



Saúde do Adolescente

Cristiane de Freitas Cunha Grillo
Matilde Meire Miranda Cadete
Roberto Assis Ferreira
Patrícia Regina Guimarães
Solange de Melo Miranda

Saúde do Adolescente

Cristiane de Freitas Cunha Grillo
Matilde Meire Miranda Cadete
Roberto Assis Ferreira
Patrícia Regina Guimarães
Solange de Melo Miranda

Belo Horizonte
Nescon UFMG
2011

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Pró-Reitor: Ricardo Santiago Gomez

Faculdade de Educação

Diretora: Samira Zaidan

Pró-Reitoria de Extensão

Pró-Reitora: Efigênia Ferreira e Ferreira

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Diretor: Emerson Silami Garcia

Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)

Coordenador: Fernando Selmar Rocha Fidalgo

Faculdade de Medicina

Diretor: Francisco José Penna

Escola de Enfermagem

Diretora: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Faculdade de Odontologia

Diretor: Evandro Neves Abdo

Projeto Gráfico

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Diagramação e Ilustrações

Alexander Torres

G859s Grillo, Cristiane de Freitas Cunha.
Saúde do adolescente / Cristiane de Freitas Cunha Grillo, Matilde Meire Miranda Cadete, Roberto Assis Ferreira, Patrícia Regina Guimarães e Solange de Melo Miranda. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.
80p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à estratégia de Saúde da Família.
ISBN: 978-85-60914-15-9

1. Saúde do adolescente. 2. Saúde da família. 3. Adolescência. 4. Atenção primária à saúde. I. Cadete, Matilde Meire Miranda. II. Ferreira, Roberto Assis. III. Guimarães, Patrícia Regina. IV. Miranda, Solange de Melo. V. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon). VI. Título.

NLM: WA 330
CDU: 613.9

Sumário

Apresentação dos autores	6
Apresentação do Programa Ágora - Especialização em Saúde da Família.....	7
Apresentação da Unidade Didática II	8
Introdução ao Módulo	10
Seção 1 – Adolescente e saúde	13
Parte 1 - Breve percurso conceitual sobre a adolescência	15
Parte 2 - Cenário atual e desafios	25
Seção 2 – O acompanhamento de saúde do adolescente	35
Parte 1 - Pontos que podem facilitar a relação entre o profissional de saúde e o adolescente	37
Parte 2 - O acolhimento	39
Parte 3 - Consulta e atendimento integral ao adolescente	41
Parte 4 - Questões específicas e frequentes na adolescência: o que fazer?	48
Seção 3 – A construção de vínculo entre o adolescente e a equipe de saúde da família ...	57
Parte 1 - Relação adolescente e profissional de saúde	60
Parte 2 - O trabalho com grupo	63
Parte 3 - O trabalho com a equipe interdisciplinar	69
Parte 4 - Ir ao adolescente	71
Conclusão do módulo	73
Referências	75

Apresentação dos autores

Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Professora Associada do Departamento de Pediatria. Pós-doutora pela Universidade de Barcelona - Espanha. Coordenadora do Núcleo de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Patrícia Regina Guimarães

Médica de Adolescentes do Núcleo de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutoranda em Saúde da Criança e do Adolescente. Pediatra da Prefeitura de Belo Horizonte. Presidente do Comitê de Adolescência da Sociedade Mineira de Pediatria.

Matilde Meire Miranda Cadete

Professora. Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Coordenadora da Unidade III do CEABSF. Professora do Mestrado profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário UNA.

Solange de Melo Miranda

Médica pediatra. Especialista em Medicina do Adolescente e em Educação em Saúde Pública. Membro do Núcleo de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Vice-coordenadora do Projeto de Trabalho com Grupos de Adolescentes do Núcleo de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG).

Roberto Assis Ferreira

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria. Professor Emérito da UFMG. Médico Psicanalista. Coordenador do Núcleo de Investigação e Pesquisa em Psicanálise e Medicina do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental da EBP-MG. Membro do Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia e do Núcleo de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Apresentação do Programa Ágora

Especialização em Saúde da Família

O Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon)/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e da Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Sgetes)/Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) – e pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil.

O curso integra o Programa Ágora do Nescon e, de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional, articula ações de ensino – pesquisa – extensão. Além do Curso, o Programa atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

É direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e outros integrantes de equipes de Saúde da Família. O curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de educação a distância.

Cadernos de Estudo e outras mídias, como DVD, vídeos, com um conjunto de textos especialmente preparados, são disponibilizados na biblioteca virtual, como ferramentas de consulta

e de interatividade. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Os textos que compõem o Curso são resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG, de outras universidades e do serviço de saúde. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como na vivência profissional.

A perspectiva é que este curso de especialização cumpra importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vista à consolidação da Estratégia Saúde da Família e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade e qualidade.

A coordenação do CEABSF oferece aos alunos que concluírem o curso oportunidades de poder, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas, consulte:

Programa Ágora: www.nescon.medicina.ufmg.br/agora
Biblioteca Virtual: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Apresentação da Unidade Didática II

Disciplinas optativas

A Unidade Didática II (UDII) do Curso de Especialização em Saúde da Família, da qual faz parte esta publicação, é formada por módulos relativos a disciplinas optativas, entre as quais você pode escolher um número suficiente para integralizar 180 horas (12 créditos). Com as 180 horas (12 créditos) de disciplinas obrigatórias cursadas na Unidade Didática I, fica completado o mínimo de 360 horas (24 créditos) necessário à integralização da carga horária total do Curso.

Nesta UD II, o propósito é possibilitar a você atender as suas necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS), por meio da estratégia Saúde da Família.

O leque de ofertas é amplo na UD II. Envolve disciplinas de 60 horas – saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde bucal, saúde do adulto, urgências e saúde mental – disciplinas de 30 horas, que visam às necessidades profissionais específicas – como saúde da criança: doenças respiratórias, agravos nutricionais; saúde do trabalhador educação física, entre outras.

Endemias e epidemias são abordadas em disciplinas que desenvolvem aspectos da Atenção Básica para a leishmaniose, dengue, tuberculose, hanseníase, etc.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais – como saúde ambiental – também são abordadas em disciplinas específicas. A Família como foco da Atenção Básica é uma das disciplinas da UD II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço da equipe de Saúde da Família, e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática profissional e para os aspectos metodológicos, duas disciplinas são sugeridas a todos os alunos, entre as disciplinas optativas: Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço e Projeto social: saúde e cidadania.

Para atender bem às necessidades pessoais, sugere-se que você, antes da opção de matrícula nessas disciplinas, consulte seus conteúdos disponíveis na biblioteca virtual.

Esperamos que a UD II seja compreendida e utilizada como parte de um curso que representa mais um momento de seu processo de desenvolvimento e de qualificação constantes.

Para informações detalhadas consulte:

Programa Ágora: www.nescon.medicina.ufmg.br/agora

Biblioteca Virtual: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Introdução ao Módulo

Saúde do Adolescente

Este módulo intenciona motivá-lo à reflexão e ao desejo de atender ao adolescente e ao jovem de forma integral e acolher também a família, que se angustia com a adolescência do filho, do irmão, do neto. Para tal, busca prepará-lo para uma atenção inserida em um contexto social, político, cultural e econômico. Ousa, ainda, abrir uma janela de escuta, para que se possa atender às suas queixas ou às queixas dos pais, da escola, com suas questões, com sua adolescência, sem deixar de lado a avaliação do crescimento, da puberdade e as ações de promoção da saúde.

Diante dos desafios e impasses, discutir ainda mais com a equipe de Saúde da Família, com os profissionais de referência, como a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os especialistas disponíveis na rede de saúde.

Faremos um breve percurso conceitual sobre a adolescência, seus cenários e desafios, a consulta do adolescente, a construção do vínculo entre o adolescente e a equipe de Saúde da Família e o processo de trabalho da equipe interdisciplinar.

Acreditamos que as ações e recomendações pontuadas neste módulo poderão possibilitar-lhe o desenvolvimento de habilidades necessárias a todo profissional de saúde que deseja atender a adolescentes, especialmente os que atuam na atenção primária à saúde, para que as ações estruturadas à prevenção e promoção da saúde do adolescente sejam resolutivas.

Por meio deste módulo esperamos colaborar com você, no seu ambiente de trabalho, para que possa organizar melhor as ações de sua equipe para o atendimento e acompanhamento dos adolescentes e jovens da sua área de abrangência. Nesse sentido, preparamos fóruns de discussão que permitirão trocas de informações, conhecimentos e revisão entre profissionais em formação e tutores, inclusive, de ações propostas no seu local de atendimento, além de várias atividades relacionadas ao seu dia-a-dia nos serviços de saúde. Assim, torna-se de fundamental importância que você programe algum tempo para discutir com sua equipe algumas atividades que serão propostas ao longo do módulo.

É também importante, que você mobilize sua equipe para que possam desenvolver um trabalho coeso e integrado. Colocamos também à sua disposição alguns vídeos que contribuirão no estudo do crescimento, desenvolvimento e atendimento ao adolescente.

Para tal, dividimos este módulo em três seções, para facilitar os seus estudos, a saber:

Seção 1- Adolescência e saúde

Seção 2 - O acompanhamento de saúde do adolescente

Seção 3 – A construção do vínculo entre o adolescente e a equipe de Saúde da Família.

Ao final deste módulo espera-se que você seja capaz de:

- Compreender o conceito e as peculiaridades da adolescência, conhecer o cenário atual da saúde do adolescente no Brasil com seus desafios.
- Saber conduzir o acompanhamento de saúde do adolescente na Unidade Básica de Saúde.
- Atender o adolescente, contemplando os aspectos biológicos, emocionais e sociais.
- Elaborar estratégias para criar e fortalecer o vínculo do adolescente com a equipe de saúde.

A clínica do adolescente é instigante e inovadora, como o adolescente!
Bem-vindos ao módulo. Bem-vindos a essa clínica!



Seção 1

Adolescência e Sistema de Saúde

No Brasil, observa-se, a partir das últimas décadas, a preocupação dos responsáveis pela formulação de políticas governamentais com a população de adolescentes e jovens.

É reconhecido internacionalmente que o Brasil possui uma das legislações mais avançadas do mundo no que diz respeito à proteção integral de crianças e adolescentes e ao plano das políticas relacionadas à saúde do adolescente e do jovem. As legislações citadas anteriormente focalizam a descentralização política e administrativa no que se refere à saúde do adolescente e do jovem e convoca a participação da sociedade na formulação das políticas. Busca-se, dessa forma, instrumentalizar e possibilitar melhor articulação institucional e promover o desenvolvimento de programas e ações que respondam às necessidades da realidade local, sob a égide da proposta nacional.

Assim, nesta primeira seção, vamos abordar a adolescência num entendimento amplo – como diz o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2009a), considerando os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, mas focando-se nos aspectos mais diretamente ligados à saúde, definindo os conceitos relativos ao processo de adolescer e os principais impasses no campo da saúde vinculados a essa faixa, além da apresentação do cenário de saúde do adolescente.

Ao final desta seção, você será capaz de:

- Compreender os conceitos de adolescência e de puberdade.
- Analisar o cenário atual da saúde do adolescente no Brasil.
- Obter dados sobre a saúde do adolescente na área de abrangência da sua equipe de Saúde da Família.

Parte 1

Breve percurso conceitual sobre a adolescência

Vamos, nesta parte 1, rever os conceitos sobre adolescência, puberdade e a representação populacional.

Conceitos

Adolescência e puberdade são termos que expressam conceitos distintos. A **adolescência** pode ser entendida como o processo de passagem da vida infantil para a vida adulta e tem sua conceituação sustentada mais na Psicologia e na Sociologia. Esse processo tem caráter histórico e significados diferentes em diversas classes sociais, épocas e culturas. Para a Psicanálise, a adolescência seria uma questão psíquica, uma resposta subjetiva à invasão do corpo pela puberdade.

A **puberdade**, como conceito, tem sua origem na realidade biológica, compreende o conjunto das transformações somáticas que marcam o final da infância, sobretudo o surgimento dos caracteres sexuais secundários.

Adolescência

O conceito contemporâneo de adolescência é relativamente recente e supre, até certo ponto e de forma singular, os ritos de passagem da infância para a vida adulta, ou seja, aqueles mecanismos da cultura que permitem uma resposta coletiva aos desafios provenientes do corpo e da sociedade, com a entrada da puberdade. Esse período da vida equivalente ao que, na atualidade, se entende por adolescência, era bem mais curto em outros momentos e ambientes culturais. No mundo atual, globalizado, há a tendência a se ampliar o intervalo entre a infância e o lugar do adulto na sociedade, alongando-se, assim, a adolescência.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985) entende por adolescência a faixa etária entre 10 e 20 anos (exclusiva), um período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento e por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Esse período é o utilizado na Caderneta do Adolescente. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em vigor desde 1990, define a adolescência como a faixa etária compreendida entre 12 e 18 anos. O conceito da OMS é o mais usado no campo da saúde pública e o do ECA no campo jurídico.

Neste módulo, vamos trabalhar com a **adolescência como o tempo dos 10 aos 20 anos**, dividido em três etapas, que não devem ser entendidas como padrão:

- **Adolescência inicial:** dos 10 aos 14 anos - o indivíduo começa a apresentar modificações do próprio corpo e terá de conviver com elas; em geral, o adolescente permanece circunscrito ao ambiente familiar e há, ainda, poucos esforços de sua parte em estabelecer separação dos pais.
- **Adolescência média:** dos 14 aos 16 anos - época em que existe grande preocupação com a imagem corporal; há identificação com o grupo de iguais e os conflitos familiares são frequentes; a sexualidade, em geral, é, ainda, autoerótica, mas há franco interesse pelo sexo e muitos fazem sua iniciação sexual nesse momento.
- **Adolescência final:** dos 17 aos 20 anos - momento em que é frequente a preocupação profissional e econômica; os relacionamentos são mais afetuosos, os namoros são mais frequentes e pode haver mais integração entre afeto e erotismo; nesse período, os valores e comportamentos estabelecidos podem ser bem próximos dos da vida adulta.

Os processos biológicos da puberdade são universais, mas o modo como são vivenciados pelo adolescente e como são encarados pelos adultos é extremamente variável. Esse período da vida tem sua exteriorização característica no marco sociocultural em que o adolescente se desenvolve. Embora seja um fato da natureza que a criança se transfor-

me em adulto, a maneira como essa passagem é efetuada varia de uma sociedade para outra e, até, em uma mesma sociedade. Pode-se, desse modo, falar em “adolescências”.

São condições necessárias ao bom desenvolvimento da criança e do adolescente o incentivo à participação social e o desempenho de tarefas adaptadas à capacidade de cada faixa etária, além de um ambiente de segurança social e emocional.

Para refletir...

Em nossa cultura são dogmas: a criança não tem sexualidade, deve ser protegida especialmente de fatos tristes e deve obedecer. Paradoxalmente, valoriza-se um adulto com desempenho sexual bem definido, que enfrente os embates da vida sem apresentar qualquer fraqueza psíquica e que saiba se fazer obedecer.

Como estimar sua população de adolescentes

Para você estimar sua população de adolescentes: eles correspondem a aproximadamente 18% da população do Brasil (IBGE, 2010), variável segundo regiões e municípios. Assim, uma equipe de Saúde da Família, com cerca de 4.000 pessoas adscritas, terá 360 adolescentes entre 10 e 15 anos e 360 entre 15 e 20 anos.

População residente, por grupo etário de 10 a 20 anos e região do país, segundo o Censo de 2010.

Região	10 a 15	%	15 a 20	%	10 a 20	%
Brasil	17.166.761	8,99	16.990.870	8,90	34.157.631	17,89
Norte	1.756.264	11,07	1.644.489	10,36	3.400.753	21,43
Nordeste	5.246.090	9,88	5.137.131	9,67	10.383.221	19,55
Sudeste	6.620.412	8,23	6.594.988	8,20	13.215.400	16,43
Minas Gerais	1.688.160	8,61	1.719.275	8,77	3.407.435	17,38
Sul	2.290.637	8,36	2.349.554	8,57	4.640.191	16,93
Centro-Oeste	1.253.358	8,91	1.264.708	8,99	2.518.066	17,90

Fonte: IBGE, (2010).

Puberdade

A puberdade é o processo de mudanças corporais, mediadas pela ação dos esteroides gonadais e adrenais.

O eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal apresenta-se ativado nos dois primeiros anos de vida. Essa ativação pode ter expressão clínica, em alguns indivíduos. Nestes, podem-se observar telarca (definida como o aparecimento das mamas), leucorreia ou sangramento vaginal. Depois, o eixo passa por um período de quiescência até a puberdade,

quando o hipotálamo começa a produzir e a secretar, de forma cíclica, o hormônio liberador das gonadotrofinas (GnRH). O GnRH estimula a síntese hipofisária do hormônio luteinizante (LH) e do hormônio folículo-estimulante (FSH). A liberação pulsátil das gonadotrofinas estimula a produção gonadal de esteroides (testosterona ou estrógeno). Essa ativação é denominada gonadarca. A ativação do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal - adrenerca - habitualmente, precede a gonadarca. Os esteroides gonadais e adrenais são os responsáveis pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários: telarca - desenvolvimento da mama -, pubarca (aparecimento dos pelos pubianos) e modificação da genitália (BRASIL, 2010).

A puberdade inicia-se, em média, entre 10 e 11 anos na menina e 12 a 13 anos no menino, seguindo uma sequência de eventos mais ou menos constante e com duração total aproximada de quatro a cinco anos. A evolução de uma fase a outra dura aproximadamente seis meses.

Nas meninas, o primeiro sinal da puberdade observado é, comumente, a telarca. Concomitantemente, leucorreia fisiológica é relatada por muitas meninas e resulta da descamação das células vaginais sob estímulo estrogênico. Posteriormente, há a pubarca e o aparecimento dos pelos axilares. A pubarca pode ser o primeiro sinal observado em cerca de 10% das meninas saudáveis.

Nos meninos, o aumento testicular é o primeiro sinal puberal detectado. A medida do volume testicular é feita, de maneira simplificada, com o auxílio do orquidômetro de Prader. Em seguida, há o crescimento do pênis, a pigmentação do escroto e o aparecimento dos pelos pubianos, axilares e faciais. A voz sofre mudanças e a acne pode surgir. A ginecomastia, caracterizada pelo surgimento de mamas nos meninos, é um evento comum e que frequentemente acarreta sofrimento para o indivíduo. Habitualmente, a regressão do quadro ocorre em um período de até três anos. A ginecomastia deve ser diferenciada da lipomastia, que acontece em casos de obesidade, por aumento do tecido celular subcutâneo, apresentando-se de consistência mole à palpação.

Figura 1 - Orquidômetro



Foto: Arquivo Nescon

O momento de início do desenvolvimento puberal apresenta variações individuais, havendo, também, diferenças entre as populações. Estudos brasileiros e americanos, entre outros, mostram que a menarca inicia, em média, aos 11 anos e os meninos começam a apresentar caracteres sexuais secundários a partir de nove anos de idade. Além disso, as crianças podem apresentar características sexuais isoladas e de forma não progressiva, caracterizando formas variantes da normalidade (telarca ou pubarca isoladas).

O desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e a progressão da puberdade podem acontecer, de maneira fisiológica, mais precocemente ou mais tardiamente. A puberdade fisiológica pode ter início entre sete e 14 anos, sendo que a ocorrência da menarca entre oito e 10 anos e meio caracteriza a puberdade fisiológica adiantada e entre 13 e 17 anos a puberdade fisiológica tardia. Nessas situações limites, a supervisão estrita torna-se imprescindível.

Na puberdade, há um período de aceleração da velocidade de crescimento denominado estirão puberal. O estirão compreende o crescimento do esqueleto e dos órgãos internos, com alteração das proporções corporais. Nesse momento verifica-se o pico de aquisição da massa óssea, responsável, em parte, pela aquisição de 45% da massa óssea total. Ocorrem mudanças na composição corporal, com aumento da gordura especialmente nas meninas e dos músculos especialmente nos meninos.

O desenvolvimento dos sistemas circulatório e respiratório resulta no aumento de força e resistência. Esse processo é mediado pela ação dos esteroides gonadais, hormônio de crescimento (GH) e hormônios tireoidianos. Durante a puberdade, há ganho de aproximadamente 50% do peso e 20% da altura do adulto. A aceleração da velocidade de crescimento é evento precoce durante a puberdade no sexo feminino; o início é entre os estágios dois e três de Tanner. Já no sexo masculino é evento tardio, ocorrendo a partir dos estágios três e quatro de Tanner.

Figura 2 - Critérios de Tanner - Feminino

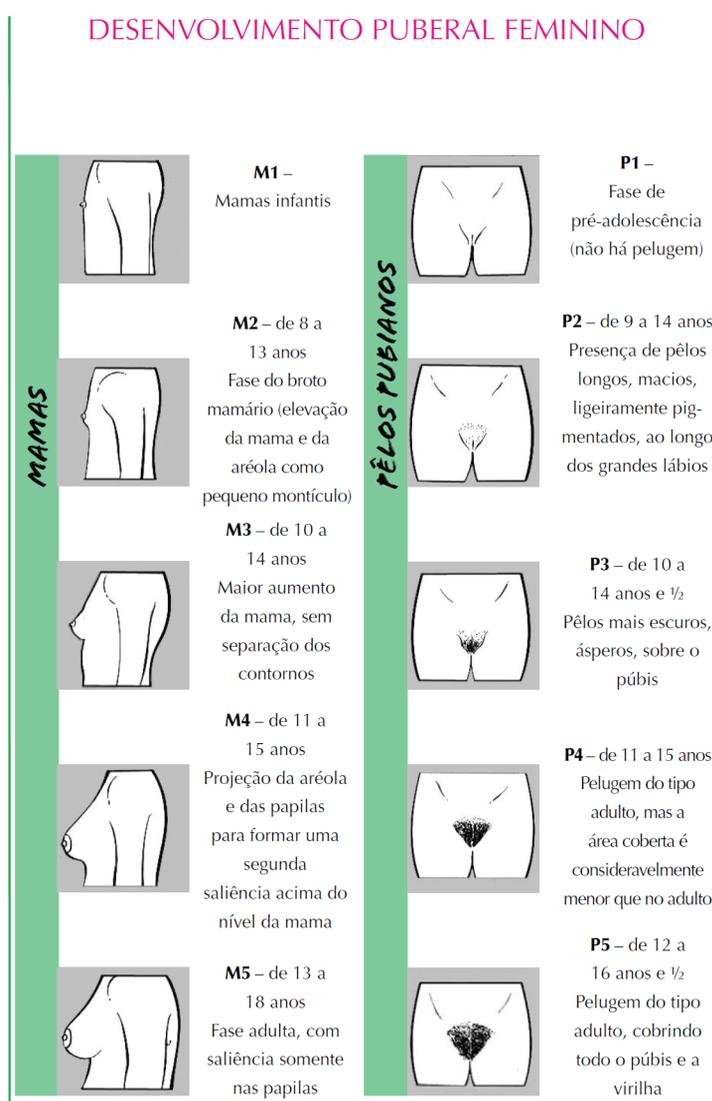
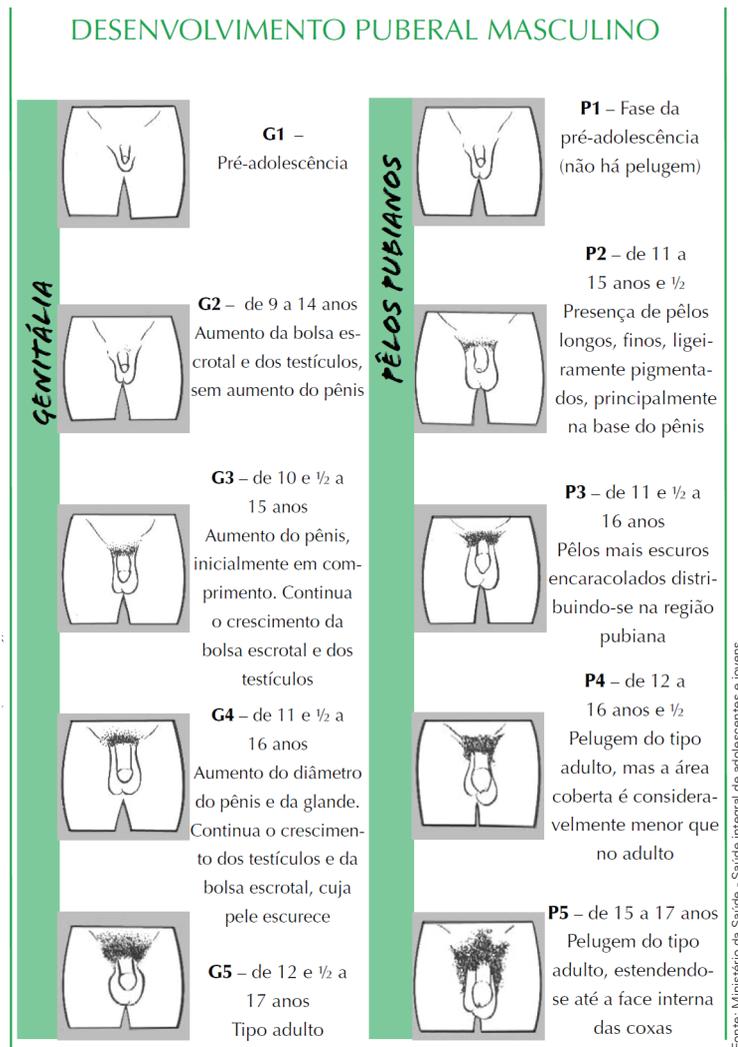


Figura 3 - Critérios de Tanner - Masculino



A amplitude do estirão é maior nos meninos; durante todo o processo puberal as meninas podem crescer até 20 cm, enquanto os meninos chegam a 30 cm. O pico de velocidade nas meninas acontece antes da menarca, com velocidade de crescimento média de 8 a 9 cm por ano. Após a menarca o crescimento médio é de aproximadamente 6 a 8 cm até a altura final. Nos meninos, a média durante o pico da velocidade de crescimento é de 10 a 12 cm por ano. A maturação óssea acompanha o processo, evoluindo até o fechamento completo das epífises, com cessação do crescimento estatural.

Na adolescência, além das transformações pubertárias, há mudanças

Para saber mais...

Uma das perguntas dos adolescentes, ou dos pré-adolescentes, é quando podem fazer musculação. Como responder?

Tanto crianças quanto adolescentes se beneficiam da prática de musculação, desde que respeitadas as limitações maturacionais de cada faixa etária (leia mais sobre o assunto em: musculação para crianças e adolescentes: bom ou ruim?).

Disponível em: <<http://www.confef.org.br/extra/noticias/conteudo.asp?id=396>>

Uma PRECAUÇÃO: a cada dia mais jovens desejam um resultado rápido da musculação e se expõem a riscos na sua saúde e na mudança do corpo. Não há diferença de classe social, o uso é indiscriminado; crianças entre nove e 13 anos de idade já têm acesso e as academias são as grandes responsáveis pela distribuição. Leia no módulo de educação física: atenção à saúde da criança e do adolescente, p. 53.

Fonte: COUTO, Ana Cláudia Porfírio; SOUSA, Gustavo de Sena. *Educação Física: atenção à saúde da criança e do adolescente*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. 64p.

psicológicas, cognitivas e sociais, o que contribui para que esse período seja de suma importância para o ser humano. Ao se atender o adolescente, é necessária a compreensão dessas particularidades, além de procurar conhecer o cenário familiar e sociocultural, o que permite avaliar o quadro que se desenha, a partir do contato com o adolescente e a família.

Sob o ponto de vista psicológico, o adolescente vivencia um processo semelhante ao luto, ocasionado por perdas que a ele se impõem como as relativas ao seu corpo e à queda das idealizações da infância; estas envolvem os pais, a visão do mundo e as suas expectativas. As respostas que ele apresenta podem ter caráter depressivo ou levar a atuações: atos violentos, fracasso escolar, adesão às drogas, transtornos alimentares, etc.

As mudanças corporais, inevitáveis e que escapam ao seu controle, obrigam-no a refazer progressivamente sua imagem corporal. De forma singular, em grau variável, pode haver dificuldade em conviver com esse corpo que se modifica e que adquire outro estatuto, para ele e na relação com o outro.

O enfraquecimento das idealizações da infância impulsiona para a separação simbólica e real, entre pais e filhos. Essa situação é vivida bilateralmente, com ambivalência e conflitos. Pais e filhos, ao mesmo tempo, desejam e temem a separação. Os pais, nesse momento, passam a sofrer críticas e questionamentos e o jovem tende a procurar outras referências no mundo externo, que podem ser de oposição frontal aos ideais paternos.

A sexualidade, mantida em relativo silêncio por alguns anos, após o autoerotismo dos primeiros anos da infância, agora irá se manifestar com intensidade. Para o ser humano há uma dimensão traumática na sexualidade e o seu despertar na adolescência. Por mais que tenha sido precedido de informações educativas, será sempre o de uma experiência particular. Há uma falta central na sexualidade humana, quando comparada à sexualidade animal. E o encontro com o outro sexo é sempre faltoso, frustrando a expectativa de completude do jovem. Não é rara a ocorrência de condutas sintomáticas ou mesmo de quadros patogênicos.

Habitualmente, os comportamentos sexuais exibem grande variedade de expressão, como inibição, fantasias, atividades autoeróticas, jogos eróticos, carinhos, até o desejo sexual mais intenso e a relação genital. Estados de angústia podem advir por insegurança e indefinição sexual, na maioria das vezes assentadas na fantasia e na pouca experiência com o próprio corpo e com o do outro.

Na adolescência, os desafios da sexualidade e da separação dos pais podem estar no centro de uma vida psíquica conturbada por dificuldades

e sofrimentos. Os comportamentos sintomáticos merecem atenção e exigem acompanhamento para se excluírem processos psicopatológicos. São comuns quadros ora de ansiedade, ora de depressão, comportamentos ora de agitação motora ora de intelectualização ou de construção de fantasias. Também não são raras atitudes de protesto, de confronto com os pais, tendência a propor reformas no mundo externo, posturas pouco sociais e atitudes místicas.

O deslocamento da posição infantil para esse lugar pouco definido da adolescência pode ser acompanhado por medos e inseguranças. A elaboração de novos semblantes leva tempo. Há dificuldades em cumprir as próprias expectativas e aquelas que vêm do mundo adulto, levando o jovem a posturas contraditórias. Essa instabilidade, frequente na adolescência, deve dar lugar a trabalho de elaboração psíquica, o que permite gradativamente um processo de passagem, entretanto, sempre há aumentado risco de desencadeamento de quadros patogênicos.

Sob o ponto de vista cognitivo, a adolescência se caracteriza pela conquista do pensamento formal, o que coloca o jovem frente a uma série de possibilidades intelectuais até então não vislumbradas. Essa conquista facilita sua inserção no mundo adulto e abre caminho para ele próprio buscar seu desenvolvimento. Por outro lado, no mundo de hoje, há forte exigência no campo educacional; e atender às próprias idealizações e as dos pais é fonte também de grandes tensões.

Quanto à socialização, como tendência, há progressivo afastamento dos pais e deslocamento para o grupo de amigos e para espaço social mais amplo. Esse é um dos grandes desafios da adolescência, o que nem sempre é realizado de forma tranquila por todos. Porém, é no grupo que todos se identificam com cada um, havendo obediência às regras grupais, o que pode ser observado pela forma de vestir, de falar, pelos costumes e pelas preferências. O grupo é de grande importância na busca da individualidade e pode funcionar como um intermediário entre a família e o mundo externo.

Assim, conforme descrito nos parágrafos anteriores, a busca pela identidade, a tendência grupal, as crises religiosas, as contradições, a necessidade de intelectualizar e fantasiar, a atitude social reivindicatória, as constantes variações de humor, a separação progressiva dos pais e a evolução da sexualidade são fenômenos, até certo ponto, esperados e, inclusive, necessários na adolescência. No entanto, dependendo de sua intensidade, devem ser avaliados em cada caso.



Atividade 1

FÓRUM

Começando a discussão sobre saúde do adolescente

Você saberia informar quantos adolescentes há na sua área de abrangência?

O que significa, em termos percentuais?

Você já atendeu algum adolescente? O que você diria sobre sua experiência com o atendimento a adolescentes?

Considerando sua formação profissional (graduação, especialização, etc.) até esse momento, você acha que seus conhecimentos sobre saúde do adolescente são adequados?

Você poderia localizar e listar necessidades na sua formação, concernente ao atendimento a adolescentes?

E de sua equipe? Discuta com ela e relacione.

Poste suas observações no Fórum, leia e discuta as informações e opiniões dos colegas e faça seus comentários.

Parte 2

Cenário atual e desafios

Nessa parte, o objetivo é conhecer as principais políticas públicas de saúde, educacionais e assistenciais relacionadas ao adolescente, os desafios e perspectivas em relação à saúde do adolescente.

Políticas públicas relacionadas à saúde do adolescente

A saúde do adolescente, em diversos países, vem merecendo crescente atenção após a Segunda Guerra Mundial. No Brasil, a discussão sobre os serviços de saúde destinados a essa faixa etária resultou, em 1989, no Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que enfatiza o acompanhamento de saúde do adolescente na perspectiva interdisciplinar e intersetorial. Trata-se de um Programa com o principal objetivo de oferecer atendimento fundamentado numa política de promoção de saúde, de identificação de riscos e detecção precoce dos agravos, com tratamento e reabilitação (BRASIL, 1989).

Praticamente contemporânea é a Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 1990, que regulamenta a disposição constitucional da saúde como um direito social, independentemente de contribuição, criando o Sistema Único de Saúde (SUS).

A publicação “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde”, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), confirma e sistematiza as questões abordadas. Entretanto, há importante dissociação entre projetos sociais e de saúde na área pública e a possibilidade concreta de realizá-los. Em especial, há desencontro entre o que se oferece e aquilo que é capaz de atrair o adolescente para o acompanhamento de sua saúde.

O PROSAD, a LOS e as Diretrizes indicam que devem, em sua im-

plementação, ser respeitados os princípios da integralidade e da multidisciplinaridade, em sintonia com as diretrizes do SUS, além de prestar colaboração com áreas afins na implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) nos âmbitos federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990). Esse Estatuto reconhece todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e deveres, tanto nas diversas condições sociais quanto nas individuais.

No campo da educação, ressalta-se a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) de 1996, que regulamenta o direito à educação como política pública para todo cidadão.

É importante ressaltar a relevância do Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007 como estratégia intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação. Esse programa tem como perspectiva ampliar as ações específicas de saúde aos alunos e alunas da Rede Pública de Ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e Educação de Jovens e Adultos (EJA). O PSE também trabalha para integrar as redes de serviços do setor educação e do SUS nos territórios, buscando fortalecer e manter articulação entre as escolas públicas e as Unidades Básicas/ unidades de saúde da família, por meio da realização de ações dirigidas aos alunos.

Outra política que deve ser destacada é a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de 1993, que regulamenta o direito constitucional à assistência social do Estado e garante proteção especial à adolescência.

O investimento na educação de adolescentes é relevante e urgente, como evidenciado pelos dados do IBGE. Entre os jovens brasileiros de 15 a 24 anos, verifica-se diminuição do analfabetismo no período compreendido entre 1996 e 2006 (IBGE/PNAD, 2006). No entanto, ainda é preocupante o analfabetismo funcional, com taxas significativas acima de 15 anos de idade. Para a população adolescente e jovem, os dados indicam que, apesar da melhora do acesso escolar dos cinco a 18 anos, na faixa etária de 18 anos ou mais, foi constatado que essa população tinha escolaridade insuficiente, com as disparidades regionais chamando a atenção.

Destaca-se, ainda, o Projeto ACOLHER, criado por meio da parceria com o Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde - Área de Saúde Adolescente e do Jovem e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) -, que tem como objetivo geral propor e desenvolver ações integradas que propiciem transformações no modo de pensar/fazer Enfermagem na sua prática cotidiana, renovando seu compromisso com a integralidade

da assistência do adolescente. O ACOLHER foi erigido a partir da compreensão da relação da enfermagem com o adolescer como um encontro, sendo esse o fio condutor de toda a publicação. Dessa forma, aborda-se o encontro que se dá entre uma enfermagem questionadora e a realidade do adolescente, com foco no processo de adolescer, e de um adolescente situado e problematizado no contexto contemporâneo. Em sequência, apresenta-se o encontro “que não um encontro qualquer”, porque se intenciona compreender a realidade desse adolescente inserido nos diversos espaços onde a enfermagem possa acolhê-lo. Esse encontro busca aprofundamento nas vivências e necessidades do adolescente e a construção de propostas de ação.

A implementação da caderneta de saúde do adolescente, lançada em 2009, tem sido acompanhada pela capacitação dos profissionais da rede de saúde e de ações articuladas com as escolas. Ela foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde visando apoiar o acompanhamento de meninos e meninas entre 10 e 19 anos na fase de mudanças e descobertas próprias da adolescência. Dessa forma, reúne informações sobre mudanças corporais, saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, alimentação e prevenção de doenças. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens, construiu as cadernetas para o sexo feminino e para o masculino para subsidiar o trabalho nas equipes e unidades de saúde.

Para saber mais...

Para saber mais a respeito do **Projeto ACOLHER**, acesse o site. Conheça a publicação Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_16.pdf>

Sugestão de leitura: não deixe de conhecer esses documentos

Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010).

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_nacionais_adoles_jovens_230810.pdf>

Atenção à Saúde do Adolescente (MINAS GERAIS, 2006).

<<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaSaudeAdolescente.pdf>>

Caderneta de Saúde do Adolescente

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_meninos.pdf>

Caderneta de Saúde da Adolescente

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_meninas.pdf>

Figura 4 - Capas das Cadernetas de Saúde (do Adolescente e da Adolescente)



Saúde do adolescente – desafios e perspectivas

A população adolescente apresenta alguns problemas graves de saúde pública, além de questões particulares e pouco comuns à condução clínica. Nessa faixa etária surgem, também, diversas doenças crônicas que terão importância no adulto.

Um rápido olhar sobre as estatísticas de saúde traz o alerta de que essa é a única faixa etária em que não tem havido mudança significativa nas taxas de mortalidade. Em todos os agrupamentos por idade – recém-nascido, primeiro ano de vida, um a quatro anos, cinco a 10 anos, 10 a 14 anos – há redução da mortalidade. É o único período da vida em que, à primeira análise, a saúde pública e a própria organização social não têm conseguido resultados muito favoráveis. E quando se observa do que morrem e do que adoecem os adolescentes, a constatação é de que não morrem propriamente do que se poderia chamar de causas médicas, embora sejam questões que têm importância para a saúde pública.

Causas externas

As principais causas de mortes dos jovens, no Brasil, são as externas,

ou seja, aquelas possíveis de serem evitadas – como violência no trânsito, homicídios e suicídios. Nas estatísticas oficiais as causas externas são responsáveis por 70% das mortes na adolescência. A violência e os acidentes constituem os maiores responsáveis pelo aumento da mortalidade nessa faixa etária, sendo o suicídio, denominado de epidemia oculta, um aspecto dramático da mortalidade nessa população. Incluem-se nas causas externas os homicídios. Nos estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo, os homicídios correspondem a quase 60% das causas externas de mortes. A estatística de suicídio no Brasil, possivelmente, é falseada. Principalmente em jovens de classe média, esse fenômeno é ocultado. Quase sempre se alega uma causa traumática ou outro tipo de causalidade, mas raramente se registra o suicídio no atestado de óbito.

Vida sexual

A sexualidade faz-se presente desde o nascimento, mas é na adolescência que o indivíduo, em geral, consolida suas escolhas, define sua conduta na área genital e se estabelecem, então, as condições para as funções sexuais do adulto. Nesse momento, o sexo irrompe em todas as dimensões da vida física, social e emocional. Hoje, elevado número de jovens, cada vez mais cedo, assume vida sexual ativa, o que exige postura efetiva e sem preconceitos de pais, educadores e profissionais de saúde, sendo indispensável a abordagem franca e aberta dessa questão.

Gravidez e anticoncepção

A gravidez na adolescência, embora tenha sofrido queda nos seus números nos últimos anos, continua ocupando importante lugar como problema de saúde. A prevenção da gravidez não planejada, com todas as suas consequências, deve ser estimulada já antes da puberdade. Alguns dados, apresentados a seguir, mostram a gravidade e a necessidade de políticas de saúde bem organizadas e voltadas para essa questão:

- A atividade sexual entre adolescentes está aumentando e a idade de início diminuindo; mais de 30% das adolescentes sexualmente ativas não utilizam métodos anticoncepcionais;
- a gravidez na adolescente, na maioria das vezes, ocorre de forma não planejada;
- os abortos inseguros são causa de mortalidade materna entre adolescentes e jovens, especialmente entre as pobres;
- há correlação entre gravidez na adolescência e evasão escolar;
- e, por fim, uma questão em que, em geral, as campanhas ainda

não têm tido o resultado desejado: a prevenção da gravidez na adolescência. Essa termina por ser problema grave de saúde pública, pela mortalidade materna e até pelo consumo de recursos orçamentários. Mesmo havendo queda na fecundidade em todo o Brasil em outras faixas etárias e redução de 34% no número de partos na adolescência no período de 2000 a 2009, continua preocupante a gravidez entre adolescentes em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2010).

Sobre o tema Gravidez na Adolescência, o filme “*Juno*” é uma boa escolha! E também “*Meninas*”, da Sandra Werneck. Vamos prestigiar o cinema nacional e, além disso, sugerir algo mais próximo da nossa realidade.

HIV/AIDS

Alguns problemas de saúde relacionados com as questões psicossociais merecem ser destacados – por exemplo, as doenças sexualmente transmissíveis, em particular a infecção pelo HIV/AIDS-aids. A aids é uma doença com período de incubação longo, que, habitualmente se manifesta na terceira década, entre 20 e 30 anos de idade, mas a contaminação, muitas vezes, ocorre entre os 15 e os 24 anos. Foram notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), considerados os registros de 2000 a 2006, 19.793 casos de aids no grupo etário de 13 a 24 anos, representando 80% dos casos identificados (BRASIL, 2007).

Alguns exemplos denunciam a dificuldade do trabalho com adolescentes. A Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas relacionadas às DSTs e HIV/aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade (BRASIL, 2008) revela que 61% dos adolescentes e jovens (15 a 24 anos) usam preservativos na primeira relação sexual e, ainda, que os jovens são os que mais solicitam preservativos nas Unidades Básicas de Saúde. No entanto, as práticas sexuais sem uso de preservativo correspondem ainda a 39%, número considerável quando se consideram os riscos de gravidez, DST e HIV/aids.

Drogas

O início do uso de drogas lícitas e ilícitas também se dá nessa fase da vida – seja a iniciação, ainda como experimentação, seja a franca dependência.

A respeito do uso de drogas, leia o capítulo relativo à dependência química do módulo “Saúde Mental”, da página 57 a 59.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. *Saúde Mental*. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

Saúde mental

A grande demanda dos problemas relacionados a saúde mental, quadros psíquicos com manifestações orgânicas, queixas de dores, dificuldades escolares e conflitos familiares constitui o cotidiano da clínica do adolescente, como atesta a experiência no Núcleo de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas da UFMG. Essas são questões com que o profissional de saúde se defronta e que o levam a interrogar-se até que ponto pertencem à saúde. Tais quadros apresentam-se, na realidade, a um profissional que foi pouco preparado para o seu atendimento e sua condução com segurança.

A alta prevalência de problemas de saúde mental na adolescência aparece como particularidade, mas não como exclusividade, já que, em todas as faixas etárias e em todos os níveis de tratamento médico, os aspectos da saúde mental têm importância e, muitas vezes, são negligenciados. Na adolescência, essa questão ganha força, pois nessa fase podem surgir as primeiras manifestações da psicose, iniciar-se o uso das drogas, despontar os comportamentos antissociais e de risco, além de diversos problemas clínicos que podem encobrir conflitos psíquicos.

Questões alimentares e nutricionais

Os sintomas alimentares, em especial a anorexia nervosa e a bulimia, demonstram incidência crescente, por influência óbvia do panorama econômico, social e cultural, numa sociedade em que o corpo se transformou em mercadoria, em objeto de consumo. Não há como explicar a frequência de certos sintomas só por razões biológicas. A Biologia pode ajudar a compreender aspectos clínicos e trazer alguma ajuda terapêutica, mas não consegue explicar a questão como um todo.

A obesidade configura-se como uma epidemia e representa uma condição crônica complexa, que acarreta impasses na condução terapêutica. É frequente a falta de adesão ao tratamento e até o abandono do mesmo. O foco do acompanhamento de saúde deve ser o adolescente e não a obesidade. Devemos nos interrogar sobre o desencadeamento da obesidade, sobre os aspectos emocionais, sobre a história familiar, para delinearmos uma estratégia terapêutica ampla, não centrada na perda de peso. As dietas restritivas habitualmente não são seguidas por muito tempo. É importante que o paciente obeso consiga emagrecer, mas, sobretudo, que ele se sinta mais leve.

Questões escolares

Há outras questões que se relacionam com o contexto econômico-

-social, que influenciam o modelo de educação estabelecido para a juventude, no qual predominam a competição e o individualismo. O número de problemas escolares associados a sintomas psíquicos é significativo. Por outro lado, os comportamentos de risco e antissociais, o *bullying*, tradicionalmente interpretados apenas como questões da juventude, devem ser analisados de forma mais ampla, com reflexão, leitura e discussão.

Você já assistiu ao filme “Entre os muros da escola”?

François e os demais amigos professores se preparam para enfrentar mais um novo ano letivo. Tudo seria normal se a escola não estivesse em um bairro cheio de conflitos. Os mestres têm boas intenções e desejo para oferecer boa educação aos seus alunos, mas por causa das diferenças culturais – microcosmo da França contemporânea – esses jovens podem acabar com todo o entusiasmo. François quer surpreender os jovens ensinando o sentido da ética, mas eles não parecem dispostos a aceitar os métodos propostos.

Caso você tenha oportunidade de vê-lo, reflita sobre os fatores psicossociais que influenciam no processo de aprendizagem (disponível na Internet e em locadoras).

Demanda por cuidado ambulatorial e hospitalar

A hospitalização, nas diversas faixas etárias, apresenta igualdade ou predominância do sexo masculino até os 15 anos de idade. Entre 15 e 19 anos, no entanto, há importante mudança e a maioria das hospitalizações acomete o sexo feminino, por problemas relacionados à gravidez e ao parto, o que revela a magnitude do problema da gravidez na adolescência.

A atuação da equipe de saúde: alguns dados trazem insegurança

O atendimento aos adolescentes traz questões para o profissional de saúde a que ele pode ter dificuldades para dar respostas: pacientes com problemas de saúde mental, sob diversas expressões, como alterações de comportamento, quadros depressivos, envolvimento com drogas, problemas alimentares, como a anorexia e a bulimia, enfim, uma série de manifestações clínicas que não fazem parte do dia-a-dia da equipe de saúde. Os sintomas depressivos, por exemplo, são frequentes em adolescentes; entretanto, são pouco diagnosticados. Muitas vezes, para se estabelecer o diagnóstico, é necessária a construção do vínculo entre o adolescente e o profissional de saúde e uma escuta atenta. O acompanhamento clínico frequente e prolongado é imprescindível. O tratamento, preferencialmente discutido pela equipe de Saúde da Família e com os profissionais de referência, não se restringe ao uso de medicamentos. O uso dos antidepressivos deve ser criterioso, sempre acompanhado de abordagem psicoterápica.

Leia o capítulo relativo à depressão do módulo “Saúde Mental”, páginas 55 e 56.

Na seção 2 vamos ver os aspectos relacionados à atenção à saúde dos adolescentes, incluindo os aspectos relacionados ao processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Atividade 2



O adolescente em seu contexto

Vamos fazer essa atividade progressivamente. Vamos começar por aqui, complementando-a, mais tarde, com a atividade seguinte (2). Estaremos construindo um mapa contextual sobre a adolescência, em sua área.

Complementaremos na atividade seguinte (1B)

Mapa contextual da adolescência (1ª. e 2ª. parte)

A: Área e população

Quais são os dados sobre adolescentes que você tem para a área de abrangência de sua equipe? Quantos são? Que proporcionalidade existe entre a população adolescente e a geral?

Como você os compara e avalia em relação à projeção populacional mostrada por dados do IBGE, por exemplo?

Quais são as condições sociais locais: moradia, saneamento, transporte, etc.?

Há alguma avaliação do grupo de adolescentes: por exemplo, por gênero, por faixa etária, por vulnerabilidade ou risco, por inserção na escola e/ou no trabalho, etc.?

B. Sistemas sociais

Em relação à atenção aos adolescentes, que tipo de equipamentos sociais, projetos, grupos, possibilidades culturais e sociais estão disponíveis? Como funcionam? Há adesão dos jovens?

Quais são os instrumentos das políticas públicas? São utilizadas pela equipe de saúde?

Como está organizado o serviço de saúde para a atenção aos adolescentes: infraestrutura, processo de trabalho da equipe, rotina ou protocolos especiais, grupo operativo, disponibilidade de farmácia adequada às necessidades, etc.?

Veja que respondendo a esses dois grupos de questões você está construindo o mapa contextual da adolescência, na sua área.

Mais para frente, neste módulo, completaremos o mapa contextual, abordando as questões relativas ao serviço de saúde e o processo de trabalho da equipe.

Consulte no cronograma o encaminhamento da atividade



Seção 2

O acompanhamento da saúde do adolescente

Nesta seção, os principais pontos referentes ao acompanhamento de saúde do adolescente pela equipe de Saúde da Família serão abordados. As particularidades da consulta do adolescente serão enfatizadas. O acolhimento à sua família, pela equipe, será discutido.

Ao final desta seção você será capaz de:

- Conhecer os passos para o acolhimento ao adolescente na UBS.
- Conhecer as bases para realizar o atendimento integral ao adolescente.
- Conhecer os principais problemas de saúde do adolescente.
- Conhecer as bases de avaliação do crescimento e desenvolvimento puberal do adolescente.
- Interpretar as queixas e demandas do adolescente e da família.

Visto isso, passaremos depois, na seção 3, a considerar a construção do vínculo entre adolescente e equipe de Saúde da Família.

Parte 1

Pontos que podem facilitar a relação entre o profissional de saúde e o adolescente

Os seguintes pontos devem ser sempre considerados por todos os membros da equipe de saúde, em todos os momentos de contato profissional com o adolescente:

- **Sigilo:** o adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, mas ficar ciente, também, das situações em que o sigilo pode ser rompido. Isso, no entanto, deve ocorrer com o conhecimento do adolescente, transmitindo-se à família apenas o que for absolutamente necessário – como nas situações de risco de morte do jovem e de outras pessoas: gravidez, certos usos de drogas, risco de suicídio e outras.
- **Escuta:** deve-se estar preparado não só para ouvir com atenção e interesse o que o adolescente tem a dizer, mas também ter sensibilidade suficiente para apreender outros aspectos do que se passa com ele e que lhe são difíceis de expressar verbalmente. Para saber ouvir, deve-se estar atento para o que não é dito ou para o que é dito com outras palavras.
- **Tempo:** o atendimento ao adolescente demanda tempo e certo grau de paciência e, dependendo das questões em curso, quase sempre se faz necessário mais de um contato, em que os diversos problemas podem ser abordados de forma adequada. Consultas muito longas, em geral, são improdutivas. Igualmente, é importante que haja flexibilidade, evitando-se padrões rígidos.
- **Identidade profissional:** o adolescente precisa perceber, no profissional, alguém que inspire confiança e respeito e não que se

pareça com seus pais e com seus companheiros. Não é, portanto, interessante adotar comportamentos semelhantes aos dos jovens nem atitudes características de um pai ou parente substituto.

- **Família:** em algumas circunstâncias, a família pode desejar conversar com o profissional sem a presença do adolescente, o que deve ser permitido, obedecendo-se aos mesmos critérios confidenciais adotados para o primeiro e respeitando-se o acordo de sigilo estabelecido com ele. De qualquer forma, com mais ou com menos participação e presença familiar, o adolescente deve estar no centro do atendimento, seja na consulta, seja no acompanhamento do seu tratamento.

A adolescência de um dos membros da família constitui um momento de crise familiar. Assim, muitas vezes os pais tentam transferir para o profissional toda a dificuldade que estão sentindo em lidar com o filho, na expectativa de que aquele os represente nas mensagens que querem transmitir a este. O profissional deve estar atento a essa tentativa que, certamente, vai interferir, de forma negativa, dificultando ou mesmo impedindo a possibilidade de uma comunicação mais efetiva com o jovem. Assim, só o clima de respeito, confiança e compreensão permite a relação mais frutífera entre médico, adolescente e família.

É muito interessante quando um profissional da equipe de saúde atende ao adolescente e outro profissional atende à família. Geralmente, é a mãe quem acompanha o adolescente à Unidade Básica de Saúde e, muitas vezes, a demanda do atendimento é dela. Com o tempo e com a construção do vínculo entre o profissional de saúde e o adolescente, a demanda deste pode emergir.

Parte 2

O acolhimento

O principal propósito do acompanhamento da saúde do adolescente pela equipe de Saúde da Família é a construção de um processo de promoção da saúde, prevenção, cuidados e reabilitação, quando necessária, para o que é essencial o vínculo entre o adolescente e o profissional de saúde.

É fundamental que o adolescente se aproprie do espaço da saúde e que possa ali encontrar a possibilidade de um endereçamento dos seus conflitos, do seu mal-estar, mais além da queixa orgânica.

Podemos distinguir alguns eixos fundamentais:

Qual a demanda do adolescente? O que o traz ao centro de saúde?

Devemos nos preocupar só com a demanda espontânea? Vale a pena distinguir a demanda do adolescente da demanda da família ou de quem faz o encaminhamento (escola, outros profissionais, etc.)?

As oportunidades de contato da equipe de saúde e o serviço com o adolescente, geralmente a adolescente, ocorrem, na maioria das vezes, na atenção à demanda espontânea, sendo a consulta a ação mais solicitada. Cabe aos profissionais, integrado ao acolhimento, a abertura para outras possibilidades de atenção, como:

Acompanhamento de saúde: avaliação do crescimento e da puberdade, da alimentação, do sono, dos hábitos de esporte e lazer, do cartão de vacinação. Um aspecto importante é a exclusão de doenças orgânicas, responsabilidade à qual o profissional de saúde não pode se furtar.

Avaliação da adolescência: investigação da relação do adolescente com cada membro da família, o laço com os pares, a relação com os professores, com a escola e os relacionamentos afetivos.

Condução do caso ou situação apresentada: fruto da atenção cuidadosa aos problemas agudos e discussão de situações crônicas ou sob efeito de condições sociais pela equipe de Saúde da Família, com escuta atenta

ao adolescente. Devemos nos lembrar de que o adolescente porta saber e que cabe a ele a construção do saber-fazer com a sua adolescência.

Para alcançarmos esses objetivos, torna-se evidente a relevância do seguimento de saúde do adolescente pela equipe interdisciplinar, como contraponto à consulta, na forma clássica. Com isso, podem ser abertas novas possibilidades na atenção, como a participação em grupos operativos, a abertura para a participação da equipe em grupos sociais externos, os processos de educação em saúde, a implementação de instrumentos como a caderneta de saúde da adolescente, entre outras possibilidades. É importante que essas posturas e ações sejam pactuadas pela equipe, pelas necessárias modificações no processo de trabalho e na demanda ao profissional.

Parte 3

Consulta e atendimento integral ao adolescente

A consulta de saúde é um excelente instrumento quando visa a um diagnóstico, se o objetivo da consulta é a afirmação ou a negação da doença. A consulta do adolescente coloca, quase sempre, num “mesmo tempo” ou em “outro tempo”, a exigência do atender o adolescente em sua “adolescência”, ou melhor, impõe-se a pergunta: como está transcorrendo essa adolescência? Esse papel não compete apenas ao profissional de saúde, é também de pais, educadores, psicólogos? Ou outros profissionais envolvidos no atendimento a essa faixa etária?

Porém, quem atende ao adolescente não deve e não pode fugir da “adolescência” do jovem e, por isso, deve estar preparado para “percebê-la” e acompanhá-la com interesse e dedicação. É também nessa configuração que o profissional enfermeiro realiza a consulta de enfermagem ao adolescente. Esta deve estar inserida em um programa de atenção à saúde de adolescentes, nos diferentes níveis assistenciais, articulada com os diversos profissionais da equipe multiprofissional e pautada em práticas interdisciplinares e intersetoriais. Destaca-se que, na abordagem ao adolescente, devem-se considerar os vários processos de vulnerabilidade institucionais, sociais e subjetivos, necessidades e riscos a que estão sujeitos na adolescência, construída em meio a processos sócio-históricos, demandando, portanto, que se considere a dinâmica das relações de gênero, gerações, raças, culturas, sexualidade e classes.

Na adolescência, há modificações da relação do jovem não só com sua família, mas também com o mundo adulto, que, muitas vezes, ele questiona e contesta. Contraditoriamente, no entanto, ele necessita desse mundo, do qual ainda depende, sobretudo para lhe dar segurança. O profissional de saúde é um representante desse mundo adulto, mas um representante com o qual não há conflitos especiais e que, portanto, pode, na consulta, ter importante papel para o adolescente. Para que isso ocorra, é necessário que ele/ela seja atendido não apenas como portador de algu-

ma doença, mas como ser humano que vive um momento muito especial de sua existência. E, assim sendo, qualquer que seja sua queixa, ou na ausência desta, o adolescente deve sempre ser visto de forma global, isto é, como alguém com determinadas características biológicas e psíquicas e que vive numa determinada família e sociedade.

Deve-se, ainda, considerar a situação especial de fragilidade que ele vive por ser adolescente e pela própria situação que o leva à consulta médica. Afinal, o profissional de saúde é aquele que vai ouvir as suas dificuldades físicas ou psicológicas, vai examiná-lo e emitir um diagnóstico. No entanto, à medida que o profissional de saúde leva esses fatos em consideração, sua relação com o adolescente pode ser altamente positiva e favorecer a solução de muitos dos conflitos.

A clínica do adolescente, salvo em algumas doenças específicas, não difere da do adulto ou da criança. Seus sintomas estão frequentemente localizados no campo emocional ou relacionados a dificuldades psicossociais. Porém, o essencial, como em outras idades, é que se estabeleça a atenção integral ao indivíduo.

A relação profissional de saúde-adolescente, na adolescência, tem característica especial, que não pode ser esquecida e que a diferencia daquela com o adulto e com a criança. No primeiro caso, ela se dá diretamente entre o profissional e o paciente; na infância, a relação se estabelece muito mais com a família. Na adolescência, a relação deve estabelecer-se diretamente com o adolescente, mas a família deve ser necessariamente incluída, a não ser nos casos em que o adolescente viva sozinho e é responsável por si próprio. Por essa razão, sugere-se que a consulta seja realizada em três tempos:

- No primeiro, atende-se ao adolescente junto com o familiar, oportunidade em que se faz a investigação dos antecedentes pessoais fisiológicos e patológicos, antecedentes familiares, queixa principal e história da moléstia atual, segundo a visão familiar.
- No segundo, o adolescente fica sozinho com o profissional de saúde quando se completa a consulta no que se refere à anamnese; nesse momento ou no anterior, dependendo das circunstâncias, realiza-se o exame físico; a seguir, elaboram-se as hipóteses diagnósticas, o plano terapêutico e algumas orientações, que devem ser apresentadas e discutidas com ele.
- Num terceiro momento, volta-se ao acompanhante para que, também com ele, sejam discutidas as condutas e esclarecidas as dúvidas ainda existentes.

Essa realização da consulta em três tempos deve ser entendida de

maneira flexível e adaptada a cada situação particular, compreendendo-se que uma consulta quase nunca esgota a demanda do adolescente e que se faz, frequentemente, necessário um acompanhamento longitudinal. O princípio que, desde o início, deve nortear a condução é que o adolescente deve estar no centro da relação profissional-adolescente e participar ativamente da consulta, do diagnóstico e, sobretudo, do tratamento.

Para concluir, vários pontos devem ser considerados na abordagem clínica do adolescente, mas o mais importante deles talvez seja o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional, o adolescente e a família. Uma atitude acolhedora e compreensiva possibilita a continuidade de um trabalho com objetivos mais amplos.

A anamnese ou entrevista

Na maioria das vezes, o adolescente não procura o serviço de saúde espontaneamente. É levado pelos pais e, com certa frequência, contra a sua vontade. Portanto, é comum defrontar-se com uma pessoa ansiosa, insegura, com medo ou, pelo contrário, assumindo atitude de enfrentamento ou do mais absoluto silêncio.

A família, por outro lado, pode apresentar vários níveis de conflitos. É claro que existem pais acolhedores e conscientes do processo que o filho está vivendo, mas há aqueles que tentam, a qualquer custo, impor sua autoridade, que estão ressentidos ou completamente impotentes ante o impacto causado pela adolescência do filho.

Então, é indispensável um preparo para compreender as questões ligadas à esfera emocional e para romper as barreiras ao estabelecimento de um bom vínculo com o adolescente e com a família.

A anamnese com o adolescente tem em vista as três dimensões do espaço diagnóstico – o adolescente, a moléstia e as circunstâncias. Nesse caso, a adolescência, como período da vida, demarca a situação de todo o atendimento médico. Além da atenção, sempre necessária às moléstias, deve haver especial interesse pelo adolescente e por seu âmbito familiar e social, essencial para a compreensão dos problemas apresentados. As queixas manifestas ocultam também, frequentemente, questões latentes, que só surgem quando o profissional demonstra receptividade. Assim, uma queixa como estar pequeno para a idade pode estar encobrendo uma angústia não revelada, do adolescente e familiares, com o atraso puberal. A moléstia deve ser compreendida como o que molesta, não se restringindo ao conceito de doença.

O adolescente, quando comparece à consulta, não deixa a adolescência em casa. É sempre um adolescente, doente ou não, com as questões e vicissitudes da adolescência.

A maior parte da anamnese é realizada no segundo tempo da consulta, com o adolescente. E, nesse caso, é frequente e até aconselhável não seguir o roteiro clássico da consulta, em que se inicia pela queixa principal e pela história da moléstia atual, que, aliás, já devem ter sido relatadas pela família no primeiro tempo. O modelo clássico, em muitas circunstâncias, mostra-se inadequado ao atendimento ao adolescente. Nas situações em que o jovem procura o profissional por estar - ou porque teme estar - com uma doença, o esquema semiológico é um bom instrumento. Contudo, se o motivo da consulta não é uma doença orgânica, devem-se buscar formas de desenvolver a entrevista, que pode se desenrolar com grande flexibilidade, abordando diversas necessidades do adolescente, da família ou percebidas pelo próprio profissional de saúde.

É comum que o adolescente, especialmente os mais jovens, ao se ver sozinho diante do profissional, se sinta constrangido. E, por essa razão, recomenda-se iniciar essa parte da entrevista por aspectos menos mobilizadores – por exemplo, a alimentação atual – a não ser que a queixa principal esteja relacionada a esse tema – como nos casos de obesidade ou anorexia. Pode ser vantajoso conversar livremente com o adolescente sobre questões variadas. Nessas ocasiões, o profissional deve estar atento e receptivo aos aspectos emocionais do adolescente. Essa aproximação pode ocorrer em um segundo momento ou durante o acompanhamento clínico, já que a consulta deve caracterizar-se por concisão e limite de tempo.

Passa-se, em seguida, à abordagem dos aspectos gerais: vida familiar, escolar, afetiva, social, trabalho e aspectos da sexualidade, inclusive educação e vida sexual, se pertinente. Diante de tais questões, é importante tomar cuidado para não dar à consulta um caráter investigativo policial. Depois, faz-se a história da moléstia atual, que pode coincidir ou não com a referida pelo familiar. Cabe à perspicácia do profissional valorizar os dados realmente importantes. Segue-se o interrogatório sintomatológico segundo a orientação clássica, como para o adulto.

Como já enfatizado, deve haver um momento a sós com o jovem e dedicado à escuta, em que se deve permitir a expressão livre, sem muitas interrogações, evitando-se observações precipitadas e buscando-se mais possibilidades de entendimento. Essa posição de escuta pode possibilitar o surgimento de questões subjetivas – como apreensões, medos e dúvidas.

Muitas vezes, queixas vagas e simples fazem parte de um cenário que tem por trás graves comprometimentos, tanto físicos quanto psicossociais. Consultas subsequentes podem ser necessárias, tanto com o jovem como com a família, mas sem se deixar de considerar que o paciente é o adolescente.

Vale lembrar que a entrada do adolescente na unidade de saúde, na medida do possível, deve fugir dos esquemas tradicionais pautados em marcação de consultas dirigidas às especialidades básicas. Para alguns adolescentes, inclusive, devem-se criar alternativas que lhes possibilitem a expressão de necessidades, realização de trocas individuais ou coletivas iniciais, de tal forma que funcionem como um primeiro processo de interação, formação de vínculo e acolhimento entre profissionais/adolescentes na unidade. Se possível, que o adolescente ajude no preparo do ambiente de acordo com suas características, elegendo-o “como o seu lugar de encontro”.

O exame físico

O exame físico do adolescente segue as normas gerais estabelecidas para o do adulto. No entanto, há características que necessitam ser enfatizadas e, também, alguns princípios básicos devem ser estabelecidos.

O exame físico, como parte importante da abordagem médica, exige acomodações em que o adolescente esteja tranquilo quanto à sua privacidade, em que se sinta à vontade, isto é, que perceba, por exemplo, que a porta está trancada e que ninguém vai entrar no consultório durante o exame. O uso adequado de lençóis, camisolas e bermudas torna o exame mais fácil. Essas recomendações são especialmente válidas para o serviço público e hospitais universitários, onde é frequente a falta de privacidade. Mesmo quando as acomodações são improvisadas, o ideal é que haja sala de espera própria ou horário especial para o adolescente, a fim de que este não fique entre crianças ou adultos.

Deve-se sempre perguntar ao adolescente se deseja ou não um acompanhante durante o exame. No entanto, é preciso estar atento para se definir quando é necessário um acompanhante – por exemplo, um profissional da enfermagem, independentemente da preferência expressa pelo jovem. O exame físico deve ser realizado no segundo tempo da consulta, isto é, quase sempre sem a presença do familiar, que, comumente, constrange o adolescente.

O exame deve ser completo e detalhado. O roteiro é o clássico e inclui aspecto geral, peso, altura, temperatura, pressão arterial e avaliação dos diversos aparelhos. Deve-se fazer o estadiamento puberal, seguindo-se os critérios de Tanner.

Os estágios de Tanner se referem à avaliação evolutiva do processo da puberdade. No sexo feminino, a avaliação das mamas e dos pelos pubianos é efetuada. No sexo masculino, faz-se a observação dos testículos e dos pelos pubianos. As características de cada fase encontram-se descritas na tabela da Tanner, o que possibilita a correlação com o crescimento. Alguns aspectos devem ser levados em conta pelo profissional – entre os quais a compreensão do significado do corpo e da imagem corporal para o adolescente, o respeito ao pudor, o esclarecimento sobre os procedimentos a serem realizados e a importância do exame.

Quando forem encontradas alterações no exame físico, estas devem ser expostas com cuidado para se evitarem angústias desnecessárias. Em certos casos mais sérios, talvez seja prudente fazer a comunicação no terceiro tempo da consulta, junto com a família, com o objetivo de diminuir a ansiedade.

Ectoscopia e exame geral

A verificação do peso e estatura é fundamental para a análise do crescimento, que é um aspecto muito importante nessa fase. O exame da pele, especialmente a da face, deve ser cuidadoso, considerando-se a alta frequência da acne, que é uma afecção própria desse período e que, na maioria das vezes, não é trazida como queixa, a não ser em formas graves.

Exame dos órgãos e sistemas

O exame dos genitais é obrigatório nos adolescentes, mesmo quando não há queixas, com o objetivo de se determinar a maturação sexual, o que deve ser explicado ao adolescente, para facilitar sua aceitação. A determinação da maturação sexual é indispensável, pois o crescimento na adolescência está relacionado a ela, e não à idade cronológica. A maturação sexual é bem estudada por Marshall e Tanner (1969; 1970), que a classificam em cinco estágios, levando-se em conta, no sexo feminino, o desenvolvimento mamário e a quantidade e distribuição de pelos pubianos e, no sexo masculino, o desenvolvimento dos órgãos genitais, bem como, também, a quantidade e distribuição de pelos pubianos.

Reveja as pranchas de Tanner.

O exame ginecológico completo será obrigatório em adolescentes:

- Com atividade sexual;
- com vulvovaginites rebeldes aos tratamentos de rotina;
- com amenorreia superior a seis meses, nos dois primeiros anos após a menarca;
- com amenorreia superior a quatro meses, com mais de dois anos após a menarca;
- com amenorreia de qualquer duração e que apresentem hirsutismo ou galactorreia;
- com dismenorreia importante, rebelde aos tratamentos de rotina;
- que não apresentem menarca até os 16 anos;
- com dor abdominal ou dor pélvica importante.

Hirsutismo se refere à distribuição masculina de pelos no sexo feminino, isto é, pelos na face, mamas, linha alba, raiz das coxas, nas adolescentes.

O exame ginecológico deve ser precedido de ampla explicação para que a adolescente possa submeter-se a ele com tranquilidade. Se houver recusa peremptória, deve-se adiar-lo para uma próxima consulta. O exame ginecológico completo só deve ser realizado por médico devidamente habilitado (ginecologista ou médico de saúde da família).

Concluindo a consulta

Ao final da consulta, devem ser esclarecidos os dados encontrados e a hipótese diagnóstica. A explicação da necessidade de exames e de medicamentos pode prevenir possíveis resistências. A discussão dos fatos mais importantes, com a presença da família, quase sempre é desejável. É possível o uso de material educativo de apoio, que possibilite melhor compreensão das orientações de ordem geral.

Parte 4

Questões específicas e frequentes na adolescência: o que fazer?

Cada faixa etária apresenta problemas característicos, de mais frequência, que exigem a atenção dos profissionais que a ela se dedicam. Na adolescência, algumas questões constituem uma temática particular e mais habitual, que pode ser resumida como a seguir.

As transformações físicas

Questão: as mudanças físicas da puberdade ou a ausência delas, assim como a sua repercussão sobre a vida emocional do jovem e da família, são motivos frequentes de procura por atendimento médico, mesmo quando isso não é explicitado na anamnese.

O que fazer: a avaliação da maturação puberal, segundo os estágios de Tanner, em relação ao crescimento físico costuma ser uma demanda comum. A utilização das pranchas de Tanner e das curvas de crescimento inseridas na caderneta de saúde do adolescente é muito útil. Para o adolescente, é uma oportunidade de educação em saúde, que vai ser complementada em casa, com os(as) colegas. Para todos os profissionais de saúde, é educação permanente, oportunidade de desenvolver conhecimento consistente sobre esse tema, a ser abordado durante a consulta.

As mudanças no campo emocional

Questão: o jovem que vinha de um período, em geral, muito estável e adaptado na escola e na família passa a apresentar mudanças de grande monta no campo físico, no emocional e na vida social.

O que fazer: esse momento, vivido de forma muito diferente pelas

pessoas, por ser uma das épocas mais dinâmicas e vulneráveis da vida e exige, sempre, grande capacidade de adaptação. Pais, educadores e profissionais de saúde devem estar particularmente atentos à escuta dos adolescentes e às suas mudanças e respostas.

Questões ligadas à identidade e à vida social

Questão: a perda da identidade infantil e a construção lenta das identificações do adulto, a substituição do mundo infantil pelo mundo adulto, a nova base de relação com os pais, a substituição de valores que passam pelas vivências em grupo, enfim, as enormes perdas e o trabalho de reelaboração estão relacionados, frequentemente, a manifestações clínicas como fenômenos psicossomáticos, comportamentos pouco comuns e quadros depressivos.

O que fazer: o profissional de saúde deve ser sensível e estar muito atento. Merecem atenção as alterações do apetite e do peso (comer muito ou pouco, ganho excessivo ou perda pronunciada de peso), insônia ou sonolência, isolamento social, envolvimento em situações de violência e de risco, queda do desempenho escolar.

Questões relacionadas à escola e ao trabalho

Questão: durante a adolescência, em geral, define-se o projeto profissional. Hoje, com as mudanças do mercado, essa questão tornou-se complexa, ressaltando-se a importância de o jovem ter um espaço para debater suas aspirações e amadurecer suas possibilidades.

O que fazer: muitas vezes, na indefinição profissional, nas tensões da vida escolar e na busca de lugar no mercado, vão-se encontrar fatores desencadeadores de ansiedade e de manifestações somáticas. A vida escolar deve ser sempre motivo de conversa com o adolescente: frequência ou absenteísmo, desempenho, relações, amizades e hostilidades com colegas, riscos da escola (drogas?).

Problemas emocionais e psiquiátricos

Questão: o profissional se sente pouco preparado para abordar problemas emocionais e psiquiátricos.

O que fazer: o profissional que atende ao adolescente deve estar preparado para abordar questões emocionais com objetivo preventivo, diag-

nóstico ou terapêutico, mesmo que não chame a si o cuidado específico dos problemas dessa área. Para a conduta segura, o profissional deve aprofundar seus conhecimentos e abordar a dimensão psíquica do ser humano. Nesse campo, é possível destacar quadros de:

- Depressão, transtornos ansiosos-fóbicos e dificuldades escolares;
- manifestações psicossomáticas;
- uso e abuso de drogas, problemática da violência, suicídio;
- psicose na adolescência.

O profissional pode desencadear mecanismos locais de educação permanente, como estudo em grupo sobre temas específicos, como discussão sobre leituras, vídeos, filmes, discussão de casos, o que pode ser tutorado por profissional do NASF ou convidado externo (pessoal da escola, coordenadores de saúde, entre outros).

Condutas de risco e transgressão

Questão: as condutas de risco na adolescência são frequentes e acarretam consequências sociais, orgânicas e emocionais. Em países como o Brasil, essas questões estão agravadas pela grande exclusão social, o que caracteriza verdadeira epidemiologia da exclusão e da violência urbana, envolvendo, sobretudo, a juventude: homicídios, acidentes, exploração sexual, consumo abusivo e tráfico de drogas, entre outras.

O que fazer: o profissional de saúde pode acolher o jovem sem julgá-lo e sem assumir papel de conselheiro ou mesmo o dos pais. É importante a construção do vínculo com o adolescente, que permita um tempo de escuta e de elaboração por parte do próprio jovem, que deve se responsabilizar por suas escolhas. É preciso também compreender que alguns problemas extrapolam o campo da saúde, sendo necessária parceria com outros setores.

Crescimento e desenvolvimento puberal

Questão: frequentemente, na puberdade, há queixas referentes ao crescimento. Pais baixos que desejam que os filhos sejam maiores que eles, filhos que querem ser maiores que os pais, desejo dos pais e/ou dos filhos de carreiras que exigem alta estatura (modelo, esportista). Esses desejos, muitas vezes, se sustentam na crença em uma Medicina tecnológica, do uso de medicamentos, com recursos ilimitados. Observamos muitos adolescentes com distúrbio da imagem corporal, que vivem

a angústia como um acontecimento do corpo. É a altura, o peso, o nariz, a barriga, enfim, uma série.

O que fazer: o estabelecimento de uma relação contínua, a familiarização com instrumentos de acompanhamento como a caderneta de saúde do adolescente, a escuta e interação.

Atenção: como profissionais de saúde, devemos ouvir a queixa, sabendo que muitas vezes *não é disso que se trata*.

O processo de crescimento é fortemente influenciado pelos fatores genéticos e ambientais. É evidente a influência de fatores hereditários, explicitada sob vários aspectos, como a época do início da puberdade, a intensidade de determinadas características sexuais (pilosidade, tamanho de mama e outras), a idade de menarca e vários outros. Se as condições ambientais são favoráveis, grande parte das variações do crescimento é ditada pelos fatores genéticos.

Doenças crônicas do adulto podem ter início na adolescência

Questão: algumas afecções crônicas podem iniciar-se na adolescência, quando passam, às vezes, despercebidas, pois raramente há acompanhamento médico ao adolescente.

O que fazer: a hipertensão essencial constitui-se em exemplo, visto que, quando diagnosticada, já está instalada no adulto. Outros quadros podem ser citados – doenças da coluna, lesões de origem esportiva, síndrome de ovário policístico, diabetes tipo 1 e 2, infecção urinária, dislipidemia, etc. Algumas devem ser monitoradas de rotina (medida da pressão arterial, exames complementares de controle), outras na presença de fatores de risco (obesidade e diabetes tipo 2 e dislipidemia), hábitos de vida (esporte) ou queixas específicas.

Questões relacionadas ao esporte

Questão: na adolescência, o indivíduo apresenta grande desenvolvimento da massa muscular e da força física, que forma sua estrutura corporal. A tendência natural à prática esportiva é saudável, mas a vida moderna tem trazido distorções.

O que fazer: é preciso combater o sedentarismo, mas, igualmente, estar atento à prática imprópria e exagerada de esportes, sem condiciona-

Para saber mais...

Veja o módulo *Educação Física: atenção à saúde da criança e do adolescente* (COUTO; SOUSA, 2011), especialmente as seções sobre “Determinantes e condicionantes da atividade física para crianças e adolescentes: a relação com estilos de vida e atividade física” e “Orientações e recomendações para a prática de atividade física para crianças e adolescentes”.

mento físico adequado. Outra tendência que oferece riscos são as práticas para ganho acelerado ou exagerado de massa muscular.

Aspectos nutricionais

Questão: as queixas (mais das famílias) são relativas à quantidade e qualidade da alimentação ou à existência de anemia.

O que fazer: a velocidade de crescimento durante o estirão da puberdade perde apenas para o primeiro ano de vida. Em consequência, a preocupação com alimentação adequada é pertinente, tanto em termos quantitativos como qualitativos, pois, em relação a outras faixas etárias, as necessidades de proteínas, calorias, ferro, cálcio, zinco e vitaminas estão aumentadas. Somam-se, ainda, as práticas esportivas intensivas, que elevam as necessidades proteico-calóricas e, nas adolescentes, perdas sanguíneas por fluxo menstrual. É comum o encontro de deficiência de ferro, com ou sem anemia, e, também, dietas pobres em cálcio, por pequena ingestão de leite e derivados. Outro aspecto que, às vezes, está presente é o uso da alimentação como instrumento de contestação ou modismo de grupos.

Vacinações

Questão: adolescente ainda tem de vacinar?

O que fazer: a consulta médica durante a adolescência é uma oportunidade para se conferir o esquema prévio de vacinação e, quando necessário, completá-lo, pois ainda não se alcançou, nessa faixa etária, a mesma tradição da infância. Algumas vacinas merecem atenção especial – como o reforço da triviral (caxumba, sarampo e rubéola) e da vacina contra febre amarela, as vacinas para hepatite A e B e a dupla tipo adulto (difteria e tétano). Para os adolescentes e jovens, há ainda a indicação da vacina contra o HPV que, no entanto, ainda não está disponível na rede pública. A Caderneta de saúde do adolescente apresenta local para o registro das vacinas específicas dessa faixa etária. Tem-se mostrado importante instrumento facilitador para a abordagem do adolescente e para seu autocuidado.

Problemas orgânicos frequentes

Questão: existem doenças “típicas” da adolescência?

O que fazer: a ideia amplamente disseminada de que o adolescente

não adoece é equivocada, mesmo que as taxas de morbidade e mortalidade sejam mais baixas nesse grupo etário. O estilo de vida, a ousadia, a tendência à transgressão e a necessidade de autoafirmação expõem o adolescente, ingênua e desnecessariamente, a riscos de morte. Há ocorrência relativamente alta de acidentes e de doenças transmissíveis, que provocam mortes prematuras, criam sequelas e, muitas vezes, comprometem o futuro. Ademais, esse período, extremamente dinâmico, favorece a criação, como já exposto, de um terreno físico e psicológico em que se ressaltam as questões clínicas listadas a seguir:

- Problemas endocrinológicos relacionados ao crescimento e à maturação puberal, como puberdade precoce, puberdade tardia, baixa estatura;
- Quadros nutricionais: desnutrição, obesidade, anorexia e bulimia;
- Infecções, com ênfase nos aspectos somáticos específicos e no modelo de vida;
- Problemas dermatológicos, em especial a acne vulgar;
- Problemas ginecológicos, como distúrbios menstruais e corrimento vaginal;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Manifestações dolorosas, como dor epigástrica, cefaleia, dor em membros, dor torácica (COSTA, 2007).
- Problemas ortopédicos: como Osgood-Schlatter defeitos posturais, alterações da coluna, lesões esportivas.

Doença de Osgood-Schlatter

É uma doença osteomuscular, extra-articular, comum em adolescentes (esqueleto em desenvolvimento), na fase denominada estirão do crescimento. Apresenta como característica clínica dor na região da tuberosidade anterior da tíbia, especialmente aos esforços que necessitem de forte contração do músculo quadríceps. Pode ser visível uma proeminência óssea na região proximal anterior da perna. O exame da articulação do joelho é normal devido a tratar-se de uma doença extra-articular. Predomina no sexo masculino da faixa etária dos 10 aos 15 anos, em praticantes de esportes, especialmente os que incluem chutes, saltos e corridas. Os sintomas são bilaterais em 25% dos casos. O tratamento consiste de repouso, na fase aguda, e fisioterapia, se necessário.

O comportamento do adolescente frente à sua adolescência

Questão: como abordar o adolescente, respeitando sua individualidade e a fase que vive?

O que fazer: sem algum padrão rígido, procurando-se não ser invasivo, deve-se investigar como o adolescente se encontra frente à sua adolescência, privilegiando-se aspectos como os que se seguem.

- Família: relação do adolescente com a família; modificações que a adolescência causou na dinâmica familiar; apoio e aceitação familiares.
- Escola: relação com a escola; rendimento escolar; socialização na escola; participação em atividades e cobertura que a escola oferece ao adolescente, aspectos da escolha profissional.
- Alimentação: hábitos alimentares e relação com a rotina de vida; preocupações excessivas com o corpo, medo exagerado de engordar, perdas acentuadas de peso, que podem ser sinais de anorexia nervosa; informações sobre as necessidades nutricionais da adolescência – como o cálcio e o ferro.
- Esporte e lazer: preferências esportivas e de lazer do adolescente; atividades na escola, na academia, outras; sedentarismo ou práticas esportivas exageradas; exercícios de musculação inadequados, uso de suplementos e anabolizantes.
- Grupo: socialização, amizades, relação com o grupo.
- Afeto: a relação com a vida, com as pessoas próximas, as aspirações, os lutos.
- Trabalho: tipo e condições de trabalho e carga horária; acidentes de trabalho; relação com o estudo e a vida social.
- Sexualidade: namoro, atividade sexual, número de parceiros; conhecimentos e informações sobre uso de anticoncepcionais, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids.
- Drogas: o uso ou abuso de álcool, fumo e outras drogas.
- Comportamentos de risco e suicídio: atuações perigosas, ideias de suicídio ou tentativa prévia.

Para saber mais...

No site <<http://adolec.jovem.bvs.br>> você encontrará várias informações e dicas sobre adolescência. Vale a pena conferir!

Atividade 3



Completando o mapa contextual: Com essa atividade, completamos a terceira parte da Atividade 1 e completamos um mapa contextual do(a) adolescente.

Mapa contextual da adolescência (3ª. Parte)

C) Sistema de saúde e processo de trabalho da equipe

Que profissionais atendem aos adolescentes no local onde você trabalha? Como a equipe está organizada para atuação interdisciplinar? No seu centro de saúde, há espaço para discussão dos casos clínicos? A sua equipe conta com o apoio de um NASF?

Quais são os motivos que mais levam o adolescente a buscar ou a ser levado ao atendimento? Elabore uma lista dos motivos com a sua equipe de SF.

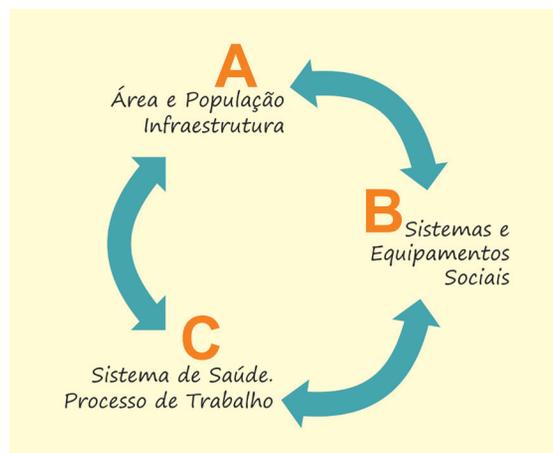
Como está organizado o serviço de saúde para a atenção aos adolescentes: infraestrutura, processo de trabalho da equipe, rotina ou protocolos especiais, grupo operativo, disponibilidade de farmácia adequada às necessidades, utilização de instrumentos como caderneta de saúde do adolescente, cartazes, etc.

Usualmente há um momento da consulta só com o adolescente? Se esse momento já existe, qual é a sua avaliação? Se não existe, você acha que o atendimento ao adolescente sem os pais, em algum momento, é importante? Há dificuldades relacionadas à implantação dessa prática? Quais?

Você tem mais alguma questão a contribuir?

Aproveite essa fase C do mapa contextual para rever as fases A e B e completá-las. Perceba como as fases são interativas.

Consulte no cronograma o encaminhamento da atividade.





Seção 3

A construção do vínculo entre adolescente e equipe de Saúde da Família

A construção do vínculo com o adolescente é o eixo norteador das nossas estratégias. Devemos estar atentos a todas as oportunidades: a vinda do adolescente à UBS em situação de urgência ou para atualização do calendário de vacinas ou para buscar medicamento.

Seria interessante que todos os profissionais da UBS estivessem sensibilizados para o acolhimento ao adolescente.

Uma pergunta a mais: *o que te traz aqui hoje? Há algo que te incomoda?* Pode abrir um espaço de interlocução. Uma estratégia importante, nesse sentido, é não usar a técnica do interrogatório na busca do levantamento de questões relativas à vida, os motivos e as necessidades do adolescente. A impressão que se passa quando se usa um roteiro pronto de questionamentos é de uniformidade, objetividade, e não de estar atento à subjetividade e singularidade do adolescente. A consulta deve avançar em consonância com o adolescente, tecendo trocas e respeito, com a mobilização de valores, conceitos/ preconceitos e estereótipos. Gradualmente vão se estabelecendo a confiança e o vínculo profissional/adolescente.

Nessa acepção, deve-se deixar um retorno sempre *em aberto*; abrir a janela de escuta, garantir a privacidade e o sigilo são estratégias fundamentais.

O trabalho com grupos de adolescentes promove o vínculo entre os adolescentes e os profissionais de saúde, facilita a emergência e a circulação da fala e a apropriação do espaço de saúde pelos jovens.

A construção do caso que envolve a discussão do mesmo com a equipe interdisciplinar é fundamental para a condução ética e singular. O acolhimento da família por outro profissional da equipe, distinto do que atende ao adolescente, pode ser muito rico.

Às vezes, mesmo a oferta de todos esses dispositivos: consulta individual, trabalho em grupo, acolhimento da família e interlocução com a equipe interdisciplinar não é suficiente para promover o acesso e a permanência do adolescente na UBS.

Temos, então, que deixar nosso consultório e o espaço da UBS para nos aventurarmos em busca dos adolescentes da nossa área de abrangência. Podemos começar com a pergunta: onde estão os adolescentes? Na praça, na quadra, na escola, no cinema, na lan house, isolados? Conhecer o entorno, o bairro, a cultura, as invenções dos jovens.

Investigarmos quais são as questões que os afligem, que os adoecem. E, junto com eles, elaborarmos intervenções.

Ao final desta seção você será capaz de:

- Construir relação intersubjetiva com o adolescente e família com vistas à criação de vínculos.
- Realizar discussões significativas em grupos com os adolescentes.
- Realizar grupos de discussão com a equipe interdisciplinar.
- Encontrar caminhos que levem ao adolescente.

Parte 1

Relação adolescente e profissional de saúde

A relação profissional saúde-adolescente deve ser cuidadosamente construída, como uma experiência. Uma experiência que não pode ser aprendida passivamente, em transmissão vertical, mas será desenvolvida no aprender a fazer. O que não exclui que fundamentos teóricos, conceitos e princípios possam ser assimilados com estudo, elaboração e reflexão.

Essa relação, resultante de uma construção, exigirá investimento, não será padronizada, tampouco poderá se sustentar em protocolos. Exigem-se trabalho artesanal, respeito ao estilo do profissional e a singularidade de cada situação. O profissional de saúde deve ser estimulado a cultivar essa habilidade no aprender a fazer. Um erro habitual é acreditar que esse aprendizado resulta de processo espontâneo, expondo médicos e adolescentes a riscos. Essa prática corre riscos de supressão na atualidade, em que predominam os atendimentos transversais, em urgências, interconsultas e consultas especializadas.

Ao avançar a idade, em especial na adolescência, a relação desloca-se para o jovem, o qual deverá ser informado de aspectos diagnósticos e terapêuticos, devendo ser implicado e responsabilizado em seus cuidados.

Cabe ressaltar que os pais não serão excluídos de forma alguma; mas o foco do atendimento é o adolescente. O acolhimento à família é imprescindível, e pode ser feito por outro profissional da equipe de saúde.

O adolescente – ou sua família –, quando procura o profissional de saúde, sempre demanda algo: o esclarecimento de um sintoma, o afastamento de uma doença, a orientação de um tratamento. Pode estar vivenciando situações de insegurança, de desamparo e de medo, sem que essas questões estejam em primeiro plano. Cuidado! Pode haver algo mais! Nem sempre o adolescente procura apenas um diagnóstico e tratamento tecnicamente corretos. A demanda mais importante pode ser algo encoberto:

um medo, uma vergonha, uma angústia inadequada ou infantil. Deve-se ter em mente que muitos jovens suicidas fizeram uma consulta médica poucos dias antes do ato suicida, em que nada importante foi constatado.

Pequeno relato clínico talvez expresse melhor essa questão. Uma adolescente vem ao ambulatório com queixa de intensa cefaleia, é perceptível que está muita ansiosa e com choro fácil; também a cefaleia é mal caracterizada. Somente em um segundo atendimento, dois dias após, revela-se o motivo da procura médica: o medo de uma gravidez, que se confirmou. Essa revelação foi possível porque o profissional percebeu algo mais e marcou retorno a curto prazo, mas também porque fez uma perguntinha mágica: **“não há algo mais inquietando, preocupando você?”**

Outro exemplo, um adolescente por três vezes procurou consulta, queixava-se de uma faringite, também de indisposição e mal-estar físico, afetando seu rendimento escolar. Ao exame havia poucos dados clínicos, uma leve irritação de faringe. Colocado para falar de si, explica que mora com a mãe; esta é separada do pai há alguns anos. Há pouco tempo descobriu que a mãe é dependente química, questão nunca abordada com ela e que estava tornando a vida dele insuportável.

Devemos nos lembrar de que a palavra é o principal instrumento de comunicação, mas é uma fonte de mal-entendido. Assim, na relação humana pode prevalecer o mal-entendido. O profissional de saúde deve estar atento ao falado, mas também ao não dito, à linguagem não verbal, aos silêncios que podem dizer mais que as palavras. Há uma atitude que o profissional deve sempre tomar: **“ele falou isto, mas o que ele quer dizer?”** As verdades do adolescente e da família nem sempre são factuais, expressam suas crenças, fantasias e preconceitos.

Por outro lado, para espanto de muitos profissionais, o adolescente nem sempre procura o diagnóstico e a cura. As UBS estão cheias daqueles que buscam o profissional, sua atenção, não o tratamento em si. Quem disse que o paciente sempre quer se curar? Muitas vezes ele quer ser cuidado, se queixar, mas atrás das queixas estão questões que podem ser desveladas, desde que sejam acolhidas, que haja espaço para elas.

O adolescente quer algo mais. Ao profissional cabe abrir uma pequena janela para tentar escutá-lo. Ocupar o lugar de quem escuta não significa sair distribuindo conselhos e deve deixar intocadas as concepções que o adolescente faz do que é certo e do que é errado. O profissional escuta e devolve à pessoa o caso que ela contou após contê-lo temporariamente em si mesmo.

Considerações éticas

A clínica de adolescentes traz situações difíceis como o uso de contracepção em adolescentes muito jovens, que não querem que os pais tomem conhecimento desse fato. Por outro lado, os pais querem, muitas vezes, que o profissional ocupe o lugar de contenção de um adolescente com práticas transgressivas. Enfim, um sem número de situações pode ocorrer, para as quais nem sempre há uma norma clara. Momentos em que o profissional deve avaliar, julgar, tomar decisões, nunca estando absolutamente seguro. O referencial para o profissional de saúde deve ser sempre o compromisso com o adolescente, mas com a cautela de não ser simplesmente uma testemunha deste, nem suporte a uma postura transgressiva. O profissional não está a serviço dos pais, tem por dever manter o sigilo e fazer a defesa do seu paciente, o que não significa dar apoio ou encobrir suas atitudes equivocadas.

Ressaltamos a importância da discussão dos casos, especialmente os mais complexos, com a equipe de saúde e com as equipes de apoio e referência.

Lembramos, ainda, a observação do princípio da autonomia, quando o profissional percebe que o adolescente é capaz de tomar decisões e se responsabilizar pelos cuidados com a sua saúde e os direitos do jovem à confidencialidade e privacidade.

É vedado ao médico:

Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente (artigo 74 do Código de Ética Médica, 2009).

Fonte: BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. *Estatuto da criança e do adolescente*. São Paulo: Ed. dos Tribunais, 2009a

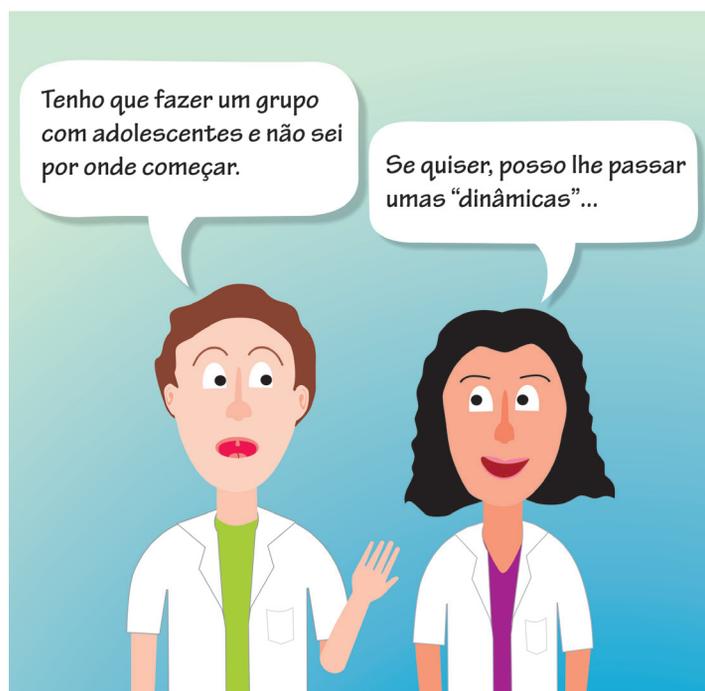
Parte 2

O trabalho com grupos: começo de conversa

Nesta parte vamos conversar um pouco sobre a importância do trabalho com grupos de adolescentes, como uma das principais estratégias de atenção à saúde desse grupo populacional, visando à prevenção de agravos físicos e psicossociais e à promoção de sua saúde.

Antes de discutir o trabalho com adolescentes, o que você acha de refletir sobre as várias visões existentes sobre o atendimento em grupos?

Existe atualmente a tendência à banalização do trabalho com grupos, como se essa atividade fosse algo simples, concretizada a partir da aplicação de algumas técnicas que levariam a determinado resultado.



Charge

Existe também a visão de que o trabalho com grupos pode ser interessante, por atingir em pouco tempo maior número de pessoas. De acordo com esse pensamento, com a constituição de grupos, haveria mais facilidade de responder à grande demanda pelo atendimento de saúde. Outros profissionais não aceitam o atendimento, argumentando que constitui apenas uma forma de banalizar as relações sociais. Outros, ainda, o consideram um importante instrumento de atenção à saúde, desde que alicerçado em uma boa teoria de trabalho com grupos.

Afinal, o que são grupos?

“Grupo é um conjunto de pessoas unidas entre si porque se colocam objetivos e/ou ideais em comum e se reconhecem ligadas por estes objetivos e/ou ideais” (AFONSO, 2010, p. 27).

Pela definição você pode inferir que existem características que são comuns a todos os grupos. No entanto, cada um deles tem uma história própria, uma singularidade. A essa história, ou seja, ao movimento que o grupo faz em busca dos seus objetivos, denominamos processo do grupo.

Para refletir...

Você já teve experiência com algum grupo na área de saúde? Procure elaborar, mentalmente, essa experiência, considerando o processo do grupo. Se você ainda não teve experiência, imagine um grupo fictício e faça o mesmo exercício.



O grupo e o sujeito - os participantes de um grupo querem ser reconhecidos como pertencentes àquele grupo, mas, ao mesmo tempo, ser vistos em sua singularidade. A coordenação deve estar atenta, prestando atenção no movimento do grupo e nas demandas individuais.

Metodologias de trabalho com grupos

Como você sabe, existem várias metodologias de trabalho com grupos, mas a mais comumente utilizada na área de saúde são os grupos operativos. Muitas vezes mal compreendidos e utilizados de maneira inadequada, os grupos operativos foram introduzidos por Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista de origem suíça, que desenvolveu a sua teoria na década de 40, na Argentina. Ele compreende o grupo:

[...] como o conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõem, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa, interagindo, para isso, em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si ((PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 242-243).

Nos grupos operativos, os participantes se reúnem em torno de uma tarefa, mas, também, pelo afeto e, portanto, enfatizam-se os vínculos, a comunicação e a cooperação. Para Pichon-Rivière, o grupo tem uma tarefa externa (os objetivos que assumiu) e uma tarefa interna, que é trabalhar os processos vividos pelo grupo.

E os grupos de adolescentes?

É importante lembrar que o grupo de pares é extremamente importante para o adolescente, que procura no grupo de iguais que vivencia o mesmo momento existencial uma forma de identificação e mais segurança. Nesse momento de desligamento da família, o grupo representa segurança, funcionando como um intermediário entre o grupo familiar e o laço social (RASSIAL, 1997).

Assim, pense nisto

Considerando que a situação de maior vulnerabilidade dos adolescentes constitui uma das principais apreensões dos serviços de atenção à sua saúde, a criação de novos modelos de atendimento constitui um valioso recurso de promoção de saúde. Entre eles é importante destacar o atendimento aos jovens em grupos, uma vez que se trata de uma população que já tem, mais do que em outras faixas de idade, a tendência a se agrupar. Assim sendo, seria utilizar essa marcante característica para uma proposta de atenção mais abrangente à saúde desse grupo populacional.

[...] daí a nossa responsabilidade de criar lugares para ajudar o jovem a traduzir em palavras o que ele não quer saber e que, por vezes, o leva ao pior (LACADÉE, 2007).

Para saber mais...

Leia mais a respeito de trabalho com grupos leia nas páginas 40 - 47 do Módulo "Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade"

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. *Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde*. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. NESCON/UFMG. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009. 72p.

Por outro lado, não basta o trabalho em grupo, pois é também conhecido o insucesso das práticas educativas centradas na figura do profissional de saúde, sendo fundamental que esse espaço possibilite ao adolescente escolher os assuntos e questões que quer trabalhar, permitindo-lhe expressar as suas dúvidas, trocar experiências, compartilhar as suas angústias e expressar seus medos, suas alegrias e conquistas. Assim, **este é mais um espaço de escuta do que de transmissão de conhecimento, o qual pode ser construído pelo próprio grupo durante o seu processo e que:**

[...] privilegia a circulação da palavra, utilizando-se de atividades criativas que possibilitem trabalhar as questões endereçadas ao grupo de forma mais atraente, promovendo a interação entre os membros do grupo e favorecendo a subjetividade (BRASIL, 2010, p. 39).

Para refletir...

Existe algum trabalho com grupos de adolescentes na sua área de abrangência? Se a resposta for afirmativa, como está sendo desenvolvido? Se ainda não existe, o que considera importante para iniciá-lo?

Trabalhar com grupos operativos de adolescentes significa que eles se reunirão em torno de uma tarefa (um bate-papo, a preparação de uma peça teatral, a confecção de um jornal, etc.). Mas, durante a realização dessa tarefa, irão trabalhar o processo do grupo, as relações, os conflitos, as questões da singularidade (tarefa interna).

Outros aspectos são considerados importantes no trabalho com grupos de adolescentes:

- O grupo pode constituir uma “porta de entrada” para outros atendimentos. Os adolescentes, muitas vezes resistentes aos atendimentos individuais, aderem com mais facilidade às atividades em grupo, mais atraentes e menos ameaçadoras.
- Um desafio sempre presente é constituir no grupo de adolescentes um espaço, não só de construção de conhecimento, mas, também, de elaboração de experiências e sentimentos.
- É importante que o espaço grupal favoreça o desenvolvimento da subjetividade e possibilite aos jovens a construção de saídas mais saudáveis e singulares para a adolescência.
- O trabalho deve privilegiar o desenvolvimento de atividades lúdicas e participativas, o que contribui significativamente para aumentar o interesse e o grau de compromisso dos jovens com o grupo.
- Possibilitar aos jovens participar da construção das modalidades de atividades em grupo, para que estas lhes sejam mais atraentes e despertem mais interesse. Estimular a sua participação torna-os corresponsáveis pelo serviço e mais comprometidos com o grupo.

Como já referido anteriormente, outro aspecto importante do atendimento ao adolescente é a crise familiar, geralmente deflagrada pela ado-

lescência de um de seus membros. É preciso acolher as dificuldades dos familiares e um bom instrumento para isso é a realização de grupos. Dessa forma, podem entender melhor o processo vivenciado pelos jovens e seus próprios sentimentos relacionados a esse momento.

Como é a abordagem das famílias em sua área de abrangência? Como você planejará o trabalho com grupos de famílias de adolescentes?

Como você pode ver, não existe fórmula mágica para se trabalhar com grupos de adolescentes e suas famílias. As propostas deverão ser construídas de acordo com a realidade, com a cultura e as tradições da comunidade.

No entanto, algumas sugestões podem contribuir para ampliar as possibilidades de atenção à saúde do adolescente.

Atenção, não é uma receita, mas pode contribuir para o trabalho com grupos de adolescentes:

- Utilizar metodologia que privilegie o lúdico e a participação;
- oferecer várias atividades em grupo para que o jovem possa escolher;
- evitar procedimentos muito burocratizados e normas muito rígidas de funcionamento para facilitar o acesso do adolescente e sua família;
- estimular a participação dos adolescentes na construção de várias modalidades de atendimento;
- requisitar a participação dos jovens na avaliação das atividades;
- organizar os adolescentes em grupos conforme a idade (12 e 13 e acima de 14 anos) – os interesses, a capacidade de abstração e de elaboração das questões são muito diferentes. No entanto, seja flexível, pois o ritmo de desenvolvimento é próprio de cada adolescente;
- procurar formas de trabalhar no grupo não só as necessidades de informação, mas também de uma escuta dos jovens;
- ter clareza de que as atividades desenvolvidas nos grupos são instrumentos para facilitar a expressão e a construção de conhecimento;
- acolher as dificuldades dos familiares, resguardando, no entanto, o espaço do adolescente;
- manter articulação com outras organizações que trabalham com adolescentes.

Pense nisto

As atividades desenvolvidas nos grupos constituem apenas recursos para acolher os adolescentes e facilitar a expressão e a simbolização.



A partir das considerações anteriores, você pode perceber a variedade de atividades em torno das quais os jovens podem se agrupar, constituindo espaços valiosos para a criação de modalidades de atendimento à saúde que ultrapassem as convencionais. Além disso, constituem lugares onde podem exercer o seu direito de participar da construção de serviços de atenção à sua saúde.

Parte 3

O trabalho com a equipe interdisciplinar

Pensamos que há diferença entre o trabalho multiprofissional e o interdisciplinar. O multiprofissional teria como premissa a reunião de vários campos do saber. O interdisciplinar teria como elemento diferencial a interlocução entre os profissionais, entre os discursos. Não haveria uma fusão de conhecimentos, com a formação de um saber completo, e sim a articulação entre discursos, com pontos de tensão. Sempre há uma incompletude, um ponto de não saber, um lugar vazio.

Os protocolos pressupõem um saber que determina uma prática. Mas os que vivenciam a clínica deparam cotidianamente com casos que escapam, que não se adequam, que resistem aos protocolos. Na clínica, há uma dimensão singular, subjetiva, contingencial.

São os impasses da clínica que convocam o trabalho interdisciplinar, em torno da construção do caso clínico. Diante do particular do caso, deixamos de lado o saber constituído, criando um espaço, um vazio para um novo saber.

É importante que sejam criados espaços de discussão, preservando horário adequado para os encontros da equipe de saúde.

A puberdade é um fenômeno universal e biológico, diante do qual cada um elabora a sua resposta, a sua adolescência.

Não devemos confundir o trabalho interdisciplinar com encaminhamentos múltiplos. O acompanhamento da saúde do adolescente, com a construção do vínculo entre o adolescente e o profissional de saúde, pode permitir a elaboração de outras demandas e a possibilidade de encaminhamento para outros profissionais.

Pense nisto:

O profissional que acompanha, que assume o caso, deve permanecer nesse papel, mesmo com a entrada de outro profissional.

Observamos que muitos encaminhamentos são motivados pela angústia do profissional diante desse não saber. O adolescente não deixa a sua adolescência em casa para ir ao serviço de saúde e é a adolescência que suscita o impasse no atendimento. As questões orgânicas, biológicas, habitualmente não causam grandes dificuldades para o profissional de saúde. Quando investigamos quais são os impasses relacionados ao atendimento do adolescente, é o próprio adolescente que surge como um desafio.

A adolescência, com a sua exuberância sintomática, recorda-nos o inacabado de cada um de nós, a falta estrutural e incurável. O mal-estar que experimentamos não é sem consequências: medicalização, segregação.

Parte 4

Ir ao adolescente

O adolescente nem sempre se aproxima da Unidade de Saúde. Quando ele ali comparece, devemos acolhê-lo. Não deixar que a burocracia, como a rigidez de horários para marcação de consulta, dificulte seu acesso. A presença do adolescente na UBS deve ser vista como uma grande oportunidade.

Devemos nos lembrar de que nem sempre há queixa orgânica e que isso não invalida a demanda do adolescente. Cuidado nos acolhimentos! Perceba o adolescente por meio da linguagem falada, postura, imagem corporal, gestos e pelo silêncio. **A queixa imprecisa e por isso pouco valorizada pode encobrir importantes necessidades!**

É importante ressaltar que o adolescente tem o direito de comparecer à UBS e de ser atendido sem a presença dos familiares. Ele pode não ir à UBS, mas habitualmente frequenta a escola, as quadras, o cinema.

Podemos ir até onde o adolescente está.

Uma aluna do Internato Rural da UFMG chegou a uma cidade do interior de Minas Gerais e constatou a ausência de adolescentes no centro de saúde. Adolescentes ausentes, mas falados pelos profissionais de saúde, que se preocupavam com seus comportamentos de risco. Ela nos procurou, também preocupada. Indagamos onde os adolescentes estavam na cidade. Um dos pontos de encontro era o cinema. Sugerimos então que ela convidasse os adolescentes para uma sessão de cinema, na qual ela e os outros alunos pudessem se apresentar como profissionais de saúde em formação. Ela perguntou se devia escolher um filme com um tema relacionado à saúde. Sugerimos que fosse um bom filme. Nesse momento, mais importante que uma ação explicitamente vinculada à promoção de saúde, é o início da construção de um vínculo.

Muitas vezes, algo da ordem da invenção é produzido pelo adolescente e pelo profissional de saúde. O adolescente pode construir seu percurso pela cidade, sua cartografia particular, em que saúde, cultura, educação, esporte, lazer se entrelaçam.



Atividade 4

FÓRUM

Neste Fórum temos duas histórias, a de Rosa e a de Stela. Responda às questões em relação às duas. Para participação no Fórum, escolha uma delas para debater com seus colegas e tutor. Acompanhe os debates do outro caso, mas não intervenha.

HISTÓRIA DE ROSA

Rosa, adolescente de 12 anos, vem à UBS com sua mãe. A mãe relata que há dois anos vem observando que a filha está triste, desanimada, sem cuidado com a higiene e com a aparência.

A mãe apresenta-se muito angustiada e preocupada com a filha.

Rosa fala que se sente triste em casa, que os pais brigam entre si e com os filhos. Tem saudade de um irmão, que está desaparecido. Conta que sente falta dos amigos e vizinhos da casa que habitava até dois anos atrás.

O pai é pedreiro, a mãe trabalha em casa. Rosa tem um irmão mais velho, 14 anos, e dois mais novos, uma menina de quatro anos e um menino de dois anos.

Frequenta a escola e um projeto voltado para educação, cultura e lazer. Excelente desempenho escolar. Tem alguns poucos amigos na escola.

A caderneta de saúde da criança se perdeu na mudança de casa; ainda não tem caderneta de saúde do adolescente. Fala que a vacinação estava em dia.

Pediu para a mãe ficar na consulta, o tempo todo. Exame clínico sem alterações. Cicatriz de BCG adequada. Tanner 2. Estatura e IMC no DP -1.

CASO DE STELA

Stela, 16 anos, procura a UBS, encaminhada pelo médico de uma unidade de pronto-atendimento, onde fora consultar por dor de garganta, já curada.

Ao ser acolhida, os pais, que a acompanham relatam emagrecimento acentuado no último ano. Stela conta que se vê gorda e quer emagrecer mais.

É encaminhada e atendida pelo clínico, que descreve Tanner 5; IMC de 14 kg/m², sugerindo sua participação no grupo de adolescentes. No grupo, permanece quase em silêncio por sete meses. Voz baixa, rosto coberto pelos cabelos longos.

Um dia, Stela revela para o profissional que conduz o grupo que sofreu abuso sexual, perpetrado por um tio materno, há 10 anos.

Pontos para debate:

Escolha um dos casos e discuta no Fórum, colocando suas opiniões e debatendo as dos colegas.

Quais são as suas considerações sobre a condução do caso: como orientar o atendimento, como acolher a mãe e a família?

Como interpretar os dados do exame clínico? Quais cuidados de saúde devem ser enfatizados?

Quais seriam suas considerações sobre a adolescência da adolescente? E sobre a puberdade?

O que fazer diante da situação da adolescente? Como avalia a condução do caso?

Como articular com outros setores: escola, assistência social, setor jurídico?

Conclusão do módulo

Conclusão do módulo

A clínica do adolescente nos instiga a ir além da técnica. Fazer uma pergunta a mais, valorizando a subjetividade e a própria adolescência, *essa delicada transição*, torna-se fundamental para os profissionais que se propõem a atender aos adolescentes.

É imprescindível o acolhimento do adolescente na unidade básica de saúde por toda a equipe de Saúde da Família. Pelo acolhimento, pode-se tanto aproximar quanto afastar o adolescente de si, da unidade e de cuidados de saúde.

O acompanhamento de saúde abrange a avaliação do crescimento, da puberdade, da alimentação, lazer, esporte, das vacinas. A abordagem se amplia, com perguntas sobre a escola, sobre o laço social, relações afetivas e familiares.

O atendimento ao adolescente sem a família é importante e respeita o direito do adolescente ao sigilo e à privacidade.

Além da consulta, o atendimento interdisciplinar - o trabalho com grupos - é ferramenta útil para a construção do vínculo do adolescente com a ESF.

Mas nem sempre o adolescente procura a UBS. Podemos ir até ele nas praças, quadras, cinema, escola, onde ele estiver.

Esperamos que este módulo tenha contribuído para o seu conhecimento sobre a saúde do adolescente e promovido reflexão individual e coletiva sobre a atenção à saúde do adolescente na sua área de abrangência.

Essa é a nossa aposta e a nossa expectativa: que o adolescente seja acolhido e acompanhado em cada UBS.

Não é necessário ser “especialista em adolescente”, e sim estudar, capacitar-se, discutir os casos com as equipes de apoio, com sua equipe de saúde.

Nós, do Núcleo de Saúde do Adolescente do HC-UFMG, estamos à disposição. Contate-nos sobre seu trabalho e sobre o conteúdo deste módulo, com críticas e sugestões.

cristiane@medicina.ufmg.br
matilde@nescon.medicina.ufmg.br

Ao trabalho, juntos!

Referências

Referências

Leituras obrigatórias

BRASIL. Lei N°8.069 de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Editora dos Tribunais. São Paulo. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde do Adolescente: competências e habilidades*. Brasília: Ministério da saúde, 2008. Disponível em: <http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/saude_adolescente.pdf>. Acesso em 24 de jun. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde do adolescente*. Secretaria do Estado de Saúde. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaSaudeAdolescente.pdf>>. Acesso em 24 de jun. 2011.

PEREIRA, A. A. dependência química com abstinência alcoólica. In: __ PEREIRA, A.. A.; VIANNA, P.C.M.; *Saúde Mental*. Belo Horizonte: NESCON/ Coopmed, 2009. P. 55-56.

Leituras recomendadas

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_nacionais_adoles_jovens_230810.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Caderneta de saúde do adolescente*. 2009b. Disponível em <<http://www.adolesc.jovem.bvs.br/html>>. Acesso em 24 jun. 2011.

COUTO, Ana Cláudia Porfírio; SOUSA, Gustavo de Sena. *Educação Física: atenção à saúde da criança e do adolescente*. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2011. 64p.

PEREIRA, A. de A.; VIANNA, P. C. de M. *Saúde Mental*. Belo Horizonte: NESCON/Coopmed, 2009. 76p.

Outras referências

AFONSO, L. M. (org.) *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Bases Programáticas. *Programa de Saúde e do Adolescente*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação*. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: confiança para o médico, segurança para o paciente. Resolução CFM Nº1931/2009. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/index.asp/html>>. Acesso em 24 de jun. 2011.

COSTA, M. C. O; MARTINS, M. O atendimento clínico do adolescente: queixas e patologias mais frequentes. In: LOPEZ, F.A.; CAMPOS JÚNIOR, D. (org.) *Tratado de pediatria*. São Paulo: Manole, 2007. Seção 9, 341-435.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA e ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2006*. Disponível em: <<http://www.ibge.br/trabalhoerendimento/pnad/2006>>. Aspectos complementares da educação, afazeres domésticos e trabalho infantil.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA e ESTATÍSTICA. *Estimativa populacional para 2010*. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_censo2010.php>.

LACADÉE, P. *O risco da adolescência*. Publicado no Caderno Pensar do Jornal Estado de Minas em 16 de junho de 2007.

MARSHALL, W. A.; TANNER, J. M. *Variation in the pattern of puberal changes in girls*. Arch Dis Child. v.44;p. 291-303, 1969.

MARSHALL, W.A.; TANNER, J.M. *Variation in the pattern of puberal changes in boys*. Arch Dis Child. v. 45: p.13-23, 1970.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Problemas de salud de la adolescencia*. Informe de un Comité de Experts de la OMS. Série Informes Técnicos, 308, Genebra, 1965.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. 7 ed. Trad. Marco Aurélio Fernandes Velloso e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

RAMOS, F. R.S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org). *Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000 (Caderno especial)

RASSIAL, J. J.. *A passagem adolescente: da família ao laço social*. Porto Alegre: Artes e Ofícios Ed., 1997.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. *Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde*. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. NESCON/UFMG. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009. 72p.

Vídeos e projetos recomendados

Filmes recomendados (Disponíveis em Internet ou Locadoras):

As melhores coisas do mundo
Os incompreendidos – François Truffaut
Preciosa
Juno
Entre os muros da escola
Escritores da liberdade
Adeus Lenin
Gênio indomável – Gus Van Sant
Paranoid Park – Gus Van Sant

Projetos recomendados (Disponíveis na Internet)

Ano 2000 - *Projeto Conexão*
Parceria com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Objetivo: capacitar educadores da rede pública e particular de ensino para desenvolverem entre si e na escola um processo de discussão e conscientização em relação ao desenvolvimento integral da criança e do adolescente. Estimular que os educadores coordenem os núcleos escolares e incentivem o protagonismo juvenil e voluntariado jovem.

Ano 2001 - *Projeto Adolescência e Vulnerabilidade*

Parceria com o Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselho Tutelar de Mococa

Objetivo: desenvolver resistência ao uso indevido de drogas lícitas e ilícitas a partir de atividades que aumentem a autoestima do adolescente, estimule sua criatividade e melhore seu relacionamento interpessoal.

Ano 2002 - *Projeto Saúde é o Inter-Esse*

Parceria com o Ministério da Saúde/Unesco

Objetivo: contribuir para a redução das DST/aids no município de Mococa, a partir da formação de núcleos de adolescentes e protagonistas juvenis e realização de oficinas sobre saúde, sexualidade, gênero, vulnerabilidade e prevenção das DST/aids nas escolas públicas e particulares da periferia de Mococa.

Ano 2002 - *Projeto Educação e Saúde: Uma Parceria Possível com resultados visíveis*

Parceria com o PSF-Programa de Saúde da Família e ACS-Agentes Comunitários de Saúde

Objetivo: sensibilizar e capacitar os agentes comunitários de saúde para atuarem junto às famílias dos adolescentes atendidos na Casa do Adolescente - sede do Grupo TUMM e estimular o adolescente a frequentar o posto de saúde, reconhecendo-o como espaço de atendimento aberto sempre precisar.

Ano 2003 - *Projeto A Arte de Viver*

Parceria com o Condeca/ Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente-São Paulo/SP

Objetivo: proporcionar conhecimentos básicos a professores, pais e adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas, organizando uma rede de prevenção ao uso indevido de drogas. Em 2004 - parceria Fundação Itaú Social/ Unicef.

Ano 2004 - *Continuidade do projeto A Arte de Viver*

Parceria com a Fundação Itaú Social/Unicef Direitos da Criança e do Adolescente - São Paulo/SP

Objetivo: proporcionar conhecimentos básicos a professores, pais e adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas, organizando uma rede de prevenção contra o uso indevido de drogas.

Ano 2006 - *Projeto: X- EMA - Encontrando Maneiras de Agir na Participação das Políticas Públicas visando a prevenção e informação sobre as DST/aids*

Parceria com o Ministério da Saúde (SES-SP)

Objetivo: contribuir para a redução das DST/aids no município a partir de ações que permitam aos adolescentes refletir sobre vulnerabilidade, meios de transmissão e formas de prevenção.

Desde 2000 - *Projeto CASA DO Adolescente - espaço de Vivência e Convivência do Adolescente*

Objetivo: construir espaço educativo e formativo onde o adolescente, em horário em que não estuda, possa participar, entre pares, de oficinas pedagógicas sobre saúde, sexualidade, meio ambiente, cidadania, direitos humanos e prevenção das DST/aids. Estímulo ao voluntariado e à participação social dos mesmos.

Núcleo Oi Kabum! – *Escola de Arte e Tecnologia*

Parceiros: Instituto Oi Futuro e Associação Imagem Comunitária (AIC)

Objetivo: atuar junto à juventude popular urbana, realizando formação em linguagem multimídia, com cursos de design gráfico, vídeo, webdesign, computação gráfica e fotografia. Promove oportunidades para o desenvolvimento dos jovens por meio da arte, comunicação e de suas tecnologias.

http://www.conscienciarte.org.br/quem_somos

<http://www.institutococacola.org.br/projeto-educacao.htm>

Apoio



Ministério da Educação



Ministério da Saúde



Realização

