ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

1ª Edição
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Belo Horizonte, 2006

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Governador
Aécio Neves da Cunha

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Secretário
Marcelo Gouvêa Teixeira

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Superintendente
Benedito Scaranci Fernandes

GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA
Gerente
Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

GERÊNCIA DE NORMALIZAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE
Gerente
Marco Antônio Bragança de Matos

COORDENADORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E ADOLESCENTE
Coordenadora
Marta Alice Venâncio Romanini

Aporte financeiro
Este material foi produzido com recursos do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Casa de Editoração e Arte Ltda.

Ilustração
Mirella Spinelli

Produção, distribuição e informações Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Rua Sapucaí, 429 – Floresta – Belo Horizonrte – MG – CEP 30150 050
Telefone (31) 3273.5100 –
E-mail: secr.ses@saude.mg.gov.br
Site: www.saude.mg.gov.br
1ª Edição. 2006

WS
462
MI
AT

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adolescente: Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 152 p.

1. Saúde do adolescente - Atenção. I. Título.

Marta B.B. Romaneli Ribeiro

Uma Linha-Guia que não seja visualizada como um conjunto de normas ditadas, regras rígidas, imposições inflexíveis, cartilha infalível ou soluções prontas... não!

Incorpore a ave azul: na beleza, ternura, encanto, abrangência, domínio, entusiasmo e persistência de seu vôo sem fronteiras, sem limites – você é ela!

Passeie pela linha laranja. Ela pode ser comprendida como uma proposta de informar aquilo que de novo a ciência se nos apresenta e de abrir horizontes para se compartilhar experiências e propostas práticas.

Lembre-se, este pássaro escolhido é especialmente dotado de grande vitalidade e capacidade para vôos rasantes e altos, curtos ou muito longos, sob calmarias ou turbulências. Nas cores que o apresentamos, ele nos fala de serenidade, de vigor, de capacidade intuitiva, de paciência, de discernimento, de espiritualidade, de determinação, etc.

A linha o pássaro leva, a partir de seu bico e flutuando pelo espaço. Ela é apresentada na cor laranja, que nos fala sobre criatividade, alegria, valor da vida, saúde física e mental, etc.

Um bom e encantador vôo para cada um de vocês.

Marta B.B. Romaneli Ribeiro

Arte-Educadora / Artista Plástica

AUTORES

Paulo César Pinho Ribeiro

PARTICIPAÇÃO ESPECIAL

João Tadeu Leite dos Reis
Júlia Valéria Ferreira Cordellini

APRESENTAÇÃO

A situação da saúde, hoje, no Brasil e em Minas Gerais, é determinada por dois fatores importantes. A cada ano acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde (MS, 2005). Somando-se a isso, o cenário epidemiológico brasileiro mostra uma transição: as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, em 2003 foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres e aos acidentes e à violência. À frente do grupo das dez principais causas da carga de doença no Brasil já estavam, em 1998, o diabete, a doença isquêmica do coração, a doença cérebro-vascular e o transtorno depressivo recorrente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2002).

Este cenário preocupante impõe a necessidade de medidas inovadoras, que mudem a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento do agudo para uma rede de atenção às condições crônicas.

Para responder a essa situação, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais estabeleceu como estratégia principal a implantação de redes de atenção à saúde em cada uma das 75 microrregiões do estado que permitam prestar uma assistência contínua à população. E a pré-condição para a eficácia e a eqüidade dessa rede é que o seu centro de coordenação seja a atenção primária.

O programa Saúde em Casa, em ato desde 2003, tendo como objetivo a melhoria da atenção primária, está construindo os alicerces para a rede de atenção à saúde: recuperação e ampliação das unidades básicas de saúde, distribuição de equipamentos, monitoramento através da certificação das equipes e avaliação da qualidade da assistência, da educação permanente para os profissionais e repasse de recursos mensais para cada equipe de saúde da família, além da ampliação da lista básica de medicamentos, dentro do programa Farmácia de Minas.

Como base para o desenvolvimento dessa estratégia, foram publicadas anteriormente as linhas-guias Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério, Atenção à Saúde da Criança e Atenção Hospitalar ao Neonato, e, agora, apresentamos as linhas-guias Atenção à Saúde do Adolescente, Atenção à Saúde do Adulto (Hipertensão e Diabete, Tuberculose, Hanseníase e Hiv/aids), Atenção à Saúde do Idoso, Atenção em Saúde Mental e Atenção em Saúde Bucal e os manuais da Atenção Primária à Saúde e Prontuário da Família. Esse conjunto de diretrizes indicará a direção para a reorganização dos serviços e da construção da rede integrada.

Esperamos, assim, dar mais um passo na consolidação do SUS em Minas Gerais, melhorando as condições de saúde e de vida da nossa população.

Dr. Marcelo Gouvêa Teixeira
Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais

PREFÁCIO

Ao analisar tudo que se tem feito para os adolescentes, podemos afirmar que são inúmeros as publicações, os textos, as pesquisas e os estudos, os eventos e os ambulatórios que se organizam para prestar a essa faixa etária um atendimento dentro dos princípios da atenção integral e humanizada.

Os diferentes temas da adolescência e o perfil do adolescente brasileiro nos motivariam a escrever vários textos e por este motivo torna-se importante delimitar os focos desta apresentação para que sejam atingidas as metas a que se propõe.

Em primeiro lugar, cabe destacar o compromisso e a atenção da Secretaria de Estado de Saúde e de suas Coordenadorias, principalmente da Coordenadoria de Assistência à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente com a faixa etária da adolescência, traduzindo-se tal preocupação nas estratégias de ações continuadas, multidisciplinares e integradas dirigidas a essa clientela.

As ações continuadas dão prosseguimento a todos os programas públicos estaduais e municipais dirigidos à infância, vindo esta Linha-Guia preencher uma lacuna da atenção voltada aos adolescentes, tendo como objetivo nortear ações e estabelecer uma rede de atenção, ligando serviços de excelência que já existem e estabelecendo ações a serem implantadas e implementadas nos diversos municípios do estado de Minas Gerais.

As ações integradas na adolescência fazem parte do Sistema de Serviços de Saúde, que busca acompanhar continuamente o cidadão que entra no Sistema Único de Saúde pela Unidade Básica de Saúde ou pelo Programa de Saúde da Família e vão preencher o vazio existente nos cuidados com os nossos jovens.

Esta Linha-Guia reflete tal postura e com responsabilidade vem para alertar os profissionais sobre as situações de riscos na adolescência, reafirmando as importantes parcerias institucionais e tendo cuidado no tratamento das questões mais complexas. Mostra uma grande preocupação integrando ações num sistema de rede que possa interligar os diversos programas já em funcionamento, desenvolvidos pelas Secretarias de Estado, pela Prefeitura, sociedade organizada, evitando uma postura de isolamento, de duplicação de ações e de auto-resolução de problemas.

Num segundo enfoque, mais social e humano, é preciso lembrar que, na adolescência, temos um enorme potencial para o desenvolvimento de sonhos,

de elaboração de propostas e de pensar em mudanças. Essa força, dentro de uma política de protagonismo juvenil, criativa, no entanto, não tem sido potencializada pela sociedade moderna, que raramente consegue envolver e mobilizar os adolescentes.

A falta de esperança no futuro, a ausência de perspectiva, a não-integração das gerações num processo de construção paulatina da sociedade gera revolta e ausência de participação dos jovens nesse processo.

É preciso que nossa civilização desperte para a necessidade de se trabalhar a esperança da construção de um mundo melhor, mais eqüitativo e com melhor distribuição das riquezas que gera. É preciso criar, portanto, uma forte visão de futuro para que se iniciem as mudanças de transformação do presente.

O que de importante fica e o que queremos destacar é a observação de cada jovem, numa abordagem individual, entendendo todas as mudanças e todos os fatores que influenciam essas mudanças para que, prevenindo as situações de risco, orientando os jovens nesse processo, facilitando a sua autonomia com limites e ajudando-os no processo de estabelecimento de uma interdependência sadia com a família, com a escola e com a comunidade, eles possam atingir o pleno desenvolvimento de seus potenciais.

É importante que o Estado de Minas Gerais e os seus municípios mudem a realidade de sua população adolescente, da situação de "terra de ninguém" em que viviam e se tornem público-alvo das políticas de saúde dos municípios e do estado, conscientes de que os adolescentes de hoje serão os pais e o país do amanhã.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os profissionais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que participaram da elaboração deste Protocolo.

Agradecimento especial à equipe do Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente de Curitiba pela parceria estabelecida.

MENSAGEM DE VALIDAÇÃO

A avaliação da linha guia foi realizada pelos membros do Comitê de Adolescência que parabenizam a iniciativa da Secretaria de Saúde de Minas Gerais em contemplar o adolescente mineiro com os cuidados detalhados nesta produção.

Dr. José Orleans da Costa

Presidente da Sociedade Mineira de Pediatria

Dra. Regina Coeli Pinto Figueiredo

Presidente do Comitê de Adolescência da Sociedade Mineira de Pediatria

Dra. Adriana Teixeira Rodrigues

Dra. Licínia Maria Ramalho Paccini

Dra. Valéria Maria Barbosa de Carvalho

Membros do Comitê de Adolescência da Sociedade Mineira de Pediatria

SUMÁRIO

Introdução 17

Justificativa 19

I. A abordagem geral 21

1.1 População-alvo 23

1.2 População de risco 23

1.3 A adolescência 24

II. Medidas de prevenção e de promoção à saúde 27

2.1 Grupos de educação em saúde 30

2.2 O programa saúde na escola 31

2.3 Resiliência 34

III. A atenção ao adolescente 37

3.1 A atenção integral à saúde do adolescente 39

3.2 As estratégias para estabelecimento do vínculo . 39

3.3 Assistência à saúde do adolescente 48

3.4 A puberdade 52

3.5 Vacinação na adolescência 61

3.6 A saúde nutricional 63

3.7 Saúde bucal do adolescente 75

3.8 O desenvolvimento psicológico 79

3.9 A violência e a vulnerabilidade social 93

3.10 A sexualidade 98

3.11 A saúde sexual e reprodutiva 104

3.12 O adolescente cumprindo medidas socioeducativas 137

IV. O sistema de informação gerencial 139

4.1 Construção da planilha de programação 143

4.2 Os endereços eletrônicos 145

Referências bibliográficas 146

INTRODUÇÃO

Organizar a atenção integral à saúde do adolescente tem sido um desafio para a saúde e para a sociedade. Nos dias atuais, a necessidade de implantação de políticas públicas para a adolescência tornou-se obrigatória, considerando-se 50 milhões de adolescentes e de jovens no Brasil, a importância do desenvolvimento integral de suas potencialidades e a prevenção às situações de risco nesta faixa etária.

O Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, introduziu o conceito de direitos sexuais e reprodutivos, dando destaque aos adolescentes como indivíduos a serem priorizados pelas políticas públicas de saúde. A IV Conferência Internacional sobre a Mulher, realizada em Beijing1, em 1995 reiterou essa definição e trouxe recomendações importantes em relação à violência sexual.

Alguns importantes marcos nacionais e internacionais devem ser lembrados como a comemoração do Ano Internacional da Juventude em 1985, o Programa de Ação da ONU para a Juventude até o Ano 2000, a formação do Comitê de Adolescência (atualmente Departamento) pela Sociedade Brasileira de Pediatria em 1978, a criação da Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA) em 1989, o Projeto Acolher da Associação Brasileira de Enfermagem em 1999 e 2000 e os Projetos, em 2.001, "AdoleSer com Saúde" da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e "Adolescência Compromisso da Pediatria" da Sociedade Brasileira de Pediatria. Recentemente, merece destaque, o lançamento pelo Governo de Minas Gerais do Programa "Saúde na Escola" em junho de 2.005.

Inserida no contexto mundial de consolidação dos direitos humanos, a Constituição Brasileira de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 estabelecem uma base sólida para o desenvolvimento de políticas para a juventude no Brasil.

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

Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, a adolescência é delimitada como o período entre os 10 e 20 anos incompletos; o período de 10 a 24

anos é considerado como juventude. Para dados estatísticos, divide-se a juventude em 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e 20 a 24 anos. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) delimita adolescentes entre 12 e 18 anos, percebendo-se então que, por um período, adolescência e juventude coincidem.

Enquanto a adolescência inicial coincide com as primeiras modificações corporais da puberdade, a adolescência final, tanto na teoria como na prática, não estabelece critérios rígidos. Essa transição está relacionada à aquisição de uma maior autonomia e independência em diversos campos da vida, expressa na possibilidade de manter-se profissionalmente, na aquisição e na sedimentação de valores pessoais, no estabelecimento de uma identidade sexual, de relações afetivas estáveis e de relações de reciprocidade com as gerações precedentes, familiares e membros da sociedade. Traduzindo, seria sair da dependência da infância, buscando uma independência na vida adulta, não uma independência sem restrições, mas uma interdependência sadia com a sociedade, a escola, a família e o ambiente em que se vive.

JUSTIFICATIVA

A população adolescente do Brasil ultrapassa o quantitativo dos 40 milhões de adolescentes, se considerarmos as três fases da adolescência: adolescência inicial – dos 10 aos 14 anos de idade, adolescência média – dos 15 aos 17 anos de idade e adolescência final – dos 17 aos 19 anos de idade. Considerando a faixa etária dos 19 aos 24 anos de idade – incluída pelo Ministério da Saúde – como jovem – esta população atinge quase os 48 milhões de brasileiros.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 1997 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, 17 milhões estão na faixa etária dos 10 aos 14 anos de idade; 16,5 milhões na faixa dos 15 aos 19 anos e 13,4 milhões entre 20 e 24 anos de idade. Cerca de 70% dos adolescentes e dos jovens residem nas cidades e 30% nas áreas rurais.

Em Minas Gerais, constituem cerca de 21,73% dos habitantes, com uma concentração nos municípios e grandes cidades. Em Belo Horizonte, os adolescentes e os jovens (10 a 24 anos) representam 28,8% da população (IBGE, 2.000).

Apesar do aumento do número de profissionais participantes dos serviços que visam à atenção multidisciplinar e integral a essa faixa etária, o número é ainda pouco significativo no país e nos estados.

A história nos mostra que, até há pouco tempo, havia uma lacuna na sociedade com relação aos adolescentes, pois não existia legislação a respeito dos direitos ou dos deveres dessa faixa etária.

Considerando os direitos à vida e à saúde, especificados pelo E.C.A – Estatuto da Criança e do Adolescente, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais desenvolveu esta Linha-Guia com o objetivo de assistir aos adolescentes, partindo do acolhimento na Unidade Básica de Saúde, da sistematização da atenção num Sistema Integrado de Serviços de Saúde e da integração das ações desenvolvidas em parceria com diversos outros setores da sociedade.

O acréscimo populacional do contingente jovem reflete a mudança na estrutura etária da população brasileira, constituindo uma das maiores populações jovens da história do Brasil e causando em 2.000, um alargamento da pirâmide etária nesta faixa. Os efeitos desse fenômeno, como em ondas sucessivas, vão se fazer sentir nas faixas etárias subseqüentes, a cada década, e resulta no aumento absoluto da população que vai se integrando às faixas etárias seguintes. Esse fenômeno é denominado de onda jovem (Madeira e Bercovitch-1992).

Os adolescentes, neste período de vida considerado de transição, passam por dificuldades relativas ao seu crescimento físico e amadurecimento psicológico, sexualidade, relacionamento familiar, crise econômica, violência, uso e/ou abuso de drogas, inserção no mercado de trabalho e outras. Para abranger todas essas questões, uma diversidade de ações

conjuntas, entre instituições governamentais e não-governamentais, são necessárias para promover seu desenvolvimento na sociedade e atender suas necessidades de educação, saúde, moradia, esporte e lazer, cultura e participação na comunidade, tanto no sentido da prevenção, como da assistência.

A caracterização do estado de saúde de adolescentes tem motivado a realização de muitas pesquisas. Segundo ELSTER & LEVENBERG (1977) pode ser concluído após análise dos resultados destas pesquisas o seguinte:

- Maior número de adolescentes em comportamento que ameaçam sua saúde;
- Adolescentes envolvidos em situações de risco e em idades mais precoces;
- Aumento de causas externas na mortalidade dos adolescentes e jovens.

Segundo dados do Ministério da Saúde, as causas externas, principalmente acidente de trânsito, homicídios, suicídios (estes em menor proporção), são responsáveis por 75% das mortes de adolescentes do sexo masculino, com idade entre 15 e 19 anos, enquanto que no sexo feminino, na mesma faixa etária, esse percentual encontra-se em torno de 40%. Vale lembrar que os acidentes também ocorrem com adolescentes de 10 a 14 anos, de ambos os sexos, não só na condução de automóveis, mas em outras condições relacionadas aos meios de transporte, como atropelamentos, colisões (nas situações em que se encontram como passageiros) e uso indevido de bicicletas e skates.

A Coordenadoria de Assistência à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente do Estado de Minas Gerais tem como propósito no Programa Saúde Integral do Adolescente a sensibilização e a orientação dos profissionais da saúde para a atenção integral ao adolescente e a prevenção das situações de riscos a que estão expostos os adolescentes do nosso estado. Constitui a Linha-Guia da Adolescência um instrumento de trabalho que possa nortear as ações, estabelecer orientações para um atendimento adequado, nomear indicadores epidemiológicos e assistenciais para avaliar os resultados e estabelecer metas a serem alcançadas com novas ações baseadas nas metas estabelecidas e cumpridas.

MORBIDADE HOSPITALAR

Os dados de morbidade hospitalar, tendo como fonte o Sistema de Internamento Hospitalar do Ministério da Saúde – SIH/SUS apontam riscos específicos inerentes ao gênero, ao confirmar a vulnerabilidade dos rapazes às causas violentas e a das moças, à gravidez não planejada, parto e puerpério. No estado de Minas Gerais, esses dados são confirmados através de pesquisas já feitas.

Estes dados apontam para a necessidade do trabalho quanto a medidas preventivas e assistenciais, a serem desenvolvidas pelas diversas instituições envolvidas direta ou indiretamente com as questões diagnosticadas.

A atenção ao adolescente abrange ações interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais, voltadas para a prevenção e para a promoção da saúde, para o atendimento local e para o encaminhamento de situações e problemas específicos dessa faixa etária.

I. A ABORDAGEM GERAL

1.1 POPULAÇÃO ALVO

- Adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos incompletos, de ambos os sexos, residentes em Belo Horizonte e em municípios do estado de Minas Gerais.

1.2 POPULAÇÃO DE RISCO

A ausência de oportunidade para refletir, construir um projeto de vida e concretizá-lo pode colocar qualquer adolescente em situação de risco, independente da situação social em que se encontre.

É necessário, portanto, que as ações sejam dirigidas a todos os adolescentes por meio de uma rede de apoio que estimule o autocuidado e o seu potencial criativo e resolutivo.

Entretanto, deverão ser identificados os adolescentes que já se encontram em situação de risco, utilizando os seguintes critérios:

- Identificar situações que se configuram como de RISCO para os adolescentes:
  - Adolescentes na faixa etária dos 10 aos 14 anos de idade;
  - Tenham iniciado a atividade sexual precocemente, sem proteção para DST/Aids e gravidez;
  - Tenham irmãs grávidas adolescentes ou que foram mães adolescentes;
  - Estejam faltando com freqüência à escola, com evasão escolar e com problemas escolares;
  - Residam em áreas de riscos à saúde e onde há aumento de violência;
  - Inseridos em famílias desestruturadas;
  - Estejam sofrendo ou em risco de sofrer violência doméstica;
  - Tenham riscos nutricionais: anemia ferro-priva, hipovitaminoses, obesidade e desnutrição;
  - Adolescentes com doenças crônicas e necessidades especiais.

- Identificar situações que se configuram como de ALTO RISCO para os adolescentes, DEVENDO SER PRIORIZADO O ATENDIMENTO:
  - Adolescentes com doenças sexualmente transmissíveis ou Aids;
  - Adolescentes com gravidez precoce não planejada;
  - Adolescentes com transtornos alimentares: bulimia e anorexia;
  - Estejam fazendo uso/abuso de substâncias lícitas ou ilícitas (com destaque ao uso do tabaco e do álcool);
  - Sejam vítimas de exploração sexual ou que tenham sofrido abuso sexual;
  - Com quadros de depressão;
  - Tenham transtornos mentais e/ou risco de suicídio;
  - Fogem com freqüência de casa ou se encontrem morando nas ruas.

Ações intersetoriais específicas devem ser desenvolvidas entre adolescentes pertencentes às condições sociais mais desfavoráveis, para diminuir o risco de problemas de saúde física e mental, decorrentes, principalmente, da falta de saneamento básico, de desemprego, da violência, da evasão escolar e do tráfico de drogas.

1.3 A ADOLESCÊNCIA

GOMES (1.993) define o adolescente como "o indivíduo que vivencia uma fase evolutiva, única e exclusiva da espécie humana, em que acontecem intensas e profundas transformações físicas, mentais e sociais, que, inexoravelmente, o conduzirão a exibir características de homem ou de mulher adultos".

Essas transformações, em ritmos diferentes, conforme uma série de fatores, tornam os adolescentes vulneráreis a uma série de situações. As transformações físicas, durante o processo pubertário, levarão a criança à função biológica de reprodução. Sua evolução psíquica, com todos os sinais e sintomas apresentados, mostra pólos de comportamento tais como: ora ri, ora chora; introvertido e extrovertido; detesta a família e adora a família; esconde o que pensa e fala o que não deve; altruísta e egoísta, quer aprender e detesta estudar; sono tranqüilo e sono agitado; quer ser ele mesmo e imita os outros; acha-se lindo e acha-se feio; antecipa o que é de seu interesse e posterga o que não é.

Aspectos físicos

O termo puberdade é utilizado para designar especificamente as transformações corporais decorrentes da ação dos hormônios do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. A adolescência tem início com a eclosão pubertária, com intensas modificações biológicas, sendo os seus primeiros eventos, o aparecimento do broto mamário nas meninas (telarca) e o aumento do volume testicular nos meninos. O seu início acontece entre os 08 e os 13 anos para o sexo feminino e entre 09 e 14 anos, para o sexo masculino.

Destaca-se nesta fase:

- A ocorrência do estirão do crescimento – aceleração e desaceleração do crescimento;
- As alterações na quantidade e na distribuição de gordura no corpo;
- O desenvolvimento do sistema respiratório, circulatório e das gônadas;
- O surgimento dos caracteres sexuais secundários.
- A combinação de diversos fatores responsáveis pelo desencadear do processo pubertário.

Aspectos psicológicos

Autores procuraram estabelecer características psicológicas comuns à adolescência, destacando-se especialmente a reestruturação ou busca de uma nova identidade. ABERASTURY (1983) ressalta que o adolescente, ao perder a condição de criança, busca uma nova identidade que é construída, consciente e inconscientemente, em um processo lento e doloroso de elaboração do luto pela perda do corpo de criança, da identidade infantil e da relação com os pais da infância. KNOBEL (1992), mediante a evolução psíquica que se processa, descreve a "Síndrome da Adolescência Normal", um conjunto de itens apresentados pelos adolescentes durante o processo em questão, itens considerados normais e característicos dessa faixa etária.

Após anos de descrição da síndrome inicial, Knobel (2000) constata que o pensamento, a conduta, o conceito de valores e o estilo de vida do adolescente foram mudando. Essencialmente, não muito. A interação sociedade, família, indivíduo, sim é significativa. O chamado "modernismo" e o "pós-modernismo", considerados eufemismos produtos da incapacidade de lidar com as mudanças internas e externas de nosso mundo, obrigam-nos a observações diversas deste ângulo, que nos proporcionam diferentes perspectivas do que podemos chamar de "fenômenos humanos".

Propôs, então, um enunciado diferente para os itens que compõem a referida Síndrome da Adolescência Normal, confirmado por alguns de seus colaboradores:

- Processos elaborativos dos lutos característicos dessa fase evolutiva do ser humano (indispensável para atingir e para estabelecer uma identidade adulta em nossa cultura), substituindo a "busca de si mesmo e a identidade adulta";
- Necessidade de se integrar a grupos de coetâneos, substituindo a "tendência grupal";
- Fantasiar com o imaginário e a saída do presente, substituindo a "necessidade de intelectualizar e de fantasiar";
- Questionamento crítico das religiões (especialmente da religião dos pais) e da religiosidade, em geral, substituindo "crises religiosas";
- Distemporalidade, substituindo "deslocação temporal";
- Desenvolvimento da sexualidade: do auto-erotismo a práticas de genitalidade. Identidade sexual definida, substituindo "evolução sexual desde o auto-erotismo até a heterossexualidade";
- Agressividade, violência, condutas sado-masoquistas, com ou sem reivindicações sociais, substituindo "atitude social reivindicatória";
- Contradições freqüentes nas manifestações da conduta (interjogos, internos-externos de amor-ódio), substituindo "contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta";

- Separação progressiva ou brusca dos pais e/ou grupo familiar, substituindo "separação progressiva dos pais";
- Flutuações do estado de ânimo, do humor, com uma base de predomínio depressivo, substituindo "constantes flutuações do humor e do estado de ânimo". É possível detectar variações freqüentes e intercambiáveis dos critérios descritivamente conhecidos como: psicopatia, mania, depressão e autismo.

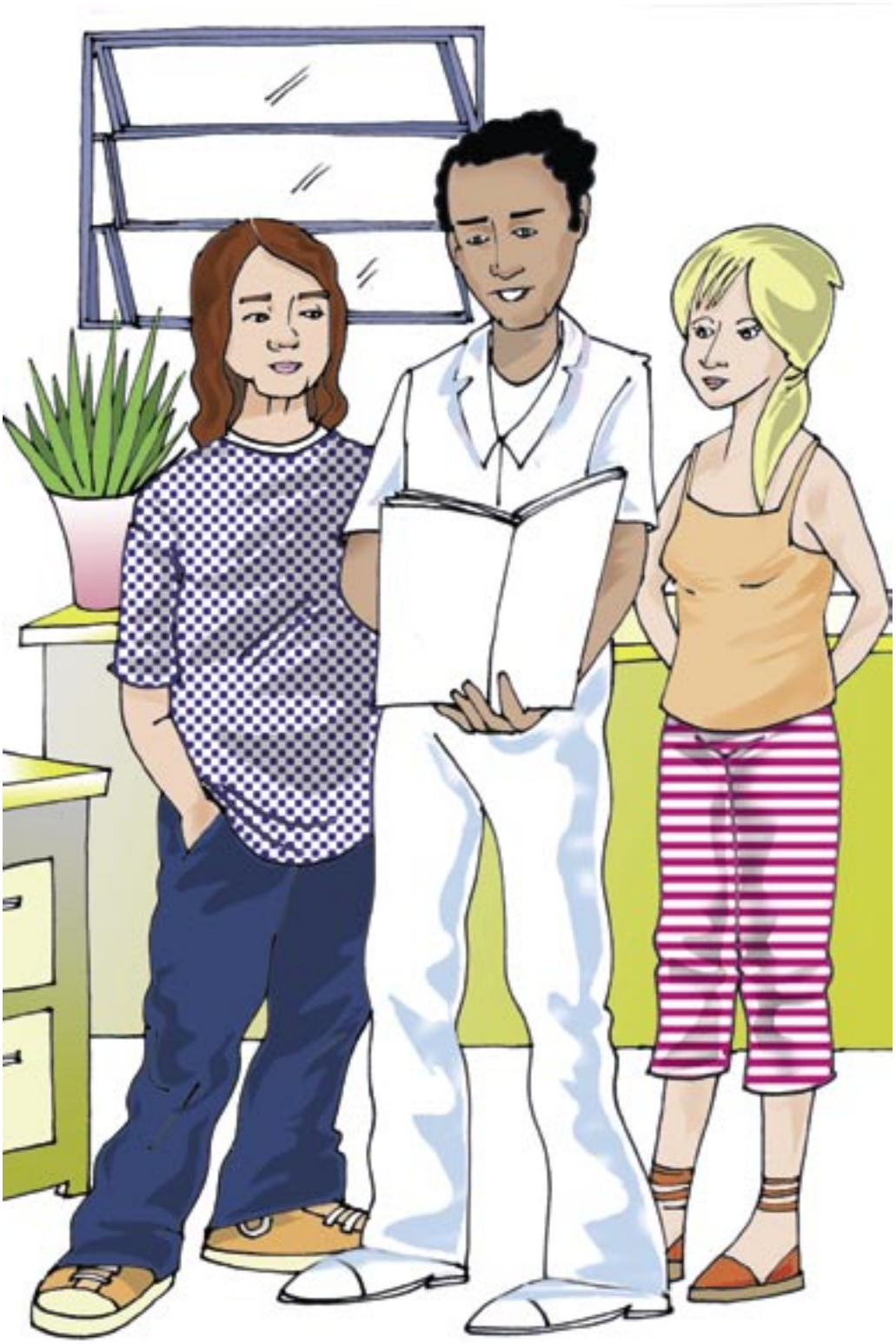
Aspectos sociais

Vários autores enfatizam o caráter sócio-histórico da conceituação de adolescência e, conseqüentemente, a existência de uma diversidade de formas de lidar com esta fase, entre sociedades e culturas distintas. Como analisado por ARIÈS (1979), o conceito de adolescência, em sua complexidade, surgiu como parte de um processo histórico relativamente recente na sociedade moderna.

A dificuldade e a polêmica da definição da adolescência é antiga, pois dentro de uma mesma sociedade pode ocorrer uma variedade de experiências e de situações de vida, apontando que a distinção entre as gerações não seria só a faixa etária que as delimita, mas principalmente o conteúdo que elas representam, em cada época.

Assim, o contexto social e familiar no qual o adolescente está inserido representa um papel fundamental nesta etapa da vida, fornecendo valores, regras e expectativas, bem como os meios concretos para a viabilização de seu projeto de vida.

II. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E DE PROMOÇÃO À SAÚDE



Os adolescentes enfrentam dificuldades relacionadas à condição socioeconômica, ao desemprego, desamparo familiar e social, violência doméstica e externa, uso e/ou abuso de substâncias lícitas e ilícitas, exploração sexual, risco de DST/Aids, gravidez precoce não planejada, problemas escolares e evasão escolar, depressão, suicídio, acidentes (incluindo os de trânsito), a exploração do trabalho adolescente entre outras situações de risco.

Torna-se importante o estabelecimento de ações integradas e efetivas nesta área para que se estabeleçam estratégias de prevenção aos riscos que essa diversidade de problemas acarreta.

As ações de prevenção e de promoção de saúde têm por objetivo estimular o potencial criativo e resolutivo dos adolescentes, estimulando a participação e o protagonismo juvenil, para o desenvolvimento de projetos de vida e comportamentos que priorizem o autocuidado em saúde.

O Ministério da Saúde tem destacado como imperativa a necessidade da construção de uma agenda nacional em prol da saúde e do desenvolvimento dos adolescentes e dos jovens, envolvendo não só o governo, mas toda a sociedade.

Uma amplitude de ações coordenadas e desenvolvidas por setores e organizações governamentais e não-governamentais são necessárias, objetivando:

- A participação do adolescente e do jovem nas decisões da família e da comunidade;
- O atendimento às suas necessidades de educação, de saúde, de esporte, de lazer e de cultura;
- A criação de condições materiais, sociais e psicológicas favoráveis a seu desenvolvimento que incluam a geração de renda em suas famílias;
- O cumprimento de legislações existentes como o código de trânsito e a proibição de venda de cigarros e álcool para menores de 18 anos.

Diversas estratégias de prevenção podem ser desenvolvidas pelas diferentes secretarias (educação, saúde, criança, esporte e lazer, ação social, cultura, abastecimento, meio ambiente) de maneira integrada, envolvendo grupos de adolescentes protagonistas, oficinas em unidades de saúde, atividades esportivas e culturais, profissionalização de adolescente, participação em atividades comunitárias e outras.

A prevenção não se limita ao fornecimento de informações sobre o risco do uso de substâncias lícitas e ilícitas, a anatomia e o funcionamento dos órgãos reprodutivos, aos métodos contraceptivos, DST/Aids, ou ao acesso à camisinha, mas envolve uma participação ativa do adolescente no sentido de refletir sobre os caminhos que pode tomar em sua vida, desenvolvendo assim sua autonomia e sua responsabilidade.

A inserção e a participação do adolescente na escola é prioridade para a construção de um projeto de vida educacional e profissional, proporcionando alternativas de vida distintas do uso e/ou abuso de substâncias e da maternidade e da paternidade precoces.

O acesso do adolescente à Unidade de Saúde deve ser facilitado e ampliado, garantindo o atendimento de suas necessidades de saúde, incluindo uma consulta anual de rotina, a obtenção de preservativos masculinos/femininos para a prevenção das DST/Aids e exercício da sexualidade segura, de maneira gratuita e desburocratizada.

É fundamental que os diversos profissionais estejam disponíveis para saber ouvir o adolescente, dentro da sua realidade, respeitando a diversidade de idéias, sem emitir juízos de valores que inibam sua comunicação e sua formação de vínculo.

O desenvolvimento de um vínculo de confiança entre o adolescente e o profissional é a base para qualquer trabalho preventivo.

A prevenção e a promoção da saúde do adolescente extrapola a área de saúde, envolvendo a integração das ações desenvolvidas por diferentes secretarias e pela comunidade, criando uma cultura de promoção à saúde entre os adolescentes e suas famílias.

É importante lembrar que:

- É fundamental a participação da família em todas as práticas direcionadas ao adolescente.
- Os profissionais de saúde e de educação são facilitadores dos processos de comunicação dos adolescentes com seus pais.

2.1 GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Atenção especial deve ser dada aos trabalhos de Educação em Saúde, sejam por meio de palestras, dinâmicas de grupos ou de outras atividades em que se priorizem as ações preventivas em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis e à Aids, à gravidez precoce e não planejada na adolescência, ao uso e/ou abuso de substâncias lícitas e ilícitas (com destaque para o tabaco e o álcool) e à saúde mental a partir da reflexão por parte do adolescente sobre seu projeto de vida e a responsabilidade em relação às suas ações, sempre trabalhando o reforço da auto-estima.

Quando se fala de atenção integral e multidisciplinar é importante a participação das escolas e dos educadores sendo uma importante parceria a integração das atividades saúde-educação, principalmente nos programas, envolvendo educação sexual, saúde sexual e reprodutiva e prevenção do abuso de substâncias e de violência.

Proposta de roteiro para oficinas para adolescentes, pais e familiares

População

- Os adolescentes, os pais e outros familiares da área de abrangência da UBS ou inscritos no Programa de Saúde da Família.

Objetivo geral

- A construção da autonomia e de um projeto de vida, envolvendo várias dimensões: autocuidado corporal e nutricional, estudo, trabalho, amizades, lazer, namoro, esporte, atividades artísticas e culturais, planos em relação à vida profissional e afetiva – com os adolescentes.
- Refletir e orientar sobre as relações familiares na adolescência – com os pais e os familiares.

Objetivos específicos

- Viver com saúde, importância do projeto de vida, responsabilidade por sua saúde reprodutiva, fortalecimento do vínculo com os profissionais que o atendem, exercício da cidadania e prevenção da gravidez não planejada e o uso/abuso de substâncias lícitas (fumo e álcool) e ilícitas – com os adolescentes.
- Estimular o diálogo e o respeito dentro das famílias, ajudar os filhos no dia-a-dia, projeto de vida e como alcançá-lo, orientar a prevenção à gravidez não planejada e ao uso/abuso de substâncias, estimular a freqüência aos serviços de atenção integral aos adolescentes – com os pais e os familiares.

Metodologia

- Dinâmicas de grupo, linguagem acessível, fornecimento de orientações impressas, estimular a participação com técnicas apropriadas e perguntas – com os adolescentes.
- Esclarecer as principais dúvidas e estimular a participação com perguntas facilitadoras – com os pais e os familiares.

Duração

- 01 oficina mensal, com duração de 2 horas para todos os adolescentes inscritos no programa.
- 01 oficina mensal com duração de duas horas para os pais e os familiares.

2.2 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O Programa Saúde na Escola, do Governo de Minas Gerais, resultado de parceria entre as Secretarias de Saúde, Educação, Desenvolvimento Social e Esporte, Gestão e Planejamento tem como público-alvo os educadores, os profissionais das Diretorias Descentralizadas de Saúde e os profissionais da Secretaria de Desenvolvimento Social e Esporte num trabalho com os alunos da rede estadual, com o objetivo de trabalhar a promoção da saúde e a prevenção às situações de riscos na adolescência.

O programa prioriza a prevenção à gravidez não planejada, ao uso/abuso de substâncias lícitas e ilícitas, às DST/Aids e à violência em todos os seus aspectos e potencializa as ações relacionadas ao adolescente que freqüenta as escolas estaduais, para o encaminhamento adequado das questões relacionadas à saúde e para melhorar o rendimento e o aproveitamento escolar através do estabelecimento de um melhor vínculo do professor com o aluno.

Torna-se necessária a capacitação dos educadores e dos técnicos das diversas áreas, a criação de grupos de interesse nas escolas, o fornecimento de material educativo, a pesquisa de novas metodologias, a adoção de novos recursos tecnológicos e o trabalho integrado com a equipe de saúde em subsidiar tecnicamente com conhecimentos os trabalhos de educação em saúde sem prejuízo da grade curricular.

O profissional da educação tem um papel importante como agente de saúde, contribuindo para a adoção de hábitos saudáveis e práticas seguras pelo adolescente escolar e poderá exercer esse papel após a capacitação dentro do Programa Saúde na Escola e o fornecimento dos kits contendo publicações, CDs e material para implantação das práticas educativas, além de outros kits educativos fornecidos por instituições parceiras no programa. A proposta é incentivar o auto-cuidado em saúde e o protagonismo juvenil por meio do repasse como multiplicadores das atividades de promoção da saúde integral.

É importante que o intercâmbio se estabeleça entre as Unidades de Saúde e as escolas estaduais que fazem parte da área de abrangência das ações de saúde da Unidade para uma integração e uma colaboração saúde/ escolas. O Projeto tem duas vertentes na condução dos trabalhos: a inclusão do atendimento ao adolescente pela equipe do Programa de Saúde da Família e os temas a serem abordados na escola dentro do currículo escolar.

Integração com as escolas

Trabalho com os profissionais da educação

- Estabelecer mecanismos de integração entre os profissionais das Unidades de Saúde e entre os professores das escolas públicas estaduais do estado de Minas Gerais, para que possam atuar em conjunto nas ações de educação em saúde, abordando temas previstos nos Parâmetros Curriculares Nacionais, relacionados à sexualidade segura, à prevenção de gravidez precoce não planejada, à DST/Aids, ao uso/abuso de substâncias, à prevenção da violência em todos os seus aspectos e estimulando a vinculação – educador x educando – como um fator decisivo na melhoria das relações pessoais e no rendimento escolar.

Estratégia de ação – Recomendações

- Programar, junto com as Escolas Estaduais da área de abrangência da Unidade de Saúde ou do Programa de Saúde da Família, treinamento inicial para uma equipe mínima de cada escola, enfocando a importância de ações voltadas para a construção do projeto de vida e dos temas acima citados;

- Apoiar a continuidade do treinamento com palestras e com discussão sobre temas pertinentes;
- Realizar pelo menos duas reuniões técnicas por semestre, com o objetivo de discutir situações práticas de prevenção e de orientação a adolescentes na escola e na unidade de saúde, integrando as ações;
- Auxiliar nas atividades de prevenção da escola, em eventos específicos;
- Fornecer exemplares de material educativo disponível na saúde e na educação.

Público-alvo

- Cada escola deverá definir uma equipe mínima para participar do treinamento em promoção de saúde e para participar das reuniões técnicas. Essa equipe pode incluir: orientador educacional, supervisor pedagógico, 01 a 02 professores por turno (de 5ª série ao 2ª grau).
- É de responsábilidade da equipe o repasse do treinamento para todos os profissionais da escola.

Metodologia

- Utilização de dinâmicas de grupo, palestras, discussão de textos, trocas de informações sobre materiais específicos para trabalhos com adolescentes (apostilas, jogos, vídeos, impressos e cartazes).

Trabalho com grupos de adolescentes protagonistas

- Atividades a serem realizadas pelos médicos de referência, psicólogos e outros membros de equipes multidisciplinares da SES e SE.
- Profissionais das UBS e do Programa de Saúde da Família, profissionais de escolas e de outras secretarias (Esporte e Lazer, Meio Ambiente, Cultura e Ação Social); de acordo com o planejamento do estado e dos municípios.

População-alvo

- Adolescentes pertencentes à área dos programas com perfil e interesse em participar, encaminhados pelos diversos órgãos envolvidos.

Estratégias de ação – Recomendações

- Treinamento inicial para os adolescentes, em conjunto com os diversos profissionais envolvidos e de acordo com a programação estabelecida, enfocando a promoção de saúde, a partir da construção de um projeto de vida, da prevenção da gravidez precoce não planejada, das DST/ Aids e do uso e/ou abuso de substâncias,

da prevenção à violência em todos os seus aspectos e enfocando sempre o protagonismo juvenil e a freqüência escolar;

- Reuniões bimestrais com os adolescentes/profissionais envolvidos, para o acompanhamento das ações.

Metodologia

- Utilização de dinâmicas de grupo, palestras, trocas de informações sobre suas ações, discussão de textos e de materiais específicos para trabalhos com adolescentes (apostilas, jogos, vídeos, impressos e cartazes).

2.3 RESILIÊNCIA

Resiliência tem sido definida como adaptação excepcionalmente boa do indivíduo, com bom desenvolvimento e funcionamento durante período de estresse. É a capacidade humana de triunfar diante de adversidades, de recuperar-se e de transformar-se positivamente apesar das situações de estresse. Pesquisas e estudos mostram que a resiliência é construída desde a infância quando se aumentam os fatores protetores (como exemplo, boas condições de saúde e de moradia, acesso à escola, o estímulo à afetividade) e se diminuem os fatores de risco (a fome, as doenças crônicas, os maus tratos), somados à capacidade individual de desenvolver mecanismos de resistência, nas situações adversas que a vida nos impõe.

A Resiliência pode ser adquirida ou desenvolvida em qualquer faixa etária, particularmente na adolescência, sendo importante compreender sua natureza dinâmica e a articulação entre fatores protetores e de riscos, envolvidos em cada caso. Esses fatores podem ser de ordem genético-constitucional, psicológico, social ou situacional.

A resiliência pode ser individual, grupal, institucional e/ou comunitária.

A resiliência abrange aspectos éticos, de exercício de cidadania e de educação para a vida. Tem o potencial de fornecer instrumentos para os profissionais procederem a avaliação e o acompanhamento, principalmente dos adolescentes que enfrentam adversidades ou se encontram em situações de risco, ou para uma auto-avaliação profissional no que se refere às suas habilidades pessoais em lidar com as dificuldades durante a execução de seu trabalho.

A atenção integral ao adolescente, com base na resiliência, envolve a atuação de uma equipe multidisciplinar conscientizada da importância de promover a esperança no trabalho com os jovens e o desenvolvimento de ações com os adolescentes, os jovens, as famílias e as comunidades (especialmente a escola) em que estão inseridos, preparando os jovens para que possam lidar com os desafios e a elaborar projetos de vida.

Uma postura de ajuda, não colocando o adolescente na posição de réu, o estabelecimento de diálogo e “saber ouvir” são pontos chaves, por exemplo, ao se deparar com um adolescente com comportamento agressivo.

O estabelecimento de um bom vínculo profissional-adolescente é indispensável para um bom trabalho, ajudando o jovem na construção de um sentido para a vida e o sentir-se aceito de forma incondicional por um adulto cuidador que lhe seja significativo é de suma importância no trabalho de resiliência.

Deve-se promover, por exemplo, os seguintes fatores protetores

- Nível individual: mudanças de hábitos de higiene ou alimentares; reforços de vacinação; sensibilização para a autopercepcão e autocuidado, em todas as suas dimensões, incluindo a ecológica e a espiritual, promovendo estilos efetivos de combate às adversidades, como o bom humor, a criatividade, a autovalorização, o reconhecimento das verdadeiras dimensões dos problemas e estabelecimento de metas para sua resolução;
- Nível grupal: organização de festas, gincanas, campeonatos, ações sociais permitindo que o potencial se expresse, que haja prazer e melhora da auto-estima;
- Nível institucional: reorganização das instituições para o diálogo, flexibilização e desenvolvimento de habilidades.

III. A ATENÇÃO AO ADOLESCENTE

3.1 A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Atenção integral é a resposta que os vários grupos de referência devem dar aos indivíduos, considerando sua faixa etária, momento de vida e inserção sociocultural.

Na adolescência, isto se faz necessário, haja vista todas as mudanças biopsicossociais por que passam os adolescentes e seus familiares, trazendo necessidades de intervenções que vão além das questões biológicas e pontuais. Estas mudanças são vivenciadas de maneira diversa nos diferentes contextos e os fragilizam, tornando-os vulneráveis a muitas situações e agravos.

A atenção integral incorpora ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e assistência primária, secundária e terciária, que devem ser realizadas em parceria entre organizações governamentais e não-governamentais, resgatando-se assim as diversas competências e responsabilidades, inclusive familiares, frente aos adolescentes, para se garantir a atenção integral.

Ampliou-se o conceito de Saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde "é um completo bem estar do corpo, da mente e do social", ampliada também por um bem estar espiritual, educacional e ambiental.

Adolescência, fase de transição entre a infância e a adultidade, na segunda década da vida, caracteriza-se como um período de intensas transformações físicas e psicossociais e, dentro da proposta de atenção integral, estaremos apontando as estratégias das ações visando à saúde integral, tanto na prevenção e na promoção como nas situações de riscos vividas por nossa população adolescente.

3.2 AS ESTRATÉGIAS PARA ESTABELECIMENTO DO VÍNCULO

A condição indispensável para o bom atendimento ao adolescente é que o profissional da saúde goste desta tarefa e nela sinta-se à vontade. Isto requer, interesse, tempo e experiência. Esses requisitos são frutos do conhecimento sobre o tema, de um contínuo trabalho de renovação pessoal e da interação com outros grupos profissionais.

Sabemos todos da enorme importância desses primeiros encontros com o adolescente, especialmente quando vêm à consulta preocupações de âmbito emocional e riscos comportamentais.

Indiscutivelmente, uma boa entrevista clínica permite ao profissional da saúde não só coletar informações, mas delinear planos para possíveis estratégias de ações.

Julgamos importante abordar alguns aspectos que interessarão àquelas pessoas que se dedicam ao atendimento dos jovens, mostrando alguns instrumentos e requisitos básicos utilizados, para que esse trabalho seja efetivo e o mais correto possível.

Para um bom começo, os serviços de atenção integral ao adolescente devem ser disponíveis, acessíveis, acolhedores e competentes. Esses são aspectos fundamentais para que o adolescente tenha o seu primeiro contato de uma forma tranqüila e confiante.

É importante que o adolescente aceite o atendimento e também que seja receptivo ao processo.

3.2.1 O acolhimento do adolescente e dos familiares

Considerando as peculiaridades do adolescente e objetivando a maior procura pelos adolescentes aos serviços dentro e fora do Sistema Único de Saúde, dentro do princípio de atendimento humanizado e da melhoria da prestação do atendimento, é importante que existam espaço próprio, horário definido para o atendimento, formação de vínculo de empatia e respeito, disponibilidade para ouvir, postura profissional, observação da confidencialidade, linguagem adequada e paciência. Todos os requisitos devem ser observados por todos os integrantes da equipe, desde a recepção até os profissionais encarregados da atenção integral.

Os reconhecimentos das situações de emergências e de risco na adolescência deverão ser detectados pela equipe e pelos profissionais para o estabelecimento imediato de estratégias de ações.

Torna-se importante sinalizar com placas e avisos, falando do Programa de Atenção Integral ao Adolescente, do atendimento a ser prestado por aquela unidade, como fator de estímulo para a procura do atendimento pela faixa etária da adolescência e pelos seus familiares.

3.2.2 As ações de saúde

- Acolhimento;
- Recepção com cadastro e triagem;
- Atendimento integral;
- Orientações para uma sexualidade segura e sobre saúde sexual e reprodutiva;
- Vacinação;
- Promoção de saúde bucal;
- Realização de grupos educativos;
- Notificação de situações de violência;
- Realização de pré-natal e, se necessário, encaminhamento para serviços especializados ou de referências.

3.2.3 As atribuições dos profissionais de saúde

Agente comunitário de saúde – captar os adolescentes da área para inscrição no Programa; informar aos familiares sobre o Programa; priorizar o atendimento dos adolescentes de risco; orientar as gestantes adolescentes sobre o pré-natal e os cuidados com o bebê; orientar sobre o uso do preservativo e explicar sobre a importância de uma consulta médica e auxiliar a equipe de saúde nas visitas domiciliares.

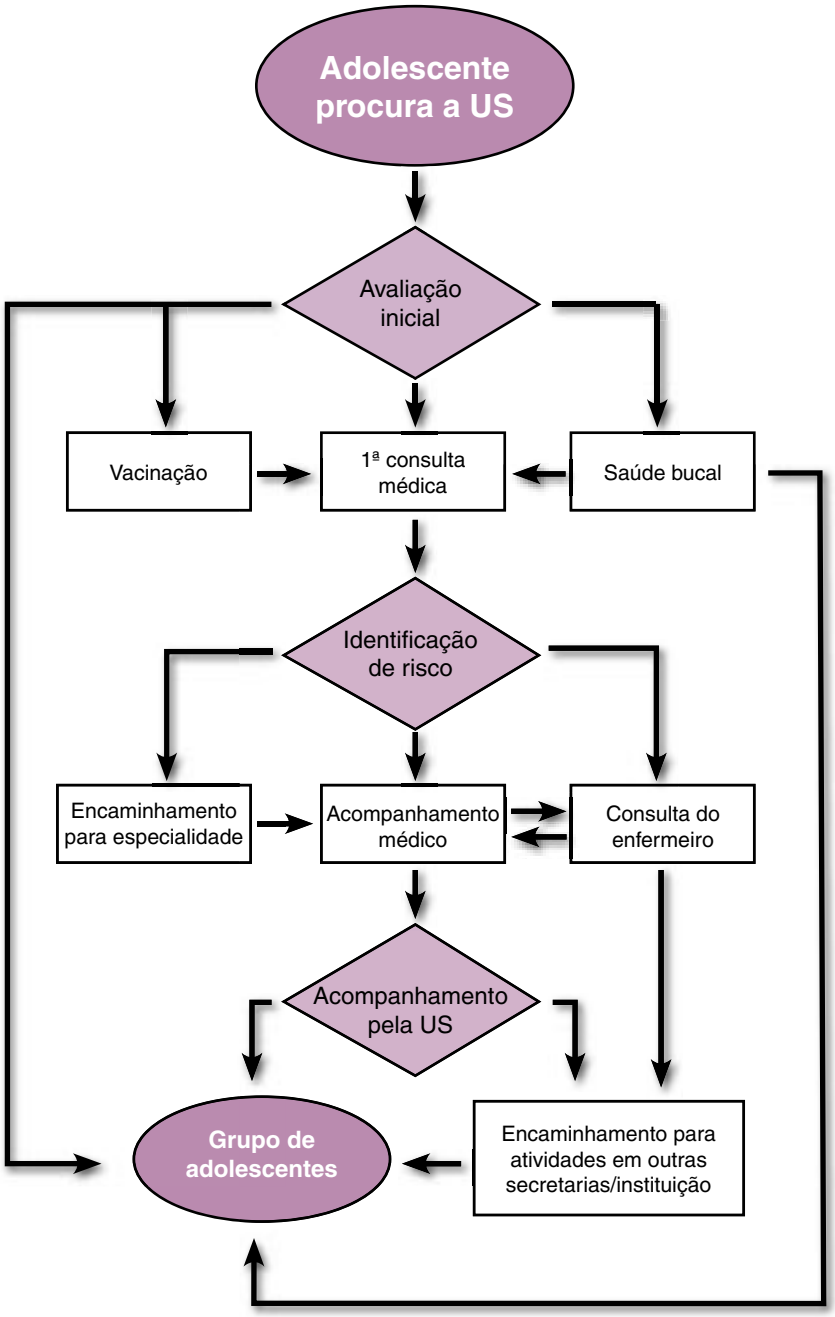
Auxiliar de enfermagem – durante o acolhimento, avaliar a queixa do adolescente verificando situações de riscos e divulgando o atendimento dentro e fora da unidade; agendar consulta (pediatra ou médico-clínico), pelo menos uma por ano, ao cadastrar o adolescente no programa e encaminhar, também ao ginecologista, se necessário; avaliar a situação vacinal dos adolescentes cadastrados no Programa; encaminhar para participar de grupos educativos e para a saúde bucal; orientar e encaminhar para outras secretarias, se necessário e para atividades comunitárias; notificação de situações de risco ou violência sexual para os setores competentes.

Enfermeiro – realizar consulta de enfermagem, pelo menos uma ao ano, observando: higiene, alimentação, orientação anticonceptiva, orientação para exercício da sexualidade com segurança, vacinas, encaminhamento para outras secretarias, vinculação escolar, risco de violência sexual, drogas, evasão escolar, fuga de casa; retornos agendados de acordo com o caso, priorizando as situações de riscos e notificações de violência contra crianças e adolescentes.

Equipe de Saúde Bucal – incluir o adolescente cadastrado no atendimento de Saúde Bucal; captar o adolescente que chega à clínica odontológica para o Programa, cadastrando-o; participar do trabalho de promoção de saúde bucal; estimular o auto-cuidado no contexto da saúde bucal e notificações das situações de risco ou de violência.

Médico pediatra, clínico ou do PSF – realizar consulta médica, pelo menos uma vez ao ano: avaliar patologias clínicas próprias da idade, avaliar crescimento e desenvolvimento, avaliar maturação sexual, avaliar situação nutricional, vacinal e escolar, orientar sobre saúde sexual e reprodutiva, prescrever anticonceptivos, se necessário; prescrever anticoncepção de emergência, se necessário e tratar as doenças sexualmente transmissíveis; retornos serão agendados de acordo com o caso, priorizando as situações de riscos e notificação de situações de risco ou de violência contra crianças e adolescentes.

Médico ginecologista ou do PSF – avaliar maturação sexual da adolescente; orientar e prescrever anticonceptivos; realizar pré-natal de baixo risco a partir dos 16 anos; consulta ginecológica; tratar as doenças sexualmente transmissíveis; prescrever anticoncepção de emergência, se necessário; auxiliar os clínicos e pediatras no tratamento das vulvovaginites, encaminhar para colposcopia quando os exames preventivos mostrarem alterações; avaliar e tratar as disfunções menstruais e notificar as situações de risco ou de violência contra crianças e adolescentes.



3.2.4 A PRIMEIRA CONSULTA

É bastante elegante que o médico, ou outro membro da equipe, se apresente à família e ao adolescente, como pessoa habilitada no atendimento aos adolescentes.

Mesmo que vários especialistas ou membros de uma equipe multi ou interdisciplinar participem do atendimento, é sempre importante que algum deles se torne referência para o nosso cliente.

Com relação à estrutura da consulta, podemos usar duas maneiras ou etapas na sua realização: o adolescente com seus familiares e/ou somente o adolescente.

Consulta com os familiares acompanhando:

- Nesta condição, devem-se usar as informações dos pais sobre o motivo da consulta e sobre informações do passado do jovem.
- Enquanto isto ocorre, deve-se observar alguns aspectos do funcionamento do grupo familiar, em que a relação entre seus membros pode fornecer dados enriquecedores e que ajudarão no planejamento do trabalho.
- Entretanto, a atenção principal da consulta deve ser, sempre, dirigida ao adolescente.

Consulta com o adolescente sozinho

- Muitos profissionais são a favor desta estrutura de consulta, acreditando que isto ajudaria a estabelecer, desde o início, uma relação de confiança entre o profissional e o jovem.
- Contudo, nesse caso, é importante informar ao adolescente que, em algum momento, pode ser necessária a presença dos pais, especialmente em informações de história pregressa que o jovem desconheça.

O consultório (ambiente)

Considerações gerais

- Os adolescentes são muito sensíveis aos contatos verbais e não verbais e sentem quando são bem-vindos e tratados com respeito e confiança.
- No primeiro contato do jovem ou da família com o serviço, uma atitude amistosa da recepção pode ser o ponto chave na boa relação que o jovem poderá desenvolver com o grupo profissional.
- A área física, com um ambiente acolhedor e próprio para adolescentes, é indispensável para que possam se sentir confortáveis, desde a sala de espera e, posteriormente, em ambulatórios ou consultórios isolados acusticamente, se possível com uma saleta para troca de roupas.
- Os adolescentes gostam de ter local e horário específico para o seu atendimento e isto deveria ser uma prática entre os serviços que os atendem.
- É estratégico ter na sala de espera material de interesse dos jovens, como revistas de educação para a saúde, esportes, orientação afetivo-sexual e outras.
- O médico deverá dispor de tempo suficiente para a consulta.
- As visitas de retorno deverão ser agendadas e acertadas com o adolescente e seus familiares, mostrando assim a disponibilidade e o interesse da equipe de saúde na continuação do seu atendimento.

Atitudes de aproximação

- Muitos profissionais da saúde experimentam certo grau de desconforto quando atendem adolescentes, em função da reputação de serem difíceis, confrontadores, contestadores e, às vezes, irreverentes.
- Como resultado disto, muitos profissionais tentam controlar a situação com paternalismo exagerado ou autoritarismo, duas posturas antagônicas e igualmente condenáveis.
- Deve-se pensar e rever as atitudes, trabalhar suas tendências e principalmente, desvencilhar-se de preconceitos, para que se estabeleça de forma autêntica uma sadia e promissora relação com o jovem e com a família.
- Aconselhamos que o profissional adote uma conduta "imparcial" na análise das questões apresentadas, não colocando o adolescente na posição de "réu" ou de "vítima".
- Importante que se evitem interrupções desnecessárias durante a consulta, tais como pessoas abrindo a porta do consultório, telefonemas ou outras.
- Com relação aos adolescentes que apresentam bloqueios para a expressão oral ou são hostis, algumas sugestões podem ser dadas:
  - Explicar sobre o tipo de trabalho e atendimento a ser feito;
  - Deixá-lo falar sobre aquilo que quiser;
  - Conduzir a conversa para temas atuais e do interesse do jovem;
  - Tentar, informalmente, falar sobre amigos, esportes, lazer, a fim de diminuir a tensão;
  - Tratá-lo com seriedade e respeito, sempre cuidando para não colocá-lo como criança ou paciente;
  - Quando o jovem é muito tenso, devemos iniciar a sua avaliação com revisão dos sistemas, evitando-se ir direto ao problema crucial.
- Na abordagem do adolescente, deve-se considerar a individualidade de cada cliente, sendo, às vezes, necessário usar de estratégias apropriadas para cada caso de modo adequado.

A história

Iniciando a entrevista

- Durante a anamnese, o adolescente deve estar totalmente vestido e só, posteriormente, no momento da realização do exame físico, deve-se permitir que

o mesmo tire a roupa, respeitando-se sempre a sua vontade e nunca impondo na condição de examinador.

- Ao abordarmos temas sensíveis como drogas ou sexo, deve-se ter o cuidado de não escrever enquanto o adolescente fala.
- Nos minutos iniciais, em especial na primeira consulta, seria prudente a presença dos pais para que se saiba a razão da consulta e informações sobre a vida pregressa daquele adolescente.
- Após esta etapa, pode-se solicitar aos pais ou responsáveis licença para que se possa conversar a sós com o jovem. Neste momento, pode-se comunicar ao cliente sobre a confidencialidade e o sigilo de suas informações e permitir que coloque, pessoalmente, seus sentimentos, suas dúvidas e suas inquietações.

Confidencialidade

- É indispensável estabelecer um senso de confidencialidade com o adolescente, voltando a deixar bem claro para ele o aspecto sigiloso da consulta.
- O limite desse sigilo depende da prática médica.
- Em situações graves como a presença de idéias suicidas, violência corporal contra os outros, risco de abuso sexual e outras, o profissional deve mostrar ao adolescente que o sigilo deverá ser rompido, em função do risco de vida que o mesmo pode estar correndo.
- Embora a confidencialidade deva ser respeitada, isto não impede o médico de encorajar o adolescente a discutir seus problemas com seus familiares ou seus responsáveis.
- Muitas vezes, o profissional pode ser interlocutor ou facilitador em temas complicados entre pais e filhos.

Abordagem dos aspectos psicossociais

- A abordagem dos aspectos psicossociais e comportamentais dos adolescentes requerem atenção especial da equipe profissional no que concerne à conduta e à saúde mental.
- Do adolescente com rendimento escolar satisfatório, boa convivência familiar, relacionamento com grupos de amigos fora de situações de risco, com metas e planos para o futuro e com um bom desenvolvimento em todos os aspectos, podemos dizer: trata-se de um jovem com boa saúde integral.
- Embora nossa impressão nos remeta para a imagem de um jovem saudável, nunca se deve deixar de avaliar suas atividades sexuais e sua conduta frente ao álcool ou outras drogas.

- Esta abordagem serve para que se possa discutir questões envolvendo o sexo seguro, a prevenção do alcoolismo, do tabagismo e o resgate da prudência.
- Adolescentes com fracasso escolar, com problemas familiares sérios, ligados a grupos de risco e sem expectativas em relação ao futuro são raivosos e deprimidos necessitando de maiores cuidados e atenção da equipe de profissionais.
- É certo que os temas mais difíceis e sensíveis para o adolescente devem ser abordados gradativamente.
- Quando a entrevista é conduzida com estes cuidados, os jovens se sentem confiantes e respondem com honestidade às perguntas e aos questionamentos que lhes são feitos.
- Por vezes, deparamo-nos com algumas exceções, quando são abordados sobre o uso de drogas, por exemplo, entretanto, mesmo nessas condições a postura de nos colocarmos ao lado deles, numa atitude de ajuda, certamente facilitará a tarefa.

Algumas tarefas importantes do profissional da saúde

- Evitar assumir a posição de pais.
- Tentar mostrar ao adolescente suas habilidades e suas características positivas.
- Ter em mente que ajudar o adolescente em momentos difíceis, não significa dar suporte ou acobertar comportamentos impróprios.
- Escutar o que o jovem tem a dizer é um ponto chave e estratégico para a aproximação e para o estabelecimento de um bom vínculo. É importante saber ouvir.
- Buscar desenvolver a responsabilidade no jovem. O seu crescimento pessoal melhorará o entrosamento com a equipe e seu relacionamento com a família, a escola e a sociedade.
- Mostrar ao jovem real interesse quanto aos seus problemas e suas preocupações.
- Valorizar a importância da participação dos pais e dos familiares. Pais bem orientados constituem ajuda importante no processo.
- Estar atento às queixas dos adolescentes e saber que nem sempre a queixa verbalizada exterioriza sua verdadeira preocupação. Por exemplo, uma adolescente com acne e dor abdominal vaga pode estar apreensiva com suspeita de gravidez e um jovem com dor torácica pode estar preocupado com a ginecomastia que apresenta.
- Usar linguagem adequada e de fácil compreensão junto aos adolescentes, evitando-se, diminutivos dos quais, com certeza, eles não gostam, pois os remetem a uma condição de criança.

O exame físico

- Durante o exame físico, temos o momento apropriado para avaliar o estado de saúde do adolescente e usar técnicas importantes para repasse de informações e de orientações sobre suas transformações físicas e emocionais.
- Por exemplo, ensinar às adolescentes o auto-exame regular das mamas e orientar os adolescentes masculinos sobre questões ligadas aos genitais e também o auto-exame testicular.

Sinais vitais

- Obter peso, altura e sinais vitais em ambiente privado. Manter a porta sempre fechada enquanto se conduz o exame físico do cliente.
- O exame físico deve ser feito com muita discrição, sempre deixando o exame da genitália para o final da avaliação ou, às vezes, em momento que achar oportuno, evitando-se a exposição desnecessária do corpo do adolescente.
- Realizar o exame físico de forma segmentar, sempre cobrindo a região que não está sendo examinada.

Exame genital e pélvico

Técnicas que atenuam a ansiedade dos jovens

- Presença de familiar ou atendente durante o exame pélvico.
- Adiar, se necessário, o exame pélvico.
- Em determinadas situações, o exame pélvico pode não ser necessário.
- Mostrar ao adolescente sua normalidade corporal.
- Desfazer mitos sobre os órgãos genitais e explicar, passo a passo, os procedimentos da avaliação.

Outros pontos importantes no exame físico do adolescente

- Peso, altura e pressão arterial;
- Coração;
- Estado mental;
- Abdome;
- Maturação sexual;
- Músculo-esquelético (coluna);
- Olhos, boca, nariz e garganta;
- Genitais;
- Tireóide;
- Mamas.

Conclusão da consulta

- Ao término do exame físico, pode-se discutir com o adolescente estratégias ou planos de tratamentos para o seu caso, principalmente com adolescentes dos 15 aos 19 anos de idade.
- O jovem quer saber a impressão do profissional de saúde sobre seu estado clínico.
- O repasse de informações deve ser feito com honestidade e clareza, evitando-se termos científicos ou técnicos.
- Nunca alarmar o jovem quando alguma anormalidade for constatada.
- Usar linguagem simples, utilizando desenhos e figuras esclarecedoras, se necessário.
- Quando preciso, encaminhar a outros especialistas, principalmente ao se detectarem problemas auditivos, visuais, ortodônticos, da coluna e outros, explicando aos jovens e aos familiares os motivos.
- Discutir com os pais e orientá-los, sempre colocando os problemas de forma genérica, evitando expor as confidências e os sigilos surgidos durante a entrevista a sós com o jovem.
- Em determinadas situações, particularmente sérias, apenas os pais devem participar da discussão; entretanto, em nenhum momento, o adolescente deve ser excluído das informações trocadas entre pais e profissionais.
- A necessidade de outras consultas e retornos deve ser acertada com o adolescente, os pais e a equipe de profissionais.
- A adesão do jovem, sua receptividade às nossas orientações e sua fidelidade às prescrições são indícios de que o grupo teve sucesso nesta desafiante tarefa.
- Se pudermos contar com a presença de outros profissionais da saúde e também educadores, estaremos, realmente, prestando à nossa clientela uma verdadeira atenção integral.

3.3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Tem por objetivos principais

- Monitorar o processo de crescimento, desenvolvimento físico (puberal) e psíquico.
- Identificar e promover os fatores de proteção.
- Identificar os fatores de risco que deverão ser afastados e/ou atenuados.

- Esclarecer sobre o direito à assistência à saúde.
- Estimular e mostrar a importância de se assumir, gradativamente, a responsabilidade de cuidar da própria saúde.
- Sempre que possível, envolver a família do adolescente.

Exame físico

- Quando proceder o exame físico geral do adolescente, será imprescindível a presença, no consultório, de um outro profissional de saúde.
- Realizar o roteiro propedêutico clássico, avaliando sempre o aspecto geral do adolescente.
- O adolescente deve ser orientado sobre a realização do exame físico, mostrando-se e explicando-se como os instrumentais serão utilizados. Seus pudores e temores deverão ser respeitados, adiando a realização do exame se necessário. O exame ginecológico não é obrigatório que ocorra na primeira consulta, porém, perguntar sobre menarca, a menstruação e a atividade sexual, é importante.
- A avaliação do crescimento será realizada, utilizando os gráficos de referência (P/I, A/I), do NCHS 200, adaptados pela SES/MG.
- A avaliação nutricional será realizada, utilizando-se a curva do índice de massa corpórea/idade do padrão de referência, adaptado pela SMS/CE.
- A maturação sexual será avaliada e acompanhada pelas tabelas de Tanner.
- Após o exame clínico, serão levantadas as hipóteses diagnósticas, os exames solicitados (de rotina e os específicos de cada caso) e fornecidas prescrições necessárias, devendo sempre esclarecer o adolescente sobre o diagnóstico, seus medicamentos e encaminhamentos para especialidades ou para outras secretarias.
- É importante informar ao adolescente sobre os trabalhos em grupo realizados pela equipe, convidá-lo a participar e orientá-lo para agendar sua consulta de avaliação integral com o enfermeiro.

Exames laboratoriais

Devem ser solicitados, no ingresso do adolescente ao Programa, os seguintes exames:

- Hemograma completo;
- Urina rotina;

- Parasitológico de fezes (com evidências clínicas, tratar de imediato);
- Ferritina sérica (como preventivo de anemia ferropriva na adolescência).
- Nota: Alguns serviços de referência secundária ampliam os exames solicitados aos adolescentes no primeiro atendimento, tais como: glicemia de jejum, colesterol total e fracionado, triglicérides, uréia, creatinina, transaminases oxalacética e pirúvica, T4 e TSH, fosfatase alcalina, cálcio, fósforo devidos aos freqüentes casos de hipercolesterolemia, triglicérides aumentados, problemas tireoidianos e raquitismo apresentados por essa faixa etária.

Observação

- Para os adolescentes de ambos os sexos, sexualmente ativos e com história de vários parceiros, além dos exames de rotina já indicados, é recomendado solicitar, uma vez ao ano, sorologia para sífilis e HIV (este, com o de acordo do adolescente).
- Para adolescentes do sexo feminino, que já iniciaram atividade sexual, deve ser solicitado Papanicolaou uma vez ao ano.
- Outros exames deverão ser solicitados de acordo com a necessidade de cada caso.

Aspectos éticos e legais

O atendimento ao adolescente deve ser pautado por princípios éticos e guiado pelos seguintes artigos do código de ética médica (capítulos V e IX):

- Art. 56 – É vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.
- Art. 57- É vedado ao médico deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.
- Art.103 – É vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não-revelação possa provocar danos ao paciente.
- No Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) 2, diversos dispositivos referem-se aos direitos reprodutivos e sexuais. Os artigos 3º, 5º, 15º, 17º e 18º, de forma genérica contêm preceitos relativos ao respeito à integridade física e moral da criança e do adolescente. (Ministério da Saúde, 1999)

- Destaca-se o artigo 17º: o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

Bioética e adolescência

Recomendações do Departamento de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo

1. O médico deve reconhecer o adolescente como indivíduo progressivamente capaz e atendê-lo de forma diferenciada.
2. O médico deve respeitar a individualidade de cada adolescente, mantendo uma postura de acolhimento, centrada em valores de saúde e de bem-estar do jovem.
3. O adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou dos responsáveis no ambiente da consulta, garantindo-se a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários. Dessa forma, o jovem tem o direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, assumindo integralmente seu tratamento. Os pais ou os responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas, como, por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e a prescrição de métodos contraceptivos, com o expresso consentimento do adolescente.
4. A participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável. Os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e para o jovem. O adolescente deve ser incentivado a envolver a família no acompanhamento de seus problemas.
5. A ausência dos pais ou dos responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos.
6. Em situações consideradas de risco (por exemplo: gravidez, abuso de substâncias, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, risco à vida ou à saúde de terceiros) e frente à realização de procedimentos de maior complexidade (por exemplo, biópsias e intervenções cirúrgicas) torna-se necessária a participação e o consentimento dos pais ou dos responsáveis.
7. Em todas as situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude.

3.4 A PUBERDADE

A puberdade refere-se ao conjunto de transformações físicas, biológicas, internas e externas, que ocorrem durante a fase de adolescência. A puberdade ocorre interagindo com as outras transformações, que são as comportamentais e as psicossociais.

O termo puberdade se origina do latim pubertas, que significa idade fértil, aspecto marcante deste momento, para ambos os sexos.

Estas modificações da puberdade são decorrentes da ação dos hormônios do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. O seu início varia de 8 a 13 anos no sexo feminino e de 9 a 14 anos no sexo masculino. Destaca-se nesta fase, de uma maneira geral:

- A ocorrência do crescimento rápido – aceleração e desaceleração do crescimento.
- As alterações na quantidade e na distribuição de gordura no corpo.
- O desenvolvimento do sistema respiratório, circulatório e das gônadas.
- O surgimento dos caracteres sexuais secundários.

Entretanto, existem variações entre os adolescentes em relação à duração e à época em que essas mudanças ocorrem, afinal as pessoas são diferentes, sendo normais as variações até dentro de uma mesma família. De um modo geral, as meninas levam em torno de 2 a 3 anos para terminar as mudanças físicas e os meninos por volta de 4 anos.

Na puberdade, os adolescentes ganham cerca de 20% de sua estatura final e 50% de seu peso adulto. Ao rápido crescimento em estatura, característico desta fase, dá-se o nome de estirão puberal.

O crânio também participa do estirão puberal. Cresce o globo ocular e ocorre com freqüência o aparecimento de miopia, aspecto importante a ser monitorado no adolescente escolar.

No sexo masculino, é mais marcante o crescimento da fronte, do nariz, da mandíbula e do maxilar superior, assim a má oclusão dentária pode se acentuar nesta fase, facilitando o aparecimento ou acentuando uma queixa de cefaléia.

O crescimento do tronco, embora ocorra depois do crescimento dos membros, contribui com a maior parcela da altura, aumentando a relação do tronco/membro. Na prática, é neste momento que se estabelecem e/ou se agravam os desvios da coluna (escoliose do adolescente, cifose juvenil, lordose), devendo esse crescimento e essa postura serem monitorados, pois uma intervenção precoce, permite resultados de cura mais rápidos e mais eficazes.

O pico de velocidade de crescimento nas meninas ocorre por volta dos 11 aos 12 anos e entre 13 e 14 anos nos meninos – momento importante para observação das questões alimentares, postura, adequações das práticas esportivas, entre outras.

Ao final da puberdade, que varia de acordo com o sexo, genética e condições ambientais, o crescimento esquelético está concluído, o que se constata pela soldadura das cartilagens de conjugação dos ossos longos. O amadurecimento gonadal também está completo, possibilitando o exercício da função reprodutiva.

O peso também apresenta aceleração e posterior desaceleração. No sexo masculino, a velocidade máxima de ganho de peso coincide com o pico de velocidade de crescimento estatural. No sexo feminino, a velocidade máxima de ganho de peso ocorre geralmente 6 meses depois do pico da velocidade de crescimento em estatura.

A puberdade feminina

- A 1ª manifestação visível de puberdade na maioria das meninas é o surgimento do broto mamário, em média aos 9,7 anos. Este fenômeno é chamado de telarca.
- O broto mamário pode de início ser doloroso e unilateral, demorando cerca de 6 meses para o crescimento da outra mama. É importante que a menina aprenda e examine seus seios mensalmente, sendo um bom período para este auto-exame, 7 dias após a menstruação.
- Geralmente, cerca de 6 meses após a telarca, surge a pubarca ou adrenarca que é o aparecimento dos pelos pubianos.
- Os pelos axilares se iniciam em média aos 10,4 anos, acompanhados pelo desenvolvimento das glândulas sudoríparas que trazem o odor característico do adulto, momento importante para orientações gerais de higiene.
- É freqüente corrimento vaginal claro nos 6 a 12 meses que antecedem a primeira menstruação, conhecida como menarca, fato marcante da puberdade feminina. A idade média da menarca em nosso meio é de 12,2 anos, mas pode ocorrer entre 9 e 16 anos.
- Se ocorrer antes dos 9 anos, ou se aos 14 anos ainda não tiver iniciado o crescimento dos seios e de penugens embaixo dos braços e no púbis, é indicado que se procure um médico para uma consulta.Os primeiros ciclos menstruais são geralmente anovulatórios e irregulares, podendo essa irregularidade permanecer por até 2 ou 3 anos.O ciclo menstrual normal tem um intervalo que varia de 21 a 36 dias e uma duração entre 3 a 7 dias.
- As adolescentes ainda crescem em média 4 a 6 cm nos 2 ou 3 anos pós-menarca.
- A pele fica mais oleosa, facilitando o aparecimento de espinhas, que não devem ser espremidas. Se a adolescente se sentir incomodada com isso ou as espinhas forem muitas, deve-se procurar uma consulta médica.

A puberdade masculina

- A 1ª manifestação da puberdade no sexo masculino é o aumento do volume testicular em média aos 10,9 anos.
- O saco escrotal torna-se mais baixo e alongado, mais solto e enrugado.
- O crescimento peniano começa, em geral, um ano após o crescimento dos testículos.

- O pênis cresce primeiro em tamanho e depois em diâmetro.
- Quando o adolescente termina sua fase de crescimento seu pênis atinge em média 15 cm, quando ereto. Esse tamanho pode variar de 2 a 3 cm para mais ou para menos. Quando se encontra flácido, as variações são maiores.
- Os pelos pubianos aparecem em torno dos 11,3 anos, os pelos axilares, em média aos 12,9 anos, os pelos faciais e do restante do corpo ocorrem em média aos 14,5 anos.
- A idade da primeira ejaculação – conhecida como semenarca ou espermarca – ocorre em média aos 12,8 anos. Geralmente, ocorre também a polução noturna, ou seja, a ejaculação involuntária de sêmen quando o adolescente está dormindo, decorrente de um estímulo cerebral com sonhos eróticos que levam ao orgasmo. É um evento fisiológico normal, mas, às vezes, causa constrangimentos e dúvidas aos adolescentes e a seus familiares que devem ser orientados e tranqüilizados pelo profissional de saúde.
- A mudança da voz (falsete), ora afina ora engrossa, ocorre tardiamente.
- A ginecomastia puberal (aumento do tecido mamário) ocorre em grande parte dos adolescentes masculinos. É freqüentemente bilateral, com consistência firme e móvel e, às vezes, dolorosa. De acordo com o diâmetro, classifica-se em: grau I - de 1 a 2 cm; grau II - de 2 a 4 cm e grau III - de 5 cm em diante. Inicia-se, geralmente, entre 13 e 14 anos. Regride espontaneamente em cerca de 6 a 8 meses. Quando não involui em 24 meses, deverá ser avaliado pelo cirurgião plástico. Em geral, são casos de macroginecosmatia (grau III) ou aquelas persistentes e que podem está interferindo com a auto-estima do adolescente.
- A ginecomastia de causa patológica (por drogas, endocrinopatias, tumores ou doenças crônicas), embora rara, deve ser pensada se ocorrer antes ou ao término da maturação sexual, devendo ser cuidadosamente avaliada e/ou encaminhada ao especialista.
- A pele fica mais oleosa, facilitando o aparecimento de espinhas, que não devem ser espremidas. Se o adolescente se sentir incomodado com isso ou as espinhas forem muitas, deve-se procurar uma consulta médica.

Observações importantes

- Considera-se retardo puberal: a ausência de qualquer característica sexual secundária em meninas a partir dos 13 anos de idade e em meninos a partir dos 14 anos. Encaminhar para avaliação médica especializada (médico endocrinologista, hebiatra (clínico de adolescentes) ou ginecologista infanto-puberal).
- Considera-se puberdade precoce: quando ocorre o aparecimento de caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos no sexo feminino e antes dos 9 anos no

sexo masculino. Encaminhar para o endocrinologista ou ginecologista infanto - puberal.

É importante relatar que os profissionais de saúde contam com uma tabela, conhecida por Tabela de Tanner, que permite classificar e acompanhar o desenvolvimento da maturação sexual dos adolescentes de ambos os sexos.

Na prática, por que é importante conhecer os estágios puberais?

- Porque é um instrumento para acompanhamento do desenvolvimento sexual do adolescente.
- Devido à grande variação da idade de início e da velocidade de progressão da maturação sexual, a idade cronológica tem pouca importância como parâmetro isolado na avaliação do crescimento e do desenvolvimento do adolescente.
- Observa-se relação direta entre os estágios de maturação sexual e o momento de crescimento e de desenvolvimento físico.
- O acompanhamento sistemático da maturação sexual cria oportunidades para esclarecer as dúvidas do adolescente quanto às mudanças ocorridas e de orientá-lo sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

Quando os adolescentes conhecem bem o seu corpo, passam a entender melhor como acontece a reprodução humana e a beleza e o prazer de uma relação sexual saudável e responsável, e, conseqüentemente, vai ficando mais fácil realizar uma higiene mais adequada, saber como usar métodos anticoncepcionais e se prevenir de DST/HIV/Aids.

3.4.1 As fases do crescimento esquelético

- Fase de crescimento estável (pré-puberal): quando o adolescente ganha em média 4 a 6 cm/ano em altura e 2 a 3 Kg/ano no peso.
- Fase de aceleração do crescimento (puberal): quando a velocidade do crescimento aumenta até atingir o máximo – PVC (Pico de Velocidade de Crescimento). Nas meninas, ocorre entre 11 e 12 anos atingindo em média, 8 a 9 cm por ano. Nos meninos, a média é de 10 cm por ano e ocorre entre 13 e 14 anos. Em ambos os sexos, esta fase dura em média 2 anos;
- Fase de desaceleração do crescimento (pós-puberal): há a diminuição da velocidade de crescimento e o alcance da altura final do adulto, ocorrendo entre 15 a 16 anos no sexo feminino e 17 a 18 anos no sexo masculino.

3.4.2 Desenvolvimento do tecido adiposo

- Ocorre acúmulo progressivo de gordura dos 8 anos até o início do estirão puberal. A partir daí, a velocidade de deposição de gordura sofre desaceleração.
- A prevenção da obesidade deve se iniciar na infância e permanecer na fase de adolescência, principalmente no sexo feminino.

3.4.3 A pressão arterial

- A pressão arterial nos primeiros anos de vida, tem elevação gradual. Na adolescência, há uma elevação mais rápida até chegar aos níveis pressóricos do adulto.
- A avaliação da PA deve ser uma rotina na consulta do adolescente, para permitir um diagnóstico precoce de hipertensão arterial.
- É importante lembrar que, pela ansiedade, insegurança ou nervosismo do adolescente a pressão arterial pode sofrer elevação no primeiro momento do atendimento. Recomenda-se, neste caso, aferir mais de uma vez a pressão arterial e não estabelecer um diagnóstico de hipertensão arterial antes de repetir a aferição da pressão em outros momentos e afastar outras causas.

3.4.4 O monitoramento

Crescimento

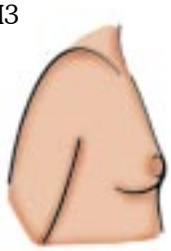
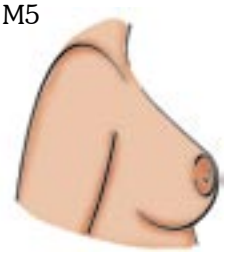
- Feito a partir do gráfico de peso x idade e estatura x idade.
- Realizar a cada 4 meses na fase de aceleração do crescimento.
- Realizar a cada 6 meses na fase de desaceleração do crescimento.
- Realizar 1 vez ao ano até o final da adolescência.

Maturação sexual

Importância do monitoramento dos estágios puberais

O monitoramento é feito a partir das tabelas de Tanner, que são divididas em 5 estágios desde a situação pré-puberal (estágio 1) até a fase adulta (estágio 5)

- No sexo masculino, está baseada na pilificação pubiana (P1 a P5) e genitália (G1 a G5). A evolução do estágio P2 ao P5 dura de 2 a 5 anos e do estágio G2 ao G5 dura de 3 a 4 anos.
- No sexo feminino, está baseada na pilificação pubiana (P1 a P5) e mamas (M1 a M5). A evolução do estágio 2 ao 5 (tanto P como M), dura de 2 a 5 anos.

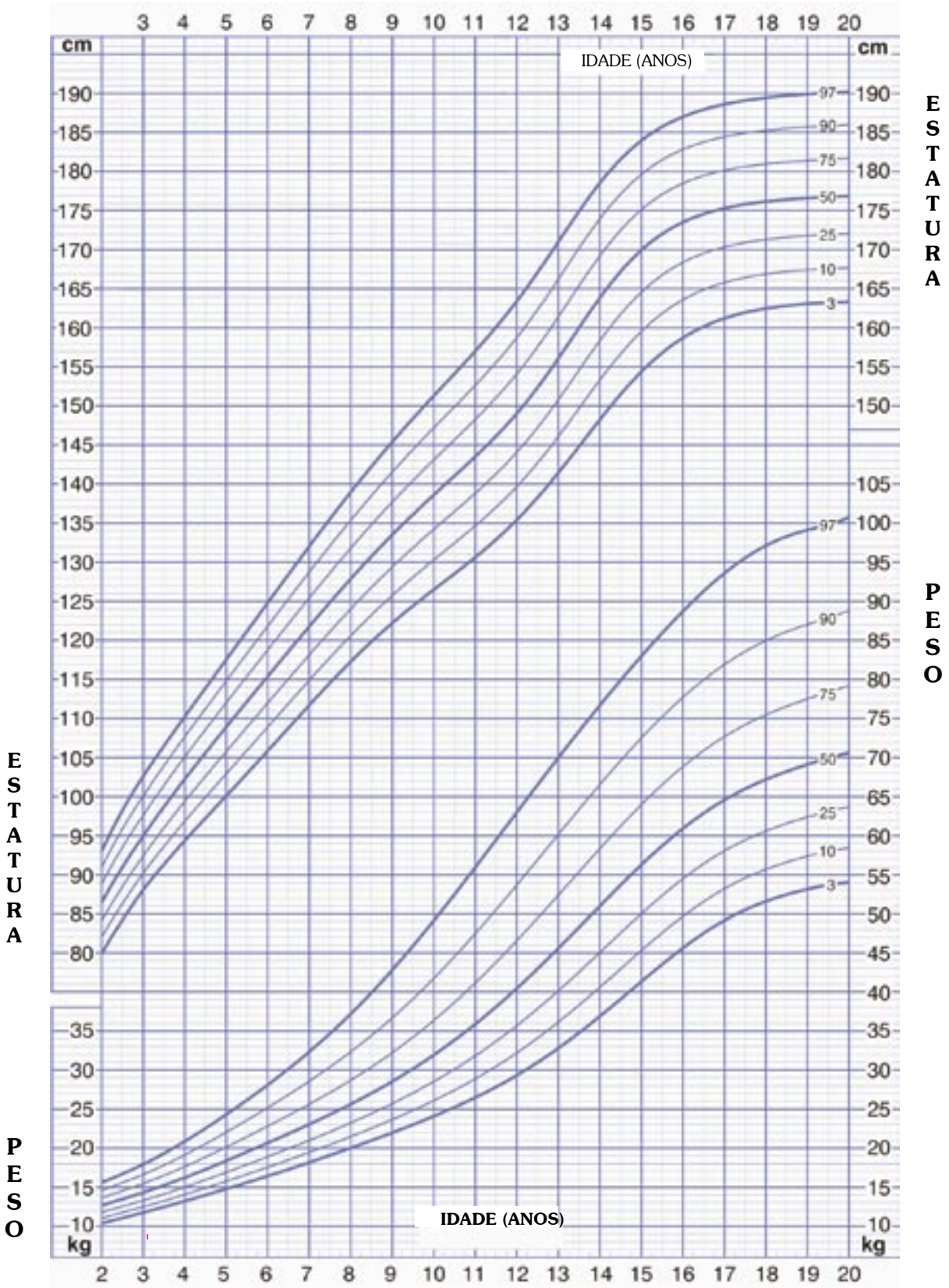
DESENVOLVIMENTO PUBERAL FEMININO				
TABELAS DE TANNER				
Mamas				
M1	M2	M3 	M4	M5 
Pré-Púbere (com elevação somente das papilas)	Broto mamário (pela elevação da mama e papila). Aumenta o diâmetro areolar	Maior aumento da mama e da aréola, sem separação dos seus contornos	Projeção da aréola e da papila, formando uma segunda saliência acima do nível da mama	Mamas adultas, com retração da aréola para o contorno da mama. Há saliência somente das papilas.

Pelos pubianos				
P1	P2	P3	P4	P5
Pré-Púbere (Infantil)	Pelos longos, finos, lisos ou discretamente encaracolados, principalmente ao longo dos lábios	Pelos mais escuros, mais espessos e encaracolados, sobre a região pubiana	Pelos do tipo adulto, porém com área de distribuição menor que no adulto. Não alcança a superfície das coxas	Pelos do tipo e quantidade igual ao adulto, estendendo-se até a face interna das coxas

DESENVOLVIMENTO PUBERAL MASCULINO				
TABELAS DE TANNER				
Genitália				
G1	G2	G3	G4	G5
Pré-Púbere (infantil)	Aumento de escroto e testículos. Aumento do pênis ausente ou pequeno. Pele escrotal torna-se avermelhada e muda de textura	Aumento do pênis, principalmente em comprimento. Continua o aumento de testículo e escroto	Aumento do diâmetro do pênis e há o desenvolvimento da glande. Continua o aumento de testículo e escroto, cuja pele escurece	Genitais adultos em tamanho e forma

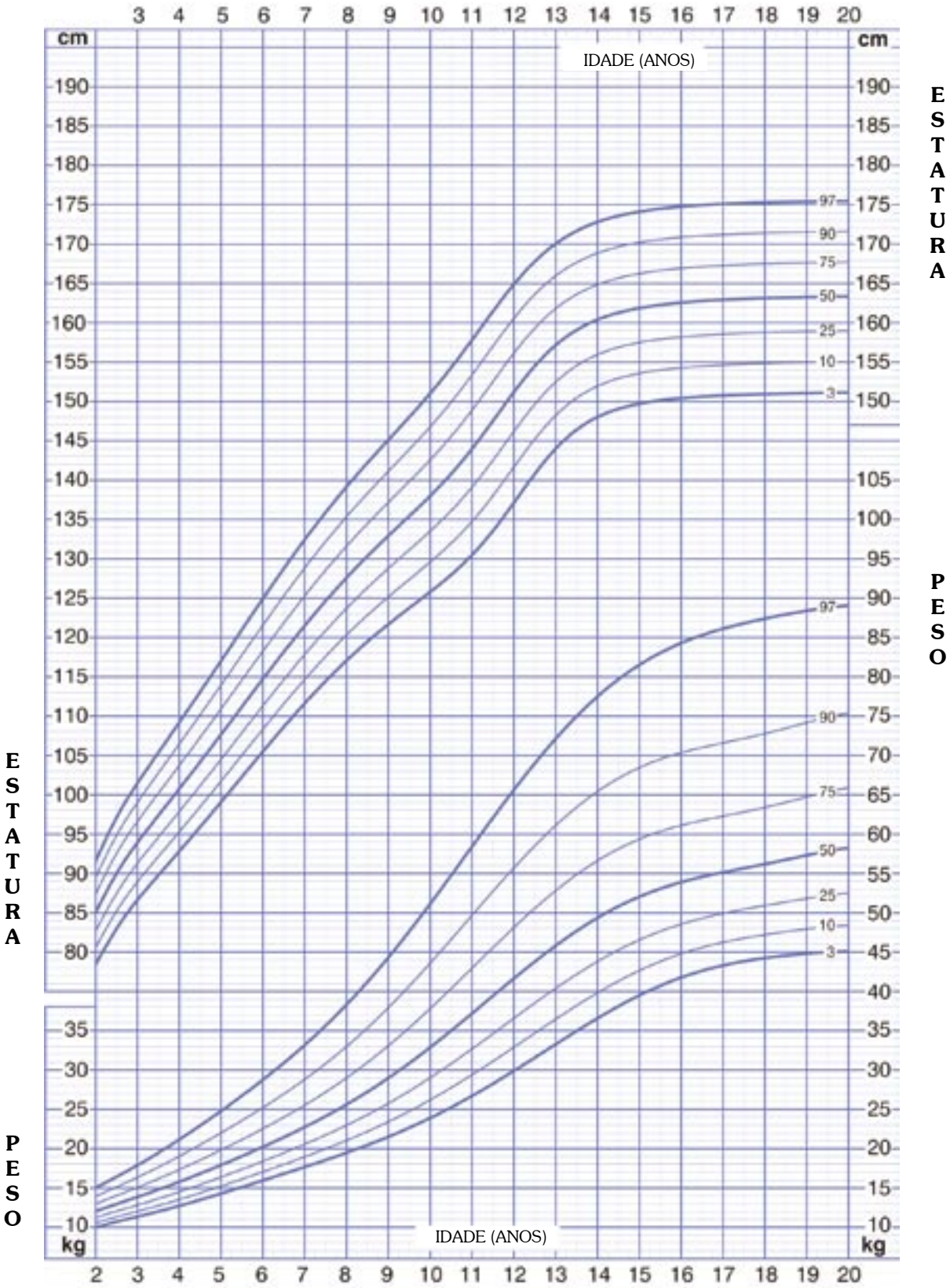
Pelos pubianos				
P1	P2	P3	P4	P5
Pré-Púbere (infantil)	Pelos longos, finos ou discretamente encaracolados, na base do pênis	Pelos mais escuros, mais encaracolados, na região pubiana	Pelos do tipo adulto, porém com distribuição menor que no adulto. Não alcança a superfície interna das coxas	Pelos do tipo e quantidade igual ao adulto, estendendo-se até a face interna das coxas

SEXO MASCULINO
2 a 20 anos
Nome:_____ DN: ___/___/___



Fonte (adaptado): Desenvolvido por: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, EUA (2000). http: //www.cdc.gov/growthcharts

SEXO FEMININO
2 a 20 anos
Nome:_____ DN: ___/___/___



Fonte (adaptado): Desenvolvido por: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, EUA (2000). http: //www.cdc.gov/growthcharts

3.5 VACINAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Nos últimos anos, ocorreu um grande incremento no uso de imunobiológicos. Novas vacinas foram desenvolvidas com uma freqüência jamais vista. Essas, como as antigas, não são utilizadas exclusivamente em crianças, havendo uma preocupação cada vez mais intensa com outras faixas etárias. Também as alterações ocorridas na epidemiologia de algumas doenças infecciosas tiveram reflexo nas indicações das vacinas.

As equipes de Saúde da Família e os profissionais de Saúde das unidades básicas constituem-se em importantes aliados do Programa Nacional da Imunização na tentativa de manter crianças e adolescentes brasileiros adequadamente imunizados.

Vários fatores têm indicado a necessidade dos Programas de Imunização passarem a dedicar maior atenção aos adolescentes, entre eles, a maior gravidade da varicela após os 15 anos de idade e o aumento proporcional do sarampo.

Na adolescência, é sempre importante indagar sobre o passado vacinal e tentar obter a documentação específica. As lacunas individuais podem derivar do não-cumprimento de datas agendadas ou ser decorrência da inexistência de algumas vacinas no passado. Pode-se tentar estabelecer um roteiro resumido de avaliação (QUADRO 1), porém, geralmente, as possibilidades de conduta são mais variadas do que no calendário para o primeiro ano de vida.

ROTEIRO PARA VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE		
VACINA	**PASSADO VACINAL**	**CONDUTA**
BCG ID	Sem cicatriz	Ver casos especiais
	Com uma cicatriz	Fazer 2ª dose
	Com duas cicatrizes	Vacinado
Hepatite B	Não vacinado	3 doses
	Menos de 3 doses	Completar 3 doses
	3 doses	Vacinado
Dupla Adulto (dT)	3 doses ou + de toxóide tetânico	Reforço, se última dose com mais de 10 anos
	Menos de 3 doses	Completar 3 doses
	Não vacinado ou ignorado	3 doses
Tríplice Viral	Sem confirmação de dose	Uma dose
Febre Amarela	Nenhuma dose nos últimos 10 anos	Uma dose

- As vacinas do quadro acima estão disponíveis gratuitamente nos postos públicos de vacinação. Outras devem ser procuradas em clínicas particulares.
- Importante destacar que na adolescência prioriza-se o uso da vacina tríplice triviral ao de seus componentes isolados.
- Justifica-se, também, a vacinação de adolescentes contra o sarampo, sem confirmação de dose anterior, devido ao risco em menores de um ano e acima dos vinte anos segundo estudos de OLIVEIRA e CAIAFFA sobre a situação do sarampo em Minas Gerais.

A rubéola é de distribuição universal e a estratégia de vacinação seletiva visa atingir a população-alvo.

- Devida a maior gravidade da varicela após os 15 anos de idade recomenda-se a sua vacinação, mas a vacina não está disponível nos postos de vacinação.
- É rara a necessidade de vacinação de adolescentes contra a poliomielite, pois a maioria já recebeu inúmeras doses da vacina oral antes dos cinco anos de idade.
- Ao se receber um adolescente para avaliação contra tuberculose, verifica-se a presença de cicatrizes vacinais, na inserção do músculo deltóide direito, adotando-se as condutas do quadro I.

Ao finalizar a revisão da Linha-guia recebemos o Ofício Circular GVE/SE/Nº 012/2006 da SES/MG que transcrevo

OF. CIRCULAR CI/GVE/SE/SES-MG Nº 012/2006
Belo Horizonte, 18 de abril de 2006.
Assunto: Nota Técnica

Senhor (a) Diretor (a)

Em 1995, baseando-se em estudos do exterior e recomendações da organização mundial da Saúde (posteriormente retirada), o Ministério da Saúde do Brasil passou a recomendar uma dose de reforço da vacina BCG ID a partir dos 6 anos de idade. A Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES-MG) aceitou inicialmente a orientação e criou um grupo de estudo sobre o problema, com participação de sociedades e faculdades médicas. Esse grupo acabou por recomendar à SES-MG a manutenção da dose, estabelecendo a idade de 10 anos como recomendada.

Recentemente foram concluidos dois importantes estudos brasileiros (um prospectivo realizado em Manaus e Salvador, outro retrospectivo realizado em Recife) que não demonstraram beneficio do uso da dose de reforço, e sim ressaltam a importância da primeira dose. Diante disso o Comitê Técnico Assesor em Imunização do Programa nacional de Imunizações (CTAI-PNI), tomou as seguintes decisões:

- recomendar a suspensão da dose de reforço da BCG ID;
- reafirmar a grande importância do uso da primeira dose;
- recomendar ao PNI a elaboração de um documento técnico pormenorizado a ser distribuído para as Unidades Federadas e municípios brasileiros;
- manter a programação de estudos sobra BCG ID e a continuidade do estudo prosprectivo anteriormente citado (em andamento).

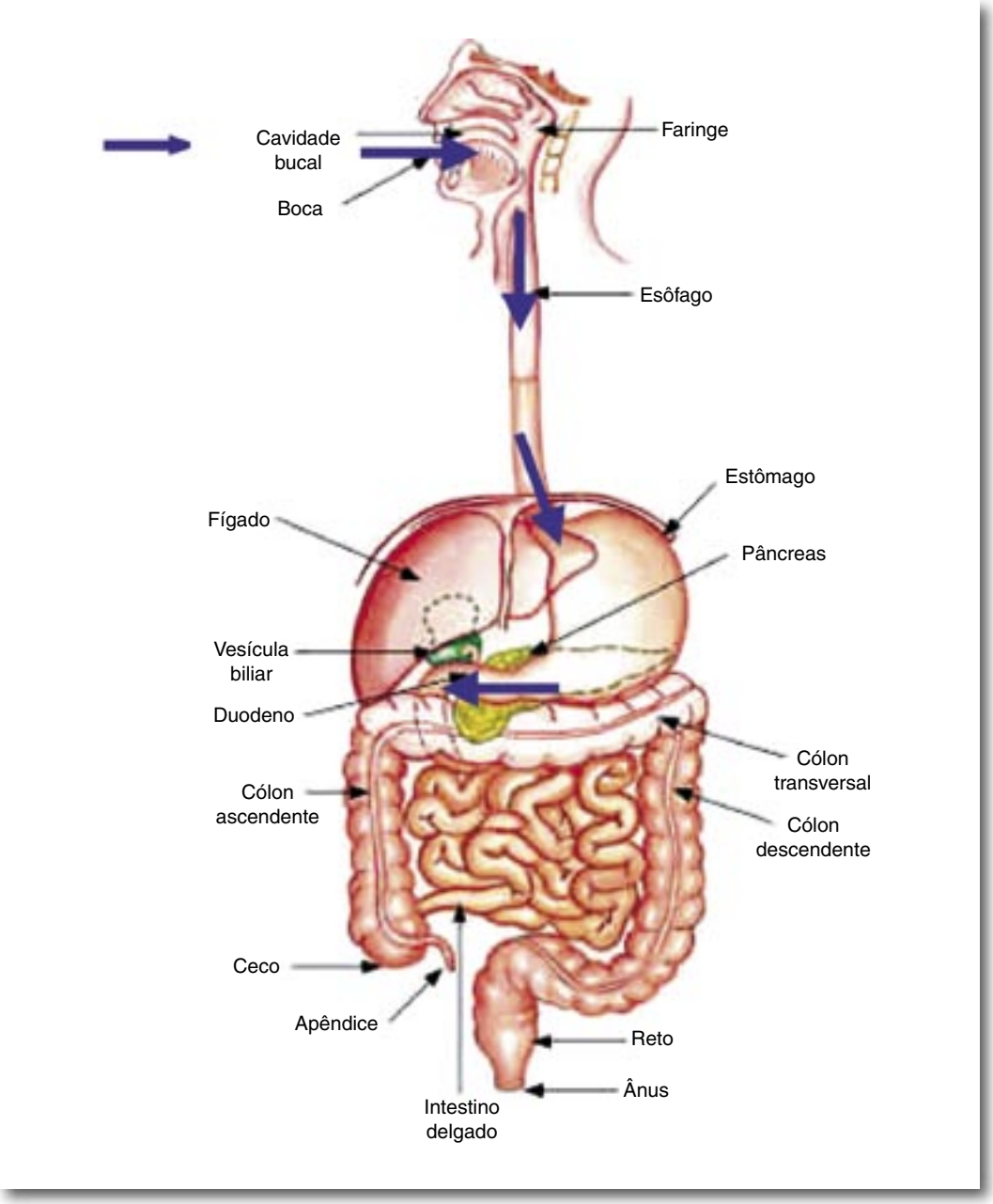
- A vacina dupla do tipo adulto (dT) é indicada para crianças a partir de sete anos, adolescentes, adultos, gestantes e acidentados, verificando-se o passado vacinal.
- A vacina de febre amarela é recomendada para o estado de Minas Gerais, com revacinação a cada 10 anos. O Ministério da Saúde recomenda a vacinação universal dos menores de 20 anos de idade em relação à hepatite B.
- Outras vacinas recomendadas como a hepatite A e a de meningite para grupos especiais e o esquema recomendado para pacientes em situações especiais, consultar o setor de Vacinação da SES/MG.

3.6 A SAÚDE NUTRICIONAL

A alimentação adequada é um direito humano fundamental, reconhecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 – artigo 25 onde se lê: "... toda pessoa tem direito a um nível de vida adequado que lhe assegure, assim como à sua família, saúde, bem-estar e alimentação". O direito à alimentação começa pela garantia a todos os indivíduos do acesso diário a alimentos em quantidade e qualidade suficientes para atender às necessidades nutricionais básicas, essenciais para a manutenção da saúde. No entanto, ao se falar em direito à alimentação é conveniente distinguir o que é alimentação e o que é nutrição, muitas vezes tomadas como simples sinônimos.

A alimentação é um processo voluntário e consciente, influenciado por fatores culturais, econômicos e psicológicos, mediante o qual cada indivíduo consome uma quantidade determinada de produtos naturais e industrializados para atender às suas necessidades biológicas e para a manutenção das funções vitais. A alimentação precede o processo da nutrição, entendido como as transformações que sofrem os alimentos já no organismo vivo, compreendendo a digestão, absorção, utilização de energia e nutrientes. A nutrição abrange os processos mecânicos e bioquímicos de simplificação dos alimentos (mastigação/digestão) e de seu aproveitamento no organismo. Assim, a alimentação e nutrição definem parcialmente o estado nutricional do indivíduo, uma vez que as dimensões sociais e culturais deverão ser incluídas. Logo, estado nutricional é o resultado do conjunto de processos que se operam sobre o corpo social, definindo diretamente o seu estado de saúde.

Caminho do bolo alimentar após a alimentação (ato de comer) para sofrer os processos da digestão/absorção – (nutrição)



A avaliação do estado nutricional permite a determinação da eutrofia (estado nutricional adequado) ou distrofias, caracterizadas por distúrbios que refletem desequilíbrios nutricionais (baixo peso, sobrepeso e obesidade). Para o diagnóstico nutricional de adolescentes, o método mais adequado é o índice de massa corporal (IMC), que é a relação entre o peso, em quilos, e a estatura, em metros, ao quadrado. O resultado encontrado é avaliado conforme a tabela abaixo da Organização Mundial de Saúde.

PERCENTIL DE IMC POR IDADE – ADOLESCENTE – SEXO MASCULINO					
IDADE	**PERCENTIS**				
	5	**15**	**50**	**85**	**95**
10	14,42	15,15	16,72	19,60	22,60
11	14,83	15,59	17,28	20,35	23,73
12	15,24	16,06	17,87	21,12	24,89
13	15,73	16,62	18,53	21,93	25,93
14	16,18	17,20	19,22	22,77	26,93
15	16,59	17,76	19,92	23,63	27,76
16	17,01	18,32	20,63	24,45	28,53
17	17,31	18,68	21,12	25,28	29,32
18	17,54	18,89	21,45	25,92	30,02
19	17,80	19,20	21,86	26,36	30,66

PERCENTIL DE IMC POR IDADE – ADOLESCENTE – SEXO FEMININO					
IDADE	**PERCENTIS**				
	5	**15**	**50**	**85**	**95**
10	14,23	15,09	17,00	20,19	23,20
11	14,60	15,53	17,67	21,18	24,59
12	14,98	15,98	18,35	22,17	25,95
13	15,36	16,43	18,95	23,08	27,07
14	15,67	16,79	19,32	23,88	27,97
15	16,01	17,16	19,69	24,29	28,51
16	16,37	17,54	20,09	24,74	29,10
17	16,59	17,81	20,36	25,23	29,72
18	16,71	17,99	20,57	25,56	30,22
19	16,87	18,20	20,80	25,85	30,72
IMC < Percentil 5 = baixo peso IMC entre Percentil 50 e 85 = normal (eutrófico) IMC > Percentil 85 = sobrepeso IMC > Percentil 95 associado a outros métodos de avaliação nutricional = obesidade					

Exemplos:

1) Adolescente sexo feminino, 12 anos, Peso: 33 kg, Altura: 1,50 m.

$$\text{Cálculo do IMC} = \frac{\text{Peso}}{(\text{Alt})^2} \rightarrow \frac{33}{(1{,}50)^2} \rightarrow \text{IMC} = 14{,}66.$$

Verificando a tabela, esse valor encontra-se abaixo do percentil 5, portanto, a classificação é: **BAIXO PESO**.

2) Adolescente sexo masculino, 15 anos, Peso: 52 kg, Altura: 1,65 m.

Cálculo do IMC = $\frac{\text{Peso}}{(\text{Alt})^2} \rightarrow \frac{52}{(1,65)^2} \rightarrow \text{IMC} = 19,11$

Verificando a tabela, esse valor encontra-se entre o percentil 50 e o 85, portanto, a classificação é: **NORMAL** (eutrófico).

3) Adolescente sexo feminino, 18 anos, Peso: 76 kg, Altura: 1,70 m.

Cálculo do IMC = $\frac{\text{Peso}}{(\text{Alt})^2} \rightarrow \frac{76}{(1,70)^2} \rightarrow \text{IMC} = 26,29.$

Verificando a tabela, esse valor encontra-se acima do percentil 85, portanto, a classificação é: **SOBREPESO**.

4) Adolescente sexo masculino, 17 anos, Peso: 92 kg, Altura: 1,75 m.

Cálculo do IMC = $\frac{\text{Peso}}{(\text{Alt})^2} \rightarrow \frac{92}{(1,75)^2} \rightarrow \text{IMC} = 30,06.$

Verificando a tabela, esse valor encontra-se acima do percentil 95, portanto, a classificação é: **OBESIDADE**.

Nas últimas décadas, a rápida urbanização e a concentração demográfica nas grandes metrópoles vem revolucionando a alimentação do brasileiro e, por conseguinte, seu estado nutricional. A inserção da mulher no mercado de trabalho, a necessidade de realizar refeições fora de casa, o aumento das opções de "fast-food" e alimentos de rápido preparo (congelados, instantâneos e outros) aliados ao sedentarismo têm promovido hábitos alimentares e estilos de vida pouco saudáveis.

Atualmente, é provado a associação entre esse novo estilo de vida e o surgimento do elevado número de pessoas com sobrepeso e/ou obesidade, com o aumento de doenças crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes, alteração nos níveis de colesterol, doenças cardiovasculares como o infarto e cerebrovasculares como o derrame), constituindo um problema prioritário de saúde pública, inclusive no grupo etário de crianças e de adolescentes.

As relações entre consumo alimentar, estado nutricional e saúde mostram a necessidade de ações de promoção da alimentação e da nutrição adequadas. Entre essas ações, a educação nutricional apresenta-se como um instrumento na implantação e na implementação de hábitos de vida saudáveis, como:

- Fazer as refeições em ambiente tranqüilo, sem associar a atividades de entretenimento (televisão, revistas, computador, etc);
- Incorporar ao cotidiano, técnicas como comer devagar e mastigar bem os alimentos, permitindo um melhor controle da ingestão e uma adequada percepção da saciedade e plenitude;

- Ingerir todos os grupos de alimentos (pães, massas e tubérculos, frutas e hortaliças, carnes e peixes, feijão e outras leguminosas, leites e derivados e quantidades moderadas de gorduras, sal e açúcares).
- Reduzir o consumo de sanduíches, biscoitos recheados, frituras, balas e outras guloseimas. Esses alimentos são compostos por elevados teores de gorduras saturadas, açúcar simples, corantes e conservantes.
- Aumentar a ingestão de líquidos, principalmente, água, nos intervalos das refeições, evitando o excesso durante as mesmas. Diminuir o consumo de refrigerantes e sucos artificiais.
- Consumir regularmente alimentos fontes de fibra (frutas, hortaliças, leguminosas, cereais integrais como arroz, pães, aveia). A fibra auxilia o bom funcionamento intestinal.
- Incorporar a prática de atividade física regular como caminhar, andar de bicicleta, jogar bola e outras.

3.6.1 As carências e distúrbios nutricionais

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, quando o indivíduo está definindo e desenvolvendo sua identidade, auto-imagem, estilo de vida, reintegração à vida social, familiar e escolar de forma a tornar-se um ser adulto.

Esse período é caracterizado por comportamentos de contestação da autoridade e quebra de padrões, tornando o adolescente volúvel, seguidor de líderes, grupos e moda, desenvolvendo preocupações ligadas ao corpo e à aparência.

Essas características aliadas às influências da família, escola, religião e trabalho atuam como determinantes do hábito e do comportamento alimentar do adolescente.

A identidade dos grupos de amigos seduzidos pela tecnologia no âmbito da alimentação, principalmente nos grandes centros urbanos, acaba por definir um padrão alimentar com preferências alimentares comumente pobres em cálcio, ferro, fibras, vitaminas A e C e ricas em carboidratos e gorduras.

Na avaliação do crescimento e do desenvolvimento físico dos adolescentes, a maturação sexual é um aspecto importante relacionando-se com o aumento no surgimento da obesidade, desenvolvimento muscular e aumento dos depósitos de gordura (especialmente em meninas).

Cerca de 50% do peso e 20-25% da estatura de um indivíduo são adquiridos na adolescência e a alimentação é um determinante da variabilidade desse processo.

As carências e os distúrbios nutricionais mais relevantes em saúde pública entre os adolescentes são apresentados a seguir.

3.6.1.1 A obesidade

Numa sociedade em que o estereótipo magro e atlético é cultuado, o adolescente obeso passa a ser estigmatizado e rejeitado, até por si próprio, chegando a ter problemas de ajuste social e emocional, podendo chegar a uma depreciação e desinteresse pelo seu papel sexual. Nesse sentido, o alimento surge como uma possibilidade de suprir sua carência sexual e baixa auto-estima, passando a ser um substituto do amor e do prazer, fazendo inclusive, com que a obesidade seja mantida como um suporte compensatório.

A obesidade é uma doença crônica, multifatorial, em que ocorre uma sobreposição de fatores genéticos e ambientais, sendo caracterizada pelo excesso de tecido adiposo associado ao aumento do peso corporal. Resulta do desequilíbrio entre o consumo excessivo de alimentos densamente calóricos e atividade física reduzida. Tem sido demonstrado, inclusive, que o número de horas que um adolescente passa assistindo TV é um importante fator de risco, acarretando um aumento no surgimento da obesidade em jovens de 12 a 17 anos. Constitui o início da adolescência um dos períodos críticos para o desenvolvimento desse agravo.

Estatísticas mostram que 60% ou mais dos adolescentes obesos são do sexo feminino devido a maior quantidade de tecido adiposo nas meninas, aspecto que se acentua na adolescência. A maior parte dos casos se relaciona ao excesso alimentar ou alimentação inadequada e apenas 5% dos casos se relacionam a distúrbios endócrinos, genéticos ou do sistema nervoso.

O excesso de peso na adolescência tende a continuar na vida adulta, além de estar relacionado ao risco de desenvolvimento de doenças crônicas como já citado.

A elevada ocorrência de novos casos de sobrepeso/obesidade nessa fase da vida constitui, atualmente, um desafio às políticas e práticas de saúde pública. As abordagens terapêuticas buscam novas formas de avaliação e de envolvimento do adolescente, levando em conta as características relacionadas a essa fase do desenvolvimento humano.

O grande desencanto em relação à possibilidade de tratamento por meio de dietas tem feito com que os medicamentos ocupem lugar de destaque. O problema é que os medicamentos têm-se mostrado ineficientes por não conseguirem manter o peso adequado, sendo também perigosos quando utilizados de forma isolada. A educação nutricional voltada ao tratamento do adolescente obeso aparece como um instrumento de conscientização e reformulação do comportamento alimentar, auxiliando o adolescente a refletir sobre a sua saúde e a sua qualidade de vida, ao mesmo tempo em que busca envolver as pessoas que compõem seus laços afetivos.

Características da obesidade

- Origem genética ou endócrina – estatura abaixo da sua expectativa familiar, atraso da idade óssea ou idade óssea igual à cronológica, má-formações e não há obesidade familiar.

- Origem exógena – (causas externas e não orgânica) – estatura fora dos padrões familiares, estágio de Tanner avançado, idade óssea avançada, exame físico normal e vários casos de obesos nos familiares.

Fatores desencadeantes da obesidade exógena

- Pais obesos aumentam a probabilidade de obesidade nos filhos, se um dos pais 40%, se ambos 80%, em comparação com a de pais normais que é apenas de 9%.
- Fatores ambientais: prestígio social do alimento, idéia de gordura associada à saúde. É importante lembrar que adolescentes obesos foram crianças obesas.
- Fatores individuais: aumento do apetite durante o estirão pubertário relacionados à maior demanda protéico ou calórica no sexo masculino e o imediatismo e onipotência juvenil.

Riscos da obesidade

- Hipertensão arterial, hiperlipidemia, doença cárdio-vascular, cálculos biliares, diabetes mellitus.
- Isolamento social, baixa auto-estima, depressão, dificuldade de aceitação ou rejeição pelo grupo.
- Irregularidades menstruais, infertilidade, gravidez de risco, eclâmpsia e pré-eclâmpsia, maior possibilidade de infecção no puerpério.
- Diminuição dos níveis de testosterona e maior incidência de ginecomastia puberal.

Exame clínico e laboratorial

- Durante a anamnese, é importante identificar a vontade de emagrecer, os tratamentos feitos anteriormente, os problemas de saúde presentes, obesos na família, hábito alimentar familiar e a alimentação do adolescente.
- Devem ser avaliados no exame físico o peso, a estatura, a circunferência do quadril e da cintura, a pressão arterial, o aspecto e a fácies do cliente, a presença de lesões como hiperqueratose e hiperpigmentação em dobras cutâneas, a distribuição da gordura do corpo e a maturação sexual pela Tabela de Tanner.
- Exames laboratoriais devem incluir o hemograma completo, dosagem de ferritina, colesterol total e fracionado (HDL, LDL), triglicérides, glicemia, curva glicêmica de duas dosagens (1,75 g/kg e máx. de 75 g), T4 e TSH.

Tratamento da obesidade – mudança do estilo de vida

Dieta

- Disciplina diária quanto à alimentação e atividades físicas.
- A reeducação alimentar deve ser planejada junto com o adolescente e a família. As restrições alimentares devem ser feitas aos poucos, prestando-se atenção às peculiaridades da adolescência como estirão pubertário (maior demanda proteico-calórica no sexo masculino) e as fases de gestação e lactação no sexo feminino.
- Ensinar sobre os grupos dos alimentos e as substituições, sendo de fundamental importância o apoio familiar na observação das recomendações da dieta.
- É importante planejar metas atingíveis de perda de peso, prescrever dieta viável para o cliente, valorizar pequenas perdas de peso, reforçar a auto-estima, não discriminar o cliente obeso e não prescrever dietas monótonas e rígidas.

Orientar atividades físicas

- Principalmente práticas aeróbicas como caminhadas, natação, bicicleta, futebol, skate, dança, pular corda, balé, entre outras.

Medicamentos

- Evitar medicação, exceto em alguns casos orientados pelo endocrinologista.
- O uso do medicamento, segundo os especialistas, desloca a solução do problema que é interno ao adolescente para um agente externo.

A Unidade Básica de Saúde

- Poderá acompanhar os casos de obesidade e aqueles que tenham agravos deverão ser referenciados para o endocrinologista.

3.6.1.2 Anemia

Na adolescência, devido ao crescimento corporal acelerado ocorre maior demanda de diversos nutrientes, entre eles o ferro, que é necessário para o aumento da massa muscular, para a expansão do volume sanguíneo e pelas perdas menstruais nas adolescentes do sexo feminino.

A deficiência desse mineral leva ao desenvolvimento da anemia ferropriva, diminuição anormal na concentração de hemoglobina no sangue, considerada a carência nutricional mais freqüente em todo o mundo, com sérias conseqüências sociais e econômicas.

Entre os fatores determinantes da anemia ferropriva – possivelmente a dieta pobre em ferro e, especialmente, sua baixa disponibilidade no organismo – são os mais importantes.

A prática alimentar inadequada, característica desta fase, com elevado percentual de dietas deficientes no mineral e predomínio absoluto de dietas que não atingem a quantidade de mineral recomendada para esse grupo etário representa uma dificuldade no atendimento da necessidade do nutriente, através da alimentação.

Em função da primeira menstruação, adolescentes do sexo feminino são mais suscetíveis à deficiência de ferro. No indivíduo adulto, está associada ao comprometimento da capacidade de trabalho, fadiga, distúrbios psicológicos e comportamentais.

Quando a anemia se desenvolve junto à desnutrição, o impacto sobre o estado de saúde é potencializado, elevando o risco de doenças e da mortalidade.

Torna-se importante no primeiro atendimento do adolescente que além do hemograma completo seja incluído a dosagem de ferritina, como fator discriminante de anemia. Uma dosagem baixa, apesar da normalidade do hemograma significa que o adolescente em questão poderá apresentar anemia ferropriva.

3.6.1.3 Desnutrição

Pode ser definida como o estado de deficiência relativa ou absoluta de proteínas, carboidratos e gorduras. A desnutrição, além de ser um distúrbio clínico, advindo de graus variados de deficiências múltiplas de minerais, de vitaminas, de proteínas e de energia, possui também determinantes sociais que parecem explicar sua etiologia.

Em primeira instância, o risco de desnutrição dependeria da adequação do consumo alimentar e do nível de exposição a doenças. Estes seriam diretamente condicionados por fatores como disponibilidade de alimentos, cuidados alimentares, de saúde e saneamento que, por sua vez, seriam condicionados pelas condições social, econômica e familiar.

Mesmo em condições econômicas favoráveis, o baixo consumo de frutas e de hortaliças, ingestão insuficiente de nutrientes como, proteína, cálcio, vitamina A, ferro, vitamina C e fibras, além do consumo freqüente de alimentos de baixo valor nutricional são um risco de déficit nutricional na adolescência.

Na adolescência, o desenvolvimento somático corresponde a 20% da altura e a 60% da maturidade óssea de um adulto. A desnutrição na infância e/ ou na adolescência interfere diretamente no crescimento estatural, no aumento da incidência e severidade de enfermidades infecciosas e diminuição da capacidade reprodutiva na idade adulta.

A desnutrição pode ser primária, devido à ingestão insuficiente ou inadequada de nutrientes ou secundária, devida à síndrome de má-absorção, doenças e infecções crônicas. A desnutrição se faz mais evidente no sexo masculino por apresentar maiores necessidades proteico-calóricas. Na adolescência, a desnutrição é evidenciada basicamente pela baixa estatura e pelo atraso da maturação sexual (estágios de Tanner). As conseqüências da desnutrição são a diminuição da velocidade do crescimento esquelético, o atraso na ocorrência dos eventos da puberdade e o retardo na fusão dos ossos longos.

As avaliações clínica e laboratorial incluem a avaliação do estado nutricional em todas e qualquer consulta do adolescente, o estágio de maturação sexual pela tabela de Tanner, o peso e a estatura, o IMC, lembrando que a vigilância deve ser estabelecida para aqueles adolescentes que se encontram abaixo do percentil 10 para a estatura e o nanismo e baixa estatura se encontram naqueles abaixo do percentil 3.

Os exames de laboratório incluem o hemograma completo, o parasitológico de fezes, a urina rotina e a dosagem de ferritina sérica.

O tratamento inclui orientação dietética para correção calórica, o tratamento de doenças associadas como verminoses, anemia ferropriva entre outras e o tratamento da baixa estatura deve ser conduzido pelo endocrinologista.

3.6.1.4 Transtornos alimentares

Os transtornos alimentares são distúrbios graves caracterizados por hábitos e comportamentos alimentares inadequados, em que são comuns a restrição alimentar e a má aceitação das mudanças corporais, principalmente no que diz respeito ao peso.

Acometem todos os grupos etários, sendo mais freqüentes entre adolescentes do sexo feminino. Surgem, na maioria dos casos, associados a fatores psicológicos individuais e familiares, ao contexto sociocultural caracterizado pela extrema valorização do corpo magro e a disfunções no metabolismo das monoaminas centrais.

É importante ressaltar que a restrição alimentar é um comportamento precursor que geralmente antecede a instalação dos transtornos alimentares, mas que isoladamente não é suficiente para desencadeá-lo.

Os adolescentes portadores de transtornos alimentares são caracterizados como indivíduos com limites pouco definidos, baixa auto-estima, senso de impotência, dificuldades na busca de autonomia e inabilidade em identificar e expressar os sentimentos.

Normalmente, provêm de famílias com regras rígidas, com pais superprotetores e perfeccionistas. Nessa ótica, os adolescentes desenvolvem com o alimento uma relação que adquire a função de suprimir sentimentos, promover conforto e autocontrole.

Dentre os transtornos alimentares destacam-se a bulimia nervosa e anorexia nervosa que constituem os transtornos mais comuns entre os jovens e são condições psiquiátricas sérias com riscos potencialmente fatais. Mostram as pesquisas um crescente aumento dos casos, sendo algumas profissões mais vulneráveis à doença como o caso de atletas, bailarinas, manequins e pessoas ligadas à moda, em geral, em que a preocupação com o controle do peso é maior.

Esses transtornos alimentares podem ter causas biológicas como alterações hormonais e psicossociais pela supervalorização da magreza e pressões sociais.

A anorexia nervosa inicia-se na maioria das vezes entre os 13 e 17 anos de idade, sendo mais freqüente 9 vezes no sexo feminino em comparação com o masculino, sendo a mortalidade em torno de 15%. O desencadear do transtorno está associado a quadro de estresse, como, comentários sobre o peso, pressão profissional, ruptura afetiva, passando o indivíduo a viver em função da dieta, do seu peso e das tabelas calóricas. O quadro de distorção da imagem corporal está presente.

A anorexia nervosa é caracterizada por uma restrição alimentar voluntária com seqüelas graves, em que o adolescente ingere quantidades ínfimas de alimentos normalmente escolhidos pelo baixo valor calórico, consumindo em média 500 a 700 calorias/dia, sendo a ingestão usual em torno de 2.000 calorias/dia.

O temor intenso de engordar também se reflete na prática de exercícios físicos extenuantes, uso abusivo de laxantes e diuréticos e/ou inibidores de apetite. Como conseqüência dessas práticas, ocorre uma acentuada perda de peso, que pode ser de 15% ou mais em relação ao peso corporal total.

Tais comportamentos levam a sérias complicações clínicas como: arritmias, bradicardia, temperatura e pressão arterial diminuídas, anemia, leucopenia, problemas de coagulação,

amenorréia, edema em membros inferiores, hipotermia (devido a depleção das reservas de gordura), osteoporose, pele e cabelos ressecados, cabelos e unhas quebradiços, erosões dentárias, alopécia, alterações tireoidianas, entre outras, todas decorrentes de um quadro grave de desnutrição e de desequilibrio hidroeletrolítico. Os quadros graves apresentam infecções, arritmias cardíacas e tendência suicida.

Os portadores de anorexia nervosa são indivíduos introvertidos, tipicamente obsessivos, inativos sexualmente e que apresentam uma imagem totalmente distorcida de sua composição corporal, enxergando-se sempre gordos quando na realidade encontram-se com peso abaixo do normal. São comuns sintomas de depressão, insônia, isolamento social e perda do interesse sexual.

A bulimia (fome de boi) nervosa é caracterizada por episódios de compulsão alimentar, chegando à ingestão de 2.000 a 5.000 calorias por episódio, acompanhados de vômitos forçados, uso de laxantes e diuréticos, dietas altamente restritivas ou jejuns prolongados e de exercícios físicos intensos.

Esses episódios ocorrem freqüentemente às escondidas e são acompanhados de sentimentos de vergonha, culpa e desejos de autopunição. A perda de peso na bulimia é sempre menor quando comparada à anorexia, sendo comum a manutenção do peso dentro da normalidade, com flutuações nos períodos bulímicos e de jejuns.

As complicações clínicas da bulimia são em sua maioria resultantes das manobras compensatórias (vômitos forçados, uso de diuréticos e laxantes, exercícios físicos extenuantes) como: perda de minerais, desgaste do esmalte dos dentes, calosidade das mãos, irritação na garganta e palato, rachaduras e ferimentos nos lábios.

Os indivíduos que apresentam bulimia são extrovertidos e impulsivos, sexualmente mais ativos, apresentam traços de personalidade mais histéricos ou traços obsessivos, podendo cometer roubo (cleptomania), uso abusivo de álcool e drogas, automutilação entre outros.

Sabemos que é mais difícil o tratamento da bulimia do que a anorexia. Muitas vezes os vômitos, muito freqüentes na bulimia, podem ser substituídos por outras práticas purgativas tais como laxantes, diuréticos, ginástica excessiva, etc.

O tratamento dos transtornos alimentares é complexo e envolve uma abordagem multidisciplinar, em que a farmacoterapia é auxiliar junto com o acompanhamento psicológico e nutricional. O uso de medicamentos baseia-se em três pontos principais: as distorções do pensamento associados aos transtornos de imagem corporal, em que alguns autores consideram como uma forma de psicose; os sintomas depressivos associados e alterações do apetite.

O conhecimento do perfil alimentar de adolescentes é importante na medida em que revela comportamentos e hábitos sinalizadores de transtornos alimentares. O impacto da ingestão inadequada de calorias, proteínas, vitaminas e minerais, durante esse período de necessidades fisiológicas aumentadas, pode ter efeito profundo no crescimento, composição

corpórea e processos fisiológicos que ocorrem durante o desenvolvimento normal da adolescência.

No entanto, o foco de atenção no cuidado desses indivíduos não deve estar primordialmente na recusa alimentar, mas sim nos distúrbios psicopatológicos apresentados, responsáveis não só pela recusa alimentar como também pelo comportamento alterado.

Assim, além da dimensão biológica, é fundamental ter consciência de que o ser humano está intrinsecamente ligado à sua família, ao seu meio sociocultural, e que esses são a fonte principal não só das pressões, mas também de recursos de apoio.

Orientações nutricionais

Alimentação na Adolescência

- A importância da alimentação para a saúde do adolescente deve ser destacada pelos profissionais em trabalhos educativos nas escolas, atividades esportivas e postos de saúde.
- O estímulo ao autocuidado, a prática de exercícios físicos, o estilo de vida e as situações de estresse podem influenciar a alimentação na adolescência.
- As necessidades nutricionais variam de acordo com a idade, estatura, conformação física e atividades físicas.

Recomendações

- A ingestão mínima de 500 ml de leite fornece o cálcio e a vitamina D necessários para o crescimento ósseo e a dentição. Temos encontrado, nos últimos anos, adolescentes com alterações sangüíneas decorrentes de baixa ingestão de vitamina D e falta de sol para o processo normal do organismo, levando ao diagnóstico de raquitismo.
- Alimentos ricos em ferro (fígado, carnes vermelhas, peixes, feijão, verduras de cor escura) devem ser ingeridos, prevenindo a anemia ferropriva.
- O hábito de tomar o café da manhã como prevenção de hipoglicemia.
- Variar os alimentos, respeitando-se o poder aquisitivo.
- Orientar alimentos nutritivos nos lanches.
- Para as gestantes adolescentes, alimentação nutritiva e variada, rica em calorias, proteínas, sais minerais, fibras e frutas.
- O consumo de doces deve ser esporádico e orientar com alimentos para ganhos de peso aquelas gestantes com baixo peso.
- Um aumento normal para mulheres grávidas se encontra entre 9 a 13 kg.

3.7 SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE

A boca é um órgão formado pelos lábios, bochechas, língua, glândulas salivares, dentes e gengiva, e, além de ser importante para a alimentação, é ligada fundamentalmente ao processo de socialização.

Por meio da boca relacionamo-nos com as pessoas e com o mundo, utilizando a fala, o beijo, o prazer de saborear os alimentos e o sorriso.

Problemas bucais podem causar dor, infecção, dificuldade em falar ou mastigar, ausência da escola, aparência ruim. Esses problemas podem influenciar na saúde geral, nos estudos, no trabalho e na vida social dos adolescentes.

As principais doenças ou problemas bucais da adolescência

Cárie dentária

- É uma doença que provoca a destruição e a formação de cavidades nos dentes, por meio da ação de bactérias que transformam em ácido os açúcares que comemos.
- A placa dentária, que é uma película que se forma sobre o dente continuamente, serve de local para as bactérias se alojarem.
- O uso do flúor fortalece o dente, tornando-o mais resistente.

Doença periodontal

- É uma doença causada pelas bactérias da placa dentária que atinge a gengiva e os ossos em volta dos dentes.
- O primeiro sinal da doença é o sangramento da gengiva.

Má-oclusão

- Oclusão significa o modo como os dentes se encaixam na boca. Uma alteração nessa relação entre os dentes pode trazer conseqüências para a saúde bucal.
- Muitas são as causas de má-oclusão.
- Entre elas, podemos citar a falta de espaço, os hábitos ruins e a extração de dentes de leite antes da época certa (pois eles guardam o espaço para o dente que vai nascer).

Fluorose

- O flúor é um elemento muito importante na prevenção da cárie dentária, mas se ingerido em excesso durante os anos em que os dentes estão se formando pode causar um defeito chamado de fluorose.
- A fluorose tem a forma de manchas brancas ou escuras nos dentes.

Mau hálito

- As bactérias da placa geralmente são as responsáveis pelo mau-hálito.
- Enxaguatórios bucais, chicletes ou balas, apenas o escondem por alguns momentos, não atacando a causa do problema.
- A escovação e o uso de fio dental é que podem ajudar na obtenção de um hálito saudável, pois removem as bactérias.

Erupção do dente siso

- Aos 13 anos, a maioria dos adolescentes já possui quase todos os dentes permanentes. Já estão presentes 28 dentes, sendo que os 4 dentes que faltam para completarmos a dentição permanente (que é formada por 32 dentes) são os 3os molares permanentes, também conhecidos como dentes sisos.
- Algumas pessoas não possuem esses dentes, mas na maioria delas, eles erupcionam entre os 17 e os 21 anos e é necessário um cuidado especial na sua escovação, pois se localizam num local de difícil acesso.
- Às vezes, acontecem problemas na erupção, pois algumas pessoas não têm espaço na boca, ou, então, os dentes nascem tortos, empurrando os dentes vizinhos. Isso causa dor, pressão, dificuldade em abrir a boca ou até mesmo uma inflamação na gengiva em volta do dente. Nesses casos, é necessária uma avaliação do dentista.
- A avaliação do estágio puberal pelo médico é importante, pois o crescimento da face e dos ossos pode indicar avaliação ou intervenção ortodôntica mais cedo.

Erosão dentária

- A maioria dos jovens apresenta erosão dentária, que se caracteriza por um desgaste dos dentes provocado por substâncias ácidas.
- O consumo excessivo de refrigerantes é uma das maiores causas de erosão entre os adolescentes.

Traumatismo dentário

- Uma queda ou batida na boca pode causar a quebra ou a saída de um dente permanente. Um processo de educação de segurança nas práticas esportivas e nas brincadeiras é muito importante nas escolas.
- Em caso de um pedaço do dente quebrar, ele deve ser guardado no soro, leite ou água filtrada e levado ao dentista.
- Em caso do dente sair totalmente, ele deve ser segurado pela coroa (parte branca) com muito cuidado.
- Caso esteja sujo, deve ser lavado com soro fisiológico ou leite, sem esfregar, e colocado o mais rápido possível no lugar, para aumentar as chances de sucesso do reimplante.
- Caso o dente não possa ser recolocado, deve ser guardado num copo com leite, soro ou água filtrada. O dentista deve ser procurado imediatamente.

Alguns comportamentos também podem influenciar a saúde bucal

Hábitos

- Alguns hábitos, como chupar dedo ou chupeta após os 4 anos, morder objetos, respirar pela boca e ranger os dentes podem causar má-oclusão ou quebra e desgaste dos dentes.

Fumo e álcool

- Fumo e uso de bebidas alcoólicas podem causar mau-hálito, câncer bucal, manchas nos dentes ou doença periodontal.
- É muito importante também sabermos do risco desses hábitos para nossa saúde em geral e como eles afetam nossa vida social, profissional e amorosa.

Piercing

- O hábito de usar piercing na boca, comum para alguns adolescentes, pode causar complicações tais como infecção, inchaço da língua, sangramento incontrolável e dificuldade em mastigar, falar ou engolir.
- Também existe o risco de engasgo com pinos e argolas (com riscos sérios à saúde quando aspirados, causando obstrução respiratória) e de danos aos dentes e gengiva durante traumatismos ou acidentes.
- Caso o adolescente queira usar o piercing, é importante falar com o dentista antes, para discutir os riscos e receber orientações.

Modos de se promover a saúde bucal

- O autocuidado em saúde bucal é muito importante, pois as principais doenças bucais podem ser prevenidas com atividades do nosso dia-a-dia.
- São ações importantes: a escovação com pasta fluoretada pelo menos duas vezes ao dia, a diminuição da freqüência de ingestão de alimentos entre as refeições (principalmente alimentos açucarados) e o desenvolvimento do hábito de examinar periodicamente a boca, de modo a identificarmos quando algo não está bem.
- O adolescente tem condições de exercer esse auto-cuidado com o seu corpo em geral e com a sua boca em particular, e ao realizar essas atividades estará dando um passo significativo na manutenção de sua saúde bucal.

Escovação com pasta fluoretada

- A higiene da boca é uma parte importante da higiene de nosso corpo sendo feita através da escovação.
- É muito agradável a sensação de frescor de uma boca limpa após a escovação.
- Além disso, a escovação com pasta contendo flúor é um excelente método de prevenção da cárie e da doença periodontal.
- A escovação dos dentes antes de dormir é muito importante.
- As escovas dentais devem ser macias e pequenas, de modo que os dentes posteriores sejam alcançados sem dificuldade, e deverão ser substituídas sempre que as cerdas começarem a virar para fora.
- A quantidade de pasta a ser usada deve ser pequena, do tamanho de um grão de ervilha.
- A força não deve ser utilizada em excesso, pois pode causar um desgaste nos dentes.
- Caso a técnica de escovação que esteja sendo usada por um adolescente seja eficaz, ele deve mantê-la. Um método simples e eficiente é o seguinte: iniciar a escovação pela face externa dos dentes da arcada superior, passando depois para a arcada inferior.
- Essas faces devem ser escovadas da gengiva para o dente, em movimentos de varredura vertical.
- Em seguida, devem ser escovadas as faces internas dos dentes, também com movimentos de varredura, da gengiva para o dente.
- Depois devem, então, ser escovadas as faces mastigatórias, que são a parte de cima de cada dente, com movimentos de vai-e-vem horizontais.
- Todos os dentes devem ser escovados, principalmente os últimos.
- A língua não deve ser esquecida, pois o acúmulo de alimentos nessa região pode causar mau-hálito.
- A pasta não deve nunca ser engolida, e pastas abrasivas ou com produtos branqueadores devem ser usadas apenas sob orientação do dentista, pois podem causar lesões nos dentes e na gengiva.

Uso do fio dental

- O fio dental remove a placa e as partículas de alimento que ficam entre os dentes, áreas onde a escova não consegue alcançar.
- Ele deve ser usado, diariamente, da seguinte forma: enrola-se o fio nos dedos do meio das duas mãos, e com cuidado introduz-se a parte esticada entre os dentes, com cuidado para não forçar a gengiva.
- O fio deve ser esfregado para cima e para baixo em cada um dos dentes, de modo a remover a placa dessa região.

- A partir dos 9 anos, já é possível fazer o uso do fio dental sozinho.
- Quando o fio se desfia ou se prende durante o seu uso é importante que o dentista faça um exame.

Alimentação

- As bactérias da placa produzem ácidos que atacam os dentes até meia hora depois que comemos.
- Portanto, se comemos com freqüência exagerada, os ácidos são produzidos continuamente e o dente sofre ataques constantes durante o dia, resultando na cárie dentária.
- Devemos tentar controlar um pouco a vontade de "beliscar" constantemente entre as refeições, dando preferência aos lanches saudáveis e evitando comer balas, chicletes, refrigerantes e chocolates nesses momentos.

Idas ao dentista

- O acompanhamento de rotina da saúde bucal do adolescente pelo dentista é importantíssimo, e a partir de uma consulta inicial poderá ser avaliada a necessidade de tratamento e orientações, além da freqüência de retorno.
- O dentista poderá orientar o adolescente em relação aos problemas bucais e ao autocuidado, discutindo a melhor maneira de adaptar essas ações ao seu dia-a-dia.
- Dor, sangramento, inchaço, barulhos diferentes quando a boca é aberta, cavidades ou manchas nos dentes, feridas e manchas em geral, traumatismos, presença de hábitos bucais e uso de piercing bucal são alguns dos motivos que devem fazer o adolescente procurar logo o dentista. O mais importante é sabermos que o cuidado com a saúde bucal é uma relação de parceria e que o adolescente pode ser um grande parceiro do dentista nesse processo.

3.8 O DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, que corresponde à segunda década da existência, e que continua um processo dinâmico de evolução da vida, iniciado antes mesmo do nascimento.

Situa o ser humano entre os limites da dependência infantil e da autonomia do adulto, envolve a evolução do desenvolvimento cognitivo até o florescimento pleno das faculdades mentais e engloba as transformações da sexualidade e suas vicissitudes até a sua maturidade.

Ela contém, nas suas manifestações, a síntese das conquistas e vicissitudes da infância e as reformulações de caráter social, sexual, ideológico e vocacional, impostas por uma completa e radical transformação corporal, que impõe ao indivíduo um estatuto de adulto.

O processo de luto

A revolução psicológica desta etapa pode ser comparada a um processo de luto. O adolescente tem de elaborar o luto pelo corpo infantil, o luto pela bissexualidade, o luto pela identidade infantil e o luto pelos pais da infância.

O conceito de luto veicula idéias de perdas reais e simbólicas. Em vista disto, fases observadas e descritas nos processos de perda e morte como a negação, ambivalência, agressividade, interiorização e aceitação constituem a manifestação de todo um conjunto de defesas necessárias para a operacionalização satisfatória desse período da existência.

Assim, de forma universal em nossa cultura, com intensidade maior ou menor para cada indivíduo e em um tempo sempre pessoal, verifica-se que o adolescente, inicialmente, nega 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 e parte na busca de si junto a outros que vivenciam o mesmo processo. Às vezes, isola-se, interioriza-se, na tentativa de compreender seu momento evolutivo. Avalia os ganhos e sofre profundamente as perdas.

No final da adolescência, ocorre o inevitável, a sua aceitação como pessoa, destinada a prosseguir na busca de si e de sua maturidade.

As transformações corporais e a sexualidade

Com o advento da puberdade e todo o conjunto de modificações somáticas que a acompanham, o indivíduo percebe que, progressiva e inexoravelmente, vai-se transformando em adulto. A evolução natural desse processo, que vai do auto-erotismo até a heterossexualidade, exigirá do adolescente a reedição de todas as etapas de sua sexualidade infantil.

Essa condição foi denominada de luto pela bissexualidade, porque a emergência do corpo sexuado vai impor ao adolescente uma renúncia definitiva às suas fantasias infantis de onipotência sexual, como, por exemplo, para o menino, poder gerar filhos e, para a menina, poder ter um bebê sem um parceiro e também uma progressiva consciência de um papel e de uma identidade sexual, masculina ou feminina.

A elaboração do luto pela bissexualidade é um compromisso de amadurecimento sexual que o jovem tem de efetuar nessa fase da vida.

Todo esse processo, no entanto, é sentido de forma incoercível, como uma invasão agressiva, deixando o adolescente perplexo e impotente. A auto-imagem construída ao longo dos anos da infância tem de ser, agora, reformulada a partir de novos esquemas corporais e de novas modalidades de relacionamento consigo próprio e com o mundo.

As dificuldades de conviver com um corpo novo, que se modifica a cada dia, mobiliza a ansiedade e a depressão, porque, neste desabrochar da personalidade, o indivíduo não aceita as suas transformações e vivencia a sensação de estar sendo destruído.

Com a finalidade de controlar a súbita eclosão da libido, o jovem aciona mecanismos de defesa, que se manifestam em condutas típicas desse momento evolutivo. Assim, ele atua de forma intensa por meio da expressão motora, pela ação, ou em nível mental, por meio da fantasia e da intelectualização.

Pela atuação motora, o adolescente se agita, impetuoso e inconseqüente, colocando em risco sua integridade física, nos momentos em que sua auto-estima está debilitada e demonstrando sua inabilidade de conviver com um corpo, sobre o qual ele tem pouco controle. Isto explica, em parte, a grande incidência de acidentes a que estão sujeitos.

A intelectualização é um mecanismo de defesa que conduz o adolescente a mudanças de interesse de questões concretas do corpo para as abstratas. As idéias revolucionárias de reformas políticas ou sociais e a participação ativa da juventude em movimentos reivindicatórios contra a destruição da natureza e na defesa da ecologia constituem expressões de agressividade e protesto dos adolescentes frente à frustração de se verem mudando, sem terem sido consultados e de assistirem impotentes às próprias transformações. Muitas vezes, para não ter de enfrentar os seus sentimentos de hostilidade para com os pais, eles podem preferir denunciar a tirania de todas as autoridades.

No contexto do desejo de dependência e independência, os adolescentes podem se sentir ora desprotegidos como um bebê, ora necessitando se afirmar como adultos e esses aspectos estão expressos nas situações em que eles se mostram excessivamente sujos ou limpos ou quando atuam intensamente em nível da sexualidade ou exibem intenso pudor.

O seu ascetismo é interpretado como uma desconfiança generalizada a todos os desejos instintivos, que incluem, além da sexualidade, a alimentação, o sono e outros hábitos.

A intensidade e a transitoriedade das paixões dos adolescentes são também indicadores de seu caráter defensivo. Na adolescência, os velhos desejos edipianos reaparecem e o jovem se defronta com a atração pela mãe e com os sentimentos conflitivos com relação ao pai. O adolescente se afasta dos pais e busca novos objetos de amor. Assim, os sentimentos apaixonados, os romances, os episódios de idolatria de um herói representam as tentativas de preencher o vazio emocional gerado pela falta dos pais.

Esses movimentos constituem experiência dolorosa, uma vez que significam um desligamento das relações afetivas com os pais e um comprometimento com um nível de socialização mais amplo, fora da família.

O adolescer da família

Se, na infância, os pais podiam tudo pelos filhos, agora, na adolescência, os filhos, têm de passar a poder tudo por eles mesmos.

A ambivalência do adolescente não compreende somente dependência – independência, mas inclui a polaridade passivo-ativo, sujeição – rebelião, espírito gregário-isolamento, altruísmo-egoísmo, otimismo-desesperança, apego-infidelidade, idealismo-materialismo, aceitação-rejeição.

No início da adolescência, a ambivalência do jovem deriva em parte da ambigüidade ligada ao próprio corpo, como se ele não estivesse bem certo se devesse agir como criança ou adulto. Por outro lado, essa dificuldade é reforçada pelos próprios pais, que também se mostram inseguros em relação à posição do adolescente dentro do próprio desenvolvimento.

Os pais participam do sofrimento dos filhos, uma vez que, também, têm de elaborar a perda de seu filho-criança e da relação de dependência infantil. Para eles, partir para uma relação adulta com seu filho-adolescente significa o confronto com as suas próprias possibilidades de envelhecimento e morte. Significa também o repensar suas possibilidades perdidas, que se abrem fascinantes para o jovem em pleno desabrochar de sua sexualidade.

Para os adolescentes, enfrentar os pais é enfrentar o mundo, é conquistar um espaço seu, antes ocupado por eles. Agora, os momentos de refeição se transformam em guerrilhas, quando os pais cobram dos filhos a criança perdida e os filhos destronam os ídolos e os heróis da infância. Trata-se de uma crise universal repetitiva e dolorosa, que só o tempo pode resolver.

O adolescente manipula a afetividade. Briga, questiona, reclama privilégios, mas acha as responsabilidades correspondentes muito onerosas, porque lhe parecem marcos de sua posição subordinada e são sentidas como opressivas e degradantes, uma vez que são impostas pelos pais.

Do ponto de vista dos pais, privilégios e responsabilidades caminham juntos, como sinal de maturidade, mas os adolescentes não conseguem perceber ainda esse elo essencial.

Para evoluir na direção da maturidade, o rapaz tem de fazer as pazes com a imagem do pai e a menina, com a imagem da mãe.

No final da adolescência, afloram os interesses e as habilidades com solidificação da escolha profissional. Observa-se também a fusão dos processos afetivos e volitivos do pensamento e da ação, o que consolida a personalidade, trazendo maior estabilidade à vida emocional e ativa do jovem.

A presença de figuras parentais, suficientemente adequadas, facilita o processo dinâmico da conquista da identidade, permitindo ao adolescente, através de diálogo, contato afetivo e interesse genuíno, seguir, passo a passo, sua evolução, com o mínimo de tropeços em sua trajetória pela vida.

3.8.1 A depressão na adolescência

Depressão é uma doença com sintomas específicos, com duração e gravidade suficiente para comprometer seriamente a capacidade de uma pessoa levar uma vida normal. A depressão pode interferir de maneira significativa na vida diária, nas relações sociais e no bem estar geral do adolescente, podendo até levar ao suicídio.

Muitas pessoas apresentam uma primeira crise de depressão durante a adolescência, apesar de nem sempre essa crise ser reconhecida. Segundo os especialistas, a depressão comumente aparece pela primeira vez em pessoas com a idade entre 15 e 19 anos.

Nas últimas décadas, observou-se um aumento muito grande do número de casos de depressão com início na adolescência e na infância. Algumas pesquisas também mostram que cerca de 20% dos estudantes do 2º grau sentem-se profundamente infelizes ou têm algum tipo de problema emocional. Talvez seja porque o mundo moderno esteja se tornando cada vez mais complexo, competitivo, exigente, e muitos adolescentes têm dificuldades para lidar com as necessidades de adaptação com que se deparam diariamente.

A depressão pode ser resultado de múltiplos fatores: gerais como as tensões da vida, o desenvolvimento da própria adolescência, a maturação sexual e o estabelecimento da identidade sexual, a transição para a autonomia, da escola para o trabalho, a incerteza quanto ao futuro e a pressão para realização de inúmeras tarefas. Importante mencionar a predisposição genética, já que é fato que a depressão é muito mais freqüente em famílias com quadros depressivos. Os neuro transmissores e os neuroreceptores, como comprovam as pesquisas mais recentes, desempenham papel importante na depressão.

Constituem fatores de riscos para a depressão: pais depressivos, dificuldades escolares, fobia escolar, dificuldades de socialização, isolamento, rejeição pelo grupo, frustrações, abuso sexual, violência em geral, mortes ou perdas, conflitos e desestruturação na família, falta de apoio e afeto, maus tratos, citando alguns fatores.

De modo geral, os adolescentes se deparam com várias situações novas e pressões sociais, favorecendo condições próprias para que apresentem flutuações do humor e mudanças expressivas no comportamento. Alguns, entretanto, mais sensíveis e sentimentais, podem desenvolver quadros francamente depressivos com sintomas de confusão, solidão, incompreensão e desencadeamento de atitudes de rebeldia. Esse quadro pode indicar depressão, ainda que os sentimentos de tristeza não sejam os mais evidentes.

Os traços afetivos da personalidade talvez sejam as condições capazes de explicar a razão pela qual alguns adolescentes se tornam deprimidos enquanto outros não.

O adolescente possui tendência natural para comunicar-se através da ação, em detrimento da palavra. Angustiados e confusos, podem adotar comportamentos agressivos e destrutivos contra a sociedade.

Por isso, tem sido comum observarmos o adolescente manifestar sua depressão através de uma série de atos anti-sociais, distúrbios de conduta e comportamentos hostis e agressivos.

A depressão em adolescentes também pode se "mascarada" por problemas físicos e queixas somáticas que parecem não ter relação com as emoções. Esses problemas podem

incluir alterações de apetite ou distúrbios de alimentação, tais como anorexia nervosa ou bulimia.

O jovem deprimido confia pouco em si mesmo, tem auto-estima baixa, experimenta alterações no apetite e no sono, se auto-acusa e tem lentidão de pensamento. Podem estar associados à depressão os transtornos de ansiedade e conduta e o abuso de substâncias.

Durante um episódio depressivo, o jovem costuma sentir-se inquieto ou irritado, isola-se de amigos ou familiares, tem dificuldades de se concentrar nas tarefas, perde o interesse ou o prazer em atividades que antes gostava de realizar, sente-se desesperançado e tem sentimentos de culpa e perda do prazer de viver. Especial atenção na gravidade do caso devido a grande incidência de suicídio em adolescentes deprimidos.

Muitos jovens deprimidos podem se beneficiar de um programa de tratamento adequado. O primeiro passo é procurar um profissional especializado capacitado para o diagnóstico. Juntamente com o adolescente, os familiares e o médico podem chegar a uma decisão sobre o tratamento mais adequado.

Para alguns adolescentes a psicoterapia já seria suficiente, no entanto, para outros junto com a psicoterapia (com participação da família) seria necessário o uso de medicamento. As intervenções psicossociais são importantes para se trabalhar a auto-estima, desenvolver habilidades adaptativas do adolescente e ajudar para que se melhorem as relações familiares e sociais.

Podemos alertar que, nos casos de depressão moderada ou grave, o tratamento com medicamentos é indispensável e as medicações a serem utilizadas deverão seguir as orientações do Protocolo de Saúde Mental da SES/MG.

3.8.2 As drogas e o álcool

O consumo de drogas está presente em todas as sociedades humanas, ora em rituais religiosos – permitindo o homem entrar em contato com as divindades – ora em festas – para obter prazer e divertimento. Mas, pouco a pouco, as drogas deixaram sua função integradora mágica ou social para se transformarem em produto altamente lucrativo.

O uso das drogas ilegais (ilícitas) como a maconha, LSD, cocaína, morfina, heroína, crack, ecstasy e tantas outras estimulam o tráfico, enriquecem o crime organizado e aumentam a corrupção.

No Brasil, desde a década de 80, o uso das drogas vem assumindo proporções cada vez maiores no aumento do consumo da maconha, inalantes, cocaína e crack, e principalmente, entre os adolescentes habitantes das grandes metrópoles. Além do uso/abuso de substâncias ilícitas é importante mencionar o uso/abuso do tabaco e do álcool, cada vez em idade mais precoce, mostrando as pesquisas mais recentes a idade de 13 anos como idade média do início do fumar e beber e com as repercussões mais precoces das complicações decorrentes do hábito (o uso do tabaco e do álcool aumenta em 65 vezes o risco de uso da maconha ao longo da vida – CEBRID).

O início com o uso de cerveja e vinho ou bebidas adocicadas, contendo álcool dá lugar ao uso posterior de outras bebidas destiladas e o tabaco. Sabemos que o uso/abuso de substâncias é mais prevalente na população jovem do que na adulta e os jovens tendem a utilizar uma diversidade maior de substâncias.

Depois das chamadas drogas ilícitas (maconha, cocaína, solventes, alucinógenos, crack e tantas outras) e das lícitas (fumo, álcool, anorexígenos, sedativos) uma nova droga começa a preocupar autoridades e profissionais da saúde, os esteróides. Algumas causas apontadas para o uso de esteróides anabolizantes incluem insatisfação com a aparência física e baixa auto-estima. A pressão social, o culto pelo corpo que a nossa sociedade tanto valoriza, a falsa aparência saudável e a perspectiva de se tornar símbolo sexual constituem motivos para o uso/abuso dessas drogas. Boa aparência física leva à aceitação pelo grupo, à admiração de todos e às novas oportunidades. Uma perseguição a esses itens faz com que o jovem caia em situações de risco como anorexia, bulimia e o uso indevido de esteróides anabolizantes.

Efeitos colaterais: aumento de peso, aumento da massa muscular e óssea (notadamente em musculatura peitoral e proximal dos membros superiores), tremores, acne severa, retenção de líquidos (sódio e escórias nitrogenadas), virilização, dores articulares, aumento da pressão sangüínea, alteram o metabolismo do colesterol (diminuindo o HDL – a boa forma do colesterol e aumentando o LDL com aumento do risco de doenças coronarianas), alterações nos testes de função hepática, icterícia e tumores no fígado, alterações no hemograma (policitemia, reticulocitose, eosinopenia e aumento da agregação plaquetária com risco de trombose), exacerbação da apnéia do sono, estrias atróficas e maior tendência às lesões do aparelho locomotor (ruptura do tendão do tríceps e do quadríceps), pois as articulações não estão aptas para o aumento de força muscular. Além desses, aqueles que se injetam ainda correm o perigo de compartilhar seringas e contaminar-se com o vírus da AIDS ou hepatite.

Outros efeitos colaterais:

- No homem: diminuição ou atrofia do volume testicular (20% dos casos), diminuição da espermatogênese com redução da contagem de espermatozóides (90% dos casos), impotência, infertilidade, calvície, desenvolvimento de mamas, dificuldade ou dor para urinar, aumento da próstata e ginecomastia, às vezes irreversível.
- Na mulher: crescimento de pêlos com distribuição masculina, alterações ou ausência de ciclo menstrual, aumento do clitóris, voz grossa e diminuição de seios (atrofia do tecido mamário).
- No adolescente: maturação esquelética precoce com fechamento prematuro das epífises ósseas com baixa estatura e puberdade acelerada, levando a um crescimento raquítico.

O abuso de anabolizantes pode causar variação de humor, incluindo agressividade e raiva incontroláveis, levando a episódios violentos como suicídios e homicídios, principalmente conforme a freqüência e o volume usados. Usuários apresentam sintomas

depressivos ao interromperem o uso, sintomas de síndrome de abstinência que pode contribuir para a dependência. Ainda podem experimentar um ciúme patológico, quadros psiquiátricos (maníacos e esquizofrenóides), extrema irritabilidade, ilusões, podendo ter uma distorção de julgamento em relação a sentimentos de invencibilidade, distração, confusão mental e esquecimentos além de alterações da libido com as suas conseqüências.

É importante destacar o distúrbio de percepção de imagem corporal apresentado por alguns dos usuários dessas substâncias – quadro clínico, denominado como "dismorfismo muscular", "vigorexia" ou "bigorexia"– apesar do ganho de massa muscular corporal enorme, o indivíduo sempre se acha fraco em relação ao outro.

Drogas são substâncias químicas que causam alterações na mente e no corpo de uma pessoa.

Fatores predisponentes

- O uso sem controle de medicamentos relaxantes, soníferos, afrodisíacos, diminuidores de apetite como uma solução química de todos os problemas.
- A influência da mídia se faz notar, ligando o sucesso, a independência, o exercício da sexualidade com o hábito de fumar e de beber.

Fatores genéticos

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

Fatores de riscos

- A influência dos modismos, a pressão dos grupos de amigos, a influência de ídolos, familiares e amigos, não estar estudando, estar na rua, evasão escolar e de casa, baixo rendimento escolar, facilidade em usar substâncias, pouca integração na família e na sociedade, pouca informação sobre drogas, insegurança, auto-estima baixa, dificuldade em lidar com frustrações, sintomas depressivos, predisposição genética familiar e ausência de projeto de vida.
- A busca da identidade pode levar o jovem à incerteza sobre si mesmo, abrindo espaço para ocorrência de situações de transgressão, busca de prazer imediato e necessidade de liberdade que muitas vezes levam o jovem ao uso de drogas.
- A curiosidade, a influência do grupo social, a disponibilidade de drogas e o contexto familiar são situações que podem levar o jovem a usar drogas. No entanto, é importante salientar que muitos jovens resistem ao uso de drogas, embora na presença de fatores desfavoráveis.
- Deve ser lembrado que o uso de determinada substância pode ser uma experiência prazeirosa para o jovem, abrindo, para o corpo por meio da memória corporal, uma experiência que desconhecia.

Fatores de proteção

- Monitoramento familiar constante, vínculo familiar de afeto, confiança e apoio, estabelecimento de regras e limites, respeito à autonomia do adolescente (sem superproteção e sem liberdade excessiva), bom rendimento escolar, participação comunitária, pouca oferta de drogas nos locais, valores pessoais, auto-estima positiva e informações verdadeiras sobre o uso/abuso de substâncias.

A MELHOR FORMA DE LIDAR COM A QUESTÃO DAS DROGAS É A INFORMAÇÃO E O DEBATE SEM PRECONCEITOS.

As vias de utilização das drogas

Podem ser usadas de três modos:

- Via pulmões – fumando drogas tais como cigarro, a maconha e o crack ou cheirando como a cola de sapateiro, solventes e a cocaína;
- Via estômago – engolindo drogas como o álcool, as anfetaminas, os barbitúricos, a codeína e o LSD;
- Via sangue – injetando drogas como a cocaína e a heroína.

Os usuários de drogas podem ser classificados em quatro tipos

- O experimentador, uso para experimentar, por curiosidade e sem continuidade.
- O ocasional, se a droga é disponível e o ambiente é favorável, mas não há quebra dos laços familiares e afetivos.
- O habitual, uso freqüente, controlado da droga, mas com alteração dos laços familiares e afetivos, sociais e profissionais.
- O dependente ou toxicômano, a relação que tem na vida é só com a droga, sem relação com família, trabalho ou social, ficando isolado e marginalizado.

As conseqüências da utilização de drogas e de álcool

Para muitos jovens, o contato com as drogas pode ficar restrito a episódios esporádicos de consumo sem, necessariamente, qualquer comprometimento de saúde. No entanto, para outros, a situação pode ser diferente. Além da possibilidade de acidentes e/ou da violência decorrentes da intoxicação aguda o consumo persistente pode, a longo prazo, desenvolver problemas graves de saúde mental, física e convívio social. Essas conseqüências variam de intensidade de acordo com a droga em questão e, em geral, apresentam uma evolução mais rápida entre adolescentes quando comparados com adultos.

As substâncias psicoativas afetam a auto-estima, o autocuidado, a cognição, o limite e a censura, o humor, o julgamento, as relações familiares e sociais, a concentração, a memorização, a aprendizagem, a capacidade de assumir funções sociais e a formação de identidade pessoal e profissional.

Para os inalantes, as conseqüências mais relevantes, na adolescência, são as decorrentes da intoxicação, principalmente o comprometimento cardíaco que pode levar o usuário a óbito. No caso da maconha, a dependência e a síndrome amotivacional (um quadro de desinteresse generalizado) vão se instalando ao longo do uso contínuo da maconha.

Para a cocaína e seus derivados, o crack e a merla, o quadro é diferente. Em pouco tempo, o consumo de crack é denunciado por sinais evidentes como o rápido emagrecimento do usuário e o descuido com sua aparência. A fissura é intensa e os meios para obtenção da droga podem incluir furtos domésticos e em alguns casos mais avançados, até mesmo assaltos e prostituição. Entre os usuários de cocaína injetável, a Aids é uma das conseqüências mais preocupantes.

No caso de bebidas alcoólicas, as complicações mais freqüentes, na adolescência, são decorrentes de episódios de embriaguez, com acidentes de trânsito e brigas. As conseqüências tardias vão se instalando de forma gradativa no decorrer dos anos de consumo e, embora possa ter suas origens na adolescência, o problema torna-se mais evidente na idade adulta.

O tratamento

Existem inúmeros modelos de tratamento para dependência, incluindo grupos de auto-ajuda (ex: Alcoólicos Anônimos), terapias psicanalíticas, comportamentais, uso de medicamentos, dentre outros.

No entanto, tem sido demonstrada a semelhança de efetividade entre as diferentes abordagens disponíveis. O índice de recuperação é muito baixo, oscilando entre 20 a 30% nos casos de pacientes que se mantêm recuperados dois anos após o tratamento.

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

A prevenção

A prevenção é feita em três níveis:

- Primária – orientação, evitando o uso experimental e a diminuição do uso esporádico.
- Secundária – ações, impedindo o passar do uso ocasional para o uso regular.
- Terciária – reestruturação das vidas de adolescentes que apresentam dependência ou abuso de substâncias.

As ações de prevenção devem ser amplas, num trabalho de estímulo aos fatores de proteção e a criação de hábitos saudáveis de vida.

Sinais ou sintomas apresentados por usuários de drogas

- Isolamento, depressão, irritabilidade, mudança de comportamento, descuido com a aparência, falta de higiene corporal, furtos ou desaparecimento de objetos em casa ou no trabalho, desorientação temporal e espacial, afastamento dos amigos, troca do dia pela noite, sonolência excessiva, alucinações, dissociações cognitivas e emocionais.
- Alerta para o cuidado no diagnóstico, pois muitos desses sintomas podem estar presentes na Síndrome da Adolescência Normal ou em jovens sem nenhum envolvimento com substâncias lícitas ou ilícitas.

Orientações gerais para os profissionais de saúde

- Mostrar aos adolescentes outras alternativas ao lidar com tristezas e frustrações, trabalhando o resgate da prudência e o desenvolvimento de suas potencialidades.
- Fortalecer a autonomia dos adolescentes, esclarecendo sobre as conseqüências do uso de substâncias, trabalhar o lidar com o social, deixar claro para o jovem sua co-responsabilidade no seu autocuidado e tratamento se for o caso.

Orientações gerais para os familiares

- Calma ao saber do uso.
- Avaliar e tentar entender a situação.
- Mostrar intolerância, sempre, ao uso de substâncias.
- Continuar ou tentar o diálogo familiar.
- Não discriminar, nem rejeitar o adolescente.
- Procurar conhecer os recursos e os tratamentos disponíveis.
- Buscar auxílio especializado e terapia familiar.
- Procurar ajuda com o educador da escola onde está inserido o adolescente.
- Não negar a situação.
- Repassar a informação para aqueles que possam ajudar no processo.
- Apesar de todos os especialistas que vão lidar com o jovem e o problema, a família é que vai conviver com ele e tem de se sentir competente no processo, colocando a amorosidade como fator fundamental no processo de ajuda ao filho/a.

Os profissionais de saúde devem desenvolver ações de prevenção, detecção precoce do uso de substâncias

- Estabelecimento de um vínculo de confiança com o adolescente.
- Avaliar qual o espaço ocupado pela droga na vida do adolescente.

- Referenciar para o atendimento adequado: referência secundária ou internação para desintoxicação quando for o caso.
- Presença de transtornos de humor, depressão maior, transtornos de conduta e riscos de suicídio. Nesses casos, os jovens devem ser encaminhados para tratamento com especialistas.
- Compete às Unidades de Saúde o tratamento, por equipe multiprofissional, daqueles em uso experimental ou em risco de uso, sendo incluídas suas famílias nesta prática.
- Os que se encontram em uso abusivo de drogas, dependentes químicos, risco de vida, presença de co-morbidades, dificuldade de se firmar diagnóstico ou solicitação familiar deverão ser encaminhados, quando serão utilizadas as recomendações da Linha-Guia de Saúde Mental da SES/MG.

3.8.3 O suicídio na adolescência

Nos últimos anos, tem havido um aumento no número de suicídios realizados por adolescentes, mas apesar de tratar-se de um acontecimento lamentável, suas dimensões são bem pouco conhecidas.

O suicídio tem sido considerado a segunda principal causa de morte de jovens entre 15 e 19 anos, perdendo apenas para os acidentes de carros e de motos. Na maioria dos países, está entre as três principais causas de mortalidade de jovens e 100 mil adolescentes cometem suicídio a cada ano, sendo mais freqüente no sexo masculino.

Do ponto de vista médico, a morte por suicídio é tão letal quanto aquela decorrente do infarto do miocárdio e, não obstante, é tão sujeita à abordagem terapêutica quanto esta. Se pensarmos no suicida como uma pessoa embriagada por uma química não alcoólica, mas de neurotransmissores, entenderíamos melhor a possibilidade desse ato ser satisfatoriamente reavaliado quando a pessoa voltar à normalidade psico-neuro-química.

Sabe-se hoje que, na grande maioria dos casos, o suicida tem uma percepção patologicamente falsa do mundo e dos valores, tal como um míope veria desfocada a realidade. Há inúmeros estados emocionais que limitam e distorcem a percepção da realidade, subtraindo da pessoa a devida liberdade que os sadios têm de considerar as condições de existência com devida sensatez.

A literatura sobre suicídio, na adolescência, mostra a participação de fatores psiquiátricos, familiares, demográficos e religiosos em torno do suicídio do adolescente. A ideação suicida, a ansiedade, o motivo existencial e a depressão estão fortemente relacionados com a intenção suicida. A ideação suicida aparece quando a confusão e a depressão são muito intensas para o adolescente.

Entre os fatores psiquiátricos associados ao suicídio, em primeiro lugar está a depressão, alteração afetiva predominante no ato suicida, desde sua ideação, intenção até o suicídio de fato. Alguns autores consideram que, além da depressão, tem sido comum em adolescentes suicidas também um transtorno de conduta.

O suicídio da depressão não costuma ser espontâneo ou impulsivo como acontece em alguns casos de esquizofrenia[1], de embriaguez patológica ou transtorno explosivo da personalidade. Na depressão, o suicídio costuma ser elaborado em detalhes, com escolha do meio de se matar, hora e local do ato.

Um **sinal de alerta** para a possibilidade depressiva no adolescente é quando, por exemplo, uma pessoa alegre, jovial e expansiva, de repente se transforma, abandona tudo o que apreciava, afasta-se de tudo e de todos, mostra desinteresse pelas diversas situações.

Dentro ainda dos sintomas depressivos, é importante o teor do discurso do adolescente que alimenta intenção de suicídio. Sentimentos de culpa por sua simples existência podem estar presentes, como, por exemplo, sentir-se como se fosse "uma fardo para seus pais, para outras pessoas..." Costuma comunicar para as pessoas de sua intimidade que "sua vida não tem sentido e que a sua morte seria um alívio para todos". O objetivo do ato suicida não é necessariamente morrer, mas sim a fuga de um sofrimento sentido como insuportável.

A depressão não esgota as possibilidades patológicas do suicídio na adolescência e alguns outros quadros podem estar associados, possivelmente como causa psiquiátrica.

A esquizofrenia em seu surto agudo pode ser responsável por um número grande de suicidas na adolescência. A faixa etária dessa psicose no sexo masculino, principalmente, é por ocasião da adolescência e, dependendo da natureza dos sintomas delirantes pode levar ao suicídio. Além da imposição ao suicídio determinada por delírios auto-destrutivos, também a depressão que acompanha a esquizofrenia pode resultar em auto-extermínio.

Por várias décadas, os sintomas depressivos da esquizofrenia foram menosprezados, voltando-se quase exclusivamente para o estudo dos sintomas psicóticos.

Depois de passado o surto psicótico da esquizofrenia, costuma surgir a chamada depressão pós-psicótica. A depressão pós-psicótica tem sido relacionada a hospitalizações mais longas, à pior resposta a medicações, pior desempenho social, cronicidade, maiores taxas de recaídas e ao suicídio.

Os dados epidemiológicos atualmente aceitos em relação ao suicídio na esquizofrenia, são os seguintes:

- De 2% a 13% de todos os pacientes cometem suicídio;
- Esquizofrênicos têm um risco de 10% a 20% maior que a população geral para cometer suicídio;
- O risco é maior em pacientes do sexo masculino;
- O risco é maior em pacientes jovens e diminui com a idade.

[1] Alteração das funções mais básicas que dão à pessoa senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo. Delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, afetos contraditórios vivenciados intensamente ao mesmo tempo, desarmonia profunda entre as idéias e os afetos.

O Transtorno Dismórfico Corporal, muito conhecido em adolescentes, diz respeito à preocupação exagerada com um defeito inexistente ou ligeiro na aparência. Atualmente, o T.D.C. está relacionado a alterações patológicas da imagem corporal que encontramos em pacientes anoréticos, os quais vêem-se mais gordos do que são ou até, vêem-se gordos quando, de fato, estão raquíticos. Pois bem entre pacientes com esse transtorno, 21% tinha feito uma tentativa de suicídio.

A personalidade Borderline é caracterizada por um padrão comportamental de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na auto-imagem e nos afetos. Há uma acentuada impulsividade, que começa no início da idade adulta e persiste indefinidamente. O paciente Borderline freqüentemente se queixa de sentimentos crônicos de vazio. Há sempre uma propensão a se envolver em relacionamentos intensos, mas instáveis, os quais podem causar nessas pessoas, repetidas crises emocionais. Esses pacientes se esforçam para evitar o abandono, podendo haver quanto a isso, uma série de ameaças de suicídio ou atos de autolesão (geralmente se dão por engano, ou seja, quanto sua automutilação ou teatralidade não foi planejada ou fugiu ao seu controle).

A substancia tóxica mais usada pelos adolescentes para a tentativa de suicídio por intoxicação voluntária era originária de remédios que, na maioria das vezes foi obtida no próprio lar dos adolescentes.

A prevenção do suicídio nessa faixa etária requer além da avaliação dos riscos de suicídio, também vigilância sobre o acesso aos medicamentos de casa.

Muitas vezes, o adolescente pode tentar suicídio de forma indireta e inconsciente, como dirigir de maneira imprudente, envolvendo-se em acidentes facilmente evitáveis, abusando de drogas e de álcool, lidando insensatamente com armas de fogo, enfim, os jovens morrem principalmente de causas violentas e para cada suicídio de adolescentes, existem dez tentativas.

As moças tentam três vezes mais o suicídio que os rapazes, mas os rapazes alcançam a morte mais freqüentemente que as moças e utilizam métodos mais violentos.

O suicídio pode ser compreendido como uma solução falida e mal adaptada de uma crise provocada pelo estresse real em uma pessoa psiquicamente predisposta. Por pessoa "predisposta", entendemos àquelas com propensão à depressão e as portadoras de Transtorno Borderline da Personalidade.

É importante que os profissionais de saúde sejam vigilantes e sensíveis na percepção dos sintomas e diagnóstico precoce e encaminhamento quando necessário. Muitas vezes as queixas são vagas, incluindo somatizações ou distúrbios de conduta e os jovens ficarão aliviados se compartilharem e colocarem para fora os seus sentimentos.

A prevenção do suicídio está ligada à melhoria das condições psicossociais dos adolescentes e a criação de espaços protetores interligados em rede, pelas instituições governamentais e não-governamentais.

3.9 A VIOLÊNCIA E A VULNERABILIDADE SOCIAL

A violência como causa de morbi-mortalidade entre adolescentes e jovens vem sendo salientada em todos os países pelas suas conseqüências imediatas e tardias. Apesar de sempre ter existido, a violência nos dias atuais é uma questão crítica e de desafio para todos os segmentos da sociedade.

É problema de saúde pública, pois o grupo etário de 10 a 24 anos de idade é a faixa populacional em que as causas externas adquirem sua máxima expressão. As principais vítimas de abuso sexual são as mulheres adolescentes e as maiores taxas de homicídios e acidentes de trânsito estão relacionados aos jovens do sexo masculino.

Em Minas Gerais, as taxas de homicídio, suicídio e acidentes de trânsito por 100 mil habitantes, no ano 2.000 chegaram a valores de 10.81; 3,21 e 13,88, respectivamente. Quando os dados foram analisados, estratificando as taxas por sexo, observou-se, uma maior prevalência de todas as taxas na população masculina (DATASUS).

Na década de 80, as médias das proporções por causas específicas foram as seguintes: acidentes de trânsito, 28,3%; homicídios, 22,3%; outras violências, 16,2%; afogamentos e sufocações, 8,5%; suicídios, 5,3%; quedas, 3,0%, acidentes por fogos e chamas, 1,7% (MINAYO, 1994).

Atualmente, em Minas Gerais, morrem 2014 jovens na faixa etária de 14 a 25 anos por causas ditas evitáveis (homicídios, acidentes de trânsito, suicídios). Os jovens, de hoje, têm liberdade para tomar decisões importantes e consciência de seus direitos e deveres, mas não pensam no futuro, nem nas conseqüências de seus atos e de suas decisões. São capazes de assumir riscos pensando apenas na diversão e na aventura, por causa de sua necessidade de ser aceito pelo seu grupo, de sua auto-estima elevada e sua vontade de se afirmar como adulto, independente e capaz. Isso tem feito o adolescente perder a noção de limites e regras.

Violência infantil

- É definida como toda ação ou omissão praticada por pais ou responsáveis pela criança ou adolescente, causando às mesmas dano físico, sexual e emocional.
- Geralmente, é repetitivo e a severidade tende a aumentar a cada investida, levando muitas vezes, à sua morte (PIRES, 2004).
- Indicadores de risco referentes aos pais: história de abuso na infância, seguido de isolamento social; gravidez na adolescência e falta de pré-natal; vínculo afetivo pobre entre pai/mãe/filho; perda fácil do autocontrole; drogadição, alcoolismo, baixa escolaridade, desemprego e promiscuidade; doença psiquiátrica, distúrbios emocionais e de personalidade.

- Indicadores de risco referentes à criança (menores de três anos): separação das mães ao nascerem por doença ou prematuridade; má formação congênita, doença crônica; adoção pela falta de vínculo nos primeiros anos de vida; fruto da união conjugal instável, falta de planejamento familiar; fase difícil do desenvolvimento neuropsicomotor.

Abuso e violência sexual

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 1993), "a violência, pelo número de vítimas, magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um grave problema de saúde pública em vários países". Esta representa hoje uma das principais causas de agravos e de óbitos, especialmente entre a população jovem.

As grandes violências nascem da violência surda, contínua, crônica, a que são submetidas as pessoas dia após dia. São "pequenas" violências cotidianas que constituem a forma de cultura favorável à proliferação das grandes violências, na medida em que estabelecem um padrão de convivência baseado em discriminação e no domínio de uma pessoa sobre a outra.

O abuso e a violência sexual são patologias culturais, cujas bases se assentam, em grande parte, na distribuição desigual do poder entre gêneros. Enquanto os homicídios, em sua maioria, ocorrem no espaço público e atingem particularmente os homens, a violência sexual envolve em especial as mulheres e ocorre no ambiente doméstico.

Em adolescentes, são mais freqüentes os abusos extrafamiliares e por pessoas desconhecidas, ao contrário dos abusos em crianças, dos quais 80% são praticados por membros da família ou por pessoas conhecidas.

A idade entre 12 e 16 anos, representa faixa de alto risco, pois os caracteres sexuais femininos se encontram em pleno desenvolvimento. A exploração sexual é mais comum entre adolescentes usuários de drogas.

Abuso Sexual

- O que caracteriza fundamentalmente o abuso sexual é a diferença acentuada na idade, nas intenções e na forma de viver a sexualidade entre as pessoas envolvidas.
- O autor do abuso, freqüentemente, pode servir-se de ameaças ou de seduções para convencer, persuadir ou obrigar a vítima a praticar das atividades sexuais ou suportá-las.
- Estudos sobre o tema indicam que a maior parte é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, dificultando assim a denúncia deste crime.
- A Constituição Federal, o Código Penal e o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8069, de 13/07/1990 – dispõem sobre a proteção da criança e do adolescente

contra qualquer forma de abuso sexual e determinam penalidades, não apenas para os que praticam o ato, mas também, para aqueles que sabem e se omitem (a notificação dos casos de abusos e maus tratos contra crianças e adolescentes às autoridades competentes, passou a ser obrigatória a partir de outubro de 2001, com a publicação da portaria nº 1968/MG, de 25 de outubro).

Violência sexual

- A violência sexual define-se como o emprego de meios físicos ou psíquicos para obrigar outra pessoa a envolver-se em atividades sexuais.
- Representa uma agressão à liberdade do indivíduo, uma transgressão aos princípios éticos de convivência vigentes em nossa sociedade e, em muitos casos, um crime previsto no código penal.

O Código Penal Brasileiro distingue várias formas de violência sexual

- Ultraje público ao pudor (Artigo 61- Lei das Contravenções Penais), que se caracteriza pela ofensa aos bons costumes ou hábitos de decência social, por meio de exibições, atos, gestos obscenos, em lugar público, escandalizando a assistência, embora sem agravo individual.
- Sedução (Artigo 217 do Código Penal), crime caracterizado por três elementos – relação sexual com mulher virgem, maior de quatorze anos e menor de dezoito anos, cujo consentimento tenha sido obtido pela inexperiência e justificável confiança.
- Estupro (Artigo 213 do Código Penal), crime hediondo que, do ponto de vista jurídico, se consuma pelo emprego de métodos violentos ou grave ameaça para a introdução total ou parcial do pênis na vagina, com ou sem ejaculação.
- Atentado violento ao pudor (Artigo 214 do Código Penal), refere-se a constranger alguém mediante violência ou grave ameaça a praticar, ou permitir que se pratique, ato libidinoso diverso do coito vaginal, isto é, introdução do dedo ou de objetos na vagina, mesmo que haja ruptura do hímen, assim como, penetração anal violenta.
- Violência sexual presumida (Artigo 224 do Código Penal), ocorre quando a vítima é menor de 14 anos, é alienada ou débil mental ou ainda quando, por qualquer outra causa, a vítima é incapaz de oferecer resistência.
- Assédio sexual (Artigo 147 do Código Penal), pode ser definido como qualquer forma de pressão moral exercida por uma pessoa que tenha algum poder sobre outra com o fim de impor-lhe relações sexuais que não deseja.

Seqüelas

- O abuso e a violência sexual produzem importantes seqüelas físicas e psicológicas em suas vítimas.
- Este impacto pode ser medido por meio de danos emocionais, gravidez indesejada, e precoce no caso de adolescentes, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV e traumas.
- As vítimas são mais vulneráveis a outros tipos de violência: a prostituição, o uso de drogas, os problemas da sexualidade, a depressão e o suicídio.

O acolhimento

- Quanto ao atendimento e ao acolhimento do adolescente vítima de violência sexual, deve-se dar a oportunidade a este de falar sobre o abuso com privacidade, porém, sem induções, julgamentos ou constrangimentos.
- É importante olhar para o adolescente não só como caso clínico de violência sexual, mas como ser humano em um momento especial do desenvolvimento físico e psicológico.
- Grande parte das agressões de cunho sexual não são denunciadas, o que dificulta estabelecer dados numéricos que revelem a amplitude do problema (segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde/Coordenadoria de DST-Aids, dos 240 casos notificados em Minas Gerais em 2003, 33% são de adolescentes na faixa compreendida entre 11 e 18 anos, todas do sexo feminino).
- Existem barreiras óbvias, impedindo que meninos e adolescentes do sexo masculino relatem o abuso e/ou a violência sexual, praticados contra eles por homens mais velhos. Em primeiro lugar, há o "tabu duplo": incesto e homossexualidade. Em segundo, pode ser difícil para alguns indivíduos do sexo masculino aceitarem que não são capazes de se proteger (que não são machos o suficiente). E, por fim, há uma carência de cobertura da mídia em relação a meninos como vítimas; eles são, na maioria das vezes, retratados como agressores.
- São muitas as razões do silêncio das vítimas crianças e/ou adolescentes de ambos os sexos: medo das ameaças ou vingança do agressor; temor da divulgação do fato e das conseqüentes discriminações familiares e sociais; culpa; vergonha; quando há o envolvimento de familiares; medo de ser o causador da discórdia familiar, de ser expulso, de que os outros membros da família não acreditem em sua história; de ser visto como provocador ou provocadora da agressão; o longo e penoso caminho que tem de seguir para denunciar um estupro ou qualquer outra forma de agressão sexual e as dificuldades de conseguir sentença condenatória.

- É muito importante que a vítima, em se tratando de crimes sexuais, seja alertada de que não se deve tomar banho ou lavar as roupas, sobretudo íntimas, e de que deve procurar os serviços médico–legais dentro das primeiras 48 horas após a ocorrência do crime. Tais providências visam a preservar as provas legais do ato criminoso.

Sinais de alerta físicos e psicológicos

- Sinais físicos indicativos de trauma genital por abuso sexual: sangramentos, quando afastadas as causas orgânicas; vulvovaginites persistentes, apesar de um tratamento adequado; irritação e edema vulvar e vaginal persistente; edema, irritação e lesões cicatriciais perianais e/ou anais. Sinais físicos consistentes com penetração vaginal por abuso: lesão do hímen, incluindo fissuras profundas, lacerações e cicatrizes himenal e vestibular. Segundo observações de alguns autores um diâmetro do intróito himenal que permita a inspeção vaginal com um espéculo de 17 mm é sugestivo de abuso sexual, diante da negação do início de atividade sexual.
- A gravidez em menores de 14 anos deve sempre ser uma suspeita de abuso sexual.
- Sinais psicossociais que podem manifestar quando a violência é atual ou serem decorrentes de tê-la sofrido na infância: maior risco de comportamento depressivo e/ou suicida; queda de rendimento escolar ou evasão escolar; transtornos alimentares, especialmente a bulimia; distúrbios histéricos; maior prevalência de dependência química.

As medidas de prevenção

- A prevenção contra o abuso e a violência sexual, deve ser feita com crianças e adolescentes pela família, nas consultas individuais, em trabalhos grupais nas escolas, por meio do diálogo e orientações sobre:
  - O cuidado e o conhecimento do seu corpo;
  - Sexualidade e afetividade;
  - Direitos e deveres em relação ao sexo;
  - Distribuição de poder na sociedade (conflito de gênero);
  - O papel do adolescente na família e na sociedade;
  - A sexualidade e a violência;
  - Identificação de situações de risco para a violência e atitudes a serem adotadas para preveni-las;
- O combate à violência exige a efetiva integração dos diferentes setores, que são saúde, educação, segurança pública, justiça e trabalho, assim como a participação da sociedade civil organizada.

- No atendimento à vitima é importante dar a oportunidade ao adolescente de falar sobre o abuso, com privacidade, porém, sem induções, julgamentos ou constrangimentos.
- Deve-se esclarecer ao adolescente, que a violência sexual é considerada um ato criminoso e, portanto, existe a obrigação legal de notificá-la para o seu próprio benefício.
- A notificação da violência é obrigatória por lei e deve ser feita sempre ao Disque Denúncia e ao Conselho Tutelar, quando se tratar de crianças e de adolescentes.

No sentido de garantir, em todo Estado de Minas Gerais, a atenção nos serviços de saúde às vitimas que sofrem abuso e violência sexual, permitindo a estas o acesso imediato a cuidados de saúde, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis como Sífilis, Hepatite B, Aids e de uma gravidez, foi criado um protocolo específico e implementado um processo inter-setorial que busca implantar estratégias mais amplas de combate ao abuso e à violência sexual, bem como atenção integral às vítimas, envolvendo Justiça, Segurança Pública e Saúde. (Maiores esclarecimentos se encontram no Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual no Estado de Minas Gerais – Coordenadoria Estadual de DST/Aids – DNAS – SAS/SES-MG.).

ABUSO E VIOLÊNCIA SEXUAL SÃO CRIMES – FIQUE ALERTA, DENUNCIE E NOTIFIQUE – TELEFONE: 0800-311119

3.10 A SEXUALIDADE

A sexualidade marca todos os momentos da vida humana, estando presente desde o nascimento à velhice, sendo considerada a energia de vida, expressão do desejo, da escolha e do amor.

É uma forma de comunicação entre os seres humanos, não se limitando só à possibilidade de obtenção do prazer genital, advindo dos órgãos genitais, mas como tudo que diz respeito ao corpo, seus prazeres e suas dores.

É uma manifestação mais ampla, e por isso vai mais além do que a atividade sexual entre duas pessoas. Ela precisa ser compreendida como uma expressão afetiva sexual que influencia o pensar, o sentir, o agir e o interagir, estando diretamente ligada à preservação da saúde física e mental de cada ser humano.

A sua vivência engloba aspectos afetivos, eróticos e amorosos, relacionados à construção da identidade, à história de vida e a valores culturais, morais, sociais e religiosos de cada um.

De uma maneira geral, os relacionamentos, o equilíbrio emocional e a manifestação de sentimentos do indivíduo adulto, dependem da evolução da sexualidade durante as etapas da infância e da adolescência.

Numa pesquisa, realizada em escolas de Belo Horizonte, em 1998, a idade média da iniciação sexual para meninos foi de 14,6 anos e de 15,6 anos para as meninas.

Descobrir a vida pode ser tarefa muito excitante. O adolescente experimenta a sua sexualidade na rapidez, na leveza e na diversidade. A expressão da sexualidade envolve múltiplas dimensões da experiência humana, como aspectos biológicos, afetivos, sociais e culturais.

Na adolescência, ela se abre para a dimensão do sexo propriamente dito. Isto significa adaptar-se ao novo corpo, às novas sensações e tensões, que o colocam diante de situações novas.

É uma fase muito dinâmica e sua complexidade reside na característica de que, ao mesmo tempo em que o adolescente está voltado para si mesmo, como uma forma de reconhecer-se, também está envolvido com a tarefa de identificar-se socialmente com o grupo, buscando assim o reforço necessário para assegurar-se de sua pessoa.

A adolescência é um período de vida típico e conhecido como a fase da auto-afirmação. Portanto, a vivência da sexualidade e a forma como ela evolui é de extrema importância para os relacionamentos, o equilíbrio emocional e a manifestação dos sentimentos do indivíduo adulto.

3.10.1 O desenvolvimento da sexualidade

O desenvolvimento da sexualidade acontece durante toda a vida do indivíduo e a maneira como ela se desenvolve pode variar conforme a cultura, a época e as pessoas. É a partir deste conhecimento das diferenças que se criam as idéias sobre o que é homem, o que é mulher, o que é masculino e feminino. No entanto, ao pensar desta maneira, construímos condições para selecionar, incluir ou excluir. O que vem reforçar a idéia que a organização social da sexualidade é dinâmica, pois o que se pensa sobre sexo em uma sociedade pode não existir em outras.

Entretanto, vale ressaltar que a adolescência é um momento decisivo no desenvolvimento sexual humano, pois é nela que a sexualidade se genitaliza, ocorrendo intensas transformações biopsicossociais que dão ao adolescente a possibilidade de repensar identificações e aquisições anteriores, reestruturando assim a própria identidade.

Ao longo dos tempos, a sociedade vem, pouco a pouco, se familiarizando e compreendendo as diferentes formas de expressão da sexualidade durante o decorrer da vida. Sexualidade que evolui, segundo Freud, de acordo com etapas de desenvolvimento, que ele denominou de fase oral, fase anal, fase fálica, período de latência e fase genital, que acontecem de acordo com as regiões corporais (zonas erógenas) para as quais a libido (energia sexual) está mais dirigida com o objetivo de obter prazer.

Segundo a maioria dos especialistas, durante os três primeiros anos de vida, a criança assimila um esboço básico do que é ser homem ou mulher, estabelecendo a noção de si própria, ou seja, o sentimento de pertencer a um ou outro sexo.

Entre os 3 e 6 anos, a criança volta-se para o prazer alcançado ao se tocar, estando atenta especialmente para as sensações vindas de seus genitais. Ela descobre as diferenças entre os sexos, entre seu corpo e o dos pais, apresenta curiosidade quanto às diferenças sexuais anatômicas, sendo freqüentes as brincadeiras sexuais infantis.

Dos 7– 8 anos até 10 –11 anos, a criança dirige sua atenção para amigos ou adultos do mesmo sexo, os quais são vistos como um ideal do que a criança gostaria de ser. São comuns os clubes do Bolinha e da Luluzinha.

Aos 11 – 12 anos, com o início da puberdade, os adolescentes dirigem sua atenção ao sexo oposto. O contato em grupo com adolescentes de outro sexo, o "rolo" e o 'ficar' são fundamentais para o desenvolvimento do seu papel afetivo e sexual. Igualmente importante, são as relações que ele estabelece com amigos do mesmo sexo, como forma de se proteger do contato com o sexo oposto, que, por ser muito desejado, é temido, em função da timidez e insegurança, comuns nesse momento de transição. Desta maneira, as relações de intimidade podem acontecer com o amigo do mesmo sexo, compartilhando pensamentos, dúvidas, experiências, confidências e fantasias.

O adolescente começa a definir lentamente sua identidade sexual, por meio do aprendizado decorrente das experiências dos relacionamentos com ambos os sexos, no decorrer da infância e adolescência, sendo definida mais claramente ao alcançar a maturidade. Ele pode se descobrir gostando de pessoas do mesmo sexo ou do sexo oposto.

A orientação sexual é a atração afetiva e sexual que uma pessoa sente pela outra. A heterossexualidade é atração por pessoas do sexo oposto, já a homossexualidade trata da atração por pessoas do mesmo sexo e a bissexualidade pode ser considerada a atração por ambos os sexos.

A capacidade de se estabelecer relações afetivas marcadas pela intimidade, o respeito e o crescimento mútuo, não é determinada pela orientação sexual do indivíduo. Sob esta ótica, a homossexualidade é uma variação de orientação sexual. Não se tem o conhecimento por que uma pessoa tem orientação para se relacionar amorosa e sexualmente com outra pessoa do mesmo sexo, ou do sexo oposto. Apenas sabemos que o desejo e o amor são abstrações difíceis de se explicar, quantificar e medir.

Todos nascemos potencialmente bissexuais, podendo desenvolver a hetero ou homossexualidade, a partir de influências do ambiente e das experiências emocionais vividas. Em vista dos estigmas sociais e da cultura vigente, é natural que as pessoas homossexuais, masculinas (gays) ou femininas (lésbicas), passem por uma fase de confusão, ansiedade, incertezas e solidão, tornando-as mais vulneráveis aos agravos em geral.

A família, ao descobrir, pode apresentar diversas reações, chegando até mesmo à expulsão de casa. Leva tempo até a aceitação do fato, o que não implica em aprovação. O desejável é que haja pelo menos, diminuição das tensões e culpas, com conseqüente reaproximação e volta da comunicação. O profissional de saúde, em especial o médico e o psicólogo, podem ser facilitadores e orientadores durante o processo de definição da orientação sexual emergente.

Sabemos que a sexualidade é dinâmica e assume novas formas a cada etapa do desenvolvimento humano, estando presente em todos os momentos de nossa existência permeando as relações com outro e consigo mesmo. Entretanto, a nossa cultura classifica os comportamentos sexuais com base na função reprodutiva. Por esse motivo, durante séculos, considerou-se que a identidade sexual de cada pessoa se definia de acordo com a genitalidade e, portanto o esperado era o indivíduo sentir atração pelo sexo oposto.

A homossexualidade ainda é pensada como um desvio ou doença que deve ser tratada, o que não é verdade. A medicina e a psicologia, por meio de instituições como a Organização Mundial de Saúde, Associação Americana de Psiquiatria, Academia Americana de Pediatria, Conselho Federal de Psicologia (resolução1/99) e Classificação Internacional de Doenças (CID 10) não a consideram como uma doença, distúrbio ou perversão.

3.10.2 Pontos do comportamento sexual na adolescência

O ficar

- Conhecer, seduzir e conquistar.
- Em um primeiro momento ocorre a conquista e a sedução.
- O "ficar" acontece com um encontro afetuoso, mas descompromissado com o amanhã.
- Envolve beijos, carinhos, conversas, algumas vezes a relação sexual, sem a promessa da continuidade, do compromisso e sim, a liberdade de poder experimentar. É um relacionamento que envolve toques, carícias, beijos, jogos de sedução e, eventualmente, o ato sexual, não implicando em um compromisso no decorrer do tempo entre os parceiros.
- Nos fins dos anos oitenta, o "ficar" tornou-se um comportamento típico entre os jovens, abrangendo hoje adeptos de várias gerações. Esse acontecimento possibilita uma vivência das primeiras descobertas da sexualidade, sendo uma forma do adolescente treinar seu papel erótico nessa fase exploratória.
- O que preocupa no ato de "ficar" é que muitas vezes, ele pode vir acompanhado de uma vida sexual sem preparo e cuidado, principalmente quando associados aos pensamentos mágicos de invulnerabilidade e conseqüente onipotência, fortalecendo a falta de conscientização, freqüentes na adolescência, podendo trazer conseqüências muito sérias para o adolescente como as doenças sexualmente transmissíveis/Aids, a gravidez não planejada e o aborto.

Os jogos sexuais

- Normalmente, acontecem com adolescentes do mesmo sexo, sendo conhecida como fase pubertária homossexual do desenvolvimento, onde o adolescente vê o outro como espelho.

- Não é necessário o ato sexual para caracterizar o período, embora ele possa ocorrer.
- A própria relação de amizade, caracterizada pela figura imprescindível do melhor amigo, é considerada uma forte energia sexual.
- No entanto, podem acontecer danos psicológicos quando esses jogos são caracterizados por uma situação de abuso sexual, homo ou heterossexual, por pressão do grupo ou de um adulto sobre o adolescente.
- É importante ressaltar que esses relacionamentos homossexuais não significam uma identificação sexual.
- Ela será confirmada ao longo do tempo, mediante a permanência do interesse único pelo mesmo sexo.

A masturbação

- É uma prática comum na infância; acontece até o final da vida, mas, na adolescência, pode se tornar mais intensa.
- Definida como uma procura solitária do prazer sexual, por meio da auto-estimulação, funciona também como uma forma de autoconhecimento e no início da adolescência, apresenta um caráter exploratório.
- À medida que o adolescente cresce e amadurece, passa a haver a busca do orgasmo.
- Vale a pena ressaltar que a masturbação é uma atividade esperada e normal, que exige assim privacidade.
- Quando tiver caráter exibicionista e/ou freqüente, por um longo tempo, em detrimento do interesse de relações afetivas com outra pessoa, pode necessitar de uma avaliação global da situação vivida pelo adolescente.
- Deve-se alertar as meninas quando do uso de objetos masturbatórios na vagina, pelo risco de provocar uma ruptura himenal acidental ou infecções.

3.10.3 Os riscos

- A discriminação quanto a comportamentos homossexuais pode tornar um indivíduo mais vulnerável a uma série de problemas orgânicos e psicossociais: baixa auto-estima, isolamento social, transtorno depressivo e de ansiedade, comportamento suicida, dificuldades escolares, fugas de casa, abuso de álcool e de outras substâncias, violência verbal, física, sexual, institucional e exploração sexual.

- Não há qualquer doença que tenha sido descrita, até o momento, como exclusiva da população homossexual masculina ou feminina.
- Contudo, o preconceito e a discriminação social podem inibir os adolescentes de falar sobre seus comportamentos homossexuais e tirar suas dúvidas.
- Tal situação pode dificultar a realização do sexo seguro e aumentar o risco de DST/Aids.

3.10.4 Educar para a sexualidade

- O processo educativo em sexualidade é um fator que contribui de forma significativa para o conhecimento de si mesmo e do outro e que conscientiza a importância do autocuidado e a conseqüente preservação da saúde.
- O ato de educar é de extrema importância para o exercício saudável e responsável da sexualidade, porque através dele possibilita-se o desenvolvimento pessoal e social do adolescente.
- O educar vai mais além do conhecimento sobre o tema do ensino e cabe ao educador abrir espaço aos adolescentes para questionamentos em torno de sua sexualidade e angústias.
- Lidar com seres humanos, jovens em formação é ter consciência de que a atuação do educador é promover o respeito mútuo, buscando ainda acolher e ouvir os adolescentes, pois é uma responsabilidade para consigo mesmo, com a sua profissão e com o outro.
- Em sexualidade, é importante saber que não existem respostas únicas ou verdades absolutas.
- Estas respostas são individuais e transcendem o ato de ensinar, envolvendo afeto e qualidade nos relacionamentos.

Orientações sobre sexualidade

- A educação sexual da criança e do adolescente deve ser iniciada com os pais e ser complementada pela escola e profissionais da área de saúde.
- Cabe ao educador vincular o trabalho educativo à família dos adolescentes, com orientações para os pais, tornando-os competentes no processo de educação para a sexualidade.
- Lembrar que o exercício da sexualidade se faz por opção, com maturidade, com responsabilidade, com o conhecimento do corpo (seu e do parceiro), com conhecimentos dos métodos contraceptivos, com segurança, afetividade e principalmente com amor.

- É importante ressaltar que esse é um processo que acontece com base nas diferenças e nas semelhanças de cada indivíduo e demanda um aprendizado constante, estando diretamente vinculado a sua formação.
- A educação sexual de qualidade é de extrema importância para o desenvolvimento da sexualidade do adolescente, pois é através dela que ele poderá ter uma visão positiva de sua sexualidade, desenvolver uma comunicação clara nas relações interpessoais, compreender o seu comportamento e do outro e escolher o momento adequado para o início da vida sexual segura, saudável e prazerosa.
- O caminho pode ser esperar a pessoa e o momento certo, porque só assim será uma relação especial.
- A adolescência é o período das fantasias, de grandes paixões, amores eternos e ao mesmo tempo passageiros.
- É preciso compreender e valorizar a maneira de amar do adolescente, de ouvir e de colocar em prática essas orientações, quando são feitas de forma clara através do diálogo, evitando conselhos, censuras e imposições.
- A sexualidade é importante não só para a saúde reprodutiva, como também para a saúde física e emocional.
- Levar o adolescente a refletir e a rever os próprios conceitos e valores é fundamental para a construção de seu projeto de vida.
- Lembrar que as necessidades de saúde da pessoa heterossexual, homossexual masculina, homossexual feminina e da bissexual são as mesmas.

Como orientar sobre sexualidade

- Mostrando que a sexualidade não é sinônimo de sexo ou atividade sexual.
- Ajudando o adolescente a tomar decisões a partir de reflexões sobre o "porque sim" e o "porque não", com base no respeito a si mesmo e ao outro.
- Oferecendo informações claras e verdadeiras.
- Ajudando a superar os tabus e os preconceitos.
- Facilitando os canais de comunicação entre pais e filhos.
- Tendo o cuidado de não transmitir seus preconceitos e referenciais para o adolescente.

3.11 A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

- As atividades preventivas quanto à vida reprodutiva e sexual devem ser dirigidas a adolescentes de ambos os sexos.

3.11.1 A anticoncepção na adolescência

A humanidade fez uso da anticoncepção desde os tempos mais remotos. Entretanto, foi a partir de 1946 que os métodos anticoncepcionais espalham-se pelo mundo, principalmente nos países mais desenvolvidos na década de 60.

Apesar da política pública de saúde, na última década, ter destacado a saúde reprodutiva, anticoncepção e prevenção de DST, ainda existem no mundo cerca de 500 milhões de pessoas sem acesso a uma anticoncepção efetiva.

A partir da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994 e da Conferência Mundial da Mulher, em 1995, em Pequim está bem instituído o conceito do direito ao planejamento familiar, independentemente da idade, direito de tomar decisões sobre seu comportamento reprodutivo e direito de ter informação, educação e serviços para regular a fertilidade.

Segundo pesquisa recente e censo de 2.000, a única faixa etária em que a taxa de fertilidade aumentou é na adolescência, no período de 15 a 19 anos de idade. Baseado em dados fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, quase 30% dos partos realizados no país em 2002 foram em adolescentes com um inquietante aumento entre adolescentes de 10 a 14 anos de idade.

Hoje, principalmente pelo excesso de estímulos externos o desenvolvimento puberal é cada vez mais precoce, fazendo com que os adolescentes se tornem férteis mais cedo e por mais tempo.

A prática do "ficar" é uma realidade entre adolescentes, mas o comportamento que, inicialmente, se limitava a um contato físico mais discreto, hoje, significa freqüentemente manter relações sexuais, muitas vezes de forma competitiva e em série, sem proteção adequada.

O início desta atividade sexual também acontece de forma prematura e geralmente sem proteção anticoncepcional ou feita de maneira irregular e incorreta. Uma pesquisa realizada pela UNESCO, divulgada em março de 2004 e envolvendo 16.400 adolescentes das capitais brasileiras, mostra a seguinte realidade: primeira relação sexual entre meninos aos 14,5 anos e entre meninas aos 15,5 anos; métodos anticoncepcionais utilizados, condom em 61% dos casos, pílula em 24% dos casos, mas 11% dos entrevistados nunca utilizaram nenhum método; 1 em cada 10 estudantes engravida antes dos 15 anos.

Outras pesquisas demonstram que, entre adolescentes, consumidores de álcool, há uma diminuição do "sexo seguro" com maior variação de parceiros sexuais e menor utilização do preservativo.

Em geral, o adolescente procura o serviço de saúde quando já iniciou o exercício da sexualidade, e o tempo pode ser após vários meses. Nos Estados Unidos, a média é de 12 meses, sendo que 50% das gravidezes acontecem nos seis primeiros meses do início do exercício da sexualidade, com uma estimativa que 25 a 50% dos adolescentes não usam qualquer tipo de contraceptivo na primeira relação sexual e que 50% deles descontinuam o método nos primeiros três meses de uso.

Os adolescentes não utilizam métodos anticoncepcionais ou o fazem de maneira inadequada, devido a vários fatores:

- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde.
- Baixo nível socioeconômico e cultural.
- Não participação do parceiro e dificuldade de negociar com ele o uso da camisinha.
- Sentimento de invulnerabilidade e pensamento mágico (nada vai acontecer comigo).
- Caráter esporádico e não planejado das relações sexuais.
- Medo que se descubra a sua atividade sexual.
- Medo do exame ginecológico.
- Preocupação com a auto-imagem (que irão engordar, adquirir celulite, etc.).
- Não-conscientização da possibilidade de uma gestação.
- Alto custo dos métodos anticoncepcionais.
- Desejo não revelado de testar a sua fertilidade.

De acordo com as determinações da Organização Mundial de Saúde, mais recentes, os adolescentes como pessoas saudáveis poderiam fazer uso de qualquer método anticoncepcional desde que se respeitassem fatores sociais e comportamentais avaliados de uma maneira individualizada.

Deve-se observar a possibilidade de usar algum método do ponto de vista médico, mas também levar em consideração na hora de sua escolha, a idade do início e freqüência da atividade sexual, número e grau de envolvimento com os parceiros sexuais, bem como o contexto social e familiar desta adolescente.

A escolha do método anticoncepcional deve levar em conta a idade, nível socioeconômico, paridade, contexto social e religioso. A decisão deve ser avaliada em conjunto: o profissional de saúde e o casal, incentivando-se a participação do parceiro nesta decisão, o que auxilia na maturidade dos adolescentes, divide responsabilidades, melhorando a qualidade de informações sobre saúde reprodutiva.

Os retornos aos atendimentos devem ser freqüentes para avaliar a adesão ao método e estimular a prática do sexo seguro.

3.11.1.1 Métodos anticoncepcionais

Quase todas as opções são válidas e sua eficiência depende da forma com que são utilizadas. Alguns obstáculos para o uso adequado pelos adolescentes são evidentes. O mais básico de todos é a falta de informações adequadas sobre todos os métodos: sua eficácia, qual a ação anticoncepcional, como podem falhar, que efeitos adversos podem ocorrer.

É fundamental o acesso ao profissional médico para que seja indicada e acompanhada a melhor opção bem como o acesso ao local onde tal método será adquirido com segurança.

O custo é freqüentemente uma barreira porque falamos de usuários que muitas vezes não têm renda, vivem de mesadas e têm de fazer um gasto mensal e regular por um período prolongado para adquirir o método.

É comum optarem por sua interrupção durante um tempo por ter uma necessidade maior para gastar o dinheiro naquele momento (férias, presentes, etc).

Quando os pais têm consciência da vida sexual dos seus filhos, a situação é diferente porque podem assumir o gasto com a anticoncepção.

Mas quando não têm, os adolescentes criam e imaginam várias maneiras de esconder o método que estão utilizando, levando freqüentemente ao uso irregular e falha do mesmo. Imagine, então, nas condições de pobreza e nas questões de cunho religioso que não admitem as práticas anticonceptivas.

Isto tudo ainda agravado pela atitude de parceiros sexuais que se colocam contra o uso de camisinhas ou pílulas por suas namoradas em uma postura individualista, mas de fato assumindo pouco o relacionamento sexual, bem como adolescentes que mantém um pensamento mágico e ilusório de que com elas nada acontecerá.

Do ponto de vista médico, o anticoncepcional ideal para adolescentes é aquele que tenha alta eficácia, seja seguro e com poucos efeitos adversos e de uso discreto. A adolescente deverá ter oportunidade de esclarecer todas as suas dúvidas antes de iniciar sua utilização e ter garantido a confidencialidade das informações prestadas quando do atendimento médico.

Abstinência sexual – a virgindade pode ser uma escolha dos adolescentes, e o profissional de saúde pode auxiliar nesta opção, quando este for o desejo do adolescente, pois muitos só iniciam a vida sexual para acompanhar o grupo.

MÉTODOS DE BARREIRA

- Métodos de barreira – preservativo (masculino e feminino), espermicida, diafragma, dispositivo intra-uterino (DIU) de cobre e com levonorgestrel.

CONDOM MASCULINO E FEMININO

- Os preservativos devem ser sempre indicados dentro do conceito de dupla proteção (à gravidez não planejada e às doenças sexualmente transmissíveis e aids) e os adolescentes orientados quanto à colocação e à retirada.
- O preservativo masculino é feito de látex, impede o contato do pênis com a vagina e retém o esperma durante a ejaculação, impedindo a passagem dos espermatozóides pelo canal cervical. Tem as vantagens de envolver o parceiro masculino e de ter um custo razoável e ser facilmente encontrado. Entretanto, os adolescentes devem ser bem orientados quanto à sua conservação, marcas adequadas e principalmente quanto ao uso correto.

- Condom masculino: colocar a camisinha antes do contato do pênis com a vagina. Ao colocar a camisinha, apertar ou enrolar a ponta para sair o ar. Assim evitará que se rompa quando houver a ejaculação. Retirar logo após a ejaculação, pressionando as bordas para não vazar o sêmen.
- O preservativo feminino não é tão difundido quanto o masculino, é mais caro e sua apresentação pode ser questionada. Consistem de um tubo fino e transparente de poliuretano (mais resistente que o látex) com um anel em cada extremidade, um fechado e outro aberto. Tem a vantagem de proteger também a região vulvar, mas por ser necessário intimidade com a própria genitália para sua colocação pode levar a alguma resistência por parte das adolescentes.
- Condom feminino: para usar, segurar o anel interno formando um oito e introduzir na vagina, empurrando com o dedo indicador para dentro da vagina até sentir o colo do útero, deixando o aro externo para fora da vagina recobrindo a vulva. Após o uso, torcer o anel externo duas vezes e retirar o preservativo.
- Usar de forma adequada em todas as relações sexuais. Não devem ser usados ao mesmo tempo, o condom masculino e o condom feminino numa mesma relação sexual e nem usar dois preservativos masculinos ao mesmo tempo, pois aumenta a chance de ruptura.

Vantagens

- Proteção contra DST e HIV/Aids, custo relativamente baixo, facilidade na aquisição, complicações raras e com boa eficácia anticoncepcional.
- É o único método anticoncepcional com dupla proteção, para DST/Aids e gravidez, e deve sempre estar associado ao uso de outros métodos anticoncepcionais.

ESPERMICIDAS

- São tabletes que devem ser colocados na cavidade vaginal cerca de 10 a 60 minutos antes do ato sexual.
- Apesar de baratos são pouco indicados por promoverem uma lubrificação genital excessiva e pela sua alta taxa de falha.

DIAFRAGMA

- A opção pelo diafragma é muito pouco freqüente porque exige uma intimidade muito grande com a própria genitália para que seja colocado na posição correta e segura.
- É um dispositivo de látex que introduzido na vagina antes da relação sexual, “tampa” o colo uterino, impedindo a passagem dos espermatozóides.

- Tem como vantagem a ausência de efeitos adversos e o fato de ser utilizado somente quando necessário, situação que vai de encontro à freqüência irregular de atividade sexual das adolescentes, principalmente no seu início quando o intervalo entre as relações pode ser muito longo.
- O diafragma é apresentado em tamanhos diferentes e deve ser orientado pelo médico.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO – DIU

- O DIU pode ser utilizado na adolescência em situações muito especiais como naquelas que já são mães.
- São apresentados no mercado em modelos diferentes, feitos de polietileno e com a presença de cobre ou do progestágeno levonorgestrel. O primeiro – colocado no interior do útero – promove uma reação intrauterina, impedindo a passagem dos espermatozóides e assim a fecundação. O segundo libera diariamente doses constantes de levonorgestrel durante cinco anos, levando ao espessamento do muco cervical e inibindo o crescimento do endométrio.
- São eficazes, independem do esquecimento da usuária quanto à sua utilização, mas requerem um controle médico assíduo porque há risco de doença inflamatória pélvica e infertilidade em graus variáveis, principalmente, em pacientes com um maior número de parceiros sexuais.

MÉTODOS HORMONAIS

- Pílula, anticoncepção de emergência ou pílula pós-coito, injetáveis (mensal e trimestral), anel vaginal, adesivo transdérmico e implante subdérmico.

Pílula anticoncepcional

- É o método recomendado pelo Ministério da Saúde, para adolescentes, em associação com o preservativo masculino.
- São indicadas as de baixa dose (abaixo de 35 μg de estrogênio), pois não interferem na soldadura das epífises ósseas.
- Devem-se avaliar as contra-indicações absolutas e relativas antes de sua prescrição.
- Pode-se iniciar após seis meses da menarca, mas se o risco de gravidez for grande, pode ser iniciado logo após a mesma.
- Não protege contra DST/Aids.
- São compostos à base de estrogênio (etinilestradiol) em doses que variam de 0,015 a 0,50 mg associados a variados progestágenos (desogestrel, gestodene, levonorgestrel, ac. ciproterona e drospirenona), utilizados por vinte e um dias com intervalos de uma semana.

- A primeira cartela pode ser iniciada no primeiro ou segundo dia do ciclo e as subseqüentes no oitavo dia a partir do início do intervalo, sempre se respeitando o mesmo horário de tomada todos os dias.
- Ao longo dos 40 anos de sua existência, o mecanismo básico de funcionamento da pílula (inibição da ovulação) permaneceu o mesmo, mas diminuiram-se as doses de etinilestradiol e desenvolveram-se novos progestágenos com a intenção de diminuir os efeitos adversos. Realmente alcançou-se esse objetivo, mas ainda persiste inconclusiva a sua relação com possíveis efeitos tromboembólicos que intensificariam com o uso do cigarro e a idade.
- É importante lembrar de vantagens da pílula além de sua ação anticoncepcional como nos controles de irregularidade menstrual, acne, redução das cólicas menstruais, do fluxo menstrual, hirsutismo, cistos ovarianos e reposição hormonal quando necessária na adolescência.
- Existem variações em relação à combinação tradicional: a pílula que é utilizada por 24 dias e intervalo de 4 dias entre as cartelas e aquela que só possui progestágeno.
- Mantém-se a preocupação ao uso de pílula por iniciativa própria da paciente ou por indicação de amigas ou pela farmácia. Sua prescrição deve ser sempre realizada pelo médico uma vez que as combinações existentes no mercado são muito variadas e as indicações devem ser individualizadas. Atualmente, sua falha como anticoncepcional é muito baixa e está geralmente ligada ao uso irregular ou incorreto.
- Exames a serem solicitados no momento da prescrição da pílula: hemograma, parcial de urina, glicemia e Papanicolaou uma vez ao ano. Porém não devem ser condição obrigatória para o início da tomada da pílula.
- Há necessidade de avaliação e controle médico após o primeiro mês de uso. Depois, a cada 3 meses, fazendo-se também o controle de pressão arterial.
- Indicam-se para as adolescentes as pílulas combinadas monofásicas pela facilidade do uso. Os bifásicos e trifásicos podem confundir a adolescente com possibilidade de diminuição da eficácia.

Deve-se alertar a adolescente sobre o risco de gravidez se houver esquecimento da pílula e como proceder.

- Se a tomada seguinte ocorrer até 12 horas após o horário que deveria ser, a cartela deve ser continuada normalmente.
- Caso o esquecimento da pílula tenha sido de mais de doze horas após o horário correto, a paciente pode continuar tomando a pílula, mas deve usar um outro método junto (condom) por uma semana, pois nesse período há risco de gravidez.

- Se houver esquecimento de duas pílulas, ou mais, será melhor parar de usar esta cartela de pílulas, e usar camisinha. Fazer, então, um intervalo de sete dias (podendo neste período aparecer ou não a menstruação) e, após esse intervalo, iniciar uma nova cartela.
- Deve-se discutir com a adolescente os riscos e os benefícios do anticoncepcional oral, e a possibilidade de pequenos sangramentos de escape nos primeiros três meses de uso, pois esta é uma importante causa de abandono do método.
- A eficácia das pílulas pode ser diminuída por: rifampicina, hidantoína, fenobarbital, carbamazepina, primidona, griseofulvina, clofibrate, ampicilina e tetraciclina.

Contra-indicações absolutas ao uso de anticoncepcional oral combinado

- Sangramento uterino anormal, sem diagnóstico.
- Grandes cirurgias com períodos longos de imobilização.
- Suspeita ou diagnóstico de gestação.
- Lactantes, antes de seis meses após o parto.
- Trombose venosa profunda anterior ou atual.
- Doença cardíaca valvular complicada por hipertensão arterial.
- Hipertensão arterial > ou = 180/110 mmHg.
- Embolia pulmonar anterior ou atual.
- Cefaléias recorrentes, incluindo enxaquecas com sintomas neurológicos focais.
- Hepatite viral aguda.
- Cirrose severa descompensada.
- Tumores hepáticos benignos ou malignos.
- Diabetes melitus com duração maior de 20 anos com nefropatia, retinopatia ou neuropatia.

Contra-indicações relativas ao uso de anticoncepcional oral combinado

- Risco para tromboembolismo: anemia falciforme, obesidade, varizes importantes, imobilização.
- Otoesclerose.
- Hiperprolactinemia.
- Diabetes melitus moderado.
- Uso de fármacos que interferem com a pílula. Nesses casos, usar os ACO com doses maiores de 30 microgramas de etinilestradiol.

Anticoncepcional hormonal injetável

- Age inibindo a ovulação através de uma associação de estrogênio e progesterona intramuscular em uma data fixa mensal.
- A primeira injeção deve ser feita entre o primeiro e o quinto dia do ciclo menstrual, seguida de aplicações a cada trinta dias independentemente da menstruação.
- É um método seguro e vantajoso para adolescentes que esquecem freqüentemente de tomar a pílula ou não querem que sua família saiba do uso de anticoncepção.
- Há ainda a possibilidade da aplicação intramuscular a cada noventa dias do progestágeno, acetato de medroxiprogesterona, que, apesar do baixo custo, pode levar a uma amenorréia após seu uso e é contraindicado pela Organização Mundial de Saúde para adolescentes menores de 16 anos.

Orientações

Injetável mensal

- Deve ser aplicado em uma injeção intramuscular a cada 30 dias.
- Pode-se iniciar 2 anos após a menarca.
- Etanato de Noretisterona 50mg+ Valerianato de estradiol 5 mg (Mesigyna®)
- Tem alta eficácia e rápido retorno à fertilidade quando suspenso.

Injetável trimestral

- Consiste na aplicação intramuscular a cada três meses de 150 mg de depo-acetato de medroxiprogesterona, (Depo Provera®), sendo uma opção para adolescentes que têm contra-indicação ao uso de estrogênios.
- Não usar em menores de 16 anos devido ao risco de diminuição da densidade óssea (osteoporose).
- Alta eficácia e retorno à fertilidade em 6 a 9 meses.
- Pode ser usado durante a amamentação.

MINIPÍLULA

- Pílulas só de progestágenos – Micronor® ou Norestin®.
- Tem menor eficácia que o anticoncepcional oral combinado e exige maior precisão no horário das tomadas.
- Provoca alterações menstruais e deve ser usada no caso de contra-indicação da pílula combinada ou em adolescentes que estejam realizando amamentação exclusiva.

- Deve ser iniciada a partir de 6 semanas após o parto, com uso contínuo sem intervalos. Para aumentar a eficácia, aconselha-se a associação com condom.

PÍLULA DE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

- Pílula pós-coito ou pílula do dia seguinte.
- Indicar em situações emergenciais: estupro, relações sexuais não protegidas, ruptura da camisinha, falha do coito interrompido, esquecimento de mais de dois comprimidos dos contraceptivos orais, ou mais de 14 semanas da última injeção do injetável trimestral ou mais de 33 dias da última dose do anticoncepcional injetável mensal.
- Deve ser usada no máximo até 72 horas após um possível coito fecundante. Tem melhor eficácia quanto mais cedo for iniciada.
- A anticoncepção de emergência não protege de DST e nem de outra gravidez neste ciclo menstrual. A próxima menstruação pode ser antecipada ou retardada, com fluxo mais intenso ou com volume inferior ao habitual.
- Deve-se pensar em gravidez, caso a menstruação não ocorra dentro de 3 semanas.
- Como o próprio nome sugere deve ser usada de forma esporádica e não como a opção anticoncepcional de eleição (situação que deve ser evitada na adolescência).
- Atua impedindo a ovulação e a implantação do óvulo fecundado, não interfere com a gravidez em evolução e tem sua eficácia diminuída à medida que é maior o intervalo de tempo entre a relação desprotegida e sua utilização.
- Aqui no Brasil, tem seu uso aprovado e indicado em casos confirmados de estupro, já estando incluído nas normas técnicas do Ministério da Saúde.

Método de Yuspe

- Pílula combinada com 50mcg Etinilestradiol + 0,25 mg Levonorgestrel Neovlar® ou Evanor® – 2 comp a cada 12 h (2 doses).
- Pílula combinada com 30mcg Etinilestradiol + 0,15 mg Levonorgestrel Nordette®, Microvlar®, Ciclo 21® – 4 comp cada 12 horas (2 doses).
- Pílula de progestágeno – Comprimido com 0,75 mg de levonorgestrel – Postinor-2 ® ou Pozato®, um comprimido cada 12 horas (2 doses).
- Observações:

- Se ocorrerem vômitos até uma hora após a ingestão da pílula combinada ou 2 horas após a pílula de progestogênio, repetir a dose.
- Pode-se administrar um antiemético meia hora antes da pílula para evitar os vômitos.

A adolescente que procura a Unidade de Saúde para obter anticoncepção de emergência deve ser incluída no Programa do Adolescente e a ela devem ser oferecidos métodos anticoncepcionais de alta eficácia para evitar que se exponha novamente a situação de risco de gravidez não planejada.

ANEL VAGINAL

- É um anel flexível de 5,4 cms de diâmetro que, quando colocado na vagina, libera continuadamente baixas doses de etinilestradiol e etonogestrel durante três semanas.
- Ao fim desse tempo, deve ser retirado e feito uma pausa de sete dias para que ocorra o sangramento e deve ser utilizada uma nova unidade.
- Tem como vantagens características que pesam a seu favor quando utilizados por adolescentes como a baixa dose hormonal utilizada, um bom controle do ciclo menstrual, a discrição do uso e baixa taxa de falha por não ser de uso diário. Há necessidade do manuseio da genitália para sua correta aplicação.

ADESIVO TRANSDÉRMICO

- É um fino adesivo que pode ser aplicado nas nádegas, abdômen, tórax (excluindo as mamas) ou face lateral do braço, trocado, semanalmente, durante 3 semanas e com 1 semana de pausa ao final desse período.
- Libera diariamente etinilestradiol e o progestágeno norelgestromina que inibem a ovulação e espessam o muco cervical.
- Como método apresenta baixa margem de falha, bom controle do ciclo menstrual, pouca alteração mamária e baixa androgenicidade.
- Há, porém, o inconveniente de ser visível e identificar a adolescente como usuária de um método anticoncepcional, situação que nem sempre é desejada por ela.

IMPLANTE SUBDÉRMICO

- É uma cápsula fina e flexível que inserida sob a pele da parte interna do antebraço liberará doses regulares e contínuas do progestágeno etonogestrel durante três anos.
- Agem inibindo a ovulação, espessando o muco cervical e atrofiando o endométrio, podendo causar sangramentos de pequena intensidade a intervalos de 45 dias ou mais longos.

- Para a adolescente, tem como grandes vantagens a discrição e a segurança anticonceptiva, mas a usuária deve ser bem orientada quanto à mudança do padrão de sangramento menstrual.

MÉTODOS CIRÚRGICOS

- A laqueadura tubária e a vasectomia não devem ser utilizadas na adolescência por serem métodos irreversíveis, a não ser em situações especialíssimas, com forte razão médica e apoio legal.

3.11.1.2 Orientações gerais para anticoncepção

- É fundamental investigar possíveis motivações no adolescente em relação a ter um filho, antes de orientá-lo quanto aos métodos anticoncepcionais, respeitando a diversidade de idéias, sem emitir juízos de valores que inibam a comunicação do adolescente para com o profissional.
- Devem ser disponibilizadas ao público adolescente, informações sobre métodos contraceptivos, prevenção das DST/Aids e noções do funcionamento dos órgãos reprodutivos, dando-lhe o direito de decidir a respeito da regulação de sua fecundidade, quando apresentar maturidade para tanto.
- As Unidades de Saúde devem facilitar o acesso dos adolescentes de forma ágil, disponibilizando os métodos contraceptivos, principalmente a camisinha, para a prevenção das DST/Aids.
- A Unidade deve disponibilizar a contracepção de emergência, que deverá ser prescrita somente por médicos e enfermeiros.

O teste imunológico de gravidez negativo

- Em geral, apenas 36% das adolescentes que fazem o teste de gravidez estão grávidas, as restantes, cujo teste deu negativo constituem um grupo de risco para gravidez não planejada, pois 60% delas engravidam em 18 meses.
- O momento da entrega do exame se constitui em uma oportunidade excelente para prevenção, fazendo com que esta adolescente assuma sua vida sexual de forma responsável.

Abordar com prioridade adolescentes que fizeram o exame de gravidez e tiveram o resultado negativo, uma vez que constituem um grupo de risco para gravidez precoce não planejada.

3.11.2 A prevenção de gravidez na adolescência – uma visão interdisciplinar

A população brasileira adolescente se encontra vulnerável à gravidez, à violência sexual e às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a Aids, sendo que as adolescentes menores de 18 anos apresentam maior índice de complicações e mortalidade materna. No Brasil, o parto representa a primeira causa de internação de adolescentes de 10 a 14 anos de idade no Sistema Público de Saúde (M.S./SIH/SUS).

Alguns dados sobre a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes no Brasil:

- Apenas 14% das jovens de 15 a 19 anos usam algum tipo de método anticonceptivo. A pílula é utilizada por 7,9% das jovens nessa faixa etária. Fonte: Dados de Demography Health Survey – DHS/96; FNUAP – Brasil.
- Um total de 14% das mulheres abaixo de 15 anos já tinham ao menos um filho. Fonte: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1997.
- 18% das adolescentes brasileiras já tiveram pelo menos um filho ou estão grávidas. Metade das jovens de 14 a 19 anos, sem nenhum ano de escolaridade, já havia sido mãe. Fonte: PNDS, 1996; CNPD, 1997.
- Em 1997, 2.178.265 casos de partos, sendo 32% de cesáreas do total de intervenções realizadas. Fonte: Ecos – Sylvia Cavasin.
- Estima-se que ocorra no país de 1 a 1,2 milhão de abortamentos ao ano. Fonte: Programa Saúde da Mulher/Ministério da Saúde, 8/3/99.
- Uma em dez mulheres de 15 a 19 anos já tem dois filhos, 49,1% desses filhos foram indesejados, 20% das adolescentes residentes na zona rural têm pelo menos um filho, 13% das adolescentes residentes na área urbana têm pelo menos um filho, 54% das adolescentes sem escolaridade já ficaram grávidas, 6,4% de meninas com mais de 9 anos de escolaridade já são mães ou estão grávidas do primeiro filho, 20% das adolescentes da região nordeste têm pelo menos um filho e 9% das adolescentes da região centro-oeste têm pelo menos um filho. Fonte: PMDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde).
- O que mais preocupa os jovens atualmente? Medo do futuro incerto – 33%, falta de emprego – 27%, Aids – 14%, violência – 9%, drogas – 4%, gravidez – 3%, todos os itens citados – 10% e outros – 1%. Fonte: Mapa Marketing.
- Pesquisa sobre a sexualidade dos estudantes entre 13 e 19 anos em Belo Horizonte – 39,6% já tiveram uma experiência sexual, 12,7% já pagaram para ter sexo, 5% já se prostituíram, 1,6% confessa ter sido vítima de abuso sexual e 8,2% já fizeram sexo em grupo. Fonte: Grupo de Estudo Multiprofissional sobre Adolescência/UFMG.
- A análise e o estudo dos dados estatísticos relatados têm nos mostrado que, apesar de todos os esforços envidados no sentido de prevenção da gravidez na adolescência, os resultados têm sido precários.

A gravidez na adolescência tem sido identificada como um problema de saúde pública, no Brasil. Entre 1993 e 1998, o percentual de partos em mulheres de 10 a 14 anos, realizados pelo SUS, cresceu 31% e, na faixa de 15 a 19 anos, houve um acréscimo de 19%.

Os atores sociais

- É importante o trabalho interdisciplinar, envolvendo todos os atores governamentais e não-governamentais numa atenção educativa e integral para a prevenção da gravidez não planejada na adolescência, levando em conta as considerações a seguir.

A sociedade

- Não reconhece e tende a ignorar o exercício da sexualidade pelos jovens.
- Muitas vezes, no processo educativo, qualquer manifestação de sexualidade é negada, reprimida ou vista com uma certa tolerância; ou a sociedade mostra-se pseudopermissiva, permitindo o exercício da sexualidade pelos jovens, mas proibindo a gravidez precoce.
- As práticas sexuais, pelos rapazes, são consideradas como manifestação de virilidade e força.
- As moças recebem, como os rapazes, informações sobre sexualidade, só que há uma desvinculação com as suas experiências já que para elas os desejos devem ser reprimidos, ligados ao casamento, à heterossexualidade e à função reprodutora.
- Não são considerados suas emoções, suas sensações e seus sentimentos.
- Fica extremamente difícil trabalhar a prevenção da gravidez na adolescência quando deparamos com uma moral que reprova o uso de anticoncepcional entre as não casadas e especialmente pelas adolescentes.
- O pequeno número de serviços contraceptivos para a clientela masculina; a divulgação de métodos que não atendem às necessidades das adolescentes e que sejam para elas adequados; as dificuldades no fornecimento do método principalmente para as adolescentes pobres e a ausência de ações que atentem para as necessidades reais dos jovens e sua sexualidade.

A escola

- As práticas de educação afetivo-sexual desempenham papel importante na informação e na formação dos alunos.
- O programa em questão seria um dos fatores que poderia influenciar, no futuro, a diminuição das estatísticas com relação à gravidez e à redução das doenças sexualmente transmissíveis e da Aids na adolescência.

- É importante não priorizar os aspectos negativos da sexualidade e sim enriquecer os currículos com orientações verdadeiras, sem idéias tendenciosas ou preconceituosas, desmistificando tabus, com adequação de recursos humanos suficientemente sensíveis para discutir, além dos problemas que possam ser gerados pelo exercício da sexualidade, o amor, a intimidade e a responsabilidade interpessoal.
- Trabalhar o exercício da sexualidade, deixando claro que ele se faz por opção, com maturidade, com responsabilidade, com conhecimento do próprio corpo e o do parceiro, com informações sobre o seu funcionamento, com conhecimento dos métodos anticonceptivos, com respeito ao próximo e com afetividade.
- À escola, além de informar, cabe trabalhar sempre a afetividade.
- O sistema educacional brasileiro deve estar alerta aos altos índices de adolescentes fora da escola que engravidam.
- É importante corrigir esta falha, já que a escola pode ser fator de resiliência (fator protetor) no que tange ao assunto em discussão.
- Muitas vezes, ao engravidar, as adolescentes "são convidadas a sair da escola – como péssimo exemplo para as colegas" e, com essa evasão, a escola deixa de funcionar como fator protetor numa segunda gravidez, que muitas vezes acontece dois a três anos após a primeira gravidez.
- A escola é apontada por todos os especialistas como um dos canais na prevenção da gravidez não planejada na adolescência.

A família

- É importante criar um vínculo de confiança com os filhos para que se possa repassar informações para a formação sexual dos adolescentes.
- É imprescindível que os pais revejam conceitos socioculturais, livrem-se de tabus, mitos e preconceitos, e tenham, também, uma orientação afetivo-sexual, estabelecendo com isso um modelo sexual a ser seguido.
- Valores familiares se confrontam com informações duvidosas, distorcidas e contraditórias dos meios de comunicação, dando aberturas para atitudes de desafio e auto-afirmação dos jovens, algumas vezes resultando em gravidez indesejada.
- É importante a disponibilidade dos pais, a abertura e o diálogo com os filhos, para que os assuntos sobre sexualidade possam ser tratados não de uma forma pré-estabelecida, mas sim, no momento em que surgem.
- Às vezes, a oportunidade é rara e deve ser aproveitada imediatamente.

A mídia

- Vivemos numa sociedade altamente erotizada e a mídia contribui com grande intensidade pela exibição de filmes, novelas, shows, programas e comerciais, em que o erótico, muitas vezes o pornográfico, está presente, transformando fatos que gerariam problemas na vida real em situações que se resolvem da melhor maneira possível na tela.
- Com freqüência, assistimos a profissionais não capacitados a analisar questões da sexualidade, transmitindo como verdades sua visão distorcida do tema.
- Outras vezes questões individuais não bem explicitadas são colocadas como o correto a ser seguido, o que influencia de maneira desastrosa um público que inicia a sua formação e na maioria a sua orientação afetivo-sexual.

A adolescência

- O pensamento mágico (onipotência pubertária e não se achar vulnerável) do/a adolescente os induz a achar que a gravidez nunca vai acontecer com ele/ela.
- Muitas vezes, conhecem até o método anticonceptivo, mas pelo pensamento mágico não fazem uso dele.
- Não se nota, na adolescência, quando a adolescente engravida, intenção consciente de fazê-lo.
- Nas várias situações observadas, existem fatores que fazem com que aconteça a gravidez: busca de um novo momento por desajustes na família, falta de perspectivas no futuro, o exercício da sexualidade sem prevenção e no envolvimento da paixão, a ignorância quanto à anticoncepção, a conduta dos pais achando que conhecer métodos anticonceptivos possa levar seus filhos ao sexo desenfreado e o fato da adolescente querer testar a fertilidade e ser mãe.

A saúde

- Existem falhas no fornecimento de informações à mulher sobre o funcionamento do seu corpo, das questões envolvendo o exercício da sexualidade, sobre a reprodução e anticoncepção e mesmo onde buscá-las.
- O que verificamos, na nossa realidade, são jovens atingindo o período fértil sem conhecimentos básicos sobre o corpo e seu funcionamento, ficando difícil controlar adequadamente a sua fertilidade.
- A pobreza agrava a questão pela dificuldade de as adolescentes adquirirem os contraceptivos.
- Campanhas veiculadas por todos os setores da saúde esclarecem sobre a importância da prevenção no que se refere à gravidez e a doenças sexualmente transmissíveis, mas, na maior parte das vezes, os métodos não se encontram

disponíveis para dispensação, mesmo os dois importantes para os adolescentes: a pílula e a camisinha.

- Os profissionais da saúde não podem ignorar que os adolescentes têm iniciado atividade sexual precoce, que usam incorretamente os métodos anticonceptivos e que o método contraceptivo de escolha na adolescência é o anticoncepcional oral (disponível nos serviços de saúde, mais seguro, poucos efeitos colaterais e dispensa colaboração do parceiro).
- O grupo de parceiros masculinos tem preocupação maior da prevenção no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis e as moças com a gravidez.
- Não podemos deixar de envolver o adolescente masculino em todas as nossas propostas de prevenção a uma gravidez não planejada.
- Cabe aqui a clássica pergunta ao rapaz: "Qual seria a sua responsabilidade numa relação sexual se soubesse que poderia ficar grávido?" Cabe também alertá-lo para as conseqüências legais, sociais e econômicas da questão.

Considerações finais e ações

1. Educação para a sexualidade adequada, privilegiando as relações humanas, os sentimentos, as responsabilidades sexuais e as expectativas individuais, saindo do lugar comum das informações apenas biológicas.
2. Valorizar a educação geral como um todo, trabalhando não só as questões que envolvam sexualidade, mas a importância da saúde física, mental, sexual e reprodutiva.
3. Motivar, capacitar, informar, treinar e qualificar os educadores e os profissionais da saúde para trabalhar a sexualidade dos jovens, com conhecimento, sem idéias tendenciosas ou preconceituosas, livres de mitos e tabus, sem barreiras religiosas e que gostem dessa tarefa e nela sintam-se à vontade. Entretanto, é importante o respeito ao indivíduo, sua privacidade, seu livre-arbítrio e sua crença religiosa.
4. Estimular a formação de multiplicadores adolescentes.
5. Envolver os adolescentes no trabalho preventivo, principalmente o adolescente masculino.
6. Implantação de serviços que promovam a atenção integral ao adolescente, implementação de serviços já existentes para aconselhamento/prevenção e provisão de serviços de contracepção adequados a essa faixa etária.
7. Trabalhar, sempre, com os jovens o resgate da prudência e o não-envolvimento em situações de risco.
8. É importante o envolvimento de toda a equipe multi ou interdisciplinar num trabalho de educação para a saúde, estimulando o autocuidado e o protagonismo juvenil e a prevenção das situações de riscos.

3.11.3 A gestação na adolescência

As causas são múltiplas:

- Diminuição da idade da menarca.
- Iniciação sexual cada vez mais precoce.
- Falta ou inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos.
- Baixo acesso aos serviços de saúde.
- Não utilização de métodos por receio que seus pais descubram que está tendo relações sexuais.
- Busca de confirmação da fertilidade.
- Pensamento mágico (isto nunca vai acontecer comigo).
- Presença de um desejo, consciente ou não, de engravidar.
- Ocorrência da gestação na adolescência em familiares e pessoas próximas como modelos sociais.
- Histórico e presença de conflitos familiares.
- Abuso de drogas.
- Faltas regulares às aulas e reprovações escolares, expectativas e perspectivas educacionais e profissionais ausentes ou baixas.
- Falta de uma comunicação aberta entre pais e filhos.

PROPORÇÃO DE MÃES ADOLESCENTES EM MG DE 1994 A 2004

IDADE DA MÃE								
Ano do Nascimento	10 a 14 anos	% Mães 10 a 14 anos	15 a 19 anos	% Mães 15 a 19 anos	10 a 19 anos	% Mães Adoles-centes	Total de mães + de 20 anos	Total Geral de mães
1994	224	0,37	9.068	14,83	9.292	15,20	49.626	61.128
1995	510	0,42	19.788	16,24	20.298	16,66	96.189	121.826
1996	814	0,47	29.765	17,04	30.579	17,50	135.248	174.720
1997	1.063	0,56	35.452	18,52	36.516	19,08	150.005	191.412
1998	1.663	0,56	58.367	19,77	60.031	20,33	229.198	295.293
1999	1.670	0,54	60.941	19,86	62.612	20,40	239.807	306.870
2000	1.745	0,58	59.934	20,01	61.679	20,59	116.184	299.558
2001	1.797	0,60	58.697	19,69	60.494	20,29	116.235	298.080
2002	1.717	0,60	53.572	18,84	55.289	19,44	111.921	284.342
2003*	1.469	0,52	51.699	18,16	53.363	18,74	231.776	284.731
2004*	1.299	0,57	40.970	18,02	42.290	18,61	185.282	227.303

Fonte: DATASUS/SIMSINASC/SE/SES-MG

OBS* Dados de 2003 e 2004 sujeitos à retificação

- As conseqüências terão maior ou menor gravidade de acordo com a idade, paridade, aderência ao pré-natal, ganho ponderal e fatores socioeconômicos e culturais.
- Conseqüências orgânicas para a mãe: anemia, menor ganho de peso, hipertensão gestacional. Doenças sexualmente transmissíveis, maior morbi-mortalidade no parto e puerpério, maior número de abortos espontâneos e maior número de partos prematuros.
- Em relação ao bebê, pode-se destacar o aumento do número de natimortos e mortes prematuras, RN de baixo peso, morte súbita nos primeiros seis meses de vida e internações e acidentes na infância.
- Algumas conseqüências sociais e psicológicas podem ser encontradas em decorrência de gestações não planejadas: ocorrência de abortos provocados, dependência financeira dos adultos, abandono ou interrupção dos estudos, dificuldade de retorno à escola, profissionalização deficiente e dificuldade de inserção no mercado de trabalho com manutenção do ciclo de pobreza, falta de apoio e/ou isolamento social e familiar, maior risco de separação conjugal, ausência do pai durante a gestação e a vida da criança, sentimento de insegurança, maior risco de depressão e suicídio e maior risco de exploração sexual.

O aborto

- Frente ao não-desejo da gravidez, a pressão dos familiares, do parceiro e as incertezas decorrentes da nova realidade, algumas adolescentes acabam optando pelo aborto, colocando-se freqüentemente em risco quanto a complicações clínicas, infertilidade e risco de vida.
- Algumas pesquisas têm apontado que a ocorrência de aborto tem sido mais freqüente entre os estratos sociais médios e altos, diferentemente dos estratos sociais baixos nos quais a gestação tende a ser concluída.
- Gravidez desejada – por outro lado, a ocorrência da gravidez desejada na adolescência tem sido destacada, em alguns estudos, por representar um grupo significativo de adolescentes. Quando planejada, ela tende a ser vivida de maneira mais positiva, trazendo menos impactos negativos para a vida da mãe e do bebê.
- A gravidez desejada ocorre geralmente como parte de um projeto reprodutivo do casal em uma relação de união formal ou consensual, mas pode ser observada inclusive entre adolescentes que estão namorando.

A mudança do *status* social

- O casamento e a maternidade, especialmente em estratos sociais baixos, têm sido utilizados por algumas adolescentes como forma de adquirir projeção social e mudança do lugar que ocupam na família, passando a ter um status de maioridade; entretanto, como relatado em diversos estudos, esses casamentos precoces tendem a não durar.
- Como existe uma expectativa social de que a gravidez na adolescência é indesejada, algumas adolescentes encontram dificuldade para assumir com os familiares e profissionais de saúde que planejaram a gravidez, como constatado por vários autores.

A paternidade responsável

- Os adolescentes, assim como os homens em geral, são pouco preparados para a função paterna, tendo-se em vista a sua pouca participação ou até exclusão do período da gestação e processo de criação dos filhos ao longo da história. Isso, associado a outros fatores, vem contribuindo ao longo dos anos para o isolamento, negação e outras reações defensivas dos mesmos.
- É necessário que haja espaço para eles assumirem esse novo papel que é ser pai.
- Assim, a participação do pai da criança é desejável e muito importante, principalmente no pré-natal e durante o primeiro ano de vida do bebê, para a construção de vínculos e de responsabilidades conjuntas, além de ser favorável para a evolução da gravidez, parto, puerpério e lactação.

O pré-natal

- É fundamental ressaltar que na presença de uma assistência pré-natal adequada, alguns estudos não têm encontrado diferenças clínicas e obstétricas significativas entre as adolescentes gestantes e as grávidas de outras faixas etárias.
- Condições de vida precárias e pressões psicológicas e sociais contribuem para a demora do início e baixa adesão ao pré-natal pelas adolescentes.
- O pré-natal da gestante adolescente deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, não se limitando somente a questões biológicas, devendo ser priorizada a captação precoce e a prevenção de outras gestações.
- A adolescente grávida deve iniciar seu pré-natal o mais precocemente possível e ser orientada para prevenção de nova gestação.

- As gestações na faixa etária abaixo de 16 anos são consideradas potencialmente de risco, portanto, devem ser encaminhadas para o pré-natal em Serviço de Referência.

Orientações para o atendimento

- Realizar o pré-natal de baixo risco (gestante com 16 anos ou mais), definindo preferencialmente um dia da semana para o atendimento de adolescentes.
- Incentivar a participação do pai da criança durante o pré-natal (consultas, exames, grupos, visita à maternidade).
- Incluir as gestantes e pais adolescentes no programa do adolescente.
- Desenvolver, se possível, um grupo específico para adolescentes gestantes e seus parceiros na Unidade de Saúde ou inserir na programação das oficinas de gestante um encontro dirigido exclusivamente a essa população, de preferência no dia do pré-natal, dando ênfase às questões próprias dessa faixa etária.
- Esclarecer a família sobre as repercussões psicossomáticas da gravidez e seus riscos para que possam melhor compreender e apoiar durante esse período.
- Enfatizar cuidados com a saúde reprodutiva durante o pré-natal, prevenindo uma segunda gravidez.
- Preparar a adolescente para o parto, o puerpério e os cuidados com o filho. Disto depende a diminuição da mortalidade infantil em filhos de mães adolescentes.

Mães e pais adolescentes

- As Unidades de Saúde são responsáveis pelo acompanhamento do bebê durante o primeiro ano de vida e orientação dos pais adolescentes neste período.
- As mães/pais adolescentes devem ser cadastrados no Programa do Adolescente.
- O acompanhamento tem como objetivo oferecer apoio e suporte aos pais adolescentes, estimulando suas capacidades, auxiliando na construção de seu projeto de vida, na prevenção das DST/Aids e de outras gestações não planejadas.
- Deve-se evitar taxar os adolescentes como se fossem incapazes para o desempenho das funções de pai/mãe.
- Encaminhar os adolescentes para serviços e atividades de outras secretarias e da comunidade voltados para a educação, profissionalização, cultura, esporte, lazer e creches que atendam suas necessidades.
- Orientar os familiares para uma postura que auxilie os adolescentes a desempenharem o papel de pai/mãe, ao invés de assumirem esta função em seu lugar.

Amamentação na adolescência

- Pesquisas em vários países revelam que a amamentação é importante para a nutrição, a saúde, o desenvolvimento da confiança do bebê e até mesmo para o futuro desempenho escolar, além de reduzir consideravelmente a taxa de morbi-mortalidade infantil.
- A amamentação incrementa o desenvolvimento do cérebro e a capacidade de aprendizagem, já que os ácidos graxos especiais do leite materno elevam os coeficientes intelectuais e melhoram a percepção visual e a audição. O leite materno assegura, ainda, uma interação freqüente e expõe o bebê a linguagem, ao comportamento social positivo e estímulos importantes.
- O leite materno propicia um vínculo afetivo entre mãe-filho, estendendo-se a toda sua família e é um caminho de paz, de segurança, num mundo de tanta violência.
- Além das necessidades nutritivas, podemos dizer que, com a sucção ao peito, há um contato físico muito íntimo entre mãe e filho, permitindo que se criem laços afetivos tão fortes e profundos que se manifestam durante toda a vida da criança. A confiança e a segurança que se desenvolvem nesta relação afetiva contribuirão de forma considerável para garantir seu papel de indivíduo na sociedade.
- Vantagens do leite materno para o bebê: menos diarréia, infecções gastro-intestinais e respiratórias; previne o raquitismo e a anemia; estimula o desenvolvimento cerebral; previne alergias; menor risco de diabetes, câncer e otites na infância; menos problemas ortodônticos e dentais; melhor desenvolvimento psicomotor, emocional e social; melhor desempenho escolar e os fatores de crescimento que acentuam o desenvolvimento do bebê e a maturação do seu sistema imunológico, sistema nervoso central e de órgãos como a pele.
- Vantagens do aleitamento materno para a mãe: previne a hemorragia pós-parto; promove gestações espaçadas; menor risco de câncer mamário e de ovário; depressão pós-parto é reduzida; recuperação física pós-parto mais rápida; a ligação afetiva é estimulada, resultando em menos abuso e negligência de crianças.
- Dez passos para as mães amamentarem com sucesso:

  1. Todo leite materno é forte e adequado para o crescimento e desenvolvimento do bebê. Acredite: não existe leite fraco!
  2. Quanto mais seu bebê mamar, mais leite você vai ter.
  3. Coloque o bebê na posição correta para amamentar – ele deve estar em posição de poder abocanhar não só o mamilo (bico do peito), mas grande parte da aréola (parte escura do peito), com o corpo totalmente voltado para a mãe (barriga com barriga).
  4. Cuide adequadamente das mamas.

5. Retire o leite quando necessário.
6. Nunca use bicos, chupetas, chuquinhas ou mamadeiras.
7. Procure apoio.
8. Só tome medicamentos com ordem médica.
9. Continue a amamentação, se possível, até os 2 anos de idade.
10. Informe-se sobre seus direitos de mãe trabalhadora, se exercer alguma atividade.

- O Ministério da Saúde recomenda aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê e continuado até os 2 anos de idade ou mais.
- Importante trabalhar com as gestantes adolescentes, seus parceiros e suas famílias a importância do leite materno para o bebê, principalmente para sua saúde mental.

O Programa Viva Vida da Secretaria de Estado de Saúde

Tem como principal objetivo a redução da mortalidade infantil, sendo importante as estratégias de ações de prevenção da gravidez não planejada na adolescência e suas repercussões e conseqüências.

3.11.4 As doenças sexualmente transmissíveis – DST

No mundo, um a cada 20 adolescentes contrai uma DST, a cada ano. No Brasil, estão entre as 5 maiores causas por procura dos serviços de saúde. As doenças sexualmente transmissíveis são aquelas que podem ser transmitidas através do contato sexual. O contato sexual com um(a) parceiro(a) seja através da boca, genitália ou ânus traz a troca de secreções e transmitem as DSTs.

É importante lembrar que qualquer pessoa que tenha uma atividade sexual pode se contaminar com uma DST, incluindo o HIV. Portanto, quando as pessoas trocam com freqüência de parceiros(as) sexuais e que não usam as camisinhas masculina ou feminina em todas as relações sexuais e antes de qualquer contato sexual, o risco de se contrair DST é muito maior.

O adolescente que procura o atendimento por DST traz, além da sintomatologia clínica, questões psico-afetivas que devem ser abordadas de forma cuidadosa para não haver omissão de informações necessárias ao diagnóstico.

Os sintomas são coceira, corrimento diferente do normal, mau cheiro, verrugas, feridas e bolhas nos genitais, ardência ao urinar, dor na relação sexual e, às vezes, os sintomas podem passar despercebidos. Na maioria das vezes, as DST aparecem nos órgãos sexuais do homem e da mulher de três maneiras diferentes: nas formas de úlceras (feridas), verrugas e corrimentos da uretra, da vagina ou do colo do útero.

O Ministério da Saúde preconiza a abordagem das DST através do manejo clínico sintomatológico de quatro síndromes e suas possibilidades etiológicas, propondo intervenção imediata com os recursos disponíveis, na primeira consulta.

Em caso de suspeita de uma DST, o adolescente deve procurar um serviço de saúde, para que o diagnóstico e o tratamento adequado seja realizado o mais rápido possível, evitando assim futuras complicações e também a transmissão da doença, caso ela seja confirmada.

Recomendações

- Exame clínico-genital minucioso, que contemple a busca de outras DST.
- Orientação para a realização do teste anti-HIV (conforme orientações do manual da Coordenadoria de DST/Aids).
- Estímulo para adesão ao tratamento e ao exercício da sexualidade com segurança.
- Convocação, tratamento e orientação dos parceiros sexuais.
- Notificação dos casos.
- As DST/Aids na adolescência são consideradas doenças-sentinela por alertar para: abuso sexual, exploração sexual e descuido do adolescente em relação à sua saúde reprodutiva.

3.11.4.1 O manejo clínico sindrômico das DST – síndrome doença[2]

ÚLCERA GENITAL

- Sífilis primária, Cancro mole, Herpes genital, Linfogranuloma venéreo e Donovanose.

CORRIMENTO URETRAL

- Uretrite gonocócica e não-gonocócica.

CORRIMENTO VAGINAL

- Gardnerella vaginalis, Vaginose, Vulvovaginite, Trichomoníase e Cândida.

DOR PÉLVICA

- Cervicite gonocócica e não-gonocócica, Doença inflamatória pélvica.

[2]Fonte: adaptado do manual de controle de DST, MS, Brasil, 2000 37

O diagnóstico

Gonorréia

- É uma infecção genital causada por uma bactéria – *Neisseria gonorrhoeae* ou gonococo.
- Tem como nome popular: estrela da manhã, fogagem pingadeira e blenorragia.
- Os sintomas aparecem entre 2 a 7 dias após o contágio.
- Sintomas: sensação de formigamento ou coceira no canal uretral, ardor ao urinar, corrimento purulento amarelo esverdeado (sintomas comuns no homem). Na mulher pode apresentar corrimento vaginal ou ser assintomática (em 70% dos casos, mas sendo transmissora, inclusive para o bebê na hora do parto, causando conjuntivite bacteriana, podendo levar à esterilidade da mulher se não tratada).
- Se tratado adequadamente, 100% de cura.
- Os casos de gonorréia são maiores nos jovens, entre 15 a 30 anos, sexualmente ativos e sem parceiro fixo.

Candidíase vulvovaginal

- Infecção genital, causada por fungos na região vaginal como a *Cândida albicans*.
- Os sintomas não têm um tempo determinado, sendo importante procurar o serviço de saúde, regularmente, para se detectar a doença. Pode não apresentar sintomas.
- No homem, os principais sintomas são coceira no pênis, vermelhidão, mancha branca e ardência ao urinar.
- Na mulher: corrimento de cor branca sem cheiro (como leite talhado), vermelhidão, coceira na vulva e ânus, pequenas rachaduras na vulva, ardência ao urinar e dor nas relações sexuais.
- Algumas doenças ou outros fatores podem favorecer o aparecimento da candidíase: gravidez, diabetes mellitus descompensado, obesidade, higiene pessoal precária, roupas íntimas sintéticas, uso de antibióticos e a Aids.
- A relação sexual não é a principal forma de transmissão, pois esses microrganismos (fungos) podem fazer parte da flora vaginal de todas as mulheres.

Cancro mole

- Causado pela bactéria *Haemophilus ducreyi*.
- Nome popular: cavalo.
- Sintomas aparecem de 3 a 5 dias, podendo demorar até 2 semanas após o contágio. Sintomas nos dois sexos: caroços e ínguas dolorosas na virilha, úlceras (feridas)

doloridas e purulentas nos órgãos genitais (pênis, vulva e/ou ânus). As feridas não desaparecem espontaneamente e vão piorando progressivamente. Cura de 100% quando tratado adequadamente.

Linfogranuloma venéreo

- Causado pela bactéria *Chlamydia trachomatis.*
- Nome popular: mula.
- Os sintomas aparecem de 3 a 30 dias. Sintomas: aparecimento de uma pequena lesão (ferida indolor, às vezes purulenta) na região genital, que, geralmente, não dói e pode desaparecer sem que a pessoa perceba. Uma a seis semanas depois, da relação sexual com a pessoa infectada surge ínguas dolorosas na virilha com pus ou não. Na mulher, é mais difícil perceber os sintomas, justamente porque as feridas podem aparecer na vagina ou em partes internas do corpo.
- Se tratada adequadamente cura de 100%.

Herpes genital

- Causada pelo *herpes simples* (HSV), vírus tipo 1 e 2, embora possa provocar lesão em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais e do tipo 1 nas periorais.
- Os sintomas não têm um tempo determinado para aparecer, já que o vírus pode ficar latente no corpo e assintomático.
- Os sintomas incluem ardor ou queimação na região genital (pênis, vulva e ânus), surgindo bolhas dolorosas, cheias de líquido, que se rompem rapidamente e formam pequenas feridas que desaparecem e reaparecem. Nas mulheres, o herpes pode surgir, também, nos órgãos genitais internos. O herpes pode reaparecer em situação de baixa resistência imunológica, estresse, ansiedade, traumatismo, exposição prolongada ao sol.
- Não existe cura, porém há medicamentos sintomáticos.
- O recém-nascido pode ser contaminado na hora do parto, caso a mãe tenha a doença em atividade (feridas na região genital e órgãos genitais internos).

Sífilis

- Causada pelo *Treponema pallidum* e se não tratada pode gerar complicações que vão dificultar o tratamento posterior.
- Nome popular: cancro duro (sífilis primária).
- Os primeiros sintomas aparecem numa média de 21 dias após o contágio, na segunda fase pode surgir após 6 a 8 semanas dos primeiros sintomas, na terceira fase os sinais e sintomas geralmente aparecem 3 a 12 anos após a infecção.

- A sífilis apresenta três estágios: o primeiro, inicia-se entre 10 a 90 dias após o contágio, surgindo uma ferida no órgão genital com base dura (cancro duro), que geralmente é pouco dolorosa, mas altamente contagiosa e desaparece sem tratamento. Algumas vezes é acompanhada de inchaço na virilha. Na mulher, a ferida pode aparecer dentro da vagina ou no colo do útero.
- Se não for tratada, evolui para o segundo estágio quando surgem manchas na pele, feridas ou erupções (principalmente nas palmas das mãos e nas plantas dos pés) e íngua na virilha de 45 a 180 dias após o contato. É comum acontecer queda temporária de cabelos e amigdalite.
- O terceiro estágio (sífilis tardia) ocorre geralmente de 2 a 20 anos após a infecção inicial, causando lesões ósseas, cardíacas, do sistema nervoso, levando à paralisia, à doença mental, à cegueira e podendo evoluir para a morte.
- Se diagnosticada e tratada adequadamente, cura de 100%.
- A mulher infectada pode transmitir pelo sangue para o seu filho durante a gravidez. A doença pode causar aborto ou morte do bebê ao nascer e os sintomas podem surgir na criança até os três anos de vida caso sobreviva.

Condiloma acuminado

- É uma infecção causada pelo vírus HPV *(Papiloma Vírus Humano)*.
- O nome popular é verruga venérea, cavalo de crista, crista de galo e figueira.
- Os sintomas não têm um tempo determinado para aparecer já que o vírus pode ficar latente no corpo.
- Pode aparecer uma lesão alguns dias após o contato ou muitos anos depois e até mesmo não aparecer nenhuma lesão visível.
- Sintomas: coceira ou irritação, verrugas indolores na região genital (pênis, vulva e ânus) do homem e da mulher. A lesão pode apresentar, por vezes, aspecto de couve-flor, mas, podendo ter formas diferentes como manchas brancas ou escuras no colo do útero, vagina, vulva, ou na uretra do homem.
- Como o HPV pode não apresentar sintomas, é fundamental fazer visitas ao médico regularmente para fazer alguns exames, principalmente ginecológico, evitando, assim, o câncer do útero, já que a doença pode predispor ao câncer.
- O tratamento destrói as verrugas, mas não mata o HPV.

Hepatite B

- Causada pelo *vírus da hepatite B* que afeta principalmente o fígado.
- Os sintomas aparecem entre 45 a 180 dias após o contato e pode ser que passe assintomática. Os sintomas nas formas mais leves incluem um estado semelhante a

quadro gripal. Quando evolui para formas mais graves a pessoa infectada aparece com febre, mal-estar, urina escura, fezes esbranquiçadas e pele amarelada.

- A hepatite B pode se tornar crônica e causar cirrose e câncer hepático.
- A maioria dos casos evolui para a cura e alguns evoluem para a forma crônica, podendo infectar outras pessoas.
- A transmissão do vírus é parecida com a do vírus HIV/Aids, mas mais contagioso e resistente ao meio ambiente.
- Pode ser transmitido nas relações sexuais desprotegidas (sem o uso da camisinha), da mãe para o bebê, através de agulhas (tatuagens e piercings), seringas, transfusões ou ferimentos, transplantes de órgãos ou tecidos, através de uso compartilhado de escova de dente, barbeadores e lâminas contaminadas. Mesmo sem sintomas, os portadores podem transmitir a outras pessoas.

Tratamento medicamentoso das DST

Herpes simples

- Primo-infecção: tratamento local – Solução fisiológica 0,9% ou Água Boricada a 3%, em compressas úmidas – 2 a 3 vezes ao dia por 20 minutos.
- Uso tópico de antibióticos (Neomicina), quando houver infecção secundária.
- Tratamento sistêmico: Aciclovir 400 mg, VO de 8/8 h, por 7 a 10 dias. Nas recorrências, tratar por 5 dias; > de um ano, usar 10 a 20 mg/kg/dia, no máximo 400 mg/dia, VO 8/8 h, por 7 a 10 dias.
- Nas lesões extensas, fazer tratamento sistêmico: Aciclovir 5 a 10 mg/kg de peso EV, de 8/8 h, por 5 a 7 dias, ou até a regressão das lesões.

Sífilis

Sífilis primária:

- Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única.

Sífilis recente, Secundária e Latente:

- Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetir após 1 semana (total de 4,8 milhões de UI).

Sífilis tardia (latente e terciária):

- Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM semanal, por 3 semanas (total de 7,2 milhões de UI); se peso < de 30 kg 50.000 UI/kg IM com dose máxima de 2.400.000 UI.

Observar:

- Reação febril de Jarisch-Herxheimer – exacerbação das lesões cutâneas, exigindo apenas cuidados sintomáticos, com evolução espontânea em 12 a 48 horas, não se justificando a interrupção do esquema terapêutico.
- Controle do tratamento: fazer controle sorológico com VDRL quantitativo de 3/3 meses no primeiro ano e de 6/6 meses no segundo ano, não ocorrendo a redução de 2 títulos – repetir o tratamento.
- Alérgicos à Penicilina: prescrever Estearato de Eritromicina – 500mg, VO, 6/6h por 15 dias, na sífilis recente, e por 30 dias na sífilis tardia; se o peso < 45 kg, usar eritromicina 50 mg/kg/dia, em 4 doses/dia, por 15 dias na sífilis recente e por 30 dias na sífilis tardia.

Cancro mole

- Azitromicina – 1 g, VO, dose única ou se peso < que 45 kg Azitromicina, 20 mg/kg, via oral, em dose única, máximo de 1 g;
- Ou Estearato de Eritromicina – 500 mg, via oral, 6/6 h por 10 dias em gestantes, nutrizes e HIV positivos; e 7 dias nos demais pacientes, e, se peso < 45 kg usar Estearato de eritromicina 50 mg/kg/dia, em 4 doses/dia, por 10 a 14 dias;
- Ou Sulfametoxazol/Trimetoprim -160 e 800 mg, VO, 12/12 h, 10 dias ou até a cura clínica. Contra-indicado no primeiro e terceiro trimestre de gravidez e em nutrizes;
- Associar medidas de higiene local.

Linfogranuloma venéreo

- Estearato de Eritromicina – 500 mg, via oral, 6/6 h, por 21 dias (pode-se usar em gestantes e nutrizes) ou, se peso < 45 kg, Estearato de Eritromicina 50 mg/kg/dia, em 4 doses/ dia, por 10 a 14 dias, via oral, ou Sulfametoxazol/Trimetoprim – 160 e 800 mg, via oral, 12/12 h, por 21 dias.

Donovanose

- Sulfametoxazol/Trimetoprim (160 e 800 mg), via oral, 12/12 horas, até a cura clínica (no mínimo por 3 semanas); ou Estearato de Eritromicina – 500 mg, via oral, 6/6 horas, até a cura clínica (indicado para gestantes e nutrizes), no mínimo por 3 semanas. Se o peso < 45 kg, usar Estearato de Eritromicina 50 mg/kg/dia, em 4 doses, por 10 a 14 dias;
- Não havendo resposta clínica ao tratamento com a Eritromicina, adicionar Gentamicina 1mg/kg/dia EV, 8/8 horas;
- No tratamento da gestante, a adição da Gentamicina deve ser considerada desde o início.

Tricomoníase

- Metronidazol – 2g, via oral, em dose única. Em gestantes, usar após o 1º trimestre, e em nutrizes, suspender o aleitamento materno por 24 horas; ou Metronidazol 500mg, via oral, 12/12horas, por 7 dias. Em gestantes, usar após o 1º trimestre e, em nutrizes, suspender o aleitamento materno por 24 horas; ou, se peso<45kg Metronidazol – 15 mg/kg /dia, em três tomadas, por 7 dias.
- Além do tratamento oral, os sintomas locais podem ser aliviados com tratamento tópico de Metronidazol gel a 0,75%, com aplicações vaginais de 5 g duas vezes ao dia, por 5 dias (pode-se usar em gestantes e nutrizes);
- Observação – evitar a ingestão de álcool durante e até três dias após o tratamento com derivados imidazólicos, para evitar o efeito *antabuse:* mal estar, náuseas, tonturas, gosto metálico na boca.

Vaginose bacteriana

- Metronidazol – 2g,via oral, em dose única – pode-se usar em gestantes após o 1º trimestre – e em nutrizes, suspender o aleitamento materno por 24 horas; ou Metronidazol 500mg, via oral, 12/12horas, por 7 dias. Pode-se usar em gestantes após o 1º trimestre, em nutrizes suspender o aleitamento materno por 24 horas, ou, se peso < 45 kg, Metronidazol, 15 mg/kg /dia, em três tomadas, por 7 dias.
- Os sintomas locais podem ser aliviados com tratamento tópico de Metronidazol gel a 0,75%, com aplicações vaginais de 5 g, duas vezes ao dia, por 5 dias (pode-se usar em gestantes e nutrizes).
- Observação – evitar a ingestão de álcool durante e até três dias após o tratamento com derivados imidazólicos, para evitar o efeito *antabuse*: mal estar, náuseas, tonturas, gosto metálico na boca.

Candidíase

- Cremes locais com Miconazol ou Miconazol /Tinidazol, em aplicações diárias de 3 a 14 dias.
- Tratamento sistêmico: deve ser feito somente nos casos recorrentes ou de difícil controle. Nesses casos, investigar causas sistêmicas predisponentes.
- Fluconazol – dose única de 50mg, VO; se o peso < de 30kg, 3 a12 mg/kg/dia, VO, dose única.
- Em gestante, prescrever só tratamento local.
- Tratar somente os parceiros sintomáticos.

Clamídia

- Amoxicilina – 500mg, VO, de 8/8h por 7 dias (pode-se usar em nutrizes e gestantes); ou Estearato de Eritromicina – 500mg, VO, de 6/6h por 7 dias; ou 250 mg, VO, de 6/6h, por 14 dias em casos de sensibilidade gástrica (pode-se usar em nutrizes e gestantes). Se o peso < 45 kg – eritromicina 50 mg/kg/dia em 4 doses, por 10 a 14 dias; ou Azitromicina – 1 g, VO, dose única (pode-se usar em nutrizes e gestantes) e, se peso < que 45 kg . Azitromicina 20 mg/kg, VO, em dose única, máximo de 1 g.
- Parceiros: Azitromicina – 1 g, VO, dose única.

Gonorréia

- Cefixima – 400 mg, VO, dose única (Plenax®), se peso < de 45 kg Cefixima, 8mg/kg (máximo de 400mg), ou Ceftriaxona 250 mg IM dose única (Rocefin®), se peso < de 45 kg, Ceftriaxona 125 mg IM, dose única;
- Parceiro: Ofloxacina – 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em nutrizes, gestantes e menores de 18 anos).

Condiloma acuminado

- O objetivo do tratamento é a remoção das verrugas sintomáticas.
- Fatores como tamanho, localização, morfologia das lesões devem ser levados em conta.
- Ácido tricloroacético (ATA) a 80 %, uma ou duas vezes por semana, no colo, vagina, vulva, períneo e área perianal – proteger a pele sã com vaselina líquida. (pode usar em gestantes e nutrizes, quando lesão não muito extensa); ou Podofilina a 25% em solução alcoólica, duas a três vezes por semana na vulva, períneo e região perianal. (não usar em gestantes e nutrizes) – proteger a pele sã com vaselina líquida; ou criocauterização.
- Lesões muito grandes devem ser encaminhadas para retirada cirúrgica em local de referência.
- Os pacientes que tiveram condilomas devem ser seguidos pelo risco de desenvolverem alterações pré-neoplásicas de pênis, colo, vagina e vulva, principalmente se forem acometidos por vírus de alto risco.

3.11.4.2 AIDS

A Aids é considerada uma pandemia porque ocorre em todos os lugares do mundo. Segundo a OMS, metade das pessoas que contraíram o HIV no mundo se infectaram antes de completar 25 anos. A aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) é uma das mais

graves das DST, pois ainda não tem cura. Mas tem tratamento! Ela é causada pelo vírus do HIV – o vírus da imunodeficiência humana, que entra no organismo e começa a se multiplicar, atacando e destruindo as células de defesa da pessoa.

O relatório "Aids no Mundo II" salienta que a cada ano, mais de 150 milhões de jovens entre 13 e 24 anos tornam-se sexualmente ativos em todo o mundo. No Brasil, estima-se que quase 4 milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos por ano.

No país, no início da epidemia em 1984, a faixa etária mais atingida pela Aids era a de 20 a 39 anos. Ao longo desses dezessete anos, observou-se um progressivo aumento da incidência em pacientes mais jovens. Atualmente, a faixa etária mais atingida é a de pessoas com 20 a 29 anos (juvenilização da aids), mostrando o elevado risco de infecção entre adolescentes e adultos jovens, levando-se em conta existir uma média de dez anos entre a infecção e a manifestação da doença.

A epidemia de aids, no país, tende à interiorização, à heterossexualização, através do aumento expressivo de mulheres infectadas, à pauperização e a um crescente aumento da sobrevida dos portadores de HIV e dos doentes.

Em Minas Gerais, a relação entre sexo não protegido e uso/abuso de drogas é corroborada por pesquisa realizada entre jovens conscritos do exército brasileiro, com idade entre 17 e 21 anos, em 8 Regiões Metropolitanas e o Distrito Federal.

Nesta pesquisa, verificou-se que a menor taxa de uso de preservativo ocorreu entre jovens que haviam experimentado algum tipo de droga ilícita, que tinham menor escolaridade e entre os que já haviam experimentado algum tipo de bebida alcoólica.

É importante destacar também, a grande possibilidade de infecção pelo HIV através do uso de drogas injetáveis. Com o objetivo de reduzir os prejuízos ou danos à saúde, resultantes do compartilhamento de seringas durante o uso de drogas injetáveis, já existem novas abordagens preventivas que substituem o categórico "não use drogas" por estratégias mais realistas e objetivas, que preconizam o uso limpo de drogas. Políticas de redução de danos que distribuem seringas aos usuários, entre outras ações, têm este sentido.

É importante lembrar aos adolescentes que qualquer pessoa, uma vez infectada, pode passar o vírus para outra pessoa, independentemente de estar ou não desenvolvendo sintomas e de estar ou não consciente da sua condição de portador do vírus. Por esse motivo, é importante orientar o uso da camisinha em todas as relações sexuais.

Todos os adolescentes devem ser orientados sobre as formas de transmissão e de prevenção das DST/Aids, enfatizando-se o risco da contaminação em qualquer relação sexual sem o uso do preservativo, ou ao compartilhar seringas durante o uso de drogas injetáveis, assim como através da transmissão vertical, a partir da gestação, do parto e do leite materno.

Os adolescentes devem ser levados a compreender que a prevenção não é um compromisso isolado de uma pessoa, de um par, mas de toda a sociedade.

Diferença entre o HIV e a Aids – ao se infectar com o vírus HIV, a pessoa passa a ser portadora do vírus. Este vírus se multiplica e vai, ao longo dos anos, destruindo as células de defesa. As células de defesa do corpo combatem as doenças e, por isso, a aids é uma doença séria, deixando a pessoa fraca e desprotegida, pois compromete o seu sistema imunológico. Os microrganismos se aproveitam desta situação, levando a ocorrência de infecções. Ao aparecerem essas infecções, chamadas oportunistas, isto indica que a pessoa desenvolveu aids – Síndrome da imunodeficiência adquirida.

Todo portador do vírus HIV deve fazer acompanhamento médico para evitar o surgimento da aids. Quando ela se manifesta, os sintomas podem variar de manifestações como febre, diarréia, perda de peso ou doenças mais graves como tuberculose, alguns tipos de câncer, etc. Quando a doença se manifesta, deve ser iniciado o tratamento, com combinação de medicamentos chamados anti-retrovirais que não promovem a cura, mas ajudam a diminuir a quantidade de vírus no organismo, dando chance de aumentarem as células de defesas do corpo, deixando as pessoas mais protegidas das infecções.

É possível viver com o vírus HIV e com a aids. Entretanto, a prevenção das infecções oportunistas é importante e o uso do preservativo masculino ou feminino para que não se transmita o vírus para outros parceiros. A solidariedade é fundamental para que o portador do vírus consiga enfrentar a doença. O amigo, namorado, parente ou quem quer que seja, não é menos leal, verdadeiro e legal porque tem o HIV ou a aids.

Como saber se tem o HIV? Testar é importante e em especial para os indivíduos que têm ou tiveram relação sexual desprotegida sem o uso do preservativo.

Janela imunológica – após adquirir o vírus da aids, o indivíduo começa a produzir anticorpos para combater o vírus. Esses anticorpos demoram algum tempo para estarem em quantidade suficiente e serem detectados e medidos através dos testes usuais (ELISA anti-HIV). De um modo geral, o teste só consegue detectar o vírus se ele estiver presente há um mês ou até três meses, o que é chamado de "janela imunológica".

Como se transmite o HIV? Através do sexo sem proteção (vaginal, anal ou oral), uso compartilhado de agulhas e seringas (instrumentos pérfuro-cortantes médicos e odontológicos não esterilizados e agulhas de tatuagens e piercings), durante uma transfusão de sangue, de mãe, na gravidez, parto ou amamentação.

Como não se pega o HIV? O vírus se encontra nas secreções vaginais, no esperma e no sangue. Não atravessa a pele, nem sobrevive fora do organismo, no meio ambiente ou em superfície. Por isso não se pega HIV: no abraço, no beijo ou aperto de mãos, na piscina, no convívio social do dia-a-dia (trabalho, escola, visitas, reuniões), no vaso sanitário ou assentos de ônibus, nos copos, pratos e talheres, nos bebedouros, na tosse, espirro ou suor, em doação de sangue, pelo ar ou picadas de insetos.

O adolescente portador de HIV

- Pais e educadores devem ser informados de que a criança, o adolescente, ou jovem portador do vírus HIV tem garantido por lei, o direito à permanência na escola e à manutenção do sigilo acerca da sua condição.
- Devem também ser discutidas e implantadas nas escolas condutas de prevenção de caráter geral e não discriminatório.
- O adolescente soropositivo deve ser informado sobre os tratamentos existentes, as medidas preventivas contra as infecções oportunistas e a importância do uso de preservativos.
- Para o manejo clínico do adolescente portador do vírus HIV, consultar o Protocolo de Atendimento ao Portador do HIV da Coordenadoria de DST/Aids da SES/MG.

3.12 O ADOLESCENTE CUMPRINDO MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

É de grande importância a promoção da reinserção social e comunitária do adolescente que cumpre ou cumpriu medidas socioeducativas (adolescentes em conflito com a lei), devendo a equipe atuante nas unidades básicas de saúde e nos programas de saúde da família, estar pronta para exercer ações que permitam acolher o adolescente, prestar-lhe atendimento nas suas necessidades, estimulá-lo ao retorno às suas atividades escolares, participação em grupos de educação para a saúde e de outras atividades oferecidas na sua comunidade tais como grupos de apoio, oficinas ou atividades esportivas. Orientamos que, para a continuidade destas ações, torna-se importante o conhecimento do Manual de Procedimentos da Secretaria de Estado de Saúde no que se refere ao adolescente em conflito com a lei, seja cumprindo privação de liberdade, liberdade assistida ou semi-liberdade.

IV. O SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL

- O sistema de informação deve possibilitar o gerenciamento do processo de atenção integral à saúde do adolescente, permitindo monitorar a qualidade do atendimento ao longo de toda a rede, possibilitando a retro-alimentação para as equipes de saúde, através de um processo de comunicação horizontal e vertical.
- Dos itens a serem monitorados, destacam-se:

População-alvo

- Adolescentes de ambos os sexos de 10 a 20 anos incompletos, residentes no estado de Minas Gerais, atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde e pelas equipes dos PSF.
- Captar, acolher e inscrever os Adolescentes da área de abrangência da US, conforme a Linha-Guia de Atenção Integral à Saúde do Adolescente

Cobertura

- Acolher e inscrever 100% dos Adolescentes da área de abrangência da US que procurarem a Unidade de Saúde.

Assistência

- Realizar no mínimo 1 consulta médica por ano a 100% dos adolescentes inscritos no programa conforme Linha-Guia de Atenção Integral aos Adolescentes.
- Realizar 1 consulta de enfermagem/ano a 100% dos adolescentes inscritos no programa.
- Vacinar ou atualizar a vacinação de 100% dos adolescentes inscritos no programa, conforme Linha-Guia.
- Realizar atividades educativas para os adolescentes inscritos ou não no programa e seus familiares.
- Realizar 1/oficina/mês/2h para 100% dos adolescentes inscritos no Programa.
- Realizar 1/oficina/mês/2h para pelo menos 1 familiar dos adolescentes
- Encaminhar 100% dos adolescentes para os serviços de referência/ especialidades conforme a necessidade
- Encaminhar 100% dos adolescentes para os serviços de outras secretarias de acordo com a necessidade e/ou solicitação dos adolescentes
- Encaminhar para o Programa de Saúde Bucal da US 100% dos adolescentes inscritos no programa no mínimo 1 vez por ano
- Notificar 100% dos casos de violência contra crianças e adolescentes ao SOS Criança e ao Conselho Tutelar, conforme Protocolo de Rede de Proteção.

Saúde reprodutiva

- Captar e inscrever no pré-natal as adolescentes da área de abrangência da US a partir de 16 anos, usuárias do SUS.
- Captar e encaminhar para os serviços de referência as adolescentes grávidas, abaixo de 16 anos, usuárias do SUS.
- Realizar consultas médicas de pré-natal para as gestantes já inscritas no programa.
- Realizar consulta de Enfermagem para as gestantes adolescentes inscritas no programa.
- Realizar 7 consultas (Médico e Enfermeiro).
- Solicitar exames de apoio diagnóstico ao pré-natal e vacinação para as gestantes adolescentes conforme o Protocolo de Atenção ao Pré-natal, parto e puerpério da SES/MG.
- Realizar oficinas para as gestantes adolescentes durante o pré-natal, conforme esse Protocolo
- Identificar as gestantes adolescentes com risco nutricional (baixo peso e obesidade)
- Acompanhar no mínimo 90% das gestantes SUS adolescentes da área de abrangência da US a partir de 16 anos.
- Encaminhar 100% das adolescentes grávidas usuárias do SUS, abaixo de 16 anos da área de abrangência, conforme este Protocolo.
- Realizar no mínimo 4 consultas médicas de pré-natal para as gestantes adolescentes inscritas no programa residentes na área de abrangência da US, usuárias do SUS.
- Realizar no mínimo 3 consultas pelo Enfermeiro para as gestantes adolescentes inscritas no programa.
- Realizar no mínimo 7 consultas para gestantes adolescentes baixo risco na US, mínimo 1 consulta no 1º trimestre, 2 no 2º trimestre e 4 no 3º trimestre (vide Protocolo de Atenção ao Pré-natal , Parto e Puerpério da SES/MG.
- Solicitar exames de apoio diagnóstico ao pré-natal e vacinação para 100% das gestantes adolescentes conforme protocolo SES/MG.
- Realizar oficinas para 100% das gestantes adolescentes durante o pré-natal conforme esse protocolo.
- Realizar orientações sobre métodos contraceptivos e disponibilizar, de forma fácil e desburocratizada, condons para 100% dos adolescentes que optarem por esse método.
- Realizar acompanhamento de 100% dos bebês de pais adolescentes e de seus pais, no primeiro ano de vida, para os inscritos no Programa do Adolescente.

4.1 CONSTRUÇÃO DA PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO

- Como instrumento importante para o SIG, cada equipe de saúde deve construir a Planilha de Programação da Atenção à Saúde do Adolescente na sua área de abrangência, seguindo os seguintes passos descritos a seguir.

ATENÇÃO AO ADOLESCENTE DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	
CÁLCULO DA POPULAÇÃO-ALVO	
ADOLESCENTES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA	NÚMERO
ADOLESCENTES COM FATORES DE RISCO	NÚMERO

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO
Acompanhamento de todos os adolescentes (10 a 19 anos) da área de abrangência da UBS.	Realizar consulta de enfermagem e inscrever todos os adolescentes da área de abrangência no acompanhamento da UBS.	100% dos adolescentes realizam consulta de enfermagem e são cadastrados na UBS.
	Realizar consulta médica anual de acompanhamento para todo os adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos inscritos.	100% dos adolescentes de 10 a 19 anos inscritos realizam consultas médicas de acompanhamento.
	Promover a realização de grupos educativos voltados para os adolescentes e seus familiares.	100% dos adolescentes inscritos participam de grupos educativos, sendo estes: - realizados em outros equipamentos sociais, principalmente a escola; - conduzidos pelos profissionais destas unidades, capacitados pela equipe da UBS; - com participação no mínimo semestral dos profissionais da UBS; - com participação dos familiares no caso de adolescentes de 10 a 19 anos.
	Realizar imunização de todos os adolescentes inscritos.	100% dos adolescentes inscritos são imunizados com BCG, Anti-Hepatite B, Dupla Adulto, Tríplice Viral e Anti-Febre Amarela.

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO
Redução dos índices de gravidez na adolescência	Orientar todos os adolescentes participantes dos grupos educativos sobre sexualidade segura.	100% dos adolescentes participantes de grupos educativos, recebem orientação sobre sexualidade segura.
	Fornecer métodos anticonceptivos (preservativos masculinos e femininos e pílulas de baixa dosagem) para todos os adolescentes que manifestarem interesse.	100% dos adolescentes que manifestarem interesse recebem métodos anticonceptivos, sendo: - adolescentes do sexo feminino em consultas médicas programadas para a prescrição do método e em consultas de enfermagem, alternadas com as consultas médicas, para manutenção da prescrição; - adolescentes do sexo masculino nos grupos educativos.
Redução dos índices de obesidade na adolescência	Orientar todos os adolescentes participantes dos grupos educativos sobre alimentação saudável e obesidade.	100% dos adolescentes participantes de grupos educativos recebem orientação sobre alimentação saudável e obesidade.
	Identificar todos os adolescentes com sobrepeso e obesidade.	100% dos adolescentes com sobrepeso e obesidade identificados.
	Realizar ações de prevenção específicas para os adolescentes com sobrepeso dentro das atividades educativas e preventivas.	100% dos adolescentes com sobrepeso participam de ações específicas de prevenção.
	Realizar consultas de acompanhamento trimestrais, médicas e de enfermagem alternadas, para todos os adolescentes com obesidade.	100% dos adolescentes com obesidade acompanhados.
	Realizar encaminhamento para o serviço de referência de acordo com as indicações previstas no protocolo.	100% dos adolescentes dos adolescentes encaminhados quando houver indicação.
Redução dos índices de uso de substâncias lícitas ou ilícitas entre os adolescentes	Orientar todos os adolescentes participantes dos grupos educativos sobre uso substâncias lícitas ou ilícitas.	100% dos adolescentes participantes de grupos educativos recebem orientação sobre uso substâncias lícitas ou ilícitas.
	Identificar todos os adolescentes usuários de substâncias lícitas ou ilícitas.	100% dos adolescentes usuários de substâncias lícitas ou ilícitas identificados.
	Realizar atividades educativas específicas para os adolescentes com uso esporádico de substâncias lícitas ou ilícitas.	100% dos adolescentes com uso esporádico de substâncias lícitas ou ilícitas participam de atividades educativas específicas.
	Encaminhar todos os adolescentes com abuso ou dependência química para tratamento especializado.	100% dos adolescentes com abuso ou dependência química encaminhados para tratamento especializado.

4.2 OS ENDEREÇOS ELETRÔNICOS

No processo de educação permanente, cada vez mais, o profissional necessita ter acesso às informações em tempo real. Para tanto, disponibilizamos alguns endereços eletrônicos que contém dados sobre a saúde do adolescente:

- IBGE: www.ibge.gov.br Neste site, estão informações referente ao número de crianças (total, por faixa etária, por regiões, por municípios etc.)
- Datasus: www.datasus.gov.br
- Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/saude/
- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: http://www.saude.mg.gov.br
- Fundação HEMOMINAS: http://www.hemominas.mg.gov.br/
- Secretaria de Saúde do Estado do Ceará: www.saude.ce.gov.br
- Escola de Saúde Pública do Ceará: www.esp.ce.gov.br
- Fundação Carlos Chagas: www.fcc.org.br
- Faculdade de Medicina da UFMG – Departamento de Pediatria: www.medicina.ufmg.br/ped
- Acesse o www.google.br e digite palavras chaves de temas de seu interesse para obter excelentes referências.
- Paulo César Pinho Ribeiro: www.paulocesarpinhoribeiro.org

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

ADES, L; KERBAUYE; E. RODRIGUES, R. *Obesidade, realidades e indagações.* Psicol. USP, v.13, nº 1, 2002, p.197-216, 2002.

ANDRADE, R.G.; PEREIRA, R.A; SICHIERI, R. *Consumo alimentar de adolescentes*. Cad. Saúde Pública, v.19, nº5, Rio de Janeiro, set/out, 2003, p.1485-1495.

APOLINARIO, J.C.; BACALTCHUE, J. *Tratamento farmacológico aos transtornos alimentares*. Rev. Bras. Psiquiatria, v. 24, supl. 3, São Paulo, dez. 2002.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

BAETA, A.M. *Abuso e Violência Sexual.* Programa "Saúde na Escola" – Manual do Professor. Governo de Minas Gerais, junho de 2005.

BALLONE, G.J. *Transtornos alimentares*. In: psiqweb, internet disponível em http://www.psiqweb.med.br/anorexia.html. Revista em 2003.

BARBOSA, K. B. et. al. *Hábitos alimentares de adolescentes com sobrepeso e eutrofia assistidos por um programa específico no município de Viçosa*, MG. Rev . Nutr. Brasil, vol.3, nº1, jan/fev. 2004

BATISTA, F.M. *Alimentação, nutrição & saúde*. Capítulo, 15, p. 353-374, In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*, Medsi, 5ª ed., Rio de Janeiro, 1999.

BECKER, D. *O que é a adolescência*? São Paulo, Brasiliense, 1989.

BEMFAM. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. Rio de Janeiro, 1997.

BERENSON, A.B,; WIEMANN C.M. *Patient satisfaction and side effects with levonorgestrel implant (norplant) use in adolescents 18 years old or younger.* In: Pediatrics 1993; 92:257-60.

BRAGA, W.T.; SANTOS, S.M. *Programa "Saúde na Escola"* – Manual do Professor. Governo de Minas Gerais, junho de 2005.

BRASIL, *Estatuto da criança e do adolescente*. Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de atenção integral ao adolescente*. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de DST/Aids, Brasília, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas de atenção à saúde integral do adolescente*. Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, v.1,2,3,1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. *A adolescente grávida e os serviços de saúde no município*. Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Saúde do Adolescente*. Bases programáticas. 2ª edição, Brasília; 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa de Prevenção da Gravidez Precoce*. Brasília, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa de Atenção à Saúde do Adolescente.* Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira, Brasília. 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 3ª.ed., Brasília,1999.

BOOG, M. C.; VIEIRA, C. M.; OLIVEIRA, N. L.; FONSECA, O.; L'ABBATE, S. *Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes:* "Comer... o fruto ou o produto?". Rev. Nutr, Campinas, v.16, nº3, p.281-293, jul./set., 2003.

CANELLA, P. *Problemas da Sexualidade na Adolescência, Ginecologia e Obstetrícia Atual*. março, Ano VII, no. 3, 1998.

CHAVES, J. E. O. Políticas de juventude: evolução histórica e definição. In: *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento.* Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, 1999.

COROELLINI, J.V.F. *A puberdade*. Programa "Saúde na Escola" – Manual do Professor. Governo de Minas Gerais, junho de 2005.

CORRÊA, M. M. & COATES, V. Implicações sociais e o papel de pai. In: MAAKAROUN, M. F. *Tratado de Adolescência*: um Estudo Multidisciplinar. Cultura Médica, p. 407 – 413, Rio de Janeiro, 1991.

CRESPIN, J. *Gravidez e Abortamento na Adolescência* – Novos Dados, Velhos Desafios. Rev Paul Pediatr 16:197,1998.

CONTRIM, B. C. A Prevenção ao Uso Indevido de Drogas nas Escolas. In: SEIDL, E. M. F. (org.) *Prevenção ao Uso Indevido de Drogas*. Diga Sim à Vida. Brasília: CEAD/UnB; SENAD/SGI/PR, 1999.

DUNKER, K.L.L.; PHILIPPI, S.T. *Adolescentes*: Hábitos e comportamentos alimentares. Rev. Nutr, Campinas, v.16, nº1, p.51-60, jan/mar, 2003.

ERIKSON,E. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

FERRARI, C.L.M.; CALDEIRA, K.A.; SEKIYA, S.R.; SANTOS, V.L.C.C.R. *Aleitamento Materno*. Programa "Saúde na Escola" – Manual do Professor. Governo de Minas Gerais, junho de 2005.

FRANCISCHI, R. P.; PRADA, P.; OQUENDO L. F.; SANCHEZ, C.; et al. *Obesidade:* Atualização sobre sua etiologia e morbidade e tratamento. Rev. Nutr, v. 13, nº 1, p. 17-28, jan/abr. 2000.

FONSECA, V. M.; SICHIERI, R.; VEIGA, G. V. *Fatores associados à obesidade em adolescentes.* Rev. Saúde Pública, v.32, nº 6, p.541-549, 1998.

GUIMARÃES, L. V., BARROS, M. B. A. *As diferenças de estado nutricional em pré-escolares de rede pública e a transição nutricional*. Jornal de Pediatria; v. 77, nº 5, p. 381-386, 2001.

GRANDO, L. H.; ROLIM, M. A. *Transtornos alimentares*: desafio para a enfermagem. J.Bras. psiquiatr., v.11, p.521-528, 1999.

HAY, J. *Epidemiologia dos transtornos alimentares:* Estado atual e desenvolvimentos futuros. Rev. Bras. Psiquiatr., v. 24, supl. 3 , p.13-17, dez. 2002.

HALPEN, A.; MATOS, A.F.G.; SUPLICY, H.L.; MANZINI, M.C.; ZANULLA, M.T. *Obesidade*. Ed. Lemos Editorial, 1998.

HALPEN, A.; MANCINI, M. C. *Obesidade*. Rev. Brasileira de Medicina, v.56, p. 132-140, SP, dez. 1999.

IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional- MS/SE/Datasus, 2002. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exeibge/cnv/poppr.def

IV CONFERÊNCIA MUNDIAL DA MULHER. Declaração de Beijing. 1995. Disponível em: http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/index.html

KIRCHNER, U.L. et al. *Educação para a Saúde Bucal:* manual para o ensino na escola de primeiro grau (1ª a 4ª séries). Belo Horizonte: Editora UFMG/ISHIS, 1992.

LYRA, C. O. *Estado nutricional em escolares de Natal* – RN. IMIP, Natal/Recife, 2001.

MAAKAROUN, M.F. *O Desenvolvimento Psicológico do Adolescente*. Programa "Saúde na Escola" – Manual do Professor. Governo de Minas Gerais, junho de 2005.

MADEIRA, F; BERCOVICH, A. A Onda Jovem e Seu Impacto na População Economicamente Ativa Masculina em São Paulo. *Revista planejamento e políticas públicas*, Rio de Janeiro: n.8, Rio de Janeiro, jan./dez.1992.

MANNARINO, I. C. Obesidade. In: *Terapia nutricional*. Ed. Atheneu: SP, cap. 30, p. 240-245, 1999.

MANTOANELI, Graziela et al. *Educação Nutricional*: uma resposta ao problema da obesidade em adolescentes. Rev.Bras.Cresc.Desenv.Hum., v.7, nº2, p.85-93, São Paulo, 1997.

MARSHALL, W.A.; TANNER, J.M. Puberty. In: DAVIS, J.A., DOBBING, J. *Scientific Foundations of paediatrics*. Philadelphia, Saunders, 1974.

MARTINS, I. S.; FISCHER, F. M. et al. *Crescimento e trabalho de estudantes de ensino fundamental e médio em São Paulo*, Brasil. Rev. Saúde Pública, v.36, nº 1, p.19-25, 2000.

MELIN, P. ARAÚJO, A. M. *Transtornos alimentares em homens*: Um desafio no diagnóstico. Rev. Bras.Psiquiatr., v. 24 supl.3 , p. 73-76, dez 2002.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. *Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo* (1947-1996). Rev. Saúde Pública, v. 34, nº 6, supl, p.52-61, dez. 2000.

MORAES, J.C.; CUNHA, F.R.V. *Drogas e Álcool.* Programa "Saúde na Escola" – Manual do Professor. Governo de Minas Gerais, junho de 2005.

MORAES, J.C.; CUNHA, F.R.V. *Depressão na Adolescência*. Programa "Saúde na Escola" – Manual do Professor. Governo de Minas Gerais, junho de 2005.

MORAES, J.C.; CUNHA, F.R.V. *Suicídio na Adolescência*. Programa "Saúde na Escola" – Manual do Professor. Governo de Minas Gerais, junho de 2005.

MOSS, S.J. *Crescendo sem cárie*. São Paulo: Quintessence, 1996.

NIDA-EUA. *Levantamentos Domiciliares Sobre o Uso de Drogas*. 1991-1993.

NÓBREGA, F.J., BRASIL, A.L.D.; LOPES, F.A. et A.l. *Recém-Nascidos de Mães Adolescentes Brasileiras*. Antropometria e Outras Variáveis. International Society Pediatric Nutrition (Suppl.1): 31, 1991.

OLIVEIRA, M.T.C.; OLIVEIRA, F.A.F.; PINTO, V.H. *Sexualidade*. Programa "Saúde na Escola" – Manual do Professor. Governo de Minas Gerais, junho de 2005.

PAIVA, A.; CALDAS, M. L. C. S. & CUNHA, A. A. C. *Perfil Psicossocial da Gravidez na Adolescência*. In: MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A. &.

PAIVA, A. A.; RONDO. P.H.C., GUERRA, S. E. M. *Parâmetros para avaliação do estado nutricional de ferro.* Rev. Saúde Pública, v. 34, nº 4, p. 421-426, ago. 2000.

POLANECZKY M.O.; CONNOR, K. Pregnancy. In: Coupey SM. Primary Care of Adolescents Girls. Philadelfhia, Medical Publishers, p. 295-314, 2000. In: *Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência*. Ed Atheneu, 2001. p.78

POLI, M.E.H. Sexo seguro, atualização. *Femina*, nov/dez,. 1996, v. 24, no. 10.

RAMALHO, R. A.; SAUNDERS, C. *O Papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais.* Rev. Nutr., Campinas, v.13, nº1, p.11-16, jan/abr.,2000.

RAMOS, E.M.P. *Desenvolvimento da Identidade Sexual Erótica e Homossexualidade.* Trabalho apresentado na escola paulista de psicodrama.

REIS, J.T.L. *Anticoncepção na Adolescência.* Programa "Saúde na Escola" – Manual do Professor. Governo de Minas Gerais, junho de 2005.

Repercussões Nutricionais sobre o Crescimento do Adolescente. Disponível em: www.ufrnet.br Acesso em: 7 abr. 2004.

RIBEIRO, A. C. L. *Projeto de Vida e Gestação na Adolescência*: analisando sua ocorrência no contexto das relações. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Infância e Adolescência. Departamento de Psicologia. Universidade Federal do Paraná, 2002.

RIBEIRO, J.G.L.; LEMOS, J.A.C. *Vacinação na Adolescência.* Programa "Saúde na Escola" – Manual do Professor. Governo de Minas Gerais, junho de 2005.

RIBEIRO, P.C.P. *Prevenção da gravidez na adolescência* – uma visão interdisciplinar. Resumo do 56º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria, Curitiba, 1999, p. 73-77.

RIBEIRO, P.C.P.; FILHO, M.P. *A Consulta do Adolescente.* Documento Científico Adolescência, Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro, set. 1999.

RIBEIRO, P.C.P. *O uso indevido de substâncias:* esteróides anabolizantes e energéticos. Rev. Latino-americana de Adolescência, 1414-7130/2-97-101, março 2001.

SAITO, M.I.; SILVA, L. E. V. *Adolescência*. Prevenção e Risco. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 269-276.

SAITO, M.I. *Sex Education in school:* preventing unwanted pregnancy in adolescents. International Journal of Gynecology and Obstetrics 63, suppl. 1, 1998, S157-S160.

SARMENTO, R. Paternidade na Adolescência. In: *Adolescência:* Prevenção e Risco. Editora Atheneu, 2001.p 307-320.

SCHEBENDACH, J.; GOLDEN, Neville H. *Anorexia nervosa e Bulimia nervosa*. Capítulo 70, p.403-415. In: NÓBREGA, Fernando José. *Distúrbios da Nutrição*. Ed. Revinter: Rio de Janeiro, 1998.

SCHIERI, R. *Epidemiologia da obesidade*. Ed. UERJ: Rio de Janeiro, 1998.

SCIVOLETTO, S. T*ratamento psiquiátrico ambulatorial de adolescentes usuários de Drogas* – características sociodemográficas, a progressão do consumo de substâncias psicoativas e fatores preditivos de aderência e evolução no tratamento. São Paulo, 1977,127p.Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

SERAPIÃO, J.J. *A escola e a Educação Sexual dos Adolescentes*. Ginecologia e Obstetrícia Atual, agosto, ano VII, no. 8, 1998.

SIGULEM, D.M.; DEVINCENZI, M. U.; LESSA, A. C. D*iagnóstico do estado nutricional da criança e dos adolescentes.* Jornal de Pediatria, v. 76, Supl.3, 2000.

SILBER, T. G. *El embarazo em la adolescente*: uma nueva perspectiva. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas: Washington, DC: 1985. p. 232-239.

SILVA, E.S.R.; BRUNO, Z.V.; BEZERRA, M.F. e OLIVEIRA, F.C. *Anticoncepção na Adolescência* – importância da escolha. Ginecologia e Obstetrícia Atual, junho, ano V, no. 6, 1996.

SILVA, J.L.P. *Gravidez na Adolescência*: desejada x não desejada. Femina, novembro, 98, v. 26, no. 10.

SKUSE,D.H. *Child Sex Abuse in General Practice*: Recognition and Response. The Practitioner 231:706-11,1987.

SOARES, N.T.; W.G. PARENTE. *Desnutrição e resultados de reabilitação em Fortaleza*. Rev. Nutr., Campinas, v.14, nº 2, p.103-110, maio/ago, 2001.

TRINDADE, C. P. et al. *Piercing Oral*: Considerações Gerais e Relato de Casos Clínicos. Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê, v.6, n.31, p 203-209, maio/jun 2003.

VALENTE, F. L.S. *Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional*: O direito à alimentação adequada. Rev. Nutr. PUCCAMP, v.10, nº1, p.20-36, Campinas, jan/jun.,1997.

EQUIPE RESPONSÁVEL

COLEÇÃO SAÚDE EM CASA

Organizador

Marco Antônio Bragança de Matos

Consultora

Maria Emi Shimazak

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Coordenação e elaboração técnica

Paulo César Pinho Ribeiro

Participação especial

João Tadeu Leite dos Reis
Júlia Valéria Ferreira Cordellini

Colaboradores

Aléxia Machado Baeta
Benedito Scaranci Fernandes
Cleonice Liboreiro Motta Ferrari
Daniela Souzalima Campos
Fernanda Araújo Junqueira de Oliveira
Flávia Regina Viana cunha
Jandira A. Campos Lemos
José Cézar de Moraes
José Geraldo Leite Ribeiro
Karla Adriana Caldeira
Laura Fraga Tostes
Manoel Pitrez Filho
Maria Beatriz Monteiro de Castro Lisbôa
Maria Tereza da Costa Oliveira
Marília de Freitas Maakaroun
Marta Barbosa Burgarelli Romaneli Ribeiro
Sandra Maria Santos
Shigeru Ricardo Sekiya
Vanessa Henriques Pinto
Vera Lúcia Cristo Rezende dos Santos
Wanda Taulois Braga