim, é desejável que o profissional responda a essa expectativa, revelando o que está normal durante a avaliação.

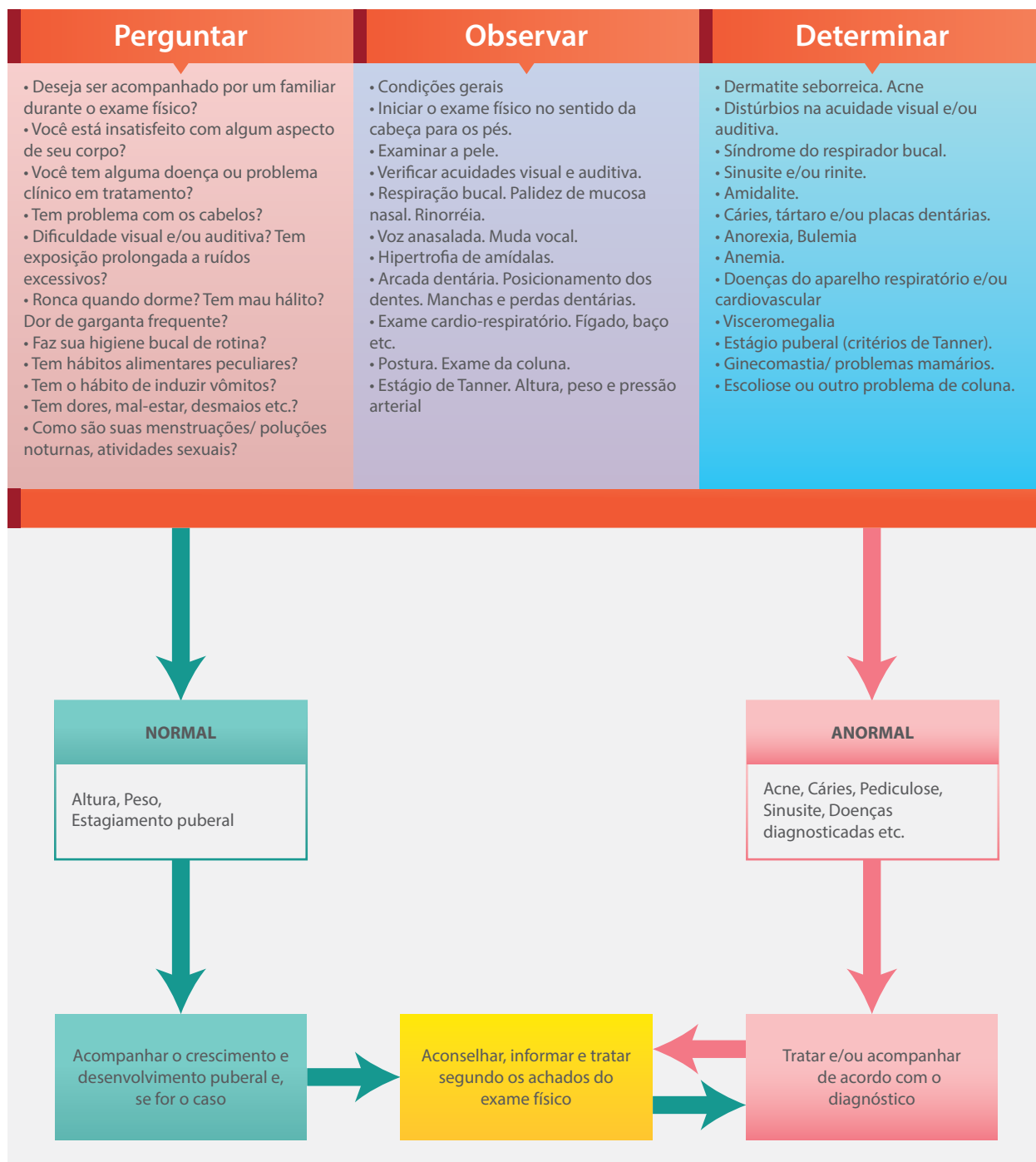
O exame físico deve ser uma oportunidade de o profissional abordar temas educativos com o usuário em relação a seu corpo, como, por exemplo, por meio da instrução do autoexame das mamas e dos testículos. A orientação sobre hábitos higiênicos é também um aspecto importante a ser tratado neste momento.

Sempre que possível, deve-se realizar o exame físico completo na primeira consulta, iniciando pelo exame da cabeça e terminando nos pés, incluindo um *screening* da acuidade visual, pesquisa de cáries dentárias, observação cuidadosa de pele e mucosas, exame da coluna vertebral, do aparelho genital, entre outros. De acordo com os protocolos de controle de pressão arterial, todos os adolescentes e jovens deverão ter sua pressão arterial aferida anualmente.



## Figura 9 - Exame físico

Realizar e especificar, segundo o exame físico – adolescente de 10 a 19 anos



Fonte: Elaboração própria.

### Saiba mais:

*Cadernos HumanizaSUS: Atenção Básica.* Acessar: <[http://telessaude.saude.ms.gov.br/ava/file.php/1/Cadernos\\_HumanizaSUS/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_basica.pdf](http://telessaude.saude.ms.gov.br/ava/file.php/1/Cadernos_HumanizaSUS/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf)>

# 19

## Imunização

No Brasil, a partir da década de 1990, algumas modificações importantes foram implementadas no esquema de imunização rotineira na infância e na adolescência. A vacina hepatite B, que era recomendada apenas para grupos considerados de risco, passou a figurar no calendário nacional de vacinação. Outras vacinas, que antes eram administradas somente na infância, hoje são disponibilizadas também na adolescência, como é o caso da tríplice viral. Além disso, vacinas novas foram licenciadas, como a contra o HPV.

As vacinas recomendadas aos adolescentes e disponíveis na rede pública de saúde são a tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), hepatite B, HPV (no SUS está disponível somente para as adolescentes), dupla adulto (dT–difteria e tétano) e febre amarela. Destaca-se que estas vacinas devem ser administradas considerando o histórico de vacinação do adolescente, isto é, após a avaliação da situação vacinal, de acordo com as vacinas administradas na infância.

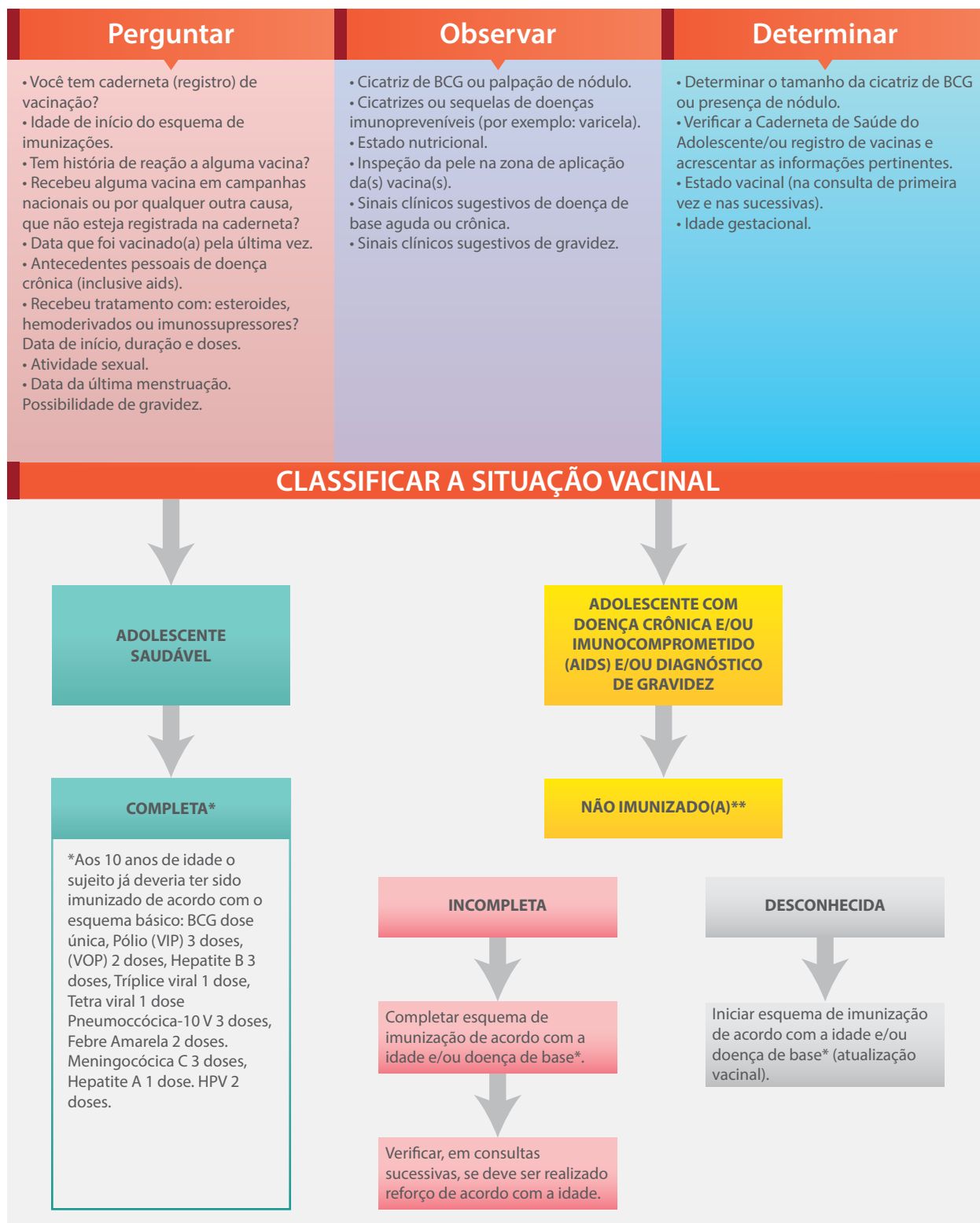
A vacinação protege os indivíduos de algumas doenças potencialmente graves para uma melhora da qualidade de vida.

**A equipe de saúde deve ter como uma de suas prioridades a verificação do cartão vacinal e/ou da Caderneta de Saúde do Adolescente e a imunização adequada dos usuários(as).**

O conhecimento do Esquema Básico de Vacinação é fundamental para que se evite o excesso ou a redução no número de doses, ambas as situações não são recomendadas para o adolescente. Não é necessário recomençar o esquema por atraso de doses de qualquer vacina. Todas as doses tomadas, independente do tempo, devem ser consideradas se estiverem registradas no Cartão Vacinal ou na Caderneta de Saúde de Adolescentes, que são documentos oficiais comprobatórios da situação vacinal de cada indivíduo, com validade em todo o País. Nessa situação, deve-se apenas completar o esquema.

## Figura 10 - Avaliação do estado de imunização

Avaliar e classificar o esquema vacinal de todos adolescentes entre 10 e 19 anos



Fonte: Elaboração própria.

## 19.1 Observações referentes às vacinas do Calendário Nacional de Vacinação

### 19.1.1 Imunização, preferencialmente, no início da adolescência

**dT** – Para indivíduos a partir de 7 anos, com esquema incompleto para difteria e tétano, completa-se o esquema com um total de três doses, considerando as doses anteriores, com intervalo de 60 dias entre as doses e mínimo de 30 dias. Nos indivíduos sem comprovação vacinal para difteria e tétano, administrar três doses com intervalo de 60 dias entre as doses, ou, se necessário, com intervalo mínimo de 30 dias.

Nas grávidas, administrar a vacina considerando o histórico vacinal para difteria e tétano.

- Gestante com comprovação vacinal de três doses de vacina com componente tetânico, sendo a última dose feita há mais de cinco anos, administrar um reforço.
- Pode ser administrada a partir da comprovação da gravidez, em qualquer período gestacional.
- A última dose ou reforço deve ser administrada pelo menos 20 dias antes da data provável do parto. Uma dose deverá ser administrada a cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves, comunicantes com casos de difteria ou gestação, antecipar a dose quando a última foi administrada há mais de cinco anos.

**dTpa** – Apenas para gestantes. Administrar após a 20ª semana, se não houver comprovação de dose anterior de dTpa, completar o esquema vacinal com a vacina dT até 20 dias antes do parto. Gestante com esquema completo da vacina dT, administrar uma dose de dTpa como reforço. Caso o reforço seja inferior a cinco anos, administrar uma dose da vacina.

**HPV** – Nas meninas de 9 anos e nas adolescentes de 10 anos a menores de 13 anos, 11 meses e 29 dias de idade administrar duas doses, com intervalo de seis meses entre elas.

Esta vacina está contraindicada para gestante.

Meninas que receberam a D1 e não completaram o esquema vacinal, mesmo após o período de seis meses, devem receber a D2. Esta segunda dose pode ser administrada no máximo até 14 anos, 11 meses e 29 dias.

Meninas que receberam a D2 com menos de seis meses após terem recebido a D1 devem receber terceira dose para completar o esquema, visto que a resposta imune está comprometida pelo espaço de tempo entre a primeira e a segunda dose.

Não administrar D1 para meninas maiores de 13 anos, 11 meses e 29 dias.

Meninas que já completaram o esquema vacinal com a vacina bivalente não devem ser revacinadas.

Nas meninas de 9 anos e nas adolescentes de 10 anos a menores de 15 anos de idade, vivendo com HIV/aids, administrar três doses com intervalo de dois meses entre a primeira e a segunda dose e seis meses entre a primeira e a terceira dose (esquema zero, 2 e 6 meses). Para a vacinação desse grupo, mantém-se a necessidade de prescrição médica.

### **Tríplice Viral**

É recomendado um reforço contra sarampo, rubéola e caxumba no início da adolescência (11 a 12 anos de idade). Há a possibilidade de uma pequena porcentagem dos indivíduos vacinados perderem a imunidade após vários anos. Outro motivo do reforço da tríplice viral no início da adolescência seria a erradicação da rubéola congênita. No Brasil, quando se aplica a tríplice viral com 15 meses de idade, não se indica mais a dose de reforço.

Precauções e contraindicações:

- Não deve ser aplicada em mulheres grávidas ou que estejam pensando em engravidar nos próximos três meses.
- Não vacinar indivíduos com história de reação anafilática após ingestão de ovo de galinha ou reação a neomicina tópica ou sistêmica.
- Nos casos em que houve administração de imunoglobulina, sangue total, ou plasma nos três meses anteriores a vacinação é contraindicada. Caso ocorra a administração de um destes produtos nos 14 dias que se seguem à vacinação, revacinar três meses depois.
- Não deve ser aplicada em portadores de tuberculose ativa não tratada.
- É indicada aos pacientes com HIV assintomático ou sintomático.

### **Sarampo**

Objetivo: evitar o sarampo durante a adolescência e na fase de adulto jovem.

Pessoas consideradas imunes ao sarampo:

- Tiveram sarampo documentado pelo médico
- Evidência laboratorial de imunidade
- Imunização documentada

Vacina de vírus vivo atenuado. Conservação: na geladeira entre 2 e 8 graus Celsius.

Dose: 0,5 ml subcutânea. Reações adversas: febre, que aparece após o sexto dia e dura de um a dois dias e exantema. Panencefalite Esclerosante Subaguda – extremamente rara.

Precauções e contraindicações: as mesmas observadas acima quanto à vacina tríplice viral.

## Rubéola

O objetivo desta vacina é evitar a rubéola congênita. Só devem ser considerados imunes os indivíduos que apresentarem documentação de imunização contra rubéola e/ou evidência laboratorial de imunidade.

Vacina de vírus vivo atenuado. Conservação na geladeira entre 2 e 8 graus Celsius.

Dose: 0,5 ml subcutânea. Reações adversas: exantema, febre, linfadenopatias, artralgia em pequenas articulações.

### Recomendações

- Vacinar adolescentes pós-púberes que não são imunes à rubéola.
- Testes sorológicos pré-maritais para identificação de adolescentes suscetíveis.
- Vacinação no puerpério, antes da alta, nas mulheres suscetíveis.
- Vacinação dos universitários e recrutas militares suscetíveis.
- As mulheres devem ser avisadas que não podem engravidar num período de três meses após a imunização.

## Caxumba

Apesar de a caxumba ser uma doença benigna, pode causar manifestações clínicas graves em adolescentes e adultos jovens, como a meningite asséptica, epidídimo-orquite, pancreatite, ooforite, tireoidite, nefrite e miocardite. É nesse sentido que sua imunização se torna necessária. As pessoas consideradas imunes são aquelas que apresentarem caxumba diagnosticada por um médico, imunização adequada para a idade e/ou evidência sorológica de imunidade.

Vacina de vírus vivo atenuado. Conservação: na geladeira entre 2 e 8 graus Celsius. Dose de 0,5 ml subcutânea. Reação adversa (rara): orquite.

### Hepatite B – Para indivíduos de 5 a 49 anos:

- Sem comprovação vacinal – três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda doses e de seis meses entre a primeira e a terceira doses (0-1-6).
- Em caso de esquema vacinal incompleto – não reiniciar o esquema, apenas completá-lo conforme situação encontrada.
- Gestantes – Em qualquer faixa etária e idade gestacional administrar três doses, devendo-se considerar o histórico de vacinação.
- Grupos vulneráveis – independente da faixa etária: trabalhadores de saúde, bombeiros, policiais, caminhoneiros, carcereiros, coletores de lixo, agentes funerários,

comunicantes sexuais de pessoas portadoras de VBH – vírus B, da hepatite do tipo B –, doadores de sangue, homens e mulheres que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo (HSH e MSM), lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT), pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições socioeducativas), forças armadas, manicures, pedicures e podólogos, populações de acampamento e assentamento, potenciais receptores de transfusão de sangue ou politransfundido, profissionais do sexo/prostitutas, usuários de drogas injetáveis, inaláveis e pipadas, portadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e população indígena – nesses casos vacinar com três doses, com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda doses e de seis meses entre a primeira e a terceira doses (0-1-6).

- Na vacinação de hepatite B, se não há dosagem adequada de anticorpos avaliados pela sorologia (>10 mcg/ml) deve-se repetir de novo o esquema (três doses).
- Se existe impossibilidade da obtenção de níveis adequados e risco de infecção, aplicar quarta dose de hepatite B.

### Esquema de Imunização em Adolescentes Saudáveis (10 A 19 ANOS)

IDADE VACINA	10-12 ANOS	13-14 ANOS	15 ANOS	16-19 ANOS	Gestante
<b>dT</b> (difteria e tétano – dupla adulto)	Uma dose de reforço a cada dez anos, considerando situação vacinal	Uma dose de reforço a cada dez anos, considerando situação vacinal	Uma dose de reforço a cada dez anos, considerando situação vacinal	Uma dose de reforço a cada dez anos, considerando situação vacinal	
HEPATITE B	Três doses (0-1-6 meses), a depender da situação vacinal anterior	Três doses (0-1-6 meses), a depender da situação vacinal anterior	Três doses (0-1-6 meses), a depender da situação vacinal anterior	Três doses (0-1-6 meses), a depender da situação vacinal anterior	
TRÍPLICE VIRAL (Bivalente viral ou monovalente de rubéola ou sarampo)	Duas doses Intervalo de 30 dias.				

continua

conclusão

IDADE VACINA	10-12 ANOS	13-14 ANOS	15 ANOS	16-19 ANOS	Gestante
<b>FEBRE AMARELA</b> (Vacina requerida a viajantes a áreas endêmicas dez dias antes da viagem, com certificado do Ministério da Saúde)	Uma dose de reforço, a depender da situação vacinal anterior	A depender da situação vacinal anterior	A depender da situação vacinal anterior	A depender da situação vacinal anterior	
HPV	A partir dos 9 anos de idade, administrar duas doses 0 e 6 meses.	Administrar duas doses 0 e 6 meses, até 14 anos incompletos. Considerar, caso haja, a situação vacinal contra o HPV			
dTpa					Uma dose a partir da 27 <sup>a</sup> semana de gestação

## 19.2 Vacinas usadas em situações especiais

Desde a implantação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Cries), foi iniciada, no País, a oferta de imunobiológicos indicados para situações especiais, não disponíveis na rotina dos serviços de saúde. Mesmo considerando que os produtos chamados especiais têm indicações mais abrangentes, o Programa Nacional de Imunização (PNI) estabeleceu algumas prioridades que, conforme definições da Norma para os Cries, estão agrupadas em três categorias de indicações:

- Para profilaxia após a exposição a agentes infecciosos, como no caso da imunoglobulina antivariçela-zoster.
- Para substituição de produtos disponíveis na rede de serviços, quando estes não podem ser usados em função da hipersensibilidade ou da ocorrência de eventos adversos, como é o caso do uso da vacina contra raiva de cultivo celular.
- Para imunização de crianças e adultos com imunossupressão, como no caso da vacina inativada contra a poliomielite.



As crianças e adultos incluídos nessas indicações são encaminhados aos Cries, pelo médico ou enfermeiro (do serviço público ou privado), de acordo com fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

**As seguintes vacinas são recomendadas em situações especiais:**

- Vírus inativados contra a poliomielite.
- Infecção pelo pneumococo.
- Vírus inativados contra a raiva.
- Difteria, tétano e coqueluche acelular (DTP acelular).
- Vírus inativados contra a hepatite A.
- Vírus *influenzae*.
- Varicela.
- Febre tifoide.

**Algumas prioridades para vacinação especial de adolescentes definidas pelo Ministério da Saúde:**

- Portadores de doença pulmonar ou cardiovascular, crônicas e graves, insuficiência renal crônica, diabetes *melittus* tipo I, cirrose hepática e hemoglobinopatias.
- Imunocomprometidos ou HIV-positivos.
- Submetidos a transplantes.
- Familiares que estejam em contato com os pacientes mencionados anteriormente.

Saiba mais:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>

A partir de janeiro de 2017, o Ministério da Saúde passa a disponibilizar a vacina contra o HPV para a população masculina de 12 a 13 anos na rotina do Calendário Nacional de Vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A expectativa é de imunizar mais de 3,6 milhões de adolescentes masculinos em 2017, além de 99,5 mil crianças e jovens de 9 a 26 anos, vivendo com HIV/aids, que também passarão a receber as doses.

Saiba mais

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-oministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>



# 20 Saúde Mental

Durante a adolescência, alguns transtornos da saúde mental podem ocorrer e devem ser detectados precocemente para uma intervenção eficaz. Alguns problemas envolvem também doenças sistêmicas e, portanto, faz-se necessária uma abordagem multidisciplinar para um manejo adequado.

Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), foram criados em 2002 com a função de prover atenção em saúde mental, baseados na integralidade do cuidado de crianças e adolescentes no território de abrangência, de natureza pública, ou seja, financiados integralmente com recursos do SUS. Foram planejados inicialmente para as cidades com 200 mil habitantes ou mais, com duas finalidades principais: atender casos de maior gravidade e ordenar a demanda em saúde mental infantil e juvenil.

A equipe dos Capsi é composta por profissionais de várias disciplinas, com no mínimo um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em Saúde Mental infantil, um enfermeiro, e outros profissionais de nível superior (entre: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo) e cinco profissionais de nível médio.

Em termos de abrangência, os Capsi devem se responsabilizar pelo atendimento regular de um número limitado de pacientes e familiares, segundo as necessidades de cada caso, ou seja, em regimes diferenciados de tratamento, desenvolvendo diversas atividades terapêuticas.

Os Capsi têm como prioridade o atendimento a autistas, psicóticos e a todos aqueles cuja problemática apresente prejuízos psicossociais severos, e são encarregados de desenvolver ações para ordenação das diferentes demandas relativas à saúde mental da infância e adolescência no território sob sua responsabilidade. Importante lembrar que também atendem crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas.

Com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações da Atenção Básica na área de Saúde Mental, em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de

conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes da Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais, entre outras), compartilhando as práticas e os saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o Nasf está vinculado.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

### Saiba mais:

Caderno de Saúde Mental n° 34 de 2013

Acessar: <[189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>

## ■ 20.1 Depressão

É uma síndrome clínica caracterizada por um distúrbio persistente do humor e um comportamento disfuncional. Geralmente inclui tristeza, infelicidade, retraimento social, dificuldade de concentração, problemas alimentares, perturbação do sono e perda de interesse nas atividades habituais. Cerca de 60% dos adolescentes abordados em consulta médica relatam ter sentimentos de depressão, com frequência maior entre as mulheres do que os homens.

Na adolescência, uma série de fatores pode levar à depressão:

- A relação malsucedida com os pares: a perda de um(a) parceiro(a), a exclusão do grupo de pares, ausência de apoio dos companheiros, dificuldades pessoais de estar com os amigos.
- As dificuldades relacionais com a família: falta de independência, comunicação precária, pouca disponibilidade dos pais, problemas com os pais.
- As experiências escolares: baixo rendimento escolar, conflito com os professores e colegas, expectativas muito elevadas dos pais com relação aos filhos, que podem chocar com as tendências e desejos dos adolescentes.
- Autoimagem ruim: insatisfação com a própria aparência física, falta de segurança com relação a si próprio, visão de futuro sem projetos ou esperanças.

**Conduta:** Ouvir o adolescente. Quando necessário, realizar interconsulta ou atenção conjunta aos profissionais da Saúde Mental dos Nasf.

## 20.2 Violência autoinfligida/suicídio

É a terceira causa mais comum de morte entre adolescentes e jovens do sexo masculino. As tentativas de suicídio, principalmente em mulheres, correspondem à principal causa de procura de atendimento de urgência por adolescentes e jovens. Mais da metade dos adolescentes e jovens que morreram por suicídio já haviam experimentado a tentativa de suicídio pelo menos uma vez. A ingestão de altas doses de medicamentos constitui o método mais comum de se tentar suicídio entre as mulheres. Os adolescentes do sexo masculino usam mais as armas de fogo e o enforcamento.

**Conduta Geral:** O adolescente pode ser abordado sobre pensamentos suicidas, independentemente de parecer ou apresentar sintomas de depressão. Deve-se avaliar o grau de risco para suicídio por intermédio dos seguintes indicadores:

- Individuais: autoestima baixa, fracasso escolar, isolamento, sinais de transtornos orgânicos e psicológicos, uso e abuso de drogas, dificuldades com a própria identidade de gênero, sentimentos de exclusão.
- Familiares: dissociação familiar, relacionamento desarmônico entre os pais, comunicação comprometida com a família, falta de apoio dos pais e violência na família.
- Sociais: características do grupo de companheiros, que podem apresentar valores em conflito com a realidade pessoal e social, além das dificuldades de se integrar nas normas culturais.

**Conduta:** Quando necessário, realizar interconsulta, ou atenção conjunta aos profissionais da Saúde Mental dos Nasf, e/ou referenciar para centro de especialidades em saúde mental.

# Distúrbios na Alimentação

## ■ 21.1 Anorexia nervosa

A anorexia nervosa é um distúrbio emocional e alimentar caracterizado por:

- Recusa de manter um peso corporal em harmonia com a altura, que é, no mínimo, 15% abaixo do esperado para uma determinada estatura.
- Intenso medo de ganhar peso e engordar.
- Distorção da imagem corporal, como sentir-se gordo, quando, na verdade, está muito magro.
- Ocorre com mais frequência em jovens, muitas vezes na adolescência, de camadas socioeconômicas mais elevadas e está relacionada com o ideal estético veiculado pela mídia e reforçado pela cultura de consumo de beleza.
- Cursa com transtornos relacionados com a desnutrição e alterações endócrinas. Amenorreia (falta de menstruação) é uma das principais características da anorexia nervosa.

**Conduta:** Avaliação clínica a fim de verificar risco de vida devido à desnutrição. Procurar fazer diagnóstico diferencial com outras doenças psiquiátricas, como, por exemplo, a depressão. Procurar conhecer a estrutura familiar e de suporte social. É fundamental a atuação de um profissional da área de Saúde Mental do Nasf e do apoio de nutricionista.

## ■ 21.2 Bulimia

Caracteriza-se por períodos de grande compulsão alimentar, quando é ingerida uma grande quantidade de alimentos seguidos de período de purgação em que a(o) paciente lança mão de vômitos provocados, uso de laxativos e diuréticos e exercícios vigorosos.

É mais comum em mulheres jovens. E seu início com frequência acontece no final da adolescência. A paciente pode ser eutrófica ou até mesmo apresentar sobrepeso. Sintomas depressivos acompanham a bulimia.

Apresentam risco de vida durante estes surtos devido aos distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos desencadeados pelos vômitos, uso de laxantes e diuréticos.

**Conduta:** Avaliar a história do adolescente e os riscos para depressão. É fundamental o acompanhamento por profissionais da Saúde Mental do Nasf; e/ou referenciar para serviços especializados com equipe multidisciplinar, de preferência formada por especialista de Saúde Mental, nutricionista e clínico.

### 21.3 Obesidade

É uma consequência do aumento da gordura corporal em relação à massa muscular. É uma doença multicausal, em que ocorre a interação de fatores genético-metabólicos e do meio ambiente. Representa um importante problema de saúde pública.

O Índice de Massa Corporal [IMC = peso (Kg)/ altura<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)] é considerado bom indicador de magreza ou excesso ponderal na adolescência e, por isso, é comumente usado em estudos epidemiológicos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), adolescentes com sobrepeso são aqueles que apresentam IMC situado entre z-escore+2 e adolescentes obesos aqueles com z-escore maior que +2.

O adolescente obeso tem grandes chances de tornar-se um adulto obeso com probabilidade de apresentar complicações clínicas, pondo em risco sua sobrevivência em curto prazo.

**Conduta:** manutenção de peso tão próximo do normal quanto às características fisiológicas do indivíduo permitirem. O tratamento consiste em normalizar (não restringir) o consumo de alimentos; aumentar a movimentação corporal, especialmente os exercícios aeróbicos; e atentar para as condições sociais e emocionais.

#### Saiba mais:

*Caderno de Obesidade n° 6* – Acessar: <[dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab12](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab12)>



# Saúde Bucal

As doenças bucais de alta prevalência prejudicam o crescimento e o desenvolvimento, afetando a imagem corporal, a estética, a mastigação e a fala, além de dificultar o acesso ao mercado de trabalho. Em geral, o adolescente não procura a UBS para resolver seus problemas de saúde. No entanto, quando envolve questões estéticas e imagem corporal, o fazem com maior facilidade, e nesse sentido a equipe de saúde bucal pode se tornar a referência para o vínculo e a porta de entrada do adolescente na equipe de saúde.

Na adolescência, é comum a ocorrência de alguns problemas como bulimia que pode levar à erosão dentária e cárie na face lingual dos dentes anteriores, bem como o uso de *piercing*, que pode causar complicações de ordem inflamatória e até infecciosa, além da má oclusão e manchamentos nos dentes, halitose (mau hálito), entre outros do campo da estética. Nesses casos, havendo a suspeita/detecção de distúrbios alimentares, gravidez, depressão e doenças respiratórias, entre outras, deve haver um trabalho integrado da saúde bucal com a equipe.

Devem-se assegurar informações sobre os riscos com acidentes e traumatismos dentários e a necessidade de uso de proteção e adoção de comportamentos seguros nas atividades esportivas como futebol, *skate*, lutas, capoeira, atletismo etc., tanto na escola como no ambiente do lar. É papel da equipe de saúde bucal orientar e treinar adolescentes, familiares e professores sobre a melhor conduta frente os casos de trauma dental e busca imediata por atendimento odontológico.

Entre os 17 e 21 anos há, geralmente, erupção dos terceiros molares, mais conhecido como os dentes “siso” ou do juízo, na maioria das vezes em local de difícil acesso, o que exige cuidado especial na sua escovação e limpeza. Nesta fase é possível haver desconfortos e processos infecciosos na região, devendo o adolescente procurar avaliação odontológica o quanto antes para obter o melhor encaminhamento.

A equipe de saúde deve dar continuidade ao trabalho que vinha sendo desenvolvido com as crianças e consolidar nesta faixa etária a ideia do autocuidado e da importância da manutenção de uma boa saúde bucal para toda a vida. Embora os levantamentos

epidemiológicos demonstrem uma redução nos índices de cárie na faixa dos 12 anos, o contrário vem acontecendo entre os jovens entre 15 e 19 anos, onde existem altos índices de cárie e perda dental. Por esse motivo não se deve relaxar com o cuidado em saúde bucal nessa fase. É importante usar linguagem adequada, de fácil compreensão, não tratando o adolescente como criança, abordando conceitos de si próprios, de estética e de aceitação do seu grupo como fortes motivadores nesta fase da vida, ou seja, uma abordagem centrada na pessoa com estratégias motivacionais com reforços positivos e não punitivas e culpabilizadoras.

### Saiba mais!

Para melhor orientar os adolescentes sobre uma alimentação saudável que certamente terá reflexos em uma boa saúde bucal, leia o tópico “Alimentação e Nutrição do Adolescente na Atenção Básica”, mais especificamente no item “Orientações para promoção da alimentação saudável”.

### Importante!

A utilização e o preenchimento da Caderneta de Saúde do Adolescente pela equipe de saúde bucal é uma ferramenta importante para o acompanhamento da saúde geral e bucal do adolescente. A Caderneta, além de orientações de saúde bucal ao adolescente, contém um espaço de preenchimento pelo profissional para anotações de atividades clínicas e educativas!

## ■ 22.1 Cárie dentária

A cárie dentária é a principal doença bucal que acomete os adolescentes e jovens brasileiros. É uma doença transmissível, de determinação multifatorial, tem características endêmicas nessa população. É determinada pela presença de placas bacterianas na superfície dos dentes que, por intermédio de um processo de desmineralização, acometem a superfície dos dentes (esmalte). A lesão cariosa é considerada uma manifestação clínica de uma infecção bacteriana.

A continuidade da atividade metabólica das bactérias resulta em progressão do processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, e o desequilíbrio nesse processo pode causar um avanço na desmineralização do dente com consequente formação da lesão de cárie (mancha branca e posterior cavitação). Esse processo é influenciado por vários determinantes, o que faz da cárie dentária uma doença multifatorial. A cárie dentária, se não tratada (controlada), pode causar muita dor e até provocar a perda do elemento dental.

## ■ 22.2 Doença periodontal

A doença periodontal é a segunda doença bucal mais importante entre os adolescentes e jovens. Seu aparecimento resulta do processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente (gengiva, tecido conjuntivo, ossos e



outros), que tem como principal determinante a placa bacteriana. É uma doença infecciosa cujas alterações de forma e função são consideradas sinais e têm padrões variáveis de progressão.

A normalidade do periodonto é definida por variáveis biológicas que são mais coerentes com a etiopatogenia da doença e permitem a usuários, que em algum momento foram portadores da doença e apresentam sequelas (como recessão e mobilidade), retornem ao estado de saúde.

É uma doença de alta prevalência entre os adolescentes e está entre as principais causas de aparecimento de sintomas como sangramentos e halitose.

As duas principais doenças do periodonto entre os adolescentes são: (1) a gengivite, que é uma manifestação inflamatória da gengiva marginal e livre desencadeada pelo acúmulo de placa bacteriana supragengival e rompimento do equilíbrio agressão/defesa e constitui-se em um processo inflamatório que deve ser prevenido e tratado; e (2) a periodontite, que acontece quando as condições inflamatórias presentes na gengivite favorecem o surgimento da placa bacteriana subgengival, mais virulenta, que causa a inflamação dos tecidos de suporte, que caracteriza inflamação destes tecidos de sustentação e proteção dos dentes, vem acompanhada de perda de inserção de tecido conjuntivo.

**Periodontite agressiva juvenil:** forma grave de periodontite localizada em adolescentes e adultos jovens, geralmente de progressão rápida e aguda. Seu início ocorre ao redor do período da puberdade, mas o diagnóstico geralmente acontece depois. Caracteriza-se por lesões que aparecem predominantemente nos primeiros molares permanentes ou incisivos. A distribuição das lesões normalmente é simétrica (direito e esquerdo). É uma doença capciosa, logo após a puberdade, pois a gengiva pode parecer normal e as lesões serem muito ativas, no entanto, podem diminuir ou cessarem espontaneamente. Sua prevalência é quatro vezes maior em mulheres do que em homens, e é mais prevalente também em negros em comparação com outros grupos étnico-raciais. Sendo localizada ou generalizada, suas características principais são:

- Quantidade de placa bacteriana não compatível à severa destruição periodontal.
- Progressão rápida.
- Aspecto periodontal saudável.

**A doença periodontal é um importante fator de risco para parto prematuro de baixo peso, diabetes e doenças vasculares e cardíacas.**

### 22.3 Traumatismos dentários

É muito comum em adolescentes a ocorrência de traumatismos dos incisivos superiores. Deve-se ter sempre presente que todo traumatismo é considerado uma situação de emergência e que o atendimento tem que ser imediato, aliviando a dor e dando tranquilidade ao assistido e seus familiares. Frequentemente, estão associados à violência física/sexual, acidentes de trânsito e de esportes.

**Conduta:** nos casos em que seja possível a realização do reimplante do dente, deve-se proceder da seguinte maneira, caso o adolescente esteja consciente:

- Pegar o dente e recolocá-lo no seu alvéolo, depois de lavá-lo, por dez segundos, em água corrente, sem esfregar a raiz, e segurando sempre pela coroa, nunca pela raiz.
- Tomar cuidado de manter as respectivas faces, como anteriormente (o lado para a bochecha e o lado voltado para a língua/céu da boca).
- Manter o dente firme no local do reimplante.
- O adolescente/jovem deverá procurar um serviço de emergência para receber atenção odontológica (ex.: contenção do dente, prescrição medicamentosa, tratamento endodôntico, avaliação da cobertura antitetânica etc.).

Nos casos em que não seja possível realizar o reimplante de imediato, deve-se colocar o dente em um recipiente contendo saliva da própria pessoa, leite ou soro fisiológico (nesta escala de preferência decrescente). Não se deve realizar qualquer tipo de procedimento de limpeza no dente avulsionado, visto que isto danifica os tecidos que fazem a reinserção do dente ao alvéolo, fazendo com que os níveis de rejeição ao reimplante aumentem muito.

## 22.4 Câncer bucal

O tema câncer bucal no contexto adolescência pode parecer de pouca importância, uma vez que a sua incidência é mínima ou quase nula, porém assume um papel de extrema relevância no que diz respeito a sua prevenção. Os profissionais de Saúde podem atuar na conscientização dos fatores de risco (tabaco, HPV, radiação solar, higiene bucal e dieta rica em proteínas, vitaminas e sais minerais e pobre em gorduras), incentivando as mudanças nos hábitos de vida e estimulando o autoexame da boca.

## 22.5 Halitose

A halitose (mau hálito) não é uma doença, mas um sinal de alerta de que existe alguma condição anormal que deve ser localizada e corrigida. A etiologia é variada, tais como: bucais, otorrinolaringológicas, digestivas, pulmonares, fisiológicas.

**Conduta:**

- Estimular a correta higiene oral: escovação dos dentes e da língua, uso do fio dental, gargarejos salinos para remover os resíduos das amídalas.
- Preferir uma alimentação rica em vitaminas e frutas cítricas (aumentam a produção de saliva).

- Evitar alimentos gordurosos e ricos em enxofre (repolho, brócolis, couve-flor, couve, alho, azeite, chocolates, queijos amarelos, leite, frituras, condimentos, enlatados, salame, presunto e mortadela).
- Evitar café, chá preto, refrigerantes escuros.
- Evitar dietas emagrecedoras (causam hipoglicemia e redução da salivação).
- Comer bem lentamente, mastigar bem os alimentos e respeitar os horários das refeições.
- Evitar o jejum prolongado. É aconselhável a inclusão no café da manhã de frutas e queijo branco.
- Contraindicar o fumo e bebidas alcoólicas.
- Beber no mínimo um litro e meio de líquido por dia.
- Fugir do estresse.

**Fumo, álcool e outras drogas:** a adolescência é uma época de experimentação. É importante trabalhar com essa faixa etária o risco destes hábitos para a saúde geral, além de poderem causar mau hálito, câncer bucal, mancha nos dentes ou doença periodontal.

## 22.6 Outras situações

A equipe deve estar preparada para orientar o usuário sobre os riscos da colocação do *piercing* na boca, respeitando, contudo, a liberdade de cada um em fazê-lo, orientando adequada higiene e cuidado preventivo para danos maiores à saúde na lógica da redução de danos.

As doenças sexualmente transmissíveis também merecem atenção especial na adolescência, uma vez que muitas delas apresentam manifestações bucais ou tem a boca como porta de entrada, sendo que o dentista deve estar apto a detectá-las e conduzi-las em equipe.

### **Higiene bucal:**

Estimular a escovação e o uso de fio dental. Comentários sobre como o cuidado da saúde bucal torna o sorriso mais bonito e o hálito mais agradável, que facilitam as relações pessoais e sociais, podem estimular o autocuidado. Escutar o adolescente/jovem sempre antes de trabalhar os conceitos e a introdução de novos hábitos, conduzindo a conversa para temas de seu interesse e usando estratégias pactuadas em conjunto.

As gengivas sangrando fazem com que muitas vezes o adolescente não escove a área que apresenta problemas. Orientar que, quanto mais escovar e passar fio dental na área afetada, mais rápido as condições da região poderão melhorar.

## Orientações gerais para o controle de placa bacteriana

- A remoção de placa bacteriana dental é feita mecanicamente, com o auxílio da escova e do fio dental, em média três vezes ao dia, preferencialmente em até meia hora após as principais refeições e imediatamente antes de dormir.
- A escova dental deve ter cerdas de mesmo tamanho, macias e com pontas arredondadas, cabeça pequena (ponta onde se localizam as cerdas) e deve ser trocada, em média, a cada três meses.
- O fio ou fita dental deve ser usado(a) em associação com a escova.
- Com o fio dental bem esticado, usando somente a parte limpa do fio, deve-se deslizá-lo suavemente entre os dentes e a gengiva, fazendo movimentos delicados.
- Repetir o processo em todos os espaços interdentais.
- O ideal é começar pelos últimos dentes (ir de um lado até o lado oposto da arcada).
- Uso da escova dental – com a escova paralela à linha da gengiva, deve-se escovar pressionando suavemente suas cerdas, para que elas penetrem entre os dentes e a gengiva, fazendo movimentos verticais curtos.
- A mesma operação deve ser feita na face interna dos dentes, usando a escova na vertical.
- Deve-se fazer o mesmo na parte superior dos dentes. Para completar, é necessário também escovar a língua.
- Incentivar a visita ao serviço odontológico.

### Lembretes:

- O café, tabaco ou cigarro, chá e bebidas gasosas com corantes pigmentam as superfícies dos dentes. A limpeza destes pigmentos pode ser realizada pela equipe de saúde bucal.
- O cigarro pode provocar a doença periodontal, na inserção das gengivas com os dentes, formando assim uma inflamação das gengivas até as bolsas periodontais.
- As pessoas diabéticas são mais propensas a sofrer doença periodontal, por isso devem ter mais cuidado com os dentes.

## ■ 22.7 Promoção da saúde bucal em adolescentes

A quantidade de carboidratos e açúcares (doces) influencia na formação da placa bacteriana responsável pela cárie e pela doença periodontal, portanto as refeições devem ser equilibradas com os outros tipos de alimentos. Se depois das refeições não for possível escovar

os dentes, é importante bochechar a boca ou mastigar uma goma de mascar sem açúcar para limpar todas as superfícies dos dentes.

Para se despertar o interesse dos adolescentes para a saúde bucal, é fundamental que se perceba qual o real valor e sentido da boca nesse grupo. Entre as várias funções da boca para os seres humanos, como a fala, a estética e a alimentação, destaca-se aqui o exercício da afetividade e da sexualidade. Nesse sentido, o beijo é para os adolescentes expressão extremamente valiosa.

Portanto, uma abordagem coletiva acerca do ato de beijar, os empecilhos do bom desempenho no beijar, quando se tem mau hálito ou quando os dentes se apresentam com problemas, são estratégias que têm se mostrado muito mais eficazes que as técnicas tradicionais de educação em saúde bucal.

O beijo, sendo um tema mobilizador para o grupo, desperta o interesse dos adolescentes para as questões de saúde bucal, propiciando um bom ambiente para se estabelecer um processo de promoção de saúde. Em especial, se usadas técnicas de problematização, pedagogias que possibilitem o diálogo, a troca de saberes entre os profissionais de saúde e os adolescentes. É importante frisar que, por meio da técnica de problematização, usando como tema o beijo, deve-se perceber o ponto de vista dos adolescentes, os sentidos que eles atribuem aos objetos e ações sociais que desenvolvem (SILVEIRA FILHO; MEDEIROS; JUSTO, 2006).

Leia também o artigo: SILVEIRA FILHO, A. D. de; MEDEIROS, I. Y; JUSTO, C. M. P. O beijo como mobilizador para educação em saúde: ênfase na saúde bucal de adolescentes. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano 7, n. 12, out./dez. 2006. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/revista\\_saude\\_familia12](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/revista_saude_familia12)>. Acesso em: 26 ago. 2015.

#### **Dicas para favorecer a adoção de hábitos bucais saudáveis pelos (as) adolescentes:**

- Quanto melhor o exemplo positivo dos pais, melhor a percepção dos adolescentes da importância da saúde bucal.
- Uma das principais razões apontadas pelos adolescentes com o cuidado insuficiente em saúde bucal foi a falta de tempo.
- Ações coletivas em saúde bucal são eficazes no combate das doenças prevalentes da cavidade bucal (cárie dentária e doença periodontal) e na incorporação de hábitos saudáveis.
- Atividades de educação em saúde bucal são as ações coletivas mais difundidas, use temas mobilizadores como o “beijar”, a importância da função estética dos dentes, ascensão social e progressão no trabalho em função dos dentes, a boca como manifestação de afetividade e sexualidade, entre outros.

### **Orientações:**

- A UBS é o local para atendimento dentário preventivo e curativo.
- Explicar o mecanismo de produção de cáries.
- Explicar a técnica de escovação.
- Orientar sobre o consumo de alimentos que propiciam a formação de cáries (açúcares+bactérias= ácidos que lesam o esmalte).
- Recomendar uma dieta balanceada, que não seja alta em carboidratos, e desaconselhar o consumo de doces.
- Desaconselhar o consumo de alimentos cítricos, pois provocam a desmineralização do esmalte.
- Desaconselhar alimentos duros, caramelos, gelo, para impedir microfraturas na estrutura dentária.
- Desaconselhar o uso de qualquer tipo de agentes branqueadores corrosivos.
- Orientar que, se o adolescente não puder escovar os dentes depois de comer, deve usar goma de mascar sem açúcar ou bochechar.

**Integração programas e rede:** a equipe de saúde bucal deve estar integrada à rede de cuidados dos(as) adolescentes e a espaços sociais, culturais e educacionais do território. Nesse sentido, vem se consolidando cada vez mais o Programa Saúde na Escola (PSE) como uma forma de abordagem integral do adolescente onde a saúde bucal está inserida nas práticas educativas e preventivas de saúde bucal e geral. Enfim, todos os espaços de estabelecimento de vínculo do adolescente com a equipe de saúde devem ser potencializados a fim de garantir uma saúde integral nesse momento importante da vida dos indivíduos.

# Saúde Auditiva

No adolescente algumas situações comportamentais podem sugerir possíveis comprometimentos auditivos, como a necessidade de aumentar o volume da televisão e aparelhos de som, desatenção, alteração do sistema fonético (trocas, omissões, substituições, distorções), acentuado uso de gestos indicativos e simbólicos para exprimir suas necessidades e se comunicar com o meio, não aquisição de linguagem segundo os padrões esperados. Pacientes portadores de disacusia, em geral, têm algum tipo de dificuldade escolar e devem ser encaminhados aos serviços de saúde para avaliação auditiva.

A sintomatologia nem sempre é evidente nas perdas leves. Neste caso o profissional de Saúde deve estar atento a queixas de dificuldades escolares, diminuição de atenção e concentração, distração, irritabilidade, timidez, que acometem alguns adolescentes por não escutarem bem ou não compreenderem o que se diz numa conversa.

Disacusia significa distúrbio da audição, perda da capacidade auditiva em maior ou menor grau de intensidade, em caráter transitório ou definitivo, estacionário ou progressivo. A disacusia pode ser leve (perda de até 30 decibéis – dB) e moderada (até 60 dB); acentuada ou surdez grave (acima de 60 dB) e anacusia ou surdez total (perda acima de 90 dB). Hipoacusia designa diminuição da audição.

A linguagem de sinais e a oralização podem ser aprendidas, permitindo a socialização do surdo e possibilitando sua alfabetização. Nesse sentido, a família deve ser orientada a estimular a criança para que esta possa desenvolver suas habilidades.

## 23.1 Prevenção

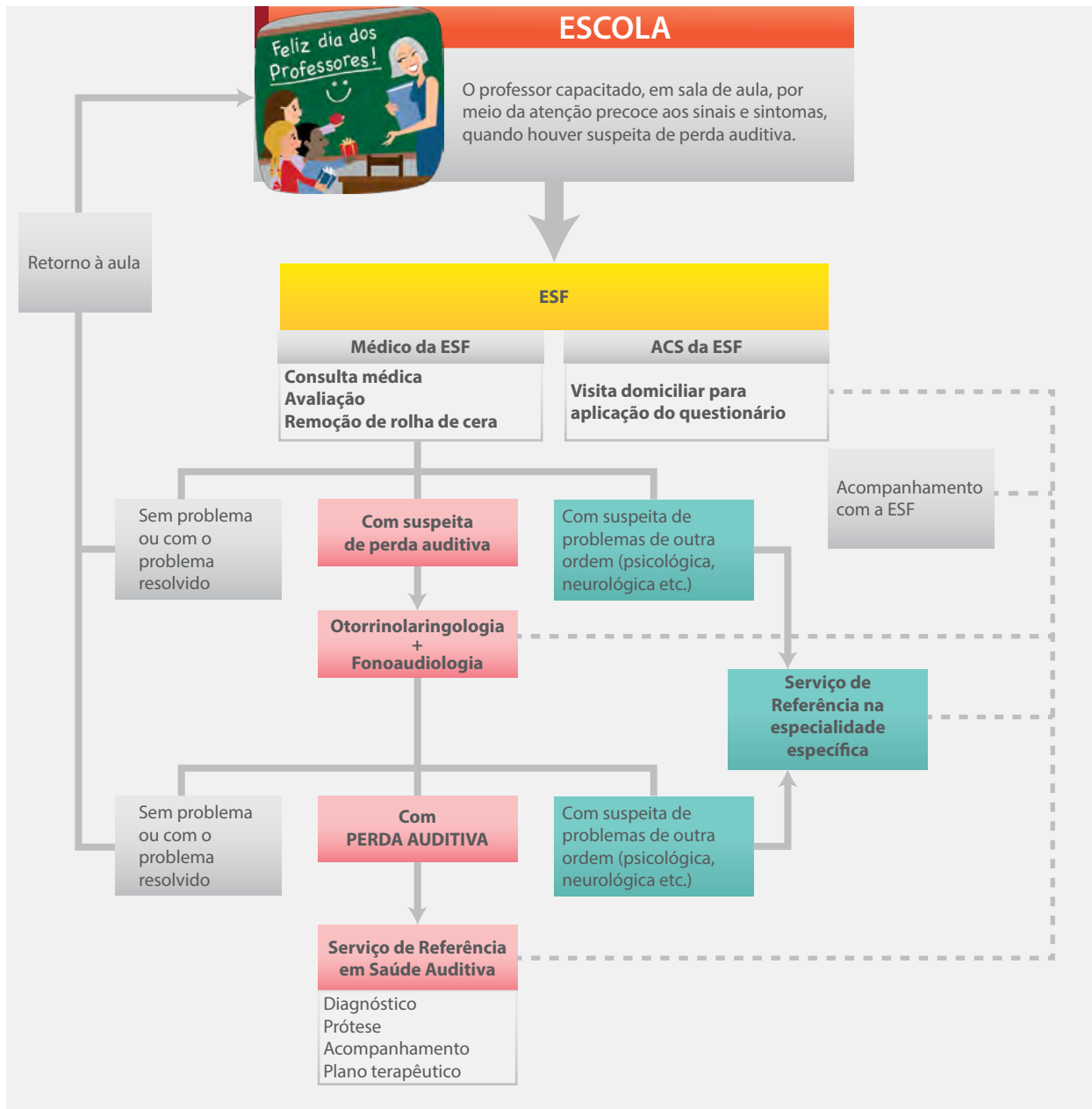
Na adolescência o fator mais importante a ser evitado é o ruído. O uso indiscriminado de fones de ouvido em volume alto é fator causal de disacusia, bem como, frequentar festas, bailes, boates, trios elétricos onde o ruído extrapola o tolerável contribui indiscutivelmente para a disacusia. A exposição ocupacional ao ruído também é grave, uma vez que o indivíduo se submete ao ruído por um longo período da jornada de trabalho e durante anos da sua vida.

O uso de equipamento de proteção individual está indicado em todo ambiente ruidoso, assim como a realização de exames audiométricos admissionais e periódicos.

Os adolescentes têm direito ao programa governamental de doação de próteses, por isso devem ser encaminhados precocemente para os centros de referência.

### Figura 11 - Triagem auditiva

Triagem Auditiva, em especial das ESFs com ações do Programa Saúde na Escola - PSE



Fonte: BRASIL, 2009b.



A visão é a capacidade que o indivíduo tem de perceber o universo que o cerca. Oitenta por cento da relação do ser humano com o mundo se dá por meio do sentido da visão. Para que o sentido da visão seja aproveitado de maneira plena, é fundamental que toda a via sensorial visual esteja perfeita (os dois olhos, os nervos ópticos, as vias ópticas cerebrais e o córtex visual occipital).

## 24.1 Problemas na saúde ocular dos adolescentes

O percentual de problemas oftalmológicos na população brasileira é muito elevado, entretanto, é desigual a distribuição dos recursos para a sua abordagem. Os problemas visuais respondem por grande parcela de evasão e repetência escolar, pelo desajuste individual no trabalho, por grandes limitações na qualidade de vida, mesmo quando não se trata ainda de cegueira.

A visão é uma função do indivíduo de extrema importância para o seu desenvolvimento pessoal e para suas relações com o meio ambiente. Alguns problemas simples e que não são considerados com a ênfase devida podem responder por dificuldades na desejável inclusão social de pessoas com problemas visuais. É o caso dos erros de refração, na maioria das vezes passíveis de solução por meio do uso de óculos.

Os profissionais de saúde devem orientar os pais e professores para encaminhar os adolescentes com possíveis perdas visuais para uma avaliação oftalmológica, no caso de detecção ou queixa de algum dos seguintes sinais e sintomas: lacrimejamento; hiperemia conjuntival; secreção, supuração no olho; crostas nos cílios; leitura com os olhos semicerrados; inclinação da cabeça; visão embaçada; aumento da sensibilidade à luz; dores de cabeça; visão dupla; desvio ocular; alterações pupilares.

## Acuidade visual (AV)

É a capacidade da visão para identificar detalhes espaciais, ou seja, a capacidade de perceber a forma e o contorno dos objetos.

### Técnica da medida da acuidade visual

A forma mais simples de diagnosticar uma limitação da visão é medir a acuidade visual com a Escala de Sinais de Snellen.

A escala usa sinais em forma de Letra E, organizados de maneira padronizada, de tamanhos progressivamente menores, chamados optotipos. Em cada linha, na lateral esquerda da tabela, existe um número decimal, que corresponde à medida da acuidade visual.

### Conduta:

O profissional de saúde deve estar atento aos problemas oftalmológicos dos adolescentes e jovens. Sempre que suspeitar de que o adolescente tenha perdas visuais, a ESF deverá estar apta para realizar a Técnica de Medida da Acuidade Visual a fim de realizar uma triagem adequada dos encaminhamentos ao oftalmologista.

**Importante:** todos os adolescentes que não atingirem 0,7 com a aplicação da Técnica de Medida Visual [Tabela de Snellen] devem ser retestados. É comum ocorrer erros na primeira medida.

### Critério para encaminhamento prioritário:

Sempre que ocorrer um dos problemas:

- Acuidade visual inferior a 0,1 em qualquer olho.
- Trauma ocular recente ou quadros agudos cuja solução não seja possível pela ESF.

### Critério para encaminhamento regular:

- Acuidade visual inferior a 0,7 em qualquer olho.
- Diferença entre duas linhas ou mais entre a acuidade visual dos olhos.
- Estrabismo.
- Outros sintomas oculares cuja solução não seja possível pela ESF.

Orientar quanto à importância de iluminação para a boa leitura e estudos.

# 25 Sexualidade

A sexualidade é uma das dimensões inerentes à vida e à saúde do ser humano que se manifesta desde o seu nascimento. Constitui-se como um fenômeno multifatorial, com aspectos biológicos, psicológicos, culturais, históricos e sociais, que influencia na sua maneira de ser, de compreender e de viver no mundo como homem ou mulher.

É importante destacar o aspecto de que a sexualidade, como não é um fenômeno apenas da natureza, não se remete somente à reprodução biológica. Dentro de uma determinada sociedade e cultura, suas expressões nas condutas e nas práticas sexuais, nos sentimentos, nos vínculos amorosos e nos desejos pessoais são influenciadas pela forma como essa sociedade se organiza, pelas relações constituídas entre as pessoas que dela fazem parte, além de receber as influências dos mitos e tabus culturais.

Para que a sexualidade seja exercida nas relações pessoais de maneira equitativa é preciso que os direitos de cidadania estejam presentes e respeitados nessas relações. Assim, entre os direitos considerados fundamentais para o exercício da cidadania e inerentes à condição de pessoa que vive em sociedade, estão os Direitos Humanos, preconizados pela Constituição Federativa do Brasil de 1988, que são: o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto e aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos contemplam os princípios da diversidade humana, especialmente a sexual, além do princípio da saúde, da igualdade, da autonomia e o princípio da integridade corporal, que estão fundamentados nos macro princípios éticos previstos na nossa constituição cidadã.

O direito de viver a sexualidade com respeito pelo próprio corpo e do(a) parceiro(a), de escolher o(a) parceiro(a) sexual sem medo, culpa, vergonha ou falsas crenças, de escolher se quer ou não ter uma relação sexual sem fins reprodutivos, de expressar livremente sua orientação sexual, de ter acesso à informação e à educação sexual e reprodutiva, entre outros que possibilitam a expressão livre da sexualidade, são direitos sexuais (BRASIL, 2010a).

Os direitos reprodutivos evidenciam o direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. Compreendem o direito de acessarem informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e o direito de exercerem a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, coerção e violência.

Diferentes grupos têm seus direitos humanos infringidos em função da sexualidade, tais como lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais, bem como profissionais do sexo e pessoas que vivem com HIV/aids. Para outros grupos não é reconhecido o direito do exercício da sexualidade, como no caso das pessoas idosas e das pessoas com deficiência. Ainda há outros segmentos para os quais se acha que a reprodução não deve acontecer, como no caso das pessoas com deficiência, em situação de prisão, adolescentes e pessoas com orientações sexuais não heterossexuais. É fundamental, para que uma sociedade seja justa e equitativa, que sejam assegurados os direitos humanos, respeitando-se e aceitando-se as diferenças humanas.

Para que a expressão da sexualidade seja livre e compartilhada entre pessoas, também é imprescindível que seja considerado, nas relações humanas, o conceito de gênero que se refere à construção social do sexo, ou seja, ao que, em cada cultura, é apregoadado como pertencente ao universo masculino ou feminino e ao seu sistema de representações. A partir da diferença biológica, cada grupo social constrói, em seu tempo, um modo de pensar sobre os papéis, comportamentos, direitos e responsabilidades de mulheres e homens. A abordagem e análise do conceito de gênero nas relações humanas permitiu que fossem corrigidos dois equívocos: a ênfase na igualdade absoluta negando as diferenças e a centralização em apenas um dos gêneros.

Assim, pode haver mudanças a partir do reconhecimento de que relações equitativas e de consideração aos direitos humanos básicos são indispensáveis para a orientação de políticas que garantam a promoção e o exercício livre e igualitário desses direitos.

Na adolescência, ocasionada pela puberdade, a sexualidade se manifesta em diferentes e surpreendentes sensações corporais, em desejos ainda desconhecidos e em novas necessidades de relacionamento interpessoal, tornando-se um foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos. Nesse contexto, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos estão em processo de formação e solidificação.

A maneira como os adolescentes expressam e vivem a sua sexualidade é influenciada por vários fatores entre os quais estão: a qualidade das relações, emocional e afetiva, que viveram com as pessoas significativas na infância e na sua vivência atual; relações com seus grupos de pares; as transformações físicas, psicológicas, cognitivas e sociais trazidas pelo crescimento e desenvolvimento e pelo início da capacidade reprodutiva, até os valores, crenças, normas morais, mitos e tabus, e tradições da família e da sociedade na qual estão inseridos(as).

Nesse contexto, os adolescentes assumem a sua sexualidade. Começam a conhecer e a experimentar o corpo por meio das atividades autoeróticas. No grupo de companheiros e companheiras, vivenciam novos papéis e assimilam novos valores. Esses valores e o comportamento dos amigos se tornam importantes para os adolescentes pelo natural distanciamento dos pais em direção a uma maior independência. O grupo oferece uma nova estrutura de padrões sociais e sexuais que se somarão aos outros fatores, já assimilados, na adoção de comportamentos e na maneira de viver e de expressar a sexualidade. As primeiras paixões eclodem, o relacionamento com outros adolescentes acontecem de diferentes maneiras, de acordo com os comportamentos prevalentes e mais aceitos no grupo e na sociedade a que pertencem. Constroem a sua rede de experimentações da sexualidade genital e das trocas afetivas, modelando as suas necessidades em saúde sexual e saúde reprodutiva.

Diante da possibilidade dessa nova experimentação da sexualidade e da reprodução, e quando essas vivências baseiam-se em inseguranças, dúvidas e desconhecimentos sobre a própria sexualidade, em vergonhas, estereótipos, medos e preconceitos, aumenta a vulnerabilidade dos adolescentes a problemas nesse campo, principalmente, quando não encontram apoio familiar e social e políticas que esclareçam e informem sobre as questões da sexualidade.

A sexualidade e a reprodução, no entanto, são dimensões fundamentais da saúde que condicionam a qualidade de vida; o bem-estar físico, psicológico, social; a satisfação e o prazer. Evidencia-se a necessidade, pautada pelo direito à saúde, de um largo suporte de políticas dos setores sociais na realização de processos de trabalho intersetoriais, interdisciplinares e participativos, para uma atenção integral direcionada para as singularidades e apropriada à vida atual e às demandas dos adolescentes de hoje.

As políticas e programas de saúde voltados para pessoas jovens nem sempre levam em consideração que a sexualidade é parte do desenvolvimento humano e os conceitos de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo, com frequência, não se incluem nas intervenções de saúde sexual e de saúde reprodutiva (OPAS, 2002 in BRASIL, 2010a).

Por outro lado, os serviços de saúde nem sempre estão preparados para entender as singularidades e para a visão integral das necessidades em saúde dos adolescentes, como preconizado pelo art. 11 do ECA. Ainda não há espaços e suporte adequados e resolutivos às demandas dessa população para orientação, proteção ou recuperação da sua saúde sexual e saúde reprodutiva. As desigualdades e as diferenças, assim como a percepção do crescimento e do desenvolvimento do corpo, na maioria das vezes, não são considerados no trabalho com os(as) adolescentes, o que acaba por definir procedimentos de homogeneização e de simplificação no atendimento à saúde dessa população.

Na Atenção Básica à Saúde, o enfoque na atenção integral e na promoção dos direitos humanos deve basear também a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva da população,

incluindo adolescentes, entendendo-se a saúde sexual, segundo Hera (HERA, 1999 apud CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 45 apud BRASIL, 2010b, p. 15) como:

[...] a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação [...]. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações.

## 25.1 Abordagem sobre o tema da sexualidade

A abordagem pelo profissional de Saúde sobre o tema sexualidade não pode ser preconceituosa e nem carregada de códigos morais ou religiosos. Este deve estar aberto para ouvir os adolescentes em suas escolhas, auxiliando-os a lidar com situações difíceis, frequentes nesta fase. Devem ser usadas de preferência terminologias adequadas, evitando-se gírias. É preciso promover a reflexão sobre a sexualidade e potencializar o senso crítico e responsável sobre a temática abordada.

Há necessidade de orientar os(as) adolescentes, bem como as suas famílias, com informações científicas e claras, sobre as transformações que ocorrem no corpo, sobre as sensações sexuais, o caráter normal da masturbação, a curiosidade sexual, o tamanho dos órgãos genitais, sobre o ato sexual propriamente dito e suas consequências e sobre diversidade sexual. Enfatizar que o ato sexual é de caráter íntimo e privado e que os parceiros têm de estar de acordo com as práticas sugeridas e, portanto, prontos para assumir as responsabilidades advindas destas.

Abordar, ainda, as especificidades étnico/raciais e de livre orientação sexual, levando em consideração as diferenças de inserção sociocultural, a forma de organização de povos específicos, entre eles os índios, os ciganos, os quilombolas e outras populações tradicionais, garantindo, desse modo, maior assimilação e ampliação do senso crítico sobre o tema da sexualidade.

Deve ser incluído nessa abordagem o conceito de dignidade sexual, que distingue cada ser humano e evoca respeito pelo Estado e pela sociedade, envolvendo direitos e deveres para garantir à pessoa a proteção de todo ato degradante e desumano e propiciando condições mínimas de existência para uma vida saudável, com corresponsabilidade ativa nas decisões da própria vida junto aos outros seres humanos.

A dignidade sexual, portanto, implica na garantia dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos de adolescentes, já reconhecidos como Direitos Humanos em leis nacionais e documentos internacionais, indicando a importância da aceitação da individualidade e da autonomia, com proteção desse segmento populacional, estimulando-os(as) a assumir a responsabilidade com sua própria saúde.

É imprescindível que o entendimento da sexualidade, que respeita os direitos sexuais e os direitos reprodutivos<sup>3</sup>, que reconhece a importância das relações entre homens e mulheres com equidade de gênero e que respeita a dignidade sexual das pessoas, deve estar presente nas ações de educação sexual para adolescentes, de preferência antes que aconteça a primeira relação sexual.

Por fim, toda essa abordagem deve respeitar a autonomia dos adolescentes, dentro dos princípios da confidencialidade e da privacidade, indispensáveis para estabelecer uma relação de confiança e respeito entre profissionais e adolescentes (BRASIL, 2010b).

## 25.2 Práticas educativas

Quando se fala em sexualidade e saúde reprodutiva, as práticas educativas são indispensáveis para a formação de adolescentes. Estas atividades visam facilitar também a troca de informações e a apropriação do conhecimento necessário à prática do sexo seguro. A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. A articulação entre escola, a unidade de saúde e a atenção básica como um todo é essencial para que as práticas educativas sejam apoiadas em discussões construtivas, com escuta qualificada.

Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os estudantes, e também com professores e funcionários (profissionais da educação), precisa ter como ponto de partida o que eles sabem e o que eles podem fazer. É preciso desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Desse modo, profissionais de Saúde e de Educação devem assumir uma atitude permanente de empoderamento dos princípios básicos de promoção da saúde por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas.

Abrir canais de comunicação com os jovens contribui para o fortalecimento da autonomia e do autocuidado. A discussão sobre projetos de vida é fundamental para uma abordagem sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. É preciso reconhecer que isso traz mudanças para a vida dos adolescentes, que o apoio das escolas e dos serviços de saúde pode contribuir para a não evasão escolar e que a consolidação de espaços de discussão permanente nas escolas e o acolhimento das demandas dos jovens nos serviços de saúde podem ajudar no processo de tomada de decisão dos jovens.

A escola e os serviços de saúde, trabalhando de maneira integrada, podem constituir-se como uma rede de proteção. Na escola, por exemplo, é essencial ter espaços para conversar, sem constrangimento, sobre sexualidade, prevenção e redução de danos no uso de álcool e outras drogas. Estes espaços, se democráticos, respeitosos e participativos, funcionarão como fatores e processos de proteção. Ações continuadas e permanentes que incentivem atividades

<sup>3</sup> Os direitos sexuais e direitos reprodutivos foram reconhecidos como direitos de adolescentes, de ambos os sexos, por meio da Conferência Mundial de Populações e Desenvolvimento de Cairo (1994). O Brasil é signatário da Carta de Cairo.

solidárias fortalecendo a comunicação e o respeito às diferenças minimizam os mais diversos fatores de risco e incrementam potentes fatores de proteção.

A escola é a principal fonte de informação sobre sexualidade para os e as jovens brasileiros(as). Por isso, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, em parceria, trabalham o Programa Saúde na Escola (PSE) enfocando justamente a integração da Estratégia Saúde da Família (ESF) com a rede de educação básica e a comunidade escolar do seu território de responsabilidade. O Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), direcionado para adolescentes de 13 a 19 anos de idade, é parte integrante do PSE. Os ministérios, em conjunto, somam os esforços no sentido de ampliar ações que melhorem a qualidade de vida dos escolares no Brasil.

É importante que cada vez mais as ESF estimulem que seus gestores municipais adiram a ambas as estratégias, pois o ambiente escolar deve afirmar-se como um espaço permanente de discussão e produção de conhecimento em âmbito nacional com relação à saúde sexual e saúde reprodutiva. Já existem muitas experiências inovadoras de gestão integrada que contribuem para a redução dos diferentes contextos de vulnerabilidade dos jovens brasileiros.

Nas UBS, é fundamental que essas ações educativas encontrem respaldo e continuidade apoiando as ações no planejamento reprodutivo, no pré-natal e nas consultas após o parto para que os(as) adolescentes sejam atendidos(as) em suas singularidades e necessidades, visando à proteção e à promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva.

Por fim,

produzir saúde com adolescentes e jovens é considerar seus projetos de vida, é valorizar sua participação e o desenvolvimento de sua autonomia, é acreditar que eles e elas aprendem a lidar com os seus problemas e com seu contexto de vida tendo o apoio e a corresponsabilidade dos trabalhadores da saúde, sem moralismos, controle e opressão. É promover a participação desse grupo populacional em redes intersetoriais que lhes garanta proteção e a garantia de seus direitos. É trazê-los para o centro do processo como sujeitos de direitos (BRASIL, 2010a. p. 39).

---

### Saiba mais:

Cuidando da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes: orientações básicas.

Acesse: <[www.saude.gov.br/adolescente](http://www.saude.gov.br/adolescente)>

---

### Saiba mais:

Programa Saúde na Escola (PSE) instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007.

Acesse: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/.../decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/.../decreto/d6286.htm)>

---

### Saiba mais:

Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (CAB 26, 2010).

Acesse: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf)>



### Saiba mais:

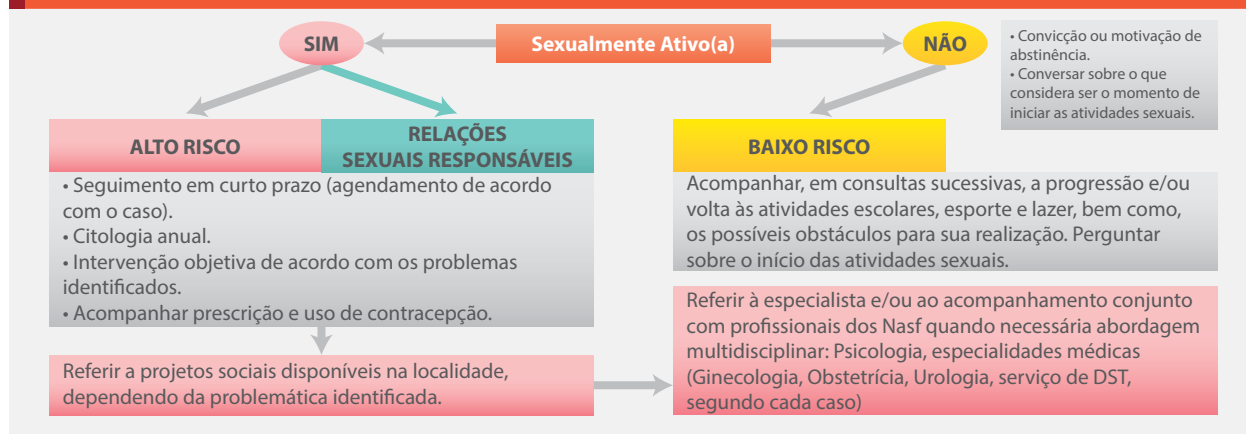
Diretrizes nacionais de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Acesse: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)>

Figura 12 - Vulnerabilidades relacionadas a sexualidade

Perguntar	Observar	Determinar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepção de sua sexualidade (em cada consulta).</li> <li>• Tem parceiro(a) atualmente? Número de parceiros. Relações sexuais, idade de início, preferência sexual, tipo de relação sexual (sem penetração ou com penetração).</li> <li>• Possibilidade de gravidez atual e percepção da mesma.</li> <li>• Abstinência sexual.</li> <li>• Masturbação.</li> <li>• Interpretação do conceito de virgindade.</li> <li>• Conhecimentos sobre relações sexuais, fonte de informação (familiares, seus pares, educadores, folhetos, palestras, vídeos...) e como as percebe e as interpreta. Referente adulto orientador.</li> <li>• Prazer na relação sexual (dispareunia, insatisfação sexual, disfunção sexual).</li> <li>• Higiene na atividade sexual.</li> <li>• Pressão grupal para início da atividade sexual ou participação em grupos que promovam práticas sexuais de forma passiva ou ativa do adolescente (seitas religiosas, bandas juvenis ou gangues).</li> <li>• Antecedente de abuso sexual infantil (único, reiterado) e agressor(a).</li> <li>• Participação em atividades ilícitas: consumo de drogas, vídeos pornô, entre outras.</li> <li>• Antecedentes obstétricos: números de gravidezes, abortos e condições deles, parto normal ou cesariana prévios, complicações na gravidez, peso ao nascer de seu(s) bebê(s). Vivência da gravidez.</li> <li>• Uso de medicamentos para a satisfação sexual.</li> <li>• Conhecimento e uso de métodos contraceptivos e prevenção de infecções de transmissão sexual, medo quanto ao uso e à disposição para usar contraceptivo.</li> <li>• Antecedentes familiares de atividade sexual precoce e gravidez na adolescência (mãe, irmãs(os) adolescentes, referente adulto)</li> <li>• Risco de abuso sexual ou violência sexual: isolamento, institucionalizada(o), insegurança na área residencial (presença de gangues).</li> <li>• Quem trabalha na família? De que recursos vivem. Se estaria disposta(o) a trabalhar em qualquer atividade, inclusive prostituição.</li> <li>• Crenças e práticas religiosas. Espiritualidade.</li> <li>• Antecedentes pessoais de doenças agudas ou crônicas e/ou alguma deficiência que interfira com a vivência sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estágio de Tanner e grau de maturação psicosssexual.</li> <li>• Presença de piercing ou tatuagens sugestivas de participação em grupos.</li> <li>• Atitude durante o exame físico genital.</li> <li>• Exame genital e região anal: indícios de atividade sexual, características do hímen, hematomas, cicatrizes, fissuras, fluxo vaginal, secreção uretral.</li> <li>• Sinais sugestivos de doença sexualmente transmissível (DST).</li> <li>• Sinais sugestivos de gravidez.</li> <li>• Sinais físicos de violência (hematomas, cicatrizes...) ou atitude sugestiva de violência verbal ou psicológica que possam estar associadas a formas de coerção/abuso sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapa da adolescência em que o sujeito se encontra.</li> <li>• Ambiente erotizado.</li> <li>• Frequência sexual, grau de intimidade sexual.</li> <li>• Preferência sexual.</li> <li>• Fatores de risco nas atividades diárias e condutas que possam conduzir a problema iminente.</li> <li>• Relação sexualidade versus projeto de vida, imagem corporal, doença crônica e/ou deficiência que o(a) prejudique na percepção e vivência da sexualidade.</li> <li>• Disponibilidade e acesso a métodos contraceptivos.</li> <li>• Risco de infecções de transmissão sexual ou DST ativa.</li> <li>• Grau de deficiência do(a) adolescente que o/a limite em sua sexualidade.</li> <li>• Idade gestacional e sua atitude diante da mesma (se deseja adotar condutas abortivas ou em caso de sangramento genital suspeitar de aborto e referir).</li> <li>• Abuso sexual: tratamento preventivo de DST, contracepção de emergência.</li> <li>• Acesso a projetos sociais ou serviços institucionais ou comunitários.</li> <li>• Resultado de citologia.</li> </ul>

**CLASSIFICAR POSSIBILIDADE DE RISCO NA VIVÊNCIA SEXUAL**



Fonte: Elaboração própria.

# Atendimento Ginecológico

Uma variedade de condições pode levar uma adolescente a uma primeira visita para o atendimento ginecológico. Os pais e/ou responsáveis tomam a iniciativa e marcam a consulta, quando percebem alterações que os preocupam. Outras vezes a adolescente procura o serviço para receber informações quanto à normalidade de seu corpo, por problemas, principalmente os relacionados à menstruação, ou porque está pensando em iniciar um relacionamento sexual.

O profissional de Saúde deve demonstrar competência, habilidade, experiência e capacidade de bom relacionamento humano. Ele precisa conquistar a confiança da jovem, sem pressa e respondendo às dúvidas com respostas concretas e jamais assumindo atitude crítica. Sua postura deve ser de respeito, procurando usar o nome da adolescente e nunca abordá-la com termos impessoais como “querida”, “boneca”, “gatinha”, “amor” etc. Ao examinar, deve-se evitar o uso de algumas expressões em relação à sua anatomia: muito pequeno, muito grande, infantil, muito largo. A sensibilidade da adolescente pode levar a uma compreensão errônea das palavras empregadas.

## 26.1 Exame ginecológico

A rotina do exame ginecológico – mamas, abdômen, órgãos genitais externos e internos – não difere muito do praticado na mulher adulta. O exame físico nunca deve ser forçado, devendo ser adiado, quando necessário. Recomenda-se a presença do acompanhante e/ou outro profissional de Saúde da equipe durante o procedimento.

Os exames complementares dependerão essencialmente do quadro clínico. Em alguns casos faz-se necessário referenciar para consultas especializadas.

## **Orientações**

- Explicar a importância do exame genital/ginecológico e as razões para fazê-lo.
- Enfatizar a importância da higiene na área genital
- Usar modelos ou diagramas para explicar o aparelho reprodutor feminino.
- Explicar e orientar sobre a importância do uso da dupla proteção, que é o uso do preservativo masculino ou feminino associado a outro método anticoncepcional, e sobre a anticoncepção de emergência, mesmo que a adolescente não tenha iniciado a atividade sexual.
- A orientação quanto a métodos contraceptivos deve ser abordada com clareza e de preferência com o parceiro, quando possível.
- Ensinar o registro dos ciclos menstruais no calendário e o seu preenchimento na sua Caderneta de Saúde.
- Ensinar o autoexame das mamas.

## **Importante**

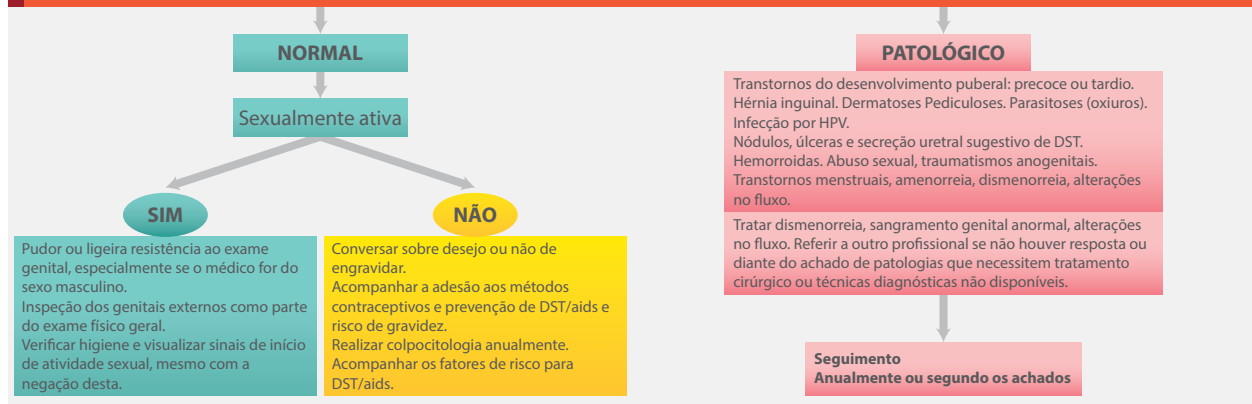
Seja gentil, respeitoso, considere a autonomia da adolescente, especialmente se ela opta por ser acompanhada ou não pela mãe ou responsável, por ocasião do exame genital. Se não for uma emergência, o exame genital pode ser adiado, se ela assim o desejar.

### Figura 13 - Exame de adolescentes do sexo feminino

Avaliar e classificar o exame físico de adolescentes do sexo feminino entre 10 e 19 anos

Perguntar	Observar	Determinar
<p><b>História familiar:</b> idade da menarca da mãe, irmãs, tias. Síndrome do ovário policístico (SOP), endometriose, transtornos menstruais, dismenorrea, câncer.</p> <p><b>História pessoal:</b> idade cronológica, alergias, doenças crônicas e agudas, anorexia/bulimia, hábitos higiênicos.</p> <p><b>História menstrual:</b> idade da menarca, data da última menstruação, características do sangramento menstrual, dismenorrea, sintomas pré-menstruais.</p> <p><b>História sexual:</b> idade do início das relações sexuais coitais, número de parceiros, idade do(a) parceiro(a) atual, tempo da relação com o(a) parceiro(a) atual, satisfação sexual. Uso de preservativos para proteção contra DST ou gravidez. Abuso sexual, dor, prurido, secreção vaginal. Disúria. Avaliar risco para HIV.</p> <p>Exame de rotina ginecológico e das mamas. Exame citológico preventivo de câncer cervicouterino.</p>	<p><b>Atitude ante o exame físico e genital:</b> aceitação ou rejeição.</p> <p><b>Exame físico:</b> Acne. Hirsutismo. Úlceras na mucosa bucal. Baixa estatura. Estágio de Tanner.</p> <p><b>Exame genital</b></p> <p><b>Inspeção:</b> higiene, distribuição de pelo pubiano. Vulva: buscar sinais de estrogenização, nódulos, úlceras, vesículas. Clitóris: Tamanho: (2-4 mm) mutilação. Inrôito vulvar, forma e perfuração do hímen. Secreção vaginal (odor, cor). Ânus: asseio, lesões, fissuras, hemorroidas.</p> <p><b>Palpação:</b> se a glândula de Bartholine for palpável, uretra (secreção). Gânglios inguinais.</p> <p>Se indicado medir vagina.</p> <p><b>Exame ginecológico:</b> com espéculo nas sexualmente ativas; inspeção do cérvix, ectropio, friabilidade, ponteados avermelhados (morango), cistos de Naboth, secreção mucopurulenta e paredes de vagina. Colher secreção para exame colpocitológico.</p> <p><b>Palpação bimanual:</b> Colo uterino: posição, fixação, mobilização dolorosa.</p> <p><b>Útero:</b> tamanho, posição, tumorção, dor.</p>	<p>Estadiamento puberal (Tanner). Alterações no desenvolvimento puberal.</p> <p>Herpes. Sífilis primária, Nódulo sebáceo.</p> <p>Infeção por HPV, tinea, psoríase.</p> <p>Sinais de violência sexual. Clítoromegalia. Virilização.</p> <p>Rituais culturais.</p> <p>Imperfuração do hímen.</p> <p>Leucorreia fisiológica</p> <p>Fluxo vaginal. Candidíase, trichomoníase. Oxiuriases. Hemorroidas</p> <p>Bartholinitis (gonorrea).</p> <p>Uretritis (gonorrea, chlamydia).</p> <p>Linfoadenopatia.</p> <p>Vagina curta.</p> <p>Antero ou retroversão uterina</p> <p>Infecção pélvica.</p> <p>Endometriose, tumor pélvico ou de ovário.</p> <p>Gonorreia, chlamydia, herpes, citomegalovírus.</p>

### CONSIDERAR DE ACORDO COM A ATIVIDADE SEXUAL



Fonte: Elaboração própria.

## 26.2 Problemas ginecológicos mais comuns na adolescência

### Imperfuração himenal

O hímen imperfurado corresponde à malformação congênita do trato genital feminino, devido à falta de canalização da placa vaginal. Seu diagnóstico pode ser ao nascimento, porém só costuma ser notado na época da puberdade. O desenvolvimento dos caracteres sexuais

secundários é normal, entretanto, não ocorre a menarca. Há acúmulo na vagina de muco (hidrocolpos) ou sangue (hematocolpos). Nos casos avançados ocorre acúmulo de sangue no útero (hematométrio).

Devido ao acúmulo de sangue na vagina, o quadro clínico apresenta-se com dores intermitentes no baixo ventre, tipo cólica, com característica cíclica, em geral uma vez por mês. Se o hematocolpos chega ao grande volume, pode ocorrer compressão no trato urinário, com retenção de urina. O exame vulvar pode revelar uma membrana tensa, estufada e azulada, devido à presença de sangue coletado na vagina. Nos casos em que o hematométrio está bem desenvolvido há abaulamento do abdômen, sugerindo tumoração anexial ou gravidez. É imperativo o exame da genitália externa em todas as jovens que apresentam sinal de dor e/ou tumoração pélvico-abdominal.

**Conduta:** referenciar de imediato para o atendimento ginecológico especializado.

### **Dismenorreia**

Dismenorreia ou menstruação dolorosa corresponde a uma síndrome caracterizada habitualmente por dor em cólica no abdômen inferior associada ao fluxo menstrual. É provavelmente a causa mais comum de queixas algícas das adolescentes. Embora a dismenorreia esteja associada ao início dos ciclos ovulatórios, algumas adolescentes podem apresentar cólicas logo nos primeiros ciclos, que em geral são anovulatórios.

A dismenorreia pode ser classificada em primária, em que há a ausência de patologia subjacente, ou secundária, a que ocorre na presença de patologia subjacente (endometriose, doença inflamatória pélvica, varizes pélvicas, entre outras).

As causas da dismenorreia primária não estão bem esclarecidas, sendo os fatores psicogênicos frequentemente apontados como importantes, tais como: desconhecimento sobre a menstruação, presença de tabus ou conhecimentos errôneos, imaturidade emocional, irritabilidade emocional, entre outros.

As prostaglandinas apresentam um importante papel na fisiopatologia da dismenorreia. Essas substâncias produzem hipercontratilidade uterina, que causa isquemia e conseqüente dor.

As queixas são de dores tipo cólica, espasmódica, no baixo ventre e região suprapúbica frequentemente irradiando-se para as pernas e região lombo-sacra. Começa entre uma e quatro horas do início da menstruação e pode durar de 24 a 48 horas. Em alguns casos, a dor surge de um a dois dias antes da menstruação e continua por dois a quatro dias. Pode vir acompanhada de cefaleia, insônia, fadiga, nervosismo, náuseas ou vômitos (ou ambos) e diarreia, além do desmaio ou vertigem. Algumas adolescentes têm sintomas tão severos que impedem suas atividades escolares, impossibilitando o comparecimento às aulas.

### **Conduta:**

O tratamento inclui orientação à adolescente sobre a natureza do problema e principalmente a abordagem dos aspectos emocionais envolvidos na situação. Se os aspectos emocionais tiverem uma gravidade maior, levar o caso para a discussão com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Muitas adolescentes sentem-se aliviadas ao entender o porquê das cólicas menstruais e optam por medidas gerais quando a dor é leve. Entre as medidas gerais, recomendam-se repouso, bolsa de água quente no baixo ventre e estímulo aos esportes.

O tratamento medicamentoso da dismenorreia primária pode usar anti-inflamatórios não esteroidais (Aines) e contraceptivos orais. As medicações podem começar 24 horas antes do início da menstruação ou logo que apareçam os sintomas. Por ser um fenômeno cíclico, deve ser realizado a cada período menstrual. Vários tipos de tratamento podem ser escolhidos.

#### **Anti-inflamatórios não esteroidais**

Esses medicamentos agem inibindo as prostaglandinas. A dismenorreia primária responde ao uso de Aines, sendo que naproxeno e ibuprofeno se mostraram superiores aos ácidos acetilsalicílico e mefenâmico.

– Naproxen sódico – 1 comprimido de 550 mg, VO, 12/12 horas, por dois ou três dias.

– Ibuprofeno – 1 comprimido de 200 mg, VO, 3-4x/dia, por dois ou três dias ou 1 comprimido de 600 mg, VO, 12/12 horas, por dois ou três dias.

– Ácido mefenâmico – 1comprimido de 500 mg, VO, 8/8 horas, por dois ou três dias.

#### **Contraceptivos orais**

A adolescente com dismenorreia que não cede com Aines ou que deseja fazer contracepção é uma boa candidata para essa alternativa. A melhor explicação para esse benefício é a diminuição da síntese de prostaglandinas pelo endométrio decidualizado e atrófico. Nas adolescentes é importante dar preferência aos de baixa dosagem hormonal. Nas adolescentes que já iniciaram a atividade sexual, têm a vantagem de protegê-las de gravidez, além de tratar a dismenorreia. Na prática clínica pode-se prescrever por dois a três ciclos e observar a resposta clínica.

#### **Orientações gerais**

- Se a adolescente não responde satisfatoriamente aos Aines e aos contraceptivos orais, deve-se referenciar a serviços de maior complexidade.
- Dieta bem balanceada com diminuição da ingestão de cafeína e chocolate.
- Exercícios regulares.
- Avaliação por psicólogos, quando necessário.

## **Dor ovulatória**

A dor ovulatória é caracterizada pela dor na época da ovulação, às vezes com cólica intensa, com duração de até 72 horas, podendo ser acompanhada de secreção clara e eventualmente sanguínea. Esta condição pode ser diagnosticada facilmente por meio da data da última menstruação e o início das dores, com característica cíclica.

### **Conduta:**

O tratamento inclui orientação à adolescente sobre a natureza do problema e também a abordagem de aspectos emocionais que possam estar envolvidos. Pode-se usar para o alívio da dor os Aines, que são eficazes na maioria dos casos.

## **Patologias mamárias**

O exame mamário deve fazer parte da rotina dos cuidados com a adolescente, com inspeção e palpação das mamas, levando em consideração o estadiamento de Tanner em relação à idade cronológica. Recomenda-se a presença do acompanhante e/ou outro profissional de saúde da equipe durante o procedimento. Esta é uma oportunidade para explicar, tanto para a adolescente quanto para os familiares, o desenvolvimento mamário normal, identificar alguma anormalidade e rever alguns conceitos que a adolescente possa ter.

Nesta faixa etária, deve-se ser prudente frente a uma patologia mamária. A observação e temporização por um tempo razoável serão benéficas. Somente cabe administrar tratamentos hormonais em casos em que esta terapia seja considerada imprescindível. Esses casos são raros.

As indicações de cirurgias devem ser bem pensadas, visto que o que parece ser um tumor muitas vezes é o broto mamário em desenvolvimento glandular, que desaparecerá oportunamente. Deve-se acalmar e esclarecer a adolescente e seus familiares sobre o que está acontecendo.

### **Quadro clínico e diagnóstico**

- Exame clínico minucioso com inspeção e palpação das mamas, axilas e linha mamária embrionária.
- Referenciar ao mastologista os casos em que sejam necessários procedimentos especializados.

## **Assimetria mamária**

Nestes casos, a adolescente deve ser acompanhada até o completo desenvolvimento mamário, que se dará ao redor dos 18 anos de idade, quando estiver no estágio V de Tanner. Devido aos problemas psicológicos que podem ocorrer até o completo desenvolvimento, sugere-se o uso de prótese no sutiã, para que haja equilíbrio estético e apoio emocional para adolescente.



# Planejamento Reprodutivo

Falar sobre planejamento reprodutivo na adolescência implica na revisão dos conceitos existentes sobre práticas sexuais e gravidez nesta etapa da vida. É importante ter em mente que, diante de adolescentes que trazem esta questão, deve-se ter tranquilidade para ouvir e tentar entender suas demandas e seus valores.

Adolescentes têm direito ao atendimento no planejamento reprodutivo sem discriminação de qualquer tipo, com garantia de privacidade, sigilo e consentimento informado. Os serviços de saúde devem garantir esse atendimento, antes mesmo do início da atividade sexual e reprodutiva, para ajudá-los a lidarem com a sua sexualidade de forma positiva e responsável, incentivando-se comportamento de prevenção e de autocuidado. Na faixa etária de 10 a 19, podem ser atendidos sem a presença dos pais, se assim preferirem.

Adolescentes de 10 a 14 anos de idade devem ser orientados sobre os cuidados específicos e adequados ao seu desenvolvimento psicosssexual, com a proteção integral necessária, buscando identificar se já têm atividade sexual e se as circunstâncias apontam para violência ou para o exercício da sexualidade. Havendo confirmação ou suspeita de violência sexual, notificar conforme os trâmites preconizados pelo Ministério da Saúde, apoiar emocionalmente esses adolescentes e suas famílias e referenciar para outros níveis de atenção à saúde e da rede de garantia de direitos e de proteção.

É importante que as recomendações abaixo, preconizadas na publicação *Cuidando da saúde sexual e saúde reprodutiva de Adolescentes: orientações básicas*, sejam observadas pelos profissionais da Atenção Básica no atendimento em planejamento reprodutivo para adolescentes:

- No acolhimento aos adolescentes os profissionais devem focar: a dimensão humana, individual e ética do atendimento, os direitos e a identificação das especificidades de desenvolvimento daqueles adolescentes que estão sendo atendidos.

- Dispensar com acesso facilitado o preservativo nos espaços da Unidade Básica de Saúde (UBS), independente de apresentação de documentação, local de residência ou qualquer outra forma que dificulte este acesso.
- Incluir, no planejamento reprodutivo de adolescentes, um forte e sistemático componente educativo, com enfoque de gênero, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos e da corresponsabilidade masculina nos eventos sexuais e reprodutivos, respeitando a diversidade sexual.
- Proporcionar na UBS consulta, informada e esclarecida, com médico/enfermeiro para a escolha do método contraceptivo pela adolescente e seu parceiro, aproveitando todas as oportunidades que surgem quando estão nas UBS.
- Orientar e esclarecer sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis, inclusive os naturais, para que possam fazer escolhas livres e bem informadas, incluindo o respeito às suas concepções religiosas.
- A idade ginecológica (tempo pós-menarca) não deve ser fator limitante para a orientação e a prescrição de métodos contraceptivos adequados, levando-se em consideração o direito à saúde, pois em casos específicos, uma possível gravidez pode se configurar como um risco à saúde da adolescente.
- Orientar e refletir sobre as questões envolvidas na situação, apoiando adolescentes que têm relações homoafetivas e que desejam engravidar.

Na discussão sobre os métodos anticoncepcionais (MAC) pressupõe-se o uso de técnicas de grupos educativos, onde todas as possibilidades de métodos anticoncepcionais são apresentadas e discutidas amplamente com os adolescentes de ambos os sexos. Deve ter enfoque de gênero, das diferentes orientações sexuais, e uma abordagem positiva da sexualidade, incentivando a construção de relações igualitárias e respeitadas entre as pessoas.

Na consulta individual e nas atividades de grupo, entre outros, abordar os seguintes temas:

- Promover o autoconhecimento do corpo como facilitador para o uso dos métodos contraceptivos.
- Informar e orientar sobre a interação de alguns métodos contraceptivos com o uso de drogas lícitas e ilícitas.
- Valorizar os argumentos sobre as vantagens do uso dos preservativos que, se usados corretamente em todas as relações, pode prolongar o prazer feminino, retardar a ejaculação e proporcionar segurança para ambos.
- Esclarecer, orientar e apoiar adolescentes que são soropositivos, para o exercício da sexualidade e da vida reprodutiva.

- Esclarecer e orientar sobre os efeitos iniciais do uso do Dispositivo Intrauterino (DIU) e ressaltar a importância do acompanhamento e da avaliação periódica da posição do DIU, além de sinais de infecção que podem levar à doença inflamatória pélvica.
- Informar e orientar quando é recomendada a utilização da anticoncepção de emergência.

Por fim, cabe destacar que estão envolvidas na escolha do MAC questões como idade, regularidade de ciclos menstruais, frequência das relações sexuais, engajamento dos parceiros, entre outros. Nesta perspectiva, ressalta-se que a dupla proteção deve ser sempre incentivada, pois implica no uso ao mesmo tempo do preservativo masculino ou feminino e de outro método contraceptivo, com o objetivo de evitar uma gravidez não desejada e a proteção da transmissão do HIV/aids e de outras DST.

Saiba mais:

*Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, n° 26 (2010)  
Cuidando da saúde sexual e saúde reprodutiva de Adolescentes: orientações básicas*

# Anticoncepção de Emergência (AE)

A anticoncepção de emergência (AE) é um método empregado para evitar uma gravidez não planejada após uma relação sexual desprotegida e deve ser usada em até 120 horas, sendo a eficácia maior em até 72 horas, ou seja, quanto antes melhor. É direito do adolescente ter acesso ao conhecimento de todos os métodos, inclusive a AE, identificando aqueles que ofereçam maior eficácia contraceptiva, levando-se em conta a autonomia de suas escolhas. Enfatiza-se que o preservativo masculino e feminino são os únicos métodos que oferecem proteção contra DST, inclusive o HIV/aids e as hepatites virais.

As indicações para AE são: violência sexual; falha de qualquer método anticoncepcional usado (como ruptura do preservativo, esquecimento de tomar a pílula, introdução do pênis entre a parede vaginal e a camisinha feminina etc.); não estar usando qualquer método.

Nas situações em que o preservativo é o único método anticoncepcional usado, o AE reforça a segurança da usuária em valer-se de tal método de barreira como método anticoncepcional, pois ela encontra no AE uma opção eficaz para caso de ruptura ou deslocamento do preservativo, lembrando que acreditar na eficácia do preservativo como método anticoncepcional é crucial em uma era em que a aids é epidêmica e em que os adolescentes iniciam cada vez mais precocemente sua vida sexual (muitas vezes de forma esporádica).

A AE deve ser usada sempre que necessário com critério e cuidado, pois não é um método anticoncepcional regular, sendo, antes de tudo, um recurso de exceção, devendo ser administrado quando a adolescente está desprotegida e exposta ao risco iminente de gravidez.

Em relação aos riscos de utilização da AE, nenhum foi ainda comprovado. Alguns riscos temidos devem ser esclarecidos, para segurança da adolescente no uso do método, na medida em que nunca foram confirmados. Neste sentido a AE:

- NÃO tem ação como método abortivo.
- NÃO provoca teratogenicidade, em caso de a adolescente já estar grávida no momento da tomada do contraceptivo de emergência.

- NÃO facilita a aquisição de DST/aids.
- NÃO provoca banalização do seu uso, passando a ser usado como método contraceptivo regular.
- NÃO se constitui como passaporte para vulgarização da relação sexual na adolescência.
- NÃO provoca alteração do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal definitiva, mesmo diante do uso repetitivo.

### Anticoncepção de Emergência: Método e Forma de Administração

MÉTODO		ADMINISTRAÇÃO
<b>Levonorgestrel (Pílula contendo apenas progestágeno)</b>	comprimido com 0,75 mg de levonorgestrel	2 comprimidos (dose única) ou 1 comprimido cada 12 horas (2 doses – total: 2 comprimidos)
	comprimido com 1,5 mg de levonorgestrel	1 comprimido (dose única)

### ORIENTAÇÕES

O método é pouco eficaz se usado repetidamente (a curtos intervalos). Na realidade, o único risco real da AE é de falha do método, pois é o menos eficaz, entre os modernos, para contracepção rotineira.

A anticoncepção de emergência deve ser usada sempre que necessário com critério e cuidado, pois não é um método anticoncepcional regular, sendo, antes de tudo, um recurso de exceção, devendo ser administrado quando a adolescente está desprotegida e exposta ao risco iminente de gravidez.

A prescrição e a dispensação de AE à adolescente, inclusive as menores de 14 anos, deve ser criteriosa, não constituindo ato ilícito por parte do enfermeiro ou do médico (art. 74 do Código de Ética Médica e Protocolo para Utilização do Levonorgestrel – MS, 2013), levando-se em consideração a doutrina de proteção integral (ECA), sempre com orientação responsável do profissional a respeito dos riscos inerentes aos medicamentos.

Para a dispensação do Levonorgestrel, não é exigida receita médica, podendo os(as) enfermeiros(as) disponibilizarem a AE na ausência do médico e posterior encaminhamento da usuária às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2013e).

### Saiba mais:

Sobre a dispensação e utilização de outros métodos contraceptivos disponíveis na rede do SUS, acessar no site do Ministério da Saúde o *Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*, n° 26 (2010).

# Cuidado Integrado na Atenção Básica Frente às DST/HIV/aids e Hepatites Virais

Estudos apontam para o aumento da infecção pelo HIV/aids entre as pessoas jovens, assinalando que a utilização do preservativo em todas as relações sexuais é baixa. Essa constatação induz também à preocupação com outras doenças sexualmente transmissíveis, levantando a necessidade do desenvolvimento de estratégias que envolvam adolescentes, como o aumento da cobertura vacinal contra a hepatite B e a oferta da vacina do HPV para as adolescentes de 10 a 13 anos de idade.

Tal situação ressalta a responsabilidade do setor Saúde para o desenvolvimento de ações de proteção à saúde na atenção básica, que incidam na diminuição da vulnerabilidade desse grupo populacional às DST/HIV/aids e no aumento da prática do sexo seguro.

Nesse contexto, é imprescindível o envolvimento de toda a sociedade e a reestruturação da governança da resposta nacional em saúde, partindo-se da disponibilidade do teste rápido de HIV/aids e de hepatites virais na rede básica como uma estratégia de fortalecimento das UBS no cuidado à saúde da população em geral, muito importante para os adolescentes.

Como ações complementares, mas fundamentais na proteção à saúde desse segmento, é preciso que as equipes da Atenção Básica conheçam os riscos e as vulnerabilidades da população adstrita e identifiquem as medidas de prevenção viáveis no contexto de vida de cada adolescente que os procurar.

Oferecer o teste rápido e o aconselhamento também são oportunidades para facilitar o atendimento preventivo e o início do cuidado com a saúde de adolescentes que estejam com DST ou infectados pelo HIV.

Para qualquer situação em que o exame de HIV/aids for requerido para menores de 18 anos, devem ser realizadas ações para detectar situações que possam violar a dignidade sexual dessas pessoas. Os casos de violação, que é uma violência contra a pessoa, requerem o desenvolvimento de ações já determinadas pelo Ministério da Saúde, para as pessoas em situação de violência.

De acordo com as normativas do Ministério da Saúde, os testes rápidos para HIV e sífilis na Atenção Básica são ofertados aos adolescentes em geral. As adolescentes devem realizar os testes rápidos na primeira consulta de pré-natal. Se a gestante obtiver resultado reagente em qualquer dos testes, seu parceiro também deverá ser aconselhado à realização das testagens.

É fundamental destacar que,

Caso o adolescente decida realizar o teste de HIV sozinho, o profissional de saúde deve avaliar se ele é capaz de entender o seu ato, qual a sua motivação para a testagem e se seria capaz de conduzir-se por seus próprios meios após o resultado do teste, incluindo a adesão ao tratamento. O adolescente deve ser estimulado a compartilhar o que acontece com os seus responsáveis ou com adulto(s) em quem confie e que possa servir-lhe de suporte (BRASIL, 2013j, p. 53).

### **São indissociáveis da testagem as partes discriminadas abaixo:**

#### **a) O aconselhamento antes do teste:**

- Informar e esclarecer sobre DST, HIV/aids e as hepatites virais.
- Avaliar os riscos de transmissão em cada caso, as formas de prevenção e redução da transmissão vertical.
- Explicar a importância do teste e seus resultados e solicitar o consentimento pessoal para realização.

#### **b) O aconselhamento pós-teste, com resultado negativo:**

- Valorizar a oportunidade para reforçar hábitos de prevenção para as DST, a percepção, a diminuição ou a eliminação de riscos, considerando as práticas sexuais e as práticas de uso de álcool e de outras drogas, específicas de cada caso.

#### **c) O aconselhamento pós-teste, com resultado positivo, segundo o Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos, preconiza que:**

- Compreender as necessidades e as preocupações de adolescentes relacionadas às DST/HIV/aids para reduzir seu nível de estresse.
- Reduzir o impacto do diagnóstico positivo e o estresse na convivência com o HIV e a aids.
- Possibilitar a percepção dos riscos e das vulnerabilidades e identificar medidas de prevenção positiva viáveis no contexto de vida de cada adolescente.
- Facilitar a comunicação e realização do diagnóstico para a parceria(s) sexual(is) e parceria(s) de uso de drogas se for o caso.
- Auxiliar adolescentes e suas parcerias no processo de adesão ao tratamento.
- Fortalecer capacidades de enfrentamento das adversidades no viver com HIV/aids e outras DST e estimular a manutenção dos projetos de vida.

#### **d) Também é indissociável da testagem:**

- A articulação de uma rede organizada de assistência no âmbito do SUS, que garanta o acesso de todos os adolescentes, inclusive das gestantes, das parturientes e dos seus recém-nascidos, à conclusão diagnóstica, controle e manejo da infecção pelo HIV e da sífilis (BRASIL, 2012b, p. 8).

Dentro da atenção integral recomenda-se, que na testagem de HIV em adolescentes entre 12 a 18 anos de idade, haja uma avaliação pela equipe de saúde das suas condições de discernimento e de autonomia. A realização do exame, assim como a participação do resultado a outras pessoas ficam restritos ao respeito da sua vontade, caso seja reconhecido como tendo essas capacidades. Esse procedimento visa garantir o direito de autonomia desse adolescente que tem condições de receber informação e aconselhamento sobre a sua saúde e de realizar orientação prescritiva para seu tratamento, se for o caso. Visa, ainda, garantir a confidencialidade de sua situação.

Em todos os resultados positivos a confidencialidade, no entanto, deverá ser avaliada frente ao risco de não execução ou abandono de tratamento, e os profissionais devem atentar para os sentimentos de isolamento e solidão desencadeados pelo segredo sobre a doença, auxiliando esses adolescentes a enfrentarem seus medos e inseguranças, presentes nessa situação.

Quanto a adolescentes de 10 a 12 anos incompletos, que também têm o direito de saber sua condição de saúde, a testagem e entrega de exames anti-HIV só serão realizadas com a presença dos pais ou responsáveis legais.

Todos os adolescentes portadores de HIV necessitam especial atenção e apoio, principalmente dos seus familiares, a não ser que haja uma situação que impeça este apoio. Eles deverão ser estimulados a compartilhar as suas condutas e situação de saúde com o seu responsável legal ou com adultos em quem confiem, e que possam servir-lhes de suporte nas ações de prevenção e de assistência. O direito ao sigilo e a responsabilidade diante da exposição de terceiros devem ser amplamente discutidos e refletidos com esses adolescentes.

Outro disparador da resposta nacional do setor Saúde para enfrentar o aumento da infecção de jovens pelo HIV é a descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/aids para a atenção básica e a integração dessa rede primária com a rede secundária de assistência especializada em saúde (SAE). A gestão compartilhada aumentará o número de diagnósticos precoces e o início do tratamento em tempo oportuno. Por outro lado, a equipe de Atenção Básica, dentro de suas competências e do respeito à confidencialidade, além de se responsabilizar pelo acompanhamento do adolescente vivendo com HIV, deve dar a atenção à sua família. Essas ações integradas demandam a incorporação de novas tecnologias nas principais portas de entrada do SUS.



Para que a atenção à saúde de adolescentes vivendo com HIV seja resolutiva e eficaz, há um diferencial, que é preciso apontar na maneira e na idade de ocorrência da transmissão de HIV/aids nos adolescentes que hoje são soropositivos, o que determina as repercussões psicossociais e culturais em suas vidas, em suas condições clínicas e imunológicas e no desenvolvimento do tratamento.

São duas maneiras para essa transmissão: os que se infectaram por transmissão vertical, sendo diagnosticados na infância ou no início da adolescência, e os que se infectaram recentemente por transmissão horizontal, nos últimos estágios da puberdade.

No primeiro grupo, entre os principais problemas, além dos relacionados ao desenvolvimento somático, estão aqueles que são encontrados frequentemente na assistência como: a dificuldade na “revelação do diagnóstico, a orfandade, desestruturação familiar e início da atividade sexual” (BRASIL, 2009a, p. 59). Ainda apresentam outras situações delicadas como o final da puberdade e o começo das questões relacionadas à idade genital, intrinsecamente relacionadas ao exercício da sexualidade.

Além disso, o embate entre a busca de independência e autonomia dos adolescentes e a necessidade de aceitar tratamentos e controles rigorosos de saúde, que podem dificultar a adesão ao tratamento, demandam que o profissional busque atender a essa autonomia conforme as capacidades dos adolescentes.

No grupo que vive com HIV/aids, adquirida por transmissão horizontal, os adolescentes geralmente estão nos estágios finais da puberdade e foram infectados recentemente. Comumente, vivem diversos agravos sociais, problemas na escola e de inserção profissional e têm dificuldade de procurar os serviços de saúde. Muitos deles foram identificados pelos exames anti-HIV, feitos no pré-natal, complicando o desempenho da maternidade e da paternidade.

Outros grupos em grande vulnerabilidade como adolescentes vivendo na rua, sob exploração sexual e sob violência, e os usuários de drogas, têm mais dificuldades de acessarem os serviços de saúde e, quando chegam lá, estão em estado avançado de infecção.

Todos esses grupos necessitam de que na atenção integral à saúde sejam consideradas as suas singularidades, especificidades clínicas e comportamentos das duas diferentes formas de transmissão e no recebimento da atenção de maneira diferenciada, com acolhimento e apoio que facilitem a formação de vínculos com a equipe da UBS do território. Para os adolescentes é fundamental que sejam logo inseridos nos seus tratamentos para que se sintam confiantes e usem suas capacidades de autocuidado. Essa iniciativa fortalecerá o estabelecimento da relação de confiança com o profissional de Saúde.

É imprescindível não esquecer que a descoberta da soropositividade é um momento difícil que nos adolescentes ocasiona medos, situações de insegurança, de rejeição e de negligência e a perspectiva de não poder aproveitar bem a vida individual e social. A autoestima fragilizada

pela imagem corporal, pelos efeitos da medicalização ou mesmo pela doença, pode prejudicar a identidade com seu grupo de companheiros. Muitos se sentem solitários e discriminados.

Nestes casos, o envolvimento da rede social de jovens vivendo com HIV e aids com adolescentes que recentemente conheceram a sua condição de positividade sorológica, pode ser um importante aliado no processo de compreensão do diagnóstico e da adesão ao tratamento, aliviando também o sentimento de solidão.

A abordagem profissional precisa, também, envolver reflexões para compreensão dessa nova realidade, para que os adolescentes, apoiados por suas famílias ou cuidadores, possam entendê-la e procurem conviver com a nova situação retirando dela as melhores condições possíveis de saúde, além de viverem suas vidas como pessoas que estão construindo novos projetos de futuro.

Por fim, como fator básico de prevenção e de proteção, é necessário não esquecer de que os adolescentes precisam ser apoiados e compreendidos nos serviços de saúde, para que sua sexualidade e vida sexual não sejam julgadas. O cuidado nessa abordagem assegurará que eles possam tomar para si mesmos o cuidado do corpo e lidar adequadamente e de maneira segura com os seus desejos, isentos de culpa e medos que, muitas vezes, atrapalham a capacidade de perceberem o risco de serem infectados por DST, HIV/aids e hepatites virais.

#### Saiba mais:

Lei Orgânica da Saúde n° 8.080/90 (LOS), artigo 7°.

#### Saiba mais:

Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/aids. MS, 2013.

Acesse: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_atencao\\_integral\\_hiv.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_atencao_integral_hiv.pdf)>.

#### Saiba mais:

Cuidando da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes: orientações básicas.

# Gravidez na Adolescência

A gravidez na adolescência, hoje, constitui-se como uma questão polêmica por ligar aspectos relacionados ao exercício da sexualidade e da vida reprodutiva às condições materiais de vida e às múltiplas relações de desigualdades que estão presentes na vida social do País. Nesse sentido, é mais apropriado que a gravidez na adolescência seja vista como um ponto de inflexão que resulta de uma pluralidade de experiências de vida, com diferentes significados, abordado de várias maneiras e que adota diversos desfechos.

Tradicionalmente, a ocorrência da gravidez na adolescência é enfocada como não planejada, indesejada e decorrente do desconhecimento de métodos anticoncepcionais. Estes aspectos nem sempre estão presentes e sinalizam que a análise da gravidez e da maternidade nessa faixa etária não pode ser desvinculada das motivações individuais, nem descontextualizada das condições sociais em que as adolescentes estão inseridas, considerando-se a influência de fatores sociopolíticos, culturais e psicológicos implicados na escolha de ser mãe.

Para a saúde pública, a gravidez na adolescência tem sido um desafio. Visto que muitas destas gestações terminam em abortos provocados, realizados em condições adversas, que evoluem com problemas obstétricos como hemorragia, infecção ou perfuração uterina, contribuindo para o aumento da mortalidade materna neste grupo etário.

Outro aspecto de destaque é a possibilidade de risco biológico dessa gravidez, quando associada a outros fatores, como desnutrição e acompanhamento tardio, entre outros. Se presente, esse risco não está especificamente ligado ao fato de a gestante ser adolescente, pois pode ser minimizado por meio de um acompanhamento pré-natal adequado e iniciado o mais cedo possível. Outro risco apontado é o risco psicossocial, uma vez que a maternidade pode influenciar no abandono escolar e dificultar o acesso ao mercado de trabalho. No entanto, a análise desta questão é complexa, já que outros fatores também participam na evasão escolar e na exclusão social de adolescentes.

Quando as políticas públicas não são suficientes para garantir a inserção das mães e dos pais adolescentes no mercado de trabalho e a continuidade da educação, principalmente para as adolescentes, que ainda são em grande parte responsáveis pelos cuidados com os filhos, cria-se uma situação negativa que influencia fortemente nos determinantes de saúde. Nesse contexto, a gravidez, a maternidade e a paternidade nesse grupo podem tornar-se problemas.

Outro cenário que pode ocorrer é a gestação na adolescência não ser aceita pela família e/ou pelo parceiro, criando uma situação de desamparo para a mãe, vulnerabilizando-a, configurando-se uma conjuntura crítica na sua vida.

O atendimento nessas circunstâncias negativas demanda cuidados, que devem ser prestados por profissionais de Saúde capacitados, que busquem estabelecer vínculos com a adolescente e por intermédio de uma reflexão com ela, seu companheiro e familiares, tentem encontrar estratégias que possibilitem a equação desses impasses. O apoio à adolescente, para que ela possa se estruturar em seu novo papel de mãe, tendo ou não um companheiro, constitui-se em um suporte fundamental, que favorece inclusive que ela possa retomar seus estudos e projetos pessoais. Para as adolescentes de 10 a 14 anos que engravidam, é imprescindível um olhar diferenciado que resguarde seus direitos e garanta o acesso a instrumentos de proteção e de apoio institucional e social.

Por outro lado, ficar grávida, em contextos sociais marcados por desigualdades de gênero e de classe social, pode ser uma tentativa de encontrar um lugar social onde, mesmo ilusoriamente, o dia a dia dessa adolescente se torne em algo que valha a pena ser vivido. Ser mãe para elas talvez seja uma das poucas formas que lhes restam, já que muitas delas não têm inserção profissional e nem escolarização, para se colocarem no mundo como sujeitos sociais dentro de um grupo social. O sentimento de pertença é fundamental para que ela possa se sentir segura e ter confiança em si mesma para cuidar de si e do seu bebê (HEILBORN et al., 2002).

É preciso também reconhecer que aos homens, principalmente adolescentes, dificulta-se o exercício da sua paternidade, o que reflete na construção de uma sociedade regida pela divisão de trabalho por gênero, onde historicamente foi delegada à mulher a atribuição do cuidado infantil e a responsabilidade pela vida reprodutiva. Parte-se então da ideia de que a não participação masculina na vida doméstica não decorre exclusivamente do “machismo” de cada homem, mas da compreensão das condições criadas pela sociedade para facilitar ou dificultar o envolvimento de homens na vida familiar (LYRA et al., 1998).

Essa premissa precisa ser discutida porque impede ao homem o exercício de um direito seu – o de ser pai – que repercute no direito do seu filho – o de ter um pai – que cuide dele e esteja ao lado da sua mãe nessa empreitada de vida, mesmo que já não seja mais seu companheiro ou namorado.

Estudos como o de Heilborn et al. (2002), no entanto, demonstram que a gravidez para muitas mulheres e homens adolescentes, está incluída em seus projetos de vida. Que a maternidade e a paternidade podem se revelar, nessa faixa etária, como um elemento reorganizador da vida e não somente desestruturador.

Por fim, o sucinto cenário abordado já evidencia que, na compreensão do fenômeno da gravidez na adolescência, é fundamental considerar um conjunto de fatores causais. Estes apontam para a necessidade de que, na atenção integral e no cuidado à saúde desse segmento populacional, haja a integração das políticas de saúde e de outras políticas sociais que considerem: os padrões de conduta e de valores sociais historicamente construídos, as iniquidades sociais e seus fatores constitutivos, entre outras questões, que influenciam nas diferenças de expectativas e de papéis sociais de adolescentes e consequentemente em suas trajetórias de vida suas decisões.

Essas políticas integradas, intra e intersetorialmente, repercutirão positivamente no crescimento e no desenvolvimento saudáveis desse grupo populacional, na garantia de seus direitos e de proteção, contribuindo para o pleno desenvolvimento de suas potencialidades, enquanto pessoas e cidadãos, podendo levá-los a fazer escolhas, esclarecidas e responsáveis, em acordo com seus projetos de vida.

### 30.1 Teste rápido de gravidez (TRG)

Para que a gravidez na adolescência transcorra sem intercorrências é importante que a captação para o início do pré-natal seja realizada o mais precocemente possível. Dessa forma, o momento do diagnóstico da gestação é de fundamental importância.

Para facilitar a captação precoce da adolescente gestante no pré-natal (primeiro trimestre) deve-se ter disponível o TRG. A entrega do insumo TRG pela equipe de AB pode ser feita à adolescente ou à parceria sexual, o teste pode ser realizado dentro ou fora da UBS, respeitando o direito da autonomia e sigilo. Em qualquer das circunstâncias o acolhimento deve ser feito pelo profissional de Saúde no sentido de garantir informação qualificada e fortalecer o vínculo com a usuária. Caso o teste seja feito na UBS o profissional de Saúde deverá agendar de imediato a consulta para o planejamento reprodutivo ou o início do pré-natal.

É imprescindível facilitar o acesso de adolescentes ao TRG na atenção básica, especialmente as que estão na faixa etária entre 10 a 16 anos, devido às singularidades destas idades e por estarem em situação peculiar de desenvolvimento, necessitando de maior apoio e proteção. O profissional deve estar atento às situações de violência sexual, e seguir as normas técnicas do Ministério da Saúde e legais, se for o caso.

Saiba mais:

<http://www.saude.gov.br/bvs>.

A solicitação do teste de gravidez por adolescentes deve estar vinculada à realização de acolhimento que faça a orientação pré-teste e informe sobre a disponibilidade, também, dos testes rápidos para sífilis, HIV/aids e a orientação para o planejamento reprodutivo.

Na orientação pré-teste, acolher a adolescente para que se sinta segura em conversar sobre seus sentimentos e seja informada de que o atendimento é sigiloso e confidencial, para que ela possa retornar à unidade independente do resultado. É preciso verificar sempre a data da última menstruação e da última relação sexual para avaliar a possibilidade do uso da anticoncepção de emergência e informar que o teste rápido pode dar falso negativo na fase inicial da gravidez. No caso de dúvida, usar o preservativo masculino ou feminino ou não ter relações sexuais até a realização de novo exame.

No caso de TRG negativo, é importante enfatizar a necessidade de acompanhamento de contracepção e prevenção da gravidez não planejada.

No caso de TRG positivo e a adolescente deseja a gravidez:

- O teste é de triagem, porém, a partir dele, a adolescente já pode ser vinculada ao pré-natal. O beta HCG, quando indicado, poderá ser realizado posteriormente, com os demais exames.
- Iniciar a rotina de pré-natal e reforçar o convite para participação da parceria sexual durante as consultas, favorecendo o engajamento da parceria em ações educativas e preventivas.

No caso de TRG positivo e a adolescente não deseja a gravidez:

- Orientar sobre os direitos acerca da gestação: atenção ao pré-natal, assistência ao parto e ao nascimento, rede de proteção social com condições diferenciadas para continuidade dos estudos, licença-maternidade, programas específicos para famílias de baixa renda, utilização de creche e encaminhar para orientações com assistente social da rede de saúde local, se for o caso.
- Ofertar mediação de conflitos familiares decorrentes da gravidez não planejada, em que o fator familiar é determinante para a não aceitação da gravidez.
- Orientar sobre possibilidades de adoção, caso opte(m) pela continuidade da gestação e não haja desejo ou condições de permanecer com a criança.
- Informar que a legislação brasileira permite a interrupção da gestação para os casos previstos em lei (violência sexual, risco de morte para a mulher, anencefalia fetal).
- Informar acerca do risco de práticas caseiras para a interrupção da gravidez.
- Orientar sinais e sintomas de alerta, caso haja interrupção da gravidez de modo inseguro: febre, calafrios, hemorragia, dor abdominal, dor no baixo ventre, secreção

vaginal com odor fétido, dor ao urinar. Ressaltar a importância de procurar o hospital mais próximo caso apresente quaisquer desses sintomas.

### Saiba mais:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf).

## 30.2 Acompanhamento pré-natal da adolescente

Reduzir o acompanhamento pré-natal da adolescente apenas a um conjunto de procedimentos técnicos, sem a abordagem dos aspectos emocionais, sociais e familiares, é empobrecer todo o processo e perder a oportunidade de refletir com a adolescente, seu parceiro e família sobre o significado e as implicações da situação que estão vivendo. Para cada família, esse evento toma um sentido diferente. A equipe de saúde deve atuar garantindo atendimento integral, físico, emocional e social, usando recursos que aumentem a capacidade dos envolvidos na situação para buscarem as melhores alternativas de lidar com ela.

É preciso identificar no território todas as adolescentes que estão grávidas e em especial as que estão em situação de maior vulnerabilidade (vivendo na rua, em conflito com a lei, usuárias de álcool e outras drogas, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família) para que sejam acolhidas e recebam cuidados diferenciados, de acordo com as suas necessidades e demandas de saúde.

Na avaliação do risco gestacional em todas as adolescentes grávidas, realizar o diagnóstico precoce e de intercorrências incluindo as variáveis psicossociais para a prevenção de situações de risco.

Entre os aspectos importantes a serem abordados pela equipe de saúde durante o acompanhamento pré-natal e nas ações educativas, principalmente para adolescentes de 10 a 16 anos, estão:

- A importância do pré-natal para a saúde dela e de seu filho.
- O desenvolvimento da gestação e as modificações corporais e emocionais na gravidez.
- Orientar sobre os hábitos saudáveis de nutrição e cuidados pessoais, e sobre os medos e fantasias referentes à gestação e ao parto.
- Esclarecer sobre a atividade sexual, incluindo a prevenção de DST/HIV/aids.
- Informar sobre sintomas comuns da gravidez e orientações para as queixas mais frequentes.
- Orientar sobre sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço).

- Preparar para o parto, informando sobre os sinais e sintomas do início das contrações e do trabalho de parto.
- Orientar e incentivar para o parto normal, resgatando-se, como processos fisiológicos, a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno.
- Esclarecer à adolescente gestante em que situações é necessário o parto cesariana, uma vez que a sua condição de adolescente, por si só, não justifica a indicação desse procedimento.
- Orientar a adolescente gestante sobre a importância do contato pele a pele logo após o nascimento, para o recém-nascido e para a mãe, principalmente na criação do vínculo entre ela e o bebê.
- Informar sobre a importância da consulta puerperal e do recém-nascido na primeira semana após o parto.
- Orientar sobre os cuidados com o recém-nascido e sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.
- Facilitar o futuro exercício da paternidade e da maternidade adolescente, acolhendo as adolescentes grávidas e seus parceiros adolescentes, e preparando-os para esse exercício. Envolver também os seus familiares.

Pela possibilidade de vulnerabilidade em adolescentes grávidas na faixa etária de 10 a 14 anos, deve-se promover assistência qualificada, com abordagem diferenciada, considerando a necessidade de um maior número de consultas e as questões éticas e legais. Nesta faixa etária, as principais comorbidades a serem rastreadas são as doenças hipertensivas específicas da gravidez, da anemia, de infecções e da prematuridade (BOUZAS; CADER; LEÃO, 2014).

É fundamental monitorar no pré-natal os fatores de risco, mas que não configuram uma gravidez de alto risco, tais como:

- Idade menor do que 15 anos.
- Altura menor do que 1,45 m.
- Peso menor do que 45 Kg ou maior que 75 Kg.
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular).
- Não aceitação da gravidez.
- Situação familiar ou conjugal insegura (BRASIL, 2012b).

Saiba mais:

[dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf).



Nos casos onde houve abortamento, avaliar com a adolescente e parceiro, se possível, seus projetos de vida na perspectiva de ter ou não ter filhos naquele momento e informar sobre a necessidade de intervalo intergestacional para a recuperação da saúde e a detecção e tratamento da causa do abortamento. É preciso reforçar o cuidado com a possibilidade da adolescente ou do casal entrar em depressão após o abortamento, articulando, caso haja necessidade, as referências para o atendimento do caso.

É necessário que a unidade de saúde articule ações intersetoriais que assegurem o direito das adolescentes gestantes: com relação à continuidade dos seus estudos em regime diferenciado (Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975), e o apoio da rede de proteção social, quando necessário, para os futuros pais e mães adolescentes.

### Saiba mais:

<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/beneficios>.

Articular a atenção à saúde, específica para a adolescente grávida em cumprimento de medida socioeducativa, com os gestores do sistema socioeducativo e assistência social, conforme a Portaria MS/GM nº 1.082, de 23 de maio de 2014, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) e o plano de ação para esse atendimento de cada município.

Uma das ações importantes no pré-natal é incentivar a parceria da adolescente a cuidar da sua saúde, com ela, realizando exames para diagnóstico precoce e tratamento de doenças que possam afetar a saúde da sua adolescente grávida e por consequência a do bebê, como a sífilis congênita. Facilitar a participação do pai/parceiro em todos os momentos do pré-natal, parto e puerpério.

## **30.3 Informações sobre nutrição da adolescente gestante**

As adolescentes de baixo peso (IMC<19,8) devem ter um ganho ponderal total de 12,5 a 18 Kg; as com estado nutricional prévio normal (IMC=20,2-24,9) espera-se na gestação um ganho ponderal de 11,5 a 16 Kg; já as com sobrepeso (IMC=25,0-30,0) o ganho ponderal deve ser de 7 a 11,5 Kg. Entretanto, as adolescentes obesas (IMC>30,1) devem observar bem o ganho ponderal, pois não deve ultrapassar, até o final de gestação, os 7 quilos. A oferta calórica durante a gestação tem como base o cálculo de  $(12,2 \times \text{peso} + 746)$ , no período de amamentação deve ser acrescida de (300 a 500 kcal/dia).

A gestante deverá ser orientada quanto a não fumar e não usar álcool ou outras drogas. Quantidades excessivas de cafeína também devem ser evitadas. A ingestão de líquidos deve ser aumentada durante a lactação, sendo recomendado que a mãe ingira 2 a 3 litros de líquidos por dia. O uso de sabonetes e cremes sobre os mamilos deve ser desaconselhado, uma vez que interferem com a sua lubrificação normal.

## Exame das mamas

As mamas devem ser examinadas durante o pré-natal e no pós-parto. Diferentes formatos e tamanhos de aréolas e mamilos podem ser identificados: para facilitar as orientações e favorecer a pega do bebê ao seio. O mamilo melhora durante a gravidez e nas primeiras semanas de nascimento.

### 30.4 Parto e nascimento

No trabalho de parto, deve-se garantir que a adolescente tenha um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério. A presença do acompanhante eleito pela adolescente contribui para melhores resultados no parto, menos complicações perinatais e melhor interação mãe-filho. O estresse tem relação direta com complicações obstétricas e trabalho de parto prolongado.

É importante favorecer que a mãe adolescente tenha contato íntimo e prolongado com o bebê logo após o nascimento. A construção do vínculo mãe-filho é facilitada por atitudes que a equipe de saúde tenha em relação à mãe neste momento: permitir o contato pele a pele, olho a olho, logo após o nascimento; colocar o bebê sobre o ventre materno e ajudar a mãe a levá-lo ao seio na primeira meia hora de vida, aproveitando o estado de alerta do bebê, porque a sucção ao seio estimula a liberação de ocitocina ajudando na contração uterina, facilitando a expulsão da placenta e diminuindo o sangramento uterino.

### 30.5 Aleitamento materno

A amamentação bem-sucedida dará à adolescente autoconfiança no desempenho da maternidade. Da mesma forma, as dificuldades iniciais com a amamentação, poderão contribuir de forma negativa na relação mãe-bebê e na autonomia da adolescente como mãe. Durante o pré-natal, para que se logre um período de aleitamento materno eficaz, as adolescentes deverão ser capacitadas sobre a técnica da amamentação, ordenha e armazenamento do leite materno e suas vantagens para a saúde da mãe e do filho. Além disso, no puerpério deve ser realizado apoio a continuação da amamentação, com resolução das dificuldades que surgirem.

A mãe adolescente deve ser orientada quanto ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, introduzindo a partir daí alimentos complementares, podendo a amamentação ser mantida até os 2 anos de idade. A ordenha e o armazenamento, para posterior administração ao bebê, são recursos usados para o complemento das mamadas em situações específicas, como por exemplo: quando o bebê não ganha peso de maneira satisfatória; situações de ausência prolongadas da mãe (estudo ou trabalho).

A mãe deve ser orientada sobre o posicionamento do bebê ao seio como colocá-lo com o rosto de frente para o peito, com o seu abdômen encostado no da mãe, sugando o seio abocanhando mamilo e parte da aréola. Estes procedimentos visam prevenir fissuras, ingurgitamento mamário e mastites que são causas comuns de desmame precoce.

É preciso orientá-las ainda sobre:

- Não fumar e não usar álcool ou outras drogas.
- Quantidades excessivas de cafeína também devem ser evitadas.
- A ingestão de líquidos deve ser aumentada durante a lactação, sendo recomendado que a mãe ingira 2 a 3 litros de líquidos por dia.
- O uso de sabonetes e cremes sobre os mamilos deve ser desaconselhado, uma vez que interferem com a sua lubrificação normal.

Nesse contexto, é fundamental considerar as modificações corporais da adolescência, pelas quais estão passando as grávidas de 10 a 14 anos, que podem interferir no processo da amamentação.

Saiba mais:

*Cadernos de Atenção Básica, n° 23, 2009.*

### ■ 30.6 Atenção no puerpério

A atenção à adolescente e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. O retorno da adolescente e do RN ao serviço de saúde, de sete a dez dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

O profissional deve estar atento para ouvir e acolher a adolescente, seu companheiro e sua família. É nesta etapa que se aprofunda o vínculo mãe-filho-família. O corpo da adolescente também passa por modificações que precisam ser acompanhadas de perto.

Os profissionais de Saúde costumam restringir as consultas do puerpério em busca dos sintomas orgânicos e das prescrições. Entretanto, vale lembrar que há, principalmente para a adolescente, um reviver de conflitos anteriores e algumas situações novas importantes que podem fragilizá-la e trazerem dificuldades para a sua autoestima e para o exercício da maternidade. Portanto é preciso um olhar para o estado emocional da adolescente, propiciando apoio e em casos mais graves uma referência para profissionais de Saúde Mental.

Faz parte da primeira consulta de puerpério, em que são avaliados conjuntamente a mãe e o RN, em resumo:

- Anamnese e exame físico da mãe com atenção especial para a involução uterina, lóquios, sinais de infecção, estado da ferida operatória, quando houver. Realizar o exame atento das mamas e dar orientações quanto à amamentação. Orientação quanto aos cuidados gerais da mãe e do bebê, além da contracepção, que não interfira com a amamentação.

- Coleta dos dados do nascimento e exame físico do RN. Verificar se foram realizados o teste do pezinho (T4, PKU, Hemoglobina), teste do olhinho (pesquisa do reflexo vermelho) e teste da orelhinha (otoemissão acústica), além das vacinas para o bebê (BCG e hepatite B).
- Sensibilizar, informar e esclarecer sobre métodos anticoncepcionais, para o planejamento reprodutivo.
- Deve ser feita uma inspeção cuidadosa do Cartão da Gestante e da Caderneta da Criança, que trazem os principais dados quanto ao parto e às condições do nascimento do RN e eventuais intercorrências, e da Caderneta de Saúde da Adolescente para a atenção integral.
- O profissional de Saúde também deve observar se o vínculo mãe e filho está tranquilo ou com problemas.

Algumas mulheres adultas e adolescentes emergem da situação de parto com sintomas depressivos, em vários níveis de gravidade, que interferem com a relação da mãe com a criança. Estes sintomas devem ser acompanhados no sentido de melhorar o estado emocional da mãe, o que contribuirá para o restabelecimento do vínculo, melhorando o cuidado com o bebê e com o processo de amamentação. Conforme a gravidade, essas mães devem ser atendidas, também, por profissionais da Saúde Mental.

O pai precisa ser escutado sobre suas angústias e incentivado a colaborar com sua parceira, pois é um momento de vulnerabilidade familiar. Pela própria cultura ocidental, os homens não participam muito do processo da gravidez, parto e puerpério, ficando para as mulheres a ajuda à gestante. Estes fatos ainda são mais relevantes quando o pai é um adolescente, pois muitas vezes são alijados do processo. O pai, independente da sua idade, quando participativo, pode auxiliar a mulher no ato da amamentação dando-lhe segurança e nos cuidados com o bebê.

Assim, atendidos integralmente em suas necessidades e demandas de saúde, adolescentes são protegidos em seus direitos e apoiados em suas trajetórias de vida rumo à realização pessoal e social, à igualdade de oportunidades e ao respeito aos direitos humanos.



# Sexualidade e Paternidade

Antes mesmo de falarmos de gravidez e de paternidade na adolescência, é importante discutirmos um pouco como os adolescentes e homens jovens encaram a sexualidade e o fato de serem reprodutivos ou não.

No processo de socialização de adolescentes, muitas vezes os processos reprodutivos não possuem a mesma relevância das descobertas e exercícios sexuais. Se temos um grande silêncio entre mães e filhas sobre as transformações dos corpos das meninas e sua fertilidade, esse silêncio comumente é ainda maior entre os pais e os seus filhos meninos. Por exemplo, muitas vezes a experiência da semenarca e das poluções noturnas são vivenciadas pelos meninos como um grande misto de surpresa, confusão, curiosidade e prazer e, mesmo após estas descobertas iniciais, ainda perduram para eles várias dúvidas e mitos sobre sua fertilidade.

De forma frequente, as discussões sobre homens, adolescentes e jovens no contexto da sexualidade e da reprodução foram centradas em problemas – se ressaltava a sua pouca participação na vida sexual e reprodutiva e, em aspectos violentos de seu comportamento com a parceira, com a família e, em algumas vezes, com os profissionais de Saúde. Por causa dessa impressão, frequentemente os jovens foram encarados como obstáculos ou agressores, e na maioria das vezes não se dedicava muita atenção a eles.

De fato, muitos jovens não participam ainda do cuidado dos seus filhos, tampouco participam adequadamente e têm conhecimento das necessidades de suas parceiras. Mas existe outra parcela considerável de homens jovens e adolescentes que participam do cuidado com as crianças e com sua parceria sexual, sendo respeitosa nas suas relações de intimidade. Além disso, é importante lembrar que ninguém é apenas de um único jeito o tempo todo; um adolescente ou jovem pode mudar e rever seus conceitos e práticas e é nessa possibilidade que apostamos.

Tanto pesquisas quanto experiências com grupos de homens adolescentes demonstram que eles respondem diretamente segundo as expectativas que se têm deles. Assim, adolescentes

que se sentem rotulados como violentos tem mais probabilidade de serem violentos, no mesmo sentido que se esperamos que eles não se envolvam com o cuidado de seus filhos e que não participem de temas ligados à saúde sexual e reprodutiva de uma forma respeitosa e comprometida, acabamos criando profecias autorrealizadoras.

Partindo do princípio de que os homens devem ser vistos como aliados – atuais ou potenciais – e não apenas como obstáculos, ressalta-se a importância de ações em educação em saúde que ajudem a desconstruir tabus e mitos, ajudando os jovens a compreender as mudanças físicas, psicológicas e emocionais que marcam a puberdade e a adolescência. A Educação Permanente em Saúde pode e deve estimular processos de reflexão nos adolescentes e jovens, favorecendo mudanças na forma como eles se relacionam simbólica e concretamente com os processos de reprodução e da sua sexualidade.

Compreender as construções sociais que envolvem a esfera da reprodução nos adolescentes é importante, mas também é fundamental fazer um exercício, profissionais de Saúde, de Educação e mesmo entre pesquisadores, sobre o lugar ou o “não lugar” que damos a eles na gravidez durante a adolescência. Em geral, a gravidez na adolescência se confunde na literatura e nas ações sociais com a maternidade na adolescência, ou seja, muito se fala sobre a gravidez, mas, na verdade, fala-se mesmo sobre a adolescente grávida.

Existe um verdadeiro “muro de silêncio” sobre a paternidade na adolescência. Entre os diversos motivos que justificam essa invisibilidade, destacamos: 1) o filho em geral, é percebido em nossa cultura como sendo da mãe; 2) o homem jovem quase sempre é percebido, a partir de um estereótipo machista, como naturalmente promíscuo, inconsequente, aventureiro e impulsivo; 3) o jovem pai é visto, no mesmo contexto anterior, sempre e por princípio, como ausente e irresponsável: “nem adianta procurá-lo que ele não quer nem saber!”; 4) o jovem pai é reconhecido mais no papel de filho do que de pai.

Em relação à paternidade, em um dos poucos intentos empreendidos para obter dados demográficos sobre o pai da criança brasileira, Lyra (1997) constata, conforme já ressaltado, que no Brasil, ainda prevalece a máxima: “o filho é da mãe”. Ao tentar quantificar a incidência da paternidade na adolescência no Brasil a partir das bases de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), Lyra percebeu grande dificuldade em encontrar dados sobre a paternidade.

Ou seja, se alguém quiser hoje saber quantos pais adolescentes existem no Brasil, essa pessoa não vai encontrar uma informação direta, na medida em que os dados sobre nascimento no Brasil são coletados a partir exclusivamente dos dados da mãe. Tanto nas pesquisas aplicadas aos moradores dos domicílios como quando o instrumento de coleta e o registro de nascimento, sempre há informações mais abundantes sobre a mãe e ausência de informações sobre o pai/parceiro da criança.

A ausência de dados sobre a paternidade reflete e constrói uma sociedade regida pela divisão de trabalho por gênero, onde historicamente foi delegada à mulher a atribuição (muitas vezes o fardo) do cuidado infantil e a responsabilidade pela vida reprodutiva. Da mesma maneira que, segundo este mesmo princípio, à mulher foi negado o direito e a possibilidade de ocupar o espaço público, ao homem vem sendo impossibilitada a participação na vida privada. Parte-se da ideia de que a não participação masculina na vida doméstica não decorre exclusivamente do “machismo” de cada homem, mas da compreensão das condições criadas pela sociedade para facilitar ou dificultar o envolvimento de homens na vida familiar.

Além dessa invisibilidade, pode-se questionar a abertura que este pai tem nos sistemas públicos de saúde para exercer seu papel de cuidador. É ainda forte no ideário social a concepção de que ele está menos apto para tal tarefa, assim como a ideia de que o pai nunca poderá ter uma condição igual à da mãe, justificada principalmente pelo viés biologizante do vínculo no nascimento.

Vem crescendo o interesse por experiências de trabalho com adolescentes e jovens em saúde sexual e reprodutiva e sexualidade, gerado, sobretudo, a partir de ações desenvolvidas com jovens do sexo feminino. Nesse contexto, experiências concretas veem sendo desenvolvidas basicamente por ONGs durante vários anos, por intermédio de programas inovadores, mas sem ampla difusão nos serviços de saúde da rede SUS. Essas iniciativas enfrentaram diversos empecilhos, entre os quais, a própria limitação das ONGs para dar continuidade a esta tarefa face à limitação de recursos humanos e financeiros, a falta de preparo dos próprios profissionais de Saúde para atender à clientela masculina, a ausência de material específico, bem como a falta de interesse dos adolescentes e jovens em cuidar da sua saúde.

Outra questão importante é que, mesmo entre aqueles que concordam sobre a necessidade de focalizar os homens nos serviços de saúde havia polêmicas: deve-se alcançar melhores índices de saúde para as mulheres ou atender eventuais demandas dos homens? Sem dúvidas, tem ficado mais clara a necessidade imperiosa das políticas de saúde, voltadas não só para mulheres e homens, mas também para crianças, adolescentes, jovens e pessoas idosas, trabalharem transversalmente juntas – primando por ações integrais e integradas focadas na equidade e nas especificidades de gênero – com o intuito de obter melhores indicadores de saúde para todos os envolvidos.

Particularmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 1.944, de 27 de agosto em 2009 – cujo público prioritário, mas não exclusivo, é a população masculina de 20 a 59 anos – tem desenvolvido, desde 2012, com maior desenvoltura a estratégia denominada “Pré-Natal do Parceiro” voltada para a inclusão dos homens nas consultas médicas periódicas do pré-natal de suas parceiras, para a oferta de exames de rotina e de testes rápidos de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, além da atualização da carteira vacinal, e para a participação nas

atividades educativas realizadas nos serviços de saúde com o objetivo de engajá-los na divisão das tarefas de cuidado e no exercício saudável da paternidade ativa.

De maneira ampla, o tema da paternidade abrange o envolvimento ativo dos homens em todo o processo de gestação, parto e puerpério, dando oportunidade para a criação de vínculos mais fortes e saudáveis entre pais, mães e filhos(as), e neste contexto as ações voltadas para os adolescentes e jovens no âmbito da Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e do Jovem devem estar em franco diálogo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

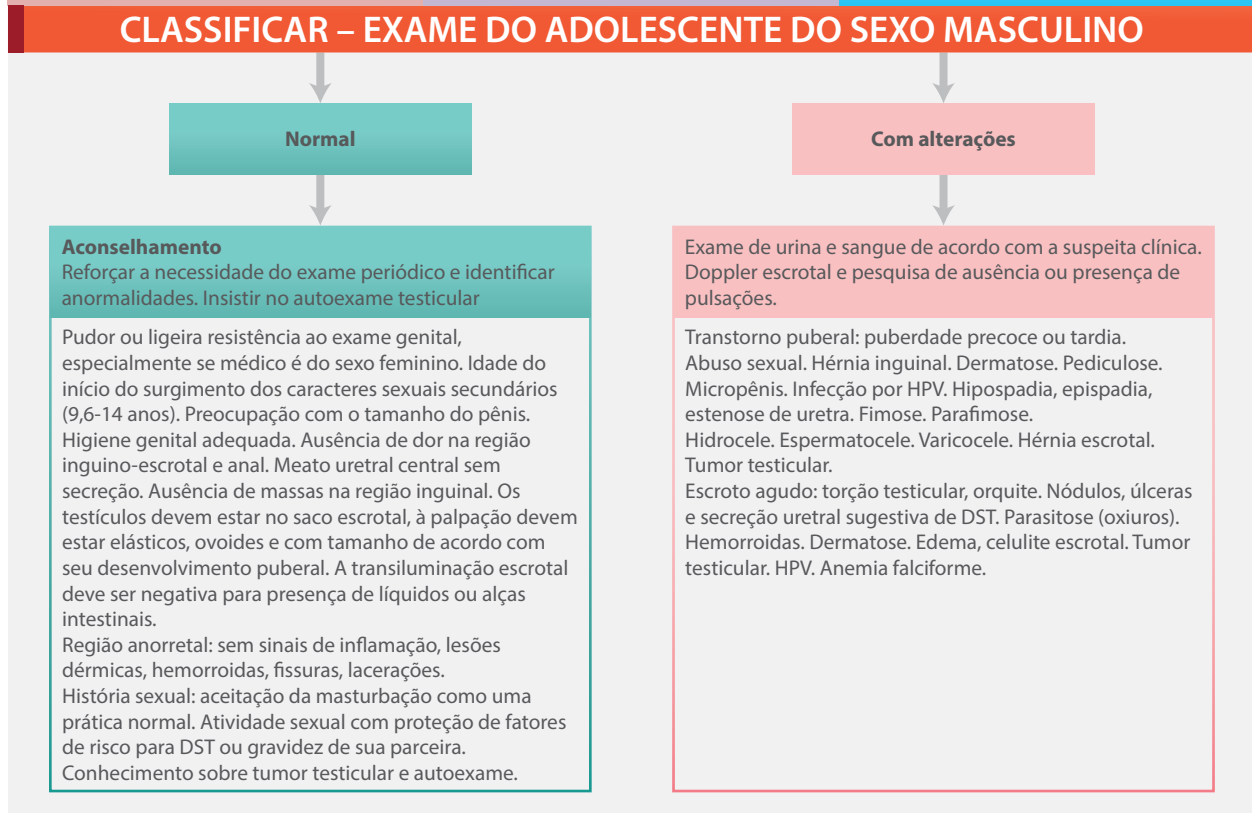
A tônica deste trabalho conjunto se dá a partir do conceito ampliado de educação em saúde, que extrapola em muito as paredes e as barreiras da unidade de saúde (seja ela uma UBS, um posto, uma clínica ou uma maternidade). Dessa forma, o envolvimento dos homens adolescentes e jovens pode se dar em diversas circunstâncias e locais – na escola, grupos desportivos, clubes juvenis, quartéis militares, em centros de adolescentes e jovens que cumpram medidas socioeducativas, grupos comunitários etc. Também podemos trabalhar em salas de espera, em clínicas e postos de saúde, mesmo que aproveitando outra demanda como a visita ao odontólogo, uma vacina ou mesmo quando esse jovem ou adolescente estiver acompanhando outra pessoa.

Se estiver acompanhando sua parceira na gravidez é importante frisar, além do que já foi colocado, que o pai/parceiro, inclusive adolescente, tem o direito de: 1) participar de todas as etapas do pré-natal – isso pode ser muito benéfico para ele, sua parceira e a criança; 2) ter suas dúvidas sobre a gravidez e os cuidados com a criança e sua parceira esclarecidos; 3) realizar seus exames e testes de rotina como HIV, sífilis, hepatites, hipertensão e diabetes, entre outros; 4) na época do parto, ser reconhecido como pai/parceiro e não como visita; 5) ser valorizado como potencial fonte de apoio, cuidado e proteção para a saúde da parceira e da criança em todo processo gestacional e no pós-parto, sobretudo durante a amamentação.



**Figura 14 - Exame do adolescente do sexo masculino**  
Exame do aparelho genital masculino de adolescentes entre 10 e 19 anos

Perguntar	Observar	Determinar
<p><b>História familiar:</b> alta ou baixa estatura familiar.</p> <p><b>História pessoal:</b> idade cronológica, condições do nascimento, alergias, doenças crônicas e agudas. Imunização. Circuncisão. Uso de medicamentos. Idade de início e progressão dos caracteres sexuais secundários. Muda vocal. Pelo axilar, bigodes e barba. Dor testicular ou inguinal. Traumatismos. Exercícios de impacto ou esportes radicais. Disúria. Desvio e força do jato miccional. Secreção uretral. Prurido anogenital. Prisão de ventre. Dor ou sangramento ao evacuar.</p> <p><b>História sexual:</b> idade do início das relações sexuais, data, atividade sexual atual, número de parceiros, idade do ou da parceira(o) atual, tempo de relação com a(o) parceira(o) atual, satisfação sexual, preferência sexual. Masturbação. Abuso sexual. Risco para HIV: não uso de preservativos. Preocupação pelo tamanho do pênis. Conhecimento sobre tumor testicular e autoexame testicular.</p>	<p>Atitude quanto ao exame físico e genital: aceitação ou não.</p> <p><b>Exame físico:</b> acne. Obesidade (gordura pubiana). Estatura alta ou baixa. Dermatoses.</p> <p><b>Exame genital:</b> inspeção e palpação higiene, distribuição do pelo pubiano, foliculites, lesões dérmicas. Massa inguinal. Tamanho do pênis. Aspecto da glande, sulco balanoprepucial, posição e tamanho do meato uretral. Secreção uretral. Escroto: aumento de volume, dor e mudança de coloração. Em casos de suspeita de hérnia, auscultar a bolsa escrotal para confirmar ou não a presença de ruídos hidroaéreos do peristaltismo intestinal.</p> <p><b>Exame anorretal:</b> inspecionar fissuras, presença de hemorroidas, lacerações, lesões de coçaduras. Toque retal (quando necessário). Sinais de abuso ou violência sexual</p>	<p>Padrão de maturação sexual. Preferências sexuais. Abuso sexual. Transtorno puberal: puberdade precoce ou tardia. Hérnia inguinal. Micropênis. Hipospadia, epispadia, estenose de uretra. Fimose. Parafimose. Priapismo. Hidrocele. Hérnia escrotal. Varicocele. Tumor testicular.</p> <p>Escroto agudo: torção testicular, orquite, trauma. Dermatose.</p> <p>Nódulos, úlceras e secreção uretral sugestivo de DST. Infecção por HPV. Parasitoses (oxiuros). Pediculose. Hemorroidas.</p>



Fonte: Elaboração própria.

## **Atendendo adolescentes do sexo masculino**

Perguntas frequentes:

- O tamanho de meu pênis é normal?
- A masturbação faz mal?
- O que é ejaculação precoce?
- Posso ter filhos?
- Preciso ser operado?

# Afecções Urológicas mais Frequentes

## 32.1 Escroto agudo

O escroto agudo exige que o médico tenha atenção especial para a história clínica e tome as medidas necessárias da maneira mais precoce possível, a fim de que a lesão testicular tenha chance de reversibilidade. O diagnóstico de torção deverá ser considerado em qualquer paciente que se queixe de dor escrotal aguda e de tumefação em bolsa escrotal. A torção testicular é uma emergência cirúrgica, visto que a probabilidade de salvar o testículo diminui à medida que a duração da torção se prolongue.

As afecções que podem simular a torção testicular, como torção de apêndice testicular, edema escrotal agudo idiopático, epididimite, trauma, hérnia, hidrocele e púrpura de Henoch-Schönlein geralmente não necessitam de intervenção cirúrgica imediata. O fator idade é importante. A torção testicular é mais frequente em meninos na puberdade (Tanner 2-5), embora possa aparecer até os 30 anos de idade.

A dor da torção tem início súbito, forte, causando grande desconforto, surgindo inúmeras vezes durante o sono, despertando o paciente. Uma dor que demora alguns dias em sua progressão é sugestiva de epididimite ou torção de apêndice testicular.

O histórico de trauma não exclui o diagnóstico de torção testicular. O trauma escrotal ocorrido durante atividades esportivas provoca dores severas de curta duração, mas a dor que persiste uma hora após o trauma não é normal e merece investigação para verificar se houve ruptura testicular ou torção aguda. A dor aguda intermitente prévia sugere torção intermitente com distorção espontânea.

O médico pode avaliar frequentemente a intensidade da dor observando o paciente antes de realizar o exame físico. O paciente está se contorcendo de dor ou deitado confortavelmente? Ele conversa com os amigos ou pais? É capaz de andar sem desconforto?

Um testículo em posição alta e com inclinação anormal (transversal) sugere torção. Sensibilidade restrita ao polo superior sugere torção de apêndice testicular, principalmente

quando um nódulo duro e dolorido pode ser apalpado. Uma pequena descoloração azulada, conhecida como “ponto azul”, pode ser vista por meio da pele sobre o polo superior. Esse sinal é praticamente típico de torção apendicular. Quando o histórico e o exame físico sugerem torção testicular e a dor é inferior a 12 horas, recomenda-se a referência imediata para intervenção cirúrgica.

### 32.2 Trauma escrotal

É incomum e resulta de golpe direto no escroto ou lesão tipo cavaleiro. O dano ocorre quando o testículo é comprimido com força contra os ossos pubianos. A epidimite traumática é uma condição inflamatória não infecciosa, que ocorre geralmente poucos dias após um golpe no testículo. O tratamento é semelhante à torção do apêndice testicular.

O trauma escrotal pode também causar hematoma intratesticular, hematocele ou laceração da túnica albugínea (ruptura testicular). O paciente deverá ser encaminhado para a cirurgia em hospital de referência, pois a ruptura testicular precisa de drenagem imediata e reparo.

### 32.3 Hidrocele

Hidrocele é o acúmulo de líquido entre a túnica albugínea testicular e a túnica vaginal. Durante o período fetal, os testículos desenvolvem-se no retroperitônio e descem até sua posição definitiva na bolsa escrotal, trazendo duas camadas de peritônio que os envolvem. A túnica albugínea, que está intimamente aderida aos testículos, é análoga ao peritônio visceral, enquanto a túnica vaginal representa o peritônio parietal. Esta túnica forma uma bolsa dentro do escroto contendo os testículos. Normalmente, existe dentro deste espaço de 1 a 3 ml de líquido que permite que as superfícies parietal e visceral deslizem uma sobre a outra. A hidrocele resulta de um desequilíbrio entre a produção e a reabsorção de líquido nesse espaço. Em caso de suspeita clínica referenciar o adolescente para serviços de maior complexidade.

### 32.4 Orquite

É um processo inflamatório-infeccioso limitado ao parênquima testicular. A orquite primária, sem envolvimento anterior do epidídimo (orquiepididimite), não é comum e sua causa mais frequente é a caxumba. O testículo pode sofrer inflamação a partir de origem hematogênica, por uma série de doenças virais (ex.: Cocksakie, dengue). A orquite por caxumba ocorre mais frequentemente na adolescência e idade adulta e em 20% dos casos é unilateral.

Os sintomas são: início súbito de dor e edema no testículo. Pode haver febre, por vezes elevada. A pele escrotal pode estar eritematosa e quente e os testículos, à palpação, apresentam-se aumentados e dolorosos. Eventualmente, o processo pode ser acompanhado de hidrocele. A fase aguda dura em média uma semana.

O diagnóstico diferencial deve incluir epididimite e torção testicular. Embora a função androgênica esteja geralmente preservada, a orquite da caxumba pode levar a considerável atrofia testicular e, quando bilateral, o risco de infertilidade. Felizmente, após o início da vacinação para a caxumba, a incidência desse tipo de orquite vem diminuindo.

**Conduta:** O tratamento consiste, basicamente, em medidas de alívio, como repouso, calor ou gelo local, analgésicos e anti-inflamatórios e suporte escrotal. Caso necessário referenciar para serviços de maior complexidade.

### 32.5 Epididimite

A epididimite em adolescentes e adultos jovens (Tanner 4-5) está associada comumente à atividade sexual. Em pré-púberes, entretanto, a epididimite relaciona-se quase sempre com anomalias do trato urinário. Os epidídimos são dois pequenos órgãos situados na região pósterolateral dos testículos, responsáveis pelo transporte, pelo armazenamento e pela maturação dos espermatozoides.

Epididimite é a infecção limitada ao epidídimo, geralmente é retrógrada, por meio da uretra posterior, dutos ejaculatórios, canais deferentes ou próstata. Raramente ocorre a disseminação hematogênica da infecção. Em adolescentes, as uretrites sexualmente transmissíveis são as causas mais frequentes de epididimite. Os principais patógenos são: a *Clamídea trachomatis*, a *Neisseria gonorrhoea* e o *U. urealyticum*.

Os sinais e sintomas são semelhantes aos da orquite, com intensa dor no epidídimo, que se encontra congestionado, aumentado de volume. A temperatura da bolsa escrotal poderá estar normal ou aumentada. Febre, disúria e secreção uretral são achados frequentes, assim como hidrocele reacional.

**Conduta:** deve constituir-se, além do tratamento da infecção, em medidas gerais como repouso e elevação escrotal para prevenir o edema. Gelo local pode ser aplicado. O adolescente deve ser referenciado para serviços de maior complexidade.

### 32.6 Parafimose

A parafimose produz-se quando se retrai forçosamente o prepúcio, com abertura estenótica sobre a glândula e não se consegue reduzir com rapidez. A inflamação e o edema secundário da glândula produzida por este processo fixam o prepúcio na altura do sulco coronal.

Inicialmente, a compressão do prepúcio causa uma congestão linfática, podendo ocorrer o comprometimento venoso e arterial. Infecção subjacente pode piorar o quadro doloroso e evoluir com celulite local, adenopatia e tromboflebite. Caso não se estabeleça o tratamento, pode haver evolução para isquemia e gangrena peniana. É uma emergência urológica que requer tratamento imediato.

## ■ 32.7 Varicocele

A varicocele é a causa mais comum de esterilidade masculina passível de ser corrigida cirurgicamente. Ocorre em aproximadamente 30% dos homens estéreis. As causas de esterilidade em tais pacientes são desconhecidas, embora muitas teorias focalizem a temperatura testicular elevada, causada pelo aumento do fluxo sanguíneo, resultando na redução da espermatogênese e da motilidade do espermatozoide. Metade dos homens estéreis que possuem varicocele apresenta melhoras nos parâmetros seminais após a cirurgia de reparo.

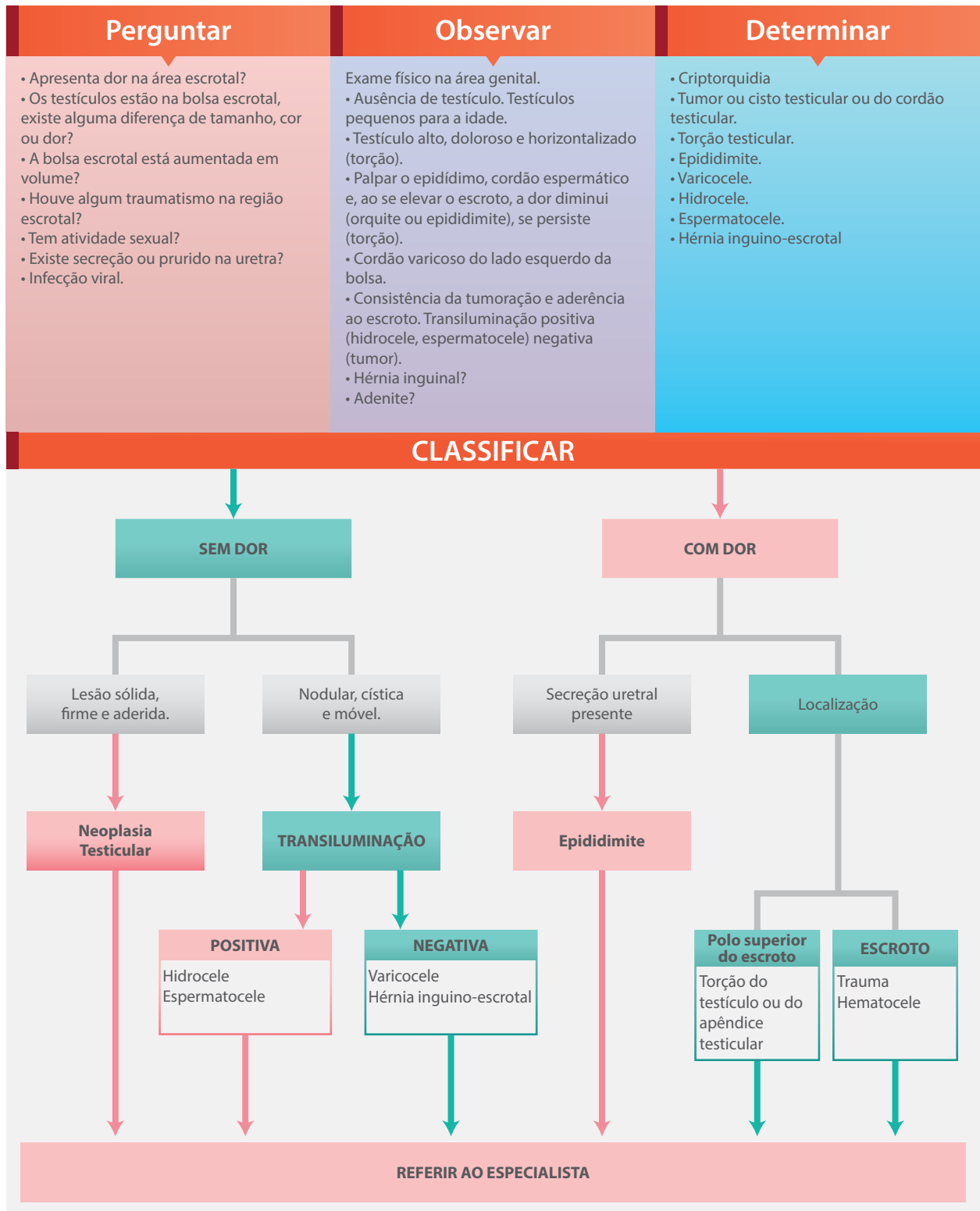
A varicocele é a dilatação do plexo venoso pampiniforme e da veia espermática interna. Os pacientes podem relatar a presença de massa posterior e acima do testículo. Grande parte das varicoceles que aparecem nos adolescentes é assintomática.

A varicocele pode ser facilmente identificada no exame físico, associada ou não à dor e hipotrofia testicular. A distensão venosa na bolsa escrotal é mais evidente com o paciente em posição ortostática e diminui quando ele se encontra em posição horizontal. Os pacientes devem ser examinados em ambas as posições e devem realizar a manobra de Valsalva em pé, a fim de acentuar a dilatação. A descrição clássica da condição é a presença de um “saco de minhocas” acima do testículo.

**Conduta:** Após o diagnóstico, o adolescente deve ser referenciado para especialistas para serviços de maior complexidade.

### Figura 15 - Patologia escrotal

Avaliar e classificar as lesões do escroto dos adolescentes entre 10 e 19 anos



Fonte: Elaboração própria.

# Principais Problemas Clínicos

## 33.1 Acne

Acne é uma doença inflamatória crônica da unidade pilossebácea, multifatorial, com grande polimorfismo lesional, caracterizada por comedões, pápulas, pústulas, menos frequentemente nódulos, abscessos e cicatrizes. Noventa por cento das pessoas acometidas são adolescentes. O pico da incidência e severidade ocorre entre 14 e 17 anos na mulher e 16 e 19 anos no homem. A remissão espontânea da acne ocorre em torno dos 20 anos. Entretanto, numa minoria de pacientes, a doença persiste na idade adulta.

**Etiopatogenia:** Os fatores principais envolvidos são: aumento da produção sebácea, queratinização folicular anormal e proliferação bacteriana e inflamação.

**Quadro clínico e classificação:** O quadro clínico da acne é polimorfo, caracterizado por comedões fechados (cravos brancos) e abertos (cravos pretos), pápulas, pústulas, nódulos e abscessos. As localizações mais frequentes são as áreas seboreicas da pele: face e região anterior e posterior do tronco.

A acne vulgar pode ser classificada de acordo com o tipo e o número de lesões em:

- Acne não inflamatória – Acne grau I – Acne comedoniana
- Acne inflamatória – Acne grau II – Acne pápulo-pustulosa
- Acne nódulo-cística – Acne grau III
- Acne conglobata (grau IV) é uma forma grave de acne, caracterizada pela presença de comedões, pápulas, pústulas, nódulos, abscessos e fístulas que podem evoluir para cicatrizes queloidianas.
- Acne fulminante (grau V) é uma forma rara, na qual pacientes de acne grau III ou IV apresentam manifestações sistêmicas com febre, poliartralgia, piora clínica das lesões e leucocitose.



## **Essa classificação é importante para a evolução e conduta terapêutica.**

### **Fatores que podem piorar a acne:**

- Fricção e pressão sobre as lesões causam ruptura folicular e aparecimento de pápulas e pústulas.
- Cosméticos como cremes faciais podem levar à formação de comedões e pápulas.
- Exposição solar intensa e o uso de cremes antiactínicos podem provocar pápulas e pústulas, com ausência ou poucos comedões.
- Uso excessivo de sabonetes pode ter ação comedogênica, pelos ácidos graxos, como também pelo hexaclorofeno dos sabões medicamentosos.
- Medicamentos tópicos em cremes e pomadas pelos veículos com lanolina ou vaselina ou pelo medicamento, principalmente corticoides, podem induzir a formação de comedões e pápulas.
- Óleos e graxas minerais diretamente ou impregnando os vestuários levam à oclusão dos óstios foliculares, com aparecimento de pontos negros e formação de pápulas e nódulos inflamatórios.

Medicamentos sistêmicos mais frequentemente responsáveis por erupções acneiformes são: corticosteroides, esteroides anabolizantes, vitaminas B1, B6, B12 e D2, anticonvulsivantes, carbonato de lítio, isoniazida, quinidina, tiouracil, tioureia, ciclosporina A, iodetos e brometos.

**Não há evidências de que a dieta tenha influência na acne, portanto, restrições alimentares não são indicadas.**

### **33.1.1 Tratamento**

O tratamento da acne depende do grau de intensidade do acometimento cutâneo e da presença ou não de inflamação. No início é importante enfatizar a importância da cooperação do paciente, visto que o sucesso do tratamento está sujeito ao uso regular dos medicamentos por um tempo prolongado, evitando o aparecimento de cicatrizes inestéticas permanentes. Atualmente, existem medicamentos que, em formas graves do tipo III e IV, possibilitam a cura da afecção, sem necessidade de esperar a evolução natural.

#### **Tratamento da acne grau I (acne comedoniana)**

##### **Tratamento tópico**

##### **Peróxido de benzoíla**

- O peróxido de benzoíla (loção e gel 5%-10%), com efeito antibacteriano e anti-inflamatório, foi o primeiro agente tópico efetivo no tratamento da acne.

- É encontrado sob a forma de loções e géis, sozinho ou combinado a outras substâncias. O peróxido da benzoíla diminui o número e tamanho de lesões ativas de acne.
- Modo de usar – aplicar sobre a pele uma vez a cada 24 horas, à noite. Pode provocar ressecamento da pele e irritação, além de, ocasionalmente, dermatite de contato.

### **Tretinoína**

- Mecanismo de ação – inibe a formação de comedões (efeito anticomedogênico) e reduz os comedões já formados (efeito comedolítico), muito pouco efeito anti-inflamatório.
- Modo de usar – aplicar sobre a pele uma vez a cada 24 horas, à noite. No início do tratamento podem surgir eritema local e descamação, que melhoram após três a quatro semanas de uso continuado. Estas reações podem ser potencializadas pelo sol, frio, lavagens excessivas ou associação com outros produtos esfoliantes.
- Apresentação – gel a 0,01, 0,025 e 0,05%, creme a 0,025, 0,05 e 0,1% e em solução tópica a 0,05%.

### **Isotretinoína**

- Propriedades semelhantes à tretinoína, porém com efeito anti-inflamatório maior; causam menos irritação na pele.
- Apresentação – gel a 0,05%.

### **Adapaleno**

- É tão eficiente quanto à tretinoína e à isotretinoína, além de possuir um potente efeito anti-inflamatório, sendo bem tolerado.
- Apresentação – gel aquoso a 0,1%.

### **Ácido azeláico**

- Ácido azeláico possui uma ação anticomedogênica e antimicrobiana.
- Apresentação – creme a 20%. Aplicado inicialmente uma vez à noite e dependendo da tolerabilidade, pode ser aumentado para duas vezes ao dia, pela manhã e à noite.

### **Antibióticos tópicos**

- Os agentes antibacterianos tópicos como a tetraciclina, clindamicina e eritromicina estão indicados no tratamento da acne leve inflamatória.
- Aplicado uma vez à noite eles reduzem a população de bactérias no folículo sebáceo, como também demonstram ação comedolítica indireta e fraca atividade anti-inflamatória.

Dependendo da gravidade da acne, considerar a necessidade de referência para serviços de especialidade.

### **Orientação**

Explicar os resultados do tratamento: paciência, constância, evitar expectativas de resultados imediatos (6-8 semanas) e as consequências adversas do tratamento.

### **Inquietações dos adolescentes**

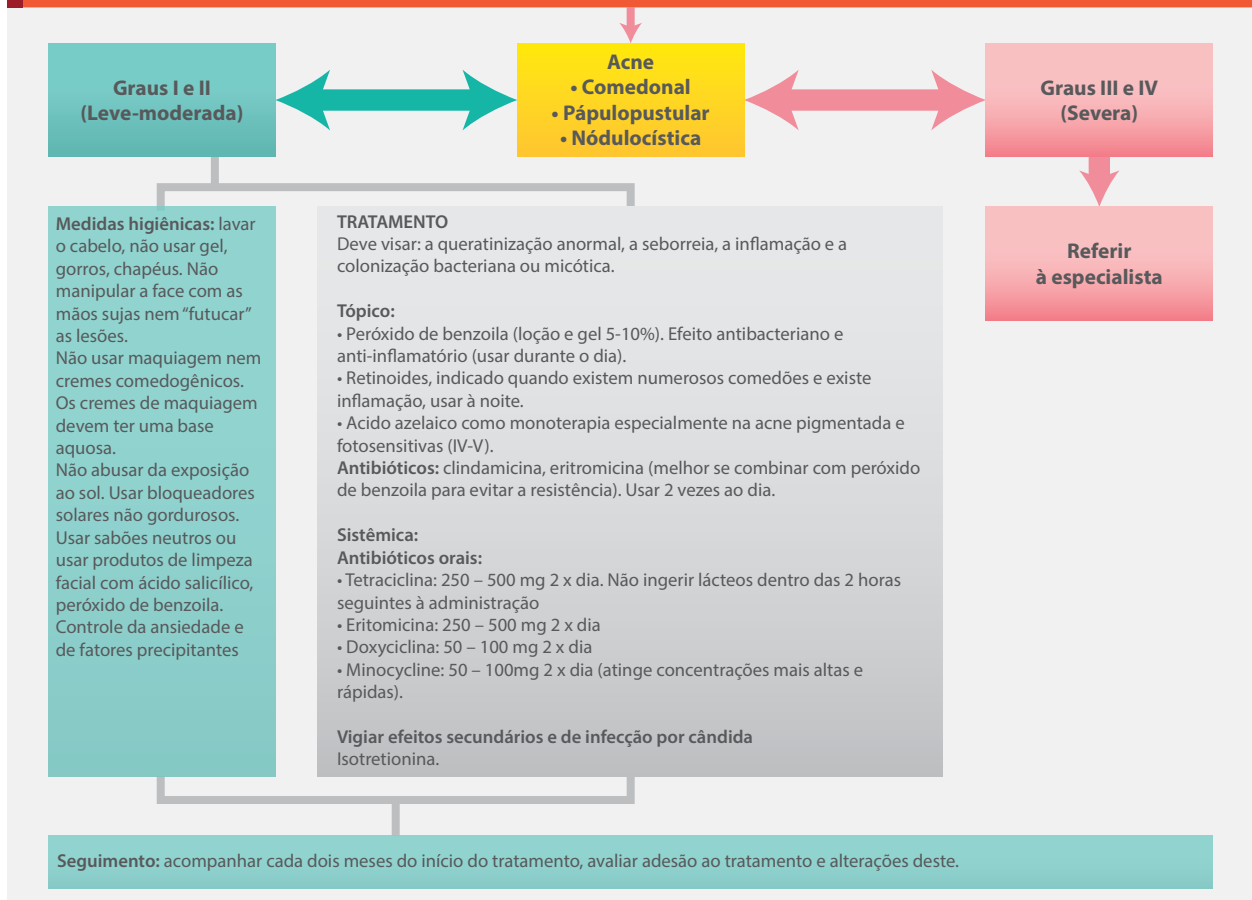
- Meu rosto voltará ao normal? Na próxima semana, tenho uma festa...
- O tratamento é rápido? As espinhas vão acabar logo?
- Meu amigo teve alergia com o tratamento e ficou com o rosto vermelho...
- Poderei ir à praia?
- Devo parar de comer chocolate e refrigerantes?

### Figura 16 - Avaliação da acne

Avaliar e classificar as lesões de acne em adolescentes entre 10 a 19 anos

Perguntar	Observar	Determinar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• História familiar de acne.</li> <li>• Antecedentes pessoais: acne neonatorum.</li> <li>• Data do início da acne.</li> <li>• Relação com eventos puberais e ciclo menstrual.</li> <li>• Uso de gorros, gel e cremes.</li> <li>• Tipo de cabelo gorduroso, seborreico, tipo de pele.</li> <li>• Relação com a ansiedade.</li> <li>• Higiene facial, uso de cosméticos gordurosos, medicamentos, exposição ao sol, radiações.</li> <li>• Maquiagem.</li> <li>• Manipulação da pele do rosto.</li> <li>• Exposição a hidrocarbonetos (trabalho em posto de gasolina).</li> <li>• Interferência com as atividades sociais e recreativas.</li> <li>• Aceitação da imagem corporal.</li> </ul>	<p><b>Tipo de lesão:</b> Comedão aberto (espinhas) ou fechado de 1 a 3 mm. Pápulas. Pústulas, Nódulos, Cistos. Cicatrizes, Conglobata.</p> <p><b>Número de lesões:</b> (5-50).</p> <p><b>Localização:</b> predominante.</p> <p><b>Graus:</b> com ou sem inflamação.</p> <p><b>Características da pele:</b> gordurosa, seca, mista, manipulação, escoriações.</p> <p><b>Desenvolvimento físico:</b> Padrão de maturação sexual, especialmente o precoce. Obesidade. Sinais de hiperandrogenismo (hirsutismo), distribuição anormal do véu corporal, gravidez.</p> <p>Satisfação com sua imagem corporal.</p>	<p><b>Grau I:</b> acne não inflamatória, presença de comedões. Acne leve: até 10 lesões em um lado da face.</p> <p><b>Grau II:</b> Acne inflamatória moderada: pápulas e, às vezes, pústulas. Lesões entre 10-25 em lado da face</p> <p><b>Grau III:</b> acne inflamatória severa, localizada, com lesões entre 25-50 em um lado da face.</p> <p><b>Grau IV:</b> acne inflamatória severa generalizada, presença de mais de 50 lesões em um lado da face. Pústulas e doença nodular cística.</p> <p><b>Grau V:</b> forma severa. Alteração da imagem corporal. Depressão. Pensamentos suicidas.</p>

### CLASSIFICAR



Fonte: Elaboração própria.

## 33.2 Febre reumática

A febre reumática (FR) é a principal causa de cardiopatia adquirida na infância e adolescência em nosso país. Tem uma peculiaridade especial por ser uma das raras enfermidades reumatológicas cujo agente etiológico é conhecido. A despeito do vasto conhecimento sobre a doença, ainda são muitos os erros diagnósticos, na maioria das vezes pela valorização excessiva de alguns exames laboratoriais, em detrimento de dados da anamnese e do exame físico.

A FR é uma complicação não supurativa que pode ocorrer cerca de duas a três semanas após uma infecção de orofaringe causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A, acometendo, preferencialmente, crianças e adolescentes na faixa etária de 5 a 15 anos. Pode acometer articulações, coração, sistema nervoso central e pele (GERBER, 1998). Apenas 0,3%-3% dos pacientes com angina estreptocócica desenvolverão FR, parecendo haver uma predisposição genética ainda não esclarecida completamente (HOMER; SHULMAN, 1991). A história social revelará, frequentemente, baixo nível socioeconômico desses pacientes. O encontro de muitas pessoas habitando pequenos cômodos e, por vezes, muitas crianças dormindo juntas, disseminam o agente causal.

### Guia diagnóstico para o primeiro surto de Febre Reumática (Critério de Jones, atualizado em 1992)

Manifestações maiores	Manifestações menores	Evidência de infecção prévia
Cardite	Artralgia	Cultura de orofaringe positiva para o estreptococo beta hemolítico
Poliartrite	Febre	Títulos de anticorpos antiestreptocócicos aumentados ou em ascensão
Coreia	Alteração proteínas na fase aguda	
Eritema marginatum	Aumento do intervalo PR (ECG)	
Nódulos subcutâneos		

Obs.: A ocorrência de dois critérios maiores **ou** um maior com dois menores, ambos acompanhados de uma evidência prévia de infecção estreptocócica, torna o diagnóstico de febre reumática bastante provável.

O encontro de duas manifestações maiores ou a maior com duas menores, sempre com evidência prévia de infecção estreptocócica, aumenta a probabilidade do diagnóstico de FR. Há duas situações em que isso pode não ocorrer: coreia de apresentação tardia e cardite insidiosa, situações em que os outros achados clínicos podem estar ausentes e os laboratoriais normais.

As cinco maiores manifestações (os chamados critérios maiores ou *major*), representadas por alterações características da FR, não significam necessariamente que sejam as mais frequentes ou graves. Elas são as seguintes:

### 33.2.1 Poliartrite

Trata-se de uma poliartrite migratória que acomete grandes articulações, durando em média quatro a cinco dias em cada articulação. O surto articular total tem a duração média de três a quatro semanas.

A resposta à terapêutica anti-inflamatória é muito boa e rápida, geralmente com melhora nas primeiras 48 horas. Muitas vezes esse fato prejudica o diagnóstico de FR, já que o uso precoce de medicação anti-inflamatória pode impedir o curso natural da poliartrite migratória, o que, na ausência de outros sinais maiores, prejudica a certeza do diagnóstico de FR. Portanto, é importante lembrar que, num primeiro atendimento, enquanto não houver surgido o quadro típico de poliartrite migratória (cinco ou mais articulações acometidas) e os exames não tiverem sido solicitados, deve-se preferir o uso de analgésicos comuns aos anti-inflamatórios, solicitando o retorno após alguns dias para, então, confirmado o diagnóstico, entrar com tratamento específico.

### 33.2.2 Cardite

O acometimento cardíaco, única manifestação capaz de matar ou deixar sequelas em longo prazo, traduz-se geralmente por uma pancardite, caracterizando-se por um sopro cardíaco orgânico anteriormente ausente, aumento de área cardíaca, insuficiência cardíaca ou pericardite.

#### Quadro clínico da cardite reumática

- Sopro cardíaco orgânico anteriormente ausente.
- Aumento de área cardíaca.
- Insuficiência cardíaca.
- Pericardite.

O acometimento cardíaco surge, na maioria dos casos, nas três primeiras semanas de doença. O paciente queixa-se de fadiga, anorexia e pode apresentar dor no peito e dispneia.

### 33.2.3 Coreia

A Coreia de Sydenham caracteriza-se por movimentos rápidos involuntários do tronco, face e extremidades que desaparecem com o sono, exacerbando-se com estresse, fadiga e esforços. Podem ser uni ou bilaterais e estar associados à fraqueza muscular e à labilidade emocional. Esta última pode preceder a coreia propriamente dita e a criança pode apresentar queda do rendimento escolar e alterações de comportamento, como riso ou choro sem motivação.

### 33.2.4 Eritema marginatum

Caracteriza-se por lesões cutâneas rosas e claras, de bordos serpiginosos ou circulares e centro pálido, de caráter evanescente, não pruriginoso, sendo precipitadas por calor ou pressão (elástico das roupas, banho quente) e de localização preferencial em tronco e parte proximal dos membros.

### 33.2.5 Nódulos subcutâneos

Caracterizam-se pela presença de nódulos firmes, móveis e indolores sobre proeminências ósseas ou trajetos de tendões. Podemos encontrá-los também sobre as apófises espinhosas da coluna vertebral e na região occipital.

**Manifestações menores** (critérios menores ou *minor*): artralgia na ausência de artrite e febre; alterações laboratoriais a considerar são as que ocorrem nas proteínas de fase aguda; no eletrocardiograma, o achado de intervalo PR aumentado pode fornecer ajuda para o diagnóstico de cardite.

A evidência prévia de infecção estreptocócica é extremamente útil para aumentar a especificidade do diagnóstico diminuindo, portanto, o excesso de diagnósticos errôneos. Esta evidência se dá pelo isolamento do agente etiológico da orofaringe do paciente ou pelo encontro de títulos altos de antiestreptolisina O (ASO).

#### Tratamento da FR

1. Artrite: ácido acetil salicílico – 80-100 mg/kg/dia em 3 a 4 tomadas ou naproxeno 10-20 mg/kg/dia em 2 tomadas, diminuindo lentamente após 15 dias.
2. Cardite: prednisona – 1-2 mg/kg/dia por 2-3 semanas, diminuição lenta após.
3. Coreia: haloperidol, ácido valpróico, benzodiazepínico, clorpromazina.

**Profilaxia primária da FR:** reconhecimento e tratamento das infecções estreptocócicas com o objetivo de prevenir o 1º surto de FR.

**Penicilina benzatina (1ª escolha) < 20 kg: 600.000 U, intramuscular, dose única >20 kg: 1.200.000 U, intramuscular, dose única**

#### Outras opções:

Fenoximetipenicilina: 25-50.000 U/kg/dia, 6-6 horas, via oral, 10 dias.

Amoxicilina: 50 mg/kg/dia, 8-8 horas, via oral, 10 dias.

Cefalexina: 50-100 mg/kg/dia, 6-6 horas, via oral, 10 dias.

Azitromicina: 20 mg/kg/dia, 1 vez ao dia, via oral, 3 dias.

### **Para pacientes alérgicos à penicilina:**

Eritromicina: 20-40 mg/kg/dia, 6-6 horas, via oral, 10 dias.

Azitromicina: 20 mg/kg/dia, 1 vez ao dia, via oral, 3 dias.

Clindamicina: 15-25 mg/kg/dia, 8-8 horas, via oral, 10 dias.

**Profilaxia secundária da FR:** administração contínua de antibiótico ao paciente portador de FR previamente, com o objetivo de prevenir novos episódios da doença.

**Penicilina benzatina (1ª escolha): <20 kg: 600.000 U, intramuscular, a cada 21 dias>  
20 kg: 1.200.000 U, intramuscular a cada 21 dias**

**Fenoximetilpenicilina:** 250 mg a cada 12 horas, oral.

**Alérgicos à penicilina:** sulfadiazina 500 mg 1x/dia (<30 kg) ou 500 mg 2x/dia (>30 kg), via oral.

Em relação à duração da profilaxia secundária, pacientes sem acometimento cardíaco devem fazer a profilaxia até 21 anos de idade ou por 5 anos após o início do último episódio, optando-se sempre pelo tratamento de maior duração. Caso tenha havido FR com cardite prévia, insuficiência mitral leve residual ou com resolução da lesão valvar, o ideal é que a profilaxia seja até os 25 anos ou por 10 anos após o último surto, valendo o que cobrir o maior tempo. Caso a lesão residual seja moderada ou severa, a profilaxia deve ser realizada até os 40 anos ou, se possível, por toda a vida. Nos casos de pacientes submetidos à cirurgia valvar, a profilaxia deve ser pela vida toda.

O Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Pediatria e as secretarias estaduais e municipais de saúde vêm tentando divulgar e ampliar o uso do “Cartão da Penicilina Benzatina”. Todos os pacientes com FR deveriam possuir tal cartão, que contém várias informações úteis, bem como local apropriado para marcação e agendamento das datas de aplicação da medicação. Cabe às pessoas da área de Saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de Enfermagem e outros profissionais) facilitar a aplicação da medicação, evitando obstáculos como a necessidade de que o paciente passe por uma consulta médica a cada 21 dias, o que o desestimula a manter a profilaxia.

### **Dúvidas dos adolescentes:**

- Vão me operar as amígdalas para que não tenha mais esta doença?
- Será que ficarei assim (referindo-se aos movimentos coreiformes)?
- Poderei ter uma vida normal depois desta doença?

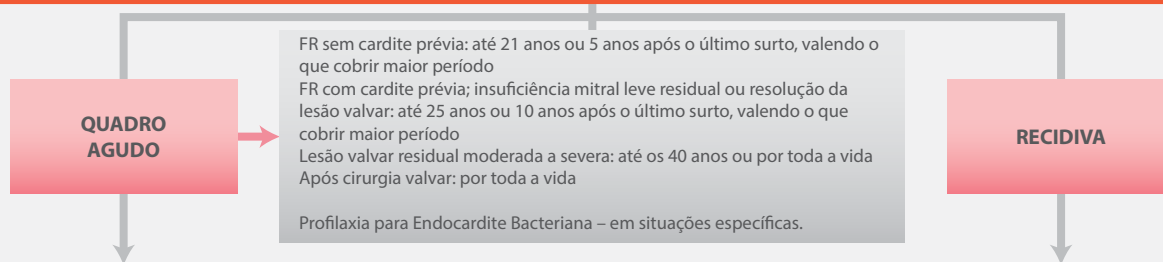


## Figura 17 - Febre reumática

Avaliar e classificar o quadro clínico da febre reumática – entre 10 e 19 anos

Perguntar	Observar	Determinar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Você nas três últimas semanas teve dor de garganta e febre? Tomou algum remédio para este problema?</li> <li>• Antecedente de escarlatina. Quando?</li> <li>• Já operou amígdalas ou adenoides?</li> <li>• Quando criança: Sofreu de problemas na garganta? Por exemplo: amigdalites de repetição. Teve dores articulares ou musculares, palpitações, cansaço fácil ou dor torácica depois do quadro de amigdalite?</li> <li>• Alguma vez disseram que você tem febre reumática?</li> <li>• Suas articulações são dolorosas? Quais? As dores articulares mudam de local? Tomou aspirina (ou outro analgésico) e, neste caso, melhorou?</li> <li>• Tem dor no peito ou no abdome? Tosse?</li> <li>• Você está se sentindo mais fraco do que o habitual? Deixou de realizar suas atividades habituais, quais, desde quando?</li> <li>• Seu apetite mudou?</li> <li>• Tem palpitações?</li> <li>• Percebeu alguma erupção no corpo, avermelhada, arredondada, que aparece e desaparece?</li> <li>• Sentiu alguma bolinha ou nódulo em alguma parte de seu corpo?</li> <li>• Sentiu algum tremor ou fraqueza ao caminhar que desaparece ao dormir?</li> <li>• Você já apresentou um quadro de movimentos não controláveis nas mãos, braços, face, tronco? Quando? Fez algum tratamento?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado geral (palidez, <i>fascies</i> de dor, apatia, estado nutricional). Sinais sistêmicos de infecção.</li> <li>• Halitose (mau hálito).</li> <li>• Eritema circular não endurecido, rosado com bordas avermelhadas, no tronco e parte proximal das extremidades (menos na face)</li> <li>• Nódulos móveis, firmes de 0,1-2 cm, subcutâneos.</li> <li>• Faringe: coloração da mucosa, tumefação, amígdalas hipertróficas, criptas amigdalianas proeminentes e com presença de detritos ou pontos esbranquiçados no palato e/ou nas amígdalas palatinas.</li> <li>• Palpar em busca de nódulos subcutâneos</li> <li>• Auscultar ruídos cardíacos em busca de sopros (especialmente de regurgitação), especialmente na área mitral, aórtica e tricúspide. Atrito pericárdico. Taquicardia ou galope. Edema. Hepatomegalia. Tolerância ao decúbito</li> <li>• Auscultar ruídos respiratórios: roncos, estertores bolhosos, sibilantes, crepitantes. Lembrar que podem coexistir afecção respiratória baixa e alta além da faringoamigdalite.</li> <li>• Movimentos coreiformes no tronco e extremidades.</li> <li>• Reflexos osteotendinosos aumentados.</li> <li>• Procurar adenomegalias na região cervical.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episódio único ou recorrente.</li> <li>• Quadro agudo acompanhado de outros sinais ou sintomas crônicos (problema prévio que tenha agudizado).</li> <li>• Sinais vitais (especialmente febre, frequência cardíaca e respiratória)</li> <li>• <b>Cardite:</b> taquicardia, sopros. Insuficiência cardíaca.</li> <li>• <b>Artrite migratória.</b></li> <li>• <b>Coreia de sydenham.</b></li> <li>• <b>Eritema marginado.</b></li> <li>• <b>Nódulos subcutâneos.</b></li> <li>• Exames complementares: Hemograma com leucocitose, VHS elevada, ASTO elevada, Proteína C reactiva elevada, mucoproteínas elevadas.</li> <li>• Aumento da fração alfa 2 na eletroforese de proteínas.</li> <li>• Cultura de exudato de orofaringe positivo para Streptococo B-hemolítico do grupo A.</li> <li>• Intervalo P-R prolongado evidenciado no ECG.</li> <li>• Ecocardiograma – alterações no pericárdio, miocárdio e/ou endocárdio.</li> </ul>

### CLASSIFICAR FEBRE REUMÁTICA



A presença de 2 critérios maiores, ou 1 critério maior e 2 critérios menores, além de evidência de infecção estreptocócica, indica alta probabilidade de febre reumática aguda.

#### Critérios maiores

- Cardite (algumas vezes acompanhada por fraqueza, dispneia ou dor precordial).
- Poliartrite (dor migratória que afeta as grandes articulações: tornozelos, punhos, joelhos ou cotovelos).
- Coreia de sydenham (movimentos involuntários dos membros e face, ou dificuldade dos movimentos finos como para assinar o nome).
- Eritema marginado (*rush* irregular no tronco).
- Nódulos subcutâneos (pequenos, dolorosos, sobre superfícies ósseas).

#### Critérios menores

- Febre reumática ou doença cardíaca reumática prévia (sopro cardíaco novo).
- Artralgia (dor em uma ou mais articulações sem inflamação).
- Febre.
- Recidiva da fase aguda: hemossedimentação, Proteína C reativa, leucocitose Intervalo P-R prolongado evidenciado no ECG.

**Seguimento:** acompanhar cada dois meses do início do tratamento, avaliar adesão ao tratamento e alterações deste.

Fonte: Elaboração própria.

# 34

## Problemas Ortopédicos

A coluna vertebral normal apresenta-se retilínea quando vista na posição anteroposterior, porém em uma visão de perfil ela tem algumas curvaturas normais dentro de certos limites. Para se evitar problemas futuros definitivos, é necessária a detecção precoce das deformidades da coluna e dos distúrbios músculos-esqueléticos.

### 34.1 Escoliose

É uma curvatura lateral da coluna que envolve as vértebras torácicas e lombares. Na adolescência, é mais frequente em mulheres e, em sua grande maioria, é de etiologia desconhecida. A avaliação faz-se pelo exame físico do dorso com o paciente em posição ereta e com encurvamento dos quadris. Deve-se pesquisar a assimetria vertebral, escapular, muscular, dos quadris e dos ombros, além das medidas do comprimento das pernas. As sequelas da escoliose não controlada compreendem a deformidade do tórax, a limitação da função pulmonar e o comprometimento da função cardíaca, por compressão da cavidade torácica.

**Conduta:** avaliação junto aos profissionais fisioterapeutas dos Nasf, se necessário, referenciar ao especialista.

### 34.2 Cifose

É o arredondamento excessivo da coluna torácica, provocado, mais frequentemente, por problemas posturais. A avaliação faz-se pelo exame físico, que se segue a uma história de dificuldades posturais e dor. Deve-se verificar a curvatura torácica, os ombros arredondados, as escápulas em asa, a lordose lombar excessiva e o deslocamento para frente da cabeça e do pescoço.

**Conduta:** rever a postura na posição sentada e ereta. Avaliação com os profissionais fisioterapeutas dos Nasf, se necessário, referenciar ao especialista.

### ■ 34.3 Doença de Osgood-Schlatter

Consiste no aparecimento de uma tuberosidade na tíbia, na inserção do tendão patelar. Ocorre mais em adolescentes do sexo masculino, que praticam muito esporte, durante a aceleração do crescimento puberal. A avaliação consiste na história de dor à apalpação e constatação de tumefação dolorosa da tuberosidade da tíbia.

**Conduta:** Raio-x do joelho, para excluir outras patologias. Redução da atividade física. Medicação analgésica, gelo, contensor infrapatelar.

# 35

## Anemias

O sistema hematopoético compreende órgãos centrais, que são medula óssea e timo, e órgãos periféricos, constituídos pelo baço, gânglios linfáticos, placa de Payer e anel de Waldeyer. A medula óssea é o principal local de produção das células do sangue. Essa produção é variável, sendo ajustada pelas necessidades do organismo. Todas as células sanguíneas têm sua origem na medula óssea a partir de uma célula primordial, a célula tronco ou stem cell, que possui a capacidade de autorreplicação continuada.

O termo anemia não caracteriza um diagnóstico, mas sim um sinal de doença, que é empregado quando ocorre diminuição dos eritrócitos ou da hemoglobina circulante. A anemia resulta basicamente do desequilíbrio entre a produção de hemácias e/ou hemoglobina (pela medula óssea) e a perda ou destruição periférica.

Os valores normais variam com a idade. A concentração média de Hb se estabiliza em 12 g/dL durante toda a infância e aumenta para 13 g/dL no início da adolescência. Nesta fase surge a diferença observada entre homens e mulheres, que desaparece nas pessoas idosas e relaciona-se com o efeito da testosterona no homem e do ciclo menstrual na mulher.

### **Causas:**

- Diminuição da eritropoese.
- Insuficiência medular (anemia aplástica).
- Deficiência de fatores essenciais à eritropoese (deficiência de ferro, ácido fólico e vitamina D12).
- Aumento da destruição das hemácias.
- Perda sanguínea.
- Hemólise.

## Fisiopatologia das anemias

(\*PGA – ácido pterigoilglutâmico = ácido fólico)

### 35.1 Aplásticas

São aquelas em que os pacientes apresentam pancitopenia e uma medula óssea hipocelular. Segundo a maioria dos investigadores, a patogênese dessa doença parece ser heterogênea. Podem ser classificadas em:

#### 35.1.1 Adquiridas

Agentes químicos (benzeno, drogas quimioterápicas, arsênico, estrógenos, colchicina, cloranfenicol, drogas antitireoideanas, agentes antidiabéticos, analgésicos, fenilbutazona, anticonvulsivantes, inseticidas).

- Agentes físicos (radiações ionizantes).
- Infecções virais [hepatite, vírus Epstein-Barr (mononucleose), vírus da imunodeficiência (HIV), dengue].
- Algumas infecções por micobactérias (*Mycobacterium kansasii*).
- Outras

#### 35.1.2 Familiares

- Pancitopenia constitucional de Fanconi.
- Síndrome de Schwachman-Diamond.

**Observação:** Os adolescentes e jovens que apresentarem anemia persistente devem ser referenciados a centros de saúde de maior complexidade.

#### 35.1.3 Carenciais

A adolescência é um período de crescimento intenso. Nesta fase, adquire-se 20% do peso e 50% da estatura final do adulto, a massa óssea aumenta em 45% e ocorre importante remodelamento ósseo. Vários tecidos e órgãos aumentam, bem como a massa eritrocitária. Com isso, a deficiência de macronutrientes e micronutrientes pode retardar o crescimento, a maturação sexual e favorecer o surgimento das anemias carenciais, entre as quais a por deficiência de ferro é a mais comum, seguida pela deficiência de folato e de vitamina B<sub>12</sub>.

#### 35.1.4 Deficiência de ferro

É a forma mais comum de deficiência nutricional no mundo e, inquestionavelmente, o distúrbio hematológico mais frequente. Resulta de qualquer condição onde a ingestão de ferro não consegue suprir a demanda corporal. Por essa razão, o rápido crescimento e as

perdas sanguíneas mensais, por meio das menstruações, são parcialmente responsáveis pelo maior risco de anemia ferropriva nesta faixa etária. Outras causas encontradas são: dieta inadequada; absorção deficiente de ferro na acloridria, doença celíaca, pica (ingestão de telha, tijolos etc.); perda sanguínea nas infecções parasitárias, sangramento do trato gastrointestinal; necessidades aumentadas na gestação.

### **Manifestações clínicas**

Os sinais e sintomas da deficiência de ferro são explicados pela presença da anemia. São eles: fadiga, irritabilidade, palpitação, cefaleia; desempenho escolar reduzido; perversão do apetite (pica); atrofia de papilas linguais e estomatite angular; retardo do crescimento. Alterações nos exames laboratoriais: hemograma, dosagens de férrico sérico, entre outros.

**Tratamento:** A causa da anemia por deficiência de ferro pode ser definida em 80%-85% dos casos. Uma vez feito o diagnóstico etiológico, a terapia apropriada deve começar com a reposição de ferro.

O ferro pode ser administrado por via oral, intramuscular ou intravenosa. A preparação padrão para o uso oral é o sulfato ferroso. Para adolescentes e adultos, a dose preconizada é de 200 mg de ferro elementar por dia (para crianças é de 5 mg/kg/dia). O ferro deve ser ingerido de preferência com o estômago vazio, pois quando sua ingestão ocorre logo após as refeições, a absorção diminui em 40%-50%. Algumas preparações vêm acompanhadas de vitamina C, visto que a absorção de ferro é maior em pH ácido. Deve-se iniciar o tratamento com pequenas doses, a fim de amenizar os efeitos colaterais (náuseas, vômitos, cólicas intestinais e diarreia ou constipação).

### **35.1.5 Anemia falciforme**

As síndromes falciformes são condições hereditárias muito prevalentes em pessoas negras ou de ascendência afro-americana. As células vermelhas, hemáceas, dos portadores da anemia falciforme são formadas pela hemoglobina S. Esta hemoglobina enrijece e distorce a célula, produzindo hemácias rígidas, malformadas, que atravessam os pequenos vasos sanguíneos com muita dificuldade ou não o fazem.

A obstrução dos pequenos vasos pelas células falciformes resulta em infartos repetidos, acometendo gradualmente todos os sistemas orgânicos, mais notadamente o baço, pulmões, rins e cérebro.

### **Manifestações clínicas**

Os pacientes com anemia falciforme apresentam sinais e sintomas de anemia crônica, com palidez cutâneo-mucosa, fadiga e tolerância reduzida aos esforços. Por se tratar de uma anemia hemolítica, outro sinal comum entre os pacientes é a icterícia. Outras complicações: hipertensão arterial pulmonar com a consequente insuficiência cardíaca; hematúria e

dificuldade em concentrar a urina; retina com hemorragias, fibrose, descolamento de retina e em casos graves até a cegueira; necrose asséptica da cabeça do fêmur, na maioria dos casos ocasionada por infarto gradativo da parte superior do fêmur; infartos ósseos repetidos na vizinhança de articulações podem levar à artrite degenerativa secundária; também são comuns úlceras cutâneas refratárias de perna.

Além dessas manifestações crônicas, quatro tipos de episódios agudos podem ocorrer. São as chamadas crises.

#### **Crises vaso-oclusivas:**

- Caracterizadas por início súbito de dor excruciante na coluna, no tórax ou nas extremidades. Quando o processo vaso-oclusivo ocorrer na vasculatura dos outros órgãos além dos ossos, as manifestações clínicas serão inerentes ao órgão acometido.
- Crises aplásicas: pacientes com anemia falciforme podem apresentar crises hipoplásicas ou aplásicas ocasionais, devido à supressão da eritropoese.

#### **Crises hemolíticas:**

- São raras e geralmente decorrentes de infecções sistêmicas. Caracterizam-se por queda dos níveis de hemoglobina e aumento dos níveis de bilirrubina não conjugada e, com isso, da icterícia.

#### **Crises de sequestro esplênico:**

- Geralmente limitadas aos neonatos e crianças pequenas (em geral até os 3-6 anos). Caracteriza-se por súbita esplenomegalia devido ao represamento maciço de hemácias neste órgão, acompanhada de dor abdominal e queda aguda da hemoglobina no sangue.

#### **Outras**

Neste tópico destacamos as manifestações clínicas não relacionadas diretamente ao fenômeno de afoiçamento:

- Aumento da suscetibilidade às infecções está provavelmente relacionada à asplenia funcional: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*.
- No paciente mais velho, as infecções comuns incluem pneumonia, ITU e osteomielite. A predisposição maior para osteomielite por *Salmonella* ou *Staphylococcus aureus* está relacionada com infartos ósseos repetidos, que favorecem a infecção.
- A colelitíase é uma condição comum, causada pelo estado hemolítico crônico, que resulta em produção aumentada de bilirrubina.
- Retardo do crescimento e do desenvolvimento em adolescentes portadores de anemia falciforme é manifestação comum, porém ainda sem uma etiologia definida.

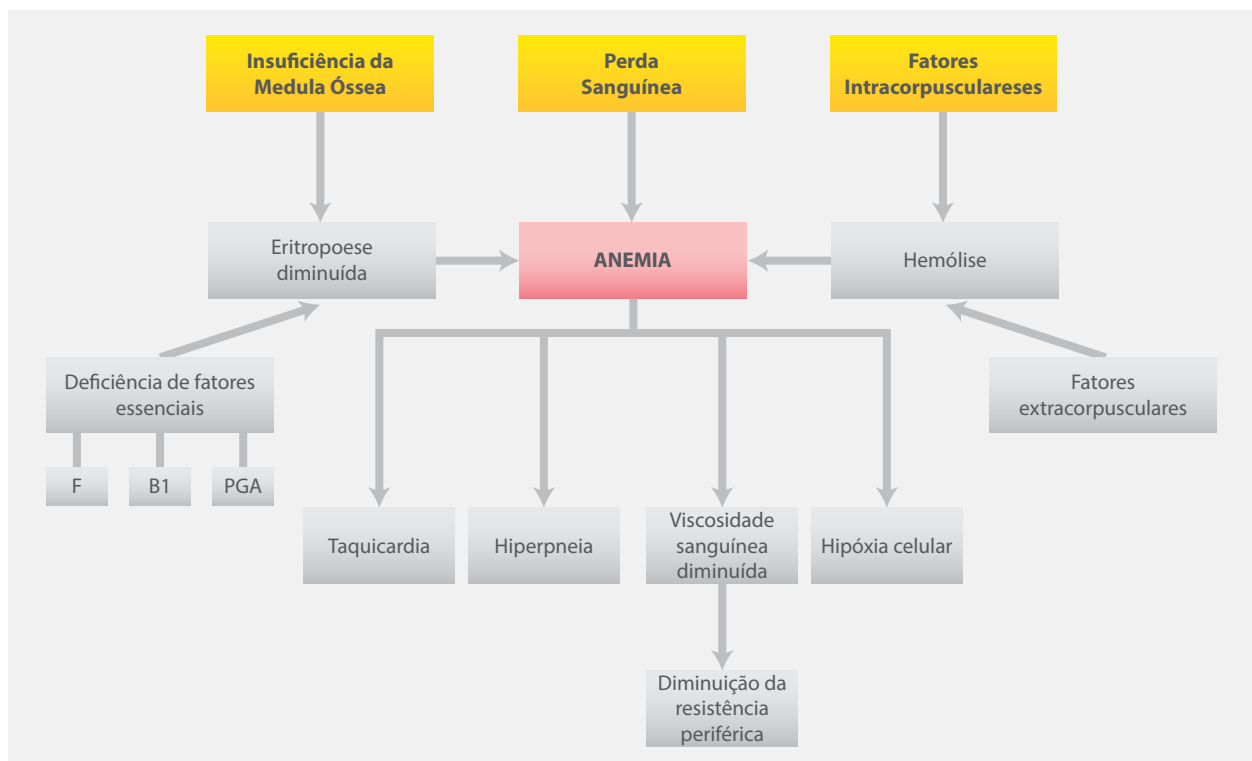
## Diagnóstico

Deve-se suspeitar de anemia falciforme em indivíduos geralmente de raça negra, que apresentem quadro clínico compatível e hemograma com anemia (hematócrito varia entre 18 % e 30%), reticulocitose e presença de hemácias em foice à hematoscopia. Também são úteis os exames de bioquímica que confirmam hemólise, como o aumento de bilirrubina indireta e LDH.

A partir daí, solicita-se um teste de afoiçamento onde há estímulo para o afoiçamento das hemácias por intermédio da desoxigenação do meio. É um teste bastante sensível, porém pouco específico por ser positivo em todos os casos de heterozigose para o gene falciforme.

## Figura 18 - Anemias

(\*PGA - ácido pterigoilglutâmico = ácido fólico)



Fonte: Elaboração própria.



# 36

## Infecções Urinárias

A infecção do trato urinário (ITU) é uma importante causa de morbidade entre adolescentes do sexo feminino. Cerca de 20% deste grupo relatam pelo menos um episódio de ITU durante esta fase da vida, e várias sofrem recorrências de infecção no período de seis meses após o primeiro episódio. A prevalência de ITU no sexo feminino é de 20/1 em relação ao sexo masculino. A figura, apresentada em seguida, mostra a incidência de ITU quanto à idade, sexo e fatores predisponentes. O padrão de infecção difere entre homens e mulheres. Nos homens são mais frequentes nas idades extremas, enquanto que em mulheres ocorre uma ascensão gradativa da curva com o passar dos anos.

### 36.1 Fatores de risco associados a infecções do trato urinário

Fatores predisponentes de acordo com o sexo:

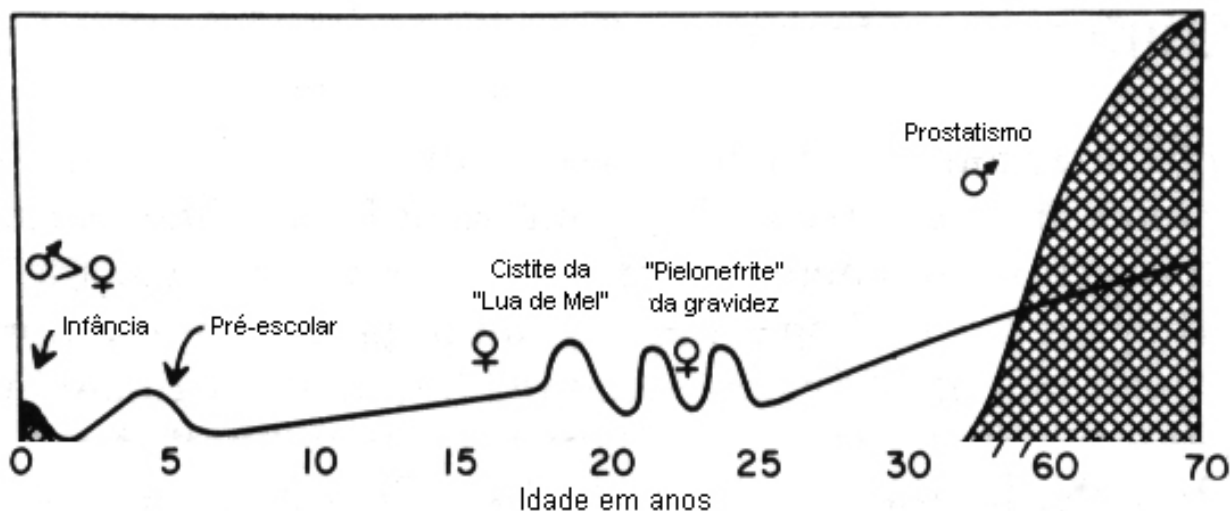
No sexo feminino:

- Higiene perineal inadequada, exagerada.
- Início de atividade sexual ou novo parceiro sexual.
- Gravidez.
- Uso de diafragma com espermicida e DIU (dispositivo intrauterino).
- Retardo em urinar após relação sexual.
- Inserção de corpos estranhos na uretra.
- História recente de ITU.
- Anormalidades anatômicas, tais como: estenose de uretra, bexiga neurogênica, nefrolitíase e refluxo vesico-ureteral.
- Disfunção vesical.

No sexo masculino:

- Alterações anatômicas do trato urinário.
- Higiene peniana inadequada, principalmente em não circuncidados.
- Atitude ativa em relação ao coito anal.
- Parceira sexual com colonização vaginal por uropatógenos.

**Figura 19 - Infecção urinária**



Fonte: Elaboração própria.

### 36.2 Sinais e sintomas

Do ponto de vista anátomo-clínico a infecção do trato urinário pode ser classificada em baixa ou alta. A primeira apresenta sinais e sintomas referentes ao acometimento de uretra e bexiga e a segunda inclui manifestações de infecção no ureter, na pelve e no parênquima renal.

As infecções baixas do trato urinário são as mais frequentes em mulheres. O principal sintoma, a disúria, merece atenção especial, pois se associa a outras condições cuja conduta e tratamento são completamente distintos.

### 36.3 Diagnóstico laboratorial

Do ponto de vista prático, o uso da fita urinária (*dipstick*) ajuda bastante no atendimento ambulatorial. Existe uma forte correlação entre os dados obtidos com a fita e a análise microscópica da urina no que diz respeito aos elementos anormais do sedimento, tais como leucócitos, hemácias e bactérias.

O exame microscópico do sedimento urinário não deve apenas buscar a existência de leucócitos em número elevado, mas também a presença de bactérias. O método mais acurado de medir piúria é por meio da taxa de excreção urinária de leucócitos.

A cultura de urina, acompanhada do teste de sensibilidade bacteriana aos antibióticos, define o germe causador da infecção. Valores superiores a 100.000 colônias/ml correlacionam-se fortemente com infecção do trato urinário, porém a contagem de colônias/ml de urina inferior a 100.000, quando acompanhada de sintomas característicos, síndrome piúria-disúria, deve ser valorizada e o tratamento com antibióticos iniciado prontamente.

Em adolescentes do sexo feminino, o primeiro episódio de infecção urinária pode dispensar a cultura de urina, o mesmo não se aplicando às infecções que não respondem ao tratamento inicial de escolha e à primeira infecção nos adolescentes do sexo masculino.

### **Tratamento**

Infecções urinárias agudas baixas em mulheres

a) Infecções não complicadas

Tratamento oral por três dias com um dos seguintes esquemas:

- Sulfametoxazol-trimetoprim: 800 mg/160 mg a cada 12 horas.

Nitrofurantoína: 100 mg a cada 6 horas (não deve ser usada no final da gestação pelo risco de hiperbilirrubinemia neonatal por anemia hemolítica).

Em adolescentes com mais de 16 anos, também poderão ser usadas as quinolonas:

- Norfloxacin: 400 mg a cada 12 horas.
- Ciprofloxacino: 250 mg a cada 12 horas.
- Ofloxacino: 200 mg a cada 12 horas.

b) Em pacientes diabéticos, com anemia falciforme e história prévia de ITU ou sintomas por mais de uma semana, usar uma das drogas descritas anteriormente por sete dias.

c) Gravidez

Tratamento oral por sete dias com um dos seguintes esquemas:

- Nitrofurantoína: 100 mg a cada 6 horas (não deve ser utilizada no final da gestação pelo risco de hiperbilirrubinemia neonatal por anemia hemolítica).
- Sulfametoxazol-trimetoprim: 800 mg/160 mg a cada 12 horas – somente nos primeiro e segundo trimestres de gravidez (essa droga não deve ser administrada no terceiro trimestre porque interfere no metabolismo fetal da bilirrubina, podendo ocasionar hiperbilirrubinemia neonatal e kernicterus).

As quinolonas também são contraindicadas durante a gestação, pelo seu potencial teratogênico.

### **Pielonefrite aguda não complicada em mulheres**

Evitar amoxicilina e cefalosporinas de primeira geração, pois cerca de 25% a 30% dos agentes causadores são resistentes

a) Nos casos leves a moderados, sem vômitos, em pacientes que adquiriram a doença na comunidade e sem sintomas sistêmicos de bacteremia, a terapia pode ser oral, por 10 a 14 dias, com um dos seguintes esquemas:

- Sulfametoxazol-trimetoprim: 800 mg/160 mg a cada 12 horas.
- Em adolescentes com mais de 16 anos também poderão ser utilizadas as quinolonas:
  - o Norfloxacino: 400 mg a cada 12 horas.
  - o Ciprofloxacino: 500 mg a cada 12 horas.
  - o Ofloxacino: 200-300 mg a cada 12 horas.
  - o Levofloxacino: 500 mg uma vez ao dia.

b) Pielonefrite grave ou em pacientes com comorbidades (p. ex.: diabetes, anemia falciforme, imunodeficiências).

Nesses casos, o tratamento requer internação e antibioticoterapia parenteral. A hospitalização é fortemente recomendada nas gestantes com pielonefrite.

### **Infecção recorrente**

a) Tratamento não medicamentoso (orientações):

- Esvaziar a bexiga frequentemente.
- Urinar após relação sexual.
- Evitar o uso de diafragma.
- Acidificar a urina.

b) Tratamento medicamentoso (uso de antimicrobianos profiláticos)

Profilaxia pós-coito – efetiva em pacientes cujas ITUs recorrentes estão associadas à atividade sexual. É feita com dose única de:

- Nitrofurantoína: 50-100 mg.
- Sulfametoxazol-trimetoprim: 200/40 mg.
- Cefalexina: 250 mg.

- Profilaxia contínua – feita com dose diária de:
- Nitrofurantoína: 50-100 mg.
- Sulfametoxazol-trimetoprim: 200/40 mg.
- Cefalexina: 250 mg.
- Norfloxacino: 200 mg.

### **Infecções urinárias em homens**

Não há muita informação a respeito de tratamento de curta duração ou com dose única em homens. A terapêutica com antibióticos por VO, em geral, deve ser feita por sete a dez dias. Porém, em pacientes com baixa adesão ao tratamento, pode-se indicar sulfametoxazol-trimetoprim ou um esquema com quinolonas (nos maiores de 16 anos) por três dias.

### **Acompanhamento dos pacientes**

A equipe que presta assistência a adolescentes, diante de um paciente com diagnóstico de ITU, deve, além de orientar sobre tratamento e prevenção de novos episódios, estar atenta para questões relacionadas com a vida sexual do adolescente. Infecção urinária nessa faixa etária, sobretudo em adolescentes e jovens do sexo feminino, está diretamente associada à atividade sexual. Por isso, é importante aproveitar a oportunidade para orientar sobre o uso de preservativo e outros métodos contraceptivos, estando aberta e disponível para esclarecer quaisquer dúvidas.

# Referências

ABRAMO, H.; BRANCO, P. P. M. **Retratos da juventude brasileira**: análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2005.

ASSIS, S. G. et al. Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 16, n. 1, July 2004.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 10, v. 1, p. 81-90, 2005.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA. Guidelines for Adolescent Preventive Services. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, [S.l.], Feb. 1997.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I. Saúde do Adolescente. In: SCHARAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇAVES, R. B. M. (Org.). **Saúde do Adulto**. Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996. p. 66-85.

BARNES, H. N.; SAMET, J. H. Brief interventions with substance-abusing patients. **Medical Clinics of North America**, [S.l.], v. 81, n. 4, p. 867-879, July 1997.

BARROS, E. P. **Relatório da Conferência Regional das Américas sobre os avanços e desafios do plano de ação contra o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerâncias correlatas** [internet]. 2011. Disponível em: <<http://www.unegro.org.br/arquivos/arquivo>>. Acesso em: 9 nov. 2012.

BAUMRIND, D. Effective parenting during the early adolescent transition. In: COWANU, P. A.; HATHERINGTON, E. M. (Eds.). **Advances in family research**. Hillsdale, NJ: Earlbaum, 1991. v. 2.

BERNAL, E. M. B. **Arquivo do abandono**: experiências de crianças e adolescentes internados em instituições do serviço social de menores de São Paulo (1938-1960). São Paulo: Cortez, 2004. 191 p.

BOUZAS, I. C. S.; CADER, S. A.; LEÃO, L. Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 26 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/leis/L8069](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8069)>. Acesso em: 4 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 26 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. Relatório de gestão 2008. **Revista Adolescência e Saúde**, [S.l.], v. 10, n. 3, jul./set. 2013. p. 22-27. 2013a. Disponível em: <[www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=377](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=377)>. Acesso em: 1 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010a. 132 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)>. Acesso em: 6 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Anticoncepção de emergência**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hiv-aids-na-atencao-basica>>. Acesso em: 4 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014b. 156 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil**: Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Brasília, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Marco Legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, 2007. 58 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Orientações para a implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na atenção básica**: rede cegonha. 20 p. Versão preliminar. Disponível em: <<http://www>>.

aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/redecegonhatexto01\_pdf\_26351.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Orientações para o atendimento à saúde do adolescente**. 2. ed. Brasília, 2013c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_atendimento\\_saude\\_do\\_adolescente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_saude_do_adolescente.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004**. Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-dos-adolescentes-em-conflito-com-a-lei/seminario-ministerio-da-saude-fundacao-casa-e-ses/2\\_port\\_interm\\_1426.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-dos-adolescentes-em-conflito-com-a-lei/seminario-ministerio-da-saude-fundacao-casa-e-ses/2_port_interm_1426.pdf)>. Acesso em: 7 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1. p 48. 2011b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 30 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, 2009a. 112 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do Adolescente**: competências e habilidades. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_adolescente\\_competencias\\_habilidades.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Brasília, 2013d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao\\_basica\\_saude\\_adolescente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf)>. Acesso em: 4 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Protocolo para utilização do Levonorgestrel**. Brasília, 2013e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2013f. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf)>. Acesso em: 3 ago. 2015.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília, 2009b. 96 p., il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, 2010b. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Diretriz para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos**. Brasília, 2005. 30 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Brasília, 2013g. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao\\_basica\\_saude\\_adolescente.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf)>. Acesso em: 4 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 4 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Brasília, 2013h. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acesso em: 3 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília, 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso de extensão em Promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Brasília, 2013i.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids**. Brasília, 2013j. 116 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_atencao\\_integral\\_hiv.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_atencao_integral_hiv.pdf)>. Acesso em: 4 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids**: diretrizes e procedimentos básicos. 2. ed. Brasília, 1998. 25 p. Disponível em: <[bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aconselhamento\\_dst\\_aids.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aconselhamento_dst_aids.pdf)>. Acesso em: dia 4 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério Público do Espírito Santo. **Estatuto da Criança e do Adolescente e Legislação Congênere**. 11. ed. Vitória: [s.n.], 2011c. 243 p.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 1.082, de 23 de maio de 2014**. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. 2014d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082\\_23\\_05\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html)>. Acesso em: 26 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2010d. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 4 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto de 25 de maio de 2006**. Institui o Dia Nacional do Cigano. 2006a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn10841.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn10841.htm)>. Acesso em: 25 set. 2015.

\_\_\_\_\_. **Presidência da República. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013**. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. 2013k. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm)>. Acesso em: 21 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo –SINASE**. Brasília: CONANDA, 2006b. 100 p. Disponível em: <[www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/.../sinase.pdf](http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/.../sinase.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2015.

CARDARELLI, G. Juventud y Participación: para que los senderos no se bifurquen. Buenos Aires: [s.n.], 1996. Mimeo. CERQUEIRA, M. T. Promoción de la Salud: evolución y nuevos rumbos. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, [S.l.], 1996.

- CARLINI, E. A. Uso ilícito de drogas lícitas pela nossa juventude. É um problema solúvel? In: MEDICAMENTO, DROGAS E SAÚDE. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1995.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (Rio de Janeiro). O processo da construção de redes de atenção à saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 50, out. 2014.
- CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EDUCAÇÃO, CULTURA E AÇÃO COMUNITÁRIA. **Guia de ações complementares à escola para crianças e adolescentes**. 2. ed. São Paulo: Cenpec; Unicef, 2001.
- CHACRA, F. C. **Vulnerabilidade e resiliência**: repensando a assistência integral à saúde da pessoa e da família. Campinas, [s.n.], 2000. Cópia não editada.
- CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 1994.
- CHAVES, O. C. Aspectos familiares nas condições nutricionais e de saúde do adolescente. In: PRIORE, S. E. et al. **Nutrição e Saúde na Adolescência**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010. p. 207-214.
- CHAVES, O. C. **Associação dos determinantes do estado nutricional dos pais com o estado nutricional dos adolescentes em Viçosa-MG**. 2009. 121 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2009.
- ERIKSON, E. H. **Infância e sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- FARIA, E. R. **Comparação de diferentes componentes para o diagnóstico da síndrome metabólica na adolescência**. 2013. 201 f. Tese (Doutorado em Ciência da Nutrição) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2013.
- FARIA, E. R. et al. Necessidades e recomendações nutricionais na adolescência. In: PRIORE, S. E. et al. **Nutrição e Saúde na Adolescência**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010. p. 35-50.
- FLACH, F. **Resiliência; a arte de ser flexível**. São Paulo: Saraiva, 1991.
- FREITAS, J. F. B. **Alimentação na escola e excesso de peso em adolescentes do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes: ERICA: estudo piloto**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1425319489.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2015.
- GARRAFA, V. Fundamentação teórica. Antecedentes: a deontologia ou ética médica. In: \_\_\_\_\_. **A dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo; Faculdade de Saúde Pública, 1995. p. 11-13.
- GERBER, M. A. Diagnosis of group A streptococcal pharyngitis. **Pediatrics Annals**, [S.l.], v. 27, p. 269-273, 1998.

GOODYER, I. M. Risk and Resilience Process in Childhood and Adolescence. **Social Paediatrics**. Oxford, Oxford University Press, 1995.

HEILBORN, M. L. et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 13-45, jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v8n17/19074.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

HERZOG, R. **Sujeito da doença ou doença do sujeito?** A construção do ser doente. 1987. Xx f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1987.

HOMER, C.; SHULMAN, S. T. Clinical aspects of acute rheumatic fever. **Journal of Rheumatology Supplement's**, [S.l.], v. 18, p. 2-13, 1991.

IBGE. Estudo e Pesquisas. Informação demográfica Socioeconômica. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. n. 27. Rio de Janeiro: Gráfica Digital; IBGE, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_analise\\_consumo/pofanalise\\_2008\\_2009.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf)>. Acesso em: 3 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2008-2009**: antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indicsaude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf)>. Acesso em: 3 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense\\_2012.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf)>. Acesso em: 3 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**: avaliação do estado nutricional dos escolares do 9º ano do ensino fundamental – municípios das capitais e Distrito Federal. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense\\_avaliacao\\_nutricional\\_2009/pense\\_avaliacao\\_nutricional\\_2009.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense_avaliacao_nutricional_2009/pense_avaliacao_nutricional_2009.pdf)>. Acesso em: 3 jan. 2014.

KAIL, R. V. **A Criança**. São Paulo: Pearson, Prentice Hall, 2010.

LAMOUNIER, J. A. et al. Obesidade na adolescência. In: PRIORE, S. E. et al. **Nutrição e saúde na adolescência**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010. p. 75-92.

LANGDON, J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 9, maio/jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_23](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23)>. Acesso em: 2 maio 2011.

LEÓN, O. D. Adolescência e Juventude: das noções às abordagens. In: VIRGINIA, M. F. (Org.) **Juventude e adolescência no Brasil**: referências conceituais. São Paulo: Ação Educativa; Friedrich Ebert Stiftung, 2005.

LOCH; A. Jussara. Princípios da Bioética. **Temas de Pediatria Nestlé**, [S.l.], n. 73, p. 12-19, 2002.

LOWINSON, J. H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R. B. **Substance abuse**: a comprehensive textbook. 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore, Maryland, USA: Williams & Wilkins, 1992.

LYRA, J. et al. Papai: uma experiência de ensino, pesquisa e extensão. **Cadernos da Extensão**, Recife, ano 1, n. 1, p. 57-66, dez. 1998. Disponível em: <[https://www.ufpe.br/proexc/images/publicacoes/cadernos\\_de\\_extensao/saude/papai.htm](https://www.ufpe.br/proexc/images/publicacoes/cadernos_de_extensao/saude/papai.htm)>. Acesso em: 16 set. 2015.

LYRA, J. L. C. Paternidade adolescente: da investigação à intervenção. In: ARILHA, M., RIDENTI, S. U.; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e masculinidades**: outras palavras. São Paulo: Editora 34, 1998. p. 185-214.

MANGHAM, C. et al. Resilience in Families: challenges for health promotion. **Canadian Journal of Public Health**, [S.l.], v. 87, p. 373-374, 1996.

MARGULIS, M., URRESTI, M. **La Juventud es más que una Palabra**. Buenos Aires: Biblos, 1996. p. 28.

MARTÍN-ALVAREZ, L. Planning and managing child health services. In: LINDSTRÖM, B.; SPENCER, N. **Social Paediatrics**. Oxford: Oxford University Press, 1995.

McALISTER, A. **La Violencia Juvenil en las Américas**: estudios innovadores de investigación, diagnóstico y prevención. Washington: OPS/OMS, 1998.

McWHINNEY, I. R. **Manual de medicina familiar**. Lisboa: Inforsalus, 1994.

MEIRELLES, Z. V.; HERZOG, R. A violência na vida de adolescentes e jovens. In: RUZANY, M. H.; GROISSMAN, E. (Org.). **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. v. 1. p. 128-135.

MOURA, E. A. F. et al. Aspectos demográficos, socioeconômicos e de saúde da população ribeirinha durante a enchente de 1999 na reserva de desenvolvimento sustentável Mimirauá. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12., 2000, Caxambu. **Cadernos de Resumos...** Belo Horizonte: Gráfica e Editora Geraes Ltda, 2000. v. 1. p. 57-58.

MUZA, G. M. et al. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 31, n. 1, p. 21-29, 1997.

- NORDIO, S. Needs in child and maternal care: rational utilization and social medical resources. **Rivista Italiana di pediatria**, [S.l.], v. 4, p. 3-20, 1978.
- PASSOS, S. R. L.; ALBERNAZ, A. L. G. Uso de substâncias psicoativas. In: COUTINHO, M. F. G.; BARROS, R. R. (Org.). **Adolescência**: uma abordagem prática. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001.
- PASSOS, S. R. L.; CAMACHO, L. A. B. ——. Factors associated with immediated dropout of outpatient treatment for drug abuse. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 513-517, 2000.
- PASSOS, S. R. L.; CAMACHO, L. A. B. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 64-71, 1998.
- RESTREPO, H. E. Las Políticas de Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud. **Conferencia Internacional de Promoción de la Salud**. Santafé de Bogotá, Colombia: [s.n.], 1992. Mimeo.
- RISCADO, J. L. S.; OLIVEIRA, M. A. B. de; BRITO, A. M. B. B. de. Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Revista Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 19, p. 96-108, 2010. Suplemento 2.
- ROGERS, P. D.; WERNER, M. J. Abuso de substâncias In: CLÍNICAS PEDIÁTRICAS DA AMÉRICA DO NORTE. [S.l.]: Interlivros, 1995. v. 2.
- RUZANY, M. H.; MUNIST, M.; SOLÍS, A. **Promoción de la Salud del Adolescente respecto a la sexualidad y la salud reproductiva**. Adolescencia un enfoque integrado. Seminario Interno. Equipo de Apoyo del FNUAP. Oficina para América Latina y El Caribe, 1994. (Colección Seminarios, n. 1).
- SANTOS, L. C. et al. Ingestão de cálcio e indicadores antropométricos entre adolescentes. **Revista de Nutrição**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 275-283, 2007.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SANTROCK, J. W. **Adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- SCHNEIDER, S. **A Pluriatividade na agricultura familiar**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.
- SCHRAMM, F. R. **Toda ética é, antes, uma Bioética**: humanidades – bioética. Brasília: Universidade de Brasília, 1994.
- SHOEN-FERREIRA, T. H. et al. A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. **Estudos de Psicologia**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 107-115, 2003.

SILVA, D. S. Constituição e diferença étnica: o problema jurídico das comunidades negras remanescentes de quilombo no Brasil. In: O'DWYER, E. (Org.). **Terra de quilombos**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 1995. p. 95-110.

SILVA, E. **As camélias do Leblon**: uma investigação de história cultural. São Paulo: Companhia das letras, 2003. p. 11-13.

SILVA, J. G. **Diretrizes de políticas públicas para o novo rural brasileiro**: incorporando a noção de desenvolvimento local, 1999. Disponível em: <[www.eco.unicamp.br/projetos/rurbano](http://www.eco.unicamp.br/projetos/rurbano)>. Acesso em: 20 jul. 2007.

SILVA, J.G. et.al. **Diretrizes de Políticas Públicas para o Novo Rural Brasileiro**: incorporando a noção de desenvolvimento local, Projeto Urbano. [S.l.: s.n.], 1999.

SILVA, T. S.; CARVALHO, F. F. B. A Promoção da saúde na atenção primária: possibilidades e desafios. In: PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE DA FAMÍLIA. Porto Alegre: Artmed Pan-Americana Editora, 2014.

TORAL, N.; CONTI, M. A.; SLATER, B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 25. n. 11, nov. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100009)>. Acesso em: 26 ago. 2015.

TORAL, N.; SLATER, B.; SILVA, N. V. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, São Paulo. **Revista de Nutrição**, [S.l.], v. 20, n. 5, p. 449-459, 2007.

VANISTENDAEL, S. **Cómo crecer superando los percances – Resiliencia**: capitalizar las fuerzas del individuo. 2. ed. Genebra: Oficina Católica de la Infancia; BICE, 1996.

VEGA, W. A. et al. Risk factors for early adolescent drug use in four ethnic and racial groups. **American Journal of Public Health**, [S.l.], v. 83, n. 2, p. 185-189, Feb. 1993.

VEIGA, G. V. et al. Inadequação do consumo de nutrientes entre adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 47, n. 1, p. 212S-221S, 2013.

VIEIRA, V. C. R. et al. Alterações no padrão alimentar de adolescentes com adequação pôndero-estatural e elevado percentual de gordura corporal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 93-102, 2005.

VINCENSI, J. G.; GROSSI, P. K. Rompendo o silêncio: estratégias de enfrentamento das mulheres frente à violência familiar. In: GROSSI, P. K. **Violências e gênero**: coisas que a gente não gostaria de saber. 2. ed. atual. e ampl. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. p. 142.

WEISSHEIMER, M. A. **Bolsa Família**: avanços, limites e possibilidades do Programa que está transformando a vida de milhões de famílias no Brasil. São Paulo: Ed. Perseu Abramo, 2006.

# GLOSSÁRIO

**Aleitamento cruzado:** é a prática de lactação, na qual a criança recebe um leite que não é produzido por sua mãe. Hoje em dia é uma prática não recomendável, pois por meio do leite materno as crianças podem ser contaminadas, como, por exemplo, pelo vírus da aids.

**Dupla proteção:** refere-se à proteção contra a gravidez e as DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), incluindo o HIV/aids.

**Erupção variceliforme de Kaposi:** lesão vesículo-pustular disseminada causada pelo vírus do herpes simples (*Herpesvirus hominis*), o vírus da vacínia ou por varicela zoster (*Herpesvirus 3 humano*). Ela é normalmente sobreimposta a uma dermatite atópica preexistente que pode ser ativa ou inativa (dermatite atópica).

**Nanismo psicossocial:** baixa estatura por carência psicossocial. Entre as inúmeras causas de natureza emocional capazes de prejudicar o crescimento físico de crianças e adolescentes, destaca-se a má dinâmica das relações intrafamiliares: pais em conflito permanente, rejeição do filho, pais separados ou ausentes, alcoolismo, delinquência.

**Ooforite:** é inflamação dos ovários. É acompanhada de febre, mal-estar e vômitos, dor abdominal e sangramento vaginal, raramente leva à esterilidade.

**Panencefalite esclerosante subaguda:** trata-se de uma infecção oportunista viral do sistema nervoso central, associada a condições que levam a um prejuízo da imunidade mediada por células (por ex.: síndrome de imunodeficiência adquirida e outras síndromes de deficiência imunológica, neoplasia hematológica, imunossupressão e doenças do colágeno).

**Pós-púberes:** indivíduos que já concluíram o processo da puberdade. O padrão do crescimento e desenvolvimento apresenta diferença significativa entre os grupos pré-púbere, púbere e pós-púbere, para os valores de cada variável antropométrica.

**Protratilidade:** é a capacidade dos mamilos quando estimulados ficarem salientes e adequados à amamentação.



**Resiliência:** capacidade dos indivíduos de superar os fatores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados. Indivíduos resilientes são aqueles que, não apenas evitam os efeitos negativos associados aos fatores de risco, mas que desenvolvem competência social, acadêmica e vocacional.

**Vícios de refração:** o mesmo que anomalias de refração ou erros de refração. Trata-se de uma deficiência visual que resulta do fato de o olho não focalizar, no plano da retina, estímulos recebidos, perdendo a nitidez e gerando desconforto.

**Violência autoinfligida:** refere-se ao comportamento suicida e aos atos de automutilação.

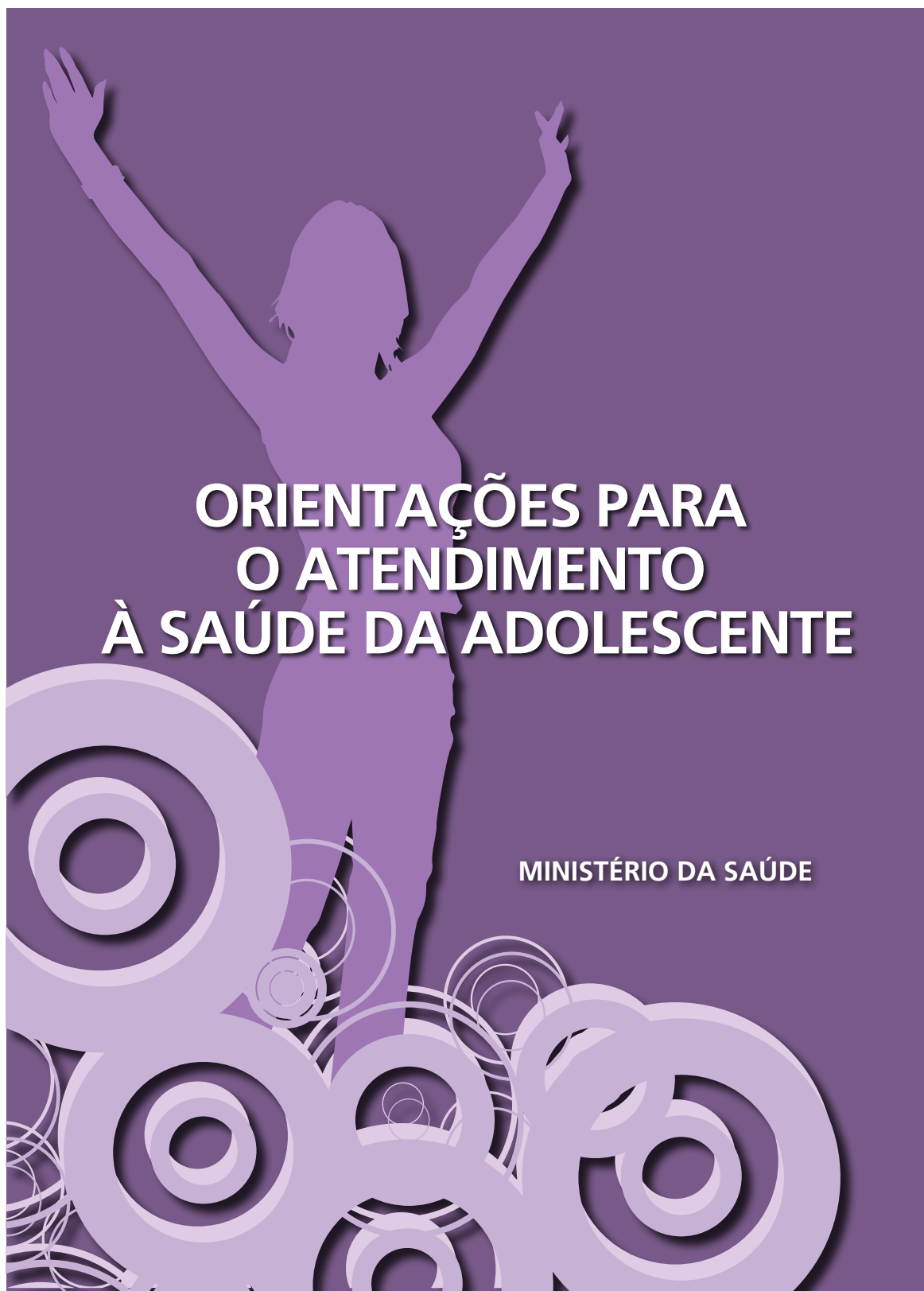
**Violência estrutural:** relaciona-se às condições de vida da pessoa ou comunidade. Por exemplo, miséria, má distribuição de renda, falta de saneamento básico, emprego, ausência de lazer, trabalho infantil precoce, entre outros.

**Violência pessoal:** é o ato abusivo contra outra pessoa, por exemplo: homicídios, negligência a crianças, estupros, violência doméstica, maus-tratos, cárcere privado, extermínios, entre outros. Pode ser cometida tanto por um indivíduo isoladamente como por grupos.



# **ANEXOS**

■ Anexo A - Orientações para o atendimento à saúde da adolescente



## ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À SAÚDE DA ADOLESCENTE

No atendimento à saúde de adolescente, alguns pontos devem ser considerados na abordagem clínica, destacando-se o estabelecimento do vínculo de confiança entre a equipe de saúde da família, o adolescente e sua família. Uma atitude acolhedora e compreensiva também possibilitará a continuidade de um trabalho com objetivos específicos e resultados satisfatórios no dia a dia.

Princípios importantes que facilitam a relação entre a equipe de saúde e o adolescente:

1. O adolescente precisa perceber que o profissional de saúde inspira confiança, que adota atitude de respeito e imparcialidade, restringindo-se às questões de saúde física. Não julga as questões emocionais e existenciais escutadas. Nesse terreno, o profissional de saúde não deve ser normativo.
2. O adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, mas ficar ciente também das situações nas quais o sigilo poderá ser rompido, o que, no entanto, ocorrerá sempre com o conhecimento dele. Essas situações estão relacionadas a riscos de morte do cliente e de outras pessoas.
3. É importante estar preparado não só para ouvir com atenção e interesse o que o adolescente tem a dizer, mas também ter sensibilidade suficiente para apreender outros aspectos que são difíceis de serem expressados oralmente por eles.
4. Geralmente, o atendimento de adolescente necessita de tempo e, na maioria das vezes, demanda mais de um retorno.
5. O modelo clássico de anamnese clínica mostra-se inadequado ao atendimento do adolescente na Unidade Básica de Saúde, pois não são considerados os aspectos da vida social, de trabalho, da sexualidade, da situação psicoemocional e violência, entre outros.
6. Na maioria das vezes, o adolescente não procura o médico espontaneamente, é levado pelos pais e, com certa frequência, contra a sua vontade. Assim, é comum defrontar-se com um jovem ansioso, inseguro, com medo ou, pelo contrário, assumindo uma atitude de enfrentamento, ou do mais absoluto silêncio.
7. Se o adolescente procurar a Unidade Básica de Saúde sem o acompanhamento dos pais, ele tem o direito de ser atendido sozinho. No entanto, a equipe poderá negociar com ele a presença dos pais ou responsáveis se for o caso.
- 8. A entrevista inicial poderá ser feita só com o adolescente, ou junto com a família. De qualquer forma, é importante haver momento a sós com o adolescente, que será mais de escuta, propiciando uma expressão livre, sem muitas interrogações, evitando-se observações precipitadas.**
9. O exame físico exige acomodações que permitam privacidade e propiciem ambiente em que o adolescente se sinta mais à vontade.

O exame é de grande importância, devendo ser completo e detalhado, possibilitando a **avaliação do crescimento, do desenvolvimento e da saúde como um todo**.

Alguns aspectos devem ser levados em conta pelo profissional:

- a) Esclarecimento sobre a importância do exame físico;
- b) Esclarecimento sobre os procedimentos a serem realizados;
- c) Respeito ao pudor;
- d) Compreensão do adolescente sobre as mudanças do seu corpo;
- e) Compreensão da imagem corporal que o adolescente traz.

Durante o exame físico, se houver interesse por parte do adolescente ou do profissional de saúde, outro profissional poderá acompanhar o exame para que preserve a ética em relação a interpretações diferentes por parte do adolescente, resguardando o profissional. Esclarecer ao adolescente, antes do exame, tudo o que vai ser realizado. O uso adequado de lençóis e camisolas torna o exame mais fácil.

O roteiro inclui:

- 1- Aspecto geral (aparência física, humor, pele hidratada, eupneico, normocorado, etc.);
- 2- Avaliação de peso, altura, IMC/idade e altura/idade – usar curvas e critérios da OMS (2007);
- 3- Verificação da pressão arterial (deve ser mensurada pelo menos uma vez/ano usar curvas de pressão arterial para idade);
- 4- Avaliação dos sistemas: respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, etc.;
- 5- Avaliação do estadiamento puberal – usar critérios de Tanner (masculino e feminino).
- 6- Avaliação da acuidade visual com escala de Snellen.

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

Observar o estágio de maturação sexual, e qualquer anormalidade, encaminhar à referência.

Encaminhar para **exame ginecológico** e realização de preventivo de câncer de colo de útero todas as adolescentes que já iniciaram atividades sexuais e/ou apresentarem algum problema ginecológico.

Em relação ao adolescente masculino que já iniciou as atividades sexuais ou apresentou algum problema geniturinário esclarecer suas dúvidas, orientando para o autocuidado e para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez.

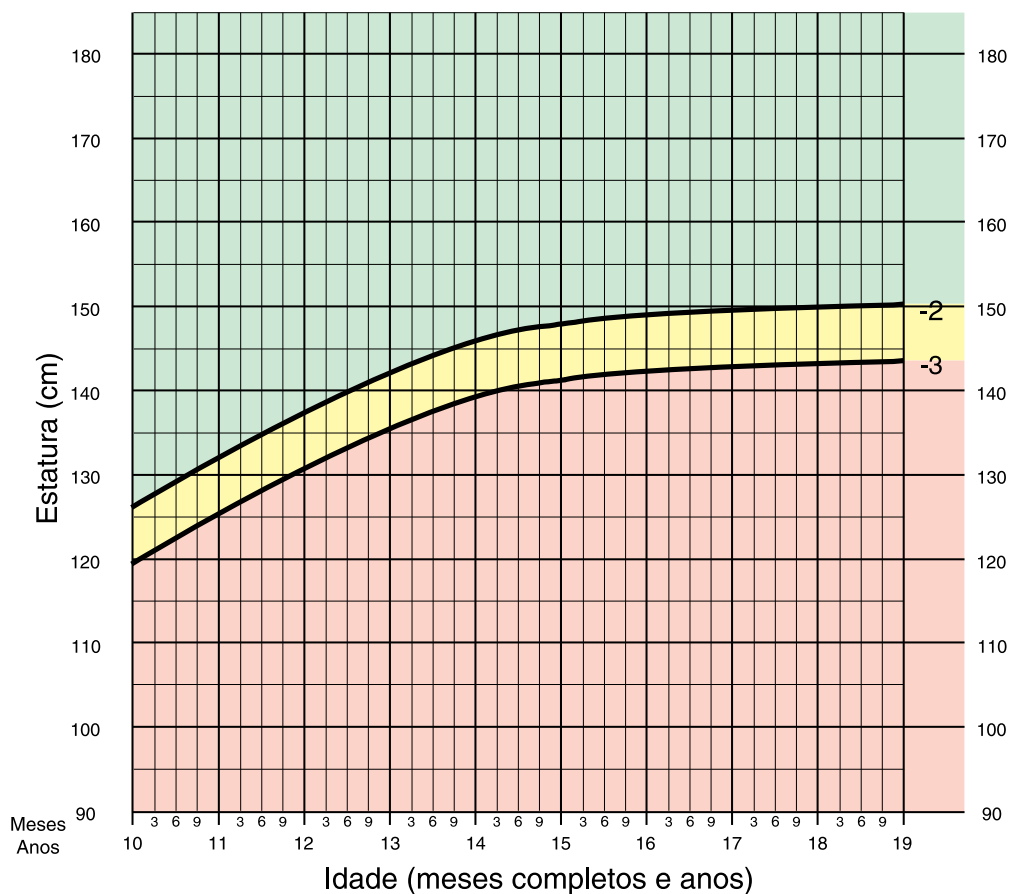
Ao final da consulta devem ser esclarecidos os dados encontrados e a hipótese diagnóstica. A explicação da necessidade de exames e de medicamentos pode prevenir possíveis resistências aos mesmos.



## ANTROPOMETRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA ADOLESCENTE

### Gráfico de estatura por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≥ Escore-z -2	Estatura adequada para a idade
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
< Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade



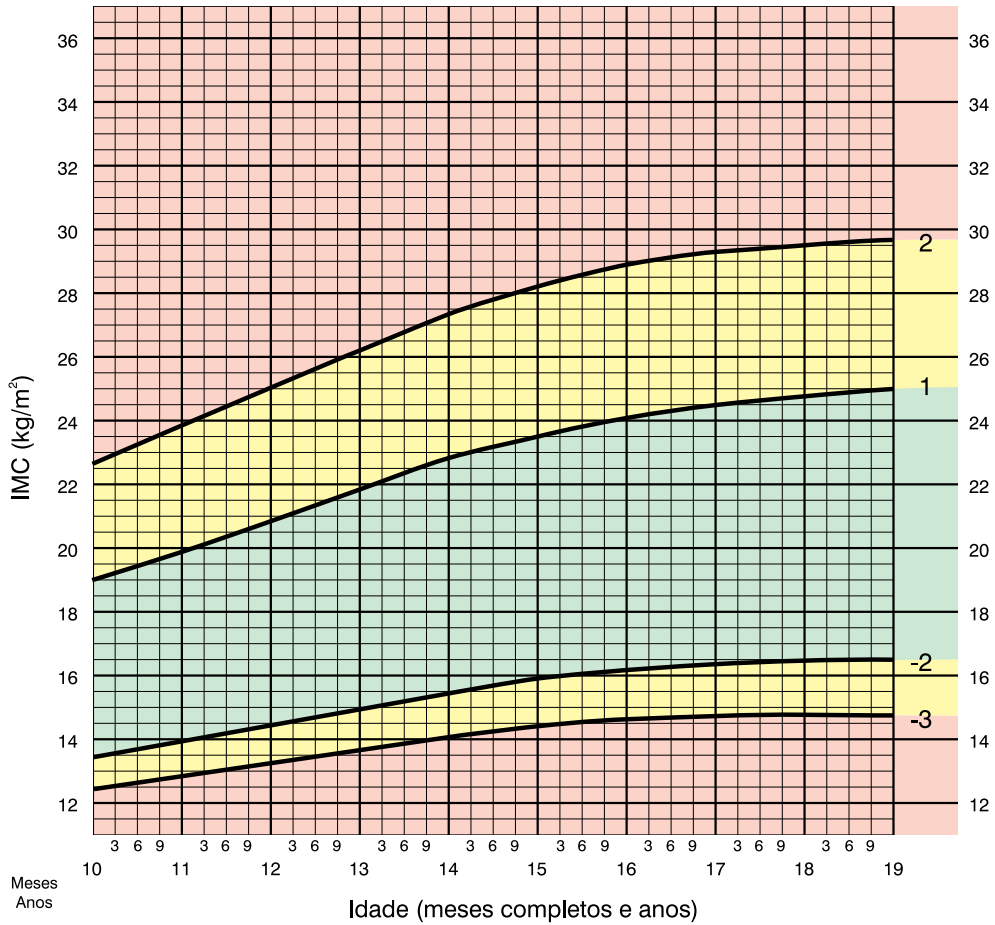
Ministério da Saúde

Governo Federal

# ANTROPOMETRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA ADOLESCENTE

## Gráfico de IMC por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



Valores Críticos DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
> Escore-z +2	Obesidade
> Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Escore-z -2 e < Escore-z +1	Eutrofia (IMC Adequado para a idade)
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
< Escore-z -3	Magreza acentuada



Ministério da Saúde

Governo Federal

## ANTROPOMETRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA ADOLESCENTE

Durante a adolescência, os dados antropométricos se tornam ainda mais importantes e valiosos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, apesar de mais difíceis de se obter, devido à característica única do estirão puberal e da velocidade rápida de mudanças corporais que ocorrem neste período.

A adolescente tem um crescimento de cerca de 20 a 25% da sua estatura final e de 40 a 50% do seu peso final neste período. Estes parâmetros são alcançados em média, durante o intervalo de 3 a 5 anos no estirão da puberdade.

Alguns pontos importantes devem ser observados visando facilitar a atenção ao crescimento e a avaliação da antropometria nesta fase. Em todas as consultas clínicas, deve-se avaliar:

- 1- Estatura, IMC/Idade e os Estágios puberais de Tanner em todos os adolescentes que compareçam ao serviço de saúde.
- 2- Medir a altura em antropômetro/estadiômetro de parede, com o adolescente descalço, segundo técnicas de antropometria (OMS).
- 3- Pela recomendação deve-se colocar o adolescente de pé, sem sapatos, tão ereto quanto possível, com os olhos e as orelhas alinhados horizontalmente. Colocar a prancha ou prancheta na cabeça, fazendo um ângulo de 90 graus, firmemente sobre a cabeça do adolescente, enquanto o examinador exerce uma pressão suave de baixo para cima sobre o seu queixo, e lembra a ele que deve manter seus calcanhares sobre o piso e fazer uma inspiração profunda para manter a medição de sua altura. Anotar o dado no gráfico de Estatura/Idade (OMS).
- 4- Pesar em balança eletrônica ou balança mecânica (balança de braço aferida e sempre zerada e tarada) pesar com a adolescente vestindo roupas leves, sem sapatos ou adereços, celulares, etc.
- 5- O peso deve ser utilizado para avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC, usando a fórmula:  $P/E^2$ ) e colocar nas curvas da OMS de IMC/Idade.
- 6- Observar para os estágios de Tanner que o início da puberdade ocorre nas meninas entre 8 a 13 anos, com o aparecimento do broto mamário, e nos meninos, entre 9 a 14 anos, com o aumento do volume dos testículos.
- 7- A velocidade máxima do estirão puberal também é variável de adolescente para adolescente, ocorre 18 a 24 meses antes nas mulheres do que nos homens, com uma variação média de 2 cm por ano, menor nas mulheres.
- 8- Os meninos crescem em média de 9,5 cm /ano no estirão puberal e as meninas em média 8,0 cm/ano.
- 9- Um parâmetro importante para avaliar o estirão de crescimento puberal é a avaliação da Velocidade de Crescimento (VC/ano) que pode ser feita instantaneamente, avaliando-se por uma regra de três simples. Exemplo: adolescente de 12 anos, avaliado em um período de 4 meses de intervalo entre a consulta, cresceu 4 cm neste período, ele tem uma velocidade média de 12 cm/ano, portanto está no estirão puberal normal.
- 10- O máximo do ganho ponderal coincide com o estirão puberal nos homens, mas ocorre 6 a 9 meses após o estirão puberal nas mulheres.
- 11- Os adolescentes podem apresentar um aspecto de excesso de peso no período anterior ao estirão pubertário, sem que seja necessária a rotulagem de risco de obesidade. Porém o valor de excesso de peso não pode ultrapassar 20% em relação ao esperado para a altura/idade.
- 12- No início do estágio do estirão pubertário, a adolescente pode apresentar um aspecto longilíneo e emagrecido podendo ser classificada como de baixo peso pelos indicadores peso e altura.
- 13- Investigar as principais causas de atraso caso o crescimento pré-puberal seja menor que 4 cm/ano ou menor que 6 cm/ano em adolescentes na fase puberal.
- 14- Avaliar sempre a perda (Desnutrição) ou ganho (Sobrepeso / Obesidade) de peso em adolescentes.
- 15- Acompanhar semestralmente os adolescentes, e em caso de rastreamento de riscos, acompanhar a cada 2-3 meses.

## ESTÁGIOS DE MATURAÇÃO SEXUAL PRANCHAS DE TANNER

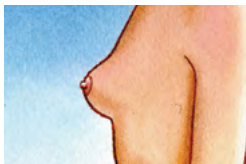
### Estágios de desenvolvimento das mamas



**Estágio 1**  
Mamas infantis (M1)



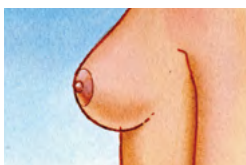
**Estágio 2**  
O broto mamário forma-se com uma pequena saliência com elevação da mama e da papila e ocorre o aumento do diâmetro areolar. Melhor visualizar lateralmente. (M2)



**Estágio 3**  
Maior aumento da aréola e da papila sem separação do contorno da mama. (M3)



**Estágio 4**  
Aumento continuado e projeção da aréola e da papila formando uma segunda saliência acima do nível da mama. (M4)



**Estágio 5**  
Mama com aspecto adulto, com retração da aréola para o contorno da mama e projeção da papila. (M5)

### Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



**Estágio 1**  
Ausência de pelos, ou pelugem natural. (P1)



**Estágio 2**  
Pelos iniciam-se com uma pelugem fina, longa, um pouco mais escura, na linha central da região pubiana. (P2)



**Estágio 3**  
Pelos em maior quantidade, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



**Estágio 4**  
Pelos do tipo adulto, encaracolados, mais distribuídos, e ainda em pouca quantidade. (P4)



**Estágio 5**  
Pelos tipo adulto, com maior distribuição na região pubiana, e na raiz da coxa. (P5)



## AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE TANNER NA PUBERDADE

**Na avaliação das adolescentes, durante a puberdade deve-se observar o aparecimento de mamas e pelos. A puberdade pode se iniciar dos 8 aos 13 anos e alguns aspectos devem ser considerados, tais como:**

- 1- O broto mamário é o primeiro sinal puberal na menina, é chamado de telarca e pode apresentar-se unilateralmente sem significado patológico. Observar a adolescente, tranquilizá-la e reavaliar após seis meses, quando a outra mama já terá aparecido e os primeiros pelos pubianos também.
- 2- Caso a puberdade se inicie com o aparecimento de pelos pubianos e não com o broto mamário, deve-se encaminhar ao profissional de saúde, pois pode se tratar de uma puberdade de origem periférica e não central pelo estímulo hipofisário - gonadal podendo se tratar de uma causa patológica, devendo ser melhor investigada.
- 3- O início da puberdade antes dos 8 anos também pode ser motivo de preocupação e, portanto, deve-se sempre referir a adolescente ao profissional de saúde para que ele avalie junto ao endocrinologista se é uma puberdade precoce.
- 4- É frequente ocorrer um **corrimento vaginal claro nos 6 aos 12 meses que antecedem a primeira menstruação ou menarca**, fato marcante da puberdade feminina. Esclarecer a adolescente que é natural, pois trata-se do crescimento do tecido endometrial uterino e que deve-se apenas cuidar mais da higiene corporal.
- 5- Atentar que a idade média da menarca em nosso meio é de 12 anos e 4 meses, mas pode ocorrer entre 9 e 16 anos, observar comportamento do evento na família e acompanhar o processo de cada adolescente.
- 6- Os primeiros ciclos menstruais são geralmente anovulatórios e irregulares, podendo essa irregularidade permanecer por até 2 ou 3 anos.
- 7- O ciclo menstrual normal tem um intervalo que varia de 21 a 36 dias e uma duração entre 3 e 7 dias.
- 8- As adolescentes podem ainda crescer em média 4 a 6 cm nos 2 ou 3 anos após a menarca.
- 9- **É importante observar que se deve considerar retardo puberal em meninas a ausência de qualquer característica sexual secundária a partir dos 13 anos de idade.**



**Ministério  
da Saúde**

**Governo  
Federal**



■ Anexo B - Orientações para o atendimento à saúde do adolescente



**ORIENTAÇÕES PARA  
O ATENDIMENTO  
À SAÚDE DO ADOLESCENTE**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

## ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

No atendimento à saúde de adolescente, alguns pontos devem ser considerados na abordagem clínica, destacando-se o estabelecimento do vínculo de confiança entre a equipe de saúde da família, o adolescente e sua família. Uma atitude acolhedora e compreensiva também possibilitará a continuidade de um trabalho com objetivos específicos e resultados satisfatórios no dia a dia.

Princípios importantes que facilitam a relação entre a equipe de saúde e o adolescente:

1. O adolescente precisa perceber que o profissional de saúde inspira confiança, que adota atitude de respeito e imparcialidade, restringindo-se às questões de saúde física. Não julga as questões emocionais e existenciais escutadas. Nesse terreno, o profissional de saúde não deve ser normativo.
2. O adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, mas ficar ciente também das situações nas quais o sigilo poderá ser rompido, o que, no entanto, ocorrerá sempre com o conhecimento dele. Essas situações estão relacionadas a riscos de morte do cliente e de outras pessoas.
3. É importante estar preparado não só para ouvir com atenção e interesse o que o adolescente tem a dizer, mas também ter sensibilidade suficiente para apreender outros aspectos que são difíceis de serem expressados oralmente por eles.
4. Geralmente, o atendimento de adolescente necessita de tempo e, na maioria das vezes, demanda mais de um retorno.
5. O modelo clássico de anamnese clínica mostra-se inadequado ao atendimento do adolescente na Unidade Básica de Saúde, pois não são considerados os aspectos da vida social, de trabalho, da sexualidade, da situação psicoemocional e violência, entre outros.
6. Na maioria das vezes, o adolescente não procura o médico espontaneamente, é levado pelos pais e, com certa frequência, contra a sua vontade. Assim, é comum defrontar-se com um jovem ansioso, inseguro, com medo ou, pelo contrário, assumindo uma atitude de enfrentamento, ou do mais absoluto silêncio.
7. Se o adolescente procurar a Unidade Básica de Saúde sem o acompanhamento dos pais, ele tem o direito de ser atendido sozinho. No entanto, a equipe poderá negociar com ele a presença dos pais ou responsáveis se for o caso.
- 8. A entrevista inicial poderá ser feita só com o adolescente, ou junto com a família. De qualquer forma, é importante haver momento a sós com o adolescente, que será mais de escuta, propiciando uma expressão livre, sem muitas interrogações, evitando-se observações precipitadas.**
9. O exame físico exige acomodações que permitam privacidade e propiciem ambiente em que o adolescente se sinta mais à vontade.

O exame é de grande importância, devendo ser completo e detalhado, possibilitando a **avaliação do crescimento, do desenvolvimento e da saúde como um todo**.

Alguns aspectos devem ser levados em conta pelo profissional:

- a) Esclarecimento sobre a importância do exame físico;
- b) Esclarecimento sobre os procedimentos a serem realizados;
- c) Respeito ao pudor;
- d) Compreensão do adolescente sobre as mudanças do seu corpo;
- e) Compreensão da imagem corporal que o adolescente traz.

Durante o exame físico, se houver interesse por parte do adolescente ou do profissional de saúde, outro profissional poderá acompanhar o exame para que preserve a ética em relação a interpretações diferentes por parte do adolescente, resguardando o profissional. Esclarecer ao adolescente, antes do exame, tudo o que vai ser realizado. O uso adequado de lençóis e camisolas torna o exame mais fácil.

O roteiro inclui:

- 1- Aspecto geral (aparência física, humor, pele hidratada, eufônico, normocorado, etc.);
- 2- Avaliação de peso, altura, IMC/idade e altura/idade – usar curvas e critérios da OMS (2007);
- 3- Verificação da pressão arterial (deve ser mensurada pelo menos uma vez/ano usar curvas de pressão arterial para idade);
- 4- Avaliação dos sistemas: respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, etc.;
- 5- Avaliação do estadiamento puberal – usar critérios de Tanner (masculino e feminino);
- 6- Avaliação da acuidade visual com escala de Snellen.

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

Observar o estágio de maturação sexual, e qualquer anormalidade, encaminhar à referência.

Encaminhar para **exame ginecológico** todas as adolescentes que já iniciaram atividades sexuais e/ou apresentarem algum problema ginecológico.

Em relação ao adolescente masculino que já iniciou as atividades sexuais ou apresentou algum problema geniturinário esclarecer suas dúvidas, orientando para o autocuidado e para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez.

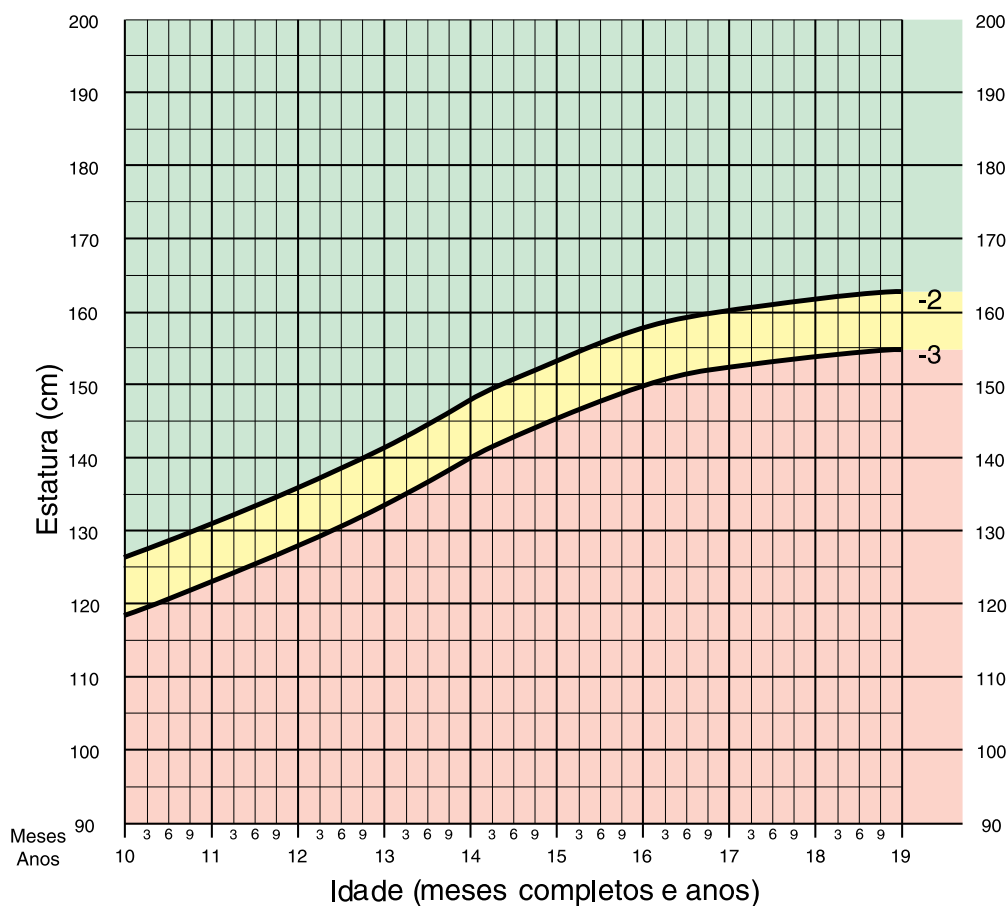
Ao final da consulta devem ser esclarecidos os dados encontrados e a hipótese diagnóstica. A explicação da necessidade de exames e de medicamentos pode prevenir possíveis resistências aos mesmos.



## ANTROPOMETRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

### Gráfico de estatura por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)

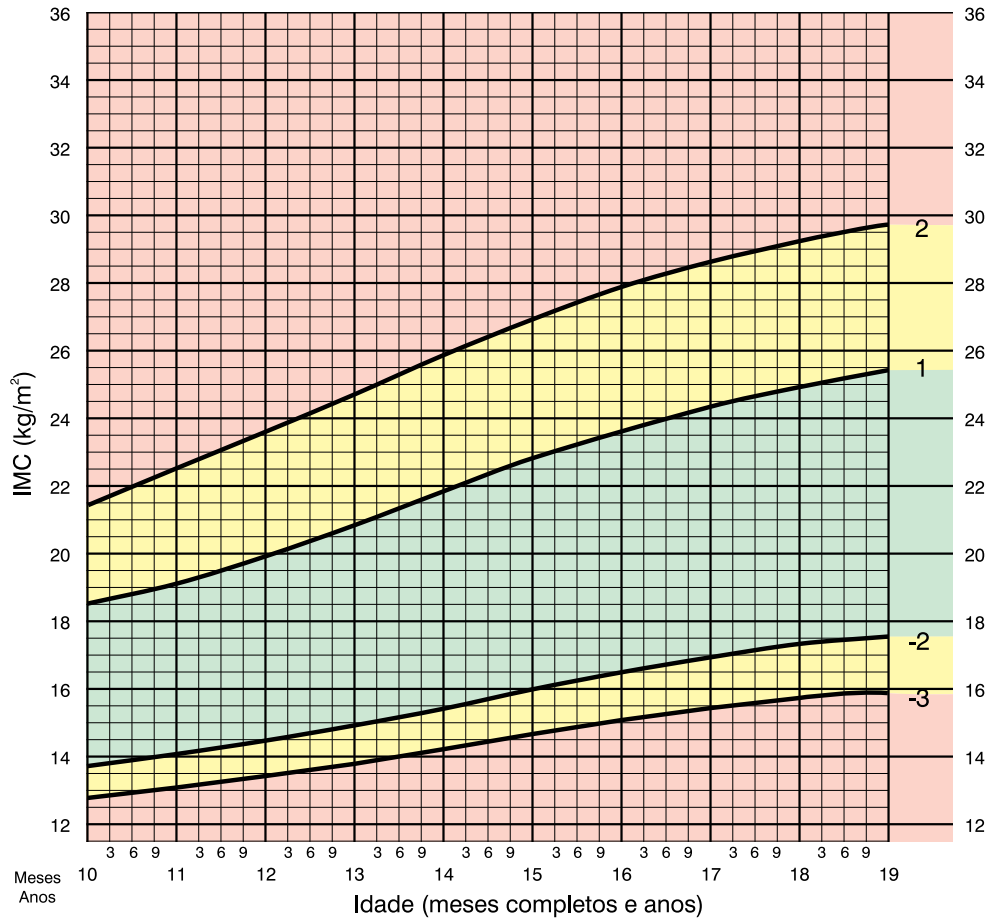


VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
$\geq$ Escore-z -2	Estatura adequada para a idade
$\geq$ Escore-z -3 e $<$ Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
$<$ Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade

# ANTROPOMETRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

## Gráfico de IMC por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



Valores Críticos DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
> Escore-z +2	Obesidade
> Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Escore-z -2 e < Escore-z +1	Eutrofia (IMC Adequado para a idade)
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
< Escore-z -3	Magreza acentuada



Ministério da Saúde

Governo Federal

## ANTROPOMETRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Durante a adolescência, os dados antropométricos se tornam ainda mais importantes e valiosos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, apesar de mais difíceis de se obter, devido à característica única do estirão puberal e da velocidade rápida de mudanças corporais que ocorrem neste período.

O adolescente tem um crescimento de cerca de 20 a 25% da sua estatura final e de 40 a 50% do seu peso final neste período. Estes parâmetros são alcançados em média, durante o intervalo de 3 a 5 anos no estirão da puberdade.

Alguns pontos importantes devem ser observados visando facilitar a atenção ao crescimento e a avaliação da antropometria nesta fase. Em todas as consultas clínicas, deve-se avaliar:

- 1- Estatura, IMC/Idade e os Estágios puberais de Tanner em todos os adolescentes que compareçam ao serviço de saúde.
- 2- Medir a altura em antropômetro/estadiômetro de parede, com o adolescente descalço, segundo técnicas de antropometria (OMS).
- 3- Pela recomendação deve-se colocar o adolescente de pé, sem sapatos, tão ereto quanto possível, com os olhos e as orelhas alinhados horizontalmente. Colocar a prancha ou prancheta na cabeça, fazendo um ângulo de 90 graus, firmemente sobre a cabeça do adolescente, enquanto o examinador exerce uma pressão suave de baixo para cima sobre o seu queixo, e lembra a ele que deve manter seus calcanhares sobre o piso e fazer uma inspiração profunda para manter a medição de sua altura. Anotar o dado no gráfico de Estatura/Idade (OMS).
- 4- Pesar em balança eletrônica ou balança mecânica (balança de braço aferida e sempre zerada e tarada) pesar com o adolescente vestindo roupas leves, sem sapatos ou adereços, celulares, etc.
- 5- O peso deve ser utilizado para avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC, usando a fórmula:  $P/E^2$ ) e colocar nas curvas da OMS de IMC/Idade.
- 6- Observar para os estágios de Tanner que o início da puberdade ocorre nas meninas entre 8 a 13 anos, com o aparecimento do broto mamário, e nos meninos, entre 9 a 14 anos, com o aumento do volume dos testículos.
- 7- A velocidade máxima do estirão puberal também é variável de adolescente para adolescente, ocorre 18 a 24 meses antes nas mulheres do que nos homens, com uma variação média de 2 cm por ano, menor nas mulheres.
- 8- Os meninos crescem em média de 9,5 cm/ano no estirão puberal e as meninas em média 8,0 cm/ano.
- 9- Um parâmetro importante para avaliar o estirão de crescimento puberal é a avaliação da Velocidade de Crescimento (VC/ano) que pode ser feita instantaneamente, avaliando-se por uma regra de três simples. Exemplo: adolescente de 12 anos, avaliado em um período de 04 meses de intervalo entre a consulta, cresceu 4 cm neste período, ele tem uma velocidade média de 12 cm/ano, portanto está no estirão puberal normal.
- 10- O máximo do ganho ponderal coincide com o estirão puberal nos homens, mas ocorre 6 a 9 meses após o estirão puberal nas mulheres.
- 11- Os adolescentes podem apresentar um aspecto de excesso de peso no período anterior ao estirão pubertário, sem que seja necessária a rotulagem de risco de obesidade. Porém o valor de excesso de peso não pode ultrapassar 20% em relação ao esperado para a altura/idade.
- 12- No início do estágio do estirão pubertário, a adolescente pode apresentar um aspecto longilíneo e emagrecido podendo ser classificada como de baixo peso pelos indicadores peso e altura.
- 13- Investigar as principais causas de atraso caso o crescimento pré-puberal seja menor que 4 cm/ano ou menor que 6 cm/ano em adolescentes na fase puberal.
- 14- Avaliar sempre a perda (Desnutrição) ou ganho (Sobrepeso / Obesidade) de peso em adolescentes.
- 15- Acompanhar semestralmente os adolescentes, e em caso de rastreamento de riscos, acompanhar a cada 2-3 meses.

## ESTÁGIOS DE MATURAÇÃO SEXUAL PRANCHAS DE TANNER

### Estágios de desenvolvimento da genitália



#### Estágio 1

Genitália pré-puberal ou infantil,



#### Estágio 2

Aparece um afinamento e hipervascularização da bolsa escrotal, e aumento do volume testicular sem aumento do tamanho do pênis. (G2)



#### Estágio 3

Ocorre aumento da bolsa escrotal e do volume testicular, com aumento do comprimento do pênis. (G3)



#### Estágio 4

Maior aumento e hiperpigmentação da bolsa escrotal, maior volume testicular com aumento do pênis em comprimento e diâmetro, e desenvolvimento da glândula. (G4)



#### Estágio 5

Genitália adulta em tamanho e forma e volume testicular. (G5)

### Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



#### Estágio 1

Pelugem pré-puberal ou infantil, nenhum pelo pubiano. (P1)



#### Estágio 2

Ocorre o início do crescimento de alguns pelos finos, longos, escuros e lisos na linha medial ou na base do pênis. (P2)



#### Estágio 3

Aparecimento de maior quantidade de pelos, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



#### Estágio 4

Pelos escuros, espessos, encaracolados, do tipo adulto, mas ainda em menor quantidade na sua distribuição na região pubiana. (P4)



#### Estágio 5

Pelos do tipo adulto, em maior quantidade, cobrindo toda a região pubiana, e estendendo-se até a superfície interna das coxas. (P5)



## AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE TANNER NA PUBERDADE

**Na avaliação dos adolescentes, durante a puberdade, deve-se observar o aparecimento de pelos e o crescimento da genitália. A puberdade pode se iniciar dos 9 aos 14 anos e alguns aspectos devem ser observados, tais como:**

- 1- A primeira manifestação da puberdade no sexo masculino é o aumento do volume testicular, em média aos 10 anos e 9 meses. O saco escrotal torna-se mais baixo e alongado, mais solto e enrugado e mede cerca de 3cc.
- 2- O crescimento peniano começa, em geral, um ano após o crescimento dos testículos.
- 3- O início da puberdade antes dos 09 anos também pode ser motivo de preocupação, pode-se tratar de uma puberdade precoce e, portanto, deve-se sempre referir o adolescente ao serviço de referência para melhor ser avaliado.
- 4- Desenvolvimento de genitália. Recomenda-se, que o profissional de saúde responsável pela avaliação do adolescente, quando não munido do orquidômetro, proceda da seguinte forma:
  - a) faça a avaliação do peso e altura do adolescente.
  - b) mostre a prancha de estágios de Tanner ao adolescente e solicite ao mesmo que indique em que momento do seu desenvolvimento ele se encontra a partir do que foi visto.
  - c) faça a relação entre o peso e a altura e o estágio referido pelo adolescente.
  - d) o profissional poderá ainda, durante a entrevista, investigar possíveis alterações nas queixas e relatos do adolescente. Além de ser um método de avaliação seguro, permite ao adolescente a percepção de si e o autoconhecimento. Além de ser um método não invasivo.

\* caso o profissional utilize o orquidômetro de Prader ver: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)
- 5- Observar que primeiro o pênis cresce em tamanho e depois em diâmetro. Quando o adolescente termina sua fase de crescimento, seu pênis atinge em média 12 cm e 15 cm quando ereto, podendo variar mais ou menos de 2 a 3 cm.
- 6- A idade da primeira ejaculação, conhecida como semenarca ou espermarca, ocorre em média aos 12 anos e 8 meses. Geralmente, acontece também a polução noturna, ou seja, a ejaculação involuntária de sêmen quando o adolescente está dormindo. Trata-se de evento fisiológico normal, que deve ser orientado e tranquilizado pelo profissional de saúde.
- 7- Observar que pode aparecer o crescimento do broto mamário no menino, ginecomastia puberal (aumento do tecido mamário) verifica-se em grande parte dos adolescentes masculinos. É frequentemente bilateral, tem consistência firme e móvel e, às vezes, muito dolorosa.
- 8- Pode-se classificar a ginecomastia, de acordo com o diâmetro, em: grau I, de 1 a 2 cm; grau II, de 2 a 4 cm, e grau III, de 5 cm em diante. A conduta é tranquilizar o adolescente e observar por até três anos, onde cerca de 85% regridem espontaneamente. Se trouxer grande sofrimento ao adolescente, encaminhar ao profissional de saúde para conduzir e avaliar a necessidade de uso de medicamento e/ou encaminhar ao cirurgião.
- 9- A ginecomastia de causa patológica (por drogas, endocrinopatias, tumores ou doenças crônicas), embora rara, deve ser pensado se ocorrer antes ou ao término da maturação sexual, devendo ser cuidadosamente avaliada e encaminhada para o serviço de referência.
- 10- É importante observar que deve-se considerar retardo puberal em meninos, a ausência de qualquer característica sexual secundária a partir dos 14 anos de idade.



**Ministério  
da Saúde**

**Governo  
Federal**





DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**

