

A large graphic featuring silhouettes of a crowd of people with their hands raised in the air, set against a background of overlapping geometric shapes in shades of blue and white. The silhouettes are dark blue, and the background consists of various sized squares and triangles in lighter blue and white tones.

ADOLESCÊNCIA E SAÚDE 4

Construindo saberes,
unindo forças,
consolidando
direitos



GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO

Secretaria da Saúde

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel.: (11) 3116-8500
Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Marco Antonio Zago

Programa Saúde do Adolescente **Coordenadora Estadual do Programa Saúde do Adolescente**

Albertina Duarte Takiuti

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde

Luiza Sterman Heimann

Vice-diretora do Instituto de Saúde

Sônia I. Venancio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico

Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo

Bianca de Mattos Santos

ISBN 978-85-88169-33-3

Tiragem: 2.000 exemplares

Adolescência e Saúde 4 – construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos

Comissão Organizadora: Neusa Francisca de Jesus (coord), José Maria Soares Juniore e Sandra Dircinha Teixeira de Araújo Moraes

Coordenação: Área Técnica de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Edição: Neusa Francisca de Jesus

Colaboradores: Wilson Pereira de Souza, Chafi Abduch e Joana Maria Shikanai Kerr

Revisão, capa, tratamento de imagens, projeto gráfico e editoração:

All Type Assessoria Editorial EIRELI

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica

Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração

Bianca de Mattos Santos

Conselho Editorial Executivo

Camila Garcia Tosetti Pejão

Carlos Tato Cortizo

Luiza Sterman Heimann

Márcio Derbli

Maria Thereza Bonilha Dubugras

Silvia Regina Dias Medici Saldiva

Tereza Setsuko Toma

Este livro não pode ser comercializado e sua distribuição é gratuita. A versão online está disponível no site <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/outras-publicacoes>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP **Biblioteca. Centro de Apoio Técnico-Científico. Instituto de Saúde**

Adolescência e Saúde 4 - construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos/ organizado por Neusa Francisca de Jesus (coord.), José Maria Soares Junior, Sandra Dircinha Teixeira de Araújo Moraes. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018.

290 p.

ISBN: 978-85-88169-33-3

1. Adolescente 2. Atenção Integral 3. Saúde 4. Saúde Pública 5. Administração Pública

I. Jesus, Neusa Francisca de, org. II. Soares Junior, José Maria, org. III. Moraes, Sandra Dircinha Teixeira de Araújo, org.

Sumário

Um Sonho: Programa Saúde do Adolescente – Sentir, Viver e Agir	5
Introdução	13
PARTE 1: REFERÊNCIAS CONCEITUAIS	15
1. Conceito de adolescência	17
2. Conceito de saúde	21
3. Adolescência e a encruzilhada da prevenção	25
4. Sobre atividades grupais com adolescentes	31
5. Conceito de cidadania	35
6. Políticas públicas na saúde do adolescente	41
PARTE 2: DIMENSÕES DO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE	45
7. Fundamentos éticos para o atendimento aos adolescentes	47
8. Adolescentes e Jovens na Atenção Primária à Saúde	53
9. Sexualidade na adolescência	63
10. Planejamento reprodutivo na adolescência	67
11. Atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes desacompanhados	73
12. Prevenção de gestações não-planejadas, abortos e oferta de contracepção de emergência para adolescentes	79
13. Pré-natal da adolescente	83
14. Acompanhamento do parto da adolescente	97
15. O desafio do aleitamento materno entre adolescentes	105
16. Mãe adolescente e seu filho – Aspectos nutricionais	109
17. Desenvolvimento psicológico	113
18. O adolescente com deficiência mental: seus limites e possibilidades	119
19. Adolescente com doença crônica: um grande desafio	125
20. Vacina HPV quadrivalente: aspectos atuais	131
21. Aceitabilidade e conhecimento da vacina HPV	141
22. Distúrbios nutricionais no adolescente	147
23. Reflexões sobre o uso de tecnologias por (e para) adolescentes	153
24. Doença sexualmente transmissível na adolescência	155
25. Nutrição na adolescência	161
26. O impacto da síndrome metabólica sobre a massa óssea de adolescentes	173
27. A influência do excesso de gordura corporal sobre a massa óssea de adolescentes	179
28. Irregularidade menstrual	187
29. Psicopatologia	193
30. Malformações das mamas. Classificação, diagnóstico e tratamento	199
31. Malformações genitais. Considerações sobre a nova nomenclatura, classificação, abordagem diagnóstica e terapêutica	203
32. Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde do adolescente disciplina de ginecologia FMUSP	207
33. Adolescentes no cenário brasileiro: quando o caminho é a violência	211
34. Adolescente e medidas socioeducativas de liberdade assistida	219
35. Violência doméstica e sexual cometida contra adolescentes	225

PARTE 3: EXEMPLOS DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS	233
36. Casa do Adolescente de Pinheiros	235
37. Projeto Casa de Vivência – Casa do Adolescente de Ivaiporã/PR	241
38. Casa do Adolescente de Itapeva/São Paulo	245
39. Casa do Adolescente de Mirassol	247
40. Casa do Adolescente de Mococa	251
41. Casa do Adolescente de Heliópolis	253
42. Laboratório de Inovações – Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde – Área de Atenção da Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ)	257
43. Sábado sem barreiras, mulheres invisíveis, desembrulhando seus véus e suas falas caligrafadas	261
44. Projeto Construção Linha de Cuidado: Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo	269
45. Protocolo de orientação para Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes em Serviços da Atenção Básica do município de São José dos Campos	281
46. A experiência do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB) no atendimento às gestantes adolescentes	285
47. Parceria entre o curso de Psicologia do UniSALESIANO e o Projeto Novos Olhares, Novas Práticas: Educação e Rede de Proteção em Lins/SP	287

Um Sonho: Programa Saúde do Adolescente – Sentir, Viver e Agir

Albertina Duarte Takiuti¹

1º Passo – Registros do início do sonho

O sonho de construir o Programa Saúde do Adolescente começa em outubro de 1975, quando aconteceu o primeiro Encontro da Mulher Paulista. Nesse encontro as mulheres disseram: “nós não queremos que nossos filhos tenham o mesmo destino que tivemos”. Dona Laura da favela Pedra Branca, que agora chamamos de comunidade Pedra Branca, disse: “enquanto eles são crianças, conseguimos amarrar nossas crianças no chiqueirinho. Depois eles crescem e fazem coisas de gente grande com cabeça de criança”.

Nesse mesmo ano realizou-se um evento na área da saúde. As mulheres de São Paulo fizeram uma homenagem importante à luta da democracia. Homenagem essa, inusitada, porque ainda em 1975, era proibido falar de democracia. Em plena Câmara Municipal de São Paulo, numa carta dirigida à população escrevemos: “queremos saúde da mulher em todas as fases da vida”.

Foram necessários 12 anos para que esse sonho pudesse acontecer. Assim, em 1986, no Congresso da Adolescência em São Paulo, pudemos reunir 200 profissionais vinculados a boas práticas e que tinham interesse em contribuir: analisando os pontos de estrangulamento e apresentando sugestões para o desenho de uma proposta. No final desse ano, no I Encontro Intersetorial do Adolescente, foi apresentada uma proposta para a atenção à saúde do adolescente, escrita a 2.000 mãos, pois contou com a colaboração de 1.200 participantes.

No dia 07 de março, em homenagem à luta da mulher (oito de março), foi inaugurado o 1º serviço público, em rede, para adolescentes (meninas e meninos) do Brasil. Embora já existisse em algumas faculdades, esse tipo de serviço, foi o primeiro programa dessa natureza, no INAMPS. Foi assim que teve início o atendimento para adolescentes que contou com o ginecologista Dr. Carlos Diegoli, o urologista Dr. Chafi Abduch, psicólogos e assistentes sociais. Esse

momento representou um grande avanço no atendimento a meninos e meninas, pois se introduziu a abordagem grupal. Era a primeira vez que se realizava uma prática de equipe multiprofissional.

Realizou-se, também, em setembro em 1971, o primeiro Serviço de Ginecologia Infanto-puberal, homenagem ao Prof. Dr. Álvaro Bastos, no Hospital das Clínicas, que tive a honra de poder participar do processo, com apenas nove meses de formada. Foi também com o Prof. Bastos que, pela primeira vez, inicia a “prática de escuta” para meninas no Ambulatório Infanto-puberal (0 a 16 anos). Em 1987 começamos a trabalhar a expansão do Programa.

No ano de 1990 já existiam várias casas implantadas que prestavam atendimento aos adolescentes. Em apenas 05 anos chegamos a 400 mil atendimentos, onde a queixa mais presente foi a queixa odontológica. Não eram as questões relacionadas ao crescimento e ao desenvolvimento que tínhamos trazido como experiência da academia que se concretizam como principal problema de saúde. Nem tampouco os problemas de pele, os dermatológicos. Eram problemas odontológicos e psicossociais. Isso exigiu pensar numa nova forma de abordagem. As queixas ginecológicas eram apenas 50% do total das mulheres jovens. Enquanto as queixas odontológicas constituíam-se as de maior peso e por isso o Programa passou a pensar na importância da Odontologia, nesse atendimento.

Em oito de março de 1991 foi assinada a Resolução SS-69, aprovando as diretrizes do Programa de Saúde do Adolescente em todo o Estado de São Paulo. No dia 18 de novembro desse ano, o deputado estadual Arnaldo Jardim apresentou o Projeto de Lei nº 679 que, em seu 1º artigo define: “Fica criado o Programa de Saúde do Adolescente na rede pública do Estado de São Paulo”, transformado na Lei nº 11.976, dia 25 de agosto de 2005. Leia a íntegra da Lei 11.976, anexo.

Após 12 anos de sua publicação, a formalização do Programa no Estado de São Paulo vem contri-

1 Mestrado e Doutorado pela Ginecologia da FMUSP. Sanitarista Pela Faculdade de Saúde Pública. Coordenadora Estadual do Programa Saúde do Adolescente - Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadora de Políticas Públicas para Mulher do Estado de São Paulo - Secretaria da Justiça e Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo.

buindo para que os municípios se interessem pouco a pouco pelo Programa Saúde do Adolescente.

Sob essa Coordenação, completando 30 anos com a mesma gestão, o Programa Estadual Saúde do Adolescente é responsável pela implementação, articulação, supervisão e monitoramento e avaliação da política e estratégias relativas à atenção à saúde do adolescente. São 30 anos, portanto, de coordenação, sensibilização, parcerias e capacitação de profissionais na busca de um olhar mais acolhedor e uma atuação competente para os adolescentes e jovens, não só para o Estado de São Paulo. Hoje temos 30 Casas do Adolescente no Estado de São Paulo e Paraná, sendo 29 localizados no Estado de São Paulo e uma no Paraná. Além disso, o Programa vem influenciando e contribuindo para as agendas de outros programas em nível nacional.

Podemos também afirmar que uma grande contribuição do Programa Saúde do Adolescente na política pública é a tecnologia de baixo custo de sala de espera, abordagem grupal, roda de conversa, diversas oficinas, incluindo a de sentimentos. Todos esses projetos encontram-se em funcionamento e estão fundamentados nos seguintes passos:

2º Passo – Concretizar as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e concretizar metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)

O vínculo do Programa Saúde do Adolescente com a Organização Mundial da Saúde (OMS) sempre foi forte e suas diretrizes sempre foram incorporadas aos objetivos do Programa. As categorias vulnerabilidade, fatores de risco e proteção foram movimentos centrais que deram sustentação ao Programa. Realmente, não teríamos conseguido desenvolver o Programa e obter excelentes resultados se não tivéssemos assumido esses nortes que nos fortaleceram e orientaram o nosso caminho.

Desde que a OMS (2000) adotou uma nova *agenda* que se baseou nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), assumimos o compromisso com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de contribuir para a concretização desses Objetivos, tendo como referência os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Inspirada por essas novas perspectivas, a promoção de saúde ampliou seu marco referencial. Passou-se a valorizar mais intensamente determinantes socioeconômicos, a instigar o compromisso político de gestores, o fortalecimento da ação comunitária e fomentar as transformações sociais.

Assim, para o alcance das metas estabelecidas pela OPAS, adotamos uma série de estratégias de ação, o que

contribuiu para que o Programa ampliasse o seu espectro de atuação.

Na interlocução com o poder municipal, no intuito de implementação de novas ações e serviços voltados aos adolescentes, o que se coloca em pauta não é uma proposta metodológica, mas sim as propostas do ODM. São apresentados indicadores e em especial interessam os indicadores que tratem dos seguintes temas: redução de gravidez na adolescência, qualidade de vida, redução de suicídio e de violência, entre outros, pressupondo, portanto, a intersetorialidade.

Muitos me perguntam como se faz para conseguir abrir uma Casa do Adolescente. Primeiro só se justifica uma Casa do Adolescente quando se coloca como perspectiva a redução dos fatores de risco, senão, qualquer serviço é simplesmente um serviço. Por conseguinte, quando você tem uma ação efetiva, pode fazer continuamente processo de avaliação. Outro foco de atuação para se abrir uma Casa do Adolescente é trabalhar com temas como: meio ambiente, violência e fatores socioculturais para uma economia sustentável.

O grande desafio é fazer com que jovens e mulheres façam parte da economia sustentável. E nesse sentido, já assumimos um compromisso. Quando falamos em fazer uma horta nos espaços das Casas do Adolescente para a promoção de saúde, não é simplesmente fazer uma horta, é uma horta dentro dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), para que cada adolescente possa valorizar a própria comida, e que cada um possa ter compromisso com o planeta.

Buscamos, também, assegurar as metas do milênio ao focar na redução da gravidez; na diminuição das DSTs; na equidade de gênero; na redução da violência e na redução da mortalidade materna. Nesses 11 anos o Programa cumpre com seus objetivos na medida em que buscou esse movimento de concretizar os ODM.

Todos que buscam implementar um serviço, os profissionais das equipes multiprofissionais, devem se unir na identificação dos riscos e fatores vulneráveis alinhando-se com o que é preconizado pela Organização Pan-Americana da Saúde e também é um compromisso dos governos nas convenções internacionais.

3º Passo – Considerar as características da adolescência

Independentemente da profissão, todos os profissionais da equipe devem levar em consideração as características da adolescência, pois esse tipo de atendimento apresenta maior complexidade do que atender mulheres, homens em outras faixas etárias. Embora eles apresentem menos doenças se compararmos a outros grupos

populacionais como, por exemplo, o grupo de idosos, os adolescentes têm demandas e necessidades muito específicas e buscam determinados vivências e espaços, além de não aceitarem atitudes impositivas de equipes multiprofissionais. A participação dos adolescentes é um meio essencial para a promoção de saúde.

Devemos então ter em mente os seguintes elementos para uma proposta de atuação e interação com os adolescentes:

- Sentir a adolescência: o adolescente busca a si mesmo. Vive a chamada Síndrome da Adolescência Normal. A vivência do corpo, a busca do corpo, a construção da imagem. Lida com o tempo virtual e real; lida com o tempo dele e com o tempo dos outros. À medida que vai elaborando suas perdas, começa a surgir o conceito de tempo, que implica as noções de passado, presente e futuro.
- A necessidade de construir identidade de gêneros e papéis: será que sou homem? Será que sou mulher? E que masculinidade nós temos e que feminilidade nós temos? Com certeza não é uma única masculinidade e nem uma única feminilidade. E com certeza, o Programa necessita aprofundar as diversas masculinidades e feminilidades com recorte maior de raça e etnia.
- Intelectualizar e fantasiar: a realidade impõe ao adolescente a necessidade de renunciar ao corpo infantil e os pais da infância. Tudo isso é vivido com enorme sentimento de desamparo, que o obriga a recorrer ao pensamento para compensar essas perdas. É o tempo de o adolescente intelectualizar e fantasiar e criar habilidades desenvolvendo suas potencialidades.
- Tendência grupal: é fundamental pertencer a um grupo nessa fase. As evidências mostram que quanto maior o pertencimento do adolescente em grupos, maior construção de segurança, autoestima e autoconfiança.

4º Passo – Acolhimento/Atendimento

Os adolescentes devem sentir-se acolhidos. Nenhum adolescente ao chegar às unidades básicas, Casa do Adolescente ou em qualquer outro serviço, pode deixar de ser atendido, por não ter o seu atendimento agendado. A escuta e o olhar para esse adolescente são primordiais. Seu atendimento pode não ter sido agendado com o médico, com o psicólogo, mas ele tem de ser sempre acolhido pela equipe. A agenda tem que ser flexível, ou o adolescente se sente excluído e não volta. Se um adolescente chegar, com medo, pois a menstruação está atrasada, e não for acolhida, ela vai procurar qualquer amigo ou pessoa que a acolha de qualquer forma.

No acolhimento participativo e a proteção à saúde de forma integral, temos de atuar em três movimentos: ou atendemos na prevenção primária ou na prevenção secundária e terciária. Na Prevenção Primária, identifico os fatores de risco e os fatores protetores; por mais que esse nome já tenha ficado ultrapassado, a ação não ficou ultrapassada. Chame-se prevenção da saúde ou não, o que queremos identificar são os riscos das doenças antes dela aparecer. O diagnóstico da doença de forma precoce é a prevenção secundária. Trabalhar a autoestima do adolescente que já engravidou é trabalhar a prevenção secundária em relação à atual gravidez e primária em relação a uma próxima gestação.

Sendo que a prevenção terciária tem como objetivo diminuir a prevalência das limitações e consequências dos agravos. As ações e serviços devem possibilitar ao adolescente novas oportunidades de inserção e engajamento na escola, nos grupos de amigos, na família, no trabalho e outros. São movimentos dinâmicos e ao instituí-los na política pública, fazemos a prevenção primordial.

O acolhimento pode ser realizado individual ou multiprofissional. Para a prevenção secundária o atendimento pode ser individual, mas para a prevenção primária com certeza o atendimento tem de ser multiprofissional, assim como a prevenção terciária, com a reabilitação dos danos.

5º Passo – Ética e sigilo

O adolescente tem que sentir confiança com base na ética e no sigilo da equipe multiprofissional. O sigilo só deve ser rompido nos casos de risco de vida, abuso e violência. Sempre que possível conversando com o adolescente, buscando acolher e compreender suas escolhas e decisões.

6º Passo – Sexualidade e plano de vida

Na década de 1980, no âmbito da política pública, a informação era considerada relevante pelo profissional para o sucesso do atendimento. Achava-se que a informação era suficiente. Com a realização de uma pesquisa feita conjuntamente com a OMS, tendo como países participantes: Brasil, Chile, Canadá, Finlândia e Costa Rica, os resultados alcançados na pesquisa mudam a história do país e do mundo. A pesquisa foi construída em 07 (sete) dias e contou com grupos de 30 adolescentes de diferentes classes sociais, e monitorados por pesquisadores de oito países.

Hebert Fridman, psicólogo da OMS, responsável pela adolescência, junto com o Dr. Solum Donnas apresentaram a possibilidade de realizarmos uma pesquisa, na

qual, adolescentes entrevistariam adolescentes, o que foi feito. Os pontos que se destacaram nessa pesquisa foram:

Sexualidade e Plano de Vida na Adolescência

- Primeira relação sexual da menina, quais as sensações:
 - Medo de não agradar: 50%
 - Prazer: 20%
 - Outros: 30%
- Primeira relação sexual do menino, quais as sensações:
 - Medo de falhar: 40%
 - Prazer: 30%
 - Confiança: 20%
 - Outros: 20%

Com essa pesquisa e esses resultados, eu me pergunto: Quem tira o medo da menina de não agradar na primeira, segunda, terceira, última relação? Quem tira o medo do homem de falhar? A prótese, o Viagra? A autoconfiança, a atitude?

Métodos contraceptivos X Uso

Nos anos 1990, tanto as meninas como os meninos conheciam os métodos contraceptivos. 90% de uma amostra com mais de 1.500 adolescentes conheciam todos os métodos, mas não usavam, pois 70% não utilizaram na primeira vez. Somente 10% desconheciam os métodos. Se os adolescentes conhecem o método, sabem que é preciso fazer alguma coisa, por que não fazem uso? Cabe à equipe multiprofissional tentar fazer essa mudança, trabalhar a confiança, investir em mudanças na relação de gênero entre os adolescentes e estimular o autocuidado.

O Encontro sobre gravidez na adolescência, realizado em 2013, com a participação de 49 países, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), concluiu que gravidez na adolescência “não é decisão, é falta de poder de decisão”. Concluiu-se que a gravidez é um exercício de direitos a saúde, educação, cultura, lazer e projetos de futuro.

Durante muito tempo, a ideia recorrente era a de que a gravidez era um desejo, até mesmo inconsciente e um caminho para a afirmação da mulher. Hoje os estudos apontam que engravidar na adolescência é um caminho de submissão da mulher, pois dificilmente as adolescentes têm autonomia social e psicológica para gerir seu destino.

Gravidez é exercício de direitos. Direito de engravidar? Direito de não ter filhos, direito de engravidar numa hora que efetivamente queira exercer o papel de mãe. Gravidez é a violação de direitos? Ela não teve direito à saúde, direito a educação, a cultura, ao futuro. Se ela tivesse acessos teria a condição de planejar, adiar sua gravidez... Não é uma decisão. É uma falta de decisão. É preciso empoderar as adolescentes para que elas decidam o melhor momento da vida para engravidar.

Quanto custa a gravidez na adolescência no Brasil? 10% do PIB. Devido as consequências da gravidez, saída da escola, situação de prematuridade, os filhos desses adolescentes reprovam mais, ficam mais doentes. Gastamos de 2 a 3% do PIB com a violência, mas tão pouco na saúde, mas com certeza nos gastos com a violência, estão incluídos 13% do PIB que poderiam ser gastos em escola, educação e tanto outros bens para toda a sociedade. Só como informação, os países desenvolvidos gastam entre 0,5 a 1% do PIB com a gravidez do adolescente.

7º Passo – Violência, acidentes e drogadição

Entre 1980 e 2010, houve um aumento de 14,3% de mortes de crianças e adolescentes por causas externas (acidentes, homicídios e suicídios). O que o Programa faz em relação a essa problemática? A partir do momento que trabalhamos a autoestima e autocuidado passamos a cuidar da prevenção. O Brasil aumentou em 346,4% os homicídios nos últimos 30 anos. Houve também um aumento da participação das mulheres nos homicídios. Houve um aumento de 38% nos suicídios. O Brasil é o 4º país onde mais se matam adolescentes e é o 12º país do mundo onde mais morrem adolescentes. Esses dados nos fazem questionar até que ponto é verdadeira a afirmação de que somos um país de paz.

8º Passo – Vulnerabilidade X Proteção

Trabalhar a autoestima e a autoimagem, e em consequência estabelecer o autocuidado. Com esses três parâmetros podemos favorecer a segurança e o empoderamento desses adolescentes, para que possam ter mais condições de negociar direitos, gênero e cidadania.

9º Passo – Êxitos nos anos anteriores

- Criação do SUS: Em 1986, quando fizemos a proposta da criação da Casa do Adolescente e quando a implantamos em 1987, não havia o SUS. Como delegada da 8ª Conferência², contribuí na criação do SUS

2 A VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986, foi um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil, contou com a participação de diferentes atores: acadêmicos, profissionais da área de saúde, movimentos populares de Saúde, sindicatos, e mesmo

levando a visão do programa, ao fazer uma provocação na forma de um texto sobre menstruação – O que é menstruar? E colocava a menstruação como um meio de autoconhecimento e todo um processo que teria de ser acolhido na rede pública. Além de dizer que a índia, a mulher negra e o homem têm o direito de saber o que é a menstruação. Ou seja, o texto retratava o direito social de menstruar.

- Criação da Lei 11.976/05, de 25 de agosto de 2005: Com o Programa Saúde do Adolescente de autoria do deputado Arnaldo Jardim, cria-se por lei municipal em Mirassol, Mococa, Votuporanga, Ilha Comprida a Casa do Adolescente Itinerante. Todas essas localidades, onde vigora a lei, têm a casa. A Lei nº 641, de 20 de agosto de 2016, dispõe sobre a criação da Casa do Adolescente Itinerante – Multi Jovem, de autoria do deputado Celino Cardoso. Mensalmente é realizado atendimento aos adolescentes em uma determinada escola, por uma equipe multiprofissional.
- Redução da Gravidez do Adolescente no Estado de São Paulo: No período de 1998 a 2016 a redução da gravidez na adolescência de 10 a 19 anos em São Paulo foi de 46,59%. Em 1998 tínhamos 148.018 nascimentos vivos de adolescentes de 10 a 19 anos no Estado de São Paulo, ou seja, 405 nascidos vivos por dia, 16,8 nascidos vivos por hora. Em 2016, para essa mesma faixa etária, foram 79.048 nascidos vivos no estado de São Paulo, ou seja, 216 nascidos vivos por dia, 09 nascidos vivos por hora. Obtendo-se uma redução de 46,59%. A gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos no estado de São Paulo foi reduzida em 40,87% no período de 1998 a 2016. Passamos de 4.528 nascidos vivos, ou seja, 12 nascidos vivos por dia, 01 nascimento a cada 02 horas para 2.677 nascidos vivos, ou seja, 07 nascidos vivos por dia, 01 nascido vivo a cada 03 horas e 25 minutos.
- Mortalidade Infantil: Reduzimos 70% da mortalidade infantil e 66% dos casos de aids em São Paulo.

10º Passo – Caminhos sugeridos para a Saúde – O espaço é mental

Dá para fazer? Como agir?

- O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) são nossos maiores instrumentos e norteadores.
- Consolidar a Lei 11.976/05 – Programa de Saúde em todo o Estado de São Paulo. Devemos sensibilizar,

articular e mobilizar as prefeituras, vereadores e deputados para que criem e votem leis que garantam a saúde dos adolescentes. Ao mesmo tempo, sensibilizar, articular e mobilizar as secretarias da saúde, de esporte, cultura, entre outras, para criar espaços de acolhimento, vivências e efetivação dos direitos dos adolescentes. Buscar parcerias e instituir a intersetorialidade. Esse é o caminho da liberdade e do desenvolvimento do adolescente.

- atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS): foram realizados 22 milhões de atendimentos em 2015. Teria sido excelente se tivéssemos feito trabalho de grupo de sala de espera com esses 22 milhões de adolescentes. para a prevenção. Temos hoje seis milhões de adolescentes, cada adolescente teria feito 04 grupos de sala de espera. Poucos países têm esses 22 milhões de atendimento, com certeza isso é um movimento indicador de que está aumentando o olhar para esse grupo.
- atendimentos na Estratégia da Saúde da Família.
- Casas do Adolescente são centros de referência em suas Divisões Regionais de Saúde.
- Casa dos Adolescentes Itinerantes: onde levamos o programa as comunidades e municípios.
- Atendimento semanal nas cidades: avançar na realização de trabalho nos grupos discutir temas específicos e de interesse ao segmento, como gênero, violência, métodos anticoncepcionais, sexualidade, DSTs, outros.
- Ambulatórios universitários.
- Plano de Ação para o fortalecimento da política de saúde de adolescentes: aumentar apoio ao adolescente; ampliar a oferta de atendimento; diminuir barreiras para atender com maior flexibilidade; fortalecer as redes de atendimento; maior amigabilidade; avaliação de qualidade de forma contínua. Essa ação nasce do programa, dessa forma o mesmo se mantém e, se consolida, à medida que se fortalece.

O Programa ousa e cresce ao mesmo tempo. Então, aumentar o acesso, a qualidade e manter a integralidade, a participação social e a produção científica e o advoca-se que é o que o pessoal do YouTube quem faz, são todas ações que vão concretizar o Programa, fortalecê-lo e, mais do que tudo, legitimá-lo.

O que é a Casa do Adolescente? É o espaço mental de acolhimento. Quais são os resultados? É uma cultura de atenção à adolescência? Como? Estamos entrando na era da tecnologia e mídia digital. Realizamos as

grupos de pessoas não diretamente vinculados à saúde. Esse marco representou uma ruptura com a história anterior das políticas sociais brasileiras, ao garantir o acesso à saúde como direito social universal.

webconferências – transmissões ao vivo com apresentações e discussões sobre temas relevantes que permitem a interação do público, com perguntas e respostas. As videoconferências, programas gravados e disponibilizados no portal Saúde Adolescente no Youtube, proporcionam discussões de temas, treinamentos e discussões para toda rede pública e interessados.

Os temas propostos parcerias intersetoriais vão capacitar e fortalecer a atuação dos profissionais com os adolescentes.

Foram realizadas até 2017 cerca de 13.500 capacitações na rede pública, estamos com um *mailing* de aproximadamente 14.000 pessoas, e realizamos mais de 4.600 capacitações em dinâmicas de grupo, rodas de conversa, aulas com exposição dialogada, conferências, outros.

Hoje em São Paulo, temos a Casa do Adolescente de Pinheiros, que é um espaço amigo do adolescente, onde acontece uma série de atividades:

- Horta
- Shantala
- Oficina de Origami
- Música
- Meditação
- Grupos/rodas de conversa entre as árvores, no chão
- Labirinto de emoções
- Balada

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (2005a). Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_011_M.pdf.
2. _____. Presidência da República. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE. 2013k. Disponível em: Acesso em: 21 nov. 2014.
3. _____. Ministério da Saúde. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf.
4. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0004_M.pdf.
5. _____. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei federal 8.069, de 13 de julho de 1990
6. DONAS BURAK S. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. San José; OPS; jul. 1992. 2.
7. KNOBEL M. Desenvolvimento Psicológico In: Adolescência e Saúde. São Paulo – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Paris Editorial, 1988.
8. OMS. Necesidades de Salud de los Adolescentes. Informe de un comité de expertos de la OMS. Ginebra, Série de Informes técnicos nº609,1977.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. *Adolescer, verbo de transição*. Brasília; Organização Pan-Americana da Saúde; 2015.
10. Organización Panamericana de la Salud. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Publicação científica nº489. Washington, D.C: OMS; 1985.
11. TAKIUTI Albertina Duarte. Utopia? Análise de um modelo de atenção integral à saúde do adolescente no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. Rio de Janeiro; Artes e Contos; 2001.

- Discussão dos métodos contraceptivos
- Oficina de nutrição, oficina de sentir, cortar, vivenciar
- Naturologia
- Oficina de dança
- Oficina de teatro
- Oficina de sentimento
- Oficina de inglês

Temos ainda outras Casas do Adolescente: Heliópolis Itaquera, Jabaquara, Bragança, Carapicuíba, Capão Bonito, Caçapava, Cruzeiro, Itaquaquecetuba, Itapeva, Mirassol, M Boi Mirim, Ilha Comprida, Poá, Tatuí, Valinhos, Votuporanga, Peruíbe, Ivaiporã, São Vicente, Jaguariuna, Mococa, Brodowski, cada uma com sua especificidade.

Foram publicados dois livros nesse último período: *Adolescer, verbo de transição e Adolescência e Saúde - 4*, com a participação e orientação da Comissão Científica do Adolescente.

Os resultados do Programa são apresentados em Congresso por meio de trabalhos científicos seja oral ou apresentação por banners, além de premiações científicas e culturais.

Prêmio Aplicativo – Aplicativo minha gestação.

Esse Programa tem um grande passo: que é o da esperança e de um Sonho realizado.

Anexo

Lei nº 11.976, de 25 de agosto de 2005

(Projeto de Lei nº 679/2002, do deputado Arnaldo Jardim – PPS)

Cria o Programa de Saúde do Adolescente

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo, nos termos do artigo 28, § 8º, da Constituição do Estado, a seguinte lei:

Artigo 1º – Fica criado o Programa de Saúde do Adolescente.

Artigo 2º – São objetivos do Programa de Saúde do Adolescente:

- I. desenvolver ações fundamentais na prevenção contínua (primária, secundária e terciária) com ênfase à prevenção primordial, de modo que o adolescente sinta a necessidade de ter e resguardar sua saúde;
- II. assistir as necessidades globais de saúde da população adolescente, em nível físico, psicológico e social;
- III. estimular o adolescente nas práticas educativas e participativas, como fator de um desenvolvimento do seu potencial criador e crítico;
- IV. estimular o envolvimento do adolescente, dos seus familiares, e da comunidade em geral nas ações a serem implantadas e implementadas.

Artigo 3º – Para efeito dos objetivos de que trata o artigo 2º, usar-se-ão as seguintes definições:

- I. considerar adolescente aquele cuja idade se situar entre 10 (dez) e 20 (vinte) anos completos, independentemente de sexo, características biológicas ou psíquicas;
- II. considerar uma equipe multiprofissional mínima necessária para atendimento primário, um médico, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo.

Artigo 4º – São áreas de atuação do Programa de Saúde do Adolescente:

- I. assistência social, quando serão analisadas as condições e problemas de natureza socioeconômica do adolescente, das possibilidades de apoio, levantamento de recursos de sua comunidade, identificação das atividades de lazer e culturais;
- II. enfermagem, quando será feito um levantamento inicial de dados de orientação sobre aspectos preventivos e educativos para adolescentes;

III. psicológico, propiciando ao adolescente oportunidades de autoconhecimento acerca de suas potencialidades, bem como áreas de conflito, dificuldades, oferecendo-lhes ações que estimulem o desenvolvimento normal de sua personalidade;

IV. atendimento clínico ou pediátrico, com o intuito de prevenir, diagnosticar, tratar e recuperar a saúde do adolescente;

V. ações educativas, que serão desenvolvidas de acordo com as principais diretrizes da Organização Mundial da Saúde, como atividades de prevenção primordial, acolhendo, discutindo, analisando e orientando os problemas, os anseios, e as expectativas do adolescente que dizem respeito à sua saúde.

Artigo 5º – O Programa procurará fomentar atividades já realizadas pelo Poder Público, tais como:

- I. pesquisa de sexualidade;
- II. disque-adolescente;
- III. projeto Janela;
- IV. Casa do Adolescente;
- V. programa Parceiros do Futuro.

Parágrafo único – O Programa promoverá sua integração com as atividades de que trata esse artigo.

Artigo 6º – As eventuais despesas decorrentes da aplicação dessa lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias.

Artigo 7º – O Poder Executivo regulamentará essa lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias, a contar de sua publicação.

Artigo 8º – Essa lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 25 de agosto de 2005

Geraldo Alckmin

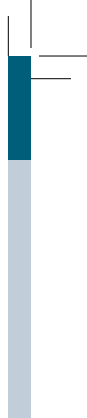
Luiz Roberto Barradas Barata

Secretário da Saúde

Arnaldo Madeira

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 25 de agosto de 2005.



Introdução

Na sequência dos volumes anteriores, o livro *Adolescência e Saúde - 4* pretende constituir-se como uma contribuição para a formação dos profissionais que atuam na política de atenção à saúde dos adolescentes, em seus diversos setores e, ainda, como um estímulo ao interesse pela pesquisa nessa área. Este quarto volume apresenta um conjunto de trabalhos que servirão de ferramenta de apoio e de informação que se constituirão em referências para subsidiar o trabalho de gestores, técnicos, educadores e agentes comunitários, na importante tarefa de cuidar da saúde dos adolescentes na perspectiva dos direitos e da cidadania.

Os textos que se apresentam neste volume 4 têm subjacente uma preocupação comum: fortalecer as ações de saúde, no âmbito desse Programa e, para além dele, atingindo, também, outros profissionais que têm interesse pela temática, a partir de diferentes processos, dos diversos contextos locais e regionais e da interação entre as políticas sociais, para atender com qualidade o público adolescente.

A vertente formativa deste livro tem subjacente um sólido componente teórico-metodológico e fomenta a adoção de um paradigma de serviços e ações pautados nas necessidades e na evidência, orientados ao desenvolvimento de competências e habilidades profissionais. Todos esses conteúdos podem ser enriquecidos a partir das experiências de cada profissional e do conhecimento dos demais membros da equipe, colocando em diálogo significativas experiências em saúde de adolescentes, de forma a contribuir na formação de cidadãos comprometidos com a construção de um mundo saudável, mais justo e solidário.

Tendo em vista essa perspectiva, conhecer os adolescentes, abarcando desde suas trajetórias familiares e socioculturais, suas características físicas, socioeconômicas, afetivas e psicológicas, e saber escutar e interpretar seus sonhos, desejos, interesses e motivações, são proposições fundamentais para que eles descubram novas alternativas para construir seus projetos de vida. Como sujeitos ativos e participantes das ações, os adolescentes podem trocar experiências e repertórios com seus pares, buscar, de modo organizado, o que precisam para enfrentar seus problemas cotidianos; ampliar conhecimentos; modificar atitudes e estilos de vida saudáveis, além de adquirir competências e aplicá-las em outras situações sociais com parceiros e interlocutores privilegiados.

Em sintonia com a literatura científica, este Volume 4 aponta para uma relação estreita entre a qualidade dos relacionamentos interpessoais significativos entre os adolescentes (e desses com os profissionais), o caráter saudável do seu desenvolvimento físico, social, psicológico e cultural, o sentimento de pertencimento e autoestima para constituírem-se em protagonistas de seu próprio caminho e de todas as ações desenvolvidas nos serviços de Atenção Básica de Saúde nas Casas do Adolescente.

O livro encontra-se organizado em três partes. A *primeira parte* inclui *seis capítulos* que focalizam conceitos relevantes e se constituem em *bases conceituais* que devem nortear a prática dos profissionais, de modo a estabelecer unidade na ação, criando alicerces consistentes para o funcionamento e dinâmica do Programa e dos serviços em saúde do adolescente. Os conteúdos *conceituais* abrangem os seguintes conceitos: *adolescência, saúde, grupalidade, cidadania e políticas públicas*.

A *parte dois* reúne *29 capítulos* com conteúdos de maior prevalência na atenção à saúde do adolescente, com o objetivo de subsidiar e instrumentalizar a ação profissional para uma abordagem em equipes que se concretiza na *multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade; abordagem integral e participativa, atendimento grupal e individualizado*.

Por essa razão, os capítulos apresentam uma reflexão sobre a temática, quer no plano legal, com a análise do enquadramento legislativo da saúde dos adolescentes no Brasil, com base na OMS e OPAS, mas também dos pontos de vista filosófico, social, psicológico, sociológico e, ainda, científico, através de uma série de análise, procedimentos e orientações técnico-científicas.

A *parte três* é um espaço dedicado a 12 *práticas exitosas em saúde do adolescente* e contempla algumas experiências. Essas práticas expressam o caminho percorrido pelos profissionais e adolescentes, apontando elementos de sucessos, contribuindo para ampliar horizontes, oferecer oportunidades de reflexão e possibilitar uma atuação profissional, cada vez mais qualificada.

Por fim, gostaríamos de agradecer o estímulo, o apoio e a contribuição de todos os autores deste quarto volume e aos membros da Comissão Organizadora pela colaboração na edição desta obra.

Albertina Duarte Takiuti
Coordenadora Estadual do Programa Saúde do Adolescente e
Comissão de Saúde do Adolescente

The background features a large, light blue silhouette of a crowd of people with their arms raised, set against a white background. This silhouette is partially overlaid by a large, dark blue, downward-pointing arrow shape. The overall design is modern and geometric, with a grid of light blue squares visible in the lower half of the page.

PARTE 1: REFERÊNCIAS CONCEITUAIS



Conceito de adolescência

1

Teresa Helena Schoen¹

A adolescência é definida como um período de crescimento e desenvolvimento que compreende, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS – (2014), a segunda década da vida, ou seja, dos 10 aos 20 anos². Esse também é o critério adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2007a) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – (Brasil, 2007b). Para o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA –, o período vai dos 12 aos 18 anos (Brasil, 2007c)³. A idade é uma maneira conveniente de definir a adolescência. Mas é apenas uma característica que delimita esse período de desenvolvimento. Os processos biológicos impulsionam muitos aspectos desse crescimento e desenvolvimento, com o início da puberdade marcando a passagem da infância à adolescência, por essa razão que, em geral, é dito que a adolescência começa com as mudanças corporais da puberdade e termina com a inserção social, profissional e econômica na sociedade adulta.

Os determinantes biológicos da adolescência são universais e visíveis, modificando as crianças, dando-lhes altura, forma e características sexuais de adultos. Entretanto, a duração e as características definidoras desse período podem variar ao longo do tempo, cultura e situação socioeconômica. Esse período tem visto muitas mudanças ao longo do século passado, ou seja, a puberdade se iniciando mais cedo, casamento em idade mais avançada, urbanização, globalização e mudança de atitudes e comportamentos sexuais.

À primeira vista, a adolescência apresenta-se vinculada à idade, portanto referindo-se à biologia – ao estado e à capacidade do corpo. Essas mudanças, entretanto, não transformam, por si só, a pessoa em um adulto. São necessárias outras, mais variadas e menos visíveis, para alcançar a verdadeira maturidade. Essas incluem as alterações cognitivas, sociais, emocionais e de perspectiva sobre a vida. É uma época de grandes transformações,

as quais repercutem não só no indivíduo, mas em sua família e comunidade.

A OMS (2014), por entender que a adolescência é um período muito longo cronologicamente e com uma diversidade de características, numa tentativa de acomodar questões específicas, divide em três etapas: adolescência inicial (10-13 anos), adolescência média (14-16 anos) e adolescência final (17-19 anos).

Algumas culturas utilizam os chamados “ritos de passagem”: rituais que acompanham as mudanças de posição na sociedade, assinalando o fim da infância e o início da idade adulta. Entretanto, nas sociedades mais complexas não são utilizados ritos específicos, mas vários marcos do desenvolvimento, onde os indivíduos em desenvolvimento são considerados aptos (ou responsáveis) para algumas funções de cada vez, em diferentes áreas do desenvolvimento: autonomia (ir sozinho para a escola, ir com amigos ao cinema – e não mais com os pais, por exemplo); religião (primeira comunhão, bar mitzvah, confirmação, batismo, etc.); escolarização (passar a escrever com caneta, ingressar no Ensino Fundamental 2, no Ensino Médio); finalização/inicialização (viagem de formatura, vestibular, tirar carteira de motorista, apresentar-se às forças armadas, inscrever-se como eleitor, outros). Em diferentes áreas do desenvolvimento há formas de marcar os ganhos de algum direito, de mostrar que o jovem recebeu alguma responsabilidade, adquiriu alguma habilidade, ou seja, que está amadurecendo. Visto dessa forma, gradualmente o indivíduo está ingressando na vida adulta.

Faz-se necessário distinguir mais claramente puberdade de adolescência. Puberdade refere-se aos fenômenos fisiológicos, que compreendem as mudanças corporais e hormonais; enquanto adolescência diz respeito aos componentes psicossociais, muito além da puberdade. A adolescência, cujo início coincide com a puberdade, é influenciada pelas manifestações dessa.

1 Pedagoga (AEUDEF) e Psicóloga (UnB). Especialista em Adolescência. Doutora em Ciências pela Unifesp. Responsável pelo atendimento psicológico no Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente, Departamento de Pediatria – Unifesp. Facilitadora do Método Friends e do programa ACT (Educando Crianças em Ambientes Seguros).

2 A OMS ainda aceita um outro estágio – juventude – que vai dos 15 aos 25 anos, englobando o período intermediário e final da adolescência e o período inicial da vida adulta.

3 Em alguns casos, alguns artigos dessa lei podem ser estendidos aos 21 anos.

A Organização Mundial da Saúde (2014) também considera esses dois conceitos como distintos. Na puberdade, ocorrem mudanças orgânicas que tendem à maturação biológica adulta com dimorfismo sexual e capacidade reprodutiva; e, na adolescência, há adaptação às novas estruturas físicas, psicológicas e ambientais. Por isso, é possível dizer que existem diferentes modos de se vivenciar a adolescência, de acordo com as características de cada pessoa e de seu contexto social e histórico.

Aznar-Farias, Medeiros e Schoen-Ferreira (2011) utilizaram um esquema que representa essa situação de forma dinâmica:



Na linha inferior encontram-se os estágios do desenvolvimento, enquanto que na linha superior estão representados os acontecimentos que influenciam o processo. Ao final da infância, as mudanças hormonais agem, dando início à puberdade. O entorno social (onde e como vive o indivíduo, sua cultura) influencia o desenvolvimento, incluindo o período da puberdade, de tal forma que fica caracterizado como um estágio distinto, a adolescência, com diferentes formas de vivenciar as mudanças que ocorrem. As experiências vividas nesse período (na escola, com os amigos, na família, em relação a profissionalização ou relacionamentos amorosos, outros) vão influenciar o desenvolvimento do indivíduo, colaborando para sua maturidade social, e ingresso no mundo adulto.

Ao mesmo tempo em que é proposta a universalidade do estágio da adolescência, observa-se que ela depende de uma inserção histórica e cultural, que determina, portanto, variadas formas de viver a adolescência, de acordo com o sexo, o grupo social e o contexto cultural. A escola, apesar de ser obrigatória para todos os adolescentes, proporciona recursos pessoais e sociais (conhecimento, habilidades e competências, hábitos de saúde, interações sociais, descoberta de oportunidades...) que são aproveitados de maneira distinta pelos alunos, o que também influencia na maneira individual de viver a adolescência.

Os adolescentes apresentam uma diversidade de grupos, atitudes, comportamentos, gostos, valores e filosofia de vida. Como diz Serra (1997), “há diversos mundos e diversas formas de ser adolescente”. As experiências vividas ao longo de sua vida marcam o indivíduo como ser único, apesar de compartilhar algumas características com outros jovens.

As mudanças que ocorrem durante a adolescência sugerem nove observações com implicações para políticas e programas de saúde (WHO, 2014):

6. Os adolescentes precisam de atenção explícita (nessa fase ocorrem processos de desenvolvimento únicos, com características específicas que precisam ser levadas em consideração).
7. Os adolescentes não são todos iguais (o desenvolvimento físico e psicossocial ocorre em diferentes velocidades e duração. As políticas e os programas precisam levar em consideração a heterogeneidade dos adolescentes).
8. Alguns adolescentes são particularmente vulneráveis (os ambientes em que vivem, aprendem e crescem podem prejudicar seu desenvolvimento físico, psicossocial e emocional).
9. Desenvolvimento do adolescente tem implicações para sua saúde (esforços de prevenção precisam direcionar as intervenções para fatores que afetam negativamente o desenvolvimento e comprometam sua saúde).
10. As mudanças ocorridas na adolescência têm implicações para a saúde ao longo da vida.
11. As mudanças durante a adolescência afetam como os adolescentes pensam e agem.
12. Os adolescentes precisam entender os processos que ocorrem durante a adolescência (os serviços de saúde e educação devem ser uma fonte importante de informações corretas e oferecer oportunidades para que os adolescentes discutam suas preocupações).
13. Para contribuir positivamente, os adultos precisam entender os processos que ocorrem durante a adolescência (como os adolescentes são apoiados durante esse período influencia se eles vão aproveitar as oportunidades e evitar os riscos. Pais e profissionais precisam conhecer mais sobre adolescência).
14. A saúde pública e os direitos humanos convergem em torno de conceitos de desenvolvimento de adolescentes (faz-se necessário não só a compreensão científica sobre a adolescência, como também pôr em prática os princípios de direitos humanos).

Em sociedades mais desenvolvidas tecnologicamente, as exigências ao adolescente são mais acentuadas, porém nem sempre explícitas, chegando a serem confusas. À medida que a cultura torna-se mais complexa, a duração da adolescência é prolongada e o grau de estresse tanto para o adolescente quanto para sua família aumenta, em função das novas exigências. Exigências para se tornar adulto. A sociedade contemporânea ocidental não apenas estendeu o período da adolescência, como também os elementos constitutivos da experiência juvenil. Adolescência não pode ser encarada apenas como uma preparação para a vida adulta, mas possui sentido em si mesma.

Durante a adolescência várias experiências-chave para o desenvolvimento ocorrem. Além da maturação física e sexual, essas experiências incluem o movimento para a independência social e econômica e o desenvolvimento da identidade, a aquisição de habilidades necessárias para realizar relações e papéis adultos e a capacidade de raciocínio abstrato. Havighurst (1957), observando a maturação biológica, as expectativas da sociedade e as fontes pessoais, propõe algumas tarefas evolutivas para o período da adolescência: 1) aceitar o próprio corpo e usá-lo de forma eficaz; 2) estabelecer relações sociais mais maduras com os pares de ambos os sexos; 3) desenvolver o papel social de gênero; 4) alcançar a independência emocional dos pais e de outros adultos; 5) escolher uma ocupação e preparar-se para a mesma; 6) preparar-se para o matrimônio e a vida em família; 7) desenvolver a cidadania e comportamentos sociais responsáveis; 8) conquistar uma identidade pessoal, uma escala de valores e uma filosofia de vida que guiem o comportamento do indivíduo. Para muitos desenvolvimentistas, essa é a principal tarefa da adolescência, pois resume todas as outras.

Roisman *et al.* (2004) observaram a utilidade de se observar o cumprimento ou não das tarefas evolutivas para prever uma melhor adaptação na vida adulta. A ideia de estudar o desenvolvimento humano por tarefas, como proposta por Havighurst (1957), é muito útil, inclusive pode auxiliar o planejamento de atividades que favoreçam o desenvolvimento do indivíduo, tanto no acompanhamento do paciente, pensando na integralida-

de, quanto na elaboração de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Como outros estágios do ciclo vital, a adolescência é considerada uma invenção cultural e histórica. As culturas mais tecnológicas adiam o ingresso do jovem no mundo adulto, pois cada vez é maior a exigência de estudos e especialização para ingressar no mercado de trabalho e constituir sua própria família. Consequentemente, o indivíduo precisa de mais tempo para cumprir as tarefas da adolescência. Arnett propôs uma nova fase de desenvolvimento – adulto emergente (dos 18 aos 25 anos), permitindo que os jovens sintam-se mais responsáveis por si mesmo, continuando ligados à família, embora sejam mais independentes para explorar as várias possibilidades de vida. Algumas tarefas evolutivas já foram cumpridas, enquanto que outras necessitam de um pouco mais de tempo para ingressar no mundo adulto.

A singularidade e importância da adolescência exige atenção explícita e específica nas políticas e programas de saúde, pois o alicerce em termos de saúde, educação e habilidades terão profundas implicações para o desenvolvimento social e econômico não só do indivíduo, mas também da Nação. Devemos reconhecer que os adolescentes não são simplesmente beneficiários de programas sociais, mas atores de suas próprias vidas e donos de um potencial que pode contribuir para suas famílias, comunidades e países, não só no futuro, mas também no presente (WHO, 2014). Para isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde e educação compreendam melhor o que ocorre durante a segunda década de vida.

Referências

ARNETT, J. J. Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For? *Child Development Perspectives*, 1(2): 68-73, 2007.

AZNAR-FARIAS M, MEDEIROS E, SCHOEN-FERREIRA TH. Reflexiones sobre la adolescencia precoz. *Alternativas en Psicología*; 25: 55-60, 2011

BRASIL. (2007a). Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Recuperado em 28 de abril de 2017.

BRASIL. (2007b). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Recuperado em 28 de abril de 2017.

BRASIL. (2007c). Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>

<ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Recuperado em 28 de abril de 2017.

HAVIGHURST, R. J. *Human development and education*. New York, Longmans, Green and Co: 1957.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. (2014). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. Recuperado em 28 de abril de 2017, de <<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>>.

ROISMAN, G. I., MASTEN, A. S., COATSWORTH, J. D., & TELLEGEN, A. S. Sallient and emerging developmental tasks in the transition to adulthood. *Child Development*, 75(1): 123-133, 2004.

SERRA, E. Adolescência: perspectiva evolutiva. *Desarrollo afectivo y emocional*. Apresentação oral no VII Congresso INFAD. Oviedo, 29-30 de mayo de 1997.



Maria Regina Domingues de Azevedo¹

Para começar

Etimologicamente, saúde advém do latim *sanitas*, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos (sanidade).

Quando da criação da ONU, já havia a preocupação e intenção de criar uma organização mundial dedicada exclusivamente à saúde. Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada das Nações Unidas que tem como foco lidar com questões relativas à saúde global.

Os estatutos da OMS foram aprovados em 22 de julho de 1946, durante Conferência Internacional da Saúde, em Nova York. Porém, a OMS foi realmente fundada em 7 de abril de 1948, quando 26 membros das Nações Unidas ratificaram os seus estatutos.¹

Segundo o artigo 1º da sua constituição, a OMS tem como propósito primordial garantir o nível mais elevado de saúde para todos os seres humanos.¹

A OMS postula o conceito de saúde como *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”* (Constituição da Organização Mundial da Saúde, 1946).¹

Essa definição, avançada para a época em que foi redigida, é, no momento, questionada por alguns pesquisadores e apoiada por outros. Dessa forma, se justifica conhecer melhor o conceito de saúde ao longo do tempo.

A história

Desde os primórdios da humanidade o ser humano se questiona sobre a origem da vida, as razões da sua existência e o que é ter saúde. Do mesmo modo, seria interessante que todo profissional de saúde fizesse uma reflexão essencial e existencial sobre ‘o que é saúde’ e ‘como o trabalho de cada profissional da área pode efetivamente se tornar um veículo para sua promoção’.

No início das civilizações os povos possuíam como características a vida em grupos, a busca por alimentos através da caça, da pesca e coleta de suprimentos em diferentes locais. Mantinham a crença de que o sol, a chu-

va, o vento, o trovão e o relâmpago eram espíritos que podiam sentir e agir com uma finalidade sobre a vida dos homens. Desenvolveram crenças místico-religiosas com a finalidade de explicar os mistérios da natureza, do nascimento, das doenças e da morte.²

Os povos antigos viam a saúde como recompensa pelo seu bom comportamento e as doenças provenientes de causas externas. O medo do desconhecido e da possibilidade de violação de uma crença ou regra cultural religiosa gerava superstições e maus presságios.²

Para os hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina diante dos pecados humanos. Deus é também o Grande Médico: *“Eu sou o Senhor, e é saúde que te trago”* (Êxodo 15, 26); *“De Deus vem toda a cura”* (Eclesiastes, 38, 1-9).³

Em outras culturas era o xamã, o feiticeiro tribal, o responsável por promover a saúde. Era também o encarregado de expulsar, mediante rituais, os maus espíritos que se tinham se apoderado da pessoa, causando doença. O objetivo era reintegrar o doente ao universo total, do qual ele fazia parte.³

Entre as civilizações do Oriente Médio, Índia e China, surgiu a civilização grega. Cabe lembrar que, na mitologia grega, várias divindades estavam vinculadas à saúde. Os gregos cultuavam, além da divindade da medicina, Asclépio ou Esculápio, suas filhas, Higiéia, deusa da boa saúde; Panacea, deusa da cura; e Iaso, deusa da recuperação.⁴

A cultura clássica grega é importante na evolução do conceito de saúde, na medida em que busca por uma explicação racional para os acontecimentos, descartando elementos mágicos e religiosos, considerando a observação empírica, a importância do ambiente, a sazonalidade, o trabalho e a posição social do indivíduo.

Mais do que lidar com os problemas de saúde, os gregos procuravam entender as relações entre o homem e a natureza. Entre essas preocupações estava a explicação da saúde e da doença como resultantes de processos na-

1 Psicóloga. Especialista em Adolescência e Sexualidade Humana. Mestre em Ciências da Saúde pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Fundação ABC – FMABC. Doutora em Ciências da Saúde pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. Docente do Departamento de Pediatria da FMABC.

turais e não sagrados.⁵ É importante ressaltar que a cura, para eles, era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais, e não apenas por procedimentos ritualísticos.

Essa visão religiosa antecipa a entrada em cena do pai da Medicina, Hipócrates de Cós (460-377 a.C.). Pouco se sabe sobre sua vida; poderia ser uma figura imaginária, como tantas na Antiguidade, mas há referências à sua existência em textos de Platão, Sócrates e Aristóteles.

Muito provavelmente, os inúmeros escritos que formam o *Corpus Hipocraticus*, resultou do trabalho de várias pessoas, talvez em um longo período de tempo. No entanto, o que importa é que tais escritos traduzem uma visão racional da medicina e da saúde, bem diferente da concepção mágico-religiosa vigente até então.⁶

O texto, atribuído ao pai da Medicina, intitulado “A doença sagrada” começa com a seguinte afirmação: “A doença chamada sagrada não é, em minha opinião, mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana”.³

A gênese do conceito de saúde se encontra na íntima relação entre filosofia e medicina e na influência mútua entre ambas.

Hipócrates postulou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. E identificou a saúde como fruto do equilíbrio desses humores. O método proposto por ele consistia no conhecimento da natureza humana e na distinção da individualidade. A saúde era baseada no equilíbrio dos elementos da natureza, da região, da organização social e dos hábitos.^{5,7}

O pai da Medicina via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado e o seu equilíbrio total resultaria na saúde.^{3,7}

Para Platão, a saúde consistia na descoberta da estrutura do corpo, pelo médico e da estrutura da alma, pelo filósofo, onde retiravam seus conhecimentos para restituir ao doente o seu estado são. Assim como ao corpo deve-se dar remédios e alimentos, à alma é preciso infundir convicção, tornando-a virtuosa por meio de discursos e argumentos legítimos.⁵

Galeno estabeleceu a teoria das latitudes de saúde, que se divide em: saúde, estado neutro e má saúde.² A ideia central de sua visão da fisiologia repousa no fluxo permanente dos humores, o que estaria na dependência das influências ambientais, do calor inato e da ingestão alimentar com sua justa proporção. Assim, o seu diagnóstico era baseado no estado sadio da pessoa, seu temperamento, regime de vida, alimentação, condições ambientais e a época do ano.^{6,7}

Na Idade Média (século V ao XV – 476 a 1453 d.c.), a medicina era exercida pelos padres e monges, dessa forma, a igreja incutiu na sociedade o pensamento de que a razão das doenças era o pecado, as quais eram vistas como possessão demoníaca, feitiçaria ou mesmo uma forma de purificação dos pecados. Assim, o único meio de alcançar a cura era a súplica por perdão.⁸

Ao final do século XII e início do século XIII foram criadas as primeiras universidades, onde mestres e alunos buscavam conhecer a origem dos fenômenos, como a saúde e a doença, pois havia grande preocupação com o corpo nesse período.⁶

No período Renascentista passam a ser desenvolvidos estudos de anatomia, fisiologia e de individualização da descrição das doenças, fundadas na observação clínica e epidemiológica. A experiência acumulada pelos médicos forneceu elementos para a especulação sobre a origem das epidemias e o fenômeno do adoecimento humano.² Nessa época, destacou-se, na medicina, Ambroise Paré (1509-1564), considerado o pai da moderna anatomia, com avanços importantes no campo cirúrgico, porém não dispensava a explicação de ordem mágica religiosa quando não conseguia uma solução racional e verificação comprobatória.⁶

Nos séculos XVII e XVIII, verificam-se grandes avanços na medicina com o desenvolvimento do microscópio, assentando as bases da bacteriologia e microbiologia.⁸

Ao final do século XVIII se encontra a elaboração de uma teoria social da Medicina ao lado das condições objetivas de existência e do desenvolvimento teórico das ciências sociais. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser pesquisadas.⁸

A população começa a tomar consciência da influência dos determinantes sociais na saúde, a partir do século XIX, com a evolução da medicina, o avanço tecnológico, a modernização e o acesso ampliado de informações através da mídia. Quando também se estabelece que os comportamentos humanos podem se apresentar como ameaça à saúde de todos dentro da sociedade e consequentemente do Estado.^{8,9}

Um marco importante para a saúde foi a inserção da promoção da saúde, denominada assim, no início do século XX, por Henry Sigerist, que concebeu as quatro funções da medicina: Promoção da Saúde, Prevenção das Doenças, Tratamento dos Doentes e Reabilitação.⁹

Em 1974, o Relatório Lalonde, trouxe contribuições relevantes para a construção do moderno conceito de promoção da saúde, diferenciadas daquele de prevenção de doenças. De acordo com o conceito proposto, o campo da saúde abrange a biologia humana, o meio am-

biente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde.^{3,7}

Foi realizada, em Alma Ata (1978), a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, em resposta as críticas referentes ao conceito de saúde proposto pela OMS, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, profissionais e comunidade para promover a saúde de todos os povos, referendando o significado da saúde como um direito humano fundamental, sendo uma das mais importantes metas sociais mundiais.^{3,10}

Realizada em Brasília no ano de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) propõe o conceito ampliado de saúde. Assim, a saúde é definida como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.¹¹

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passa a ser reconhecida como um direito de cidadania e dever do Estado. Baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes de descentralização, regionalização e participação da comunidade, o SUS reafirma a saúde como um valor e um direito humano fundamental, legitimado pela justiça social.¹²

Um novo olhar

Embora as definições de saúde venham se modificando ao longo dos anos, a mais reconhecida é a proposta pela OMS (1947) como sendo a saúde “o estado de mais completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”.¹

A amplitude do conceito preconizado pela OMS acarretou muitas críticas, de natureza técnica, política e libertária. Como contraponto, surge o conceito de Christopher Boorse, em 1977, que considera a saúde como a ausência de doença.³

Lefèvre (1991) refere que a saúde vem sendo historicamente expropriada de sua condição de “premissa existencial”, para ser apenas recuperada, e recuperável, em mercado de bens de consumo. Vinculada a mecanismos estruturais de ampliação e generalização do “mercado”, a saúde se transforma em algo a ser obtido pelo consumo de substâncias e ações “saudáveis”, deixando de ser característica e direito, para tornar-se “objeto de consumo”. É nesse quadro que o medicamento se apresenta como uma das materializações ou símbolos poderosos da saúde “biologizada” a ser consumida.¹³

Nessa mesma linha de pensamento, Baudrillard (1995) afirma que, inserida no contexto de uma lógica moderna e neoliberal, a saúde passa a ser compreendida como bem de consumo, algo que se deseja consumir e que possui, além de seu valor de uso, também valor-sig-no conquistado no seio das relações de consumo.⁷

Segundo Scliar (2007), o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas.³

Até os dias atuais, reafirmam-se as propostas da Carta de Ottawa, que considera pré-requisitos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.¹⁰ Verifica-se aqui que há décadas a saúde não é compreendida de forma isolada, mas associada a todas as questões básicas e mínimas para o desenvolvimento humano.

No enfoque de Margaret Chan (2012), saúde e desenvolvimento sustentável são fundamentais, “pessoas saudáveis são capazes de aprender mais, produzir e contribuir para suas comunidades. Ao mesmo tempo, um ambiente saudável é um pré-requisito para uma boa saúde”.¹⁴

Vale observar que muitos estudos estão destacando o conceito de “resiliência” em substituição ao termo “saúde”, e o aspecto preponderante desse contexto é que esse novo modelo passa a constituir um conceito positivo de saúde. Resiliência é um tipo de competência individual, uma atitude transformadora para lidar com as adversidades da vida e utilizá-las como fator de crescimento pessoal, uma fonte inspiradora e saudável por absorver apenas o que vem a somar na vida da pessoa. Resumindo, é a “capacidade humana universal de enfrentar as adversidades da vida, superá-las, ou até ser transformado positivamente por elas”.¹⁵

É possível afirmar que as mudanças que aconteceram ao longo do tempo no mundo e na sociedade influenciaram diretamente o pensar e o agir sobre a saúde. Também se mostra inquestionável a interferência não somente do homem no ambiente em que vive, mas também a influência do ambiente sobre a saúde física e mental do homem.

Ter saúde implica não somente a ausência de doenças, a questão vai além da definição da OMS sobre saúde. Faz-se necessário atribuir os pressupostos básicos da promoção da saúde como estratégia para repensar e revisar o modelo de saúde, incorporando o indivíduo

e a coletividade de acordo com suas necessidades, seus determinantes e condicionantes em saúde e na sua vida.

Lembrar sempre das questões ambientais, pois refletem o meio que os cidadãos vivem e determinam condições de saúde e bem-estar para todos.

Referências

1. Ferreira CF, Dias GN, Franciscon IN, Mota JPT, Oliveira TQ. Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia de Estudos 2014. Disponível em: <<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>>.
2. Lindemberg MA. Saúde- doença: conhecimento, poder, cultura, ciência e história. Práxis em saúde coletiva. 2006. Disponível em: <<http://psaudecoletiva.blogspot.com.br>>.
3. Scliar M. História do Conceito de Saúde. Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 17(1): 29-41; 2007.
4. Brandão JS. Mitologia grega. São Paulo: v. 2, 2ªed. Vozes; 1995.
5. Aiub M, Neves LP. Saúde: uma abordagem filosófica. Cadernos do Centro Universitário São Camilo. 11(1) 94-102; 2005. Disponível em: <<http://www.institutointersecao.com/saude.doc>>.
6. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico? Saúde e Sociedade. 11(1) 24-32; 2002. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/3864/2957>>.
7. Lourenço LFL, RFT Danczuk, Painazzar D, Paula Junior NF, Maia ARCR, Santos EKA A. Historicidade filosófica do Conceito Saúde. Disponível em: <<http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf>>.
8. Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior L. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL; 2001.
9. Westphal MF. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: Campos GWS, Minayo MC, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
10. Ministério da Saúde. As cartas de promoção da saúde. Brasília. O Ministério; 2002. Disponível em: <http://saude.gov.br/editora/ produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>.
11. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. In: Anais VIII Conferência Nacional De Saúde. Brasília. O Ministério; 1986.
12. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS – Doutrinas e Princípios. Brasília; 1990; Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>.
13. Fernando Lefèvre. O Medicamento Como Mercadoria Simbólica. São Paulo: Cortez; 1991.
14. World Health Organization. Health Promotion Conferences. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>>.
15. Cyrulnik B. Essa inaudita capacidade de construção humana. Anais XV Enabrapso. Lisboa; 2003. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/431.%20resili%Cancia.pdf>.

E, concluindo, seria possível dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito, sua singular natureza e a sua própria realidade?

Adolescência e a encruzilhada da prevenção

3

Lígia Bruni Queiroz¹

Prevenção

A noção de prevenção evoca invariavelmente os conceitos de saúde e doença, cujas trajetórias epistemológicas remetem a modelos explicativos e aspectos constitutivos que compreendiam a saúde e a doença como polos opostos de um fenômeno – saúde como ausência de doença – e que foram sendo reformulados a partir da ideia de uma abordagem ampliada. Esse percurso histórico deve ser aqui recuperado, ainda que de forma sucinta, para que sejam de fato compreendidos os aspectos que norteiam as propostas e também os desafios relativos à prevenção na adolescência.

Na primeira metade da década de 1950 teve início, nos Estados Unidos, o projeto preventivista, que ganhou força nos países da América Latina uma década depois, contribuindo para a construção do conceito de integralidade, um dos princípios norteadores do SUS, garantido pela Constituição Federal em 1988. De acordo com Kalichman & Ayres², duas noções fundamentais relacionadas à de integralidade são trazidas do movimento norte-americano: a de integração de serviços (iniciada nos anos 1920) e a de atenção integral (*comprehensive care*), que vão se articular entre si progressivamente ao longo da primeira metade do século XX. A noção de integração dos serviços de saúde e as mudanças de raciocínio e de intervenção médicas foram fundamentais para o movimento que se contrapunha à intensa especialização da medicina e à incorporação de tecnologias biomédicas para o diagnóstico e tratamento, estando ambas na origem das propostas da Medicina Integral e da Medicina Comunitária como modelos de organização da atenção à saúde. Essa contraposição se dá tanto pelo entendimento do ser humano como um todo “biopsicossocial”, donde a necessidade de uma assistência integral à saúde de cada indivíduo, quanto pelo embasamento nos diferentes níveis de prevenção, diante dos quais são necessárias as

integrações e articulações das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de forma a garantir a integralidade da atenção à saúde e a sua organização (Kalichman & Ayres, 2016).

A partir da década de 1960 houve no Brasil a incorporação, por uma parcela da área médica, de saberes e construções teóricas críticas a respeito da saúde e dos processos de adoecimento, formulados por autores provenientes das ciências humanas, como Canguilhem e Foucault, entre outros, cujas reflexões foram fundamentais para a constituição do núcleo teórico da Saúde Coletiva no país. Em linhas gerais, é diante dessa trajetória de formação de um núcleo teórico, aliada ao movimento ideológico-político de luta pela democratização (que deu origem à reforma sanitária ocorrida no final da década de 1960, um dos movimentos precursores da implantação do SUS), que se constrói o campo da Saúde Coletiva no Brasil e, posteriormente, o conceito atual de Saúde como Direito³, e todas as implicações decorrentes dessa dimensão: conceitos como integralidade; equidade; enfoque ecossistêmico da saúde; determinantes sociais da saúde; vulnerabilidade; modelos de atenção, programação e avaliação em saúde; processo de trabalho e tecnologia em saúde; cuidado e prevenção em saúde.

Nesse sentido, a noção de prevenção no âmbito da saúde coletiva é bastante ampliada e remete ao conceito de promoção de saúde e também às distintas concepções de saúde que são constantemente revisitadas e reformuladas. Segundo Scliar (2007), a noção de saúde é construída ao longo de processos históricos, culturais, econômicos e políticos (Scliar, 2007). Todavia, há também a concepção de saúde como sendo um conceito positivo e não meramente negativo ou residual em relação à doença (Almeida Filho, 2000; 2001; Almeida Filho & Jucá, 2002). Outra postulação inclui a abrangência do conceito de risco como aspecto fundamental do processo de

1 Mestre pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Doutora pelo Departamento de Pediatria da FMUSP. Médica assistente da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP.

2 Agradeço ao Prof. Dr. José Ricardo Carvalho de Mesquita Ayres pela revisão crítica dos originais desse texto.

3 Em 1978, na cidade de Alma Ata, na ex-União Soviética, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UNICEF realizaram a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, na qual se afirmou a saúde como direito do homem e se estabeleceu como meta a saúde para todos no ano 2000, a partir de um discurso proveniente das concepções da medicina comunitária e da atenção primária e global à saúde.

saúde-doença, a partir da discussão pautada pela teoria da complexidade (Almeida Filho & Coutinho, 2007). Há também uma compreensão dialógica, que abrange a formulação do conceito de saúde por meio da perspectiva hermenêutica, proposta por Ayres (2007): “a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade”.

Do ponto de vista da Clínica, outro campo da saúde, cujo núcleo de saberes se constitui pela formação médica, sua origem moderna remontando aos saberes positivistas do século XIX, o conceito de prevenção ganha outros enfoques, caracterizado sobretudo pela noção de prevenção a agravos e prevenção aos riscos individuais de adoecimento.

Com a revolução tecnológica havida a partir das últimas décadas do século XX, que transformou o processo de trabalho médico e, portanto, o cuidado em saúde por meio do emprego de um sofisticado aparato instrumental de exames subsidiários e tecnologias de tratamento e rastreamento – ressaltando-se os avanços nas áreas das ciências exatas (matemática, estatística e informática) e das pesquisas genéticas e moleculares –, a utilização do termo prevenção passa a ser adotado como sinônimo de redução de probabilidade ou da chance de aquisição de determinada condição mórbida, associada, portanto, ao conceito de risco⁴. Diante de todas essas conquistas, nas décadas de 1980 e 1990 consolidam-se de vez as especialidades e subespecialidades médicas, que já vinham se constituindo, desde meados da década de 1960, por meio da incorporação dos recursos tecnológicos, figurando aí a medicina contemporânea como uma área ultraespecializada (Schraiber, 1997; Mota & Schraiber, 2009).

Foi nesse contexto histórico que se deu o início da atenção à saúde do adolescente, institucionalizada a partir da década de 1970 no Brasil, em um momento em que se discutia a efetiva prática da medicina global ou integral, a partir do questionamento acerca da fragmentação do indivíduo, efeito colateral da emergência das subespecialidades médicas e da medicalização do sujeito com o advento da medicina tecnológica⁵. Toda essa problematização, que levou ao resgate do olhar para a saúde integral do adolescente, esteve presente nos princípios

norteadores dos serviços e dos profissionais pioneiros nessa área.

Os programas de atenção à saúde do adolescente têm suas origens na metade da década de 1970, oriundos dos núcleos teóricos que compõem tanto a Saúde Coletiva (Medicina Preventiva, o Sanitarismo e a Saúde Pública) quanto a Clínica, seja ela a Pediatria, a Ginecologia e Obstetrícia ou a Psiquiatria, todas idealmente compostas por equipes multiprofissionais (Colli, 1985). Assim, o conceito de prevenção à saúde dos adolescentes se estabelece de forma tensa, nessa encruzilhada de construções teórico-práticas, recebendo contribuições do campo da saúde coletiva e do campo clínico, moldando, a depender do referencial teórico, os serviços, programas e políticas públicas destinados a essa população específica (Queiroz *et al.*, 2013).

A área clínica, ainda que considerasse as influências externas ao processo de saúde e doença, mantinha seu olhar centrado na singularidade do indivíduo, aspecto inerente a seu campo de atuação.

A Saúde Coletiva, por sua vez, lança um olhar mais abrangente sobre esses aspectos, buscando situá-los em uma perspectiva socioepidemiológica. Dessa forma, por meio da constituição desse novo campo, visualizou-se a oportunidade para a efetiva incorporação de propostas centrais da renovação da saúde pública, como o complexo “promoção-saúde-doença-cuidado”, o que contribuiu para a viabilidade das metas de Saúde para Todos mediante a adoção de políticas públicas com a participação da sociedade nas questões da vida, da saúde, do sofrimento e da morte (Paim e Almeida Filho, 1998).

Adolescência

As origens da adolescência e da juventude, como são hoje compreendidas no mundo ocidental e urbano, remontam às transformações ocorridas a partir da década de 1950, no chamado pós-guerra, diante de um forte crescimento econômico, com repercussões na elevação da renda média da população e no consumo de produtos industrializados, o que se denominou a “Era do Ouro da humanidade” (Hobsbawm, 1997). Nesse contexto, a mídia passou a exercer um papel fundamental, tanto na divulgação de novos produtos quanto na veiculação de modas e tendências, destinados sobretudo aos jovens, à luz da premissa de serem eles indivíduos ainda indefinidos, abertos a mudanças e inovações e suscetíveis a

4 A partir de 1945, aproximadamente, até os dias atuais, o conhecimento epidemiológico se pauta pelo raciocínio analítico de base probabilística: “com que probabilidade pode-se encontrar uma condição causal hipotética X associada a um efeito Y, e com que grau de certificação de que essa associação não se deu ao acaso?”. (Ayres *et al.*, 2006, p.384).

5 Schraiber (1997) contrasta a medicina especializada e “armada” dos dias atuais, à qual denominou “medicina tecnológica”, com a “medicina liberal”, que era praticada até a primeira metade do século XX.

influências políticas e tecnológicas modernizadoras. Tais características são identificadas e exploradas pelos meios de comunicação, que contribuíram, em larga escala, para a construção da identidade do adolescente na sociedade urbana e industrial, marcando seu ingresso no mercado de consumo (Hobsbawm, 1997).

Nos países latino-americanos, o adolescente morador da zona urbana experimentou profundas transformações em sua maneira de agir, pensar e sentir, em consequência da ampliação do período de escolarização e do gerenciamento do tempo livre. Houve um amplo acesso de adolescentes e jovens, oriundos das camadas médias e baixas da população, à escola, despontando assim para eles um horizonte otimista, com perspectivas de mobilidade social e melhoria das condições de vida por meio da escolarização e de novas oportunidades de trabalho. De forma análoga ao que ocorria na Europa e nos Estados Unidos nas décadas de 1960 e 1970, os jovens da América Latina começavam a se configurar como categoria social distinta, definida por uma condição específica que demarca interesses e necessidades próprias, quase que totalmente desvinculados da ideia de transição⁶ (Abad, 2001).

A expansão da escolarização, que legitimou a “moratória social” do adolescente no papel de estudante, somada à massificação da televisão e ao crescimento de poderosas indústrias culturais, culminou com fenômenos de divergência entre gerações, tais como: a revolução sexual, o surgimento de consumos culturais tipicamente juvenis, a participação política dos estudantes secundaristas e universitários e as variadas formas de contestação de valores e costumes.

As encruzilhadas das narrativas acerca da prevenção na adolescência

As narrativas que vão construir a concepção atual de adolescência, auxiliando a consolidar inclusive a identidade do adolescente ocidental, remontam à segunda metade do século XX e provêm fundamentalmente das áreas da saúde, identificadas por meio das publicações médicas e da saúde em geral (tanto do campo da Clínica como da Saúde Pública), da psicologia, do direito e das ciências humanas, principalmente da antropologia e da sociologia, tendo essas disciplinas se concentrado na caracterização e compreensão da juventude como cate-

goria social e não exclusivamente da adolescência em si (Foracchi, 1972).

No tocante à literatura nacional produzida nas últimas quatro décadas, relativas à saúde do adolescente, percebe-se uma intersecção e um mosaico de assuntos relevantes que constituem os núcleos de cada uma das áreas clínicas e da saúde coletiva. Observam-se, portanto, as principais vulnerabilidades identificadas pelas diferentes áreas de atuação e, portanto, os grandes desafios a serem enfrentados para que o ideal proposto de atenção integral à saúde do adolescente – o olhar global à saúde e o enfoque biopsicossocial – seja atingido.

Na pediatria, disciplina que mais se ocupou historicamente da assistência à saúde dos adolescentes, assuntos como puberdade, estirão de crescimento, aspectos nutricionais, imunização, sexualidade, gravidez indesejada e uso de métodos contraceptivos, abuso de álcool e drogas, transtornos alimentares e violência são rotineiramente pautados no âmbito individual e familiar. A consulta médica adquire aqui nuances específicas, dado o caráter singular dessas questões na prática pediátrica. Portanto, a técnica de consulta, respeitando os princípios éticos de sigilo⁷ e privacidade dentro de seus limites possíveis, é de suma importância (Saito, 2000; Saito, 2014).

Também é desse campo de atuação a incorporação dos saberes a respeito do desenvolvimento psicológico na adolescência, que tem inicialmente uma narrativa originária da área psicanalítica, formulada, sobretudo por Knobel e Aberastury, com a publicação, em 1973, de *Adolescência Normal*, em que propuseram a vivência dessa fase da vida como um verdadeiro momento de crise, no qual o indivíduo, de forma quase universal, elabora o luto de si mesmo: o luto do corpo e da identidade infantis e o luto dos pais da infância. A partir daí, o adolescente poderia vivenciar sentimentos e manifestar padrões de comportamento que não são esperados na faixa etária adulta ou infantil, mas que exibem um caráter transitório e, portanto, aceitos apenas nessa fase da vida, até que esse luto termine.

Recentemente, devido aos avanços tecnológicos nas áreas de neuroimagem e neurociências, as características fenomenológicas da adolescência passaram a ser compreendidas à luz de estudos a respeito da formação e amadurecimento cerebrais ocorridos nessa faixa etária. Pesquisas utilizando ressonância magnética funcional mostraram um aumento de atividade nas áreas subcor-

6 Historicamente os jovens eram vinculados funcionalmente às instituições de transição ao mundo adulto, o que os definia, essencialmente, como filhos, estudantes ou aprendizes. Ou seja, a condição juvenil estava anteriormente permeada pelas relações de incorporação à vida adulta e à aquisição de experiência para poder integrá-la. Diante das suas características, necessidades e interesses próprios, a juventude passa a ser compreendida como uma categoria social específica, quase que desvinculada da ideia de transição (Abad, 2001).

7 Código de Ética Médica, 2010. Capítulo IX, artigo 74.

ticais (sistema límbico) quando os adolescentes fazem escolhas que envolvem risco ou perigo. Na adolescência, observa-se um descompasso entre o amadurecimento do córtex pré-frontal, responsável pela tomada de decisões e pelo controle cognitivo dos comportamentos impulsivos, que ocorre de forma lenta e tardia, e o sistema límbico, que já está desenvolvido (Casey *et al.*, 2008). Dessa forma, a literatura médica passa também a explicar os comportamentos de risco e a impulsividade nesses indivíduos em função do processo de maturação cerebral.

Obviamente que a elucidação desses modelos de desenvolvimento cerebral durante a adolescência, fundamentais para se compreender a inclinação dos adolescentes para comportamentos de risco, não é capaz de explicar por si só a sua ocorrência, e tampouco consegue explicar variações comportamentais entre os indivíduos. Justificar a vulnerabilidade ao uso ou abuso de drogas, aos acidentes e à violência apenas por meio de um processo biológico, sem levar em consideração sua interação com os aspectos ambientais, seria adotar uma visão demasiadamente reducionista.

A concepção de adolescência é, portanto, ampla e envolve, além das transformações puberais, aspectos do desenvolvimento psicossocial. Mais do que um período de transição, a adolescência se impõe como uma categoria social distinta, fruto do meio em que ela se insere. Diante desse cenário, o adolescente apresenta características próprias, alguns aspectos delas fundamentadas na sequência da maturação cerebral, e que envolvem elaboração da identidade sexual e a busca de uma identidade adulta e da independência emocional e econômica. Essa é, em síntese, a compreensão médica contemporânea da adolescência, especialmente no meio acadêmico.

A literatura proveniente da saúde coletiva acerca da concepção da vulnerabilidade⁸ de jovens e adolescentes coloca em pauta questões socioeconômicas essenciais para o desenvolvimento pleno dos grupos de indivíduos dessa faixa etária, e também para a implantação e a programação de serviços destinados a essa população, sendo esses últimos basicamente estruturados de acordo com as propostas da medicina comunitária e da atenção primária à saúde. Sucintamente, esse olhar partiu da crítica à leitura individualizada e universalista, predominante

nas abordagens clínicas da medicina em geral, e apontava a necessidade de uma organização do trabalho de atenção à saúde que incorporasse as dimensões sociais e coletivas da adolescência concretamente experimentadas em cada contexto de atenção à saúde (Ayres, 1990).

Caminhando para a segunda década do século XXI, percebe-se a emergência de novos temas a serem incluídos na agenda da saúde de adolescentes e jovens: questões relativas ao gênero, à sexualidade, às mudanças climáticas, ao pertencimento e à territorialidade nos grandes centros urbanos; envolvimento com movimentos sociais, étnico-raciais, políticos e culturais; o mundo virtual, as redes sociais, os novos fenômenos decorrentes do uso e da forma de veiculação de mídias, modas, tendências e identidades juvenis; a mobilidade urbana; relações de estudo e de trabalho; adoecimento e sofrimento psíquicos; conflitos com a lei, encarceramento, pobreza; e, finalmente, os direitos dessa população⁹.

Quando o tema é o perfil de morbimortalidade na adolescência e juventude, aspecto de fundamental importância e que deve ser do conhecimento dos profissionais e serviços que se destinam ao atendimento de indivíduos e grupos dessa faixa etária, observa-se um padrão de acentuação das taxas de mortes decorrentes de violência no país, que vem desde a década de 1980, como já descrevia com propriedade Mello Jorge (1998, 2008)¹⁰, e é reiterado em estudo publicado recentemente pelo IPEA, na divulgação do “Atlas da Violência” (2017): “desde 1980 está em curso no país um processo gradativo de vitimização letal da juventude, em que os mortos são jovens cada vez mais jovens. De fato, enquanto no começo da década de 1980 o pico da taxa de homicídio se dava aos 25 anos, atualmente esse gira na ordem de 21 anos”.

Ao destrinchar o “Atlas da Violência” de 2017, os dados relativos a esses jovens que têm suas vidas interrompidas – a juventude perdida – indicam que de cada 100 pessoas que sofrem homicídio no Brasil, 71 são negras. Jovens e negros do sexo masculino são os grupos que exibem maior vulnerabilidade, e o seu caráter discriminatório também foi documentado no estudo “Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e Desigualdade”, em que o Fórum Brasileiro de Segurança Pública incor-

8 “...o quadro conceitual da vulnerabilidade sintetiza, sistematiza, aperfeiçoa e enriquece um conjunto de preocupações e proposições que já há mais de um século vem instruindo as teorias e práticas preocupadas com o conhecimento e intervenção sobre as dimensões sociais dos processos de saúde-doença...” (Ayres *et al.*, 2015 p.399).

9 Marco Legal, *saúde um direito de adolescentes*. Brasil. Ministério da Saúde; 2005.

10 O coeficiente de mortalidade na adolescência é menor que aquele visto em outras faixas etárias; entretanto, trata-se de vidas perdidas, perplexamente, quando se analisam os motivos desses óbitos, havendo nítido destaque para as causas externas como a principal causa dos óbitos na população adolescente, dentre elas o predomínio dos acidentes de trânsito e dos homicídios. Esse perfil de mortalidade não é uniforme, havendo predominância de mortos do sexo masculino em relação ao sexo feminino, e na faixa etária de 15 a 19 anos, em relação à de 10 a 14 anos (Mello Jorge, 2008).

porou um indicador de desigualdade racial ao indicador sintético de vulnerabilidade à violência dos jovens: mortalidade por homicídios, por acidente de trânsito, frequência à escola e situação de emprego, pobreza e desigualdade (IPEA, 2017).

Instaura-se aqui mais um contexto de tensão, não somente entre os enfoques de atenção à saúde do adolescente, dependendo da área sobre a qual lança o seu olhar, mas principalmente no âmbito das políticas públicas inseridas em um contexto mundial de crise econômica e esgotamento ambiental.

As propostas de saúde pública que vinham sendo debatidas desde as décadas de 1960 e 1970, como o direito à saúde, a extensão de cobertura dos serviços de saúde e o reconhecimento da importância da sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde não se implantaram de fato, e em grande parte em razão dos efeitos de uma política econômica neoliberal instituída desde os anos de 1980, que preconiza a lei do “estado mínimo” e o corte dos gastos públicos como resposta à crise fiscal do Estado. Nesse sentido, a saúde pública dos países capitalistas dependentes passa a enfrentar um período de crise, uma vez que todos os esforços no sentido da universalização da saúde, verificados por meio do lema “Saúde para Todos no ano 2000” (OMS), e da valorização da

atenção primária à saúde como estratégia para obtenção desses objetivos, difundidos a partir da Conferência de Alma-Ata (1978), ficaram comprometidos pelo modelo econômico que passou a privilegiar o mercado como mecanismo para a alocação de recursos e questionar a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento de necessidades sociais, inclusive a saúde (Queiroz *et al.*, 2013).

Diante desse cenário, como fica a proposta de atenção integral à saúde do adolescente? Como fazer prevenção em saúde destinada a essa população?

Propostas contundentes de prevenção na área de atenção global à saúde do adolescente só podem ser exitosas – diante de toda a complexidade que envolve os determinantes sociais, econômicos, políticos, familiares e individuais expostos nesse ensaio – se exigirem a articulação entre as distintas esferas de atuação pública. São elas, a saber, as instâncias políticas, os serviços e profissionais de saúde, a justiça e órgãos protetores da adolescência e juventude em parceria com a sociedade civil organizada e os grupos constituídos por eles mesmos, os adolescentes e jovens, à luz da reconhecida existência de distintas adolescências e juventudes e dos diversos olhares que sobre eles são lançados.

Referências

- Abad M. Las políticas de juventude desde la perspectiva de la relacion entre convivencia, cidadania y nueva condicion juvenil. Texto apresentado no 1º Simpósio Internacional sobre Juventude e Violência, Medellín, out. 2001.
- Aberastury, Arminda; Knobel, Maurício. *Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico*. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1986.
- Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol*. 2000; 3(1-3): 4-20.
- Almeida Filho N. For a general theory of health: preliminary anthropological and epistemological notes. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001; 17(4): 753-70.
- Almeida Filho N, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 879-89.
- Almeida Filho N; Coutinho D. Causalidade, Contingência, Complexidade: o Futuro do Conceito de Risco. *Physis. Revista de saúde coletiva*. 2007; (17): 95-137.
- Atlas da Violência 2017 – Ipea e FBSP. Acessado em 30/12/2017: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf>
- Ayres, JRCM. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Schraiber, Lília Blima (Org). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec; p.139-82. 1990.
- Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis. Revista de saúde coletiva*. 2007; (17): 46-62.
- Ayres JRCM, Calazans GJ, Filho HCS, França-Júnior I. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde In: Campos, GWS *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo – 2ª Ed. Rio de Janeiro: Hucitec e Fiocruz; 2015. p.399-442.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Marco Legal, saúde um direito de adolescentes*. Brasília; 2005.
- Casey BJ, Getz S, Galvan A. The adolescent Brain. *Dev Rev*. 2008; 28(1): 62-77.
- Código de Ética Médica. Capítulo IX, artigo 74, 2010. Acessível em <<http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual#cap9>>.
- Colli AS. O adolescente e a equipe de saúde. *Comunicação (Publ. Roche)*. 1985; 6(1): 4-5.
- Foracchi, Marialice Mencarini. *A juventude na sociedade moderna*. São Paulo: Livraria Pioneira; 1972.
- Hobsbawm EJ. Era dos extremos – o breve século XX 1914 – 1991. São Paulo: Companhia das letras; 1997.
- Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(8). Acessado em 15/01/2018: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00183415.pdf>>.

Mello Jorge MHP. Como Morrem Nossos Jovens In: *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento – CNPD, 1998, vol. 1, p.209-89.

Mello Jorge MHP. Mortalidade na Adolescência: o futuro comprometido. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. *Adolescência: prevenção e risco, 2ª ed.* São Paulo: Atheneu; 2008, p.543-56.

Mota A, Schraiber LBL. Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista em 1930. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*.2009; 16(2): 345-60.

Organização Mundial da Saúde. *Declaração de Alma-Ata: conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*. Série Saúde para todos, n1. Genebra: OMS; 1978.

Organização Mundial da Saúde. *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la salud para todo el año 2000*. Genebra: OMS, 1985.

Paim, Jairnilson S.; Almeida Filho, Naomar. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos

paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.32, n.4, p.299-316. 1998.

Queiroz LB, Ayres JRCM, Saito MI, Mota A. Aspectos históricos da institucionalização da atenção à saúde do adolescente no estado de São Paulo, 1970-1990. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2013; 20(1): 49-66.

Saito MI, Colli AS. A consulta do adolescente. In: Sucupira ACSL et al. *Pediatria em Consultório*. São Paulo: Sarvier; 2000, p.703-8.

Saito MI, Silva LEV, Leal MM. *Adolescência Prevenção e Risco*, 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2014.

Schraiber LB. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos dilemas, outros desafios* [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997.

Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. 2007; (17): 29-41.

Sobre atividades grupais com adolescentes

4

Chafi Abduch¹ e Maria Lúcia A. Monteleone²

Introdução

A utilização da estrutura grupal tem sido empregada como ação positiva, em diversos contextos, públicos, privados e comunitários, como tecnologia de ponta em quase todos os países desenvolvidos para promover fundamentalmente: elaboração de projetos comuns, aprendizagem e mudança de comportamento. Em nível da saúde pública, entre nós, as atividades grupais têm sido cada vez mais empregadas como instrumento de trabalho por diversas categorias profissionais, objetivando a prevenção em seus diversos níveis, a redução de agravos e o desenvolvimento humano.

O conhecimento da estrutura grupal como técnica de coordenação ou facilitação de grupos, em nosso meio ainda é incipiente, fazendo com que os profissionais empreguem seus próprios referenciais grupais, modelo pedagógico, bom senso e intuição, na condução de grupos. Nossas escolas ainda valorizam mais os atendimentos individuais do que grupais, sendo esses ainda percebidos como atividade secundária. Os atendimentos, individuais e grupais, quando adequadamente planejados, se complementam, promovem a integração e os objetivos poderão *ser alcançados de forma bem mais econômica*.

O Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde do Governo de São Paulo, coordenado pela Prof^a Dr^a Albertina Duarte Takiuti, ciente dessa realidade, sempre estimulou as atividades grupais como instrumento de promoção de saúde, prevenção e cidadania, desde sua implantação nos idos 1987. Em 1990, por ocasião do Curso de Formação de Docentes Multiplicadores da Saúde do Adolescente, promovido em múltiplas parcerias do Programa do Adolescente de São Paulo e com apoio da OPAS, na ocasião representada pelo Dr. Solun Donas, nos foi apresentada a técnica e teoria da estrutura grupal e facilitação de grupos que adequamos a nossa realidade e a empregamos de rotina, e estamos apresentando em linhas gerais nesse capítulo.

Inicialmente descreveremos sucintamente a estrutura grupal original da técnica de grupos de aprendizagem e as adaptações feitas para atender a demanda adolescen-

te na rede pública. Essas adaptações foram preconizadas pelo autor dessa teoria e técnica que previa tal possibilidade e necessidade.

Fundamentos da estrutura grupal

O conhecimento da teoria e técnica sobre coordenação de grupos somente fará sentido quando integrada a uma prática. Dessa forma, faremos uma síntese breve, apenas com intuito de nortear o universo grupal. Trabalharemos somente seus aspectos práticos e aplicáveis por qualquer profissional.

O primeiro aspecto relevante na condução de grupos é a diferenciação entre grupalidade e grupos. Um conjunto de pessoas reunidas no mesmo tempo e local com objetivos comuns como, por exemplo, em uma palestra, um concerto, uma aula, ou mesmo em um ponto de ônibus, trata-se de grupalidade. A grupalidade pode se tornar um grupo a medida em os “indivíduos” desenvolvam VÍNCULOS e interajam em prol de um objetivo a ser alcançado coletivamente, deixando de serem indivíduos para se constituírem em integrantes. Essa interação, sob o ponto de vista teórico e técnico, é a TAREFA grupal. Assim, podemos dizer que VÍNCULO e TAREFA são os polos norteadores de um GRUPO e que esse não acontece de pronto. Um grupo não nasce pronto.

Compete à equipe de coordenação e monitoramento criar condições para que o grupo se desenvolva. Essas condições são denominadas ENQUADRE. Tempo, local e periodicidade. A posição em círculo favorece a equidade e a comunicação entre todos. Para adolescentes, em particular, é fundamental a pontuação da hora de início e término do grupo. A importância dessa pontuação visa a integração das duas dimensões de tempo. O cronológico, de caráter social, e o aprendido ao tempo próprio e imanente. Ainda faz parte do enquadre, a definição um disparador temático como tarefa grupal, que pode ser definida a priori pela coordenação ou emergir do próprio grupo, e sempre que possível, ser contextualizada.

Quando as pessoas se reúnem em torno de objetivos comuns e o grupo se constitui, surgem obstáculos na sua

1 Médico, Pós graduado em Medicina Social e Docente Multiplicador da Saúde do Adolescente pela OMS.

2 Médica Pediatra, colaboradora da Comissão Científica do Programa Saúde do Adolescente de São Paulo.

trajetória. Esses obstáculos podem ser de duas naturezas distintas. Uma, do conhecimento formal, e outra, de caráter emocional que são as RESISTÊNCIAS às mudanças uma vez que o objetivo do grupo é APRENDIZAGEM. Na teoria de grupos, a aprendizagem e a mudança são intrínsecas, sinônimas. Esse processo transicional mobiliza medos básicos e precisam ser explicitados para que o processo se desenvolva, e cabe ao coordenador apoiar o grupo a elaborar esses obstáculos, levantando hipóteses ou interpretando os obstáculos. É conveniente que todas as ações aconteçam coletivamente, dentro do próprio grupo. Porém, em alguns casos há a necessidade de que esse apoio seja feito em particular.

Outro aspecto fundamental na condução de grupos de aprendizagem diz respeito ao método pedagógico de transmissão de conhecimentos. Nosso modelo usual tem caráter professoral. Isso é, de um pra todos no sentido vertical: o professor fala e todos ouvem passivamente os conteúdos ministrados. Esse método tem sua aplicabilidade legítima e necessária, entretanto, no âmbito da coordenação de grupos de aprendizagem a que nos referimos, é necessário que a construção dos conhecimentos se faça a partir dos conteúdos já existentes entre os integrantes de forma horizontal através do debate de ideias, conhecimentos, conceitos, e opiniões, em um movimento dialético de rompimento de estereótipos, resistências e posições rígidas.

Esse modelo pedagógico construtivista coloca os integrantes em uma posição ativa ao protagonizar o conhecimento e dele se apropriar. A esse processo dá-se o nome de FORMAÇÃO, a medida em que os atores possam sentir que o conhecimento construído a eles pertence. Esse modelo pedagógico, há muito conhecido, era empregado pelos pensadores pré-socráticos, em uma relação de Mestre para Aprendiz, na qual esses recebiam tarefas mais complexas na medida em que demonstravam prontidão para as etapas mais avançadas. Nessa relação, o fenômeno de sabotagem inconsciente diminui, pois o conhecimento construído, em particular, não diz respeito a ninguém, a todos pertence.

A técnica de grupos pode ser usada em qualquer contexto, não é rígida, tem plasticidade preconizada pelo seu criador.

Alguns parâmetros, citados anteriormente, são fundamentais para que um grupo realmente aconteça e deixe de ser uma grupalidade. No Programa do Adolescente, do qual somos integrantes, tendo em vista os fenômenos próprios na adolescência e as diferentes condições de trabalho na rede pública, algumas adaptações foram necessárias, principalmente para atender ao conceito de OPORTUNIDADE PERDIDA.

Uma primeira adaptação diz respeito ao grupo de SALA DE ESPERA. Esse grupo é fundamental para desenvolver o vínculo com o Serviço. Nele são trabalhadas a apresentação do Programa como um todo e a disponibilidade de atendimentos, os diversos grupos e profissionais existentes. Trata-se de um grupo aberto e altamente heterogêneo, do público-alvo a seus acompanhantes. O número de integrantes pode extrapolar em muito o ideal de um grupo.

As equipes trabalham em vários outros grupos: semiabertos, fechados, específicos, entre outros, e uma adaptação usual diz respeito ao agendamento. A temporalidade na adolescência está em processo de amadurecimento, assim sendo, as atividades grupais podem ter um ENQUADRE bem mais plástico para que nenhuma oportunidade seja perdida. Para aproveitarmos as oportunidades, sabendo das dificuldades temporais do nosso público, no que diz respeito ao seguimento do agendamento, o grupo tem o caráter breve. Isso é, abre, desenvolve e termina no mesmo encontro.

As adaptações da técnica de grupos podem ser adequadas ao público-alvo, porém o método pedagógico de construção do conhecimento, a equidade e o desenvolvimento do vínculo com o Serviço são os diferenciais de um grupo com qualidade.

A função de COORDENAÇÃO também pode ser adaptada para MONITORAMENTO de grupos. Monitorar um grupo pode ser feito por qualquer profissional sensível ou familiarizado com o método. O papel do monitor é: manter o enquadre, isso é, pontuar o tempo de duração do grupo, início e término. Distribuir a palavra, criar condições de comunicação entre todos. Dissolver polaridades, posições antagônicas e competitivas de ordem emocional. E manter o grupo centrado na temática, na pertinência ao assunto em pauta. Com esses parâmetros em mente e com um método pedagógico construtivista, a qualidade e os objetivos propostos poderão ser alcançados de forma econômica e com qualidade.

Objetivos

Todo e qualquer grupo promovido por um profissional, independentemente de técnicas ou teorias, é uma ação positiva. A técnica de grupos visa otimizar as ações grupais, no logro dos objetivos.

Quais mudanças são propostas através do emprego da estrutura grupal no Programa do Adolescente?

Os parâmetros a serem desenvolvidos em qualquer grupo, independentemente de sua natureza ou do disparador temático, são: AUTOESTIMA, JUÍZO CRÍTICO, PROJETO DE VIDA E CRIATIVIDADE.

A autoestima diz respeito à avaliação subjetiva que o indivíduo tem de si mesmo, que pode ser alta ou baixa, em sua segurança em SER ou estar no mundo que, no nosso público-alvo, além da insegurança própria do ciclo de vida, fatores culturais, sociais, econômicos e a falta de oportunidades se sobrepõem.

O juízo crítico vem a ser a forma de problematizar. Podemos problematizar usando um depositário do nosso poder ou nos apropriando dele. Na deposição nos constituímos como vítimas, na apropriação como protagonistas.

Projeto de Vida está relacionado à temporalidade, à percepção de processos sistêmicos, nos quais estamos inseridos e que demanda tempo para sua resolução.

Criatividade, aqui compreendida como a capacidade de articular novas possibilidades, projetos e alternativas diante dos obstáculos em suas trajetórias de vida.

A informação científica é um elemento fundamental para o desenvolvimento e mudanças de atitudes. É o ponto fundamental de diferenciação entre uma atitude coerente e afirmações emocionais, pré-conceitos e tabus. Ela é absolutamente necessária, mas infelizmente, não é suficiente para mudar comportamentos de risco.

Mudanças de comportamento de risco exigem-nos um trabalho contínuo, complexo e competente e investi-

mentos de ordem intra e interpessoais, políticos, científicos e sociais. Mudar um comportamento social de risco demanda tempo, e tem mais legitimidade se o cidadão gerir essas mudanças.

Uma didática vertical de transmissão de conhecimentos tem sua aplicabilidade consagrada, porém encontra obstáculos ferrenhos de ordem emocional.

A técnica de grupos parece-nos um instrumento eficiente, por se tratar de uma didática horizontal. Essa horizontalidade torna o indivíduo agente ativo e engajado no processo de mudança, desde que suas necessidades pessoais e comunitárias são levadas em consideração. Assim, podem se apropriar das informações científicas, adequando-as a sua realidade interna e externa.

A técnica aqui apresentada visa instrumentalizar profissionais que tem o adolescente como público-alvo, tendo em vista a transformação do indivíduo em CIDADÃO.

O OBJETIVO FUNDAMENTAL DE GRUPOS NO PROGRAMA DO ADOLESCENTE É DESENVOLVER A CIDADANIA, QUE CONTEMPLA A CONSCIÊNCIA DE SI E DO OUTRO, O AUTOCUIDADO E A PREVENÇÃO DO QUE PODE SER PREVENIDO.

Referências

- ABRAMO, Helena W. "Cenas juvenis" São Paulo, 1994. Ed. Scritta
- BARREMBLIT, Gregório [et. al] "Grupos teoria e técnica" Rio de Janeiro, 1982 Ed. Graal
- DOMINGUES, Ideli. "Liderança" São Paulo, Instituto Pichon-Rivière
- EISENSTADT, S. N. "De geração a geração" São Paulo, 1976. Ed. Perspectiva.
- GAYOTTO, Maria L. C. "Movimento dialético do processo grupal. São Paulo. Instituto Pichon-Rivière
- GIFFONI, VERA L. "Comunicação" São Paulo - Instituto Pichon-Rivière
- PICHON-RIVIÈRE, E. "El proceso grupal" Buenos Aires, 1980 Ed. Nueva Visión
- PICHON-RIVIÈRE, E. "Teoria del vínculo" Buenos Aires, 1980 Ed. Nueva Visión
- ZIMERMANN, David E. e OSORIO, Luiz. C [et. al] "Como trabalhamos com grupos" Porto Alegre, 1997 Artes



Muna Zeyn¹, Edson G. P. O. Silva² e Sandra Dircinha Teixeira de Araújo Moraes³

Ementa

Conceito, fundamentos, evolução e significado contemporâneo da cidadania e as garantias dos direitos fundamentais. A cidadania na experiência brasileira. Nova consciência do papel social como indivíduo, comunidade e sociedade. Exercer a cidadania e a ética em entidades da sociedade civil, movimentos sociais e partidos políticos.

Introdução

Toda e qualquer pessoa humana é portadora de cidadania. Cidadania é o conjunto de direitos e deveres garantidos por uma determinada sociedade aos seus membros.

Sua origem vem desde a Antiguidade Clássica tendo como referência a experiência grega e romana. Porém o modelo grego ou romano de cidadania era limitado e insuficiente, somente os homens eram considerados cidadãos, portadores de direitos. Aos cidadãos gregos e romanos eram garantidos os direitos da participação das questões da cidade, da decisão dos negócios econômicos e públicos. Podemos afirmar que a cidadania era parcial pois a maior parcela da sociedade estava excluída da condição de cidadania como as mulheres, crianças, adolescentes, jovens, escravos e estrangeiros.

Durante o início do período da modernidade muitas revoluções políticas e sociais ocorreram possibilitando a retomada da condição cidadã. Fatos históricos como os ocorridos no século XIII quando o regime monárquico inglês foi submetido à Carta Magna e o poder absoluto foi extinto e reforçados os direitos civis depois com as revoluções francesa, inglesa e norte-americana no século XVIII que ampliaram a condição cidadã nos aspectos políticos e econômicos; e no século XIX com a revolução industrial europeia as conquistas nos aspectos sociais.

No Brasil, o conceito de cidadania ganhou destaque durante o processo de reabertura política no início dos anos 80, fase final de transição do golpe militar que durou o período de 1964 a 1985, para o novo momento histórico de restabelecimento da democracia. O Estado Democrático de Direito foi restabelecido em 05 de outubro de 1988 quando o Congresso Nacional proclama a nova Constituição Federal, também conhecida como “Constituição Cidadã”.

Na Constituição Federal de 1988 estão previstas as liberdades civis, políticas, econômicas e sociais. Essas liberdades e direitos garantem à toda e qualquer pessoa os direitos humanos fundamentais como cidadão ou cidadã brasileira. Ao mesmo tempo impõe, como contrapartida, os deveres a serem cumpridos por esses cidadãos que constituem a sociedade brasileira.

Ser cidadão ou cidadã é empoderar-se na condição de agente político como sujeito de transformação da sociedade e, também, da sua história de vida pessoal e comunitária. Exemplo de garantia de direito é o artigo 227 da Constituição Federal que amplia a cidadania às crianças e aos adolescentes e possibilita a regulamentação da Lei nº 8.069/91 que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.⁴

- 1 Muna Zeyn, assistente social aposentada pela Prefeitura Municipal de São Paulo, chefe de gabinete do mandato da Deputada Federal Luiza Erundina (1998-2018).
- 2 Edson G. P. O. Silva, sociólogo e mestre em Serviço Social, funcionário público efetivo da Secretaria de Desenvolvimento Social do Governo do Estado de São Paulo.
- 3 Médica. Pós-Doutorado em Ginecologia e Obstetrícia/ FMUSP. Doutorado em Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo- FSP/USP. Doutorado em Ginecologia, Obstetrícia e Perinatologia pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual-Secretaria de Estado da Saúde/SP. Coordenadora do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Municipal Maternidade Amador Aguiar de Osasco/SP.
- 4 Constituição Federal do Brasil, 1988.

O avanço da condição cidadã no Brasil favorece novas perspectivas legislativas como o do Estatuto da Criança e do Adolescente que reconhece a toda e qualquer criança, de 0 a 12 anos incompletos, e adolescente, de 12 a 18 anos incompletos, a condição de cidadão em sua plenitude.

Cidadania e suas formas de vivência

A cidadania é uma condição natural da pessoa humana, portanto, essencial, e por ela muitos processos de conflitos, disputas, guerras e confrontos foram desencadeados, pois sua efetivação não se garante apenas pela condição humana, e sim por um processo histórico e cultural de conquista por meio de manifestações políticas. Por isso, é preciso contextualizar aos jovens desse tempo os processos históricos e políticos de cada sociedade, período e os direitos que foram conquistados.

Para facilitar a compreensão dos jovens leitores propomos destacar alguns direitos e deveres em alguns grupos, como: criança e adolescente, jovens, gêneros, pessoas com deficiência, idosos e idosas, e as liberdades civis, políticas, econômicas, sociais e difusas.

Vale destacar que a manutenção e a ampliação dos direitos que promovem a cidadania da pessoa humana é um projeto sempre em disputa, pois pode ocorrer de em alguns momentos históricos os direitos serem retirados, cerceados e/ou negados. Por isso, a importância da formação política dos cidadãos e de seu envolvimento com os grupos de defesa de direitos humanos em geral ou específico por categorias de gênero, etnia, etária, social ou política.

Direitos da Criança e do Adolescente

Crianças e adolescentes são cidadãos e, portanto, são portadores de direitos. Esses direitos estão previstos pela Lei nº 8.069/91 que lhes garantem as liberdades individuais, civis, sociais e os direitos complementares como o da convivência familiar e comunitária, assegurando os vínculos de afeto e laços comunitários junto àqueles que lhe possibilitam um desenvolvimento integral.

Esses direitos garantem as crianças e adolescentes o acesso pleno, integral, universal e contínuo às políticas públicas de saúde, educação, assistência social e jurídica, cultura, esporte e lazer, entre outras. Essa garantia legal estabelece também que as crianças e adolescentes são prioridades para o poder público, para a comunidade e a família.

Um dos direitos conquistados após o Estatuto da Criança e do Adolescente, por exemplo, é a Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, proposta legislativa da deputada federal Luiza Erundina, que obriga a instalação de

brinquedotecas nas unidades de saúde que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação. A brinquedoteca contribui para diminuir o sofrimento de um tratamento hospitalar com resultados comprovados de ajuda na recuperação da saúde da criança.

Negar políticas públicas aos cidadãos é não respeitar a cidadania e inviabilizar as condições mínimas para o desenvolvimento integral de cidadãos plenos. Não garantir as condições mínimas para o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes é comprometer o direito à cidadania e a capacidade desses na fase adulta.

Todas as políticas públicas são espaços, por excelência, para viver a cidadania. Garantem o acesso aos direitos e exigem em contrapartida as responsabilidades correlacionadas (deveres). A educação destaca-se dentre as demais como sendo uma política pública que permite a formação permanente de cidadãos plenos a medida que o conhecimento escolar proporciona a aquisição de saberes, a leitura crítica da realidade e promovem ações concretas como compromisso do cidadão para com a sua comunidade.

Atualmente temos um número expressivo de crianças sem condições mínimas para viver a sua primeira infância com a retaguarda da saúde, da educação e da assistência social. E entre os adolescentes com mais de 16 anos observamos que a maioria tem dificuldade de adentrar à condição de jovem aprendiz e ao primeiro emprego. Essas situações são exemplos de fragilização da cidadania brasileira.

Juventudes

A juventude brasileira conquistou na Constituição Federal de 1988 o direito ao voto facultativo dos 16 aos 18 anos incompletos. Com a maioria de 18 anos todos os cidadãos brasileiros são obrigados a exercer o direito político eleitoral de votar, pois a jovem democracia brasileira ainda precisa de maior participação dos cidadãos nesses momentos políticos. Os jovens acima de 18 anos podem também concorrer ao cargo eletivo de vereador nos seus respectivos municípios.

Aos jovens do sexo masculino a condição de cidadão exige como dever que os rapazes se inscrevam no serviço militar obrigatório. Alguns jovens são convocados para um período de até um ano prestar o serviço militar nas forças armadas como o Exército, Marinha e Aeronáutica. Alguns setores da sociedade debatem a possibilidade do serviço militar não ser obrigatório e de incluir outras formas de prestação de serviços voluntários civis.

O governo federal publicou a Lei nº 12.852, de 05 de agosto de 2013, que institui o Estatuto da Juventude, dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes para as políticas públicas voltadas para a juventude.

Gêneros

Na contemporaneidade, após a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) muita luta, as mulheres foram recuperando a cidadania plena e sua igualdade com o gênero masculino. Ainda temos muitos desafios e novos direitos a avançar nessas questões de gênero.

As mulheres vêm conquistando inúmeros direitos que foram negados por uma equivocada compreensão social, cultural, familiar e religiosa.

A Constituição Federal estabelece como princípio a dignidade humana, como fundamento a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, e no artigo 5º reconhece que “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos dessa Constituição”.

Portanto, a cidadania brasileira é condição essencial e igualitária para mulheres e homens.

Mas há ainda muitas conquistas e direitos a serem efetivados de modo particular para as mulheres brasileiras, em especial, setores da sociedade como as das mulheres jovens, desempregadas, mães, negras, chefes de família, residentes em regiões de alta vulnerabilidade.

E discutir a cidadania de gênero é discutir uma condição muito complexa, que está para além das questões femininas. Também é um debate feminista, mas é um debate que envolve identidade, sexualidade e condição biológica tanto de mulheres como de homens.

Na compreensão tradicional entendemos como sendo o que distingue ou identifica pessoas do sexo feminino ou masculino. Atualmente compreende-se como “gênero” aquilo que diferencia socialmente as pessoas em determinados momentos históricos e conforme os padrões culturais atribuídos as mulheres e aos homens.

Nesse debate temos o conceito de “identidade de gênero” que é o modo como um indivíduo se identifica na sociedade. Quando uma pessoa biologicamente é de um gênero e tem uma identidade de gênero semelhante, ou seja, do sexo masculino e se identifica como sendo homem ou do sexo feminino e se identifica como sendo mulher, ela é identificada como “cisgênero”; quando uma pessoa biologicamente é do gênero masculino (sexo) e tem uma identidade de gênero feminino ou ao contrário, pessoa biologicamente do gênero feminino (sexo) e tem identidade de gênero masculino, ela é reconhecida como “transgênero”.

A identidade de gênero não se confunde com o conceito de orientação sexual. Pois tantos os cisgêneros como os transgêneros vivem a orientação sexual como heterossexual, homossexual (masculino ou feminino) e bissexual.

A cidadania de gênero, em especial voltada para as mulheres e para as pessoas com identidade de gênero ou orientação sexual diferente, ainda tem muitas conquistas a serem alcançadas para superar o limitado e equivocado padrão cultural que compreende a sociedade somente a partir do ponto de visto masculino, cisgênero e heterossexual.

Por esses equívocos as mulheres (cisgêneros, transgêneros, heterossexuais, homossexuais e ou bissexuais) e também os homens (transgêneros, homossexuais e ou bissexuais) são vítimas de violência, agressões e risco à vida. Nesse sentido há inúmeras leis que criminaliza a violência contra a mulher, a homofobia, a transfobia, entre outros.

Nesse campo do direito encontramos um grande desafio pois é preciso mudar a mentalidade da sociedade para reconhecer a mulher na sua condição igualitária e a diversidade de gêneros e sexualidades.

Pessoas com deficiência

As pessoas com deficiência também receberam maior destaque e atenção no período constitucional de 88 para que a sociedade brasileira reconheça a cidadania de quase 10% da população, segunda estimativa da ONU, que possuem algum tipo de deficiência (física, sensorial, múltipla) total ou parcial que inviabiliza atividades pessoais, comunitárias e sociais.

Os direitos das pessoas deficientes são exatamente os mesmos dos demais cidadãos brasileiros e brasileiras. Diante das limitações impostas pela deficiência, é preciso que a sociedade como um todo assuma medidas específicas para garantir o pleno direito à cidadania como, direito de ir e vir, convivência familiar e comunitária, educação, saúde, transporte, trabalho, acesso aos espaços (acessibilidade), direito a eleger e ser eleito, comunicação e fundamentalmente à sexualidade, entre outros.

A Lei nº 13.146/2015 é o Estatuto da Pessoa com Deficiência que sistematiza o conjunto dos direitos e também dos deveres da pessoa com deficiência, bem como outros direitos complementados por legislações federais, estaduais e municipais.

Idosos e idosas

As legislações brasileiras garantem aos idosos e idosas os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. São considerados idosos as pessoas acima de 60 anos e a todas elas são asseguradas oportunidades e facilidades que promovam e preservem sua saúde física e mental em condição plena de liberdade e dignidade.

No bojo da Constituição Federal de 1988 a sociedade brasileira conquistou o Estatuto do Idoso por meio da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que estabelece

os direitos e garantias que envolvem todas as políticas públicas numa perspectiva intersecretarial.

Dentre tantos podemos destacar o direito social à aposentadoria que é uma política pública de previdência social contributiva que garante, às mulheres acima de 60 anos e aos homens acima de 65 anos, renda não inferior ao salário mínimo ao trabalhador e a sua família. Há regra de tempo de contribuição mínima. Esses direitos atualmente estão em discussão como reforma previdenciária pelo Congresso Nacional.

Em caso de não contribuição mínima o cidadão ou cidadã brasileira tem o direito de um benefício de prestação continuada, conhecido como BPC, benefício esse garantido pelo artigo 20 da Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993, que garante um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a sustentabilidade pessoal e familiar.

Liberdades e direitos civis

As liberdades e ou direitos civis são os direitos humanos de primeira geração. São os mais antigos no contexto da história moderna. São os direitos que estão diretamente relacionados à pessoa humana como: direito à liberdade de expressão; de organizar e participar de associações comunitárias, sindicatos trabalhistas e partidos políticos; direito de ser; direito de ir e vir; da inviolabilidade da residência familiar e ou das correspondências pessoais.

Esses direitos estão inseridos na Constituição Federal de 1988 nos incisos do artigo 5º.

Liberdades e direitos políticos

As liberdades e os direitos políticos estão na segunda geração dos direitos humanos, como os direitos econômicos e sociais.

Os direitos políticos são aqueles relacionados ao artigo 14 da Constituição Federal que estabelece ações políticas diretas pelos cidadãos como o plebiscito, referendo e projetos de iniciativa popular.

O direito de votar e ou de concorrer aos cargos públicos do poder Executivo (prefeito, governador ou presidente) e do poder Legislativo (vereador, deputado estadual ou federal, e senador) são possibilidades do exercício dos direitos políticos.

A participação política em órgãos de controle social como conselhos de direitos, conferências das políticas públicas, acompanhamento do legislativo, participação em audiências públicas e plenárias de discussão política também são direitos garantidos.

No município de São Paulo o governo democrático da prefeita Luiza Erundina no período de 1989 a 1992

foram instalados inúmeros conselhos de direitos, entre eles o da criança e do adolescente, como forma de participação popular no controle social.

Direitos econômicos

Como direitos humanos de segunda geração são aqueles que garantem aos cidadãos as condições de renda justa, salário justo, direitos trabalhistas, proteção ao trabalho decente, direitos do consumidor, e a garantia de que os impostos e tributos públicos arrecadados por meio do consumo de bens e serviços possam retornar ao cidadão em forma de prestação de serviços públicos como saúde, educação, assistência social, meio ambiente, cultura e lazer, dentre tantos outros.

No Brasil, se discute já há muito tempo o direito à renda mínima de todo e qualquer cidadão. Como estratégia para redistribuição da riqueza nacional e da renda àqueles que necessitam para subsistência das necessidades mínimas pessoal e familiar.

Direitos sociais

Os direitos sociais estão vinculados aos direitos políticos (que promovem a condição cidadã na participação política nos espaços de decisão) e aos direitos econômicos (que dão as condições do desenvolvimento social por meio da renda).

Nesse conjunto dos direitos estão o acesso às políticas públicas sociais como educação universal e com qualidade, saúde integral e pública, assistência social para quem dela necessitar, meio ambiente sustentável e ecológico, cultura popular e democrática, lazer com direito legítimo e necessário.

Cidadania e os movimentos sociais

A relação entre a sociedade civil e a sociedade política no decorrer do tempo tem demonstrado que há período de avanços e outros de retrocessos. Alguns advogam por um Estado forte e responsável pelos serviços e políticas públicas e outros defendem um Estado mínimo onde as responsabilidades sociais são delegadas aos indivíduos e ou a iniciativa privada.

Como espaço de defesa do interesse público e dos setores sociais mais vulneráveis, surgem de tempos em tempos movimentos sociais que lutam pela preservação dos direitos já conquistados e por novos direitos.

Na trajetória histórica do Brasil identificamos vários processos libertários e revolucionários. São movimentos sociais em defesa dos povos indígenas, em defesa da liberdade e autonomia do território nacional, pela libertação dos escravos, pela garantia do livre comércio, direito ao trabalho assalariado, garantias das liberdades indivi-

duais, pela redemocratização do Brasil, por moradia popular, pelo direito à educação e à alfabetização, igualdade salarial de homens e mulheres, direito à creche, contra a carestia social, na defesa dos direitos humanos, proteção da terra e pela finalidade social da propriedade privada, proteção das comunidades e povos tradicionais, por um estado laico, pelo planejamento familiar, por cotas afirmativas, pelos direitos das crianças e dos adolescentes, jovens, idosos, pessoas com deficiência, homossexuais, mulheres e por todos aqueles que necessitam de apoio, suporte e proteção por parte do Estado brasileiro.

Sendo assim, os movimentos sociais são instituições que promovem e preservam a cidadania das brasileiras e brasileiros que lutam por melhores condições de vida, trabalho e renda.

Conclusão

O Brasil somente poderá ser considerado uma verdadeira nação quando o Estado Democrático de Direitos

atender a todos os cidadãos e cidadãs nas suas necessidades mínimas para o desenvolvimento pessoal, familiar, comunitário e social.

Atualmente, observamos que os espaços de cidadania estão sofrendo intervenções que desviam a natureza das instituições políticas e não geram os resultados esperados como, por exemplo, fragilização dos conselhos de direitos, ausência de qualificação dos cidadãos que assumem as funções de conselheiros, esvaziamento de conferências, recursos financeiros e humanos insuficientes, deliberações de propostas sem efetivo acompanhamento de resultados das inúmeras iniciativas.

A cidadania brasileira é conquista de muitas mulheres e homens que não se acovardaram diante das dificuldades e se colocaram numa condição de cidadão pleno, protagonista político e sujeito da história para ampliar e promover condições de cidadania plena a todos.

Bibliografia

ARNS, Paulo Evaristo. Em defesa dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

BAZÍLIO, L. Infância, educação e direitos humanos. São Paulo: Cortes, 2003.

BOBBIO, N. A era dos direitos. São Paulo: Campus, 2004.

DIMENSTEIN, G. O cidadão de papel. São Paulo: Ática, 2005.

DORNELLES, J. O que são direitos humanos. São Paulo: Braziliense, 1989.

GOHN, M. História dos movimentos e lutas sociais – a construção da cidadania dos brasileiros. São Paulo: Loyola, 1985.



Isabel Cristina Esposito Sorpreso¹, Muna Zeyn², AdnaThaysa Marcial da Silva³, Italla Maria Pinheiro Bezerra⁴, Luiz Carlos de Abreu⁵, José Maria Soares Júnior⁶, Albertina Duarte Takiuti⁷ e Edmund Chada Baracat⁸

Historicamente, nas décadas de 30 a 50, as políticas de saúde para as mulheres eram voltadas para o papel da mulher na sociedade e principalmente relacionadas ao ciclo de vida materno-infantil. As ações em saúde tinham trajetórias verticalizadas, pontuais e não estruturadas de acordo com as necessidades e demandas das mulheres, não respeitando seus ciclos de vida.

O programa de atenção integral à saúde da mulher (PAISM) trouxe em 1984 conceitos mundiais relacionados à saúde para todos com longitudinalidade no cuidado e integralidade. As questões de regionalização das ações em saúde e em territórios contra a verticalização de ações buscando equidade para todos os que usassem o sistema de saúde. Trouxe ainda a importância da educação em saúde como ferramenta na prevenção e promoção de saúde das mulheres.

O enfoque ao ciclo de vida não foi dado e nem as questões de vulnerabilidades acompanhadas das especificidades de cada faixa etária das mulheres e de cada período.

Em 13 de julho de 1990, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei nº 8.069 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que teve como base o artigo 227 da Constituição Federal de 1988 que tem

como base “assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

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

A partir da Constituição de 1988, em 7 de dezembro de 1993 temos a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742, que regulamenta o direito constitucional (art. 203) à assistência social do Estado, independentemente de contribuição, e que expressamente garante a proteção especial à adolescência e ao amparo aos adolescentes carentes.

Em 20 de dezembro de 1996, o Congresso Nacional decreta a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) – Lei nº 9.394, que regulamenta o direito à educação também como direito público subjetivo de todo cidadão.

- 1 Professor Doutor. Professora Adjunta da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da USP.
- 2 Assistente Social aposentada pela Prefeitura Municipal de São Paulo, chefe de gabinete do mandato da Deputada Federal Luiza Erundina (1998-2018).
- 3 Enfermeira. Pesquisadora em Nível de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Ginecologia / FMUSP. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- 4 Pós-Doutorado em Ciências. Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da USP. Coordenadora do Curso de graduação em Enfermagem e Professora do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES.
- 5 Visiting Scholar at Harvard School of Public Health. Department of Molecular and Integrative Physiological Sciences Program. Livre Docente em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP. Professor de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES e da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP.
- 6 Professor Associado Livre-Docente da Disciplina de Ginecologia e Vice-Chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas da FMUSP. Supervisor do Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas/ FMUSP.
- 7 Mestrado e Doutorado pela Ginecologia da FMUSP. Sanitarista Pela Faculdade de Saúde Pública. Coordenadora Estadual do Programa Saúde do Adolescente - Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Políticas Públicas para Mulher do Estado de São Paulo - Secretaria da Justiça e Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo.
- 8 Professor Titular da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Pró-Reitor de Graduação da Universidade de São Paulo.

A Portaria Interministerial MS/SeDH/SPM nº 1.426, de 14 de julho de 2004, aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências.

Considerando a necessidade de estabelecer normas, critérios e fluxos para adesão e operacionalização das diretrizes de implantação e implementação da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, composto em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas, é aprovada a Portaria do Ministério da Saúde/SAS nº 647, de 11 de novembro de 2008.

O movimento de mulheres no Brasil contribui e contribuiu trazendo temas para o desenvolvimento de Políticas Públicas para o planejamento familiar, aleitamento materno (2009) e leis de assistência a violência contra a mulher (2006 – lei Maria da Penha coíbe a violência física e doméstica).

As diretrizes da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM) em 2004 tiveram enfoque nos ciclos de vida e nas especificidades, considerando mulheres vulneráveis as adolescentes e também: negras e rurais, baixa renda e baixo nível educacional, mulheres que vivem com HIV e outras, doenças transmissíveis e/ou crônicas, usuárias de drogas, portadoras de deficiência física e mental, entre outras populações (indígenas, homossexuais, moradoras de rua, privadas de liberdade).

O Conceito de vulnerabilidade na saúde:

“(...) considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, (...) coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos”. (Ayres, 2003).

A transitoriedade da adolescência e, portanto, passível de sofrer influências de ações de prevenção, e promoção de saúde devem ser garantidas e previstas nas políticas públicas. As políticas públicas na saúde para os adolescentes trazem os direitos e a segurança na assistência. Mesmo assim, os profissionais de saúde e os adolescentes enfrentam questões de não direito nos contextos institucional, individual e social.

Exemplos de não direito na assistência ao adolescente encontram-se:

- Na não privacidade, confiabilidade e sigilo profissional no atendimento.

- No não direito ao planejamento reprodutivo por idade.
- Na não garantia legal à gestante estudante.
- Na não oferta de anticoncepção de emergência em qualquer etapa da vida reprodutiva e acesso irrestrito ao uso de preservativo.

Sabe-se que o Código de Ética Médica, em seu artigo 74, estabelece que é proibido “revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação ocasionar danos ao paciente”.

Ainda, a Lei 9.263/96, que regula o §7º. do art. 226 da Constituição Federal, trata do Planejamento Familiar, e não faz menção à faixa etária a que se dispõe. O artigo 1º reza que “o planejamento familiar é direito de todo cidadão” e somente restringe a participação de menores de 25 anos nas esterilizações.

A Lei Federal 6.202/75 atribui à gestante estudante a possibilidade de continuar os estudos em regime domiciliar após o oitavo mês e no período da licença-maternidade, sendo prorrogável mediante atestado médico.

A Resolução do CFM nº 1.811/2006 estabelece normas éticas de utilização da Anticoncepção de Emergência. Nas considerações sobre o uso por adolescentes, a resolução, em seu artigo 4º, afirma que a anticoncepção de emergência pode ser utilizada em qualquer etapa da vida reprodutiva e fase do ciclo menstrual, como forma de prevenção da gravidez.

Aspectos legais da violência sexual

Nas duas últimas décadas, houve grandes avanços na legislação e nas políticas internacionais e nacionais sobre a compreensão dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como Direitos Humanos, incluindo-se, também, os adolescentes e os jovens como sujeitos desses direitos.

Em 2009, a Lei número 12.015 modificou o código penal brasileiro, passando a tratar as situações de violência sexual como “crimes contra a dignidade sexual”. O estupro passa a ser definido como constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. O crime pode ser praticado mediante violência real (agressão) ou presumida (quando praticado contra menores de 14 anos, alienados mentais ou contra pessoas que não puderem oferecer resistência).

A nova lei adicionou um capítulo com a denominação “Dos Crimes Contra Vulnerável”. Nesse capítulo está prevista a figura penal do crime de Estupro de Vulnerável”, artigo 217-A, que consiste em “Ter conjun-

ção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”. Incorre no mesmo crime a prática sexual com pessoa de qualquer idade ou sexo que não possa oferecer resistência ou consentimento válido. Também estão previstos os crimes de “induzimento de menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem”, artigo 218, de “satisfação de lascívia mediante a presença de criança ou adolescente”, artigo 218-A, e de “favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável”, artigo 218-B.

Nas situações abaixo de 14 anos, mesmo que consentida, a relação sexual é considerada estupro de vulnerável, não necessitando haver violência nem constrangimento para esse ato. Outro aspecto importante da lei é que, embora respeite o direito à representação da ação judicial contra o agressor em maiores de 18 anos, em situações de estupro de vulnerável, a representação é incondicionada, mesmo que contra vontade dos responsáveis legais.

A Lei 12.845, de 2013, obriga os hospitais do Sistema Único de Saúde a prestar atendimento emergencial às vítimas de violência sexual, incluindo o diagnóstico e tratamento de lesões e a realização de exames para detectar gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. Essa lei traz as diretrizes na assistência à saúde de vítimas de violência sexual e portanto também do adolescente:

- Art. 1º: Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar.
- Art. 2º: Considera-se violência sexual, para os efeitos dessa Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.
- Art. 3º: O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:
 - III – facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas

Lembrar da importância de desmistificar a notificação e facilitar o fluxo de encaminhamento nas unidades básicas de saúde e serviços de saúde de assistência às vítimas de violência sexual e também no caso dos adolescentes.

No Brasil, desde 2001, o Ministério da Saúde institucionalizou a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes, atendidos no Sistema Único de Saúde, através da Portaria nº 1.968 – MS/GM de 25/10/2001. Esta apoia-se no Art. 87, inciso II, da Constituição Federal; no Capítulo I, do Título II da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Em casos de suspeita ou confirmação de violência sexual contra crianças e adolescentes, em serviço de saúde,

públicos ou privados, a notificação compulsória é obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade).

Aspectos legais da saúde sexual e reprodutiva

A lei do Planejamento familiar (nº 9.263/96) não adiciona a idade como fator de barreira para oferta de métodos contraceptivos. Ainda, os critérios de uso e não uso de métodos contraceptivos adotados pela OMS, 2015 – critérios de elegibilidade, não considera a faixa etária como contraindicação ao uso dos métodos contraceptivos. Ainda, o critério de recomendação médica do CDC “Centers of Disease Control and Prevention” para uso de métodos contraceptivos também não adiciona a idade.

No atendimento à saúde sexual e reprodutiva do adolescente há sempre a dúvida do profissional de saúde sobre a prescrição de métodos contraceptivos. Devemos lembrar que o ECA preserva como Direitos Fundamentais a privacidade, a preservação do sigilo e o “poder familiar” dos pais ou responsáveis legais como não sendo um direito absoluto.

A controvérsia está na idade abaixo de 14 anos, onde no Brasil a idade de consentimento para relação sexual não caracterizando estupro está acima de 15 anos. Ainda, não há menção no ECA sobre aspectos legais e penais.

O recomendado pelas sociedades de especialistas como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia) é que a “prescrição de métodos anticoncepcionais deverá levar em conta a solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, independentemente da idade. A prescrição de métodos anticoncepcionais para adolescente menor de 14 anos, desde que respeitados os critérios acima, não constitui ato ilícito por parte do médico. Na atenção a menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir, frente ao conhecimento que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir da informação da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário médico”.

Devemos ainda ressaltar que o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia em 2012 e a Sociedade Americana de Pediatria em 2014 recomendaram o uso de métodos contraceptivos e enfatizaram os de longa ação como prioridade na prevenção de gestação na adolescência como forma de redução de danos e consequências à saúde pública.

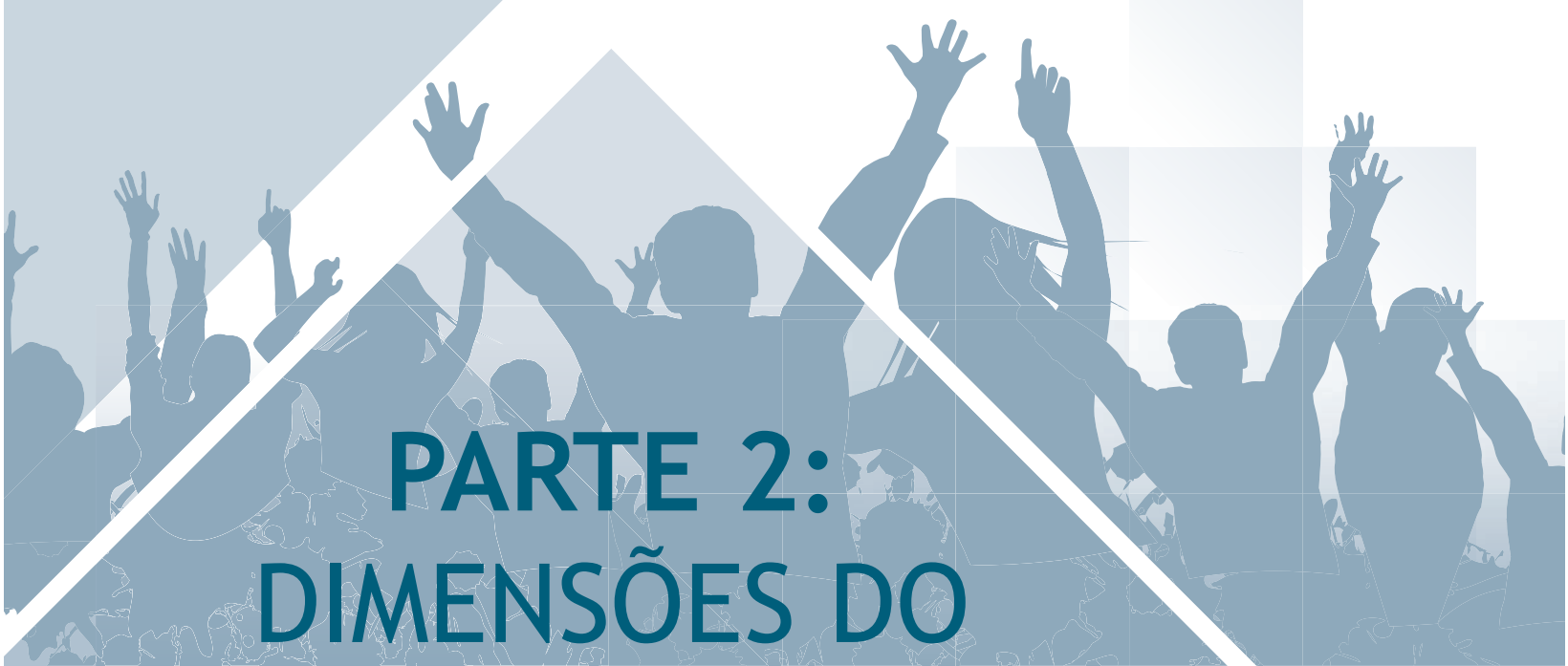
Assim, alguns centros de atendimento à saúde do adolescente têm adotado o uso do termo de consentimento livre e esclarecido para maiores de 15 anos e o

termo de assentimento para adolescentes menores de 15 anos de idade para prescrição e uso de métodos contraceptivos, principalmente aqueles considerados de longa

ação (dispositivos intrauterino de cobre, sistema intrauterino liberador de levonorgestrel e implante subdérmico de etonogestrel).

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social (1993). Lei 8742/93. Legislação suplementar/Ministério da Assistência Social; 3. ed. Brasília: 2003.
- BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação (1996). Lei nº 9.394/96. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1998.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1968/GM, publicada em 25 de outubro de 2001. Publicada no Diário Oficial da União nº 206.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, v. 3, p. 117-140, 2003.
- BEZERRA, I. M. P.; Sorpreso, I. C. E. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 26, p. 11, 2016.
- CURTIS, K. M. U. S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR. Recommendations and Reports*, v. 65, 2016.
- AZEKA, E JATENE, MB JATENE, IB HOROWITZ, ESK BRANCO, KC SOUZA NETO, JD MIURA, N MATTOS, S AFIUNE, JY TANAKA, AC SANTOS, CCL GUIMARÃES, ICB MANSO, PH PELLIZARI, RCRS SANTOS, MVC THOMAZ, AM CRISTOFANI, LM RIBEIRO, ACL KULIKOWSKI, LD SAMPAIO, MC PEREIRA, AC SOARES, AM SOARES JUNIOR, J OH, GHY MOREIRA, V, *et al.*; I Diretriz de Insuficiência Cardíaca (IC) e Transplante Cardíaco, no Feto, na Criança e em Adultos com Cardiopatia Congênita, da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia (Impresso)*, v. 103, p. 14, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.
- Committee on Gynecologic Practice Long-Acting Reversible Contraception Working Group. Committee Opinion No. 642: Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2015; 126(4): e44-8.
- World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO 2015. Accessed on 10 October 2016 from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/>.
- Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539: adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2012; 120(4): 983-8.
- OTT, M. A.; GINA, S. S. Contraception for adolescents. *Pediatrics*, v. 134, n. 4, p. 1257-1281, 2014.

The background features a large, light blue silhouette of a crowd of people with their arms raised, set against a white background. This silhouette is partially overlaid by a large, dark blue, downward-pointing arrow shape. The overall design is modern and uses a monochromatic blue color palette.

PARTE 2: DIMENSÕES DO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE



Fundamentos éticos para o atendimento aos adolescentes

7

Maria Ignez Saito¹

A adolescência é reconhecida como o período de transição entre a infância e a idade adulta caracterizando-se por grandes transformações, vulnerabilidade e risco, impondo-se para o exercício da atenção integral à saúde a prevenção que é realizada, por excelência, pela rede básica¹ de saúde.

Assim, reconhecendo-se a importância dos profissionais da atenção primária, elaboramos um modelo de atendimento, que pudesse servir ao mesmo tempo de reflexão e ajuda para a solução de questões do dia a dia, que envolvem os valores dos profissionais, seus temores, mas principalmente os princípios de respeito à autonomia que norteiam o atendimento de adolescentes.

Começamos por transcrever a proposta de trabalho da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do HC-USP, pioneira no atendimento dessa faixa etária (1974), proposta essa que se difundiu por todo o território nacional com reconhecimento das equipes de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde.

Proposta de Trabalho do Instituto da Criança (1977)^{2,3}

- Oferecer atenção integral ao cliente adolescente considerado como um todo indivisível, biopsicossocial, não fragmentado em patologias ou órgãos.
- Considerar como enfoque principal a promoção de saúde e a prevenção de agravos em qualquer nível de atuação primário, secundário, terciário.
- Ter conhecimento das singularidades dessa faixa etária, o que norteará todo tipo de abordagem realizada dentro de rigorosos princípios éticos.

A participação responsável dos adolescentes é primordial

É importante reconhecer que esse atendimento se baseia principalmente em três pilares³, envolvendo aspectos afetivos, preventivos e éticos. Deve ser salientado que esses aspectos permanecem indelevelmente ligados, pois

se os adolescentes não são ouvidos ou respeitados, não se sustentará a ética, sem a qual muito da prevenção não poderá ser realizada.

1. Aspectos Afetivos

- Confiar nos adolescentes
- Respeitá-los
- Saber acolhê-los e ouvi-los
- Ter conhecimento sobre eles
- Estar isento de preconceitos e estereótipos

É importante lembrar que a acolhida de um adolescente se inicia por profissionais integrantes das portarias/recepções dos serviços da rede pública de saúde. O adolescente que chega acompanhado ou desacompanhado deve sentir-se acolhido, sendo indesejáveis comentários, por exemplo, sobre ser gestante em idade tão precoce, usar tatuagens ou *piercings* e principalmente sobre o fato de estar desacompanhado, o que jamais invalida seu comparecimento às Unidades de Saúde.

Deve-se ter presente que são considerados adolescentes, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), aqueles indivíduos entre 10 e 20 anos incompletos e, embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considere as idades de 12 a 18 anos, as observações acima são válidas para adolescentes de 10 a 12 anos. Para estes, mesmo que a consulta não possa ser realizada na íntegra por falta dos pais ou responsáveis, deverá haver uma sólida acolhida, uma escuta de seus problemas, aproveitando-se a oportunidade para solicitar a caderneta de vacinas e oferecer a Caderneta de Saúde do Adolescente, já com algumas explicações.

2. Aspectos Preventivos

- Atenção primária – ações básicas de saúde, com mudança de comportamento e, portanto, do risco.
- Atenção secundária – diminuição da probabilidade de agravos; tratamento de doenças de menor complexidade.
- Atenção terciária – evitar a morte e as sequelas relevantes.

¹ Professora Livre Docente pelo Departamento de Pediatria da FMUSP. Membro da Comissão Científica do Programa de Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Consultora técnica – Laboratório de Inovação – Área de Saúde do Adolescente e do jovem MS/OPAS.

3. Aspectos Éticos

Baseados no respeito à autonomia, privacidade e confidencialidade.^{4,5,6}

A PRIVACIDADE é o direito que o adolescente possui independentemente da idade de ser atendido sozinho, em um espaço privado de consulta:

- Mantida também durante o exame físico.
- Não é sinônimo de escondido, e sim de crescimento e responsabilidade.

Não será mantida quando o adolescente:

- É incapaz de informar (déficit intelectual, usuário de drogas, outros).
- Solicita a permanência dos pais.
- Em caso de história envolvendo qualquer tipo de violência, inclusive sexual, deverá ser mantido na sala outro profissional da equipe.

A CONFIDENCIALIDADE é definida como um acordo entre o profissional de saúde e o cliente, no qual as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista não podem ser repassadas a seus pais e ou responsáveis sem a permissão explícita do adolescente. Apoiar-se em regras da bioética médica através de princípios morais e de autonomia, como explicitado no Código de Ética Médica. Deve ser respeitada por todos os demais profissionais da equipe de saúde, inclusive pelos agentes comunitários.

Código de Ética Médica (Publicado no D.O.U. de 26/01/83)⁷

Capítulo IX – Segredo Médico

- Artigo 74 – É vedado ao médico:
 - Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.
- Artigo 78 – Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados.

A observação dos princípios éticos de Privacidade e Confidencialidade permite a realização da prevenção, favorecendo as intervenções nas seguintes situações:

- Abordagem preventiva ligada ao exercício da sexualidade, ao uso de drogas, às doenças sexualmente transmissíveis.
- Denúncia de maus-tratos, abuso sexual, negligência e todas as formas de violência a que são

submetidos os adolescentes, denúncia essa que jamais poderia se efetivar na presença do agressor ou de pessoas coniventes com a agressão.

- Aceitação das questões de identidade, como homossexualidade, com abolição do preconceito e apoio junto aos familiares (1973: homossexualismo não é mais considerado transtorno mental; 1986: removido do DSM-III).

A manutenção do sigilo da equipe de saúde está subordinada diretamente aos Códigos de Ética dos profissionais da equipe de saúde, mas o adolescente deverá ser avisado que esse sigilo poderá ser quebrado em determinadas situações que poderão, inclusive, aparecer no decorrer do atendimento como, por exemplo, uso de drogas em situação de drogadição, ideação suicida, recusa de medicação, entre outros. Em caso de necessidade de quebra de sigilo, o adolescente sempre deverá ser previamente comunicado, não sendo, porém, necessária sua anuência.

Assim o sigilo

Não será mantido frente a:	Será mantido frente a:
Gravidez*	Atividade Sexual
Hiv**/aids	DST
Drogadição	Experimentação de drogas
Recusa a uso de medicamento	
Tendência suicida	
Tendência homicida	
Risco eminente como pichação, participação em roubos, assalto, tráfico de drogas	

* Pode-se, a pedido da adolescente, ser dado um prazo para que ela mesma comunique o fato à família. Em caso de perspectiva de aborto, a família deve ser imediatamente comunicada pelo risco do aborto ilegal.

** O diagnóstico de HIV, por suas implicações, deverá ser dado ao adolescente acompanhado por um adulto de sua preferência.

Aspectos legais

Sempre que se fala em privacidade e em confidencialidade se fala em ética, mas não em lei. A dicotomia existente entre ética e lei foi extremamente diminuída a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069 de 13 de julho de 1990)⁸

- Artigo 3º
 - A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana devendo lhes ser assegurado por lei ou outros meios todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

- Artigo 17
 - O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.
- Em relação à violência de que se venha a ter conhecimento é importante lembrar o artigo 245:
- Artigo 245
 - Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente:
- Pena – Multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

“O ECA estabelece claramente a prioridade dos cuidados de saúde para adolescentes, o direito à autonomia e proteção absoluta da vida e da saúde, a fim de permitir seu desenvolvimento saudável e harmonioso. Em nenhum momento, o ECA tem condicionado o acesso de adolescentes a esses serviços ou direitos, através do consentimento dos pais ou responsáveis; ao contrário, garante que toda criança ou adolescente deverá ser ouvido e ter seus pontos de vista levados em conta quando decidir sobre fatos relacionados à sua vida interior.”

Um aspecto muito importante do atendimento de adolescentes está relacionado às questões do exercício da sexualidade⁶

Primeiramente é relevante lembrar que sexualidade não é sinônimo de ato sexual, fazendo parte do desenvolvimento da personalidade. Ainda, deve se ter em mente que diferente da droga, ou da violência, exercício da sexualidade é direito e não contravenção. E, por último, ter em mente que esse mesmo exercício, se inconsequente, pode acarretar danos ao projeto de vida, à própria vida (por exemplo, o aborto ilegal que pode levar à morte), tendo consequências não só na adolescência, como na adultícia e até mesmo na geração seguinte, como no caso da gravidez indesejada, das DST, principalmente HIV e HPV.

O exercício de sexualidade na adolescência requer continuamente o uso das propostas de prevenção, que ultrapassam o uso dos anticoncepcionais, devendo fazer parte de políticas públicas amplas e atualizadas. Tanto o direito como a prevenção encontram eco em documentos conhecidos que podem ajudar a decisão dos profissionais de saúde. Entre eles destaca-se a Conferência da Organização das Nações Unidas (ONU), conhecida como Cairo +5, que se segue a seguir:

Conferência da ONU (Cairo + 5 anos)^{2,4}

“Em 1999 a ONU realizou um processo de revisão do programa (CAIRO +5) avançando nos direitos dos jovens. Na revisão do documento deixou de ser incluído o direito dos pais em todas as referências aos adolescentes garantindo os direitos dos adolescentes à privacidade, sigilo, ao consentimento informado, à educação sexual, inclusive no currículo escolar, à informação e assistência à saúde reprodutiva”.

Cabe salientar que quando um país é signatário de determinada conferência, essa passa a ser respeitada dentro dos aspectos legais desse país, como no caso do Brasil frente à referida conferência.

Dentro dos aspectos legais não pode deixar de ser citada a Lei nº 9.263/1996 – Planejamento Familiar – regula um conjunto de ações para a saúde sexual e reprodutiva.

Não trata essa lei expressamente de adolescentes, o que não constitui uma barreira para seu acesso aos serviços de saúde. As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) obrigam-se a garantir, em toda a rede de serviços, programa de atenção integral a saúde em todos os ciclos vitais que incluem entre outras:

- assistência a contracepção.
- atendimento pré-natal, assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato.
- controle das DSTs.
- controle e prevenção do câncer cervicouterino, de mama e de pênis.

Ainda dentro das assertivas legais salienta-se:

- Declaração dos Direitos Sexuais (maio de 2001).
- Marco Legal – Ministério da Saúde (MS) – Saúde um direito de adolescentes; Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF – 2005.

Como ainda existissem temores, preconceitos e tabus em relação à proposta de anticoncepção na adolescência, por parte dos profissionais de saúde de uma maneira geral, em 2002 foi realizado pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança o “Fórum Adolescência, Contracepção e Ética”, que contou com a presença de profissionais de saúde de vários setores da rede pública e privada, envolvendo as Universidades, o Ministério da Saúde, a área da Justiça, Comissões de Bioética, entre outros e que teve como conclusão principal^{9, 10}

“O adolescente tem direito à educação sexual, ao acesso de informação sobre contracepção, à confidencialidade e sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais, respeitadas as ressalvas do Art. 74, Código de Ética Médica. O profissional que assim se conduz não

*fere nenhum preceito ético não devendo temer nenhuma penalidade legal.*⁹

As conclusões desse fórum serviram de subsídio para elaboração do Marco Legal do MS constando também das diretrizes do Manual da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e da Sociedade Brasileira de Pediatria.¹⁰

Aspecto de suma importância discutido no Fórum foi a anticoncepção para adolescentes abaixo de 14 anos, frente a legislação então vigente. A conclusão dessa discussão segue aqui enunciada^{6,9}: “Em relação ao temor da prescrição de anticoncepcionais para menores de 14 anos (violência presumida de estupro) a presunção de estupro deixa de existir, frente à informação que o profissional possui de sua não ocorrência, devendo ser consideradas todas as medidas cabíveis para melhor proteção da saúde do adolescente (ECA), o que retira qualquer possibilidade de penalidade legal.”^{2,6,9,10}

A nova Lei nº 12.015/2009 trouxe profundas modificações no Título VI da parte especial do Código Penal, observando-se maior preocupação com a dignidade da pessoa humana e com o combate às diversas espécies de violência sexual. Com o advento dessa lei a expressão presunção de violência deu lugar ao termo vulnerável; em tese, pessoas que não possuem condições de consentir de forma válida com a prática sexual, seja ela a conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso. São considerados vulneráveis menores de 14 anos, os enfermos ou deficientes mentais, e aqueles que, por outra causa, não puderem oferecer resistência.¹¹

Não obstante a lei ter elencado os sujeitos passivos do crime, é de suma importância conceituar adequadamente o termo *vulnerabilidade*.¹¹

Nesse sentido, a antiga discussão acerca da presunção de violência, se absoluta ou relativa, travada especialmente no campo da idade, não foi de todo afastada.¹¹

Vale à pena considerar que as discussões continuam, não só na área da Saúde como também no campo da própria jurisprudência, envolvendo opiniões contraditórias, pois deve ser considerado que^{6,9,11}:

- Não existe qualquer parâmetro justificativo para a escolha de tal idade (14 anos)
- A Lei atual, tal como a anterior, mostra-se em total dissonância com o que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelecendo equivocadamente a idade de 14 anos para a iniciação sexual, enquanto que pelo Estatuto já se pode punir um adolescente de 12 anos por ato infracional.

- Não devemos nos esquecer da relevância de uma acusação indevida de estupro, lembrando que é crime hediondo que não prescreve e acompanha o indivíduo por toda a vida. Frente a relações absolutamente consentidas, correríamos o risco, sem análise mais profunda, de tornar criminoso um inocente que apenas praticou um ato libidinoso com a namorada.

É de suma importância analisar indivíduos de 10 a 12 anos, não considerados adolescentes pelo ECA, extremamente vulneráveis a situações, inclusive, de sedução. A anticoncepção, que deverá ser realizada para evitar a gravidez, não deveria implicar qualquer punição ao profissional que a prescrevesse, mas o sigilo pode ser quebrado e a família comunicada em conformidade com o Código de Ética Médica.

Assim, frente a grande discussão em relação à anticoncepção abaixo de 14 anos, o que se espera é que suas conclusões levem em conta todo percurso trilhado e resultados obtidos em prol não só dos adolescentes, mas da dignidade e cidadania humanas.

Como a contracepção de emergência continuasse a apresentar grandes dificuldades na sua prescrição por ainda ser confundida com proposta abortiva, em 2005 foi realizado novo Fórum pela mesma unidade do Instituto da Criança. A principal aquisição desse Fórum foi a Resolução do Conselho Federal de Medicina (nº 12 de 17/01/2007), que devolveu ao médico, ou melhor dizendo, à área de saúde o direito de prescrever e ter em seus serviços de atenção primária o contraceptivo de emergência, o que contribuiu certamente para a diminuição da gravidez na adolescência.^{12,13,14,15,16,17.}

Edição número 12 de 17/01/2007

Conselho Federal de Medicina

Entidade de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO Nº 1.811, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2006

Art. 1º Aceitar a Anticoncepção de Emergência como método alternativo para a prevenção da gravidez, por não provocar danos nem interrupção da mesma.

Art. 2º Cabe ao médico a responsabilidade pela prescrição da Anticoncepção de Emergência como medida de prevenção, visando interferir no impacto negativo da gravidez não planejada e suas consequências na Saúde Pública, particularmente na saúde reprodutiva.

Art. 3º Para a prática da Anticoncepção de Emergência poderão ser utilizados os métodos atualmente em uso ou que porventura sejam desenvolvidos, aceitos pela comunidade científica e que obedeçam à legislação brasileira, ou seja, que não sejam abortivos.

Art. 4º A Anticoncepção de Emergência pode ser utilizada em todas as etapas da vida reprodutiva.

Art. 5º Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 6º Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Atualmente, a contracepção de longa duração ganha novas perspectivas de uso e discussão. Assim os dispositivos intrauterino (DIU), que anteriormente possuíam contraindicações relacionadas à nuliparidade, múltiplos parceiros e infecções do trato genital inferior, atualmente apresentam-se como métodos de utilização cada vez mais frequente em adolescentes, representados pelo dispositivo intrauterino de cobre (DIU de Cobre) e pelo sistema intrauterino de levonorgestrel (Mirena), conhecido como endocepção, contraceptivos esses muito eficazes, mas que não protegem contra DST. Evidentemente, o uso desse tipo de anticoncepção requer procedimento invasivo impondo-se a seguinte reflexão ética: procedimentos invasivos não podem ser executados sem o aval dos pais de paciente menor de idade, o que levaria a quebra de sigilo para a sua realização.

Devem ser também lembrados os implantes subdérmicos, usados sem restrição em pacientes usuárias de droga (incapazes de realizar anticoncepção correta) e naquelas que já tiveram uma gestação (pois não haveria sentido em manter sigilo sobre sua atividade sexual). Existem restrições para uso em primeira escolha não só pela mesma discussão sobre procedimento já referido, como também pelo fato de se retirar *a priori* qualquer responsabilidade da adolescente por sua anticoncepção. Outro inconveniente é, além do preço elevado, a falta de proteção contra DST.

Outros aspectos devem ser lembrados como direito dos adolescentes como, por exemplo, àquele vinculado a vacinação contra HPV. Parte-se da premissa que as vacinas constituem o maior avanço da medicina prevenindo inclusive epidemias, sendo permitido aos adolescentes recebê-las mesmo desacompanhados. Ressalte-se que essa vacina é absolutamente segura, confirmando essa afirmação os seguintes órgãos:

- Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Centro de Contro-

le e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), a Agência Europeia de Medicamentos (EMA), Food and Drug Administration (FDA), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Ministério da Saúde (MS) no Brasil, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Em relação à vacina quadrivalente recombinante 6, 11, 16, 18 pode-se concluir:

- Alta eficácia na prevenção de câncer cervical, vulvar, vaginal e outras doenças ano-genitais causadas pelos tipos 6, 11, 16 e 18.
- Substancial redução de CIN 2/3 e AIS comparada ao uso de placebo.
- Imunogenicidade comprovada em adolescentes e jovens de ambos os sexos e mulheres adultas.
- Evidência de resposta anamnética.
- Segurança.
- Boa tolerância.
- Boa aceitação.
- Efeitos colaterais locais e apenas febre como efeito adverso sistêmico.

Será que pais, educadores e profissionais da saúde estarão preparados, no futuro, para responder a indagação de indivíduos portadores de câncer e verrugas relacionadas ao HPV:

- Existia a vacina?
- E por que eu não tomei?

Para finalizar, devemos considerar que:

- A cidadania é construída a partir do resgate e ou fortalecimento do indivíduo através do processo social, que envolve respeito e compromisso ético em relação ao ser humano, sendo que, muitas vezes, adolescentes têm como uma das principais referências éticas aquelas por eles vivenciadas na área da Saúde.

Referências

1. Saito MI. Atenção Integral à Saúde do Adolescente. In Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 3a ed. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 209-15.
2. Saito MI, Colli AS, Leal MM. Unidade de Adolescentes – Instituto da Crianças do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. In Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 13-28.
3. Saito MI, Leal MM. A Consulta do Adolescente. In Pediatria em Consultório. Sucupira ACSL, Kobinger MEB, Saito MI, Bourrol MLM, Zuccolotto SMC. 5ª ed. São Paulo, Savier, 2010 p 925-30.
4. Saito MI, Adolescência, sexualidade e educação sexual. Rev Pediatría Moderna – Edição Especial 2001; 36: 03.
5. Marco Legal – Saúde, um Direito dos Adolescentes – Ministério da Saúde, 2005.
6. Saito MI. A consulta do Adolescente – Direitos Sexuais e Reprodutivos in: Adolescência e Sexualidade, Visão Atual. Séries Atualizações Pediátricas SPSP. Ed. Saito MI, Vitale MSS, Landi CA, Ercowitz A. Ed Atheneu. São Paulo, 2016.
7. Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931 de 17 de setembro de 2009).

8. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.
9. Saito MI, Leal MM. O exercício da sexualidade na adolescência: a contracepção em questão. *Pediatria (São Paulo)* 2003; 25: 36-42.
10. Sociedade Brasileira de Pediatria & Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Adolescência Anticoncepção e Ética – Diretrizes. *J Pediat* 2004; 80(1).
11. Guilherme Nucci *et al.* O crime de estupro sob o prisma da Lei nº 12.015/09 <<http://www.guilhermenucci.com.br/artigo/o-crime-de-estupro-sob-o-prisma-da-lei-12-01509>>.
12. Saito MI, Leal MM. Adolescência e Contracepção de Emergência: Fórum 2005. *Rev Paul Pediatria* 2007; 25(2): 180-6
13. Resolução nº 1.811, do Conselho Federal de Medicina. Diário Oficial da União, 14 de dezembro de 2006.
14. Figueiredo R. Contracepção de Emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. *Rev Saúde Sexual e Reprodutiva*, setembro 2004. Disponível em: <<http://www.aads.org.br/revista/set04.html#seis>>.
15. Free C, Lee RM, Ogden J. Young women's account's of factors influencing their use and non-use of emergency contraception: in-depth interview study. *BMJ* 2002; 325: 1393-7.
16. Irwin CE. Emergency contraception for adolescents: the time to act is now. *J Adolesc Health* 2004; 35: 257-58.
17. Pollack JS, Daley AM. Improve adolescent's access to emergency contraception. *Nurse Pract* 2003; 28: 11-23.

Adolescentes e Jovens na Atenção Primária à Saúde*

8

Mariana Arantes Nasserⁱ, Luciana Nogueira Fioroniⁱⁱ e José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayresⁱⁱⁱ

Um expressivo contingente de adolescentes brasileiros procura diariamente serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), de caráter não especializado, seja em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de formato tradicional, seja nas Unidades de Saúde da Família (USF). É aí que acontece efetivamente a massa dos atendimentos a esse segmento populacional no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS). Vale lembrar que mesmo os adolescentes que não demandam ativamente assistência médica constituem população de grande relevância para as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, tão necessárias aos compromissos de qualquer sistema de saúde. Isso significa dizer que, não obstante a importância dos serviços de especialidade e de referência em hebiatria, torna-se indispensável pensar a atenção à saúde de adolescentes no âmbito da atenção primária². Profissionais da medicina, hebiatras e não hebiatras, da enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, serviço social, entre outros, devem estar preparados para acolher e responder adequadamente a esta importante demanda à APS.

O cuidado em saúde a adolescentes e jovens é um desafio, pois apresentam necessidades de saúde e vida complexas, de difícil identificação pelos serviços de saúde, já que, em geral, os modelos de oferta de ações de saúde estão excessivamente centrados em equipamentos de saúde e em diagnósticos e terapêuticas de caráter estritamente biomédico. Neste contexto, os adolescentes e jovens que buscam cuidados na APS tensionam a oferta em saúde das equipes, pois requerem efetivamente um cuidado integral, interdisciplinar e, de preferência, intersetorial.

A APS e o cuidado à saúde de adolescentes

Serviços de APS podem ser definidos como espaço de operação e integração de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde de indivíduos, famílias e comunidades em uma

dada região, consistindo na primeira alternativa de atendimento ao usuário, responsável por resolver suas necessidades básicas de saúde. Eles constituem, portanto, a porta de entrada para o sistema e também têm o papel de coordenação do cuidado em seus diferentes níveis³. A APS tem como princípios a universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social^{3,4}.

O lugar privilegiado da APS em um sistema de atenção à saúde decorre de sua proximidade ao território onde vivem os usuários da UBS ou USF. Entende-se aqui “território” como um espaço geopolítico⁵, lugar onde se concretizam as condições materiais de vida das pessoas, bem como suas experiências culturais, interações cotidianas e redes de sociabilidade; onde se constroem projetos pessoais e compartilhados de felicidade que, em última análise, devem ser a referência das práticas de cuidado^{1,6}. Essa perspectiva favorece não apenas a identificação de elementos produtores dos processos de saúde e doença dos sujeitos que vivem no território, como também a interação entre usuários e equipe e a articulação com outros equipamentos sociais⁵. São aí desenvolvidas práticas de grande complexidade, relativas não apenas aos processos fisiopatológicos do adoecimento, como também às situações com as quais a APS deve lidar cotidianamente e que implicam o manejo de aspectos sociais, culturais e econômicos, diretamente relacionados às demandas de saúde^{1,6}.

Quando falamos em adolescentes, essas últimas considerações são particularmente importantes, porque, ainda que em alguns momentos eles possam experimentar adoecimentos, até mesmo crônicos, essas condições não são as mais prevalentes. Os adolescentes demandam aos serviços, em particular, apoio para seu desenvolvimento físico e psicossocial, assim como suportes de diversas ordens para a construção de sua identidade e

* Uma primeira elaboração das questões tratadas neste capítulo foi publicada em Nasser MA, Fioroni LN, Ayres JRCM, 2015¹. A presente versão foi revisada e ampliada no sentido de melhor atender ao escopo desta obra.

i Médica sanitária, Doutora em Medicina Preventiva, coordenadora do Programa de Atenção à Saúde na Adolescência do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

ii Psicóloga Social, Professora Doutora Associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

iii Médico sanitária, Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

relações como sujeito social e cidadão. Por isso, e para isso, a proximidade com uma APS de qualidade, sensível e vinculada próxima ao seu cotidiano e à sua realidade social é fundamental para a saúde dos adolescentes^{1,2,6}.

A produção de cuidado em saúde é sempre relacional, isto é, consiste de um processo de interação entre os profissionais e os sujeitos alvo do cuidado. Este aspecto relacional e processual revela o caráter multidimensional e não linear das práticas de saúde. Especialmente entre adolescentes, esta concepção de cuidado precisa ser valorizada e fortalecida, pois a experiência contemporânea do adolescer em nossa cultura tem entre seus traços marcantes a relevância dos vínculos interpessoais, o que acompanha a valorização do sentimento de grupo, ao mesmo tempo em que vivem a necessidade de singularizar-se e a construção ambivalente de autonomia frente à família de origem. Estes aspectos apontam para a importância dos serviços de APS estarem sensíveis às especificidades do trabalho com esse grupo etário, suas famílias e outras instituições que podem compor uma rede intersetorial de atenção, necessária para promover e proteger seus direitos.

O direito de adolescentes à saúde é assegurado por documentos locais, nacionais e internacionais, que fazem menção aos serviços necessários, às características do sistema, e aos princípios para seu atendimento⁷⁻¹¹. A história desses serviços também pode ser tomada como testemunho da construção do direito à saúde de adolescentes e das tensões encontradas na sua efetivação, além de denotarem a constituição de um campo específico de saberes e práticas – a atenção integral à saúde de adolescentes¹². Nesse campo, interagem dois tipos distintos e indissociáveis de saberes aplicados à saúde: a clínica, centrada no indivíduo, e a saúde coletiva, focada na dimensão populacional¹². A integração entre essas duas dimensões é fundamental para o trabalho da APS.

Considerando os desafios colocados por essa complexa interface entre APS e atenção integral à saúde de adolescentes⁶, destacam-se como elementos nucleares na atenção ao adolescente em toda UBS ou USF: a investigação das necessidades de adolescentes do território; o desenho específico de atividades voltadas para esse grupo; o desenvolvimento de tecnologias materiais e relacionais adequadas a elas; o incentivo à participação de adolescentes nos rumos de seu próprio cuidado e de sua comunidade. Vulnerabilidade e integralidade são dois conceitos estratégicos nesse processo.

As necessidades de saúde de adolescentes e suas vulnerabilidades:

Adolescentes, familiares e cuidadores buscam a Unidade de Saúde por alguns motivos principais: preo-

cupações com o corpo, relacionadas com a autoimagem ou com representações sociais; dúvidas sobre seu estágio de desenvolvimento puberal; dificuldades para enxergar, ouvir ou falar; dúvidas sobre como cuidar do próprio corpo e da saúde; queixas clínicas (como acne, dismenorrea, cefaleia, entre outras); demanda própria ou de seus familiares por avaliações de saúde periódicas; doenças crônicas, como diabetes e hipotireoidismo; descobertas da adolescência (o primeiro beijo, as primeiras responsabilidades); influências de questões do cotidiano para a saúde (as vivências na escola, no trabalho, as relações com a família, o namoro, as dúvidas sobre sexualidade); percepções sobre as drogas (lícitas e ilícitas); exposição a situações de violência (física ou psicológica) ou humilhação; planos para o futuro¹³.

Para identificar as necessidades que estão subjacentes a esses motivos, é importante que, no encontro entre adolescentes, familiares/cuidadores e equipes sejam adotados dispositivos para a escuta efetiva (qualificada) e o diálogo, de modo a reconhecer as singularidades e dimensões sociais e culturais, para favorecer a construção de respostas adequadas.

Por escuta efetiva, entende-se ter disponibilidade em perceber o outro, interessar-se por sua narrativa, também fazer uma escuta atenta e diferenciada relativa às questões trazidas pelos adolescentes e familiares/cuidadores visando a propostas de atividades e ações em saúde que façam sentido. Tecnologias comunicacionais podem ser exercitadas e desenvolvidas pelos profissionais da equipe da APS e, para tanto, é interessante lançar mão de materiais para a educação permanente da equipe. Sugerimos a consulta à publicação de Ayres *et al.* (2012)¹⁴, que traz recursos conceituais e instrumentos práticos para o trabalho com adolescentes na APS e inclui a abordagem sobre o momento do encontro e dispositivos para sua potencialização:

Encontro, escuta e conversa podem produzir relações mais saudáveis, promovem a comunicação e a construção de redes. Não podemos esquecer que a natureza e a qualidade desse tipo de produção que não é material (um produto, um medicamento), mas imaterial (serviço, encontro), é um modo de afetar, movimentar e refazer os modos de pensar e agir em saúde. E também são formas de cuidado. (Ayres *et al.*, 2012¹⁴, p.37).

De outro lado, o olhar da saúde coletiva sobre o território favorece a identificação de fatores de risco e vulnerabilidades, assim como o mapeamento de instituições da comunidade, com vistas a possíveis articulações nas ações de cuidado. Portanto, tomar os adolescentes como indivíduos pertencentes a um grupo social vinculado a um território, entendido no modo como descrito, con-

tribui para o conhecimento de suas necessidades bem como para a constituição de vínculos e intervenções mais adequadas e responsáveis.

Reconhecer vulnerabilidades, para além das demandas e necessidades clinicamente estabelecidas, além de articular o plano individual com o coletivo, remete ao horizonte dos direitos humanos – respeitados ou negados no cotidiano dos adolescentes, tornando-os mais ou menos vulneráveis a danos e adoecimentos. Com base neste horizonte é possível engajar as propostas de atendimento e programas de saúde na esfera mais abrangente da construção de respostas sociais voltadas para o bem-estar dos adolescentes e jovens de modo mais geral¹⁵. A vulnerabilidade pode ser compreendida e trabalhada a partir de três componentes inter-relacionados: individual, social e programático, que dizem respeito, respectivamente: 1) aos recursos de que cada sujeito dispõe no contexto concreto de suas experiências e relações cotidianas para promover e proteger sua saúde; 2) às condições de vida onde estão situados tais contextos, isto é, seu grupo familiar e social, os recursos da comunidade, as oportunidades de educação e de participação política, entre outras condições relacionadas à sua cidadania e aos direitos humanos; 3) à existência de ofertas institucionais de ações e insumos necessários para a proteção da saúde, requerendo iniciativas de organização do trabalho, avaliação, gerência, entre outras¹⁵.

Para perceber as situações de vulnerabilidade, é importante que os atendimentos não recaiam em fórmulas restritas a ouvir queixas e encaminhar condutas, mas que os encontros com os adolescentes e jovens sejam também oportunidades para apreender as vulnerabilidades do adolescente, as características de sua vida, seu grupo de amigos, família, da convivência comunitária e escolar, seus projetos de felicidade¹⁶. O objetivo de conhecer a interação entre esses pontos e facilitar a sua compreensão pelo próprio sujeito adolescente é contribuir para a construção de respostas individuais e sociais capazes de responder às diversas situações de vulnerabilidade. Para exemplificar como a consideração da vulnerabilidade pode permear encontros, sugere-se pensar uma entrevista clínica ou um acolhimento em que o profissional de saúde mude a forma de iniciar a conversa com um adolescente, e ao invés de perguntar o que ele tem ou qual o problema, utilize outras perguntas disparadoras, como: “O que eu poderia fazer para lhe ajudar?”, ou “O que podemos fazer juntos para cuidar do que lhe traz aqui?”. Ou ainda “como você tem vivido, ou enfrentado, ou buscado respostas para seu problema?”. Conversar sobre o cotidiano e sobre o contexto onde vive o adolescente também é uma forma de acessar suas vulnerabilidades.

Outro ponto importante da atuação do profissional de saúde na APS é que ele conheça alguns indicadores epidemiológicos e sociais do território de sua unidade, isso ajuda a contextualizar os diferentes perfis de pessoas que buscam o serviço.

A promoção da integralidade no cuidado de adolescentes

Se a APS reclama uma abordagem ampla da questão da saúde, a resposta das Unidades Básicas a esta ampliação também precisa ser diferenciada. É nesse sentido que se reforça a importância do princípio da integralidade na organização do cuidado neste âmbito em particular¹⁶. A Figura 1 apresenta esquema sobre o cuidado integral de adolescentes na APS¹.

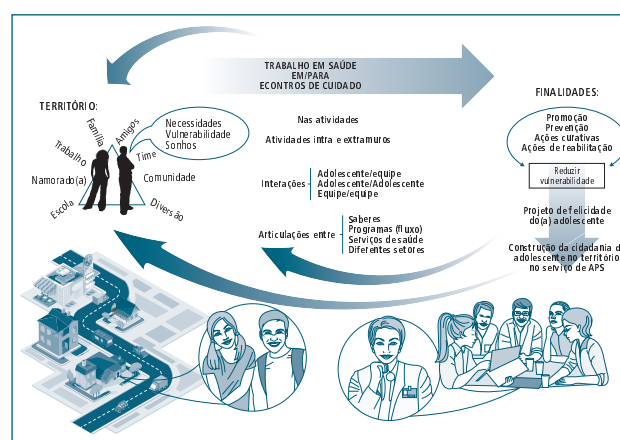


Figura 1. Esquema do cuidado integral de adolescentes na atenção primária.¹

A integralidade pode ser definida a partir de compromissos práticos que se distribuem por quatro eixos inter-relacionados: atenção às necessidades efetivas (qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas); diversificação e integração de diversas finalidades do trabalho em saúde (graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos, e recuperação da saúde/reinserção social); articulação de saberes e competências (interdisciplinaridade, intersetorialidade); enriquecimento das interações (comunicação efetiva entre as pessoas, na sua plena condição de sujeitos, no cotidiano das práticas de cuidado)^{1,6}.

A principal finalidade do cuidado de adolescentes na APS é contribuir para que eles possam trilhar os caminhos que desejam (como um horizonte sempre móvel a ultrapassar). Para tanto, é preciso trabalhar articuladamente a educação em saúde, a promoção da saúde, a prevenção de riscos, e a atenção aos adoecimentos (agudos

e crônicos). É útil lançar mão, portanto, de instrumentos para compreensão das necessidades dos adolescentes, dispondo de uma gama diversificada de atividades, com conteúdos que integrem e permitam realizar os objetivos do cuidado integral. Um atendimento motivado por uma queixa não deve se destinar unicamente a respostas por meio de ações curativas e de reabilitação. Vale aproveitar cada contato com o serviço, para abordar outros aspectos da vida do adolescente e fazer proposições ativas sobre medidas para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Por outro lado, é importante que existam espaços diversos de interação: por exemplo, os grupos de discussão e atividades compartilhadas; como também momentos de privacidade para o acolhimento de demandas individuais, específicas, e de maior intimidade. Cada encontro com o adolescente constitui uma oportunidade de trabalho, com o objetivo de apoiar seus caminhos. Visitas de profissionais da equipe aos domicílios, à comunidade e aos equipamentos sociais, como escolas, podem ser também exploradas.

É preciso construir articulações entre o programa ou a equipe de profissionais responsáveis pela atenção aos adolescentes, entre a UBS/USF e outros serviços de saúde, incluindo a atenção especializada e hospitalar; bem como o desenvolvimento de parcerias com outros tipos de serviços e setores, como a educação, a cultura, a assistência social. Tendo em vista a presença do serviço de APS no território, é também muito importante buscar parcerias com associações comunitárias e com grupos relacionados aos movimentos sociais atuantes nesse cenário, particularmente iniciativas estruturadas por adolescentes e jovens e que preservem suas respectivas vozes e interesses.

As interações entre os sujeitos envolvidos no cuidado constituem o delicado núcleo do trabalho em saúde, uma vez que é possível afirmar que este só se dá, efetivamente, através de um legítimo encontro entre sujeitos. Por isso, as interações entre adolescentes e seus pares, adolescentes e familiares / cuidadores, adolescentes e equipe de saúde, e entre profissionais da equipe não podem depen-

der exclusivamente da intenção de cada ator envolvido. As interações precisam ser propiciadas de modo técnico e institucional, isto é, com base em conhecimentos, dispositivos favorecedores e arranjos gerenciais.

Nesse sentido, é possível utilizar alguns arranjos e instrumentos propiciadores¹⁴, como entrevistas ou depoimentos que ultrapassem a lógica da anamnese formal e dos diagnósticos clínicos e possibilitem a emergência de narrativas de vida; modalidades de atendimento em grupo, buscando a interação entre os sujeitos adolescentes e a construção de conhecimentos, além da vivência lúdica de possibilidades de conduzir suas vidas com vistas à proteção de agravos e à busca de seus projetos pessoais; o trabalho em equipes multiprofissionais, com mobilização de diferentes conteúdos e habilidades, com compartilhamento de responsabilidades e apoio mútuo; o conhecimento e a construção de parcerias com outros serviços de saúde e de outros setores, para identificar possibilidades sinérgicas para o cuidado de adolescentes, favorecer a coordenação da atenção e permitir intercâmbios de saberes e recursos entre os profissionais e serviços; a adoção de mecanismos gerenciais democráticos, que contribuam para a potencialização da equipe; o estímulo e reconhecimento da participação de adolescentes em colegiados gestores e outros espaços para decisões que influenciem na sua saúde, como indivíduos e membros de uma comunidade.

Um exemplo de roteiro de entrevista¹³, voltado a produzir narrativas dos jovens sobre sua saúde e necessidades, pode ser visto na Figura 2.

Propostas de educação em saúde voltadas para o cuidado de adolescentes em serviços de APS podem conciliar a busca de finalidades como a promoção da saúde e prevenção de doenças a momentos de compartilhamento de experiências e planos, além de afeto e diversão, envolvendo adolescentes, familiares e profissionais de saúde. Como exemplo, apresentamos a atividade “Sonhos e planos de / para adolescentes para o ano novo”, metodologia que experimentamos no atendimento a adolescentes em UBS¹³:



Programa de Atenção à Saúde do Adolescente
“Vida e Cuidado com a Saúde”
 Equipe Multiprofissional

Nome: _____ Apelido: _____ Idade: _____
 Matrícula: _____ Data: _____
 Auto-preenchimento: sim não Por quê? _____

SAÚDE

Como está a sua saúde?
 () Ruim () Mais ou menos () Boa
 Por quê?

CORPO

Você se acha: _____ Você se acha: _____ Você se acha: _____
 Alt@ Magr@ Branc@
 Baix@ Gord@ Pret@
 Normal Normal Pard@
 Amarel@
 Indígen@

Você tem alguma dificuldade para:

- Enxergar
 Escutar
 Falar

O que você pensa sobre seu corpo?

Para você já veio a primeira....

♀ menstruação

♂ ejaculação

Não Sim, com __ anos

O que você faz para cuidar de você?

COTIDIANO

Você está estudando atualmente? Em que série? Onde?

Quais as histórias e acontecimentos mais importantes na escola?

Você está trabalhando? O que faz?

Quando você não está estudando ou trabalhando, o que você faz do seu tempo?

Figura 2. Ficha “Vida e cuidado com a saúde”, utilizada para depoimentos e narrativas dos adolescentes¹³. (Continua)

As pessoas da sua casa te ajudam ou atrapalham? Como?

Como você consegue dinheiro para fazer as coisas?

Você paquera ou namora? Já teve, ou tem relações sexuais? Com menino ou menina?

Você conversa sobre sexualidade com alguma pessoa? Com quem você conversa e de que jeito?

As drogas, o álcool, o cigarro entram na sua vida? Como? O que você acha disso?

Lembre dos tipos de violência que existem. Você se sente exposto à violência (na rua, na escola, na sua comunidade, na sua casa, etc)?

Você ou sua família já viveram situações de discriminação ou humilhação? Por que motivo?

Você tem algum apelido chato de que não goste? Qual? Por que não gosta?

VIDA

Três coisas legais de sua vida hoje:

1. _____
2. _____
3. _____

Três coisas ruins de sua vida hoje:

1. _____
2. _____
3. _____

Um fato que marcou sua vida:

Desejos para o futuro:

Se quiser, complete sua ficha com um desenho sobre ser adolescente:

Assinatura do(a) adolescente: _____ Profissional: _____

Figura 2. Ficha "Vida e cuidado com a saúde", utilizada para depoimentos e narrativas dos adolescentes¹³. (Continuação)

SONHOS E PLANOS DE/PARA ADOLESCENTES PARA O ANO NOVO
Objetivos: conhecer necessidades de saúde e vida de adolescentes; contribuir para o planejamento e busca de sonhos; discutir possíveis riscos à saúde e à concretização dos sonhos; conhecer as expectativas das famílias sobre seus filhos, conversar a respeito e pensar com as famílias como podem apoiar os filhos na realização de seus próprios sonhos.
Grupo para Adolescentes: Método: elaboração individual de lista de intenções; escolha de um sonho para apresentação ao grupo; discussão de planos e abordagem de como evitar riscos para a sua concretização; discussão de dúvidas; elaboração de um cartão coletivo de desejos para os adolescentes do bairro. Presença de dois profissionais de saúde como facilitadores. Material: cartolina, papel cartão e craft, folha sulfite, canetinhas, lápis de cor, giz de cera, revistas, tesoura, cola; equipamento de áudio.
Grupo para mães, pais e familiares: Método: levantamento de expectativas das famílias em relação aos filhos adolescentes, discussão sobre motivos e significados; abordagem do que sabem sobre os desejos dos filhos, conversa sobre como podem apoiar os adolescentes na busca de seus sonhos; elaboração de um cartão de desejo dos pais para os adolescentes. Presença de um profissional de saúde como facilitador. Material: cartolina, papel cartão e craft, folha sulfite, canetinhas, lápis de cor, giz de cera, revistas, tesoura, cola; equipamento de áudio.
Reunião dos grupos de adolescentes e familiares: Método: apresentação dos cartões produzidos e conversa; confraternização de final de ano; lembrancinha de final de ano. Presença dos profissionais que coordenaram os dois grupos. Material para a festa: comensais e bebidas; equipamento de áudio; enfeites de final de ano na sala. Material para as lembrancinhas: folhetos sobre o programa de adolescentes e o serviço, camisinhas, papel de embrulho, chocolate, etc.
Resultados: conhecimento dos sonhos dos adolescentes pela equipe e de temas relacionados à saúde; respostas às questões dos adolescentes e dos pais; atendimentos das demandas individuais; exposição dos cartões produzidos na sala de espera do serviço de APS. Observação: por motivos éticos, a autorização da exposição dos cartões e das imagens do grupo deve ser solicitada aos participantes.

Fonte: Programa de Atenção à Saúde na Adolescência, 2012 a 2017¹³.

As ações intersetoriais voltadas a adolescentes e jovens são mais potentes do que o tradicional enfoque biomédico, pela reunião de diferentes áreas disciplinares e propostas, além de privilegiarem o contexto de vida pró-

prio de cada grupo populacional. Neste sentido, sugere-se um tipo de abordagem que pode ser feito em escolas e que se mostra potente para aproximar adolescentes e profissionais de saúde, educação e assistência social.

ATIVIDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL NA ESCOLA ¹⁶
Objetivos: oferecer aos alunos do nono ano do ensino médio um espaço quinzenal de atividades de Educação em Saúde para que possam refletir e cuidar dos aspectos mais relevantes da Saúde e da Vida de adolescentes.
Método: como a atividade implica intersetorialidade, é importante iniciar contato prévio com a escola do território, em especial o coordenador pedagógico e algum professor que seja referência – ou tenha bom vínculo com a sala que irá ser beneficiada com a atividade. Outros equipamentos como Centro de juventude, Centro de Referência em Assistência Social (CRASS), espaços culturais ou de esporte também podem ser incluídos no projeto, potencializando os efeitos e alcance da atividade.
Após contato prévio, planejar duas oficinas de levantamento das características e desejos dos adolescentes. Esta etapa pode ser feita a partir de atividades lúdicas e artísticas – solicitar que os adolescentes se organizem em pequenos grupos de até cinco pessoas e construam um painel expressando necessidades de saúde e desejos, tanto individuais quanto do grupo. Em seguida um representante de cada pequeno grupo apresenta para o coletivo o painel construído. Os profissionais de saúde (educação, assistência social, etc.) devem atuar como mediadores da atividade, facilitar as interações na construção do produto coletivo, promover a expressão de linguagem e afetos, articular os significados mais relevantes que o grupo traz, atentar para possíveis singularidades que podem passar despercebidas. Após a apresentação de todos os pequenos grupos, deve-se buscar listar as principais necessidades e desejos e organizá-los de forma a definir conjuntamente prioridades, que serão exploradas detalhadamente em oficinas seguintes. Esta etapa inicial é importante porque permite que a equipe profissional conheça e reconheça o grupo para o qual vai desenvolver o cuidado, além de permitir que os adolescentes sejam corresponsáveis pelo trabalho e possibilitar iniciar diálogos integrados sobre saúde e vida.
Na segunda oficina é importante que os profissionais articulem, por meio de informações sistematizadas e vídeos, os produtos do grupo (principais necessidades e desejos) com uma reflexão sobre saúde e sexualidade para esta faixa etária. Como sugestão indicamos a música “Comida”, do grupo Titãs, que traz um conteúdo sobre desejos e necessidades. Após as duas oficinas introdutórias, espera-se que os profissionais de saúde desenvolvam encontros para aprofundar a abordagem do conjunto de temas definidos como prioritários pelo grupo.
Materiais: cartolinas coloridas, revistas, cola, canetinha colorida, lápis de cor, tesoura, fita crepe, equipamento áudio-visual, vídeos educativos.
Referências utilizadas: São Paulo. Secretaria estadual da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica - “Prof. Alexandre Vranjac”. Núcleo de Educação em Saúde. <i>Educação em Saúde: coletânea de técnicas</i> . São Paulo: CVE, 2002;2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. <i>Saúde e prevenção nas escolas : guia para a formação de profissionais de saúde e de educação</i> . Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006; (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Reuniões da equipe de profissionais que atuam com adolescentes e jovens, tanto para a organização do trabalho como para a condução de experiências de educação

permanente, são momentos potentes para a construção conjunta, compromissada, interdisciplinar e criativa de projetos voltados a esse público.

ATIVIDADES CULTURAIS E ESPORTIVAS: EQUIPE DE USF NA REGIÃO OESTE DE SÃO PAULO EM PARCERIA COM CENTRO DA JUVENTUDE¹⁷

Profissionais de uma USF da região oeste do município de São Paulo participaram de uma série de encontros sobre saúde na adolescência naquele território. Num segundo momento, empreenderam algumas definições sobre o grupo e a forma de trabalhar, bem como a realização de parcerias intersetoriais e comunitárias, particularmente com o Centro da Juventude. Desses encontros resultou a proposta de atividades para adolescentes e jovens no bairro.

A equipe da USF definiu uma “comissão de adolescentes” para ser responsável direta pelo planejamento e discussão sobre ações e programas voltados para esta população. A comissão é constituída de forma interdisciplinar (médica, enfermeira, fonoaudióloga) e visa articular o cuidado a adolescentes e jovens na unidade e no território. Algumas das ações desenvolvidas: plantão jovem (define-se uma escala diária indicando quais profissionais seriam responsáveis para acolher as demandas não agendadas de adolescentes e jovens que chegam à USF; atividades esportivas e culturais na praça ao lado da unidade (periodicidade mensal).

Avaliação das ações voltadas ao cuidado de adolescentes e jovens na APS

Avaliações de serviços de saúde incluem a temática do cuidado ao adolescente, em geral enfocando atividades programadas e temas como a prevenção de DST/aids, o corpo, a sexualidade, uso de drogas, temas clínicos, além de parcerias com outros setores, como escolas. Os assuntos abordados relacionam-se ao que se espera que a UBS/USF trabalhe com os adolescentes, a partir de recomendações internacionais, políticas e programas nacionais, regionais e locais, bem como propostas de associações profissionais e entidades da sociedade civil. Sendo assim, é importante considerar que os indicadores para avaliações de serviços e programas terão variações relacionadas ao tempo, ao espaço e à contemplação das propostas vigentes. As avaliações são empreendidas para conhecer e julgar um objeto, tendo como propósito a revisão de uma determinada prática ou realidade e propostas para a sua melhoria.

Um exemplo da definição de critérios para a construção de indicadores para avaliação da organização do trabalho em APS e atividades voltadas a adolescentes é o que foi utilizado no Questionário de Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em Municípios do Estado de São Paulo – QualiAB, em 2010¹⁸:

As ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes abordam as seguintes necessidades de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Orientação sobre o desenvolvimento/mudanças na adolescência
- 2) Orientação sobre sexualidade, prevenção de DST/aids
- 3) Orientação sobre o uso de drogas
- 4) Orientação específica para casos de violência doméstica
- 5) Obesidade
- 6) Educação em saúde nas escolas
- 7) Outros
- 8) Não existem atividades específicas para adolescentes

Já a Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica¹⁹, desenvolvida pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, inclui a seguinte questão sobre a atenção integral à saúde de adolescentes e a utilização da caderneta de saúde, em que a equipe é solicitada a marcar, de 0 a 10, o quanto

considera que realiza esse objetivo, tendo em vista o conteúdo esperado.

A equipe de atenção básica oferece atenção integral à saúde do adolescente a partir da utilização da sua caderneta de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A atenção integral à saúde do adolescente pressupõe: (a) Manutenção de cadastro atualizado da população adolescente do território; (b) Oferta de atendimento humanizado, com ênfase no sigilo, na privacidade e no respeito às especificidades e direitos deles; (c) Utilização da caderneta de saúde do adolescente nas consultas médicas, de enfermagem e odontológicas; (d) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por meio da identificação das variáveis pubertárias, fisiológicas normais e patológicas e de suas repercussões no indivíduo; (e) Monitoramento da cobertura vacinal; (f) Realização de ações preventivas e educativas para a saúde sexual e reprodutiva. A equipe de saúde intervém nos fatores de vulnerabilidade relacionados ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, doenças crônicas e violências, apoiando e orientando as famílias. Articula equipamentos comunitários e desenvolve ações intersetoriais para complementar a atenção a essas pessoas em situação peculiar de desenvolvimento, quando necessário.	

Sabe-se que na APS a avaliação é um desafio quando o alvo são ações de promoção à saúde²⁰ e quando os referenciais são o conceito de cuidado e os encontros, particularmente importantes para o trabalho com adolescentes. É interessante tomar estudos de casos e experiências com avaliação conduzidas anteriormente como material para apoiar iniciativas pretendidas pelos serviços de APS.

Nesse sentido, algumas proposições possíveis para avaliação são: a busca de conhecer como o conceito de integralidade vem sendo aplicado no cuidado de adolescentes pelas unidades de APS⁶; a avaliação centrada na perspectiva do adolescente e enfocando o critério de serviços amigáveis aos jovens; metodologia e validação de questionários de avaliação que enfocam serviços de APS amigáveis aos jovens.

É possível ainda o emprego do referencial da integralidade, que considera necessidades, finalidades, interações e articulações nos processos de trabalho concretamente realizados, como norte para reuniões de equipe voltadas à organização do trabalho, conforme pode ser visto na Figura 3, que apresenta quadro para avaliação,

planejamento e desenvolvimento de atividades para o cuidado integral de adolescentes e jovens”, desenvolvido por Ayres *et al.*¹⁴. Tal proposta inclui atividades de avaliação e planejamento das ações, distribuídas em etapas para listagem e reflexão sobre atividades da Unidade de

Saúde para a atenção à saúde de adolescentes; busca de instrumentos para a atenção à saúde de adolescentes; emprego de mecanismos gerenciais e de organização do trabalho; investimento em educação permanente e pesquisa em serviço.

PASSOS					
EIXOS		A – Listagem e reflexão sobre atividades da UBS para atenção à saúde de A&J	B – Busca de instrumentos para a atenção à saúde de A&J	C – Emprego de mecanismos gerenciais e de organização do trabalho	D – Investimento em educação permanente e pesquisa em serviço
	Necessidades	Quais necessidades aparecem? Existem necessidades que aparecem pouco ou não são reconhecidas? Sugestões para captar melhor as necessidades.	Trabalho individual e em grupo com técnicas que permitam a emergência de temas de interesse dos A&J. Aplicação de instrumentos para conhecer as necessidades dos A&J sobre sua vida e saúde.	Reuniões para discussão de casos, Auditoria de prontuários. Avaliação dos instrumentos empregados na assistência quanto à potência para o reconhecimento de necessidades. Diagnóstico em saúde de A&J da comunidade.	Grupos focais com A&J para conhecimento de suas necessidades. Estudos de casos sobre essa população e necessidades de saúde. Levantamento de referências e bibliografias, discussão de artigos e temas. Oficinas de treinamento. Seminários temáticos.
	Finalidades	Quais finalidades da UBS para a atenção desta população são realizadas? Há articulação entre as finalidades? Existem finalidades que são pouco buscadas? Sugestões para aprimorar a busca das finalidades.	Articulação de diferentes finalidades em cada atendimento por meio de instrumentos de trabalho, que estimulem olhar integral, atividades que integrem finalidades, seguimento de diretrizes governamentais para atenção aos A&J, embasamento em referências, ou pactuação interna de protocolos integrais.	Organização do trabalho, com planejamento de atividades para a atenção integral aos A&J, incluindo construção de fluxogramas e estabelecimento de prioridades. análise de dados de produção, Auditoria de prontuários, Avaliação de indicadores de processo e de impacto do trabalho.	Grupos focais com profissionais de saúde da UBS sobre as finalidades do trabalho com a população de A&J. Levantamento de referências e bibliografia sobre o tema com vistas a aprofundar ou reordenar as finalidades. Participação em treinamentos específicos para assuntos prioritários. Seminários temáticos.
	Interações	Como é a relação entre usuários A&J, seus familiares e integrantes da equipe? Como é a interação entre os profissionais da equipe? Quais são pontos positivos e negativos? Que hipóteses a equipe estabelece? Propostas para a melhoria das interações.	Emprego de dispositivos que favoreçam a interação entre a população A&J, familiares e a equipe. Identificação e trabalho com temas e linguagens que cativam os A&J.	Reuniões de equipe periódicas, fomentar o trabalho em grupo, valorizar a co-responsabilização e a co-gestão do trabalho, avaliação de instrumentos para favorecer o diálogo entre usuários e equipe.	Levantar referências sobre a interação entre população A&J e equipe de saúde, bem como interação entre membros da equipe; freqüentar cursos, apresentar trabalhos empreendidos por membros da equipe e que pautem essa temática para todos.
	Articulações	Como é a relação entre os diferentes saberes, setores e programas da UBS? Como é a articulação com outros serviços, equipamentos comunitários e outros setores? Quais são pontos positivos e negativos? Que hipóteses a equipe estabelece? Propostas para a melhoria das articulações.	Articulação entre profissionais e setores da UBS para a atenção compartilhada a A&J. Trabalho com a rede de saúde, utilizando referências estabelecidas. Parceria e construção de instrumentos que favoreçam as articulações necessárias com outros serviços, equipamentos sociais e setores.	Reuniões gerais da UBS, discussão do trabalho de cada setor e da especificidade de saberes dos profissionais. Pactuação de fluxos entre os níveis de atenção. Participação em fóruns e encontros loco-regionais. Parcerias com outras instituições, com divisão de tarefas e responsabilidades.	Estudar e discutir participação, representação, intersetorialidade, trabalho em rede, coordenação. Levantamento de bibliografias, participação em cursos e repasse de informações para a equipe discussão de artigos. Realização de encontros e parcerias para aprofundamento de temas comuns.

Figura 3 – Quadro para avaliação, planejamento e desenvolvimento de atividades para o cuidado integral de adolescentes e jovens (A&J).¹⁴

Considerações finais

Neste capítulo, os principais pontos discutidos foram:

- a caracterização da APS, a apresentação de seus princípios, e o reconhecimento de sua potencialidade para o cuidado integral de indivíduos adolescentes e da população adolescente de um determinado território;

- o conceito de vulnerabilidade e sua possibilidade de contribuir para a identificação de necessidades de adolescentes e também a ordenação de finalidades do serviço de saúde, de modo a contemplar os direitos humanos de adolescentes e a favorecer a emergência de caminhos para a cidadania e a transformação social;

- a integralidade como princípio para o trabalho em APS e como conceito operacional que pode favorecer o cuidado de adolescentes, a partir da análise e da organização do trabalho, combinando os eixos das necessidades, finalidades, articulações e interações.

Referências

1. Nasser MA, Fioroni LN, Ayres JRCM. Atenção Primária à Saúde de Adolescentes: Vulnerabilidade e Integralidade na Construção do Cuidado. IN: Lourenço B *et al.* (org). *Medicina de Adolescentes*. Coleção Pediatria do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP. Schwartsman BGS, Maluf PT (editores). Barueri: Manole, 2015; p. 68-78.
2. Ayres JRCM, França Júnior I. Saúde do adolescente. IN: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000; p.66-85.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em maio de 2018.
4. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
5. Oliveira GN, Furlan PG. A Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. IN: Campos GWS & Guerrero AVP. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.
6. Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface – comunicação, saúde e educação*, 2012;16(40):243-257.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
9. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. *Portaria 527, 2004*. Dispõe sobre o direito à atenção à saúde de crianças e adolescentes em serviços do município de São Paulo. Disponível: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6291>>. Acesso em setembro 2014.
10. Nações Unidas, *revisão da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*, Nações Unidas, New York, 1999.
11. Brasil. Palácio do Governo. Casa Civil. Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em setembro de 2014.
12. Queiroz LB, Ayres JRCM, Saito MI, Mota A. Aspectos históricos da institucionalização da atenção à saúde do adolescentes no estado de São Paulo, 1970-1990. *História, Ciências, Saúde*. Manginhos, Rio de Janeiro, 2013; 20(1): 49-66.
13. Programa de Atenção à Saúde na Adolescência (PASA), Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Apresentação e materiais. ; disponível em: <www.fm.usp.br/cseb>. Acesso em maio de 2018.
14. Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Mendes VM, Fioroni LN, Saltão RM *et al.* *Caminhos da Integralidade na atenção primária à Saúde: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe - Adolescência e Juventude*. Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Departamento de Medicina Preventiva – FMUSP, 2012; disponível: <<http://medicina.fm.usp.br/cseb/>>. Acesso em setembro de 2014.
15. Ayres JRCM Paiva V, França Junior I, From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary Public Health. IN: Parker R, Sommer M (Orgs.). *Routledge Handbook in Global Public Health*. 1ed. Abingdon, Oxon: Taylor and Francis, 2011; p. 98-107.
16. Lima G, Escorse M, Cervi T, Silva S, Fioroni LN. Atenção psicossocial em HIV/aids. *Enfoques de educação em saúde e assistência para a população jovem. Relatório final de estágio*. São Carlos/SP. Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Psicologia, 2014.
17. Fioroni LN. *Relatório de atividades de Pós Doutorado*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo. Relatório de Pós Doutorado. Programa de Pós Graduação em Ciências. São Paulo. 2013.
18. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista(UNESP), Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. *Questionário QualiAB, 2010*. Disponível em <www.abasica.fmb.unesp.br>. Acesso em de novembro de 2014.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
20. Ayres JRCM Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9 (3): 583-592.

Théo Lerner¹, Carmita Helena Najjar Abdo², Elsa Aída Gay de Pereyra³, José Maria Soares Jr.⁴ e Edmund Chada Baracat⁵

A atividade sexual define um conjunto de comportamentos, atitudes e sensações que condicionam respostas de prazer físico, determinam os relacionamentos interpessoais, têm impacto sobre a autoimagem e estão profundamente vinculadas à função reprodutiva.

O componente biológico é apenas um dos aspectos a ser considerado, quando se aborda a questão, uma vez que a sexualidade está fortemente vinculada a normas e conceitos sociais que regulam sua expressão.

A sexualidade está presente ao longo de todo o ciclo da vida, desde o nascimento. O prazer obtido pela automanipulação, pela proximidade e pelo contato físico da criança com os genitores e com outras crianças são fundamentais para que ela desenvolva as noções de individualidade e de limites corporais, estabelecendo suas conexões com o mundo que a cerca.

Embora o desenvolvimento da sexualidade se faça por meio de um processo contínuo, a sociedade estabelece uma diferença entre a sexualidade infantil e a adulta, conforme a capacidade reprodutiva. De uma forma geral, podemos considerar a sexualidade infantil mais “difusa”, ou seja, espalhada por todo o corpo, enquanto na sexualidade dita adulta acrescenta-se a essa característica uma focalização maior em práticas mais genitalizadas, penetrativas e com a possibilidade de reprodução.

A adolescência é o período em que ocorre a transição da sexualidade infantil para a adulta. Além das transformações físicas inerentes a esse período, há grande influência de elementos psicológicos e sociais que iden-

tificam essa passagem, sendo a atividade sexual um dos principais marcadores dessa transição.

Os riscos próprios da atividade sexual, tais como a possibilidade de gravidez (e respectivo impacto sobre a qualidade de vida) ou as doenças sexualmente transmissíveis exigem certo grau de maturidade psicológica para que medidas preventivas oportunas e eficazes possam ser adotadas. Da mesma forma, são necessários autonomia e conhecimento a respeito dos próprios limites para superar a vulnerabilidade a situações abusivas ou de exposição social indevida. Essa maturidade raramente ocorre em sincronia com o início da prática sexual.

De maneira geral, a idade de início da atividade sexual adulta (também chamada de coitarca ou sexarca) influi nos riscos acima descritos. Quanto menor for, menos provável que o indivíduo tenha desenvolvido as habilidades mentais necessárias à prevenção de riscos. Essas habilidades vão se constituindo na medida em que amadurece o córtex pré-frontal, responsável pela antecipação de consequências. O adolescente, com desenvolvimento neurológico incompleto, ainda apresenta traços do comportamento infantil, com avaliação de consequências inadequadas (“isso não vai acontecer comigo”) e a presença de “pensamento mágico”, ou seja, a crença de que se algo for desejado com intensidade, esse desejo se tornará realidade. Essas características, aliadas à impetuosidade e ao aumento de energia naturais dessa etapa da vida, fazem com que o adolescente se sinta invulnerável, aja por impulso e raramente se preocupe com o futuro.

- 1 Médico Ginecologista com Especialização em Sexologia; Mestre em Ginecologia pela FMUSP; Assistente do Ambulatório de Medicina Sexual da Divisão de Clínica Ginecológica do HCFMUSP; Terapeuta Sexual. Especialista em Impactos da Violência na Saúde pela FIOCRUZ; Membro do Núcleo de Estudos sobre Violência e da Comissão de Ginecologia Infanto-Puberal da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Colaborador do CEADS.
- 2 Psiquiatra, Professora do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Membro do Consultation of the International Society for Sexual Medicine. Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).
- 3 Médica Assistente Doutora do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da FMUSP. Especialista do trato genital inferior e colposcopia. Coordenadora do Ambulatório de Sexualidade Humana na Clínica de Ginecologia do Hospital das Clínicas da FMUSP.
- 4 Professor Associado Livre-Docente da Disciplina de Ginecologia e Vice-Chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas da FMUSP. Supervisor do Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas/ FMUSP.
- 5 Professor Titular da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Pró-Reitor de Graduação da Universidade de São Paulo.

O impacto dessas consequências da atividade sexual é substancialmente maior para as meninas, as quais têm maior probabilidade de interromper os estudos por conta de uma gravidez indesejada. Ainda na atualidade, as informações e permissões para o exercício da sexualidade são desiguais entre os gêneros, impondo às mulheres maior responsabilidade, culpa e vergonha associadas às práticas sexuais.

A revisão da literatura realizada por Lara e Abdo (2016) mostrou que idade precoce da coitarca se relaciona a mais comportamentos sexuais de risco. Meninas que iniciam a atividade sexual antes dos 14 anos têm menor probabilidade de contracepção, levam mais tempo até iniciar um método contraceptivo nas relações subsequentes, têm mais chance de múltiplos parceiros sexuais e maior risco de depressão, menor autoestima, maior repetência e/ou evasão escolar e maior risco para doenças sexualmente transmissíveis.

A idade limite para a coitarca, do ponto de vista legal, é determinada de forma arbitrária em cada sociedade, variando em função do contexto sociocultural e do momento histórico. No Brasil, o limite mínimo para consentir em manter relação sexual é 14 anos. Abaixo dessa idade, a legislação estabelece que o adolescente não possui capacidade legal para decidir sobre sua vida sexual. Consequentemente, a prática de sexo com menor de 14 anos se enquadra no crime de Estupro de Vulnerável (art. 217 do Código Penal), independentemente do consentimento do(a) adolescente. Apesar da legislação, uma proporção significativa de jovens inicia a vida sexual em idade cada vez mais precoce. O enfrentamento dessa situação deve se dar muito mais por meio da educação e da saúde que do direito.

A idade da coitarca vem diminuindo ao longo do tempo. Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006) indicam que 55,2% das jovens de 15 a 19 anos já haviam tido a primeira relação sexual, porcentagem muito mais elevada que a registrada na PNDS de 1996 (32,8%). Já a idade mediana à primeira relação sexual diminuiu de 19,5 anos para 17 anos, entre 1996 e 2006. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada nas capitais brasileiras em 2009, mostrou que entre os adolescentes com 14 anos que já tiveram relação sexual, mais de um terço (35,4%) tiveram a primeira relação sexual com 12 anos ou menos, sendo 42,3% dos meninos e 19,7% das meninas. Em 2012, a PeNSE avaliou 107.468 alunos da 9ª série, dos quais 52,5% eram do sexo feminino, 23% tinham 13 anos ou menos, 45,6% tinham 14 anos e 31,4%, 15 anos ou mais. Acima de um quarto dos adolescentes já haviam tido relação sexual, sendo mais frequente entre os meninos. O Estudo de

Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA) pesquisou 74.589 adolescentes sobre iniciação sexual e uso de métodos contraceptivos, evidenciando a presença de atividade sexual em 5,9% aos 12 anos, 12,1% aos 13 anos, 21,4% aos 14 anos e 35,9% aos 15 anos.

A atividade sexual dos adolescentes depende de oportunidades e contextos que facilitem ou dificultem sua prática. Diversos fatores podem influenciar a idade da coitarca:

- **Presença de adulto em casa**
As demandas econômicas e sociais fizeram com que um número cada vez maior de adultos se ausentem de suas casas por períodos prolongados para trabalhar, deixando um espaço vazio e não supervisionado onde adolescentes encontram tempo e oportunidade para a prática sexual. A presença de um ou ambos os pais na casa diminui essas oportunidades. Um fenômeno relativamente recente, em especial nas famílias de classe média, é o temor da violência urbana. Com o argumento da segurança, alguns pais apoiam e incentivam que seus filhos mantenham relações sexuais dentro de casa.
- **Afiliação religiosa**
Diversas religiões estabelecem limites relativamente rígidos para o início da atividade sexual, em geral permitidas somente após o casamento. Adolescentes que valorizam a virgindade tendem a esperar mais para se relacionar sexualmente. A revisão de Coutinho (2014) apontou que a maior frequência religiosa, independentemente do tipo de filiação religiosa, está relacionada com menor iniciação sexual pré-marital, quando comparada ao grupo que não professa nenhuma religião. Por outro lado, não foi possível identificar um perfil de opiniões quanto às atitudes dos adolescentes a respeito da iniciação sexual, com base em suas crenças religiosas, devido à grande variabilidade.
- **Pressão de grupo**
A adolescência representa um período de redefinição da identidade pessoal. A transição do papel de dependente dos pais para o de sujeito autônomo passa pela rejeição aos valores familiares e pela busca de novos valores. Os principais referenciais nessa busca de singularidade normalmente são os valores do grupo social, onde o jovem encontra segurança e de onde dificilmente se afasta, o que faz com que os adolescentes lutem por sua individualidade de maneira bastante homogênea em cada grupo. Nesse contexto, adolescentes são altamente suscetíveis à pressão do grupo, inclusive na adoção de comportamentos sexuais de risco. A pesquisa de Widman (2016) en-

controu como grupos de maior risco para esse tipo de influência os adolescentes do sexo masculino, os adolescentes com atraso do desenvolvimento puberal e os adolescentes afrodescendentes.

- **Nível educacional**
Segundo Oliveira-Campos (2014), a grande maioria dos adolescentes passa a maior parte do seu tempo na escola, onde os contatos sociais e os pares são estabelecidos e mantidos. Um bom envolvimento com a escola afeta positivamente comportamentos em saúde. As escolas contribuem para a saúde do adolescente indiretamente, por meio de sua organização, desenvolvimento do currículo e prática pedagógica, e diretamente, por meio de programas educacionais relacionados à saúde.
- **Uso de álcool e drogas**
O uso de substâncias psicoativas também ocorre na adolescência, seja como meio de contestação, seja como mecanismo de autoafirmação ou superação de insegurança. Sua intensidade pode variar da mera experimentação à dependência severa. De maneira geral, essas substâncias afetam a capacidade de julgamento e aumentam o risco de comportamentos sexuais de risco. O consumo de grandes quantidades de bebidas alcoólicas em eventos sociais aumenta a vulnerabilidade do adolescente a situações de abuso e violência sexual.
- **Papel da mídia/redes sociais/internet/exposição à pornografia**
Os jovens de hoje nasceram em um mundo conectado digitalmente, com influência marcante na forma como se relacionam. As redes sociais permitem a formação de comunidades e grupos mais amplos que o meio social original do adolescente, oferecendo possibilidades e riscos. A exposição contínua de aspectos variados do cotidiano diluiu a noção de privacidade, assim como o acesso ilimitado à informação transforma a pornografia no referencial de comportamen-

to sexual de uma parcela significativa dos jovens. Da mesma forma, mecanismos de gratificação instantânea, baseados em videogames e aplicativos (que facilitam especificamente encontros sexuais), colaboram para reduzir o sexo a uma atividade performática, mecânica e descartável.

O papel do profissional de saúde no enfrentamento dessa questão não pode se limitar ao mero fornecimento de informação, uma vez que os jovens possuem farto acesso às informações, sem que isso tenha impacto positivo em seu comportamento. O profissional de saúde, enquanto autoridade, pode ser facilmente associado à figura dos pais, gerando atitudes de desafio e/ou desinteresse. Para Gomes (2014), medo e vergonha frequentemente estão relacionados à representação social da consulta ginecológica para adolescentes. As equipes de saúde têm papel fundamental para lidar com esses sentimentos e aumentar a adesão das adolescentes aos serviços.

Trabalhos com grupos têm especial importância a medida em que a adolescente pode estabelecer vínculos identificatórios com os demais participantes, diminuir resistências e tornar possível o desenvolvimento de reflexões e atitudes voltadas à autonomia no exercício da sexualidade. As temáticas abordadas no trabalho em grupo podem ser as mais variadas dentro do universo de interesse do público participante, indo além da discussão sobre atividade sexual. Relacionamentos familiares, inserção no mercado de trabalho, questões de gênero e etnia, expressão dos próprios sentimentos e projetos de vida são questões que por vezes se sobrepõem e interferem com o exercício da sexualidade.

Estratégias que favoreçam a adesão dos adolescentes aos serviços devem valorizar a autonomia dos sujeitos, ser construídas em conjunto com os mesmos e, se possível, conduzidas pelos próprios pares. Seus objetivos devem ser a facilitação da vivência de uma sexualidade autônoma e responsável, diminuindo os riscos associados à prática sexual.

Bibliografia

- L. Widman *et al.* Journal of Adolescent Health 58 (2016) 323e329
- L.A.S. Lara, C.H.N. Abdo/J Pediatr Adolesc Gynecol 29 (2016) 417e423
- Cezar BRR e Vargas EP Demetra; 2016; 11(3); 591-610
- Coutinho, R.Z. e Miranda-Ribeiro, P. Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 31, n.2, p. 333-365, jul./dez. 2014
- Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, Giatti L, Barreto SM. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). Rev Bras Epidemiol Suppl PeNSE 2014; 116-130
- Gomes VLO, Fonseca AD, Oliveira DC, Silva CD, Acosta DE, Pereira FW. Representações de adolescentes acerca da consulta ginecológica. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(3): 438-45
- Lara LA, Abdo CH. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015; 37(5): 199-202
- FEBRASGO – Sexualidade na adolescente – São Paulo: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, v.2, n. 3, 201



Sandra Dircinha Teixeira de Araujo Moraes, Eli Moraes, Isabel Cristina Espósito Sorpreso, Noely Lorenzi, José Maria Soares Júnior, Nilson Roberto de Mello e Edmund Chada Baracat¹

Introdução

A contracepção é o uso de métodos e técnicas com a finalidade de impedir que a relação sexual do casal heterossexual resulte em gravidez. Portanto, é um recurso de planejamento reprodutivo para a constituição de prole desejada e programada, de forma consciente.

O planejamento da gestação na adolescência é fundamental para saúde mental, física, social das mesmas e das suas famílias. A gravidez assume uma importância significativa não só com condições clínicas, mas sociais, pois pode atingir a saúde global da mãe e da criança nessas situações tornando um desafio para o profissional de saúde.

A adolescência representa a fase da vida caracterizada por uma desproporção orgânico-emocional. Na grande maioria dos casos a mulher é biologicamente adulta, pois já é capaz de procriar, porém ainda pode ser emocionalmente imatura. Há um descompasso entre o potencial biológico e o comportamento. Os aspectos mais característicos do adolescente são: capacidade limitada de assumir responsabilidades; sentimento de invulnerabilidade; imprevidência e arrojo. Os impulsos biológicos não seguem as normas da sociedade, levando a procura por relacionamento sexual, às vezes, de forma casual, sem preocupação com a contracepção, provocando a gravidez não desejada, não programada e não intencional.

Muitos adolescentes não procuram aconselhamento médico para contracepção antes de tornarem-se sexualmente ativos, ou mesmo, antes de uma gravidez. Os que iniciam o uso de contracepção evidenciam uma pobre adesão ao método utilizado.

Nos Estados Unidos, em 2015, a taxa de natalidade entre adolescentes (15-19 anos) atingiu um recorde histórico de 22,3 por 1.000 mulheres. Apesar das tendências positivas, os Estados Unidos continuam a ter a maior taxa de gravidez na adolescência entre os países industrializados. As disparidades raciais e étnicas nas taxas de gravidez na adolescência continuam a existir, assim como as diferenças estatais nas taxas de gravidez, acascimento e aborto. O Colégio Americano de Obstetras

e Ginecologistas apoia o acesso de adolescentes a todos os métodos anticoncepcionais aprovados pela Food and Drug Administration dos EUA. No Brasil, a gravidez na adolescência ainda é uma grande preocupação, pois ao contrário da população em geral que está diminuindo as taxas de natalidade, esse grupo ainda tem grande número de mulheres grávidas.

Outro fenômeno é a iniciação sexual dos adolescentes que ocorre cada vez mais precoce. Segundo estudos do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (2002), entre adolescentes brasileiros com faixa etária entre 12 e 17 anos, 32,8 % já haviam tido relações sexuais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2000), 9,5% de adolescentes entre 15 e 19 anos (82% mulheres, 18% homens) vivenciam algum tipo de união, com vida sexual. Entre jovens de 20 a 24 anos, 36,5% vivenciam também uniões conjugais (MS, 2006). O tempo aproximado entre o início das relações sexuais de uma jovem e a busca por um serviço de saúde para orientação anticoncepcional é de cerca de 12 meses.

Aproximadamente, metade das gestações na adolescência ocorre nos primeiros seis meses, após a adolescente se tornar sexualmente ativa, e um quinto dessas ocorrem no primeiro mês de contato sexual (Bié, 2006). Quanto à prática do sexo seguro (uso do preservativo nas relações sexuais), dados de 2002 (UNICEF) apontaram que 52% dos adolescentes com vida sexual utilizaram o preservativo nas relações sexuais vivenciadas, porém, muitos adolescentes iniciam a vida sexual sem se proteger contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/aids), o que é confirmado pela expansão da aids entre os jovens.

De acordo com United Nations Children's Fund – UNICEF (2002), dos adolescentes brasileiros com faixa etária entre 12 e 17 anos, 32,8% já haviam tido relações sexuais. Desses, 61% eram homens e 39% mulheres²⁰. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2000)²¹, 9,5% de adolescentes entre 15 e 19 anos (82% mulheres e 18% homens) vivenciam algum tipo de união, com vida sexual.

1 Professores da Disciplina de Ginecologia, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina da USP.

Entre os jovens de 20 a 24 anos, 36,5% vivenciam também uniões conjugais, sendo o maior percentual entre mulheres (62%). Quanto à prática do sexo seguro (uso do preservativo nas relações sexuais), dados de 2002 (UNICEF) apontaram que 52% dos adolescentes com vida sexual utilizaram o preservativo nas relações sexuais já vivenciadas; desses, 35,1% eram mulheres e 64,9% homens²⁰. Ou seja, 48% dos adolescentes com vida sexual não haviam utilizado preservativo no período da pesquisa.

Estudos mostram que o preservativo masculino é o método de prevenção de gravidez e DST mais conhecido e mais usado entre os adolescentes, e os principais motivos alegados para a sua não utilização de modo consistente são: não gostar de usá-los, confiar no parceiro e a invisibilidade das relações sexuais (MARTINS *et al*, 2006).

Serviço de Saúde

O tempo aproximado entre o início das relações sexuais de uma jovem e a busca por um serviço de saúde para orientação anticoncepcional é de cerca de 12 meses. Aproximadamente, metade das gestações na adolescência ocorre nos primeiros seis meses, após a adolescente se tornar sexualmente ativa, e um quinto dessas ocorrem no primeiro mês de contato sexual. Quanto à prática do sexo seguro (uso do preservativo nas relações sexuais), dados de 2002 (UNICEF) apontaram que 52% dos adolescentes com vida sexual utilizaram o preservativo nas relações sexuais vivenciadas, porém, muitos adolescentes iniciam a vida sexual sem se proteger contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/aids), o que é confirmado pela expansão da aids entre os jovens (MS, 2002).

Há múltiplos e imprevisíveis fatores que afetam o comportamento contraceptivo dos adolescentes. Entre eles, enumeram-se: publicidade; notícias quanto à associação entre contraceptivos orais e câncer de mama; preocupação com DST/aids e preocupação com aborto.

Os problemas relacionados à anticoncepção para adolescentes são: eleição do método; adesão ao método; uso correto e manejo de problemas.

De acordo com a FEBRASGO, 2009, existem dois tipos de adolescentes que procuram o ginecologista: as que são levadas pela mãe ou outra pessoa responsável e as que vão por livre iniciativa. As primeiras são mais complicadas e de abordagem mais difícil pelo médico. Em geral são meninas com muitos problemas e que evidenciam um comportamento rebelde, irresponsável, autodestrutivo.

Geralmente, o motivo principal da consulta é a dificuldade que os pais estão encontrando em lidar com a situação. Com frequência, a menina já está grávida e, não

raro, sem o saber. Há uma grande dificuldade em se fazer ouvir pela paciente, mesmo porque é comum, nesses casos, haver intromissão da mãe no curso da consulta, agindo como intermediária entre o médico e a paciente. As outras, mais frequentemente, estão bem centradas nos problemas que envolvem a sua saúde e demonstram saber, com razoável precisão, a que vêm e o que querem. O trabalho do hebiatra e do ginecologista, com essas, é muito facilitado.

A eleição do método contraceptivo deve ficar a cargo da paciente. Atualmente, os adolescentes possuem boas informações, nem sempre muito corretas, sobre a diversidade dos métodos contraceptivos. Esses conhecimentos são um precioso ponto de partida, mas é fundamental que sejam completados e/ou corrigidos pelo médico. São comuns temores infundados, que devem ser desfeitos, especialmente relacionados à estética e à imagem corporal.

É importante ter presente e valorizar as fantasias em torno da sexualidade. O ser humano processa sua sexualidade na sua estrutura psicológica, diferentemente dos outros animais, que apenas obedecem às ordens instintivas e aos determinismos biológicos. Contudo, os impulsos instintivos têm grande importância na definição do comportamento humano, sendo, por vezes, predominantes. Outras vezes, prevalecem os filtros psicológicos, de natureza ético-moral e estética, estruturados na personalidade e desenvolvidos no curso da vida, desde o estágio intrauterino.

É importante considerar que, entre as meninas, o instinto reprodutivo, maternal, é muito forte e que a anticoncepção torna-se quase uma “agressão” a esse impulso biológico, desejo inconsciente de engravidar está sempre subjacente ao relacionamento sexual.

Na eleição do método a ser usado, cabe ao ginecologista proporcionar à adolescente condições de envolvimento máximo. Cumpre-lhe deixar claro, e bem compreendido pela paciente, a eficácia de cada método, o modo de uso correto e a segurança. Os contraceptivos orais combinados (COC) gozam de vantagem sobre os demais, tornando-os preferenciais, especialmente por proporcionarem benefício extracontraceptivo, que devem ser enfatizados, facilitando sua escolha. Entre esses benefícios, pode citar: a) diminuição do risco de cistos funcionais; b) regulação do ciclo menstrual, possibilitando a previsibilidade das menstruações; c) redução da duração e do volume do fluxo menstrual; d) redução da dismenorrea; e) proteção contra doença inflamatória pélvica.

Os demais métodos hormonais podem ser usados pelas adolescentes. O implante hormonal (etonogestrel), o sistema liberador intrauterino (SIU) de levonor-

gesterel e o acetato de medroxiprogesterona depósito (AMPD) determinam irregularidades menstruais que tendem a amenorreia, o que nem sempre é muito bem aceito pelas adolescentes. As adolescentes têm grande preocupação com o aumento de peso, que pode advir do uso de implante e de AMPD em alguns casos. O fator limitante ao uso desses contraceptivos, verdadeiramente, é a qualidade das informações prestadas às pacientes e seus companheiros.

O dispositivo intrauterino (DIU) de cobre ou SIU tem sua eleição para uso por adolescente, mas ter cuidados em relação ao comportamento sexual do adolescente. Embora costumem ser monógamos, os adolescentes trocam de parceiros com muita frequência. Isso cria um risco aumentado de DST e suas consequências, especialmente a infertilidade. Entretanto, apesar disso, para pacientes selecionadas e bem esclarecidas quanto aos cuidados preventivos de DST, o DIU pode ser usado por adolescentes.

O uso de métodos de barreira e comportamentais é caracteristicamente associado ao ato sexual. Requer motivação, boa comunicação, habilidade em negar-se ao ato, conhecimento razoável do corpo e da fisiologia reprodutiva e, especialmente, planejamento das relações sexuais. Essas habilidades, como regra, não fazem parte do patrimônio dos adolescentes. Naturalmente, aqueles que as possuem são bons candidatos para eleger algum desses métodos contraceptivos. Contudo, não se pode esquecer que a eficácia deles é menor do que os outros métodos hormonais e ao DIU. Salienta-se que o uso de *condom* masculino ou feminino pode diminuir o risco de doença sexualmente transmissível (DST). Portanto, deve ser orientado ao adolescente, independentemente, do uso de outro método contraceptivo.

Classificação dos métodos contraceptivos

Os métodos contraceptivos podem ser classificados de várias maneiras. Reconhecem-se dois grupos principais:

1. reversíveis
2. definitivos

Os métodos reversíveis são: comportamentais, de barreira, dispositivos intrauterinos, hormonais e os de emergência. Os métodos definitivos são os cirúrgicos: esterilização cirúrgica feminina e esterilização cirúrgica masculina.

O manejo das situações que envolvem anticoncepção obriga o uso de alguns conceitos que devem ficar bem claros: 1. Eficácia de um método contraceptivo: é a capacidade desse método de proteger contra a gravidez não desejada e não programada. É expressa pela taxa

de falhas própria do método, em um período de tempo, geralmente um ano; 2. Segurança: é o potencial de o método contraceptivo causar riscos à saúde de quem o utiliza. É avaliada pelos efeitos indesejáveis e complicações que pode provocar. Quanto maior a segurança do método, menor será a probabilidade de trazer qualquer tipo de problema à saúde de quem faz seu uso; 3. Escolha do método: o critério mais importante para a escolha ou eleição de um método anticoncepcional é a opção feita pelo/a usuário/a. O médico sempre deve privilegiar essa opção e considerá-la prioritária. Entretanto, o método escolhido nem sempre poderá ser usado, tendo em vista características clínicas evidenciadas pelo/a usuário/a, que podem contraindicar seu uso.

Critérios médicos de elegibilidade para uso de contraceptivos

Os critérios médicos de elegibilidade da organização Mundial da Saúde OMS recomendam o uso dos métodos anticoncepcionais em diversas condições clínicas.

- Categoria 1 (OMS 1): o risco do uso do método não é superior ao da população geral.
- Categoria 2 (OMS 2): o risco do uso do método é pouco aumentado em relação ao da população geral. As vantagens do método geralmente superam os riscos.
- Categoria 3 (OMS 3): os riscos do uso do método geralmente superam as vantagens. Outros métodos são preferíveis. Exceção se faz nos seguintes casos:
 - A paciente aceita o risco e rejeita as alternativas.
 - O risco da gestação é muito e outros métodos são menos eficazes.
- Categoria 4 (OMS 4): método contraindicado. Apresenta risco inaceitável à saúde da mulher.

Critérios médicos de elegibilidade para o uso de anticoncepcionais hormonais combinados orais (AHCos)

Situações em que o uso dos AHCos enquadra-se na categoria 4

O método não deve ser usado e apresenta risco inaceitável nas seguintes condições:

- Lactantes com menos de 6 semanas após o parto (a).
- Idade acima de ou igual a 35 anos e fumante (15 ou mais cigarros/dia) (b).

Hipertensão arterial:

- níveis de pressão arterial maiores ou iguais a 160-179+/100-109+ mmHg.
- com doença vascular.

- Doença tromboembólica em atividade no momento ou no passado.
 - Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.
 - Cardiopatia isquêmica (c).
 - Antecedente de acidente vascular cerebral (AVC) (c).
 - Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana) (d).
 - Enxaqueca com sintomas neurológicos focais (e).
 - Câncer de mama atual (f).
 - Cirrose hepática descompensada (g).
 - Hepatite viral em atividade (g).
 - Tumores de fígado malignos ou benignos (g).
- Observações:
- a. Existe alguma preocupação teórica com o risco de exposição aos hormônios esteroides pelo lactante durante as primeiras seis semanas pós-parto; além disso, existe a preocupação quanto ao risco de trombose com o uso do anticoncepcional oral combinado antes de 3 semanas pós-parto.
 - b. O risco cardiovascular aumenta com o número de cigarros/dia.
 - c. Em mulheres com doença vascular subjacente, o aumento do risco de trombose com o uso do anticoncepcional oral combinado antes de 3 semanas pós-parto.
 - d. Entre mulheres com doenças cardíacas valvulares, o uso do anticoncepcional oral pode aumentar o risco para trombose arterial.
 - e. Sintomas neurológicos focais podem ser uma indicação do aumento de risco AVC.
 - f. Pode haver aumento do risco de progressão da doença em mulheres com câncer de mama atual ou no passado.
 - g. O anticoncepcional oral combinado é metabolizado no fígado e seu uso pode oferecer risco às mulheres com função hepática comprometida.

Considerações finais

As políticas de Saúde Pública devem ser voltadas no sentido de reduzir as taxas de gravidez e o risco de DST na adolescência. Nesse sentido, salienta-se que os ado-

lescentes estão expostos à iniciação sexual precoce e à troca de parceiros. Portanto, a dupla proteção deve ser incentivada: o uso do condom associado a outro método contraceptivo.

Os adolescentes, quando negligenciam a prática da contracepção e de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, podem se expor ao HIV/aids e demais doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez não planejada, evidenciando um dos fatores da gravidez indesejada que é a desmotivação em relação às perspectivas profissionais.

A anticoncepção para adolescentes depende essencialmente da relação de confiança que o médico consegue estabelecer com a paciente. Para isso, é fundamental sempre ser simpático, comunicativo, acessível, usar linguagem compreensível (por vezes, gíria), isenta de preconceitos, ser firme, convicto e estar disponível.

Na ausência de contraindicações, a escolha da adolescente deve ser o principal fator na prescrição de um método de contracepção em detrimento de outro. O uso de métodos duplos – o uso de preservativos em combinação com métodos anticoncepcionais mais eficazes para proteção contra infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada – é a prática contraceptiva ideal para adolescentes. Assim como os adolescentes devem ter acesso a toda a gama de contraceptivos, incluindo métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, eles devem ser capazes de diminuir e descontinuar qualquer método por conta própria, sem barreiras.

Um quadro de justiça reprodutiva para aconselhamento e acesso a métodos anticoncepcionais é essencial para proporcionar cuidados de saúde equitativos, aceder e ter cobertura de métodos contraceptivos e resistir à coerção potencial por parte dos prestadores de cuidados de saúde. Existem programas que podem resultar em mudanças mensuráveis em práticas contraceptivas de adolescentes e comportamento sexual, mas não implementados uniformemente nem apoiados por melhorias políticas. Mais pesquisas são necessárias para determinar quais programas são mais eficazes e quais programas não funcionam. Os esforços contínuos são essenciais para o avanço das tendências positivas.

Referências

Committee Opinion No 699: Adolescent Pregnancy, Contraception, and Sexual Activity. Committee on Adolescent Health Care. *Obstet Gynecol.* 2017 May; 129(5): e142-e149. doi: 10.1097/AOG.0000000000002045.

Melo AV, Yazaki LM. O despertar do desejo. In: Fundação SEADE. 20 anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista. São Paulo; 1998. p. 119-25.

Yazaki LM, Morell MGG. A primeira experiência sexual, conjugal e materna. In: Fundação SEADE. Vinte anos no ano

- 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista. São Paulo; 1998. p. 149-52.
- Schor N. Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso [tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1995.
- Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Martins LBM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Sousa MH, Pinto-Neto AM, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/aids em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(2): 315-2
- Bié APA, Diógenes MAR, Moura ERF. Planejamento familiar: o que os adolescentes sabem sobre esse assunto. Rev Bras Prom Saúde. 2006; 19(3): 125-30.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência em Planejamento Familiar: manual para o gestor. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- FEBRASGO- Manual de anticoncepção da <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v37n9_Editorial.pdf>.
- Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Ates W, Stewart FH, Koval D. Contraceptive Technology: Nineteenth Revised, 2009.
- ACOG practice, n. 73: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. Obstet Gynecol 2006; 107(6): 1453-1472
- Petri M, Kim MY, Kalunian KC *et al.* Combined oral contraceptives in women with systemic Lupus erythematosus. N Engl J Med 2005; 353: 2550-2558
- Sammaritano LR. Therapy insight: guidelines for selection of contraception in women with rheumatic diseases. Nat Clin Pract Rheumatol 2007; 3; (5): 273-281.
- Suarez – Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L *et al.* A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. N Engl J Med 2005; 353: 2539-2549.
- Tel SB & Ginosar DM. Contraception for women with chronic medical conditions. Obstet Gynecol Clin N AM 2007; 34: 113-126.
- Thome A, MacGregor A, Nelson-Piercy C. Risks of contraception and pregnancy in heart disease. British Heart Journal October 2006; 92(10): 1520-1525.



Atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes desacompanhados

11

Regina Figueredo¹

Muitas dúvidas e, devido a elas, ocorrências de diversidade na atenção a adolescentes em Saúde Sexual e Reprodutiva têm sido observadas. Essa falta de padronização se deve, não apenas à estrutura diferenciada da Atenção Básica das regiões e municípios, mas, sobretudo, à desinformação sobre as normativas e leis que dão direito às/aos adolescentes a um atendimento autônomo e sigiloso.

Pretende-se aqui dar uma orientação geral sobre procedimentos preventivos, curativos e acesso à atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva, considerando as principais dúvidas e questões relativas ao tema e a necessidade de atualização quanto aos direitos dos adolescentes introduzidos a partir da criação do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

Adolescentes: sujeitos de direitos, incluindo a atenção em saúde sexual e reprodutiva

Todos os profissionais que atuam com saúde ou direitos sexuais e reprodutivos, nascidos antes de 1990, foram educados sob a vigência do antigo Código do Menor. Diferentemente do ECA, essa lei tinha como principal foco os menores de 18 anos considerados transgressores ou em situação de marginalidade; por isso, dava responsabilidade do comportamento desses sujeitos à família ou responsáveis legais, através de uma tutela completa, cobrando a função educativa dos espaços familiares e delegando ao Estado ações quando esses “menores” não eram contidos pela família.

A introdução do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, substituindo o Código do Menor, reposiciona completamente a forma de identificação e garantia de direitos das crianças e adolescentes brasileiros. Essa lei não é dirigida mais para a exceção, mas para o universo desse público, passando a defini-los de forma civil como: *crianças*, aquelas pessoas de 0 a 11 anos; e como *adolescentes*, aquelas de 12 a 17 anos.

O ECA introduz pela primeira vez na legislação brasileira a noção de crianças e adolescentes como sujeitos

de direitos, ou seja, independentemente da decisão ou vontade de suas famílias ou responsáveis, esses indivíduos são cidadãos e por isso têm direitos por si mesmos. Essa nova compreensão do lugar que crianças e adolescentes passam a ocupar na sociedade, por vezes, não é compreendida para quem viveu sua infância e adolescência sob as regras do Código do Menor.

“A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis”. (Brasil, ECA, Art. 15)

Sujeito de direitos significa que, a partir do ECA, crianças e adolescente têm direito à cidadania em sua plenitude (saúde, educação, moradia, etc.) e, como cidadãos têm sua integridade e dignidade protegidas pelo Estado, tal como manda a Constituição; além de serem prioridade nas ações de toda a sociedade.

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” (Brasil, Constituição Federal, Art. 227 – redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010).

O Estado brasileiro tem o dever, através de equipamentos públicos de fornecer condições para o exercício integral desses direitos. No caso do direito à saúde, definida, conforme a Organização Mundial da Saúde, como o estado de bem-estar físico social e mental, isso deve ser promovido através do SUS – Sistema Único de Saúde.

1 Socióloga, Mestre em Antropologia e Doutoranda em Saúde Pública pela USP. Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Coordenadora de Projetos e Treinamentos em Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos. Contato: reginafigueredo@uol.com.br

O ECA orienta que essa atenção em saúde das crianças e adolescentes, seja igualitária, ou seja, não pode haver discriminação no atendimento de saúde preventiva ou curativa de uma criança ou adolescente por sua condição de não ser uma pessoa adulta.

“É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. (Brasil, ECA, Art. 11 – redação dada pela Lei nº 11.185, de 2005).

Com relação à saúde sexual e reprodutiva significa que crianças e adolescentes devem ser protegidos de todos os riscos que possam acometer sua integridade e dignidade sexual, tanto com relação à proteção contra possíveis violências físicas ou psicológicas que possam sofrer, como com relação à prevenção de riscos de saúde relativos ao desenvolvimento ou vivência de sua sexualidade.

Autonomia de adolescentes

Adolescentes, apesar de tutelados pela família para guarda, orientação e educação, têm garantido com o ECA o direito à expressão e respeito e inviolabilidade de sua integridade. Esses direitos incluem o desenvolvimento da sexualidade sem riscos e a atenção às necessidades que esse desenvolvimento pressupõe.

“O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”. (Brasil, ECA, Art. 17)

A sexualidade é um bem individual em si, que compõe a dignidade humana (Delmanto, 2014, p.12), por isso precisa estar livre de qualquer forma de coação ou violência impingidos a adolescentes meninas ou meninos. Sua expressão é diversa conforme a faixa etária e após a puberdade ganha o caráter de atração sexualizada e erótica com relação a parceiros, devido às mudanças hormonais.

Como as mudanças hormonais são biológicas e não cronológicas, diferindo conforme as famílias, a puberdade pode ocorrer desde o final da infância ou durante a adolescência, conforme definidas pelo ECA. A partir da puberdade, será o ambiente social e o perfil indivi-

dual que irão definir o envolvimento afetivo ou sexual desses pré-adolescentes e adolescentes com os outros, geralmente ocorrendo entre os próprios adolescentes em situações de amizade, “ficadas” ou namoros. Esse envolvimento não se inicia necessariamente com uma relação sexual, mas com carícias, beijos, etc; porém inevitavelmente chegará às primeiras relações sexuais, que ocorrem em média no Brasil aos 15 anos, considerando que uns indivíduos as terão antes dessa idade e outros depois.

Pautadas nesse usufruto que adolescentes fazem de sua própria sexualidade e de seu próprio corpo é que devem ser orientadas as ações de saúde, compreendendo que a sexualidade é um bem individual desses indivíduos e que, tal como se faz com adultos, o exercício desse bem deve receber oferta de todas as estratégias de promoção de saúde e prevenção de males e agravos à saúde que possam derivar de seu exercício.

“Nas consultas, você tem direito de ser atendida sozinha, caso você queira, independentemente da presença de seus pais ou responsáveis” (Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Adolescente, 2009)

Nesse sentido, cabe à sociedade e aos profissionais de saúde e educação entender que:

- a informação coletiva de estratégias preventivas em saúde com relação à sexualidade é pública, tal como as de qualquer doença/mal e, por isso, podem ser divulgadas amplamente a todos os cidadãos (incluindo crianças e adolescentes) sem a necessidade de consentimento de nenhuma ordem, já que fazem parte da promoção social da saúde;
- a informação individual sobre estratégias preventivas em saúde com relação à sexualidade é pública, tal como as de qualquer doença/mal e, por isso podem ser divulgadas amplamente a todos os cidadãos (incluindo crianças e adolescentes) sem a necessidade de consentimento de nenhuma ordem, já que fazem parte da promoção social da saúde;
- a dispensa de insumos preventivos não medicamentosos (como, por exemplo, o preservativo) que permitem o exercício do autocuidado e de práticas sexuais seguras pode ser feita amplamente para promover ação educativa a todos os cidadãos (incluindo crianças e adolescentes);
- o atendimento preventivo em serviços de saúde sexual e reprodutiva pode ser realizado para todos aqueles indivíduos (incluindo pré-adolescentes e adolescentes) que desejam manter ou que já estão

mantendo práticas sexuais, de forma a promover a atenção preventiva, livrando-os dos riscos de gravidez não-planejada, prevenção de DST – doenças sexualmente transmissíveis (incluindo a aids);

- o atendimento curativo em serviços de saúde sexual e reprodutiva pode ser realizado para todos aqueles indivíduos (incluindo pré-adolescentes e adolescentes) que já estão mantendo práticas sexuais, de forma a dar resolução de males que essa prática possa os ter acometido, como infecções, doenças sexualmente transmissíveis além, obviamente do acompanhamento de gestações – que se mostram de risco pelas vulnerabilidades físicas e sociais inerentes à faixa etária adolescente.

Essa atenção é, portanto, um direito dos/das adolescente e a não-atenção é uma omissão de oferta de saúde por profissionais, serviços e poder público que deveriam garantir a saúde deste público.

“Diante dessas questões, os serviços e as ações voltados para abordar a sexualidade e a reprodução entre adolescentes e jovens a serem implementadas na rede de atenção do SUS, em seus diversos níveis, definem-se de modo amplo como Saúde sexual e saúde reprodutiva do adolescente e do jovem, e inclui, em si, os seguintes componentes: sexualidade, saúde sexual e reprodução; educação sexual; anticoncepção/planejamento familiar; prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino e mama; atendimento ginecológico; DSTs/aids; gravidez, parto e puerpério”. (Ministério da Saúde, Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva e Adolescentes e Jovens, p. 20)

Assim, conforme os princípios de igualdade de direitos e de promoção à atenção preventiva e curativa em saúde, os procedimentos de atenção em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes sexualmente ativos são:

Procedimentos Autônomos (sem necessidade de autorização)	Procedimentos Não Autônomos (com autorização)
<ul style="list-style-type: none"> Orientação educativa Encaminhamento para grupos educativos Acesso à consulta e informação Dispensa de preservativos Fornecimento de contraceptivos, conforme avaliação clínica Fornecimento da contracepção de emergência em caso de necessidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Situações e procedimentos que envolvam risco de vida Internação hospitalar Cirurgias Realização de Abortos Esterilizações Cirúrgicas

Procedimentos Autônomos (sem necessidade de autorização)	Procedimentos Não Autônomos (com autorização)
<ul style="list-style-type: none"> Realização de exames preventivos e clínicos, como o papanicolaou Realizar exames preventivos de mama Realização de exames/testes de gestação, HIV, etc. Realização de tratamentos clínicos em consulta ou por prescrição medicamentosa Atendimento Psicológico Ter atenção de pré-natal e puerpério Atenção hospitalar emergencial, incluindo ao aborto Atenção ao trabalho de parto 	

O direito do adolescente ao sigilo

Considerar que informações de foro íntimo, incluindo as de sexualidade, dizem respeito à garantia de dignidade configura o direito do indivíduo ao sigilo, não apenas em pesquisas, mas na atenção em saúde física e mental. Por esse motivo, a garantia de sigilo deve ser feita atenção aos adolescentes, com relação a informações discutidas tanto em consultas médicas, de enfermagem, quanto psicológicas. O sigilo também deve ser garantido na atuação de assistentes sociais que atuam invariavelmente associados a serviços de saúde.

O sigilo constitui-se como a garantia de que as informações passadas aos profissionais só poderão ser reveladas a outras pessoas com expresso consentimento do indivíduo. No caso dos/das adolescentes, esse pressuposto é fundamental para construir a relação de confiança que permitirá a aproximação deles aos serviços e descrição e relato de suas condições e vulnerabilidades aos profissionais, permitindo o real atendimento em saúde.

“... pressupostos fundamentais para que os direitos sexuais e direitos reprodutivos sejam assegurados na assistência à saúde, a saber:

1. o reconhecimento de adolescentes como sujeitos de direitos implica a garantia da privacidade, na preservação do sigilo e no consentimento informados como direitos invioláveis na assistência à saúde;
2. a garantia do direito ao respeito, como inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral desses sujeitos, e preservação da imagem, identidade, autonomia, dos valores, das ideias e crenças, da opinião e expressão, dos espaços e objetos pessoais;
3. a afirmação da natureza tutelar do direito à saúde, isso é, sua definição como um direito cuja

garantia exclui qualquer outra norma que prejudique o bem tutelado, nesse caso, a saúde. Isso implica inviolabilidade da prestação de qualquer atendimento em saúde necessário, mesmo diante da ausência de familiar ou responsável legal” (Ministério da Saúde, Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, p. 38).

Por uma série de questões de ordem cultural e de construção da própria identidade autônoma, adolescentes abordam assuntos ou adotam comportamentos que não são sempre de conhecimento de seus familiares. Essa situação é típica da faixa etária com relação a temas considerados tabus pela família em nossa sociedade, como a sexualidade. Por isso, a garantia de sigilo de informações é a única maneira de possibilitar a ida e o vínculo desse público a serviços e profissionais de saúde, que tem por objetivo protegê-los de situações de vulnerabilidade às quais estão sujeitos, como a exposição a relações sexuais desprotegidas, gravidez não-planejada e doenças sexualmente transmissíveis – principais riscos que atingem pessoas com prática sexual.

A situação de atenção autônoma e com sigilo de forma alguma deve ser considerada como uma postura contra a família, mas como uma oportunidade e dever do serviço de saúde de reduzir riscos que os/as adolescentes já estão sujeitos em seu cotidiano. Também pode ser uma situação que favoreça o emporaderamento desses indivíduos para que se sintam fortalecidos e apoiados para iniciar diálogos quanto à sexualidade com seus familiares.

A questão do acompanhante ginecológico

Apesar de não ser uma exigência, a recomendação feita da presença de um acompanhante ao atendimento ginecológico é recomendada pelo Conselho Federal de Medicina para evitar situações de constrangimento e denúncias de abuso entre o público e o profissional de serviços de ginecologia frente a procedimentos considerados invasivos do ponto de vista da intimidade.

Por uma questão de incompreensão da problemática das adolescentes, vários serviços vêm unindo a cobrança de um familiar ou responsável à necessidade de ter um acompanhamento no serviço ginecológico. De forma alguma, essa ligação deve ser feita nos casos de atenção à adolescente, uma vez que seu direito à autonomia e sigilo de atenção em saúde pressupõe a não exigência de presença de parentes ou responsáveis nas consultas ginecológicas.

“É vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a

seus pais e responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não-revelação possa acarretar danos ao paciente”. (CFM, Código de Ética Médica, Art. 103).

Como foi dito, a questão do sigilo e garantia de atendimento autônomo da adolescente tem intenção de garantir o seu vínculo, acesso e atenção no serviço, principalmente para aquelas que estão em maior vulnerabilidade porque se sentem constrangidas no atendimento junto à família ou quando essas famílias desconhecem suas práticas sexuais. Por esse motivo, o acompanhante consulta referido na atenção de ginecológica nunca deve ser exigido de forma a condicionar o atendimento da adolescente: ou o profissional de ginecologia solicita que um colega de serviço/assistente faça esse acompanhamento, ou recomenda à adolescente que venha à consulta acompanhada de uma pessoa de sua livre escolha, dessa forma dando direito a ela de trazer uma amiga e, ao mesmo tempo, garantindo a manutenção do sigilo de sua intimidade frente aos familiares.

A questão da violência sexual

No Brasil, a violência contra crianças e adolescentes é de notificação obrigatória em serviços de saúde e educação.

“...casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”. (ECA, Art. 13)

As situações de violência referidas são de ordem física ou de coação que afetem a integridade e dignidade das crianças e adolescentes. Na área sexual, essas situações envolvem o uso de crianças com fins sexuais, seja virtual, de contato físico ou de promoção à prostituição.

Com relação específica a adolescentes, público que já têm usufruto da própria sexualidade, não se deve confundir toda prática sexual com violência, pois o início da vida sexual ocorre nesse período da adolescência com prática sexual consentida e voluntária entre pares, geralmente adolescentes, às vezes mesmo antes dos 14 anos.

“Na atenção à menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir, frente à informação que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir da informação da adolescente

e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário médico” (SBP e FEBRASGO, 2005, p.9).

A prática sexual de adolescentes não é uma violência, é um direito tanto de meninas quanto de meninos. A denúncia é obrigatória e só deve ser feita quando fere a dignidade ou a integridade dos/das adolescentes, ou seja:

- a prática sexual foi realizada de forma forçada ou mediante ameaça;
- a prática sexual envolver pagamento (prostituição infantil);
- a prática sexual for mantida por relações de poder ou coação (físico ou de autoridade de mais velhos, patrões, tios, pais, padrastos, professores, etc);
- a prática sexual envolver oferta de bens materiais ou de status às/aos adolescentes (que configuram abuso à situação de vulnerabilidade da adolescente);
- a prática sexual envolver a exploração de alguma situação que explore o comprometimento mental ou de saúde física do/a adolescente;
- a prática sexual envolver qualquer outra situação que fira a dignidade ou integridade dos/das adolescentes, aproveitando sua condição de vulnerabilidade socioeconômica;
- a prática sexual envolver menores de 14 anos com adultos que se utilizam do início de desenvolvimento fisiológico da puberdade para fazer sexo com pré-adolescentes.

Portanto, todas as outras situações que envolvem práticas sexuais de adolescentes que, no geral, se configuram como a maioria recorrente no universo e na vida deles devem ser atendidas e orientadas normalmente por profissionais e serviços de saúde sexual e reprodutiva.

“Quanto à atividade sexual para adolescentes femininas menores de 14 anos, a presunção legal de estupro, que poderia causar questionamentos em relação à orientação de anticoncepcionais, deixa de existir se descrita em prontuário como atividade sexual consentida (elimina-se a prerrogativa que seus parceiros sejam todos estupradores)” (Ministério da Saúde, Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, p. 41)

Derrubando a hipocrisia para atuar com prevenção

Uma das questões atualmente mais importantes na atenção em saúde é compreender que houve substituição de leis que antes eram regulamentadas pela moral e pelos bons costumes pela nova orientação de leis que dão

atenção aos direitos de cidadania individuais e coletivos, introduzidas pelo novo Código Civil em 2002 (D’Elia, 2014, p.17). A cidadania envolve respeito à integridade e à dignidade, pensando o indivíduo e não mais pautada na opinião de outras pessoas, parentes ou conhecidos.

Entender tal mudança de foco é imprescindível para que profissionais de saúde e direitos reprodutivos atuem com adolescentes. Se antigamente, a preocupação expressa nas leis e costumes que tratavam da sexualidade estava ligada à regulação do comportamento sexual dos adolescentes, principalmente das meninas, buscando protegê-las da maledicência fruto de uma maternidade solteira, desonra pessoal ou da família frente à sociedade; as mudanças do Código Civil feitas em 2002 reorientaram esse enfoque sexista (Pimentel & Pandjarian, s/d), substituindo a abordagem da mulher de família, pela mulher de direitos civis plenos e liberdade. Portanto, o que está em vigor agora é o reconhecimento do direito da mulher de seu livre arbítrio com relação à própria sexualidade e da necessidade de punição de toda e qualquer forma de opressão, coação e violência que venha a lhes ser imposta.

Essa mudança afeta a compreensão do direito da mulher, igualando-a a todos os cidadãos quanto à liberdade com relação à sexualidade, inclusive homossexuais. As pessoas são livres para exercício da mesma e têm direitos sexuais e reprodutivos. Esses são parte dos direitos humanos inalienáveis de todos. Portanto, também garante que a mulher adolescente deva ser tratada com o mesmo respeito às suas vontades e escolhas, protegendo-a de tentativas de coação, violência, ou desmandos que a sociedade ou a família historicamente quer ter sobre seus corpos, namoros, casamentos e filhos.

Se em nossa sociedade nunca se questionou a atenção à mulher desacompanhada, inclusive adolescente, no pré-natal ou no momento do parto, porque serviços e profissionais não deveriam atendê-la antes, quando ela deseja prevenir a sua saúde sexual e evitar filhos? A mudança de orientação da atenção a adolescentes vem exatamente nesse sentido: focar ações de saúde preventiva e não só de assistência; igualando o direito da adolescente ser atendida quando deseja decidir o rumo de sua vida e separar o exercício da sexualidade da consequência de ter filhos ou doenças.

Cabe aos serviços e profissionais de saúde, por isso, atender adolescentes (principalmente meninas), quando buscam prevenção em saúde sexual e reprodutiva; não apenas por uma questão de direito de cidadania que as autoriza a usufruir dos sistemas de saúde brasileiro, mas por uma questão de ética de postura profissional, uma vez que a atenção resguarda esse público de riscos de saúde.

Já passou a época que a mulher (adulta ou adolescente) sexualmente ativa era vista como alguém que deveria “pagar” pelas consequências de seus atos, como uma punição moral por ter feito algo “errado”. Não cabe no fazer saúde atual esse tipo de retaliação que contradiz a promoção da cidadania e a construção de uma sociedade onde homens e mulheres que se relacionam sexualmente sejam incentivados a serem igualmente responsáveis em proteger a sua saúde sexual e reprodutiva e plane-

jarem-se reprodutivamente para ter uma maternidade e uma paternidade organizada. Cabe aos governos, através dos serviços públicos e pelo exercício dos profissionais de saúde do país, favorecer a efetivação de tais objetivos, com orientação, atenção preventiva e curativa, disponibilização de insumos que permitam a atenção integral em saúde, tal como aponta as diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde com relação à equidade e universalidade.

Referências

- BRASIL. Câmara dos Deputados. Constituição Federal. Brasília, 1988. Disponível em <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91972/constituicao-da-republica-federativa-do-brasil-1988>>.
- BRASIL. Novo Código Civil, Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm>.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990. Disponível em <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/103482/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-lei-8069-90>>.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 240 de 30 de agosto de 2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [resolução na internet]. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7069§ionID=34>>. Acesso em 20 de junho 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.246. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, 26 janeiro de 1988. Seção 1, p. 1574-7. Disponível em <http://www.unifesp.br/spdm/hsp/committe_etica/medica.htm>. Acesso em 30 junho de 2007.
- D’ELIA, F. Tutela Penal e Dignidade Sexual. São Paulo: Letras Jurídicas, 2014.
- DELMANTO, R. Apresentação. In D’ELIA, F. Tutela Penal e Dignidade Sexual. São Paulo: Letras Jurídicas, 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Brasília, 2009. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderneta de Saúde da Adolescente. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Contracepção de Emergência – perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, 2011. 2ª edição. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf>.
- ONU – Organização das Nações Unidas. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Washington: ONU, 1948. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>>.
- PIMENTEL, S.; PANDJIARJIAN, V. Aborto: discriminar para não discriminar. Brasília: Agende, s/d. Disponível em <<http://www.agende.org.br/.../Aborto%20-%20discriminar%20para%20nao%20discriminar.pdf>>.
- SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria; FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia. Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. *Adolescência e Saúde*, volume 2, nº 2, junho 2005. Disponível em <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=168>.

Prevenção de gestações não-planejadas, abortos e oferta de contracepção de emergência para adolescentes

12

Regina Figueiredo¹ e Isméri Seixas²

Práticas sexuais de risco entre adolescentes

No Brasil, o número de gestações entre adolescentes de 15 a 19 anos corresponde a 25% do total do país (DataSUS). Tais ocorrências não podem ser consideradas automaticamente gestações indesejadas, uma vez que várias (Souza; Corrêa; Souza, 2001; Longo, 2002) ocorrem por desejo de verificação da própria fertilidade e da necessidade de vivência do risco, mas também de projetos conscientes ou não de maternidade, geralmente ligados a uma restrita expectativa de vida, que fazem a menina querer virar logo mãe para ter status de adulta, morar com o parceiro ou afastar-se do núcleo familiar.

Apesar dessas ocorrências, sabemos que na realidade grande parte das adolescentes engravida de forma indesejada e fruto de relações de risco sem proteção, facilitadas por vários fatores que as predispõem a tal situação: a não percepção da sexualidade adolescente pelos adultos que deveriam orientar práticas preventivas quanto ao sexo; a não aceitação da prática sexual das meninas por seus familiares que sonham informações contraceptivas e as levam a práticas de risco sem o planejamento preventivo necessário. Essas práticas sexuais, portanto, tendem a se iniciar sem hora ou local determinado, sem disponibilidade de contraceptivos, nem discussão de uso de prevenção com o parceiro (Figueiredo, 2008).

Tal vivência do risco conduz a um aprendizado da necessidade da prevenção, que ocorre para a maioria posteriormente ao início das relações sexuais, de seis meses até um ano, e em paralelo à exposição de risco de gravidez e DST – doenças sexualmente transmissíveis (Andalafi Neto, 2003). Ou seja, junto à prática há um processo educativo que se realiza diante da iminência do fato indesejado; por isso, ocorrem tantas gestações e, também, tantos abortos advindos delas ocorrem mais de 2.000 internações por aborto em hospitais ligados ao SUS anualmente na faixa etária de 15 a 19 anos, e o parto, gestação e abortos são a primeira causa de interna-

ção hospitalar de adolescentes no estado de São Paulo (DataSUS).

Educação sexual e planejamento familiar para pré-adolescentes e adolescentes

Sem dúvida, há necessidade de implantação de uma política de Educação Sexual sistemática e não apenas de ações pontuais nas escolas brasileiras. Só através da educação é possível consolidar a abordagem, orientação e discussão de todos os aspectos envolvidos na sexualidade e no processo de amadurecimento sexual da puberdade em sua complexidade: vivências internas e de grupo; desenvolvimento cognitivo emocional e racional das diferentes faixas etárias; discussão sobre a educação de gênero que a sociedade oferece de forma diferenciada e sexista para meninas e meninos; discutindo interferências culturais, religiosas, de alteridade entre as famílias, das diversas realidades sociais e contrapondo-as com as informações científicas (Figueiredo, 2005), tal como condiz um bom processo de aprendizado.

O papel da educação é fundamental na medida em que sabemos que, no Brasil, boa parte das famílias apresenta dificuldade e desinformação com relação à sexualidade, tema que é considerado culturalmente um tabu em nossa sociedade. Ao ofertar discussões na escola e fora do espaço familiar, se permite que adolescentes se sintam protegidos da exposição individual frente à família e possam avaliar o tema de forma ampla.

Ao mesmo tempo, deixar a abordagem da sexualidade apenas para a família é ignorar a importância e o impacto que essas ocorrências apresentam epidemiologicamente na vida de milhares de meninas. Portanto, incluir a prevenção de gravidez e das DST/aids na escola, dentro dos temas da Sexualidade, incluindo a informação sobre métodos contraceptivos, se faz necessário, embora ainda não seja uma realidade na vivência escolar de todos os adolescentes brasileiros.

1 Socióloga, Mestre em Antropologia e Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

2 Médica Ginecologista e Obstetra, Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo, Professora da Faculdade de Medicina do ABC e do Instituto Brasileiro Interdisciplinar de Sexologia e Medicina Psicossomática.

Outros espaços em que o adolescente transita e se relaciona com seus pares também têm dever de abordar tais temas. No estado de São Paulo, as Casas de Adolescente e também outros serviços ambulatoriais ou assistência ao adolescente realizam grupos educativos de discussão com esse público. Esses grupos incluem a abordagem do planejamento familiar e reprodutivo, discussões sobre a sexualidade e a necessidade de prevenção de DST/aids com o uso de preservativos.

Embora existam tais ações, os espaços de saúde não são suficientes para atender toda a demanda e necessidade da população adolescente quanto à sexualidade. Por esse motivo, a maior parte dessa população já chega aos serviços pós-evento, geralmente diante de uma gestação. Por esse motivo, as áreas técnicas de Saúde de Adolescentes, da Mulher e de DST/aids federais e do estado de São Paulo incentivam que o trabalho preventivo seja realizado em serviços da atenção primária de saúde, em especial nas UBS – unidades básicas de saúde, incluindo as que adotam a estratégia de Saúde da Família. Por esse motivo, várias tem sido as diretrizes que recomendam essa atuação (Araújo; Saletti Filho; Calazans, 2006).

Acesso a contraceptivos e à contracepção de emergência

O Ministério da Saúde (2005) lançou as diretrizes legais de atenção a adolescentes, procurando reiterar o direito destes ao acesso a métodos contraceptivos já orientados pelas Normas Técnicas de Atenção à Saúde Integral da Mulher (1983) e de Planejamento Familiar (2004), garantido a integralidade das ações em todas as faixas reprodutivas.

Tal orientação ressalva o direito de orientação educativa e acesso a todos os métodos contraceptivos, em especial orientando o uso de preservativo masculino visando a dupla-proteção que sirva também à prevenção das DST/aids. Além disso, essa opção inclui a orientação e fornecimento da contracepção de emergência, como recomenda o Ministério da Saúde (2011), uma vez que, como foi dito, é típico desse público se expor a relações de risco até que ocorra a adesão de métodos contraceptivos de uso regular.

A inclusão da contracepção de emergência nas políticas públicas brasileiras não foi uma iniciativa que teve intenção de resolver o problema de Planejamento Familiar ou de abortos do país, mas complementá-las (Ministério da Saúde, 2011). A estratégia principal para evitar tais ocorrências é a promoção da Educação Sexual e contraceptiva, o aumento da oferta de métodos contraceptivos e a facilitação do acesso a esses para todos os públicos,

principalmente adolescentes. Busca-se, assim, que a prevenção seja feita *a priori*, ou seja, antes que o risco de gravidez possa se estabelecer por uma relação sexual insegura. Tal opção é mais consequente e confiável, mais segura, mais barata, mais eficaz e têm maior efetividade no cotidiano das pessoas, promovendo inclusive um autocuidado constante com a saúde. Por isso, devem ser escolhidos para uso em relações sexuais, métodos contraceptivos de uso regular, principalmente preservativos, que protegem também contra as DST e aids.

A contracepção de emergência entra como um plano “B”, por ser o único método disponível para prevenir a gravidez passível de ser adotado após o coito. Ela é importante para as diversas situações onde não foi possível (por várias razões que exploraremos) antepor-se o risco gravídico com a utilização de outro contraceptivo, ou mesmo, quando houve algum problema no uso desse que possa indicar menor eficácia de proteção.

A contracepção de emergência funciona impedindo a fecundação e a ovulação (caso ainda essa não tenha ocorrido) por um período de 120 horas depois que a relação sexual ocorreu (Ministério da Saúde, 2011). Seu uso óbvio ocorre nas situações de violência sexual, onde a mulher adulta ou adolescente é pega sem proteção contraceptiva. Podemos incluir nesse raciocínio de uso, também a exposição sexual “surpresa” ocorridas frente a abusos sexuais ou até relações consentidas de mulheres e adolescentes com comprometido desenvolvimento mental que as impede de proteger-se, além de situações onde há abuso sexual de portadores de necessidades especiais que estão em maior situação de vulnerabilidade para proteger-se de investidas sexuais não programadas.

Porém, com relação a adolescentes, as ocorrências de “emergência” mais comuns vão incluir outras situações de desproteção contraceptiva, quando houve falha no uso de algum método contraceptivo, involuntárias à pessoa (a camisinha rompeu, o diafragma se deslocou, houve relação sexual em dias de esquecimento da pílula anticoncepcional ou anterior a uma expulsão de DIU); além de situações onde não houve uso de contraceptivo.

Com relação ao uso de preservativos, sabemos que esse pode não ocorrer por diversas situações-pressões externas à vontade da mulher ou da adolescente: recusa ou reclamação do parceiro em utilizá-la, indisponibilidade no momento da relação sexual, falta do insumo gratuito em serviços de saúde, etc. Essas razões inicialmente também são involuntárias e submetem diariamente centenas de adolescentes e mulheres ao sexo com risco, principalmente quando não são educadas a se precaver, a carregar preservativos na bolsa e a negociar e pressionar o parceiro para utilizá-lo.

Assim como o não uso de preservativos, o não uso de contraceptivos de uso regular pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais recorrente entre adolescentes que estão começando a vida sexual e que: iniciam suas relações em momento e local não-planejados; ainda não assumiram para si mesmas essa prática; assumiram sua prática sexual, embora por receio de que familiares “descubram” esse insumo em seu poder não iniciam seu uso; não têm hábito de prevenção à saúde e só pensam depois; praticam o sexo sob efeito de alguma substância psicoativa ou álcool que dificulta a prevenção.

Por isso, em todos esses casos descritos, a oferta da contracepção de emergência por profissionais de saúde se faz indispensável, já que pode ser utilizada após esse momento de situação-pressão e situação-risco. Esse uso não deve ser incentivado, mas realizado visando a redução de um “mal maior”, fornecimento que pode ser utilizado como um “momento-chave” para o diálogo e integração dessa adolescente em procedimentos preventivos seguros, como o uso de métodos regulares ou a prevenção de DST/aids com preservativos. Dessa forma, retira a adolescente da condição de risco e da marginalidade com relação à informação e acesso às instituições de saúde.

O uso correto do método, portanto, é benéfico, e pode servir para ganhar tempo com relação à gravidez e mesmo o aborto, reduzindo-os, motivando a adoção de comportamentos preventivos, antes que esses eventos se instalem. Ao mesmo tempo, é fundamental que essa informação e cultura de uso correto seja disseminada – papel fundamental de serviços de saúde –, pois o boca a boca de informações entre os adolescentes predispõe ao uso não orientado, repetitivo ou até contínuo do método.

A utilização errônea da contracepção de emergência não é só prejudicial do ponto de vista da sobrecarga hormonal e efeitos colaterais no metabolismo que vão desencadear sintomas, principalmente gástricos, circulatórios e de cefaleia, mas principalmente, porque não é eficaz do ponto de vista contraceptivo (Ministério da Saúde, 2011). O uso repetido do método desregula o ciclo menstrual e termina facilitando a falha do método, favorecendo a gravidez (Ministério da Saúde 2011).

Apesar da informação sobre o método estar ocorrendo no “boca-a-boca” entre os grupos de adolescentes e jovens, demonstrando grande conhecimento do método e uso por mais de 30% entre adolescentes de Ensino Médio (Figueiredo & Segri, 2014), por mais de 28% entre frequentadores do Ambulatório de Ginecologia da Adolescente da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Monteleoni; Takiuti; Conceição; Keer, 2005) e entre 39,4% de entre

jovens e adolescentes que frequentaram o Carnaval do Guarujá no litoral paulista em 2006 (Figueiredo; Mc Britton, 2006).

Embora o uso entre adolescentes e jovens seja frequente, pesquisas realizadas nacional e internacionalmente (Figueiredo & Segri, 2014; Camp; Raine; Wilkerson, 2003; Belzer, 2003; Raine *et al*, 2000;) demonstram que a oferta desse método não promove o abandono ou a diminuição do uso de outros contraceptivos por quem já os utiliza, incluindo as camisinhas. Apenas vem sendo utilizado de forma complementar em riscos esporádicos aos quais as jovens já se expõem, entre os que já não utilizavam contracepção, os que não aderem com frequência a um método ou os que utilizam métodos comportamentais como a tabelinha e o coito interrompido (Figueiredo & Segri, 2014).

De acordo com a facilidade de acesso sem a apresentação de receita em farmácias, comum em nosso país para medicamentos de tarja vermelha, o uso da contracepção de emergência ocorre em pelo menos 80% sem indicação de profissionais de saúde (Monteleoni; Takiuti; Conceição; Keer, 2005). Com a Nota Técnica federal editada em 2014 (Ministério da Saúde, 2014), orientando a dispensa em serviços do SUS sem necessidade de prescrição médica para receber o método, a tendência é que mais adolescentes busquem os serviços públicos de saúde para adquiri-lo.

Ao mesmo tempo, o receio de uso errôneo e repetitivo do método por adolescentes também poderá ser prevenido, uma vez que a disseminação do insumo em serviços de saúde pode facilitar a orientação de adolescentes e jovens até que a informação da não serventia como método regular atinja 100% da população.

De qualquer forma, embora levantamento realizado com público específico de meninas atendidas no Ambulatório de Ginecologia da Adolescente da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Monteleoni; Takiuti; Conceição; Keer, 2005) ter demonstrado 29% de uso repetido entre as usuárias do método, estudos com frequentadores do Carnaval do Guarujá em 2006 (Figueiredo; McBritton, 2006) e no inquérito realizado na rede estadual de Ensino Médio da cidade de São Paulo em 2006 (Figueiredo & Segri, 2014), observaram apenas 12,1% e 10,0% de uso repetido do método por quem o utilizou.

Tal constatação aponta o papel fundamental da saúde pública e do discurso preventivo e de Educação em Saúde, na disseminação da informação de que a contracepção de emergência não é adequada para uso regular. Essa orientação deve estar entre as principais ações das políticas públicas de saúde e educação sexual nos próximos anos,

de forma que solidifique uma cultura de uso do método correta entre nossa população e fortaleça a necessidade de adoção do preservativo como método principal.

Considerações finais

Procurou-se discutir a importância e serventia da contracepção de estratégia no momento atual da contracepção adolescente e jovem brasileira, mostrando sua relevância como método estratégico de apoio. Ao mesmo tempo, foram sintetizadas informações dos estudos bra-

sileiros realizados até o momento sobre o uso e conhecimento do método, reforçando que ele já é “de domínio” público entre o público que os utiliza em suas relações sexuais de risco.

Por fim, aponta-se a importância de uma abordagem ativa dessa opção contraceptiva para que se fortaleça o seu uso benéfico e correto e previna distorções de uso decorrentes da falta de orientação em saúde entre essa população.

Bibliografia

- ANDALAFI NETO, Jorge. Comportamento sexual na Adolescência – o papel da anticoncepção de emergência. *Journal da SOGIA*, Ano 4, nº 6, jan, fev, março/2003.
- ARAÚJO, Téo; SALETTI FILHO, Haraldo César; CALAZANS, Gabriela; FIGUEIREDO, Regina. *Guia Prático para o Desenvolvimento de Ações de Prevenção às DST/Aids Voltadas a Adolescentes e Jovens*. São Paulo, CRT/Aids – SES/SP, 2006.
- BELZER, Marvin & cols. Advanced Supply of Emergency Contraception for Adolescent Mothers Increased Utilization without Reducing Condom or Primary Contraception Use. *Journal of Adolescent Health*, n. 32(2), 2003. p.122-123.
- CAMP, S.L.; RAINE, T.R. & WILKERSON, D.S. The Benefits and risks of over-the-counter availability of levonorgestrel emergency contraception. *Contraception*, n. 69, 2003. p. 309-317.
- DataSUS. <www.datasus.br>. [Acesso em 29 de julho de 2014].
- FIGUEIREDO, Regina. *Sexualidade, Prática Sexual e Prevenção da Gravidez Não-Planejada entre Adolescentes, incluindo Contracepção de Emergência*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.
- FIGUEIREDO, Regina; MC BRITTON, Marta. Comportamento Sexual e Reprodutivo de Adolescentes e Jovens no Carnaval do Guarujá, 2006. São Paulo, BARONG, 2006. (Livro publicado em CD ROM).
- FIGUEIREDO, Regina; SEGRI, Neuber José. Use of Male Condoms among Adolescents with Free Access at Emergency Contraception – Study among Students from the Public Education System of the Sao Paulo, Brazil. *World Journal of Aids*, n.4, 2014. p.178-186.
- LONGO, Luciene A. F. de B. Juventude e Contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. *XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, 4 a 8 de novembro de 2002. (Trabalho Apresentado).
- MONTELEONI, Maria Lúcia; TAKIUTI, Albertina D; CONCEIÇÃO, Ismeri; KERR, Joana. Anticoncepção de Emergência e a Adolescente. Anais do Congresso Latino-americano de Gineco-Obstetrícia, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Contracepção de Emergência – perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 2ª edição.
- RAINE, Tina *et al*. Direct Access to Emergency Contraception Through Pharmacies and Effect on Unintended Pregnancy and STIs – a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, n. 293, 2005. p.54-62.
- SOUZA, Vera Lúcia Costa; CORRÊA, Maria Suely Medeiros; SOUZA, Sinara de Lima; BESERRA, Maria Aparecida. O aborto entre adolescentes. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 2001 março; 9(2): 42-7.

Marco Aurélio Galletta¹, Adriana Lippi Waissman² e Marcelo Zugaib³

Introdução

Caracterizada como período de mudanças anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais que separam a criança do adulto, prolongando-se dos 10 aos 20 anos incompletos pelos critérios da Organização Mundial da Saúde ou, como prescreve o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), dos 12 aos 18 anos, a adolescência se reveste de características especiais quando acompanhada por uma gravidez.

Reconhecida como fase de crise vital, onde os papéis sociais e psicológicos se modificam, a adolescência se impregna, na concorrência de uma gravidez, de novos desafios existenciais a comprometer o aspecto psicológico já denso. Os novos papéis de mulher e adulta se incorporam ao de mãe e de esposa, em prazo de tempo exíguo, exigindo um desenvolvimento psicoemocional notadamente pleno e acelerado, muitas vezes insatisfatório, denotando uma crise existencial de difícil enfrentamento.

No Brasil, temos tido uma queda no número de partos em geral e de adolescentes em específico. A taxa de recém-nascidos vivos filhos de mães adolescentes, por dados do SINASC do Ministério da Saúde, que era de mais de 750 mil em 2000, chegou a pouco mais de 560 mil em 2011, com queda menos acentuada nos últimos anos, chegando a 546.529 em 2015. A porcentagem do número total de partos que era de 25% nos anos 1990, também tem caído, passando a ser de 23,4% em 2000, 19,25% em 2011 e de 18% em 2015. Essa queda ocorreu em todas as regiões do país, mas nas regiões Norte e Nordeste houve aumento no número de casos entre 10 e 14 anos que, de outra forma, se manteve relativamente constante nos últimos anos no Brasil como um todo, com uma variação entre 25 e 28 mil casos por ano. Além disso, há uma correlação negativa entre o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) das regiões e a taxa de recém-nascidos vivos de mães entre 10 e 14 anos, com os menores índices de desenvolvimento humano e as maiores taxas de partos entre adolescentes precoces nas regiões Norte e Nordeste. (Vaz e col., 2016)

A gravidez na adolescência é um fenômeno que tem preocupado os pesquisadores, os especialistas e as autoridades em saúde pública, não só pela sua importância em termos de prevalência, mas também pelas repercussões médicas e sociais. Geralmente é uma gravidez não programada e indesejada que interferirá no processo de formação psíquica, intelectual e profissional dessa jovem, a qual comumente interrompe seus estudos e carreira para gestar e cuidar do bebê. Despreparada psicossocialmente para esse evento, a adolescente negligencia aspectos básicos da sua saúde, repercutindo no seu bem-estar e no de sua criança. Esse processo torna a gravidez na adolescência claramente uma situação de risco.

O risco obstétrico

A gravidez é considerada de risco quando a gestante ou o conceito estão mais sujeitos a lesões ou mesmo morte em decorrência do ciclo gravídico-puerperal. Diversos autores definem a gravidez na adolescência como sendo de alto risco.

Conde-Agudelo e col. (2005), analisando os dados de mais de 850 mil partos na América Latina, relatam uma razão de morte materna de 54 para cada 100.000 partos entre as gestantes com idade ≤ 19 anos, superior ao coeficiente das adultas (20-25 anos), que seria de 41 para cada 100.000, com risco relativo de 1,12. O risco seria ainda maior ao se considerar a idade mais precoce, abaixo dos 16 anos, com uma taxa de 185/1000.000, com um risco relativo de mais de 4 vezes. Os mesmos autores, ao analisarem os óbitos neonatais, notam o mesmo risco relacionado com a idade das mães. Considerando as mães com idade ≤ 19 anos, a taxa de óbito neonatal seria de 11,1 a cada 1.000 recém-nascidos, pouco superior à taxa de 8,6/1000 entre as mães com idade entre 20 e 25 anos, com risco relativo de 1,02, não significativo. No entanto, ao se considerar os nascidos de mães com idade < 16 anos, a taxa se elevaria para 15,2/1000, com risco relativo de 1,50 vezes (IC95%: 1,33-1,70).

1 Docente Doutor - Disciplina de Obstetrícia da FMUSP.

2 Mestre e Doutora pela Faculdade de Medicina da FMUSP. Assistente da Clínica Obstétrica da FMUSP.

3 Docente Doutor - Disciplina de Obstetrícia da FMUSP.

Chen e col. (2008) também estabelecem, com os dados de mais de 4 milhões de nascimentos nos Estados Unidos, maior taxa de mortalidade neonatal (até 28 dias de vida) entre as mães < 20 anos, com taxas de 7,3/1000 entre aquelas entre 10 e 15 anos e de 4,9/1000 entre aquelas entre 16 e 17 anos, *versus* 3,5/1000 na população adulta (20-25 anos). O risco relativo para morte neonatal considerando o grupo geral de adolescentes (10-19 anos) seria de 1,36 (IC95%: 1,32-1,40), sendo maior no grupo mais precoce, de 10-15 anos: 2,11 (IC95%: 1,99-2,24). Tal risco continuava significativo mesmo na análise multivariada, levando em conta vários confundidores como qualidade de pré-natal, raça, nível educacional, uso de álcool e tabaco, ganho de peso na gravidez e malformações fetais, só perdendo significado estatístico quando a prematuridade entrava no modelo estatístico. Foi também verificada a morte infantil até 1 ano de vida, definindo-se a morte pós-neonatal como aquela ocorrida entre 28 dias e 364 dias. Essa mortalidade também esteve aumentada entre as mães adolescentes, com RR de 1,70 (IC95%: 1,63-1,77) para todas as adolescentes e de 2,44 (IC95%: 2,26-2,63) entre as adolescentes mais novas (≤ 15 anos). Aqui, interessante, a inclusão de novas variáveis no modelo, inclusive a idade gestacional ao nascimento, não modificou o resultado, mantendo-se o significado estatístico, indicando que a mortalidade pós-neonatal, até um ano de vida é aumentada em filhos de mães adolescentes, independentemente da prematuridade e de outros fatores.

No Brasil, esse quadro de risco associado à gravidez na adolescência também é visto. Souza e col. (2010), analisando 72 mortes maternas em mulheres adolescentes no estado de Santa Catarina, notam uma taxa relativa de mortalidade materna maior do que o do resto do estado, sendo a maioria das mortes evitável, com um quarto delas por doença hipertensiva específica da gravidez. Schoeps e col. (2007), por sua vez, analisando em estudo caso-controle os fatores associados à mortalidade neonatal na cidade de São Paulo, apontam a mãe adolescente como importante fator de risco, com OR = 3,2 e, quando ajustado, OR=2,8 (IC95%; 1,1-6,9).

Vemos, assim, que a gravidez na adolescência pode sim ser considerada como de alto risco em termos de saúde pública. Procuraremos discutir nas próximas páginas como organizar um serviço de pré-natal que possa dar conta desses riscos, diminuindo-os, patrocinando assim uma condição de saúde mais adequada para essas jovens e seus nascituros. Consideraremos inicialmente questões mais genéricas sobre esse atendimento, esmiuçando a seguir as condições particulares.

A organização do serviço pré-natal

O atendimento deve ser em separado das demais gestantes. Não é infrequente observarmos certa animosidade da gestante mais velha para com a adolescente. O que essa jovem certamente não precisa nesse momento é a censura, seja explícita ou velada. É interessante que as gestantes adolescentes possam se encontrar com jovens na mesma situação. A identidade do adolescente se constrói a partir do referencial grupal. É típico do adolescente pertencer a um grupo, uma “gangue”, uma “tribo”, e não seria diferente agora, nesse momento de maiores incertezas. Assim sendo, a estruturação de um atendimento que privilegie a formação de grupos educativos ou mesmo de espaços de troca entre tais gestantes é aconselhável e altamente produtivo. Ao formar vínculos com outras gestantes adolescentes, a paciente sente-se mais segura e adere melhor ao acompanhamento pré-natal, o que perfaz um benefício extraordinário.

A formação de grupos educativos, além de ajudar a congregiar as adolescentes, tem um aspecto importante que é da transmissão de informações, que encontra certas facilidades na adolescência, porque essas pacientes têm grande disposição para adquirir conhecimento, não só pela inserção escolar, mas também e principalmente pela sua inerente curiosidade. Entretanto, nem sempre a adolescente apresenta um movimento espontâneo de busca de conhecimentos e de referenciais, isso porque o imediatismo e a onipotência próprios desse período da vida dificultam sobremaneira a disposição em procurar elementos ligados ao futuro, para elas sempre tão distante. E também porque os adolescentes acreditam que já sabem tudo ou quase tudo que precisavam saber. Dessa forma, a iniciativa do serviço em apresentar certas informações em grupo vai de encontro a uma necessidade nem sempre percebida, mas muitas vezes responsiva a esse apelo inicial. Ademais, a informação tende a diminuir o medo pelo desconhecido, cuja repercussão sobre a tensão psíquica e muscular já é sobejamente conhecida, dificultando o preparo para o parto.

Outro aspecto a ser lembrado é a importância da constituição de um grupo multiprofissional de assistência.

Esse tipo de atendimento é comprovadamente superior ao tradicional por vários motivos. Primeiro porque o adolescente é um ser que, semelhantemente à criança, apresenta reações integradas e responde como um todo a quaisquer estímulos. Por outro lado, o comportamento do adolescente é um tanto específico e diferenciado, tendo ele uma filosofia própria de vida, com diversas e complexas facetas, expressas aleatoriamente em seu desenvolvimento descontínuo. Seria difícil o fenômeno da adolescência ser entendido por apenas um ramo do co-

nhecimento humano, sendo necessária a concorrência de diversos profissionais para entender o adolescente em toda sua complexidade. Não devemos esquecer também que o fenômeno da adolescência emerge da transformação industrial de nossa sociedade e que qualquer jovem é muito mais sujeito às forças socioculturais do que o adulto, o que por si só justifica uma abordagem mais globalizante desse indivíduo.

A configuração de uma equipe multiprofissional auxilia assim o adolescente em dois sentidos. Em um primeiro aspecto, o adolescente pode procurar ajuda especializada mais facilmente, sendo abordado por vários profissionais concomitantemente, ampliando o leque de assistência. Por outro lado, o convívio entre os diversos profissionais tende a mudar a perspectiva de cada um deles, que passam a atender o jovem com uma visão mais integral e ampla, adquirindo cada um deles um pouco da visão do outro, trabalhando com mais humildade e disponibilidade para aprender não só com outro profissional, mas também com o próprio jovem a ser atendido.

Se todas essas ponderações não fossem suficientes para estabelecer a importância e a necessidade desse tipo de atendimento diferenciado, tal confirmação se faria pela simples observação, adiante apresentada, de que tal tipo de pré-natal globalizante apresenta resultados mais satisfatórios do que o pré-natal tradicional, centrado única e exclusivamente no médico, o qual, por melhor que seja, não tem como abordar todos os aspectos da adolescência de forma adequada e significativa do ponto de vista terapêutico.

Recentemente, um grupo de especialistas canadenses (Fleming e col., 2016) se reuniu para estabelecer um consenso no atendimento de gestantes adolescentes, com uma série de recomendações, muitas das quais coincidem com as nossas. No tocante à estruturação de um pré-natal diferenciado e multiprofissional, esses autores apresentam as seguintes recomendações (a qualidade da evidência e força da recomendação):

1. Os profissionais de saúde deveriam adaptar os seus cuidados de pré-natal para adolescentes, oferecendo cuidados multidisciplinares que seriam facilmente acessíveis já no início da gravidez, reconhecendo que as adolescentes frequentemente se apresentam para o cuidado pré-natal mais tardiamente do que as adultas. Um modelo de atenção pré-natal preferível seria o que oferecesse a oportunidade de abordar todas essas necessidades em um só lugar. (II-1A; isso é, evidência de ensaios bem desenhados, mas sem randomização, havendo boa evidência para recomendar a ação).

2. Os prestadores de cuidados de saúde devem ser sensíveis às necessidades singulares de desenvolvimento das adolescentes através de todas as etapas da gravidez e durante o trabalho de parto, parto e período pós-parto. (III-B; isso é, evidência derivada da opinião de autoridades respeitadas, baseada em experiência clínica ou estudos descritivos, com adequada evidência para a recomendação da ação).
3. As adolescentes têm gestações de alto risco e deverão ser cuidadas de acordo com esse risco, dentro de programas que tenham a capacidade de gerenciar seu cuidado dessa forma. Os riscos físicos únicos da gravidez na adolescência devem ser reconhecido e os cuidados prestados devem abordar tais riscos. (II-1A).
4. Os pais e os companheiros deveriam ser incluídos no cuidado pré-natal, na educação e cuidado com o bebê tanto quanto possível. (III-B).
5. Aconselhamento sobre todas as opções (abortamento, adoção, assumir a gravidez e o cuidado do bebê) deveria ser fornecido a toda e qualquer adolescente com gravidez intrauterina confirmada. (III-A; isso é, evidência derivada da opinião de autoridades respeitadas, baseada em experiência clínica ou estudos descritivos, com boa evidência para a recomendação da ação).
6. Um cuidado pré-natal culturalmente adequado, incluindo apoio emocional, educacional e clínico na assistência aos pais adolescentes, que os leve a ter uma vida mais saudável, deverá estar disponível. (II-3A; isso é, evidências obtidas de comparações entre tempos e locais, com ou sem intervenção, com boa evidência para recomendar a ação).

Assistência pré-natal atenta às principais patologias e condições obstétricas

Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)

Tal doença, que na verdade engloba duas formas clínicas, quais sejam, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, é relacionada por muitos autores como ligada à gravidez na adolescência, comprovadamente aumentada nessas pacientes. Definida como distúrbio hipertensivo restrito à gravidez (PA \geq 140 x 90 mmHg em pelo menos duas ocasiões), associado a edema e/ou proteinúria, que ocorre na segunda metade da gravidez, geralmente após a 34ª semana, podendo evoluir para a forma convulsiva da eclâmpsia, a pré-eclâmpsia tem características epidemiológicas que dispõem a gestante adolescente ao risco, tais como: primiparidade, gestação nos extremos da vida reprodutiva, baixo nível socioeconômico e *stress* psicossocial.

Uma meta-análise realizada por Galletta (2002) com 41 trabalhos presentes na literatura entre 1956 e 2000, englobando mais de 260.850 pacientes, percebeu risco relativo aumentado em cerca de 2 vezes para o evento pré-eclâmpsia, na comparação entre adolescentes e adultas (OR=2,10 – IC95%: 2,02-2,17). Na mesma análise, foram também avaliados 18 estudos, com 94.445 gestantes, que comparavam a ocorrência de eclâmpsia entre adolescentes e adultas, revelando um risco quase 9 vezes maior para as adolescentes (OR = 8,98 – IC95%: 7,85-10,28).

Embora a incidência de pré-eclâmpsia no grupo específico de adolescentes varie bastante na literatura, havendo os menores índices com o controle de variáveis confundidoras e os maiores índices na presença de pré-natal insuficiente (Darzé, 1989), comprova-se cada vez mais que ocorreria um claro benefício com a atenção multiprofissional.

Tal aspecto da diminuição da incidência em grupos de pré-natal especializado foi contemplado em excelente ensaio de meta-análise realizado por Scholl e col. em 1994, o qual avaliou os diversos trabalhos da literatura disponíveis até então, concluindo haver um risco relativo (R.R.) levemente aumentado para as gestantes adolescentes em relação às demais. Ao analisar somente as gestantes < 16 anos, notaram um risco aumentado nos trabalhos mais antigos (R.R. de 1,26), que não se repetia nos trabalhos mais recentes (R.R. de 0,71). Ao analisar os trabalhos que distinguiam as pacientes submetidas a um algum programa de pré-natal especializado (*Comprehensive Program of Prenatal Care*), o achado foi idêntico em todos eles e consistente com uma significativa diminuição no risco de desenvolver pré-eclâmpsia naquelas pacientes submetidas a um programa multiprofissional de assistência pré-natal em comparação ao pré-natal tradicional. O R.R. encontrado foi de 0,59 (95% C.I.: 0,49-0,72), o qual, por não cruzar a unidade, comprova a significância estatística do dado. A partir desse fato, é possível fazer a inferência de que a diminuição do risco vista nos trabalhos mais recentes teria relação com a ocorrência cada vez mais frequente do *Comprehensive Prenatal Care* nas pacientes arroladas.

Apesar da fisiopatologia da DHEG ser ainda obscura em muitos de seus aspectos, ganha corpo a concepção de que o *stress* agudo ou crônico estaria relacionado a essa condição (Takiuti, 1999). Esse tipo de assistência globalizante muito teria portanto a contribuir com a diminuição de um *stress* psicossocial reconhecidamente exacerbado e, assim, favorecer um melhor resultado perinatal, com descenso das cifras de pré-eclâmpsia.

A gestante adolescente apresenta diversas dificuldades de adaptação, desde a notícia da gravidez até o par-

to. Primeiro, vem o choque com a notícia e a decisão de abortar ou não. Depois, vem a perspectiva de notificar a família e iniciar o pré-natal. Aí se tem o enfrentamento frente ao grupo social e à escola, as mudanças corporais, as inquietações sobre a própria gravidez, a aceitação do papel de mãe – que se justapõe ao de filha – e a preocupação com o parto. São diversos aspectos a serem abordados por uma jovem que pouca maturidade tem e que ainda está dando conta das próprias questões da juventude.

Todas essas questões deverão ser enfrentadas pela adolescente que, sem estrutura psíquica adequada, enfrenta-as com ansiedade desproporcional, gerando um *stress* por muitos aspectos prejudicial. O auxílio de vários profissionais faz essa jovem encarar tais desafios de forma mais salutar, dando conta da complexidade desse momento com novos recursos que vão se criando. Não se deve nessa ocasião isolar a paciente de seus problemas, mas sim ajudá-la a enfrentá-los da melhor forma possível. Para tanto são imprescindíveis profissionais como o psicólogo, que intercede do ponto de vista da estrutura psíquica, e o assistente social, que ajuda a paciente na reestruturação de sua vida, seja escolar, trabalhista ou de convívio com os pais e/ou parentes, que precisarão estar presentes para o suporte não só econômico como também emocional.

Ao trabalhar dessa forma, a equipe colabora na diminuição do *stress* vivenciado por essas jovens, o que muito irá contribuir na diminuição não só da pré-eclâmpsia como de outras complicações da gravidez. Ao médico que não dispõe dos recursos de uma equipe assim estabelecida, importa não só lutar pela instalação de um mecanismo semelhante em seu local de trabalho, como também perceber que sua ação como patrocinador da saúde vai além da rotina do pré-natal. Interessar-se pelos problemas emocionais e de relacionamento da gestante adolescente é sem sombra de dúvida terapêutico, pois há de fomentar uma postura diferenciada da paciente no tocante a seus problemas.

Por outro lado, não devemos esquecer dos princípios básicos de atendimento pré-natal. Se restam ainda dúvidas sobre a possibilidade de prevenir ou não a pré-eclâmpsia, sabe-se com relativa certeza que suas maiores complicações, a eclâmpsia e a HELLP Síndrome, são praticamente evitáveis. Ao identificarmos primeiro a paciente de risco e depois a seguirmos com atenção para o aumento brusco de peso e o surgimento do edema, poderemos realizar um diagnóstico da doença em seu início, que seria potencialmente tratada com dieta hiposódica e repouso. A grande maioria dos casos será bem abordada dessa forma. Frente aos casos mais graves, com

pressão arterial diastólica entre 100 e 110 mmHg, importa internar-se a paciente, com introdução de quaisquer anti-hipertensivos, dando preferência para o Pindolol e a Alfa-metildopa, sendo interessante também o recurso da sedação com Levomepromazina, enquanto se aguarda a resolução da gravidez para um momento mais propício.

Se é verdadeira a necessidade de retornos mais próximos nos últimos dois meses da gestação para todas as pacientes, muito mais necessário será para a adolescente. A questão da “alta do pré-natal”, verdadeira chaga em nossa assistência pré-natal, responsável por muitos dos óbitos de eclâmpsia em nosso país, deverá ser evitada a todo custo. As últimas semanas da gravidez são carregadas de muito *stress* e tais pacientes necessitarão não só do apoio emocional do médico, como também do seu tirocínio clínico em identificar os sinais precoces da pré-eclâmpsia, tratando-a a tempo de evitar complicações muitas vezes mortais. Não existe alta do pré-natal, existe a falta da paciente que já tenha tido seu parto. Isso é muito importante, tanto quanto a aferição da PA e o controle do peso em todas as consultas desse período.

Sempre é bom lembrar, por outro lado, da importância do retorno de puerpério, onde verificamos a eficiência do pré-natal, podendo constatar quais foram as complicações ocorridas no final da gravidez e no parto, adestrando-nos enquanto profissionais da saúde para o aprimoramento da assistência. Faz-se necessário também verificar as condições pós-parto, principalmente no tocante à pressão arterial, onde o diagnóstico final de pré-eclâmpsia será definitivamente estabelecido em se notando o retorno dos níveis tensionais à faixa da normalidade.

Anemia

Seja por possuírem um hábito alimentar inadequado, com baixa ingestão de proteínas e sais minerais, seja por uma possível competição por nutrientes entre a mãe ainda em fase de crescimento e o feto em formação, a verdade é que o encontro de anemia na gestação de adolescentes é fato relativamente comum. Diversos autores afirmam existir um risco aumentado para anemia nessas gestantes, fato esse quantificado por Osbourne e col. (1981) como sendo 2 vezes maior em relação às gestantes maiores de 20 anos. Patologia reconhecidamente associada com o baixo nível socioeconômico e com a inadequada assistência pré-natal, haveria de estar presente de forma importante na adolescência, onde tais acontecimentos são mais frequentes. Relevante também seria a qualidade da atenção pré-natal. Aznar & Bennetti (1961) comprovaram tal fato ao constatar a presença de anemia em 20% das gestantes adolescentes com pré-natal inadequado, contra 10,6% naquelas com assistência adequada.

A presença de anemia na gravidez pode levar a consequências negativas, como maior risco para infecções (Royston, 1982) e para o parto prematuro (Klebanoff e col., 1991). Além disso, a presença de anemia pode contribuir para aumentar a mortalidade materna, visto que a gestante com anemia há de suportar de forma insatisfatória a ocorrência de hemorragia no pós-parto (Lettenmaier e col., 1988).

O fato de a anemia se manifestar mais nitidamente nas adolescentes que engravidam logo após a menarca faz-nos pensar que essa condição estaria relacionada com a perda sanguínea das primeiras menstruações, mais comumente irregulares e abundantes. Na verdade, os níveis de ferritina em mulheres adolescentes não gestantes é mais baixo do que na população em geral (Looker e col., 1991). O 2º relatório da *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES II, 84; *apud* Scholl e col., 1994) refere haver um risco 50% maior de desenvolver-se anemia nas mulheres com 15 a 19 anos do que nas mulheres entre 20 e 44 anos. Tais dados são compatíveis com os da *US Certificate Data* de 1989, que apresenta um risco para anemia 33% maior nas adolescentes brancas em relação às mulheres de 20 a 24 anos, também brancas (Ventura, 1992). Os motivos para isso parecem repousar sobre uma baixa ingestão calórico-protéica, associada a um aumento significativo da massa eritrocitária durante o estirão de crescimento, os quais, associados a alterações menstruais, acabam por facilitar o surgimento da anemia. Reforçam tais aspectos nutricionais os dados da *American Dietetic Association* (1989) acerca da existência de uma razoável quantidade de dietas deficientes entre as adolescentes americanas, sendo a deficiência de ferro a mais problemática, estando presente em todos os grupos socioeconômicos. Tal inadequação também transparece no decorrer da gestação, onde se apresenta uma restrição alimentar energética, muitas vezes relacionada com a tentativa das adolescentes de permanecerem magras e no limite do ganho de peso, fato esse que limita também de forma importante a incorporação de nutrientes específicos.

Trabalhos mais recentes também dão conta desse risco para anemia nas gestantes adolescentes. Conde-Agudelo e col. (2005), em estudo multicêntrico latino-americano, estabelecem um risco 41% maior de anemia entre as adolescentes com idade < 16 anos. Briggs e col. (2007) com dados do Canadá, observam risco relativo de 2,5 vezes para anemia em suas gestantes adolescentes. Por outro lado, no Brasil, enquanto Faria e Zanetta (2008) apontam para taxas elevadas de anemia entre as adolescentes de São José do Rio Preto (44%), assim como Pinho-Pompeu (2016) em gestantes adolescentes

de Campinas (41,27%), Soares e col. (2010), descrevem taxas semelhantes de anemia, entre adultas e adolescentes, mas com níveis mais baixos de ferritina e transferrina nas adolescentes de Caratinga-MG. Naz (2014), em estudo realizado no Paquistão, relata maior prevalência de anemia em gestantes adolescentes do que em adultas: 46% *versus* 32%. Kawakita e col. (2016), avaliando dados de 19 centros norte-americanos, notaram 19,43% de anemia nas gestantes adolescentes, com risco relativo de 1,25 vezes. Socolov e col. (2017), com trabalho realizado na Romênia, notam anemia em mais da metade da população obstétrica, no entanto, mais frequentemente em adolescentes (66,7%) do que em adultas (58,6%), diferença essa significativa (RR = 1,13 – IC95%: 1,10-1,17).

Frente a todos esses fatos, impõe-se maior cuidado não só com a nutrição da gestante adolescente, incentivando a ingestão de alimentos ricos em ferro, como também a própria suplementação com sulfato ferroso ou qualquer outro sal de ferro. A presença da nutricionista torna-se assim muito importante, não se esquecendo também que devemos prestar atenção à real utilização do suplemento vitamínico, pois tais gestantes muitas vezes interrompem a medicação por não compreenderem a importância do fato. Devemos lembrar também que, embora no começo da gestação a anemia possa estar ausente, ela pode vir a surgir no decorrer do pré-natal, pelo fato dos depósitos de ferro estarem baixos. Assim sendo, qualquer dúvida advinda do exame das mucosas na segunda metade da gravidez deverá ser confirmado através de um Hb/Ht, pois o tratamento da anemia requer uma quantidade maior de ferro do que a simples suplementação.

Recém-nascido de baixo peso

A gravidez na adolescência é classicamente associada com maiores taxas de recém-nascido de baixo peso (RNBP), que seria o nascimento de um concepto abaixo dos 2.500 g. Tal situação está relacionada com dois eventos obstétricos distintos: prematuridade (nascimento antes da 37ª semana gestacional) ou restrição de crescimento fetal (nascimento de concepto com peso < 10º percentil da curva populacional para determinada idade gestacional, configurando quadro de insuficiência placentária). Seja por uma ou outra causa, tal ocorrência pode se configurar como a principal complicação da gravidez na adolescência, em decorrência do que significa em termos de morbidade e gastos em saúde pública. A maioria dos autores do final do século passado estabelecia cifras cerca de 2 vezes maiores do que a população geral (Ryan Jr. & Schneider, 1978).

Mais recentemente, Chen e col. (2007) avaliando os dados de parto de mais de 3 milhões de gestantes < 25

anos nos Estados Unidos, com feto único e sem malformações, entre 1995 e 2000, conseguiram observar taxas maiores de recém-nascido de baixo peso (RNBP; < 2.500g), com 8,28% nas adolescentes e 6,26% nas adultas, significando um RR de 1,14 (IC95%: 1,13-1,14). O risco maior era de parto prematuro, com cifras de 12,36% entre as adolescentes e de 9,15% entre as adultas jovens, com risco relativo de 1,20 (IC95%: 1,19-1,20). Ao se considerar o parto antes das 32 semanas, o risco era ainda maior, com RR=1,26 (IC95%: 1,24-1,28), com taxa de 2,26% nas adolescentes e de 1,41% nas adultas. Individualizando os recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG), consequência lógica de uma restrição de crescimento fetal, o risco era menor, mas se mantinha significativo, com taxa de 13,52% em adolescentes e de 11,13% em adultas, derivando RR de 1,07 (IC95%: 1,07-1,08). Interessantemente, tais riscos eram ainda maiores nas adolescentes mais jovens, entre 10 e 15 anos, que apresentavam piores taxas de parto prematuro com menos de 32 semanas (4,06%), parto prematuro com menos de 37 semanas (18,10%), recém-nascido de baixo peso (10,81%) e recém-nascidos PIG (14,56%), correspondendo a riscos relativos maiores, respectivamente, de 1,91 (IC95%: 1,85-1,96), 1,65 (IC95%: 1,62-1,67), 1,33 (IC95%: 1,31-1,36), e 1,10 (IC95%: 1,08-1,12). Tais riscos relativos são ainda mais significativos ao notarmos que foram calculados com ajustamento para outras variáveis que poderiam interferir com o resultado, tais como: estado americano do parto, raça materna, estado conjugal, tabagismo, consumo de álcool e adequação da assistência pré-natal, indicando, assim, que o risco estaria associado mais à idade do que às condições sociais.

Eriksen e col. (2016) também apresentam, em seus dados com gestantes de Boston, a adolescência como fator de risco para RNBP (3,5% *versus* 2,2%), além de menor peso médio ao nascimento: 3.294 gramas *versus* 3.403 gramas. Socolov e col. (2017), com gestantes romenas, confirmam o dado de que a adolescência seria fator de risco para prematuridade, não só abaixo de 37 semanas (10,63% x 8,88%; RR = 1,21 – IC95%: 1,08-1,35), como também abaixo de 34 semanas (3,10% x 2,69%; RR = 1,32 – IC95%: 1,06-1,64). Adicionalmente, observaram maior risco para a restrição de crescimento fetal (13,77% x 10,40%; RR = 1,34 – IC95%: 1,21-1,48).

No Brasil, a situação de risco é semelhante. Gama e col. (2001), analisando os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do estado do Rio de Janeiro, entre 1996 e 1998, notaram taxas significativamente maiores de baixo peso ao nascer (10,4% x 7,9%) e prematuridade (7,3% x 6,0%) no grupo de mães

adolescentes (15-19 anos), em relação ao grupo controle de 20 a 24 anos. Na análise de regressão logística, percebeu-se uma forte associação entre o baixo peso e a prematuridade (Adjusted Odds Ratio ou Ad OR = 26,90), mas também com a idade adolescente (Ad OR=1,27) e com a ausência de pré-natal (Ad OR=2,88) ou mesmo pré-natal insuficiente, com menos de 7 consultas (Ad OR=1,54). Por outro lado, ao analisar com tal metodologia os recém-nascidos de baixo peso entre as gestações de termo, a faixa etária adolescente continuou variável independentemente significativa, com Ad OR de 1,30. Outras variáveis independentes foram a ausência de pré-natal (Ad OR=2,18) e ter tido o parto em hospital público (Ad OR=1,93).

Minagawa e col. (2006), analisando 101 recém-nascidos nos Hospital Universitário da USP descrevem uma taxa de recém-nascido de baixo peso de 5,1%. Apesar do número pequeno de casos, o evento RNBP se associou com idade da mãe < 20 anos, o fato de não ter companheiro e ter tido ganho de peso na gestação < 7 kg. Rocha e col. (2006), estudando 522 puérperas adolescentes numa maternidade de Vitória-ES, observaram taxas discretamente maiores de prematuridade em adolescentes < 16 anos (5,8%) do que adolescentes > 16 anos (2,6%), sem diferença estatística. Em relação ao baixo peso ao nascer, houve diferença estatística, com taxa maior no grupo das adolescentes mais precoces (13,5%) do que o grupo de adolescentes mais velhas (3,1%). Alves e col. (2012), com dados de Pernambuco, apontam para maior risco de prematuridade nas adolescentes mais jovens (10-14 anos) do que nas adolescentes tardias (15-19 anos), 10,4% *versus* 6,1%, respectivamente. Também descreveram maior taxa de RNBP, com 14,1% nas precoces e 8,8% nas tardias. Guimarães e col. (2013), estudando as causas envolvidas com o baixo peso ao nascer em mais de 4.000 mulheres de Aracaju, perceberam maior taxa de RNBP em gestantes < 18 anos (13,4%), comparativamente com adultas entre 20 e 34 anos (6,1%) e naquelas com idade > 35 anos (7,2%). No entanto, quando se fez a análise de regressão logística, percebeu-se que a idade da mãe era importante apenas quando a adolescente não tinha um companheiro (adjusted OR = 3,11 – IC95%: 2,0-4,8), perdendo a significância e até tendo um risco diminuído quando havia a presença do companheiro (adjusted OR = 0,86 – IC95%: 0,45-1,65). Outros fatores de risco independentes foram a ausência de pré-natal (ad OR = 2,35 – IC95%: 1,10-5,05) e o tabagismo durante a gravidez (ad OR = 2,04 – IC95%: 1,28-3,25).

Tal risco deve estar associado à presença de grande quantidade de fatores predisponentes à prematuridade nessas pacientes (Correa, 1991). Hobel, em sua clássica

classificação do trabalho de parto prematuro, já colocava como pertencente ao estágio I as pacientes que apresentassem tensão física e psíquica, baixo nível socioeconômico, pré-natal inadequado, deficiência nutricional ou más condições de higiene (Bittar & Zugaib, 1993), todas essas situações muito frequentes entre as adolescentes grávidas.

Poderíamos também adicionar a tais fatores de risco a percepção inadequada e fragmentada do corpo grávidico e a falta de estrutura psíquica para comportar as preocupações próprias da gravidez, assim como a presença de autoestima rebaixada, não havendo a preocupação adequada com pontos básicos da própria saúde. Tais aspectos poderão ser melhor trabalhados durante o pré-natal, modificando-se os hábitos e o comportamento dessas gestantes, com vistas a um melhor resultado perinatal. Além disso, a questão nutricional reveste-se de importância. Hediger e col. (1990), por exemplo, estabeleceram um risco 2 vezes maior de parto pré-termo quando houvesse um ganho de peso insuficiente durante a gravidez.

Percebe-se que diversos aspectos enumerados acima só poderão ser adequadamente abordados dentro de um grupo multiprofissional de assistência, onde a inserção social poderá ser analisada pelo assistente social, os distúrbios nutricionais pelo nutricionista, a fragmentação do corpo grávidico pelo fisioterapeuta, as condições de higiene e de asseio pessoal pelo enfermeiro, e a autoestima pelo psicólogo. Diversos pesquisadores corroboram tal impressão. Felice e col. (1981), por exemplo, relatam 9% de baixo peso entre as pacientes assistidas por um pré-natal multiprofissional, enquanto que as com pré-natal tradicional no mesmo local apresentavam o índice de 20,9%.

Tal aspecto também foi contemplado pela meta-análise de Scholl e col (1994), que demonstrou um R.R. de 0,81 (95% C.I.: 0,67-0,96) no sentido de um benefício advindo do *Comprehensive Prenatal Care* em relação ao pré-natal tradicional. A força desse dado fica mais evidente ao se perceber que todos os trabalhos analisados por esse grupo, sem exceção, davam conta de um aumento na incidência global de prematuridade entre as adolescentes.

A abordagem desse risco para prematuridade envolve vários profissionais e diversas visões. Novamente, a assistência multiprofissional aqui também se impõe, mas o cuidado do médico há de recair sobre alguns aspectos mais importantes, que necessitam de sua particular atuação. Em primeiro lugar ele deve estar atento para sinais incipientes de trabalho de parto prematuro, inquirindo a paciente em todas as consultas a partir de 28 semanas sobre sintomas dolorosos e sobre sua percepção de pos-

síveis contrações. A fragmentação do corpo grávidico interfere sobremaneira com sua visão corporal, sendo difícil para a adolescente observar o que ocorre com seu abdome. Por isso, o estímulo do médico em remetê-la a esse tipo de observação é extremamente importante. É muito comum a adolescente chegar no pronto socorro em trabalho de parto prematuro irreversível, com dilatação importante, sem sentir absolutamente nada. Isso deve ser a todo custo evitado.

Por outro lado, também é comum a gestante adolescente apresentar vulvovaginites, às vezes intensas, sem se queixar para o médico que a assiste. Tal fato tem a ver não só com a percepção alterada que a adolescente tem de si mesma, como também com a timidez e o receio de ser examinada. Nesse sentido, o bom relacionamento com a paciente colabora para o surgimento da queixa e o tratamento da patologia em questão. No entanto, mesmo na ausência de uma boa relação médico-paciente, o profissional tem o dever de não só investigar a presença de corrimento através do inquérito, como também de examinar na dúvida, tratando adequadamente, sempre que for necessário. É bom lembrar que guidelines, como o de Fleming e col. (2015), preconiza considerar a gravidez na adolescência como de risco para doenças sexualmente transmissíveis, assim como para vaginose bacteriana e, dada a relação entre essa última e o parto prematuro, indicam investigação ativa e tratamento das vaginoses bacterianas, o qual poderia ser feito com Metronidazol, via vaginal ou via oral. Frente ao risco de parto prematuro, uma adequada datação da gravidez seria essencial, com realização de ultrassonografia obstétrica o mais precoce possível.

Além da vulvovaginite, a infecção urinária também se responsabiliza por grande número de casos de trabalho de parto prematuro, estando presente em várias adolescentes. Pereira e col. (2002), por exemplo, observam 20,4% de infecção urinária em gestantes adolescentes mexicanas, com pielonefrite em 1,6%. No Brasil, Castro e col. (2007), por outro lado, relatam 24,2% de infecção urinária em gestantes adolescentes de Recife (PE), enquanto Faria & Zanetta (2008) descrevem infecção urinária em 35,7% das gestantes adolescentes atendidas em 3 hospitais de São José do Rio Preto (SP). Frente a esse risco, importa identificar prontamente tal situação e tratar de forma adequada. Ciente de que se trata de uma gestante de risco para trabalho de parto prematuro, não convém tratar a infecção com bacteriostáticos como a macrodantina e o ácido nalidíxico, mas sim com bons antibióticos bactericidas, como a ampicilina e as cefalosporinas. Obviamente, pela importância da repercussão, o correto diagnóstico deve ser fundamental, necessitando por vezes de urocultura com antibiograma.

Um outro componente dos casos de RNBP advém da Restrição de Crescimento Fetal (RCF). A adolescência, por si só, associa-se com muitos dos clássicos fatores de risco para RCF, tais como: síndromes hipertensivas (em especial a pré-eclâmpsia), anemia, desnutrição, baixo nível socioeconômico e ganho ponderal insuficiente durante o pré-natal.

Assim, estando fortemente associada a complicações clínicas, a abordagem preventiva da RCF durante o pré-natal deverá se ater ao diagnóstico precoce dessas patologias e seu controle. A primeira causa a nos preocupar seria certamente a DHEG, sendo válido aqui tudo o que já foi dito anteriormente em relação a essa patologia obstétrica. Para combater a desnutrição, a anemia e o ganho insuficiente de peso, importa a atuação do profissional de nutrição em associação ao médico pré-natalista, buscando um ganho de peso que dê conta das demandas fetais. Ao considerar esse grupo de gestantes como de risco para RCF, também se recomenda a realização de uma ultrassonografia entre 32 e 34 semanas gestacionais, para estimar peso fetal e avaliar o bem-estar do concepto (Fleming e col., 2015).

Preparação para o parto

Embora a maioria dos trabalhos nas décadas de 80 e 90 do século passado tenha descrito um risco aumentado da gestante adolescente para o parto operatório, incluindo aqui a cesárea e o fórcepe; nos últimos anos essa visão tem se transformado, com a maioria dos pesquisadores afirmando exatamente o contrário, que a gestante adolescente seria de menor risco para tais eventos, em comparação com as adultas.

Um bom exemplo desse grupo de pesquisadores que apontam a gravidez na adolescência como risco para cesárea é o trabalho de Ayuba & Gani (2012) que, analisando os partos de 1.341 mulheres num período de 4 anos em hospital universitário da Nigéria, descrevem maiores taxas de parto cesárea (31,3% x 17,8%) e de hemorragia pós-parto (34,9% x 12,8%) entre as adolescentes, comparativamente às adultas. Mahavarkar e col. (2008), por sua vez, descrevem taxas semelhantes de cesárea, entre gestantes indianas adolescentes e adultas, sem diferença estatística.

Por outro lado, diversos outros autores indicam um risco diminuído para cesárea em gestantes adolescentes. Por exemplo, Blomberg e col. (2014) analisaram um banco nacional de dados de partos ocorridos na Suécia entre 1992 e 2010, com 798.674 mulheres, comparando os resultados obstétricos de várias faixas etárias, considerando a faixa de 25 a 29 anos como referência. O grupo de adolescentes < 17 anos teve menores taxas de cesárea

(8,9% x 14%; OR = 0,60), de lacerações perinais de grau 1 e 2 (14,3% x 27,3%; OR=0,44) ou de grau 3 e 4 (1,1% x 3,2%; OR=0,33), e de perda sanguínea > 1000 ml nos partos vaginais (3% x 4,2%; OR=0,70), mas com maiores taxas de parto fórcepe (0,7% x 0,3%; OR=1,08).

Ganchimeg e col. (2014), por sua vez, fizeram um estudo amplo, com dados de parto de 124.446 mulheres, de 359 centros, de 29 países da África, Ásia, América Latina e Oriente Médio. O grupo de gestantes adolescentes menores de 16 anos foi aquele com maiores taxas de parto cesárea (27,9% x 23,5%; OR = 1,26; Ad OR=0,79 – IC95%: 0,65-0,89), endometrite puerperal (0,5% x 0,1%; OR = 5,52; Ad OR = 2,73 – IC95%: 1,29-5,78), e infecções sistêmicas como pneumonia, peritonite e infecção do sítio operatório (0,6% x 0,3%; OR = 1,90; Ad OR = 1,22 – IC95%: 0,71-1,17). Entretanto, ao realizarem a análise multivariada, desapareceu o risco aparentemente aumentado para as adolescentes mais jovens (e que já não ocorria com as adolescentes > 16 anos, que tinham inclusive risco diminuído para o procedimento), com controle de variáveis confundidoras como paridade, nível educacional e estado civil, passando a ter inclusive um risco diminuído e significativo estatisticamente.

Kaplanoglu e col. (2015) realizaram um estudo retrospectivo, comparando 233 primigestas adolescentes (10-19 anos) com 202 primigestas adultas (20-35 anos) em um hospital universitário de Adiyaman, Turquia. Numa primeira análise, avaliando todas as adolescentes, não se perceberam diferenças na comparação com as adultas nas taxas de parto cesárea (19,7% x 23,8%) e hemorragia pós-parto (8,6% x 7,9%). Mesmo ao se dividir o grupo das adolescentes de acordo com a idade ginecológica (tempo desde a primeira menstruação), em grupo A (IG ≤ 3 anos) e grupo B (IG > 3 anos), não se percebeu risco aumentado para hemorragia pós-parto (9,9% x 7,6% x 7,9%) e nem para parto cesárea (20,8% x 18,9% x 23,8%).

Okumura e col. (2014), avaliando dados de parto de 67.693 gestantes em um hospital de Lima, Peru, comparando adolescentes e adultas, descrevem risco diminuído para cesárea (32% x 39,6%), lacerações vaginais (6,4% x 9,5%) e hemorragia puerperal (1,4% x 1,7%), com risco aumentado para episiotomia (58,1% x 34%) e infecção puerperal (3,3% x 2,1%). Após análise multivariada, ajustando o modelo para variáveis confundidoras, tais como nível educacional, estado civil, controle pré-natal, gestações prévias, paridade e IMC pré-gestacional, a gravidez na adolescência continuava relacionada de forma independentemente com risco aumentado para a realização de episiotomia (Ad OR = 1,33) e com risco diminuído para a realização de cesárea (Ad OR = 0,78) e

para a ocorrência de lacerações vaginais (Ad OR = 0,86). Dividindo o grupo entre adolescentes precoces (< 15 anos) e adolescentes tardias (15-19 anos), percebeu-se que as mais jovens mantinham o risco para parto cesárea (AdOR=1,28) e infecção puerperal (Ad OR=1,72).

Xiaoli e col. (2014) avaliaram dados de uma coorte retrospectiva em 39 hospitais da China, com 110.450 pacientes, e dividiram a amostra em 6 grupos de faixa etária, deixando o grupo de gestantes entre 25 e 29 anos como referência. A gravidez na adolescência (idade < 20 anos) se relacionou com risco diminuído para parto cesárea (OR=0,7; IC95%: 0,6-0,8), parto instrumental (OR=0,4; IC95%: 0,2-0,8) e hemorragia pós-parto (OR=0,5; IC95%: 0,4-0,8). Em relação à indicação das cesáreas, as adolescentes tinham risco diminuído para a indicação por fator materno (OR=0,7; IC95%: 0,6-0,9) e por fator fetal (OR=0,8; IC95%: 0,6-0,9), mas apresentavam risco aumentado quando a indicação era por fator social (OR=1,9; IC95%: 1,6-2,2), que viria a ser essencialmente o desejo da paciente pela via alta, uma situação bastante plausível na realidade brasileira.

Mohamed e col. (2015) analisaram os dados de parto de 965 primigestas sauditas, com fetos únicos e gestação de termo (IG ≥ 37 semanas), sendo 131 adolescentes (≤ 19 anos) e 834 adultas (20-29 anos). Observaram que as adolescentes tiveram menor taxa de parto operatório, na comparação com as adultas, com taxas menores de parto cesárea (19,1% x 26,5%) e de vácuo-extrator (0,8% x 3%). As indicações do parto cesárea também foram diferentes de acordo com o grupo etário. Para as adolescentes, as principais indicações foram: sofrimento fetal (36%), apresentação pélvica (24%), desproporção céfalo-pélvica (20%) e parada de progressão (12%). Para as adultas as principais indicações foram: sofrimento fetal (43,5%), desproporção céfalo-pélvica (13,4%), parada de progressão (13%) e apresentação pélvica (10,2%). Ou seja, proporcionalmente, as adolescentes tinham mais apresentação pélvica e menos sofrimento fetal nas indicações de cesárea.

Torvie e col. (2015) realizaram um estudo retrospectivo, usando o banco de dados dos partos ocorridos no estado americano de Washington entre os anos de 1987 e 2007, com 26.091 nulíparas < 25 anos, com feto único e idade gestacional entre 24 e 43 semanas. Foi realizada uma divisão adicional no grupo de gestantes adolescentes, de acordo com a faixa etária: 11-14 anos, 15-17 anos e 18-19 anos, comparando então os diversos grupos com o grupo controle, entre 20 e 24 anos. As taxas de parto cesárea foram menores em todas as faixas etárias da adolescência, comparativamente com as taxas das adultas: 14,4% (RR = 0,73), 13,7% (RR=0,69), 16,2% (OR=0,81)

e 20%. Da mesma forma, as taxas de parto vaginal operatório (fórcipe e vácuo-extração): 17,9% (RR=0,87), 16,2% (RR=0,76), 17,8% (RR=0,82) e 21,8%. As taxas de complicações relacionadas ao parto não foram diferentes entre os grupos, com exceção das lacerações perineais de 3º e 4º graus, que foram menos frequentes nos grupos adolescentes mais velhos: 8,7% (11-14 anos; OR = 0,93 – IC95%: 0,78-1,11), 8,3% (15-17 anos; OR = 0,80 – IC95%: 0,71-0,89), 8% (18-19 anos; OR = 0,74 – IC95%: 0,66-0,82) e 10,1% (adultas). Por outro lado, as adolescentes mais novas tiveram maior tempo de permanência no hospital, acima de 3 dias (no parto vaginal) em 21,4% (11-14 anos; RR = 1,34 – IC95%: 1,20-1,49), 16,4%, 15,1% e 15,2%. Nas pacientes submetidas a parto cesárea, todos os grupos de adolescentes tiveram uma permanência hospitalar maior, sendo acima dos 5 dias em 28,7% (11-14 anos; RR = 1,71), 20,1% (15-17 anos; RR=1,23); 19,4% (18-19 anos; RR=1,21) e 15,5% (adultas).

Traisrisilp e col. (2015) fizeram um estudo retrospectivo de coorte com dados de 33.777 gestações acompanhadas em hospital terciário da Tailândia, comparando os resultados obstétricos de 298 adolescentes precoces (\leq 15 anos), 4.456 adolescentes tardias (16-19 anos) e 29.023 adultas (20-30 anos). As adolescentes apresentaram menor risco para parto cesárea: 6,7% (com RR=0,547) nas \leq 15 anos, e 6,3% nas com 16-19 anos, comparativamente aos 12,3% das adultas. O mesmo se viu em relação ao parto vaginal operatório: respectivamente 9,4% (RR=0,675), 11,6% e 13,9%. As taxas de hemorragia pós-parto (2%, 1,4% e 1,7%) foram semelhantes.

Eriksen e col. (2016), avaliando gestantes nulíparas de Boston, descrevem menores taxas de parto cesárea (14,3% x 25,7%) e de parto vaginal instrumentalizado (5,8% x 11,7%) em adolescentes, com maior taxa de parto vaginal espontâneo (79,9% x 62,5%) na comparação com as adultas. Haveria um risco relativo diminuído pela metade para a cesárea como um todo (OR =0,48 – IC95%: 0,43-0,54) e também de mais de um terço para cesárea em trabalho de parto (OR = 0,59 – IC95%: 0,53-0,66). Não havia diferença na indicação por sofrimento fetal (OR = 0,91 – IC95%: 0,77-1,06), mas sim na indicação por falha na progressão (OR = 0,49 – IC95%: 0,43-0,58). Em relação ao contexto em que ocorria a cesárea, notou-se risco menor para a cesárea de emergência (OR = 0,62 – IC95%: 0,45-0,88), com risco ainda menor ao se considerar as cesáreas eletivas (OR = 0,19 – IC95%: 0,14-0,28). Interessantemente, esse risco era menor, quanto menor a idade da gestante, seja na taxa global de cesárea (OR = 0,20), seja naquelas em trabalho de parto (OR = 0,28) ou naquelas indicadas por parada na progressão (OR = 0,26), principalmente para aquelas < 16 anos. As

adolescentes também tiveram menores taxas de parto induzido (28,7% x 34,1%) e de uso de ocitocina (56,6% x 64,8%), assim como menos hemorragia pós-parto (7,2% x 18,8%). Vale notar que a indução de parto em adolescentes aumentava o risco relativo para o parto cesárea (OR = 1,53 – IC95%: 1,23-1,89), assim como o uso de ocitocina (OR = 1,73 – IC95%: 1,39-2,15) ou a presença de alguma complicação no trabalho de parto (OR = 3,45 – IC95%: 2,71-4,39).

Kawakita e col. (2016) também referem menor risco para parto cesárea em adolescentes, detalhando que, em sua amostra de mulheres americanas de 19 diferentes hospitais, as indicações de cesárea diferenciaram-se de acordo com a idade, sendo mais frequente nas adultas a desproporção céfalo-pélvica, a falha na progressão e a placenta prévia; sendo a indicação por doença hipertensiva a mais frequente nas adolescentes. Além disso, na análise do trabalho de parto espontâneo, as adolescentes < 16 anos tinham menor tempo de primeira e segunda fases. No entanto, nas pacientes submetidas à indução, as adolescentes mais jovens tinham menor tempo de segunda fase, enquanto as adultas tinham menor tempo de trabalho de parto como um todo e também de primeira fase.

Finalmente, Socolov e col. (2017), na Romênia, observaram também menor risco para cesárea no grupo de gestantes adolescentes, em comparação com as adultas: 23,02% x 30,64%; RR = 0,75 – IC95%: 0,70-0,80. No entanto, houve maior risco para episiotomia (35,62% x 25,12%; RR = 1,41 – IC95%: 1,34-1,49), laceração do colo uterino (3,05% x 2,32%; RR = 1,31 – IC95%: 1,05-1,64), desproporção céfalo-pélvica (5,29% x 4,18%; RR = 1,26 – IC95%: 1,07-1,48) e hemorragia pós-parto (8,71% x 6,10%; RR = 1,42 – IC95%: 1,25-1,62).

Mesmo em trabalhos nacionais, parece haver indícios de que a adolescente teria risco menor para o parto cesárea, como podemos perceber pelos dados de Simões e col. (2003), com quase 2.500 partos ocorridos em São Luís do Maranhão, onde a taxa de cesárea em gestantes < 18 anos (20%), era significativamente menor do que as outras faixas etárias, fosse adulta jovem, entre 20-24 anos (29,7%) ou adulta mais velha, entre 30-34 anos (57,8%). Entretanto, taxas assim tão baixas estranhamente não se repetem em outros trabalhos brasileiros, sendo de 35,6% nas gestantes adolescentes de João Pessoa-PB, relatado por Lelis e col. (2013); além de 34,2% nas gestantes entre 10 e 14 anos e de 35,2% nas gestantes de 15 a 19 anos, descritas por Alves e col. (2012) em Pernambuco. Mesmo no Hospital das Clínicas da FMUSP, com assistência tipicamente terciária, a taxa de cesárea encontrava-se por volta de 30,4% (Galletta e col., 2006). Isso sem

contar com taxas alarmantes como as de Faria & Zanetta (2008), com 63,1% de cesárea nas adolescentes de São José do Rio Preto-SP. Ou seja, o risco para cesárea depende bastante da situação psicossocial e de assistência médica em cada um dos cenários.

Mais recentemente, Souza e col. (2017) descrevem menor taxa relativa de cesárea em adolescentes do estado de Santa Catarina, com 43,2% nas adolescentes mais novas (10-14 anos) e de 42,1% nas adolescentes mais velhas (15-19 anos), com risco relativo de 0,51 e de 0,49 respectivamente, na comparação com os 59,7% de cesárea entre as adultas.

Como interpretar panoramas tão distintos? Seria a adolescência risco ou não para o parto operatório e suas complicações? Aparentemente, o risco não parece ser estritamente biológico, onde a idade *per se* imputaria um risco mensurável e concreto. Nesse sentido, trabalhos que apresentam diminuição no risco quando se realiza a análise multivariada, ajustando no modelo as possíveis variáveis de confusão, nos apontam para a concomitância de outros fatores tais como primiparidade, nível socioeconômico baixo e baixa aderência ao pré-natal, que poderiam estar elevando o risco psicossocial, confundindo-nos sobre o real valor do risco biológico.

Outro elemento importante é a qualidade do atendimento prestado às gestantes adolescentes, pois, quando o pré-natal é multidisciplinar, a adolescente muito se beneficia, com mudança de comportamento e do risco habitual. E certamente, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, esse tipo de assistência tem se popularizado e expandido. Assim, visão aparentemente mais correta e atual para esse tema é a de que não haveria tão importante componente biológico no determinismo da via de parto, mas sim alterações fisiológicas e psicoemocionais que comprometeriam a via baixa. Scholl e col (1994), com o recurso da meta-análise, consideraram haver um risco relativo diminuído para o parto cesariana nas adolescentes em relação às não adolescentes nos países desenvolvidos, quadro esse não se repetia naquele momento nos países em desenvolvimento, onde o risco para cesárea seria maior para as adolescentes, em comparação com as adultas. Interessantemente, o que pareceu diminuir o risco foi a introdução nos anos 70 e 80, nos países mais desenvolvidos, do Pré-Natal Multiprofissional, o qual, quando comparado com o pré-natal tradicional, apresentava um R.R. de apenas 0,73 (95% C.I.: 0,57-0,93), a demonstrar de forma contundente sua ação benéfica no sentido da diminuição do risco para o parto cesárea.

Em nosso meio, o trabalho de Chalem e col. (1995) colabora em demonstrar a importância da abordagem multiprofissional na melhoria das condições de saúde

de da adolescente. Enquanto a incidência de cesárea nas adolescentes com pré-natal no Hosp. Vila Nova Cachoeirinha e com participação no grupo educativo multiprofissional era de 18,4%, aquelas com pré-natal na própria instituição, mas sem a participação no projeto educativo tiveram uma incidência de 23,2%, ao passo em que as com pré-natal externo à instituição, a incidência era da ordem de 29%. Ionescu e col. (1988), da Escola Paulista de Medicina, apresentam dados similares ao analisarem o tipo de parto em adolescentes acompanhadas por programa de pré-natal personalizado e nas demais adolescentes, no próprio Hospital. Obteve-se a incidência de 16,5% de cesárea no 1º grupo (personalizado) contra 31,5% no 2º (geral), assim como de 38,9% de parto normal no 1º contra 31,5% no 2º grupo.

Nossos dados do Hospital das Clínicas também têm apontado nesse sentido (Galletta e col., 2006). Avaliando as nossas puérperas adolescentes, podemos perceber que as que tinham orientação adequada sobre o trabalho de parto tiveram uma taxa menor de parto cesárea (22,4%), ao contrário das demais, com orientação inadequada, que tiveram taxa maior de parto cesárea (36,6%). Ou seja, a presença de orientação adequada definia um risco relativo de 0,43 (IC95%: 0,29-0,63) para o evento cesárea. Similarmente, aquelas que referiam conhecimento adequado sobre a técnica respiratória no trabalho de parto tinham uma taxa de 33,2% de parto cesárea, enquanto as que não demonstravam esse conhecimento tinham uma taxa de 39,7%, ou seja, tal conhecimento derivava um risco relativo de 0,37 (IC95%: 0,26-0,53). Por outro lado, a verificação de um exame ginecológico difícil no início do pré-natal imputava um risco adicional para o término da gravidez através da cesárea, com taxa de 56,8%, enquanto a ausência dessa situação incorria em taxa menor de cesárea: 29,3%. Ou seja, esse aspecto psicoemocional levava a um risco relativo para cesárea de 3,22 (IC95%: 1,44-7,32).

Assim, parece-nos importante que durante o pré-natal a adolescente seja atendida de forma multidisciplinar, contando com vários profissionais, a abordar de forma distinta vários aspectos do complexo conjunto bio-psicossocial de sua saúde. Como o Guideline canadense bem coloca, “Deve-se reconhecer que as adolescentes têm melhorado as taxas de parto via vaginal e concomitantemente menores taxas de parto cesárea em relação às adultas (Evidência nível II-2A). Tal como no caso do cuidado pré-natal, o cuidado peri-parto no hospital também deve ser multidisciplinar, envolvendo assistência social, apoio à amamentação e envolvimento de serviço de atendimento à criança, quando justificado.” (Fleming e col, 2015)

Nesse sentido, a presença do psicólogo é relevante no sentido de permitir que a gestante possa trabalhar seus medos e angústias, preparando-se para o parto, controlando o estresse que pode realmente atrapalhar seu comportamento. Tal medo aumenta a tensão psíquica, que aumenta a tensão muscular, que leva à dor. Com a dor, aumenta a adrenalina e, com ela, aumentam as contrações, que perdem o triplice gradiente descendente. Ou seja, as contrações ficam ineficientes, levando à distocia funcional, com parada da progressão. Por outro lado, o aumento da frequência das contrações leva a diminuição no tempo de relaxamento das fibras uterinas, com diminuição na oxigenação do feto, que desemboca no sofrimento fetal.

Bibliografia

- Alves, J.G.B.; Cisneiros, R.M.R.; Dutra, L.P.F.; Pinto, R.A. Perinatal characteristics among early (10–14 years old) and late (15–19 years old) pregnant adolescents. *BMC Research Notes* 5: 531, 2012.
- American Dietetic Association – Position of the American Dietetic Association: Nutrition management of adolescent pregnancy. *J A D A* 89: 1-3, 1989.
- Ayuba I.I.; Gani, O. Outcome of teenage pregnancy in the Niger delta of Nigeria. *Ethiop J Health Sci.* 22 (1): 45-50, March 2012.
- Aznar, R. & Bennetti, P. – Pregnancy in the adolescent girl. *Am J Obstet Gynecol* 81 (5): 934-940, 1961.
- Bittar, R.E. & Zugaib, M. – Prematuridade. *In: Vaz, F.A.C.; Manissadjian, A; Zugaib, M. – Assistência à Gestante de Alto Risco e ao Recém-Nascido nas primeiras horas.* Ed. Atheneu. São Paulo, 1993. Pag. 39-45.
- Blomberg, M; Tyrberg, R.B.; Kjolhede, P. Impact of maternal age on obstetric and neonatal outcome with emphasis on primiparous adolescents and older women: a Swedish Medical Birth Register Study. *BMJ Open* 4: e005840, 2014.
- Briggs, M.M.; Hopman, W.M.; Jamieson, M.A. Comparing pregnancy in adolescents and adults: obstetric outcomes and prevalence of anemia. *J Obstet Gynaecol Can;* 29(7): 546-55, 2007 Jul.
- Castro, C.M.B. *et al.* Infecção do trato urinário e bacteriúria assintomática: estudo em gestantes adolescentes atendidas em Serviço Público da cidade do Recife-Pernambuco/Urinary tract infection and asymptomatic bacteriuria: a study in pregnant teenagers in attendance at two public hospitals in the city of Recife-Pernambuco. *An. Fac. Med. Univ. Fed. Pernamb;* 52(1): 14-17, 2007.
- Chalem, E.; Silva, M.G.; Correa, S.R.; Teles, A.C.P.; Moron, A.F. – Repercussões da Abordagem Multiprofissional em Gestantes Adolescentes. *Anais da IIIª Jornada Paulista de Obstetrícia e Ginecologia da SOGESP, Guarujá-SP, nov/dez 1995.*
- Chen, X.K. *et al.* Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology;* 36: 368–373, 2007.
- Junto com o psicólogo, outro profissional cuja presença faz diferença é o fisioterapeuta, que pode trabalhar a mobilidade pélvica e a respiração diafragmática, preparando o corpo da gestante para o processo a ser enfrentado durante o trabalho de parto e parto.
- Por fim, um obstetra acolhedor e empático, que explique o trabalho de parto e parto em linguagem simples e acessível culturalmente à adolescente, pode ajudar sobremaneira a adolescente nessa preparação rumo ao parto.
- Com isso tudo, trabalhando em conjunto, pode-se mudar o risco erroneamente considerado como biológico, para que ocorra o sucesso final da parturição.
- Chen, X.K. *et al.* Increased risks of neonatal and postneonatal mortality associated with teenage pregnancy had different explanations. *Journal of Clinical Epidemiology* 61(7): 688-694, Jul 2008.
- Conde-Agudelo, A.; Belizán, J.M., Lammers, C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obst Gyn* 192: 342-9, 2005.
- Correa, M.D. – Riscos Obstétricos. *In: Maakaroun, M.F.; Souza, R.P.; Cruz, A.R. – Tratado de Adolescência: Um Estudo Multidisciplinar.* Ed. Cultura Médica, Rio de Janeiro – RJ. Pag. 380-389, 1991.
- Darzé, E. – A adolescente e sua saúde reprodutiva – Desempenho Obstétrico na primigrávida em idade igual ou menor do que 16 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet* 4: 64-70, 1989
- Eriksen, J.L.K.; Melamed, A.; Clapp, M.A.; Little, S.E.; Zera, C. – Cesarean Delivery in Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 29: 443-447, 2016.
- Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, Rio de Janeiro, Editora Cultura Médica, pag. 2 (art. 2º), 1990.
- Faria, D.G.S.; Zanetta, D.M.T. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. *Arq Ciênc Saúde;* 15(1): 17-23, 2008 jan-mar
- Felice, M E *et al.* The young pregnant teenager. Impact of comprehensive prenatal care. *J Adolesc Health Care;* 1(3): 193-7, 1981 Mar.
- Fleming N., O’Driscoll T., Becker G., Spitzer R.F. *et al.* Adolescent Pregnancy Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can* 37 (8): 740-756, 2015.
- Galletta, M.A. – Investigação dos fatores associados à pré-eclâmpsia em gestantes adolescentes. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 2002.
- Galletta, M.A.; Waissman, A.L.; Zugaib, M. – Partos de 1.000 adolescentes acompanhadas em Pré-Natal Multiprofissional no Hospital das Clínicas da FMUSP. *Anais do XI Congresso Paulista de Ginecologia e Obstetrícia (SOGESP), São Paulo, 17-19 de agosto de 2006.*

- Gama, S.G.N. *et al.* Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev. Saúde Pública*; 35 (1): 74-80, 2001.
- Ganchimeg, T. *et al.* Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*; 121 (Suppl. 1): 40-48; 2014.
- Guimarães, A.M.A.N.*et al.* Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight? *Rev Saúde Pública* 47(1): 11-19, 2013.
- Ionescu, A.; Goulart, A.L.; Miyasaky, C.H.; Guazelli, C.A.F.; Silveira, M.S.; Mora, M.C.S.; Monteleone, M.L.A.; Silveira, M.L.M.; Vigorito, N.M.; Mattar, R. – Adolescência e Gravidez. *In: Coletânea sobre Saúde Reprodutiva do Adolescente Brasileiro – OPAS – Out 1988, Pag 209-226.*
- Kaplanoglu, M.; Bülbül, M.; Konca, C.; Kaplanoglu, D.; Tabak, M.S.; Ata, B. Gynecologic age is an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies. *Women and Birth* 28: e119-e123, 2015.
- Kawakita, T.; Wilson, K.; Grantz, K.L.; Landy, H.J.; Huang, C.C.; Gomez-Lobo, V. Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 29: 130-136, 2016.
- Klebanoff, M.A.; Shiono, P.H.; Selby, J.V.; Trachtenberg, A.I.; Graubard, B. I. Anemia and spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*; 164(1 Pt 1): 59-63, 1991 Jan.
- Leis, C.C.F. *et al.* Aspectos biopsicossociais de puérperas adolescentes no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Rev Bras Ci Saúde* 17 (4): 319-326, 2013.
- Lettenmaier, C.; Liskin, L., Church, C.A.; Harris, J.A. – Mothers' lives matter: maternal health in the community. *Population Reports, Series L, Number 7, September, 1988.*
- Looker, A.C.; Guntewr, E.W.; Cook, J.D. – Comparing serum ferritin values from different population surveys. *National Center for Health Statistics. Vital Health Stat* 2 (111), 1991.
- Mahavarkar, S.H.; Madhu, C.K.; Mule, V.D. A comparative study of teenage pregnancy. *J Obstet Gynaecol.*; 28(6): 604-7; 2008 Aug.
- Minagawa A.T. *et al.* Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. *Rev Esc Enferm USP*; 40(4): 548-54, 2006.
- Mohamed, A.A.A. *et al.* Mode of delivery and birthweight among teenage and adult primigravida Saudi women: A retrospective comparative study. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 41 (11): 1721-1725, November 2015.
- Naz U. Comparison of obstetric outcome in terms of the risk of low birth weight, preterm delivery, cesarean section rate and anemia in primigravid adolescents and older primigravida. *J Coll Physicians Surg Pak.* 24(2): 131-4, 2014 Feb
- Okumura, J.A.; Maticorena, D.A.; Tejada, J.E.; Mayta-Tristán, P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 14 (4): 383-392 out./dez., 2014.
- Osbourne, G.K.; Howat, R.C.L.; Jordan, M.M. – The obstetric outcome of teenage pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 88: 215-21, 1981.
- Pereira, L.S. *et al.* Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecol Obstet Mex*; 70: 270-4, 2002 Jun.
- Pinho-Pompeu, M. Perfil nutricional e prevalência de anemia em gestantes adolescentes/Nutritional status and prevalence of anemia in pregnant adolescent. Tese apresentada à Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas; s.n.; ago. 2016. 83 pp.
- Rocha, R.C.L. *et al.* Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 28 (9): 530-5, 2006.
- Royston, E. – The prevalence of nutritional anaemia in women in developing countries: a critical review of available information. *World Health Stat Q* 35: 82-91, 1982.
- Ryan Jr., G.M. & Schneider, J.M. – Teenage obstetric complications. *Clin Obstet Gynecol* 21 (4): 1191-1197, 1978.
- Scholl, T.O.; Hediger, M.L.; Belsky, D.H. – Prenatal Care and Maternal Health during Adolescent Pregnancy: A Review and Meta-analysis. *J Adolesc Health* 15 (6): 444-456, 1994.
- Shoeps, D. *et al.* Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev Saúde Pública* 41(6): 1013-22, 2007.
- Simões, V.M.F. *et al.* Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saúde Pública* 37 (5): 559-565, 2003.
- Soares, N.N.; Mattar, R.; Camano, L.; Torloni, M.R. Iron deficiency anemia and iron stores in adult and adolescent women in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 89(3): 343-9, 2010 Mar.
- Socolov, D.G. *et al.* Pregnancy during adolescence and associated risks: An 8-Year Hospital-Based Cohort Study (2007-2014 in Romania, the country with the highest rate of teenage pregnancy in Europe. *BioMed Res International Vol 2017, Article ID 9205016, 8 pages.*
- Souza ML *et al.* Meninas Catarinas: A vida perdida ao ser mãe. *Rev Esc Enferm USP* 44 (2): 318-23, 2010.
- Souza ML, Lynn FA, Johnston L, Tavares ECT, Brüggemann OM, Botelho LJ. Fertility rates and perinatal outcomes of adolescent pregnancies: a retrospective population-based study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 25: e2876; 2017.
- Takiuti, N.H. – Repercussões maternas e fetais do estresse em ratas prenhes – Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 1999.
- Torvie A.J. *et al.* Labor and delivery outcomes among young adolescents. *Am J Obstet Gynecol*; 213(95): e1-8, 2015.
- Traisrisilp, K.; Jaiprom, J.; Luewan, S.; Tongsong, T. Pregnancy outcomes among mothers aged 15 years or less. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 41 (11): 1726-1731, November 2015.
- Vaz, R.F.; Monteiro, D.L.M.; Rodrigues, N.C.P. Trends of teenage pregnancy in Brazil, 2000-2011. *Rev Assoc Med Bras* 62 (4): 330-335, 2016.
- Ventura, S.J. – Advance report of new data from the 1989 birth certificate. *Monthly Vital Statistics Report* 40 (Suppl): 1-32, 1992.
- Xiaoli, L.; Weiyuan, Z. Effect of maternal age on pregnancy: a retrospective cohort study. *Chinese Medical Journal*; 127 (12): 2241-2246, 2014.



Acompanhamento do parto da adolescente

14

Rosemeire Sartori de Albuquerque¹ e Corintio Mariani Neto²

Introdução

A adolescência constitui-se na transição entre a infância e a idade adulta. Nessa fase ocorrem várias mudanças, dentre as quais se destacam as alterações hormonais que ocasionam mudanças corporais e a descoberta da sexualidade.¹

Trata-se de uma fase de desenvolvimento muito importante para que o ser humano atinja a maturidade biopsicossocial, em que a sexualidade se manifesta em novas sensações corporais.

A iniciação sexual cada vez mais precoce e, não raro, sob condições sociais desfavoráveis, muitas vezes resulta numa gravidez. O fato torna a adolescente vulnerável aos agravos à saúde e às questões econômicas e sociais, o que determina a necessidade de cuidados específicos a esse grupo de mulheres, sendo considerado um problema de saúde pública em nível mundial.²

As crianças nascidas de mães adolescentes representaram 18% dos três milhões de nascimentos no Brasil em 2015. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc 2015), o número de nascidos entre mulheres de 10 a 19 anos em 2015, segundo Grandes Regiões, é de 546.537. A região com mais filhos de mães adolescentes é a Nordeste (179.899 – 32%), seguida da Região Sudeste (179.168 – 32%). A Região Norte vem em terceiro lugar com 81.656 (14%) nascidos vivos de mães entre 10 e 19 anos, seguida da Região Sul (62.558 – 11%) e da Centro-Oeste (43.256 – 8%), conforme tabela a seguir.³

Percentual de nascidos de mulheres de 0-19 anos em 2015. Segundo Grandes Regiões.³

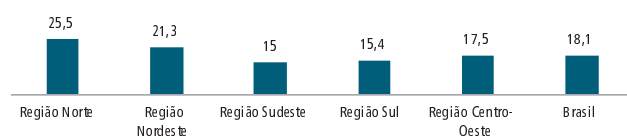


Tabela 1. Número de nascidos entre mulheres de 0 – 19 anos em 2015, segundo Grandes Regiões.

Grandes regiões	Menor de 10 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total de nascimentos de mães entre 0 e 19 anos
Região Norte	3	4.975	76.678	81.656
Região Nordeste	4	10.044	169.851	179.899
Região Sudeste	-	7.074	172.094	179.168
Região Sul	-	2.492	60.066	62.558
Região Centro-Oeste	1	2.044	41.211	43.256
Brasil	8	26.629	519.900	546.537

Fonte: MS/SVS/DASIS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc 2015)

Para enfrentar o desafio de promover a maternidade segura, o governo brasileiro lançou um Pacto Nacional Para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004, com o objetivo de atingir a Meta do Milênio, uma redução a 75% na mortalidade materna e neonatal em 2015 em comparação com 1990.⁴

O pacto integra estratégias nacionais, incluindo o cuidado profissional durante a gravidez, o parto e o pós-aborto para todas as mulheres; treinamento dos profissionais de saúde em Seminários de Práticas Obstétricas Humanizadas e Baseadas em Evidências em todos os estados; referência garantida dos cuidados médicos e do hospital para casos de alto risco; direito ao alojamento conjunto para as mulheres e os bebês e o direito a um acompanhante da escolha durante o trabalho de parto e o nascimento.⁵

Em setembro de 2015, os países-membros das Nações Unidas adotaram, por unanimidade, o documento “Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, contendo 17 objetivos e 169 metas que devem ser cumpridas por todos os países do mundo, construindo o caminho para a erradicação da pobreza, redução das desigualdades e dos impactos das

- 1 Profa. Dra. em Saúde da Mulher pela UNIFES. Docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP). Presidente da ABENFO/SP.
- 2 Diretor Técnico do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. Professor Doutor do Curso de Medicina da UNICID. Presidente da Comissão Nacional de Aleitamento Materno da Febrasgo.
- 3 Os dados de nascimentos para o ano de 2015 representam a situação da base nacional em 23/12/2015- publicados em Cenário da Infância e Adolescência no Brasil (2017)

mudanças climáticas e promovendo justiça, paz e segurança de todos.⁶

Os principais objetivos e metas que contribuirão para a qualidade de vida, bem-estar, cidadania e segurança das crianças e adolescentes:

- Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.
 - 3.1. Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 por 100.000 nascidos vivos;
 - 3.2. Acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos;
 - 3.7. Assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.
- Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.
 - 5.1. Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte;
 - 5.2. Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos;
 - 5.3. Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros forçados de crianças e mutilações genitais femininas;
 - 5.6. Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD) e da Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão;
 - 5.c. Adotar e fortalecer políticas sólidas e uma legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas, em todos os níveis.

O quantitativo de adolescentes grávidas vem aumentando, podendo acarretar complicações para a saúde materno fetal, como doença hipertensiva da gestação, parto pré-termo e baixo peso ao nascer, pois a mãe se encontra em uma faixa etária em que ainda estão ocorrendo crescentes transformações corporais e psicológicas.⁷

Parte conceitual

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma

experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional.

Dentre os marcadores de fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação, o Ministério da Saúde em seus documentos refere a idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos. Entretanto, claramente destaca que a adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação, mas alerta para a possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez, com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal. Cabe ao profissional atentar-se para as peculiaridades dessa fase e considerar a possível imaturidade emocional, providenciando o acompanhamento psicológico quando lhe parecer indicado.⁸

A gestação na adolescência, na grande maioria das vezes, é desejada, mas não é planejada. A adolescente diante dessa situação provoca o aborto, casa ou torna-se mãe solteira.

O risco está associado quando ela decide provocar o abortamento, pois desconhece o alto risco de morbidade (infecções e hemorragias) e mortalidade que podem ocorrer em virtude da manipulação, que geralmente é realizada sem atendimento médico, de forma clandestina e em condições precárias de higiene.

As adversidades encontradas pela adolescente grávida despertam a necessidade de atendimento no mínimo mais acurado, pois, embora fisiológica, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto podendo apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável, denominada de “gestante de alto risco”.⁸

Além da idade, outros fatores de risco podem estar presentes antes da ocorrência da gravidez como, por exemplo, a sua identificação nas mulheres em idade fértil, o que permite orientações às vulneráveis, no que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional.

A gravidez na adolescência é um grave problema de saúde no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde, adolescentes de 15 a 19 anos tornam-se mães de cerca de 15 milhões de crianças, anualmente; pelo menos, sessenta mil adolescentes morrem em decorrência de complicações na gravidez e no parto.⁹

Do ponto de vista biológico, as consequências da gravidez para a adolescente são: maior incidência de síndrome hipertensiva da gravidez (SHG), anemia, complicações do parto pela desproporção céfalo pélvica, diabetes gestacional, determinando aumento da mortalidade materna e infantil.¹⁰⁻¹⁴ No tocante aos problemas com

o recém-nato, a gravidez na adolescência está associada a taxas mais elevadas de baixo peso ao nascer (BPN), parto pré-termo, doenças respiratórias, trauma obstétrico, além de maior frequência de doenças perinatais e mortalidade infantil.¹³

Em geral, as adolescentes precisam ser assistidas de forma singular pelos profissionais de saúde, pois, com frequência, experimentam maior sensação de insegurança perante o momento obstétrico e o próprio futuro.

Desenvolvimento

A determinação da via de parto e o momento ideal para esse evento nas gestações de alto risco talvez represente ainda hoje o maior dilema vivido pelo obstetra.

Cabe salientar que gravidez de risco não é igual a cesariana ou episiotomia sem indicação clínica. Em muitas situações, é possível a indução do parto, visando o seu término por via vaginal, ou mesmo, aguardar o seu início espontâneo.⁸

As cesáreas bem indicadas, sejam elas de emergência ou eletivas, são componente essencial do cuidado obstétrico e devem estar devidamente disponíveis para se conseguir baixar as taxas de mortalidade materna e neonatal.⁴

Segundo a OMS, uma porcentagem entre 5% e 15% do total de partos parece conseguir os melhores resultados para a saúde de mulheres e de bebês, visto que uma taxa menor que 1% ou mais alta que 15% parece fazer provocar mais dano do que benefício, o chamado paradoxo da cesárea.¹⁴

No Brasil, importantes iniciativas têm sido lançadas, a mais recente trata-se do Projeto Parto Adequado, desenvolvido pela parceria entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (ANS), o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Health care Improvement (IHI)¹⁶. Tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. Essa iniciativa visa ainda oferecer às mulheres e aos bebês o cuidado certo, na hora certa, ao longo da gestação, durante todo o trabalho de parto e pós-parto, considerando a estrutura e o preparo da equipe multiprofissional, a medicina baseada em evidências científicas e as condições socioculturais e afetivas da gestante e família.

A taxa de partos vaginais nos 26 hospitais que fizeram parte do grupo piloto, ou seja, que participaram de todas as estratégias adotadas, cresceu em média 76% – 16 pontos percentuais – saindo de 21% em 2014 para 37% ao final dessa fase do projeto, em 2016. Em 18

meses, mais de dez mil cesáreas sem indicação clínica foram evitadas.

É importante que profissionais que atendem a mulher durante a gestação não determinem qual deverá ser a via de parto, que depende não só da história preexistente, como também da situação da mulher na admissão à unidade que conduzirá o parto.

Entendendo que o fato de uma grávida ser adolescente, por si só, não é indicação de parto cirúrgico, a seguir serão apresentados cuidados baseados em recente publicação “Diretrizes para o parto normal”. Trata-se de cuidados baseados em evidências científicas e reconhecidos como fundamentais para desmistificar a assistência ao parto normal e contribuir com a melhoria da assistência obstétrica no Brasil.¹⁷

A proposta foi formulada ao longo de 2015, na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), por grupo consultivo com participação da área técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), de entidades representativas de médicos e enfermeiros e de representantes da sociedade civil organizada. O grupo chegou a consenso em temas diversos, como quais os profissionais habilitados para a condução do parto e métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor.

As amplas evidências do benefício do parto normal, em situações de risco habitual, levaram o Conselho Federal de Medicina a normatizar os critérios éticos para as cesarianas seletivas, estabelecendo que sejam realizadas a partir da 39ª semana de gestação, de modo a minimizar os riscos para o recém-nascido.

Todo empenho tem sido feito para que haja qualificação do cuidado à mulher, em especial, a adolescente, no processo de parturição. A Secretaria de Atenção à Saúde do MS publicou a Portaria 353/2017, que aprova diretrizes para o parto normal no Brasil, no intuito de reduzir procedimentos considerados desnecessários e melhorar a qualidade do atendimento durante o parto¹⁷.

Com base nessas diretrizes, destacamos os principais cuidados à adolescente no processo de parturição com enfoque nas boas práticas.

Assistência no trabalho de parto

As adolescentes em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e ser incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de intimidade, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas.

Tal como as demais, a parturiente jovem deve ser membro efetivo nas condutas durante a evolução do seu trabalho de parto. Para tanto, deve ser informada sobre os benefícios e riscos da indução do parto; a escolha de um acompanhante para o apoio durante o parto⁴; as estratégias de manejo da dor e métodos disponíveis na unidade (farmacológicos e não farmacológicos); a organização do local de assistência ao parto, limitações relativas à unidade, bem como disponibilidade de certos métodos e técnicas; os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe.

Algumas condutas que favorecem o bem-estar materno e fetal devem ser revisitadas: as parturientes podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água; realizar a ausculta imediatamente após uma contração, por pelo menos um minuto e a cada 30 minutos, registrando como uma taxa única e registrar acelerações e desacelerações se ouvidas; palpar o pulso materno se alguma anormalidade for suspeitada para diferenciar entre os batimentos fetais e maternos.

Com relação à prevenção de infecção no trabalho de parto normal deve-se atentar para o fato de que água potável pode ser usada para a limpeza vulvar e perineal se houver necessidade, antes do exame vaginal e o uso de luvas únicas não necessariamente estéreis, são apropriadas para reduzir a contaminação cruzada entre as mulheres, crianças e profissionais; Também destaca-se que a seleção de equipamento de proteção deve ser baseada na avaliação do risco de transmissão de microrganismos para a mulher e o risco de contaminação das vestimentas e pele dos profissionais de saúde por sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.

Manejo da dor no trabalho de parto

As diretrizes deixam bem claro que a experiência e satisfação das mulheres em relação à dor no trabalho de parto deve ser o foco do manejo.

Algumas recomendações são essenciais para que a mulher tenha experiência positiva com relação à evolução do trabalho de parto, dentre elas: sempre que possível deve ser oferecido à mulher a imersão em água para alívio da dor no trabalho de parto; se uma mulher escolher técnicas de massagem durante o trabalho de parto, seus acompanhantes podem e devem ser orientados a executar e se escolher técnicas de relaxamento, sua escolha deve ser apoiada. Dentre os métodos não farmacológicos, a acupuntura e a hipnose podem ser oferecidas

às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, porém se houver profissional habilitado e disponível para tal. Também indica que deve ser apoiada a mulher que deseja música, mas alerta para que respeite sua escolha.

Importante ressalva é feita no que diz respeito aos gestores dos serviços, que devem proporcionar condições para o redesenho das unidades de assistência ao parto visando a oferta da imersão em água para as mulheres no trabalho de parto.

Assistência no primeiro período do parto

Importante destacar significativo problema na maioria dos serviços no Brasil. Trata-se da internação precoce da gestante, em fase inicial de trabalho de parto, levando à cascata de intervenções, especialmente uso indiscriminado de ocitocina, culminando em indicações desnecessárias de partos cirúrgicos. As intervenções acontecem nesse cenário, muitas vezes, por necessidade de tranquilizar a própria equipe, para atender a inúmeras solicitações e indagações dos familiares e pela própria mulher que fica insegura com tempo longo de sua internação e demora no nascimento de seu filho.

A diretriz, norteada por importantes estudos, indica que a internação da mulher deve acontecer na fase de trabalho de parto estabelecido (dilatação cervical ≥ 4 cm) e recomenda definir trabalho de parto nas fases:

- Latência do primeiro período do trabalho de parto – um período não necessariamente contínuo quando há contrações uterinas dolorosas e alguma modificação cervical, incluindo apagamento e dilatação até 4 cm.
- Trabalho de parto estabelecido – quando há contrações uterinas regulares e há dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm.

Importante salientar que a duração do trabalho de parto ativo pode variar, sendo que nas primíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas, e nas multíparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas.

No primeiro período do trabalho de parto as Diretrizes recomendam registrar a frequência das contrações uterinas e pulso materno de hora em hora; temperatura e PA de 4 em 4 horas; frequência da diurese; exame vaginal de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais).

4 Por força do Estatuto da Criança e do Adolescente, além da Lei nº 11.108/2005, toda gestante adolescente tem direito a acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, e deve ser informada sobre esse direito durante o acompanhamento pré-natal.

Um partograma com linha de ação de 4 horas deve ser utilizado para o registro do progresso do parto, modelo da OMS ou equivalente.

Durante o trabalho de parto a mulher deve ser monitorada: Pulso >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo; PA sistólica \geq 160 mmHg OU PA diastólica \geq 110 mmHg em uma única medida; PA sistólica \geq 140 mmHg OU diastólica \geq 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo; Proteinúria de fita 2++ ou mais e uma única medida de PA sistólica \geq 140 mmHg ou diastólica \geq 90 mmHg; Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida ou 37,5°C ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo; Qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão; Presença de mecônio significativo; Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações; Progresso lento confirmado do primeiro e segundo períodos do trabalho de parto; Solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia regional; Emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, hemorragia pós-parto, convulsão ou colapso materno ou necessidade de ressuscitação neonatal avançada; Placenta retida; Lacerações perineais de terceiro e quarto graus ou outro trauma perineal complicado.

Ainda com relação às observações fetais devem ser registradas: qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão; situação transversa ou oblíqua; apresentação cefálica alta (-3/3 De Lee) ou móvel em uma nulíparas; suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou macrossomia; suspeita de anidrâmnio ou polihidrâmnio; frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm; Desacelerações da FCF à ausculta intermitente.

Nos casos de presença de mecônio significativo (verde escuro ou preto, grosso, tenaz, contendo grumos) assegurar que profissionais treinados em suporte avançado de vida neonatal estejam presentes no momento do parto.

A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem.

As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto.

Se houver suspeita de falha de progresso no trabalho de parto considerar também para o diagnóstico todos os aspectos da evolução do trabalho de parto, incluindo: dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas para as primíparas, dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas ou um progresso lento do trabalho de parto para as

multíparas, descida e rotação do polo cefálico, mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.

Cuidados recomendados no final do primeiro período clínico do parto

Ao identificar o final do primeiro período clínico do parto, após confirmado os 10 cm de dilatação, não se deve solicitar a gestante que promova puxos voluntários, exceto se tardiamente (sugere-se no mínimo após 1 hora de dilatação total) ou quando a cabeça fetal se tornar visível. Do contrário, os puxos constituem ato involuntário obedecendo a vontade materna.

Importante atentar para que os puxos devem ser sempre durante a contração. Após constatado 10 cm de dilatação, devem ser estabelecidas estratégias para que o nascimento ocorra em até 4 horas, independentemente da paridade.

A avaliação da movimentação fetal e a frequência cardíaca fetal devem ser realizadas na consulta inicial e depois a cada 24 horas após a ruptura precoce das membranas, enquanto a mulher não entrar em trabalho de parto. Atentar para que ela comunique imediatamente qualquer diminuição nos movimentos fetais.

Segundo as Diretrizes, não se aconselha o uso de sistemas de gradação e classificação de mecônio para o manejo da eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto.

A monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, se disponível, deve ser utilizada para avaliação do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto, na sua ausência, a ausculta fetal intermitente é indicada, seguindo técnicas padronizadas.

Fica claro no documento publicado o não aconselhamento da realização de cesariana apenas para a eliminação de mecônio durante o trabalho de parto, exceto em protocolos de investigação.

Assistência no segundo período do parto

Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios.

A manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto.

Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do trabalho de parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos. Caso o puxo

espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela mulher, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento.

Definição e duração do segundo período do trabalho de parto

Para fins dessa diretriz, o segundo período do parto deverá ser definido como:

- Fase inicial ou passiva: dilatação total do colo sem sensação de puxo involuntário ou parturiente com analgesia e a cabeça do feto ainda relativamente alta na pelve.
- Fase ativa: dilatação total do colo, cabeça do bebê visível, contrações de expulsão ou esforço materno ativo após a confirmação da dilatação completa do colo do útero na ausência das contrações de expulsão. Sendo que para as primíparas a duração é de cerca de meia hora a duas horas e meia sem bloqueio peridural e 1-3 horas com peridural e para as múltiparas é até uma hora sem peridural e duas horas com peridural.

Para o manejo da falha de progresso do segundo período deve-se considerar nas nulíparas três horas após o início da fase ativa do segundo período. A confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando esse durar mais de duas horas, quando a parturiente deve ser encaminhada, ou ter assistência adicional solicitada, a médico treinado na realização de parto vaginal operatório e o nascimento não for iminente.

Já nas múltiparas (incluindo adolescentes), o parto deve ocorrer no prazo de duas horas após o início da fase ativa do segundo período. A confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando esse durar mais de uma hora, quando a mulher deve ser encaminhada, ou ter assistência a adicional solicitada, a médico treinado na realização de parto vaginal operatório se o nascimento não for iminente.

Cuidados com o períneo

Não se recomenda a massagem perineal durante o segundo período do parto. Considerar aplicação de compressas mornas no períneo no segundo estágio do parto e não se recomenda a aplicação de spray de lidocaína para reduzir a dor perineal no segundo período do parto.

Quanto a técnica tanto a de 'mãos sobre' (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) quanto a técnica de 'mãos prontas' (com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo.

Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo. Se for realizada, recomenda-se a

médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus. Assegurar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia.

Assistência no terceiro período do parto

O terceiro período do parto é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas. Considerar terceiro período prolongado após decorridos 30 minutos de manejo ativo ou 60 minutos de manejo fisiológico.

O manejo ativo do terceiro período envolve um pacote de intervenções: uso rotineiro de uterotônicos, clampeamento e secção precoce do cordão umbilical, tração controlada do cordão após sinais de separação placentária.

O manejo fisiológico do terceiro período do parto envolve um pacote de cuidados que inclui os seguintes componentes: uso não rotineiro de uterotônicos, clampeamento tardio do cordão (após parar a pulsação) e expulsão da placenta por esforço materno.

Manter observação rigorosa da mulher, com as avaliações: condição física geral, através da coloração de pele e mucosas, respiração e sensação de bem-estar; perda sanguínea.

Se houver hemorragia, retenção placentária, colapso materno ou qualquer outra preocupação quanto ao bem-estar da mulher deve-se solicitar assistência imediata de médico obstetra para assumir o caso se esse não for o profissional assistente no momento; instalar acesso venoso calibroso e informar a puérpera sobre a situação e os procedimentos previstos; se o parto ocorreu fora de ambiente hospitalar, a puérpera deve ser transferida imediatamente para uma maternidade baseada em hospital.

O manejo ativo é mais recomendado na assistência ao 3º período do parto pois está associado a menor risco de hemorragia e necessidade de transfusão sanguínea.

Para o manejo ativo administrar 10 UI de ocitocina intramuscular após o desprendimento da criança, antes do clampeamento e corte do cordão. A ocitocina é preferível, pois está associada a menos efeitos colaterais do que a ergometrina.

Após a administração de ocitocina, pinçar e seccionar o cordão. Não realizar a secção do cordão antes de um minuto após o nascimento, a menos que haja necessidade de manobras de ressuscitação neonatal. Pinçar o cordão antes de 5 minutos após o nascimento para realizar a tração controlada do cordão como parte do manejo ativo. Se uma mulher solicitar o clampeamento e secção do cordão após 5 minutos, apoiá-la em sua escolha. Após

a secção do cordão, realizar tração controlada do mesmo. A tração controlada do cordão, como parte do manejo ativo, só deve ser realizada após administração de ocitocina e sinais de separação da placenta.

Cuidados maternos imediatamente após o parto

Realizar os controles da mulher logo após o parto: temperatura, pulso e pressão arterial. Lóquios e contrações uterinas. Examinar a placenta e membranas: avaliar suas condições, estrutura, integridade e vasos umbilicais.

- *Cuidados com o períneo*

O trauma perineal ou genital deve ser definido como aquele provocado por episiotomia ou lacerações, da seguinte maneira:

- Primeiro grau – lesão apenas da pele e mucosas.
- Segundo grau – lesão dos músculos perineais sem atingir o esfíncter anal.
- Terceiro grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal: 3a – laceração de menos de 50% da espessura do esfíncter anal; 3b – laceração de mais de 50% da espessura do esfíncter anal; 3c – laceração do esfíncter anal interno.
- Quarto grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal interno e externo) e o epitélio anal.

Durante o reparo perineal assegurar analgesia efetiva com a infiltração de até 20 ml de lidocaína 1% ou equi-

valente ou realizar nova dose de anestésico peridural se a mulher estiver com cateter, ou realizar uma anestesia espinal.

É destacado que não há necessidade de sutura da pele se as suas bordas se opõem após a sutura do músculo, em trauma de segundo grau ou episiotomia. Se houver necessidade de sutura da pele, utilizar uma técnica subcutânea contínua. Realizar a reparação perineal usando uma técnica de sutura contínua para a camada de parede vaginal e músculo. Recomenda-se a utilização de material de sutura sintética absorvível para suturar o períneo.

Estimular as mulheres a ter contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento e estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida.

Por fim, entendemos que a assistência ao parto deve estar menos ligada ao cumprimento de normas e rotinas e mais focada nas necessidades individuais de cada adolescente, respeitando as especificidades e características próprias. Em outras palavras, a despeito de todas essas diretrizes, o acompanhamento do parto da adolescente deve sempre levar em conta a sua individualidade. Acreditar no potencial de cada uma em conduzir o trabalho de parto com orientação adequada e acolhimento é exatamente o que a grávida adolescente deseja e espera de todos nós, profissionais de saúde.

Referências

1. Gomes VLO, Fonseca AD, Roballo EC. Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(2): 300-5. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200012>>.
2. Nina Franco Luz, Thaís Rocha Assis, Fabrícia Ramos Rezende. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(2): 80-84
3. Cenário da Infância e Adolescência. Fundação AbrinqBrasil (2017). Disponível em <<http://observatoriocrianca.org.br>>.
4. Brasil Ministério da Saúde. Informa da Atenção Básica. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Ano V. Maio/junho 2004. At: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinf22.pdf>>.
5. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento DesenvolvHum*. 2009; 19(2): 313-326.
6. Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda-2030-completo-pt-br-2016.pdf>>.
7. Ana Cláudia Mesquita de Andrade, Tiara Bruna Teixeira Teodósio, Ana Egliny Sabino Cavalcante, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Maria Adelane Monteiro da Silva. Perfil das gestantes adolescentes internadas em enfermaria de alto risco em hospital de ensino. *SANARE, Sobral*, V.13, n.2, p.98-102, jun./dez. – 2014
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
9. Brasil. Ministério da Saúde. *A adolescente grávida e os serviços de saúde no município*. Brasília: Ministério das Saúde; 1999.
10. Carvalho RCM, Campos HH, Vieira ZB, Mota MSM. Fatores preditivos de hipertensão gestacional em adolescentes primíparas: análise do pré-natal, da MAPA e da microalbuminúria. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87(4): 487-95.
11. Costa CE, Gotlieb SLD. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da declaração de nascido--vivo. *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(4): 328-34.
12. Lenders CM, Mcelrath EF, Scholl TO. Nutrition in adolescent pregnancy. *Curr Opin Pediatr*. 2000; 12(3): 291-6.
13. Azevedo DV, Sampaio HAC. Fatores de risco associados à gestação na adolescência. *Femina*. 2003; 31(5): 457-64.
14. Althabe F, Belizán J. Caesarean section: the paradox. *Lancet* 2006; 368(9546): 1472-73
15. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, *et al*. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on

- maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; 367(9525): 1819–29.
16. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado – fase 1/Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Health care Improvement. – Rio de Janeiro: ANS, 2016. 3,2 MB; ePUB
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN 978-85-334-2477-7
- *Guazzelli CAF, Azevedo AR, Navajas Filho E. In: Gravidez na Adolescência. Briquet, R. Obstetrícia Normal. Guariento A, Delascio D. Barueri, SP: Manole. Cp. 26. p 351-345.

Corintio Mariani Neto¹ e Rosemeire Sartori de Albuquerque²

Apesar da redução em 26,5% da taxa de gravidezes em adolescentes observada no período de 1998 a 2011 no estado de São Paulo, o mesmo fenômeno não tem sido observado em estatísticas que englobam o Brasil como um todo^{1, 2}.

É sabido que o recém-nascido de uma mãe adolescente tem chance aumentada de ser prematuro ou de baixo peso, motivos suficientes para aumentar sua morbilidade neonatal e pós-neonatal³.

Por outro lado, o aleitamento materno (AM) reduz a morbidade e a mortalidade infantis pela proteção que oferece à criança contra uma série de enfermidades potencialmente letais, como as doenças respiratórias, a desnutrição e as diarreias. De modo mais marcante que na mulher adulta, certos fatores podem influenciar de maneira negativa no sucesso da amamentação entre adolescentes.

Preocupação com a estética, como flacidez e ptose mamárias, retorno aos estudos e/ou ao mercado de trabalho, inexperiência acrescida da falta de apoio do parceiro, falsas crenças, como leite insuficiente, dificuldade em amamentar nos primeiros dias, entre outros, podem levar ao desmame precoce^{4, 5}.

Além disso, amamentar na adolescência costuma se acompanhar de grande carga emocional, com alterações psicológicas importantes. Medo, imaturidade, ansiedade e inexperiência para lidar com a nova condição de mãe pode resultar, com frequência, em isolamento, o que pode comprometer o sucesso do aleitamento entre essas jovens, levando-as a amamentar seus filhos por tempo inferior ao preconizado pela OMS^{6, 7}.

Estudos mostram prevalência menor de aleitamento exclusivo entre adolescentes, quando comparadas com mães adultas^{8, 9}.

A literatura aponta a adolescência entre os fatores de risco para o desmame precoce. Autores relatam risco relativo entre 1,38 e 1,48 para a cessação do aleitamento exclusivo antes dos seis meses de vida, conforme preconizado pela OMS e pelo Ministério da Saúde^{10, 11}.

Parcela expressiva de puérperas adolescentes que ainda amamentam no terceiro mês, não o fazem de forma exclusiva. Com frequência, a alimentação complementar é introduzida no segundo mês, o que contraria as recomendações da OMS¹².

Vários são os motivos descritos para essa menor disposição da mãe adolescente em amamentar, a iniciar pela própria pouca experiência e pelo conhecimento reduzido a respeito da amamentação¹³. Além disso, o medo da dor, da dificuldade com o ato de amamentar e do embaraço diante de uma possível exposição pública também pode se constituir em barreira a influenciar negativamente a decisão da adolescente sobre o AM¹⁴. Há, ainda, referência à própria vida conjugal, atividade fora do lar e dificuldade para amamentar nos primeiros dias, como fatores associados ao desmame em adolescentes¹¹.

Estudo mostrou que o apoio familiar para o sucesso da amamentação entre as adolescentes é fundamental, pois quando esse estímulo não ocorre ou é insuficiente, a introdução de alimentação complementar é bastante precoce¹⁵. Nesse sentido, a influência cultural das mães e avós, além dos traumas mamilares e a mastite puerperal, se mostram como causas decisivas para as mães adolescentes abandonarem a amamentação ou introduzirem outros alimentos¹⁶.

Outro estudo com 1.014 mulheres, das quais, 144 eram adolescentes, relata frequente uso de mamadeiras antes dos seis meses, sem diferenças entre adolescentes e adultas, sendo observada, do 1º para o 2º semestre de vida, redução de 45,6% na prevalência de aleitamento materno entre as adolescentes¹⁷.

Outros, ainda, encontraram que o determinante para o desmame precoce entre as mães com menos de 20 anos é a falta de priorização das ações governamentais pró-amamentação nessa faixa etária¹⁸.

Estudo clássico norte-americano¹⁹ mostra que pouco mais da metade das puérperas adolescentes optou espontaneamente pelo AM. Essa decisão independeu do tipo

1 Diretor Técnico do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. Professor Doutor do Curso de Medicina da UNICID. Presidente da Comissão Nacional de Aleitamento Materno da Febrasgo.

2 Profa. Dra. em Saúde da Mulher pela UNIFES. Docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP). Presidente da ABENFO/SP.

de parto, índice de Apgar, peso ao nascer, idade gestacional ou sexo do bebê. Os autores observaram, ainda, que 83% das adolescentes haviam tomado a decisão sobre amamentação antes do terceiro trimestre da gestação, o que mostra a importância fundamental da educação pré-natal precoce²⁰. Além disso, praticamente um terço delas já havia se decidido antes da gravidez, sugerindo que os programas de educação em aleitamento materno deveriam começar antes mesmo do pré-natal, idealmente, durante o ensino fundamental.

Experiência no Reino Unido mostrou o impacto positivo de uma clínica de assistência pré-natal dedicada exclusivamente a gestantes adolescentes sobre os resultados obstétricos e neonatais. A avaliação feita doze meses após o início das atividades mostrou melhora em uma série de parâmetros, como aumento na taxa de partos vaginais, aumento da média de peso ao nascer, redução das admissões em unidade neonatal de cuidados especiais, aumento da prática de contracepção e prolongamento do tempo de aleitamento materno²¹.

Frente ao exposto, o profissional de saúde deve estar atento a todas as oportunidades que lhe são oferecidas, seja como educador ou cuidador, para contribuir positivamente no sentido de aumentar a prática da amamentação entre as adolescentes, especialmente aquelas que se encontram grávidas pela primeira vez. Nesse aspecto, é fundamental manter um diálogo não inquisidor, mas encorajador, desde o início do pré-natal, transmitindo confiança e procurando detectar os conceitos da jovem sobre a amamentação, quais os seus medos e eventuais tabus sobre o assunto e, principalmente, se ela já se decidiu a respeito^{22, 23}.

A existência de grupos de discussão pré ou pós-consulta facilita um esclarecimento mais detalhado. No Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, todas as grávidas adolescentes do ambulatório de pré-natal são convidadas a participar desses grupos. Os temas discutidos incluem vantagens do AM, consequências do desmame precoce, fisiologia da lactação, extração manual e conservação do leite humano, cuidados com as mamas, alimentação da gestante e da nutriz, amamentação em sala de parto, importância do alojamento conjunto, uso de drogas e contracepção durante o AM, técnicas de amamentação, dificuldades mais frequentes e legislação a respeito.

A educação pré-natal é particularmente importante para as adolescentes que vivem em locais onde é fácil adquirir mamadeiras e fórmulas infantis, bem como em locais onde a alta hospitalar pós-parto seja muito precoce²⁰.

De qualquer modo, o profissional de saúde deve estar preparado para desestimular a grávida adolescente de qualquer prática que já se demonstrou ser totalmente inútil durante a gestação, como massagens nas mamas, exercícios para as papilas, expressão do colostro e aplicação de pomadas ou cremes nas papilas²⁴.

O sucesso do aleitamento materno também dependerá de procedimentos que ajudem a adolescente por ocasião do parto, como presença de acompanhante de sua escolha, parcimônia com analgésicos e sedativos que possam interferir no comportamento do recém-nascido e, especialmente, o estímulo ao parto normal.

Certas rotinas hospitalares devem ser postergadas ou mesmo banidas, para que o processo de amamentação se estabeleça o mais precocemente possível, em benefício da mãe adolescente e seu bebê. Entre elas, podemos citar a prática de “reanimação” em recém-nascidos saudáveis, a instilação oftálmica de nitrato de prata, a identificação plantar e a própria separação rotineira de bebês saudáveis, encaminhados para “observação” em berçários de crianças absolutamente normais.

Nesse aspecto, importa lembrar que a realização de cesárea eletiva não impede o contato precoce e prolongado pele a pele e olho a olho entre a mãe e o bebê em boas condições, já na sala cirúrgica. Também é indefensável a separação do binômio, com a justificativa de encaminhar a puérpera saudável e desperta para a sala de “recuperação pós-anestésica”.

Mais que a adulta, a mãe adolescente necessita de bastante atenção e apoio para amamentar com sucesso nos primeiros dias após o parto. Por isso, o incentivo ao sistema de alojamento conjunto, a assistência profissional quanto ao posicionamento correto do bebê para uma sucção adequada, a amamentação por livre demanda quanto ao horário e à duração das mamadas são fatores fundamentais para o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo.

Após a alta hospitalar, é muito interessante o envolvimento de familiares, como a própria mãe ou outra parenta próxima, para transmitir a confiança necessária à jovem nutriz, além da ajuda, sempre que possível, do seu marido. O importante é que ela acredite que é capaz de amamentar, que a sua criança não necessita de nada além do seu leite e que suas mamas, seja do tamanho que forem, produzirão leite adequado e em quantidade suficiente²⁵. Além disso, o encaminhamento da mãe adolescente a grupos de apoio é essencial na prevenção das principais causas de desmame, como a “insuficiência de leite”, os traumatismos papilares, o ingurgitamento mamário e a possível mastite puerperal.

Todas as evidências científicas apontam que a forma mais eficaz de ajudar as puérperas adolescentes a estabelecer e manter o aleitamento materno é o suporte pessoal contínuo por uma pessoa com conhecimentos adequados sobre a amamentação²⁴.

Instituímos na atenção quanto a fatores sociodemográficos e culturais que se mostram favoráveis ao sucesso do aleitamento materno entre as adolescentes, como: idade > 16 anos, raça branca, maior escolaridade, expo-

sição prévia a modelos de amamentação, o fato de terem sido amamentadas, apoio familiar (mãe e parceiro) e atuação profissional positiva⁴.

Profissionais de saúde, gestores, autoridades governamentais, políticos, ou mesmo, simples cidadãos ou cidadãs, todos temos uma parcela de responsabilidade diante do desafio de aumentar os índices de amamentação entre as adolescentes.

Referências

1. Gravidez na adolescência cai 26% em SP. <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/gravidez-na-adolescencia-cai-26-em-sp-1/>>.
2. SINASC. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. <<http://noticias.r7.com/saude/gravidez-na-adolescencia-cai-17-no-brasil-revela-pesquisa-10052017>>.
3. Correa MBRN, Coates V. Gravidez. In: Coates V, Françoiso LA, Beznos GW – Medicina do Adolescente. São Paulo: Sarvier, 1993. p.259-62.
4. Wambach KA, Cohen SM. Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers. *J Pediatr Nurs*. 2009 Aug; 24(4): 244-54.
5. Stephan AMS, Cavada MN, Vilela CZ. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. *Epidemiol. Serv. Saúd*. 2012; 21(3): 431-8.
6. Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saúde Pública*. 2004 Feb; 38(1): 85-92.
7. Gusmão AM, Béria JU, Gigante LP, Leal AF, Schermann LB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2013 Nov; 18(11): 3357-68.
8. Wambach KA, Cole C. Breastfeeding and Adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000; 29(3): 282-94.
9. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition* 2006; 9(1): 40-6.
10. Santo LC, Oliveira LD, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth* 2007; 34(3): 212-9.
11. Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1): 85-92.
12. Maranhão TA, Gomes KRO, Nunes LB, Moura LNB. Fatores associados ao aleitamento materno entre mães adolescentes. *Cad. Saúde Colet*, 2015, Rio de Janeiro, 23 (2): 132-139
13. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83(3): 241-6.
14. Hannon PR, Willis SK, Bishop-Townsend V, Martinez IM, Scrimshaw SC. African-American and Latina adolescent mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. *J Adolescent Health* 2000; 26(6): 399-407.
15. Takemoto AY, Santos AL, Okubo P, Bercini LO, Marcon SS. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. *Rev. Cienc Cuid Saude*. 2011 Jul/Set; 10(3): 444-451.
16. Filamingo BO, Lisboa BCF, Basso NAS. A prática do aleitamento materno entre mães adolescentes na cidade de Dois Córregos, estado de São Paulo. *Rev. Scientia Medica (Porto Alegre)* 2012; volume 22, número 2, p. 81-85.
17. Cruz MCCA, Almeida JAG, Engstrom EM. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. *Rev. Nutr., Campinas*, 23(2): 201-210, mar./abr., 2010.
18. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46 (3): 537-43.
19. Neifert M, Gray J, Gary N, Camp B. Factors influencing breast-feeding among adolescents. *J Adolesc Health Care* 1988; 9(6): 470-3.
20. WHO, Wellstart International. Promoting breast-feeding in health facilities: A short course for administrators and policy-makers. Doc. WHO/NUT/96.3 1996. p: 4-6.
21. Das S, Dhulkotia JS, Brook J, Amu O. The impact of a dedicated antenatal clinic on the obstetric and neonatal outcomes in adolescent pregnant women. *J Obstet Gynaecol* 2007; 27(5): 464-6.
22. Vitiello N. O papel do obstetra no incentivo ao aleitamento materno. *Femina* 1986; abril: 346-53.
23. FEBRASGO. Aleitamento materno: manual de orientação, 3ª ed: Mariani Neto C. São Paulo: Ponto, 2015. 164p.
24. Enkin MW, Keirse MJNC, Neilson JP, Crowther CA, Duley L, Hodnett ED, Hofmeyr GJ. Amamentação. In: Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto, 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.234-42.
25. King, FS. Como ajudar as mães a amamentar. Tradução de Thomson Z e Gordon ON. 4ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 189p.



Herlander Manuel Mendes Coelho¹, Nicole Ozeyil Machado² e Maria Ignez Saito³

Entre os principais motivos listados para o desmame, uma das grandes contradições da adolescência é o desequilíbrio entre a maturação física (corpo totalmente pronto para a reprodução) e um psicoemocional despreparado.

As vivências do exercício da sexualidade, nessa fase, podem ser consideradas de risco, traduzidas por gravidez precoce ou indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, abortos, levando, eventualmente, ao comprometimento do projeto de vida ou até da própria vida.

Os filhos de mães adolescentes são, aproximadamente, um a cada cinco brasileiros que nascem. Em 2015, segundo o Ministério da Saúde, do total de 3.017.668 crianças nascidas vivas, apesar da diminuição observada nos últimos anos, 547.564 eram filhos de mães com menos de 20 anos de idade.

A gravidez na adolescência pode ter consequências biológicas e extrabiológicas que atingem a vida dos pais, da criança, da família e da sociedade. Ela se caracteriza por um problema médico-social, tendo já sido considerada de alto risco pela OMS (Organização Mundial da Saúde, 1977). Atualmente, observa-se que, com a atuação adequada do pré-natal específico, é possível minimizar os agravos. Isso faz com que, do ponto de vista biológico, os riscos da gravidez de uma adolescente sejam semelhantes aos da mulher adulta. Com relação ao neonato, as consequências mais relatadas são ainda prematuridade, aumento da morbidade e mortalidade, baixo peso ao nascer e desnutrição intraútero, que pode favorecer o agravo nutricional em outras faixas etárias.

Os filhos de mães adolescentes apresentam, com frequência, problemas socioafetivos, como agressividade, impulsividade, falta de atenção e maior deserção escolar, e, se forem do sexo feminino, o de engravidar na adolescência. Observa-se, também, que as mães adolescentes,

em comparação com as adultas, são mais negligentes nos cuidados com a saúde da criança. Elas amamentam por um período menor e frequentemente atrasam o calendário vacinal. Também foram observados casos de violência física doméstica, acidentes traumáticos, síndrome de morte súbita, infecções agudas, possibilidade de envenenamento, intoxicação e de desnutrição e suas consequências. Isso não se deve somente à idade da mãe, mas também a fatores de risco presentes nesse tipo de gestação.

Porém, cada vez mais, existem maiores evidências de que o atendimento pediátrico especializado para o binômio mãe e filho, com a presença da figura paterna, sempre que possível, terá para a jovem mãe e recém-nascido o mesmo efeito que pré-natal específico, minorando os agravos, favorecendo os ajustes, implementando a própria pesquisa cujos resultados propiciam, gradativamente, intervenções mais adequadas.

Infelizmente, as adolescentes procuram tardiamente o serviço de saúde para iniciar o pré-natal, o que, geralmente, ocorre só depois do quinto mês. Elas são também menos assíduas que as mulheres adultas, especialmente as mais jovens e as multíparas. A maior prevalência de baixo peso ao nascer e a prematuridade estão relacionadas às repercussões obstétricas da gravidez. A explicação para que isso ocorra são fatores como paridade, raça, sexo do recém-nascido, condições nutricionais da mãe antes e durante a gravidez, condição social de pobreza e abuso de substâncias tóxicas.

Tendo em vista esses problemas citados na literatura, foi criado um atendimento ambulatorial no Instituto da Criança do HCFMUSP para os filhos de mães adolescentes, em maio de 1996, no qual foram avaliados, entre outros aspectos, o crescimento e as condições nutricionais dessas crianças nos dois primeiros anos de vida.

- 1 Mestre em Medicina pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. Ex-Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da UNISA. Médico Assistente da Enfermaria e do Pronto Socorro da Divisão de Saúde Suplementar do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP.
- 2 Mestre em Nutrição em saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP-USP. Ex-Nutricionista dos Ambulatórios de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP.
- 3 Professora Livre Docente pelo Departamento de Pediatria da FMUSP. Membro da Comissão Científica do Programa de Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Consultora técnica – Laboratório de Inovação – Área de Saúde do Adolescente e do jovem MS/OPAS.

Em relação às condições de morbimortalidade, observou-se, nesse trabalho, que foram fatores protetores para a saúde dessas crianças o cuidado e o aleitamento maternos, o atendimento específico pré e pós-natal, a presença do pai e a acolhida familiar. Funcionaram como fatores agressores o ingresso tardio no pré-natal e as condições nutricionais da família, influenciados negativamente pela renda e pelo hábito alimentar, destacando-se o estado nutricional da mãe adolescente.

Enquanto a literatura traz como preocupação o baixo peso dos filhos de mães adolescentes, nesse estudo observou-se com maior frequência comprometimento estatístico em graus variados.

De maneira geral, as adolescentes negam a gravidez e demoram a assumi-la, procurando tardiamente o serviço de pré-natal. Na população avaliada, as adolescentes chegaram ao pré-natal com 19 semanas de gestação, ou seja, no segundo trimestre de gravidez, aspecto que pode ter influenciado a estatura dos bebês ao nascer, lembrando que o comprimento do recém-nascido está relacionado às condições de saúde e nutricionais pré-gestacionais e dos primeiros três meses de gravidez, enquanto o ganho de peso relevante ocorre no último trimestre, quando as adolescentes referidas já compareciam ao pré-natal.

Os dados da literatura ressaltam como de grande importância as positivas contribuições que o aleitamento materno oferece à saúde e ao desenvolvimento da criança. Infelizmente, os indicadores demonstram que as mães adolescentes amamentam menos tempo que as adultas.

Vários fatores as influenciam quanto à opção de aleitamento. Assim, elas podem escolher o aleitamento natural porque isso melhora o vínculo mãe-filho e é mais saudável para o bebê. Outro fator de incentivo para a adolescente amamentar é ter recebido exemplos de outras mulheres. Por isso, quanto maior for a idade da adolescente, maior terá sido a oportunidade dessa exposição à amamentação, e, então, a constatação de que adolescentes com mais de 16 anos são mais inclinadas a escolher o aleitamento materno que as mais novas.

Os profissionais de saúde também são citados como fonte de incentivo ou desencorajamento ao aleitamento materno. Eles influenciam na decisão, embora menos que as mães e os companheiros. As mães e os companheiros de mães adolescentes têm papel importante na manutenção do aleitamento materno. Eles fortalecem a perseverança em face dos problemas e dão conselhos. Mas também podem sugerir a utilização da mamadeira, contribuindo para o desmame.

Wambach e Cole, em 2000, listaram exemplos de atitudes positivas e negativas, e das barreiras que interferem no processo de decisão das adolescentes em re-

lação ao aleitamento materno. Entre as atitudes positivas, estão a observação dos benefícios para a saúde da criança, de ser o leite materno melhor que a fórmula, do vínculo entre mãe e filho, de o aleitamento materno ser mais fácil que o preparo da mamadeira, de que é natural e mais econômico e, ainda, do fato de a mãe se sentir mais importante.

Sobre a introdução do aleitamento artificial, estão os aspectos relacionados à limitação da liberdade, uma vez que só a mãe pode amamentar; sensação de enfraquecimento; sentimento de incapacidade; medo da deformação da mama; não poder fazer dieta para emagrecer; o constrangimento da amamentação em público; não gostar de amamentar; medo de sentir dor; preocupação de estar fazendo algo fora de moda e a crença de que o aleitamento artificial tenha um melhor resultado, já que o bebê engorda mais.

Nesse trabalho, observou-se que 55,5% das adolescentes entrevistadas haviam amamentado seus filhos por um período igual ou maior que quatro meses, sendo que 23,6% mantiveram a amamentação por seis meses ou mais, mostrando, como relevante, a influência positiva dos serviços específicos de atenção à saúde voltados para adolescentes e seus filhos. Outros fatores que influenciaram o crescimento e o estado nutricional, além do aleitamento materno, foram as condições socioeconômicas da família e seus hábitos alimentares, sendo também importante a condição nutricional das mães antes, durante e depois da gestação. Cabe lembrar que agravos nutricionais podem ser relacionados à inserção da criança no cardápio familiar.

A influência tanto da condição nutricional quanto do hábito alimentar das mães foi bem documentada nesse estudo, cujos resultados apontaram como momentos críticos do processo de crescimento o terceiro e o sexto mês de vida, que coincidiram, respectivamente, com as épocas de retirada do aleitamento materno e da inserção da alimentação da criança no cardápio da família, comprovando-se, portanto, o que fora referido.

Esses achados orientam o momento adequado para as abordagens preventivas, principalmente quando se tem presente que as condições de saúde vivenciadas nos primeiros dois anos de vida são fundamentais no prognóstico pômulo-estatural do indivíduo. A desnutrição infantil, nesse período, terá influência decisiva sobre riscos imediatos de morbidade, e de mortalidade, e na expectativa do desempenho futuro.

Machado, em 2001, constatou que, em relação ao grupo de mães adolescentes que fizeram parte do estudo, havia inadequação do número de refeições, da composição e da disciplina alimentar. A totalidade das

mães adolescentes avaliadas consumiu dieta com elevado teor de gordura, e tanto o consumo energético quanto o dos demais nutrientes mostraram-se abaixo do recomendado – achados que se assemelhavam aos de outras publicações.

A alimentação inadequada pode ser explicada pelas características próprias da adolescência, bem como pela falta de informação sobre nutrição e pelas condições socioeconômicas desfavoráveis. No estudo realizado em nossos ambulatórios, foram acompanhadas 79 mães adolescentes, sendo que, na ocasião, 28 amamentavam e cinco estavam novamente grávidas. Nessa população, pode ser observado que 76,5% não planejaram a gravidez; 39,5% não concluíram o primeiro grau; 54,3% abandonaram os estudos; e 49% não trabalhavam. O consumo energético e o dos demais nutrientes mostraram-se abaixo do recomendado.

A idade média dessas jovens foi de 16 anos e 9 meses por ocasião da entrevista (24,7% tinham entre 12 e 16 anos). Na maioria, eram provenientes de famílias de baixa renda, apresentando baixo nível de escolaridade e de capacitação profissional. Todas foram acompanhadas em um serviço de pré-natal especializado.

Em relação aos indicadores do estado nutricional, a média de estatura observada foi de 158,4 cm, sendo que cerca de 6% das adolescentes apresentaram baixa estatura, o que é praticamente o dobro do esperado para uma população de referência; 38% apresentavam algum déficit estatural, que evidenciava desnutrição pregressa. A mesma constatação não ocorreu em relação ao peso. Cerca de 13% das adolescentes apresentaram déficit ponderal, caracterizando agravo nutricional atual. Apenas uma das jovens apresentou diagnóstico de desnutrição crônica.

Por sua vez, foi observado um significativo contingente de jovens com sobrepeso – 17%, e com obesidade – 5%, sendo esse o dobro daquele esperado, tendo como base a população do padrão de referência. Constatou-se, ainda, por meio do índice de massa corpórea, que 21% das adolescentes apresentavam sobrepeso.

Aparentemente, apesar de essas adolescentes terem participado de um atendimento pré-natal específico, no qual receberam orientações sobre alimentação e nutrição, parece que isso não se refletiu em sua prática alimentar, pois os resultados apontaram para um desequilíbrio na distribuição calórica dos macronutrientes da dieta, com valores elevados de gorduras (35 a 36%) e inferiores de carboidratos (50 a 54%), independentemente do seu estado fisiológico.

O consumo energético mostrou-se inadequado para praticamente todas as adolescentes, com valores abaixo das recomendações (NRC, 1989), incluindo as nutrizes e

as gestantes. Chamou a atenção o grupo de nutrizes em que apenas uma delas apresentou consumo adequado, considerando-se que há um incremento de 500 kcal/dia nos requerimentos energéticos para a produção de leite. Quanto às gestantes, cujas necessidades energéticas adicionais são de 300 kcal/dia, a partir do segundo trimestre, para garantir a demanda materna, além do crescimento do feto e da placenta, o consumo energético também se mostrou baixo. Isso não ocorreu em relação às proteínas, que apontaram para valores compatíveis aos preconizados. A substituição e a omissão de refeições principais, referidas por vários autores como prática alimentar comum entre adolescentes, também foram constatadas.

Cerca de 52% das jovens consumiram menos de três refeições ao dia, sendo que a média global da população foi de 3,5 refeições ao dia. Ressalta-se que boa parte das nutrizes, 46%, e gestantes, 40%, fizeram apenas três refeições ou menos por dia, condição que dificilmente permite que as recomendações diárias sejam atendidas. No que se refere às refeições principais, observou-se a omissão do desjejum, almoço e jantar entre 15%, 29% e 20% das jovens, respectivamente. Convém ressaltar que, mesmo nessas três refeições mais citadas, observou-se que grupos de alimentos importantes tiveram baixa frequência de consumo. Considerando a importância dessas refeições para o atendimento das necessidades calóricas e demais nutrientes, essa omissão, por si só, pode comprometer a adequação nutricional da alimentação.

Especificamente em relação ao desjejum, entre os 85% das jovens que o fizeram, apenas 48% referiram consumo de leite ou derivados nessa refeição. As demais consumiram chá, café puro, suco e, em um caso, refrigerante; mesmo entre as que referiram consumo de leite, apenas 20% atingiram o consumo esperado. A média de consumo de cálcio de 37,5%, inferior ao recomendado, ocorreu independentemente da idade e do estado fisiológico.

Embora o almoço e o jantar tenham sido realizados por 81 e 80% das jovens, respectivamente, não garantiram a composição esperada para essas refeições. Tradicionalmente, o consumo de arroz, feijão e carne ocorre nessas refeições, entretanto apenas 48% tiveram uma frequência de consumo esperada de carnes, sendo as mais consumidas a de vaca, seguida da de frango, e, mesmo assim, resultando em uma medida de adequação de ferro de 75%. Pode-se observar também um consumo inferior ao esperado de hortaliças, com pouca variedade, sendo, as mais citadas, a alface e o tomate. Apenas 29% tiveram um aporte adequado. Situação semelhante foi observada em relação às frutas, quando foram mais frequentemente referidas a laranja, a banana e o mamão.

Nesse grupo de alimentos, particularmente, apenas 24% das jovens obtiveram adequação de consumo no decorrer do dia.

Também em relação à disciplina alimentar, observou-se inadequação quanto ao intervalo de refeições para 66%, com intervalos ora muito curtos, de 1 ou 2 horas, ora muito longos, de 8 a 12 horas, entre as refeições. O consumo de guloseimas nos intervalos, como bala, chicletes, pipoca, doces diversos e salgadinhos, foi observado no dia alimentar de 17% das jovens. A substituição de refeições principais também foi constatada, com a permuta do almoço ou do jantar por lanches.

Ainda em relação à alimentação dessa população, um aspecto que merece reflexão é a discrepância observada entre o baixo consumo energético e a elevada prevalência de sobrepeso.

A análise da adequação de consumo energético foi feita utilizando-se as recomendações do NRC, elaborada para atender às necessidades de todos os indivíduos saudáveis, não refletindo as exigências energéticas individuais sujeitas a outras variáveis. Como foi observado, encontra-se, para boa parte da população, um comprometimento estatural, o que sugere que o consumo energético pode estar adequado ou até mesmo acima das necessidades para algumas delas.

As considerações em relação à prática alimentar inadequada identificada causam preocupação, pois essas

adolescentes já são mães, algumas grávidas novamente, e, assim, responsáveis pela alimentação de seus filhos, formando hábitos alimentares que, se inadequados, poderão trazer repercussões na saúde atual e futura dessas jovens e na de seus filhos, levando-os a doenças, como anemia, osteoporose e outros agravos nutricionais, perpetuando o quadro encontrado nesse trabalho.

Sobre os hábitos inadequados de alimentação, no grupo estudado, cabe lembrar as relações que se estabelecem pela adolescente com seu corpo, como o medo de engordar (ou continuar gorda após o parto). A busca da imagem, por vezes idealizada, leva à realização de dieta, sempre existindo acoplado a essa busca o receio da perda do interesse por parte do companheiro.

É importante destacar que um dos aspectos que devem ser enfatizados no atendimento ambulatorial, realizado para filhos de mães adolescentes, diz respeito à prevenção da segunda gestação, sendo importante ressaltar, entre outros riscos, o incremento do agravo nutricional (aumento da desnutrição evidenciado a partir do terceiro filho).

A preocupação com as grávidas adolescentes estende-se a seus filhos, com a elaboração de estratégias para abordagens mais adequadas do processo de crescimento e desenvolvimento, minorando, assim, os problemas decorrentes frequentemente da gravidez precoce em nosso meio, ficando mais uma vez documentadas as repercussões dos agravos nutricionais sobre a mãe adolescente e seu filho.

Bibliografia

- Coelho HMM. Avaliação do crescimento, condições nutricionais e morbidade no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes atendidos em serviço universitário específico [dissertação]. São Paulo: Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.
- Galetta MA, Lippi ATA, Giribola A, Miguelez, Zugaib M. Resultados obstétricos e perinatais em gestantes adolescentes atendidas em pré-natal especializado. *Rev Ginec* 1997; 8(1): 10-9.
- Guimarães EB. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: Saito MI, Silva LEV, eds. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 291-7.
- Machado NO. Caracterização nutricional de uma população de mães adolescentes [dissertação]. São Paulo: Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001.
- National Research Council (NCR). *Recommended dietary allowances*. 10th ed. Washington (DC): National Academy Press; 1989.
- Roye CF, Balk SJ. The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and children: a review *Journal of Adolescent Health* 1996; 19: 86-93.
- Saito MI, Colli AS, Sperotto G. Estado nutricional de adolescentes brasileiros: indicadores socioeconômicos, antropométricos e de maturação sexual. [In: Madalleno M, Munist MM, Serrano CV, Silber TI, Ojeda ENS, Yunis J, eds. In: *La salud del adolescente y del joven*. Washington: OPAS/OMS; 1995. p. 487-87
- Saito MI, Rufo P. Nutrição e avaliação nutricional. In: Saito MI, Silva LEV, eds. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 121-7,
- Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. *Pediatria* 2000; 22(3): 217-9.
- Saito MI. Nutrição. In: Coats V, Beznos GW, Françose LA. *Medicina do adolescente*. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 2003. p. 53-65.
- Sarmiento R. Paternidade na adolescência. In: Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 307-20.
- Silber TJ, Giurgiovichi A, Munist MM. El embarazo en la adolescencia. In: Maddaleno M, Munist M, Serrano CV, Silber TJ, Ojeda ENS, Yunis J. In: *La salud del adolescente y del joven*. Washington, DC: OPAS/OMS; 1995. p. 252-63 (Publicación científica, 552).
- Silva JLP. A gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. In: Saito MI, Silva LEV. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 299-305.
- Silva JLP. Aspectos pediátricos da gravidez na adolescência. *J Bras Ginecol* 1984; 8: 319-26.
- Szarfarc SC, Boel SP, Andrade J, Ciari C. Características vitais como indicadores do risco gravídico. *Rev Saúde Pública* 1980; 14: 310-9
- Wanbach KA, Cole C. Breastfeeding and adolescents. *Obstet Gynecol Neonatal Nuts* 2000; 29: 282-94.

Sueli Cabral¹ e Manuela Pires Rocha²

A adolescência é uma fase evolutiva do ser humano e deve ser considerada a partir dos vértices biológico, psicológico e social.

Entretanto, deve-se marcar claramente que ela não é um simples produto de um tipo de sociedade ou sistema sociopolítico, nem situação ligada a determinado nível socioeconômico e sim uma parte ou período fundamental de todo o processo de desenvolvimento humano, no qual os fatores sócio-político-econômicos participam de forma intensa.

As manifestações externas de conduta são culturalmente diferentes; porém, os psicodinamismos e a base de comportamento, assim como também muitas condutas manifestas são essencialmente as mesmas.

O adolescente em sua busca de uma identidade adulta passa por um período “turbulento” (variável segundo o ecossistema sociofamiliar), onde comportamentos considerados anormais ou patológicos em outras fases do desenvolvimento devem ser considerados normais nessa transição para a vida adulta,

Essas observações e estudos, baseados na “observação sistemática e controlada”, levam a propor a existência de modalidades de conduta que, adequadamente analisadas e agrupadas, consistem em uma verdadeira síndrome da adolescência normal.

É necessário assinalar que a identidade não é um fenômeno próprio apenas para o adulto, mas que a cada momento do desenvolvimento o indivíduo tem uma identidade própria, que é fruto das identificações e experiências vitais (interações mundo interno – mundo externo) que ocorreram até então. A identidade adulta, entretanto, não é alcançada antes que o adolescente tenha elaborado e/ou conscientizado o que podem ser consideradas as três “perdas” fundamentais desse período evolutivo: a) a perda do corpo infantil; b) a perda dos pais na infância; c) a perda da identidade e papel sociofamiliar infantil.

A perda do corpo infantil

As transformações corporais que se desencadeiam a partir da puberdade são vividas, geralmente, com muita ansiedade pelo adolescente. Ele experimenta esse momento com uma mentalidade ainda infantil, num corpo que vai se desenvolvendo de forma incontrolável para ele.

A sexualidade, que agora irrompe no nível genital, exige do adolescente uma reformulação dos seus mundos interno e externo. As restrições familiares e sociais, para “controlar” seus impulsos, chegam a tornar seu desenvolvimento tão ameaçado que podem causar um retardo do crescimento ou do aparecimento natural das funções sexuais próprias dessa fase.

As mudanças corporais obrigam também o adolescente a reformular seu “esquema corporal”, isso é, reformular a imagem mental que tem de seu próprio corpo, o que só vai se tornando possível à medida que ele/ela elabora a perda do corpo infantil e começa a aceitar o novo corpo.

Aceitar a perda do corpo infantil implica aceitar, também, a perda da “bissexualidade” (psicológica), ou seja, a perda do “outro” sexo, que na fantasia infantil conseguia manter, já que agora o sêmen e a menarca tornam a identidade sexual evidente até na função reprodutora da espécie. Na adolescência, a definição sexual deverá efetuar-se ao nível psicológico, ao mesmo tempo que acontece nas suas estruturas biológicas.

Nessa fase, uma intensificação da masturbação atesta a dificuldade de abandonar a bissexualidade reinante até então, assim como tem também um fim exploratória de reconhecimento do próprio corpo e preparatória para o exercício genital vivido com plenitude, de acordo com as tendências conscientes e/ou inconscientes.

Uma identidade adulta, alicerçada em responsabilidade e autoconhecimento, só poderá seguir a partir da aceitação do próprio corpo com todas as transforma-

1 Médica psiquiatra e psicoterapeuta, especialista em Infância e Adolescência pela FCM- UNICAMP; Membro da Fundação Maurício Knobel; Mestre e Doutora em Saúde Mental pela FCM- UNICAMP; Especialista em Tratamento de Psicóticos pelo Institute Marcel Ravière de Paris – França; Consultora da Organização Pan- Americana de Assuntos de Infância e Adolescência; Docente da PUC Campinas; Chefe do Departamento de Psiquiatria do Hospital Centro Médico de Campinas; Coordenadora do Centro de Referência P.A.I.C.A.

2 Acadêmica do quinto ano de medicina da PUC Campinas, vice-presidente da Liga de Psiquiatria da PUC Campinas, gestão 2012-2013

ções próprias dessa fase evolutiva, e suas concomitantes psicológicas.

Perda dos pais na infância

Nesse problema, o aspecto mais importante é o da dependência/independência dos filhos em relação aos pais e vice-versa.

O desenvolvimento é vivido, na adolescência, com muita agressividade e culpa, com avanços e regressões. Estabelece-se o fenômeno psicológico que foi chamado de “ambivalência dual” onde ambas as partes desejam e temem o crescimento, a maturação sexual e todas as responsabilidades e “riscos” que isso pode (ou poderia) implicar.

Os pais até então idealizados e supervalorizados pelo filho ou filha (fato e fator necessários para um adequado desenvolvimento infantil) passam a ser alvos das mais violentas críticas e questionamentos, e surge uma necessidade de busca de figuras de identificação fora do âmbito familiar.

Nessa busca o adolescente tenta substituir muitos aspectos da sua identidade familiar por outra mais individual e enriquecida por novos elementos do seu âmbito social mais amplo.

Aí começa a verdadeira socialização, num caminho que leva ao sentimento de individualidade.

Perda da identidade e do papel infantil

Na infância, a relação de dependência é a situação natural do convívio da criança com os pais. Quando chega a adolescência há uma confusão de papéis, pois o adolescente, não sendo mais criança e não sendo ainda adulto, tem dificuldade em se definir nas diversas situações de sua cultura (a “forma” varia de cultura em cultura e até de país em país ou de região em região que apresentam verdadeiras “subculturas”).

Cada avanço que se faz para conseguir sua independência o deixa algo temeroso e inseguro. Procura assim apoio no grupo onde deposita toda a sua confiança e esperança, deixando a cargo dos pais as mais significativas obrigações e responsabilidades.

A adesão a grupos, nessa fase, tem uma função importante para o estabelecimento de uma identidade adulta, pois facilita o distanciamento dos pais, mencionado acima, e permite novas “identificações” levando a novas configurações e reestruturações da personalidade.

Por algum tempo o adolescente experimenta vários papéis, identificando-se com diferentes figuras ou grupos do seu meio social e assimilando valores e papéis fora do meio familiar. Nessa etapa da vida pode-se assumir várias identidades, transitórias, ocasionais ou cir-

cunstanciais. Tudo numa mesma pessoa que começa a sentir e necessita entender sua identidade, e o sentido da sua “grupal idade”.

Para atingir uma identidade adulta, sentir-se adulto, o adolescente deverá fazer uma síntese de todas essas identificações desde a infância. Só então terá um caráter mais estável e permanente, e o estado adulto será uma meta desejada e não temida.

Essas “perdas” se elaboram realizando-se verdadeiros processos de LUTO, no sentido psicanalítico de termo. Nessa elaboração o adolescente utiliza todos os seus mecanismos de defesa, especialmente os chamados psicopáticos, que é o que leva a mencionada “conduta turbulenta”, ou a que é considerada aparentemente “anormal” ou até “patológica” aos olhos dos adultos, com as características próprias do meio sociocultural.

O adolescente exterioriza seus conflitos e seus estilos elaborativos de acordo com as suas possibilidades e as do seu meio, com as suas experiências e estruturas psicofísicas. Pode-se falar de uma verdadeira “patologia “normal da adolescência (patologia aos olhos e dentro do preconceito dos adultos de nossa cultura, não na percepção de uma psicologia evolutiva dinâmica).

Levando em consideração o critério evolutivo da psicologia, considera-se que a adolescência é mais do que uma etapa estabilizada, é um processo, desenvolvimento, e que, portanto, deve-se admitir e compreender a sua aparente patologia para situar seus “aparentes” desvios no contexto da realidade humana. Cada separação é uma verdadeira “crise de simbiotização”. Para pais, educadores e todos que de que algumas maneiras trabalham com adolescentes, consideramos fundamentais essas ideias e suas aplicações.

Essa aparente “patologia” (aos olhos do mundo adulto), apresenta-se com manifestações alternantes e às vezes crises diversas e transitórias que permitem uma aproximação mais objetiva e menos preconceituosa em relação à adolescência. É a Síndrome da Adolescência Normal.

O conhecimento dessas características psicológicas facilita a compreensão das condutas que se apresentam e evita fazer “diagnósticos” errados e preconceituosos, assim como humilhantes atitudes de rejeição e críticas prejudiciais.

Não só a aparência dos adolescentes difere de quando eram crianças, eles também pensam e falam de maneira diferente. Isso se dá por um grande amadurecimento cognitivo que ocorre nesse período da vida.

A velocidade do processamento de informações continua a aumentar e, embora o pensamento possa permanecer imaturo em alguns aspectos, muitos são capazes de

raciocinar em termos abstratos e de emitir julgamentos morais mais sofisticados, além de poderem planejar o futuro de maneira mais realista.

Esse amadurecimento cognitivo se dá por uma combinação de dois fatores: a maturação cerebral e a expansão de oportunidades ambientais, ambos essenciais. Ou seja, um jovem pode ter o desenvolvimento neurológico avançado o suficiente para permitir o raciocínio formal, mas só poderá realizá-lo se for devidamente estimulado (leitura, solução de problemas, debates). É importante ressaltar que o processo de maturação é indivíduo dependente, podendo variar de indivíduo para indivíduo.

Mudanças no processamento de informação

As mudanças no processamento de informação são intimamente correlacionadas com o amadurecimento dos lobos frontais do cérebro, portanto, o progresso no processamento cognitivo varia muito entre os adolescentes.

Existem duas amplas categorias de mudanças mensuráveis na cognição do adolescente: a estrutural (1) e a funcional (2).

1. Estrutural: se incluem a mudança da memória de trabalho e a crescente quantidade de conhecimento armazenado na memória de longo prazo.

A capacidade de memória de trabalho cresce muito durante a adolescência, o que permite o adolescente mais velho lidar com problemas complexos ou decisões que envolvam múltiplas informações.

2. Funcional: entre os processos funcionais se encontram o ato de aprender, de lembrar e de raciocinar, todos os quais melhoram durante a adolescência.

Entre as mudanças funcionais mais importantes estão um aumento contínuo na velocidade de processamento e desenvolvimento da função executiva, que inclui habilidades como atenção seletiva, tomada de decisão, controle de respostas impulsivas e gerenciamento da memória de trabalho. Essas habilidades desenvolvem-se com taxas variáveis.

Desenvolvimento da linguagem

O uso da linguagem pelas crianças reflete seu nível de desenvolvimento cognitivo. Crianças em idade escolar são bastante competentes quanto ao uso da linguagem, mas a adolescência traz novos refinamentos. O vocabulário continua a crescer à medida que o conteúdo de leitura se torna mais adulto. Com o advento do pensamento abstrato, os adolescentes podem definir e discutir abstrações como o amor, liberdade e justiça. Eles tornam-se conscientes das palavras como símbolos que

podem ter múltiplos significados; e têm prazer em usar ironias, trocadilhos e metáforas.

Em muitos aspectos a fala do adolescente constitui um dialeto próprio que, como qualquer outro código linguístico, serve para fortalecer a identidade do grupo e afastar os de fora (adultos).

Conscientes de sua plateia, os adolescentes falam uma língua diferente com seus pares do que com os adultos. A gíria adolescente é parte do processo de desenvolvimento de uma identidade separada independentemente do mundo adulto e consolida os laços dentro de um grupo. Ao criar expressões, os jovens usam sua recém-descoberta capacidade de brincar com palavras para definir os valores, gostos e preferências únicos de sua geração.

Raciocínio moral

À medida que os adolescentes alcançam níveis cognitivos mais altos, elas tornam-se capazes de raciocínios mais complexos sobre questões morais. Os adolescentes são mais capazes que crianças mais novas de adotar o ponto de vista de outra pessoa, solucionar problemas sociais, de lidar com relacionamentos interpessoais e de verem-se como parte de uma sociedade. Todas essas tendências promovem o desenvolvimento moral.

De acordo com a teoria de Kohl Berg existem três níveis de desenvolvimento moral, baseados em processos de pensamentos demonstrados por respostas a certos dilemas morais propostos, são eles:

- Nível 1: As pessoas agem sobre controle externo. Obedecem às regras para evitar punição ou obter recompensas, ou agem por interesse pessoal. Típico em crianças de 4 a 10 anos.
- Nível 2: As pessoas internalizam os padrões das figuras de autoridade. Elas se preocupam em ser “boas”, agradáveis com os outros e em manter a ordem social. Normalmente encontrado depois dos 10 anos de idade, muitas pessoas nunca o ultrapassam, mesmo na vida adulta.
- Nível 3: As pessoas reconhecem conflitos entre padrões morais e fazem seus próprios julgamentos com base em princípio de justiça e correção. Geralmente as pessoas só atingem esse nível de julgamento moral no início da adolescência ou, o que é mais comum, no começo da vida adulta, isso quando atingem.

Portanto, é o raciocínio que está por trás de uma resposta a um dilema moral, e não a resposta em si que indica o estágio de desenvolvimento moral de um indivíduo.

Retomando a Síndrome da Adolescência Normal, é importante ressaltar as seguintes características de comportamento:

1. Busca de si mesmo e da identidade adulta, mediante a elaboração dos lutos característicos dessa fase evolutiva.

Durante a puberdade e na adolescência já estabelecida acontecem importantes fatos biológicos, como a mudança corporal com o aparecimento das características sexuais primárias e secundárias, ativação hormonal, modificações de atitudes físicas e do manejo do corpo, que não poucas vezes levam a um vagaroso processo de autoconhecimento. Isso desencadeia uma identidade adolescente que procura constantemente ter a desejada identidade adulta, a qual só é alcançada evolutivamente através da elaboração do luto pela identidade infantil perdida. Assim, vemos os adolescentes, como já assinalamos, com diversas identidades: transitórias, ocasionais, circunstanciais e mudando com maior ou menor rapidez e/ou intensidade.

Quem sou eu? É a pergunta que muitas vezes o adolescente se formula. Entretanto, terá que aguardar a resposta... ela chegará quando a adolescência vai se transformando em juventude e, posteriormente, na fase de adulto jovem.

2. A tendência grupal, ou necessidade de formar grupos de coetâneos.

Nessa busca da individualidade o adolescente desloca o sentimento de dependência dos pais e desimbiotiza para o grupo de companheiros e amigos, onde todos se identificam com cada um.

Nesse momento pertence mais ao grupo de companheiros do que à família. Essa aceitação revela-se na obediência às regras grupais em relação a tudo que se observa: na vestimenta, modas diversas, costumes e preferências de todos os tipos. O grupo é importante e altamente significativo porque constitui o passo intermediário no mundo externo para alcançar a identidade adulta.

3. Necessidade de intelectualizar e fantasiar com o imaginário e a saída do presente.

Essas são as formas de pensamento mais típicas do adolescente. Essas capacidades são usadas como mecanismos de defesa frente ao que acontece em nível corporal (que não poucas vezes se vivencia como algo que acontece e a que se “assiste” passivamente).

É um tipo de fuga para o interior, uma espécie de reajuste emocional. Isso leva à preocupação por princípios éticos, filosóficos, sociais e políticos, que muitas vezes implica formular um plano de vida bem diferente do que ele tinha até o momento, e também a teorização acerca de grandes reformas que poderiam acontecer no mundo exterior.

São os momentos de criatividade, de ilusões e de grandes projetos (que os adultos se encarregam de frustrar em

nome da ordem e com medo do novo). É o que realmente move o mundo e a sua cultura, permitindo a evolução da humanidade toda. Muitas vezes são as fantasias imaginárias adolescentes o fermento moral dos povos.

4. As crises religiosas, ou questionamento das religiões e da religiosidade.

As crises religiosas no adolescente manifestam-se por atitudes de ateísmo ou misticismo, ambas geralmente como situações extremas e até cheias de fanatismo (veja-se os exemplos do que acontece no Oriente Médio ou em diversas seitas ocidentais, orientais ou de interpretação fanática de algumas religiões). Às vezes o mesmo jovem passa por períodos de negação da religiosidade ou de exaltação da mesma, o que revela a situação mutável do seu mundo interno (com ajuda do mundo externo que em nome da “religião” justifica o crime e a exploração).

Entretanto, no nosso meio, o mais frequente é observar que, diante da religião, o adolescente oscila entre uma atitude entusiasta ou indiferente.

Nesse momento histórico pode predominar mais uma crença, um fanatismo, que a religiosidade. A atitude mais indiferente parece predominar em certos setores de classe média e universitários, objetivamente mais ligados e preocupados, atualmente, com as crises econômicas e as desigualdades sociais.

5. A distemporalidade.

Existe nesse período evolutivo uma certa desorientação temporal, em que as urgências são enormes e as postergações irracionais.

Há o que poderia chamar-se de “normal distemporalidade”. Tudo pode chegar a ser “agora ou nunca”, ou um permanente “ainda temos tempo”.

É durante a adolescência que a dimensão temporal vai adquirindo lentamente características discriminadoras. Presente, passado e especialmente o futuro são noções elaboradas durante a adolescência.

6. A evolução sexual desde o autoerotismo até a genitalidade.

Os estímulos biológico e cultural praticamente empurram o adolescente a iniciar-se na atividade genital, no mínimo com fantasias, e nem sempre heterossexuais.

Assim, há um tipo de jogo entre a atividade masturbatória e o começo do exercício genital, que tem um caráter basicamente exploratório.

Inicialmente, procura-se tímida, mas intensamente, uma parceria. É o momento dos contatos, das carícias mais íntimas, e/ou do “amor apaixonado”, porém geralmente transitório e até fugaz. Os desejos são intensos e, nessa sociedade, fortemente reprimidos e até vividos com culpa.

A evolução sexual adolescente vai de uma fase prévia a masturbação a uma atitude lúdica, que leva a aprendizagem: jogos eróticos, bailes, esportes, carinhos, todos com conteúdo exploratório de si mesmo e de outro/outra.

São poucos os casos de uma verdadeira e consciente atividade genital responsável e com amor. Em algumas oportunidades, até o coito tem características masturbatórias. O autoerotismo como exploração da genitalidade, mediante o já anotado, leva à heterossexualidade afetiva amadurecida, que só se atinge quando a própria adolescência vai apagando-se e surge o/a jovem com uma sexualidade responsável dentro de seu particular sistema cultural estruturante, ou a “opção” pela homossexualidade.

7. Atitude social reivindicatória, agressividade e violência.

Nessa sociedade há uma contradição entre as possibilidades materiais do ser humano, que praticamente tudo pode (ou poderia), e o adolescente que frente a esse “tudo” é marginalizado. Isso é o que leva a uma atitude social reivindicatória, onde não poucas vezes se manifesta a agressividade e violência.

Através de sua atitude e de sua força ele tenta modificar a sociedade que por sua vez vive mudanças intensas, influenciando o indivíduo. Os padrões sociais mudam muito pelo próprio impacto dos adolescentes e dos jovens. “Somos violentos porque somos violentados”.

Não encontrando o caminho adequado para sua expressão vital e para a aceitação de uma possibilidade de realização, o adolescente jamais poderá ser um adulto satisfeito.

O desenvolvimento tecnológico da sociedade, o domínio de um mundo adulto incompreensível e exigente, a burocratização limitante das possibilidades de emprego e de trabalho, as exigências de uma industrialização mal canalizada e uma economia mal dirigida criam uma divisão de classes absurda e ilógica, que o indivíduo tenta superar mediante crises violentas e de reforma social.

O jovem, normal e adequado ao seu processo evolutivo, deve contestar e reivindicar um mundo, uma sociedade, uma humanidade melhor, mais justa e mais cheia de amor. Só por isso seria obrigatório entender e respeitar certas atitudes adolescentes que ainda apavoram muitos adultos, o que na realidade objetiva deveria levá-los a repensar a cumplicidade dos adultos com o poder, a força e a discriminação, sempre injustas.

8. Contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta.

A conduta do adolescente está dominada pela ação. Ele não pode manter uma linha de conduta rígida, permanente e absoluta, embora queira. Sua personalidade é permeável e a sua instabilidade necessária. Lida per-

manentemente com o imprevisível, tanto no seu mundo interno como no externo. Joga com seu corpo, sua alma, sua conduta, de acordo com as possibilidades confusas que se confundem,

Parece contraditório, embora essas sejam as condutas mais adequadas a esse complexo momento evolutivo. Fixar-se em uma só conduta não corresponde a um comportamento normal, nem ajuda a aprender da experiência.

9. Separação dos pais.

Para atingir a maturidade é necessário ter individualidade e independências reais. A separação progressiva e brusca dos pais, a entrada na turma, e posterior individualização discriminativa são passos necessários do processo evolutivo humano. Muitos pais em nossa cultura se angustiam frente ao crescimento dos filhos e chegam até a negá-lo.

Existe a já mencionada “ambivalência dual” de ambas as partes, as vezes fonte de conflitos que atrapalham o crescimento físico e psicológico normal.

O conflito de gerações é uma realidade necessária para o desenvolvimento sadio, tanto dos filhos adolescentes como de seus pais. A desimbiotização é necessária para que os pais possam ser adultos melhores e os adolescentes jovens mais sadios.

10. Constantes flutuações de humor e do estado de ânimo, com base de predomínio depressivo.

Uma conquista, por mínima que seja, entusiasmo e alegria. Uma frustração aborrece e deixa triste. Isso acontece milhares de vezes no dia. A luta do adolescente com os pais, sociedade, preconceitos, medos, os triunfos físicos ou a realização intelectual, uma aprovação, uma rejeição; tudo constante e vertiginosamente alternando dia a dia, explicam os sentimentos de solidão e de exaltação. Essas mudanças de estado de ânimo são normais.

Assim é que aprendemos a ter sentimentos humanos, sentimentos válidos decorrentes das experiências vividas penosa e intensamente, ainda que pouco duradouras. A elaboração de lutos normais leva a que até momentos alegres sejam acompanhados por um humor depressivo.

Desconhecendo a Síndrome da Adolescência Normal, alguns professores, pais, adultos em geral, baseados em estereótipos e preconceitos, em lugar de ajudar o adolescente a viver essa etapa da vida com maior segurança e liberdade, fazem desse período fonte de tormentos, angústias, medos e culpas totalmente desnecessários e perturbadores.

Fica claro para nós que afirmar que a adolescência não existe, ou que é uma questão sócio-político-econômica circunstancial, é expressão do desconhecimento

de uma realidade social, psicológica, e também clínica e pedagógica.

Claro que fica mais fácil teorizar sobre o que já foi aqui anotado. Entretanto, temos comprovado, com numerosas pesquisas, discussões a nível de bairro, favela, de escolas de todo o tipo e com nossos adolescentes estudantes e operários mal pagos, que esses conflitos e pesares existem.

A elaboração dos lutos mencionados não é fácil; os chamados mecanismos psicopáticos aparecem e é duro lidar com eles. Um luto é uma situação de pena, dor e deve ser respeitada para que possa ser elaborada, no sentido psicodinâmico do termo.

As diversas manifestações da Síndrome da Adolescência Normal acontecem. Se a descrição é dramática, nem sempre a exteriorização é dessa forma.

Existe o adolescente turbulento e violentamente contestador, alegre e triste. Porém também existe aquele em que a turbulência é mais interna do que externa. Pode parecer mais tranquilo e até mais adaptado à sua realidade, sua família, seu meio. Entretanto, a qualquer momento, estoura com sua síndrome em toda sua plenitude.

Não é necessário procurar o “rebelde sem causa”, o queixoso vociferante ou o briguento constante. Esse é outro problema. É bom saber que existe um verdadeiro leque de manifestações que mudam em intensidade e variedade externas. Psicodinamicamente, se procurarmos acharemos as características assinaladas, algumas mais intensas, outras menos, porém todas presentes.

Sem uma aproximação do conhecimento da psicologia normal do adolescente, pouco poderá ser feito a favor de sua saúde e educação.

Referências

Aberastury, A., Knobel, M. et. al., “Adolescência Normal”. 10ª edição, Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.

Knobel, M., Perrestrello, M. e Uchôa, D.M., “A Adolescência e a Família Atual”. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, 1981

LEVISKY, D.L. et. al., “Adolescência e Violência. Consequências da Realidade Brasileira”. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997.

LEVISKY, D.L. et. al., “Adolescência pelos Caminhos da Violência”. Ed. Casa do Psicólogo, São Paulo, 1998.

Souza Campos, D.M., “Psicologia da Adolescência”. Vozes, Petrópolis, 1982.

Weil Ferreira, B., “Adolescência”. Teoria e Pesquisa. Sulina, Porto Alegre, 1984.

Tiba, I., “Puberdade e Adolescência”. Desenvolvimento Biopsicossocial Agora, São Paulo, 1987.

PAPALIA, Diane E., FELDMAN, Ruth D., MARTORELLI, Gabriela, “Desenvolvimento Humano”. 12ª edição, AMGH, Porto Alegre, 2013

O adolescente com deficiência mental: seus limites e possibilidades

18

Maria José Carvalho Sant'Anna¹, Giovana Chekin Portella² e Tiacuã Sanção Fazendeiro³

“Deficiência mental é um jeito diferente de estar na vida, uma condição de vida.” (Brasil, 2012)

Introdução

Estima-se que 10,6% da população de 10 a 17 anos de idade tenha deficiência intelectual, ou seja, quase 3 milhões de adolescentes vivem com deficiência mental no Brasil (IBGE, 2010). Segundo o Ministério da Saúde, podemos classificar as pessoas como nascidas com deficiência mental ou que adquiriram tal condição no decorrer da vida. Outra forma de classificação é pelo grau de limitação, podendo ser alto, moderado, pouco ou nenhum.

Com o avanço das tecnologias e dos tratamentos de saúde, a sobrevida dos portadores de doenças que cursam com Deficiência Mental (DM) aumentou significativamente. Assim, os profissionais de saúde veem-se confrontados com uma nova realidade: a ida de muitos adolescentes portadores de DM para os serviços de saúde e o desafio de adequar a atenção a esses jovens.

À medida que ocorre o aprimoramento no atendimento de todas as necessidades dos adolescentes com deficiência mental, esses jovens passam a viver com mais qualidade. Ao mesmo tempo que se busca a integração desses indivíduos na comunidade, não se pode esquecer que os mesmos ficam mais expostos a vulnerabilidades. Por isso, desde a infância e, principalmente, na adolescência, é necessário priorizar o desenvolvimento do autoconhecimento, a crítica, o estímulo à autonomia, a preparação para o trabalho e para o exercício da sexualidade. Adolescentes com deficiência mental devem ser preparados para uma vida plena dentro de suas possibilidades. Importantes conquistas e mudanças na visão social sobre essas pessoas impulsionam a inclusão crescente, mas ainda com obstáculos a serem transpostos, inclusive nos serviços de saúde que atendem esses jovens. Nos ambientes e setores sociais onde ocorre inclusão real, a deficiência passa a ser vista como uma diversidade natural.

Desenvolvimento biológico

O desenvolvimento puberal das pessoas com DM é semelhante ao da população em geral. Joav Merrick, em 2004, e Bononi & Sant'Anna, em 2009, constataram que o desenvolvimento puberal dos portadores de síndrome de Down (SD), principal causa de deficiência mental, é similar ao de outros adolescentes.

Na puberdade, os adolescentes se defrontam com um físico recorrentemente novo e atribuem muita importância à imagem corporal. Através desse corpo, o adolescente vai se relacionar consigo mesmo e com o meio externo, corpo por meio do qual se fazem atraentes, desejados, normais. Essa atitude faz parte da busca por sua identidade e individualização em relação aos pais, inclusive buscando identificação grupal. Por isso, características da sua aparência física ligados à sua deficiência, podem ser fator de risco para o desenvolvimento de dificuldades de adaptação social, sendo mais exacerbadas quando se vive em uma sociedade na qual existe culto ao corpo, como a nossa. Contudo, nem todo adolescente com DM tem alterações físicas. Blum em 1997 refere que, entre os muitos mitos relacionados ao atendimento de jovens com deficiência, existe a crença de que pessoas com deficiência não estão satisfeitas com sua aparência.

Vulnerabilidades e riscos

Todo adolescente é vulnerável, contudo cada um tem sua particularidade. Com o deficiente mental não poderia ser diferente. A deficiência mental não é uma condição homogênea, quase todos os adolescentes com DM têm, em diferentes graus, capacidades de aprendizado, percepção da realidade e desenvolvimento de autonomia. E também riscos diferentes, que não dependem apenas de sua condição de saúde, mas principalmente das relações familiares e sociais em que cada adolescente se insere. Por exemplo, os mais comprometidos têm problemas mais centrados em questões de higiene e cuida-

1 Pediatra – Doutora em Medicina, área de concentração em pediatria- FCMSCSP. Professora Assistente Departamento de Pediatria da FCMSCSP. Chefe da Clínica de Adolescência Depto Pediatria FCMSCSP.

2 Pediatra – Mestranda em Educação e Saúde – FMUSP. Assistente Clínica de Adolescência do Depto de Pediatria SCSP

3 Pediatra – Aprimoranda Depto de Pediatria SCSP

dos pessoais, tornando necessário, em casos específicos, diminuir ou eliminar fluxos menstruais.

Faz parte da atenção aos portadores de DM estimular e ensinar o autocuidado e a higiene desde a infância. Além disso, há que se considerar que o ganho de peso, estatura e massa muscular, assim como o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários pode dificultar os cuidados físicos prestados pelos cuidadores durante a adolescência. Tanto os jovens quanto seus responsáveis podem ou não se sentirem constrangidos com tais situações, que anteriormente nem questionavam.

Os familiares tendem a ocultar ou omitir do próprio adolescente com DM sua real condição, pois acreditam que eles não são capazes de entender e confessam receio de discutir o assunto. Ao mesmo tempo em que mostram para seus filhos que eles podem fazer tudo que os outros jovens fazem, tornando-se “normais” como eles, ao mesmo tempo que os superprotegem. Esse comportamento contraditório se mostra em atitudes que tanto subestimam suas capacidades, quanto superestimam e idealizam outras. Isso se expressa, por exemplo, quando as famílias deixam de incluir os filhos, desde a infância, em atividades que ajudariam no desenvolvimento de autonomia, como higiene pessoal, tarefas domésticas e pequenas compras, enquanto estimulam que seus filhos desejem e consigam completar um curso superior sem antes preocuparem-se com seu processo particular de alfabetização e aprendizado.

Os pais também sentem culpa de terem transmitido, de certa forma, uma doença aos seus filhos. Vivem na dualidade entre o sentimento de terem sido “escolhidos” para lidar com algo especial, orgulhosos pelos investimentos que fazem para o desenvolvimento do filho e a responsabilidade de ter um filho especial, assim como a vergonha e/ou culpa pela sua deficiência.

Essa atitude paradoxal pode levar a conflito para o próprio adolescente sobre suas potencialidades e limitações reais. Na tentativa de corresponder às expectativas dos pais com relação a seu rendimento, percebem suas dificuldades e muitas vezes podem ter algum sofrimento. Quando os jovens negam suas limitações, tendem a se envolver com seus pares de forma desigual, ficando mais expostos a abusos e a relacionamentos frustrantes. Um autoconhecimento adequado é a base para encontrar uma referência social apropriada.

Plaks *et al.* em 2010 realizaram um programa de educação sociosexual com um grupo de dez adolescentes com deficiência mental e seus pais separadamente, com os seguintes temas abordados: autoidentificação do adolescente, aceitação do déficit de desenvolvimento, independência, estabelecimento de amizades e rela-

ções íntimas, conhecimento e desenvolvimento sexuais e habilidades de proteção. A mudança em atividades de independência dos adolescentes e o conceito de “amigo” foram medidos. Três questionários foram aplicados antes e depois da intervenção, que ocorreu por 10 semanas com dois encontros semanais. As ações do grupo enfatizaram o encorajamento à independência do adolescente e sua identidade. As conclusões do estudo, baseadas em escalas quantitativas e qualitativas, refletem que programas de educação social e sexual têm grande importância para adolescentes com deficiência neurogenética do desenvolvimento. Esses programas deveriam ter início antes da adolescência, desde a infância até a idade adulta.

No ambiente escolar, os adolescentes com DM não raro sofrem *bullying*, às vezes por sua aparência física ou por sua imaturidade ou pelas dificuldades de aprendizado. Tal tipo de agressão pode gerar isolamento social e, na tentativa de grupalizar a todo custo, podem aceitar mais facilmente desafios propostos, levar ao uso de drogas e exercício da sexualidade sem desejo e preparo adequado. Para um adolescente, a relação sexual pode significar ter sido atraente, amado, escolhido, mesmo que não tenha havido afeto.

Quanto à sexualidade das pessoas com DM, Brunberg *et al.*, 2012, compararam a incidência de abuso com uso de força na primeira relação sexual de adolescentes com e sem deficiência. O estudo evidenciou que a utilização de força é mais comum entre adolescentes com uma incapacidade (4%) que entre os que não relatam nenhum tipo de deficiência (1,6%); e é ainda mais comum entre aqueles que reportam múltiplas deficiências (10,4%). Outro estudo americano, com crianças que recebem cuidados fora de casa, evidencia maior incidência de abuso sexual no grupo com deficiência mental e com diferença estatisticamente significativa com relação ao grupo controle (Euser *et al.*, 2015).

Ainda há muitas crenças e tabus relacionados aos deficientes mentais, desde o mito de serem assexuados, até o de que são indivíduos com comportamento sexual exacerbado. Muitas vezes são tratados como eternas crianças e grande parte das famílias assume atitude super protetora, mantendo-os numa posição infantil. Para o adolescente com alguma limitação, a esperada independência progressiva dos pais é retardada ou mesmo ausente. Faz-se necessário o processo de transferência das responsabilidades, que deve seguir ritmo próprio para cada adolescente, para cada família e para cada limitação, encorajando o diálogo e incentivando o jovem a ocupar seu espaço na sociedade. Cabe ao profissional que trabalha com esses pacientes auxiliá-los, bem como suas famílias, no processo de alcance do máximo grau

de independência possível. Familiares, médicos e professores acabam subestimando as capacidades desses indivíduos, acreditando que eles nunca se tornarão sexualmente ativos, independentes ou socialmente produtivos.

Potencialidades: Possibilidades e Desafios

Resiliência é uma característica proveniente da Física que relaciona a capacidade de retorno ao estado original de determinado material após uma deformação. Essa capacidade nos permite resistir às vicissitudes do mundo, visualizando a vida com otimismo e confiança, mesmo em meio às intempéries. O resiliente enxerga a possibilidade de se tornar mais forte com os problemas. Não se coloca em posição de vítima e procura soluções. Apesar de saber lidar com as dificuldades, o indivíduo resiliente tem vulnerabilidades e não está isento de risco. Os sete “C” para a construção da resiliência (confiança, caráter, competência, *coping*, contribuição, conexões sociais e controle) devem ser um objetivo para toda pessoa com algum tipo de limitação. Confiança ao conseguir manter o autocuidado e nas próprias habilidades. Caráter pela noção de certo e errado. Competência levando a maior desempenho acadêmico e maior capacidade de enfrentar situações de stress. *Coping*, capacidade de enfrentar uma situação estressante além do que sua capacidade interna era capaz de lidar anteriormente. Contribuição para o mundo sabendo de sua importância enquanto indivíduo. Conexões Sociais através de relações interpessoais de maior qualidade e com equidade. Controle sobre suas decisões e sobre as ações dos outros sobre si mesmo (Maslow *et al.*, 2013).

A equipe de saúde que trabalha com DM e suas famílias deve estar sensibilizada aos problemas e preocupações desses jovens, incentivando a construção da resiliência. Devem discutir os mitos geralmente difundidos e encaminhar com mais objetividade os problemas frequentemente ignorados. Com orientação, os jovens podem construir relacionamentos saudáveis; porém, sem assistência, é mais provável que fiquem isolados em suas próprias fantasias e presos a estereótipos e crenças erradas da sociedade em que vivemos. Os educadores (pais, professores ou equipe médica) devem tratá-los como sujeitos, sem desconsiderar seu grau de deficiência, oferecendo espaço para que possam falar sobre suas dúvidas, seus desejos, suas limitações e possibilidades, permitindo sempre que haja meios para lidar com questões do cotidiano. Eles necessitam participar ativamente do processo, tendo espaço para expor suas dúvidas e saná-las (Daquinta Rico, 2004).

Um dos aspectos mais importantes do desenvolvimento de habilidades sociais é ajudar o jovem a ter um

entendimento real de seu grau de incapacidade. A conscientização e a aceitação da DM podem trazer sofrimento ao adolescente e a sua família, mas são fundamentais para o desenvolvimento de todo o potencial do jovem e reformulação de seus projetos de vida diante das limitações impostas pela doença e suas potencialidades. Não se deve permitir que a DM oculte o indivíduo e que usurpe a atenção que deveria ser dirigida a ele, levando em consideração seus desejos, riscos e responsabilidades.

Tirando a doença do centro do palco, enxergamos a necessidade de ajudar na construção de um ser humano saudável em vários aspectos, estimulando-o a ter capacidades de escolha de hábitos saudáveis, como alimentação, participação na sociedade e prática de esportes. Vanderstraeten *et al.* em 2010 mostra como a prática de esportes e atividades físicas de recreação são benéficas, promovendo em, primeiro lugar, melhora física, como prevenção de doenças, controle do uso de força e coordenação motora; em segundo, melhora psicológica, pela autopercepção de seus corpos, com aumento do bem estar e da autoestima; em terceiro, aprimoramento social, desde a autoconfiança em suas capacidades e a grupalização, até desenvolvimento de instrumentos para lidar melhor com seus estigmas perante os outros.

Um aspecto de seu potencial a ser desenvolvido é o profissional. O engajamento em atividades produtivas e fora do âmbito domiciliar traz auto-realização e aumenta a independência. O adolescente, ao se tornar produtivo e ter remuneração, tem menor necessidade de suporte financeiro de qualquer espécie, seja dos familiares e até do próprio governo. Dentro de suas limitações, perceber suas habilidades ímpares (como funções mecânicas, manuais e artesanais, por exemplo) e incentivar a formação acadêmica básica (alfabetização e matemática básica) muda sua perspectiva de vida e de futuro.

Segundo Elkins *et al.*, 1992, sempre devemos discutir sobre crescimento físico normal e como evitar abuso sexual, enquanto Blum² refere que, ao atender jovens com deficiência mental, é primordial que haja orientações sobre higiene, menstruação, masturbação, DST/aids, contracepção e casamento. Ele também discute algumas crenças comuns em relação aos adolescentes com deficiência e que são erradas na maioria das vezes. Entre elas:

- adolescentes com deficiência não são sexualmente ativos;
- aspirações sociais e sexuais de adolescentes com deficiências e doenças crônicas são diferentes das de seus pares;
- pais de adolescentes com deficiências proporcionam educação sexual suficiente;

- jovens com doenças crônicas são todos sexualmente vulneráveis;
- problemas da expressão sexual advêm da doença crônica ou da deficiência;
- pessoas com doenças crônicas não estão satisfeitas com sua aparência.

Em estudo de 2009, Sant'Anna *et al.* mostram que adolescentes portadores da SD, 36% afirmaram que sabiam o que era desejo sexual e 50% disseram que já o haviam sentido. Ao serem questionados sobre masturbação, 18% disseram saber o que era; 42% dos jovens responderam que costumavam se masturbar e, entre os que praticavam masturbação, 24% o faziam diariamente, 75% o faziam em local privado e 25%, em local público. A média de idade para o primeiro beijo foi de 12,9 anos, e a média de idade do(a) parceiro(a) desse primeiro beijo foi de 16,1 anos. Cerca de 29% dos(as) parceiros(as) também eram portadores de SD.

A adolescência é caracterizada por um período de contradições, reivindicações, vivência temporal singular e discordância do posicionamento dos pais. Se a adolescência é um período de desafios e confrontos para o jovem com habilidades cognitivas normais, esses problemas podem ser bem maiores para o jovem com DM. Muitos não possuem capacidade de responder à demanda de seu ambiente ou de seu próprio desejo de independência. Indivíduos com deficiência mental mostram menor avaliação de múltiplas dimensões na resolução de um problema, são caracterizados como mais impulsivos ao tomar decisões e menos capazes de equilibrar objetivos que competem.

Todas essas considerações levam à reflexão sobre a necessidade de orientação global aos pacientes com deficiência mental, cujo objetivo não deve ser apenas o uso de preservativos ou pílulas anticoncepcionais, mas sim o resgate do indivíduo como sujeito de suas ações, avaliando suas limitações individuais. O jovem com DM, como qualquer outro adolescente, tem necessidade de expressar seus sentimentos de maneira própria e intransferível. A repressão da sexualidade pode alterar seu equilíbrio interno, diminuindo as possibilidades de se tornar um ser psicologicamente integral. Quando bem encaminhada, a sexualidade melhora o desenvolvimento afetivo,

facilitando a capacidade de se relacionar, melhorando a autoestima e a adequação à sociedade. As informações sempre devem ser repetidas e acompanhadas em longo prazo para garantir o sucesso do aprendizado.

Conclusão

Deficiência mental é um jeito diferente de estar na vida, uma condição de vida (Brasil, 2012). São crianças e adolescentes com vivências e dificuldades de suas diferentes fases da vida, necessitando do estímulo ao autocuidado e ao desenvolvimento global de forma mais saudável possível. Pais, educadores e profissionais de saúde devem estar preparados para discutir temas como anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis, masturbação, profissionalização, prática esportiva e autonomia, de forma individualizada, com responsabilidade e respeito.

Portanto, o médico tem papel fundamental, pois, na maioria das vezes, ele é a única referência na orientação desses pacientes. Dessa forma, é necessário criar espaços dentro da consulta médica nos quais ele tenha a possibilidade de abordar e discutir todos os aspectos de sua vida. Se possível, promover grupos entre pares para que discutam suas dificuldades e tenham a chance de se identificar no outro a fim de diminuir suas vulnerabilidades.

É nesse contexto de medo e incertezas que o médico deve auxiliar o adolescente a se desenvolver. É responsabilidade do profissional que atende esses jovens abordar as questões de forma clara e objetiva, certificando-se de que o adolescente o compreendeu. Desde a infância esses indivíduos devem conhecer atitudes saudáveis em relação a seu corpo e mente. Se for possível a integração, eles precisarão de orientação quanto às habilidades e atitudes apropriadas de comportamento social. É necessário enfatizar a importância do esclarecimento da sexualidade e de métodos contraceptivos para esses jovens, seus pais e educadores, de forma individualizada ou por programas educacionais.

Assim, para maior inclusão, esses pacientes e suas famílias devem sofrer intervenções precoces por equipe multidisciplinar, para que seu desenvolvimento e sua interação social atinjam toda a plenitude que sua condição permitir.

Bibliografia

1. BASTOS, Olga Maria; DESLANDES, Suely Ferreira. Sexualidade e deficiência intelectual: narrativas de pais de adolescentes. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22 [3], p. 1031-1046, 2012.
2. BLUM, Robert Wm. Sexual health contraceptive needs of adolescents with chronic conditions. *Arch Pediatr Adolesc Med*, v.151, p. 290-297, 1997.
3. BONONI, Bruna Marques; SANT'ANNA, Maria José Carvalho; OLIVEIRA, André Chao Vasconcellos de; *et al.* Sexuality and

- persons with Down syndrome. A study from Brazil. *Int J Adolesc Med Health*, v. 21 (3), p. 319-326, 2009.
4. BRUNNBERG, Elinos; BOSTRÖM, Margareta Lindén; BERGLUND, Mats. Sexual force at sexual debut. Swedish adolescents with disabilities at higher risk than adolescents without disabilities. *Child Abuse and Neglect*, v. 36(4), p. 285-295, 2012.
 5. EASTGATE, Gillian. Sex, consent and intellectual disability. *Australian family physician*, v. 34 (3), p. 163-166, 2005.
 6. EUSER, Saskia; ALINK, Lenneke R.A.; THARNER, Anne *et al.* The prevalence of child sexual abuse in out-of-home care: increased risk for children with a mild intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, v. 29 (1), p. 83-92, Jan. 2016.
 7. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em 18 Ago. 2017.
 8. MAULIK, Pallab K.; MASCARENHAS, Maya N.; MATHERS, Colin D. *et al.* Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, v. 32, p. 419–436, 2011.
 9. MEINK, Franziska; CLUVER, Lucie D.; BOYES, Mark E. *et al.* Risk and Protective Factors for Physical and sexual Abuse of Children and Adolescents in Africa: A Review and Implications for Practice. *Trauma, Violence & Abuse*, v. 16(1), p. 81-107, 2015.
 10. MERRICK, J. R. Adolescents with Down syndrome. *Int J Adolesc Med Health*, v. 16(1), p.13-19, 2004.
 11. PLAKS M, ARGAMAN R, STAWSKI M, Qwiat T, Polak D, Gonthelf D. Social-sexual education in adolescents with behavioral neurogenetic syndromes. *Isr J Psychiatry RelatSci* 2010; 47(2): 118-24.
 12. SANT'ANNA, Maria José Carvalho; BOZZINI, Ana Beatriz; LUCATO, Carla Merle *et al.* Atenção integral ao adolescente com deficiência mental: potencialidades e vulnerabilidades. In: LOURENÇO, Benito; QUEIROZ, Lígia Bruni; SILVA, Luiz Eduardo Vargas da, *et al.* (Org.). Editora Manole. São Paulo. 1ª ed. Cap. 6, 2015.
 13. SANT'ANNA, Maria José Carvalho; PORTELLA, Giovana Chekin. Adolescente com deficiência mental – um olhar integral sobre sua sexualidade. In: SAITO, Maria Ignez; VITALLE, Maria Sylvia de Souza; LANDI, Carlos Alberto *et al.* (Org.). *Adolescência e Sexualidade: visão atual*. São Paulo. Editora Atheneu, Cap. 21, 2016.
 14. SCIOR, Katrina. Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, v. 32, p. 2164–2182, 2011.
 15. VANDERSTRAETEN, Guy G.; OOMEN, Anne G. M. Sports for disabled people: a general outlook. *International Journal of Rehabilitation Research*, v. 33, p. 283-284, 2010.



Adolescente com doença crônica: um grande desafio

19

Maria José Carvalho Sant'Anna¹ e Silvia Balieiro Nigro²

"... Eu posso lidar com isso. Eu acho que não preciso me diferenciar por causa da minha doença" (Fem., 15 anos)

"Você pode sair com seus amigos, você pode viajar com seus amigos... Você pode fazer o que você quiser você só precisa ter maturidade para tomar os seus medicamentos e ter uma alimentação." (Fem., 15 anos)

Introdução

De acordo com o Relatório e Situação Global sobre as doenças não transmissíveis de 2014 da Organização Mundial da Saúde (OMS), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura em todas as regiões do mundo. Enquanto o número anual das mortes devidas a doenças infecciosas deverá diminuir, o número anual total de mortes por DCNT deverá aumentar para 52 milhões até 2030 (WHO, 2014). Esse fenômeno, denominado "transição epidemiológica", ocorre devido à mudança do padrão de mortalidade que afeta uma população. No Brasil, dados do Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Vigilância em Saúde apontam também essa tendência mundial; as DCNT são a causa de aproximadamente 72% das mortes (BRASIL, 2011).

A evolução de métodos para o diagnóstico precoce das doenças crônicas e do desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas possibilitou, nas últimas décadas, a sobrevivência das crianças que então passam pela adolescência, podendo atingir a fase adulta. No momento, como, por exemplo, as cardiopatias congênitas estima-se que mais de 90% das crianças nascidas com um defeito cardíaco chegam à idade adulta (MOONS; HILDERSON; VAN DEYK, 2008).

Assim, a população de adolescentes acometidos de doenças crônicas vêm crescendo significativamente. Todos os anos, nos Estados Unidos, 500.000 adolescentes com necessidades específicas de cuidados de saúde chegam aos 18 anos de idade e 85% dos jovens com doenças crônicas se tornam adultos (MASLOW *et al.*, 2011).

Na infância e adolescência há grande variabilidade nas taxas de prevalência de condições crônicas de saúde, explicada pela diversidade considerável nos conceitos

utilizados para essa faixa etária. Stein e Silver definem a doença crônica na infância como: Condições que devem ter base biológica, psicológica ou cognitiva; duração de um ano ou mais e capazes de produzir uma das seguintes consequências:

- Limitações de função, atividades ou papel social, em comparação com seus pares de idade saudáveis nas áreas: física, cognitiva, emocional, e crescimento e desenvolvimento social;
- Dependência de uma das seguintes opções para compensar ou minimizar as limitações de função, atividades ou papel social: medicamentos, dieta especial, assistência médica, dispositivo de apoio, ou assistência pessoal;
- Necessidade de cuidados médicos, psicológico ou serviços educacionais acima do habitual para a idade (STEIN *et al.*, 1993) (STEIN; SILVER, 1999).

O período da adolescência é marcado por consideráveis transformações físicas, psíquicas e sociais. Aberastury e Knobel descreveram a Síndrome da Adolescência Normal, que inclui características dessa etapa da vida como, entre outras, evolução da sexualidade, busca de identidade, sentimento de invulnerabilidade, vivência temporal singular, afastamento progressivo de pais e a tendência grupal (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

Mais recentemente, a literatura vem discutindo a adolescência, levando-se em conta também o desenvolvimento cerebral na adolescência conforme essa evolui no tempo.

Nos pré-adolescentes ainda há pouco desenvolvimento das funções executivas do lobo pré-frontal. Inicia-se a mudança gradual do pensamento egocêntrico para o sociocêntrico. Há um aumento no desejo de novas informações, mas a linguagem ainda é concreta. Na adolescência

1 Profa. Dra Maria José Carvalho Sant'Anna. Pediatra – Doutora em Medicina, área de concentração em pediatria FCMSCSP. Professora Assistente Departamento de Pediatria da FCMSCSP. Chefe da Clínica de Adolescência Depto Pediatria FCMSCS.

2 Dra Silvia Balieiro Nigro Pediatra – Pós graduanda da FMUSP – Doutorado em Educação e Saúde. Assistente Clínica de Adolescência do Depto de Pediatria SCSP.

inicial, o pensamento abstrato se amplia e o pensamento concreto se reduz. Vão adquirindo funções de conservação. Ainda há pouco desenvolvimento do lobo pré-frontal e funções executivas, em especial entre os meninos. A capacidade de resolver problemas, planejar com antecedência e de controlar a impulsividade, aparece na adolescência média, em especial entre as meninas. Essa habilidade parece se desenvolver com a conclusão do desenvolvimento lobo pré-frontal que, nos meninos, ocorre durante a adolescência tardia. Estágios mais elevados de desenvolvimento cognitivo e moral são alcançados na maioria dos adolescentes de ambos os sexos após os 18 anos, quando possuem potencial biológico adequado e apoio social e emocional (BREINBAUER, 2005).

Os adolescentes crônicos não podem ser vistos como um grupo homogêneo, pois há grande variação entre os jovens, quanto ao grau de acometimento, à fase de maturação biopsicossocial, às perspectivas individuais de futuro e às limitações impostas pelas diferentes doenças de base. Observam-se desde jovens que têm sua rotina pouco alterada, até aqueles com doenças mais complexas, que necessitam de constante atenção diferenciada e até noções precoces de finitude.

Considerando esses aspectos epidemiológicos, a definição e as transformações, esse capítulo se propõe a destacar algumas situações onde a doença crônica e a adolescência impactam uma sobre a outra.

Atenção integral

Embora pareça evidente, sempre merece ênfase que o cuidado com a saúde global se mostra especialmente importante no adolescente com condição crônica de saúde, seja reduzindo a adição de riscos à doença de base, seja contribuindo com controle. Assim, aspectos como: alimentação e prevenção de obesidade ou desnutrição, imunização, saúde bucal, atividade física, sexualidade e saúde reprodutiva, favorecimento dos fatores de proteção, prevenção de risco, percepção da doença e adesão ao tratamento e, finalmente, o estímulo a resiliência e autonomia, contribuem para uma melhor assistência e melhores desfechos. E, nesse mesmo sentido, a cooperação entre o médico de adolescentes e especialista promove melhor assistência.

Saúde bucal

Entre outras condições clínicas entre os pacientes crônicos, nos pacientes cardiopatas, há um maior risco de desenvolvimento de complicações como a endocardite bacteriana, especialmente naqueles com doença cardíaca cianótica. Cerca de 35 a 50 por cento das crianças com endocardite bacteriana têm cardiopatia congênita

(SAIMAN; PRINCE; GERSONY, 1993). Além disso, foi observado que apenas 64% dos pais de cardiopatas conhecem a ligação entre a saúde bucal de seus filhos e a endocardite infecciosa e a necessidade de antibioticoterapia profilática (BALMER; BU'LOCK, 2003). Algumas doenças crônicas e/ou o tratamento podem levar a estados variáveis de imunossupressão e, entre outras consequências, mucosites severas. O profissional de saúde deve investir na educação do adolescente, para que ele, agora tornando-se responsável por sua própria higiene oral, seja capaz de se autocuidar, consciente da importância, dos benefícios e dos riscos.

Modismos: piercing e tatuagens

Na busca por sua identidade, na tentativa de pertencer a determinados grupos, no culto a imagem corporal e exposição a modismos características próprias da adolescência, *piercing* e tatuagens são demandas da adolescência também. Adolescentes imunossuprimidos e com doenças de pele têm maior risco de infecção local. Numa revisão de 2008 (ARMSTRONG; DEBOER; CETTA, 2008), foram relatados 22 casos específicos de endocardite bacteriana de que foram associados com a perfuração da língua (sete), lóbulos das orelhas (seis), umbigo (cinco), lábio (um), nariz (um), e do mamilo (um), e uma tatuagem. Nessa série, nove dos indivíduos eram portadores de Cardiopatia Congênita. Os autores dessa revisão sugerem o uso de antibióticos profiláticos para procedimentos de *piercing* e tatuagens em cardiopatas.

Exercício físico

“Na educação física eu não posso correr, porque eu sinto falta de ar.” (Fem., 13 anos).

A despeito das já conhecidas vantagens do treinamento físico na diminuição do risco de doença coronária na idade adulta, uma função cardiovascular deprimida, por outro lado, reduz o desempenho do exercício. Exercícios de alta intensidade causam sobrecarga e aumentam o risco de complicações, inclusive de morte súbita.

Acontece que o adolescente com doença crônica, buscando sua identidade, valorizando modelos de corpo ideal, almejando o vigor físico de seus pares, pode “errar na dose” e na escolha do esporte. A “dose” do exercício (intensidade, frequência) deve ser individualizada como a dose de um medicamento, e como tal, seus efeitos adversos também devem ser avaliados. Muitas academias indicam treinos por idade, porém, essa indicação deveria ser dependente da fase do crescimento e do estágio de maturação sexual, que não necessariamente coincidem com a idade cronológica (SAITO, MI. LEAL, 2008).

Restrição a exposição solar, agudizações de asma, deformidades esqueléticas, estado nutricional, obesidade, grau de controle de diabetes e epilepsia, função neurológica, cardíaca, pulmonar e renal, precisam estar monitoradas para definir e indicar qual é o nível de exercício apropriado, dentro de limites seguros, incentivando a atividade física numa relação custo-benefício favorável. Sempre conscientizando o adolescente da necessidade de escolhas adequadas e responsáveis.

Sexualidade e saúde reprodutiva

Como destacado anteriormente, parte determinante da promoção da saúde do adolescente envolve as questões da sexualidade. O início da atividade sexual varia de acordo com a cultura, sexo e país, mas, de forma geral, inicia-se ao redor de 14-16 anos (FINER; PHILBIN, 2013) (EATON *et al.*, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Muito além do ato sexual em si, a atividade sexual envolve questões de imagem corporal, autoestima, relacionamento social, aspirações e projetos futuros e a construção da própria identidade.

Adolescentes com doenças crônicas têm desenvolvimento puberal e sentimentos normais sobre sua sexualidade, têm perspectivas futuras, desejam encontrar um parceiro, casar-se e ter filhos. Sendo assim importante aspecto de suas vidas que não deve ser deixado de lado na atenção a sua saúde (OMAR, 2010).

Na dependência das limitações que a doença lhe impõe, o adolescente com doença crônica experimenta graus variados de isolamento social, limitando oportunidades de envolvimento afetivo, tornando essa vivência mais difícil. Nem sempre o grupo de amigos saberá lidar com o jovem diferente, às vezes imaturo, frequentemente superprotegido pelos pais, que insistem em mantê-lo num papel infantil e assexuado que já não lhes cabe. O exercício da sexualidade para o adolescente com condição crônica, muitas vezes representa uma forma de socialização e de inclusão. É uma situação de vulnerabilidade, afetiva e social, podendo acarretar frustração e risco.

Assim, menos experiente, menos seguro, com menor autoestima, sem confiança, não se expõe. Ou, ainda, pode sentir-se revoltado e indestrutível, querendo se mostrar capaz de ser desejado e querido, negando a doença trazendo mais comprometimento para sua saúde. De forma paradoxal, pode surgir o desejo da gravidez, mesmo que inconsciente, numa tentativa de ser capaz de gerar um ser saudável, como que resgatando a própria vida.

A abordagem desse assunto de forma clara e objetiva visa proporcionar espaço para discutir questões sobre o exercício de uma vida sexual saudável e segura, e conscientizar o adolescente da responsabilidade consigo e com

o outro. Espera-se enfim o resgate do adolescente como sujeito de suas ações e não como objeto de sua doença.

Gestação e anticoncepção

Esse binômio é uma preocupação fundamental de paciente, família e profissional de saúde pois, muitas vezes, diante da complexidade da doença de base, a gravidez não planejada pode significar risco de morte para o adolescente e o conceito. A adolescente com doença crônica pode não ter atingido as funções cognitivas que levam a habilidade de planejar e de controlar a impulsividade, preservada que é devido a sua condição. O pensamento mágico que lhes confere a falsa sensação de segurança pode levar a riscos. E, como já exposto, atenção especial deve ser dada ao possível desejo de engravidar.

A escolha do método deve considerar variáveis tais como efeitos adversos, interação medicamentosa com drogas em uso, o método contraceptivo em si, e o apoio familiar e social que será necessário para o sucesso da contracepção.

O Consenso de Elegibilidade Médica para uso de Métodos Anticoncepcionais da OMS de 2015 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015) fornece elementos para o profissional ponderar sobre os riscos da gravidez *versus* os riscos do contraceptivo. Nesse documento os métodos são classificados por categorias:

As questões sociais, comportamentais e a terapêutica usada em razão da doença crônica devem ser consideradas na escolha de métodos contraceptivos por adolescente. Os adolescentes são uma população de maior risco para doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV. Algumas se mostram também menos tolerantes aos efeitos colaterais de métodos hormonais e, portanto, têm altas taxas de abandono. A escolha do método também pode ser influenciada por fatores como padrões esporádicos de relações e a necessidade de disfarçar a atividade sexual e o uso de anticoncepcionais de suas famílias. A atividade sexual da adolescente e a prescrição de métodos contraceptivos não constitui razão para quebra de sigilo médico, dentro da ética do atendimento do adolescente que pode ser ouvido sem presença de um adulto.

Para qualquer adolescente, sempre se prioriza a dupla proteção, isso é, contra gestação não planejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST) com uso rotineiro de preservativos, embora elas possam ter alguma dificuldade com métodos que requerem um regime de ingestão diária, justificando orientação e seguimento adequados.

Em geral, os adolescentes podem usar qualquer método contraceptivo, pois apenas a idade não constitui uma razão médica para negar qualquer método para adolescentes. No entanto algumas particularidades existem em

relação ao uso de certos métodos contraceptivos em adolescentes com doenças crônicas e devem ser ponderadas.

Além disso, decorrentes de seus potenciais efeitos adversos, os contraceptivos orais combinados (COC), bem como todos os métodos que se utilizam de combinação de derivados de estrógeno e progesterona, são também classificados como categorias 3 ou 4 em determinadas situações, raras em adolescentes saudáveis porém presentes nas adolescentes com algumas doenças crônicas. O Consenso de Elegibilidade Médica para uso de Métodos Anticoncepcionais da OMS de 2015 contém um guia completo para prescrição com segurança.

Interação medicamentosa

Em adolescentes com doenças crônicas, a interação medicamentosa das drogas utilizadas com os contraceptivos hormonais é um diferencial importante na forma de orientação, principalmente, porque muitas adolescentes fazem uso de contraceptivos sem orientação médica, ou escondido de seus familiares. Pode haver prejuízo na eficácia do COC e/ou da medicação com a qual interage. Os antirretrovirais se encaixam na categoria 1 ou 2, reduzindo a eficácia contraceptiva.

O especialista tende a pensar que os adolescentes não são sexualmente ativos e que suas aspirações sociais e sexuais são diferentes daquelas de seus pares. Mais ainda, os pais desses adolescentes não proporcionam educação sexual suficiente, como que os mantendo num papel infantil muito além do prazo.

Na iminência do início da vida sexual, a contracepção deve ser prontamente orientada e métodos seguros liberados, evitando-se encaminhamentos desnecessários. Cada caso deve ser analisado individualmente, a decisão deve ser conjunta entre os médicos que acompanham a adolescente e ela própria, pesando as vantagens e desvantagens de cada contraceptivo. O objetivo é proporcionar a adolescente com doença crônica, toda oportunidade de exercer a plenitude de sua sexualidade da forma mais segura possível.

Percepção da doença e adesão

A adolescência e a doença crônica, em algum período da vida se encontram. Uma impactando sobre a outra.

Entre os efeitos da doença sobre o desenvolvimento, podemos citar as biológicas: atraso puberal, baixa estatura, osteopenia. Sociais: infantilização, adoção do papel de doente, prejuízo de funções cognitivas e da autoestima. Mais ainda, independência reduzida, isolamento social e insucesso profissional e acadêmico.

Em relação aos efeitos do desenvolvimento sobre a doença crônica, encontram-se: aumento das necessida-

des calóricas, alterações hormonais. Piora da adesão ao tratamento e consequente prejuízo do controle da doença devido às características próprias da adolescência. Eles experimentam comportamentos de risco, sentindo-se invulneráveis à doença e tratamento, têm reduzida capacidade de planejar, se afastam de médicos e pais, envolvem-se em comportamentos de risco como hábitos alimentares irregulares, adição de fumo, álcool e atividade sexual desprotegida (SURIS; MICHAUD; VINER, 2004).

A doença lhes confere um sentimento de imediatismo exacerbado, manifestado no pensamento mágico da frase de um paciente com diabetes tipo I:

- “A *minha doença ainda* não tem cura” (Masc., 16 anos).

O sentido de pertencimento ao grupo, se manifesta no desejo se der igual ao amigo saudável, sem limitações, como o depoimento abaixo de uma paciente com síndrome nefrótica ilustra:

- “Quando saio com amigos, descuido da alimentação e como com eles” (Masc., 15 anos).

Os melhores resultados da assistência desses adolescentes são alcançados incluindo a compreensão do desenvolvimento emocional e cognitivo em cada fase da adolescência. A progressiva substituição da sensação de invulnerabilidade pela capacidade de organização e convicção. A valorização do cuidado parental e mesmo do grupo de amigos.

O profissional de saúde, em ordem de conseguir atingir os objetivos de adesão: uso correto da medicação, mudança de estilo de vida e seguir dietas, estabelece uma abordagem contratual, negociando passo a passo em seguimento contínuo e frequente, favorecendo a autonomia para gestão do tratamento do próprio adolescente.

A consulta de caráter motivacional em lugar de impositiva, focando-se na pessoa mais que na doença são melhores aceitas pelo adolescente. A entrevista motivacional é método clínico testado em 1983 com pacientes dependentes de álcool, e na década de 90 testada com pacientes crônicos. Consiste numa técnica que visa encontrar nos pacientes motivação para mudanças comportamentais em benefício da própria saúde, baseados nos princípios de colaboração, entre médico e paciente, evocação dos recursos que o paciente já tem e possam ser ativados em seu favor e respeito a autonomia do paciente, pois é possível aconselhar informar e até advertir, mas cada indivíduo faz suas próprias escolhas. Eventualmente o reconhecimento das próprias limitações do cuidador, abrem uma porta para a real mudança desejada (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Resiliência

Resiliência é uma característica que nos permite existir nesse mundo imperfeito, visualizando o presente e o futuro com otimismo e confiança, mesmo em meio à adversidade. O resiliente não procura problemas, mas enxerga a possibilidade de se tornar mais forte com eles. Não se coloca em posição de vítima e procura soluções. Não é invulnerável, nem perfeito, nem isento de risco.

A vivência da adolescência nos adolescentes com doença crônica apresenta uma série de condições que interferem, ou mesmo se contrapõem, com a percepção da adolescência normal. No entanto, eles atravessarão a adolescência como seus pares saudáveis. Convivendo com a dores, deformidades, limitações, dependência de medicamentos e de terceiros. Socialmente não são menos idealistas ou sem desejo de liberdade, de viver e conquistar o mundo, convivendo com a superproteção de todos e a inclusão da condição crônica em projetos de futuro.

A doença crônica pode ser um potente fator de estresse para o adolescente e sua família, bem como a convivência com a doença, seus sintomas, exposição aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Eventuais restrições impostas ao que se refere às atividades físicas, posologia e vias de administração de medicamentos, dietas especiais podem gerar sobrecarga para a rotina basal, de atividades físicas e de lazer, podendo acarretar prejuízo na socialização e absentismo escolar, em alguns casos, afetando as perspectivas educacionais e profissionais.

Recente revisão de programas de desenvolvimento positivo para jovens de idades entre 13 a 24 anos com doença crônica, revelou que eles têm perspectivas educacionais com menores probabilidade de se graduarem, maior chance de receber auxílio de programas públicos e renda anual menor que os jovens saudáveis (MASLOW; CHUNG, 2013).

Os melhores programas enfatizam a construção da resiliência a partir dos sete “C” (confiança, caráter, competência, *coping*, contribuição, conexões sociais e controle). Competência levando a maior desempenho acadêmico e maior capacidade de enfrentar situações de stress. Confiança demonstrada pelo autocuidado e confiança nas próprias habilidades. Contribuição para o mundo revelado pela noção que tem sua importância no mundo em que vive. Caráter pelo senso de certo e errado. Controle sobre suas decisões. Conexões Sociais através de relações interpessoais com maior qualidade.

Conclusão

A percepção e aceitação da doença crônica por parte do adolescente e sua família é um processo contínuo e sofrido, mas são essenciais para o desenvolvimento de

todo o potencial do adolescente e de seu projeto de vida frente às limitações impostas pela doença.

A definição de papéis claros nos cuidados de saúde, antes da esfera exclusivamente pediátrica e direcionada a pais e cuidadores, deve adaptar-se para atender às necessidades dos pacientes quando adolescentes e adultos jovens, bem como suas famílias.

O conhecimento por parte do paciente crônico das suas reais necessidades, limitações, tratamento e prognóstico mostra-se fundamental para o sucesso da atenção à sua saúde. Geralmente, os provedores de saúde tendem a transmitir informações sobre a doença crônica para os pais, e não aos adolescentes. Quando não têm conhecimento sobre a sua doença e da sua gestão, tendem a ter sentimentos de isolamento e culpa e até de má adesão.

O papel da família será sempre fundamental. No entanto, especial cuidado se deve ter com dois aspectos. Primeiro, esses adolescentes são criados da infância a adolescência num papel superprotegido, desconsiderando suas possibilidades de aquisição de maturidade, independência e autoestima, mesmo para doenças menos complexas, já resolvidas e sem limitações. E o outro lado, adolescentes que, independentemente da complexidade da sua situação de saúde, acomodam-se nessa zona de conforto, alimentando-se emocionalmente dessa condição.

A preparação dessa transição no seguimento de adolescentes com doença crônica precisa enfatizar educação integral e o apoio necessário para alcançar uma transição bem sucedida, envolvendo seus cuidados de saúde numa mudança de situação de heteronomia para a autonomia.

O estabelecimento de relação de confiança com a equipe que o atende, percebendo-os não apenas preocupados com a doença e sua terapêutica, mas enxergando-o como um ser indivisível, sem que a doença oculte o indivíduo, atento às necessidades, ansiedades, projetos, sonhos e medos.

Sucesso verdadeiro consiste em tirar o adolescente do lugar de expectador e mero ouvinte. E colocá-lo no lugar de ator. O adolescente não deve ser vítima de sua doença, mas sujeito do seu tratamento. Ao profissional cabe também ajudar a promover a construção do sujeito (adulto) social e individual, tornando-o protagonista de sua vida. Considerando e intervindo na prevenção do risco.

Conflitos de interesse

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Aos adolescentes que contribuíram com suas falas ilustrando esse capítulo, produzidas em grupos focais na coleta de dados da tese de doutorado: “Qualidade de vida, adolescência e doença crônica”, das mesmas autoras.

Referências

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. Adolescência normal. 5 ed; ed. Porto Alegre; [s.n.].
- ARMSTRONG, M. L.; DEBOER, S. R.; CETTA, F. Infective Endocarditis After Body Art: A Review of the Literature and Concerns. *Journal of Adolescent Health*, v. 43, p. 217–224, 2008.
- BALMER, R.; BU'LOCK, F. A. The experiences with oral health and dental prevention of children with congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, v. 13, n. 5, p. 439–443, 24 out. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011–2022. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. v. 1
- BREINBAUER, C. Youth: Choices and Change. Promoting Healthy Behaviors in Adolescents. *Adolescence*, v. 40, n. 157, p. 231, 2005.
- EATON, D. K. *et al.* Youth risk behavior surveillance – United States, 2011. Morbidity and mortality weekly report. *Surveillance summaries* (Washington, D.C.: 2002), v. 61, n. 4, p. 1–162, 2012.
- FINER, L. B.; PHILBIN, J. M. Sexual initiation, contraceptive use, and pregnancy among young adolescents. *Pediatrics*, v. 131, n. 5, p. 886–91, 2013.
- MASLOW, G. R.; CHUNG, R. J. Systematic review of positive youth development programs for adolescents with chronic illness. *Pediatrics*, v. 131, n. 5, p. e1605–e1618, 2013.
- MINISTÉRIO; DA SAÚDE, CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. [s.l.: s.n.].
- MOONS, P.; HILDERSON, D.; VANDEYK, K. Implementation of transition programs can prevent another lost generation of patients with congenital heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, v. 7, n. 4, p. 259–263, 2008.
- ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. Entrevista motivacional no cuidado da saúde : ajudando os pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Grupo A – Artmed, 2009.
- SAIMAN, L.; PRINCE, A.; GERSONY, W. M. Pediatric infective endocarditis in the modern era. *The Journal of Pediatrics*, v. 122, p. 847–853, [s.d.].
- SANT'ANNA, M.J.C.; BONONI, B.M.; OLIVEIRA, A.C.V.; *et al.* Down syndrome and sexuality. In: OMAR, Hatim A.; GREYDANUS, Donald E.; PATEL, Dilip R. *et al.* (Editors). *Adolescence and Chronic Illness: A Public Health Concern*. Ed. Nova Science Publishers, New York, p. 283–290, 2009.
- STEIN, R. E.; SILVER, E. J. Operationalizing a conceptually based noncategorical definition: a first look at US children with chronic conditions. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, v. 153, n. 1, p. 68–74, 1999.
- SURIS, J. C.; MICHAUD, P. A.; VINER, R. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Arch Dis Child*, v. 89, p. 938–942, 2004.
- WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. *World Health*, p. 176, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational. *Medical eligibility criteria for contraceptive use – 5th ed*, n. 978 92 4 154915 8, 2015.

Maria Ignez Saito¹

Introdução

As vacinas devem ser consideradas como um dos maiores avanços da Medicina, impedindo epidemias, mortes, remanescentes sequelas de gravidade variada, contribuindo como fator principal, para a erradicação de doenças, que antes de sua existência flagelavam a humanidade.

Os adolescentes, de maneira geral, não recebem por parte da área de saúde, ou mesmo de suas famílias, o mesmo cuidado em relação à vacinação que é dedicado às crianças, sendo comum a ausência de doses, a falta de reforços e até mesmo da carteira de vacinas nessa etapa da vida.

Cabe lembrar que esse contingente populacional pode ser o principal grupo de risco para determinados agentes etiológicos, como o Papilomavírus Humano (HPV), o que reforça a necessidade da prevenção através das vacinas, para essa faixa etária.

O Papilomavírus humano (HPV)

HPV – Agente etiológico

O HPV é o agente etiológico do condiloma acuminado, considerado como a doença sexualmente transmissível (DST) mais frequente em todo o mundo.

A infecção pelo HPV é bastante comum e era considerada de pouca significância clínica, pois 80% a 90% dos casos tinham resolução espontânea no primeiro ano.

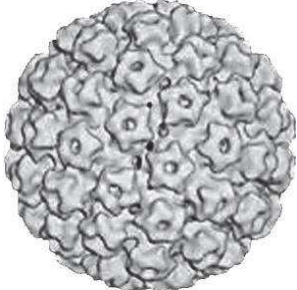
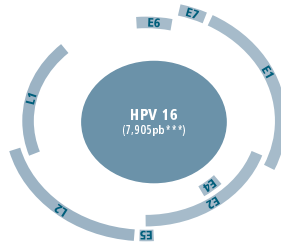
Ao longo das últimas décadas, esse conceito mudou, com a identificação do HPV como “vírus tumoral” desde o final dos anos 70, quando inúmeras pesquisas entre as quais se destacaram as realizadas por Harald Zur Hausen (Prêmio Nobel 2009), conseguiram caracterizar o HPV como agente etiológico do câncer de colo do útero e não mais apenas como responsável pelas verrugas genitais, denominadas por *Condyloma acuminatum*.

Atualmente são conhecidos mais de 100 tipos de HPV, dos quais 30 a 40 afetam as regiões anogenitais sendo 15 a 20 classificados como oncogênicos.

Os tipos do HPV 16 e 18, presentes na vacina, são responsáveis por aproximadamente 70% dos cânceres de colo do útero, vagina e ânus e de cerca de 30% a 40% dos cânceres de vulva, pênis e orofaringe. É de interesse salientar que outros tipos de HPV 31, 33, 45, 52, 58 são responsáveis por mais 17% dos casos de câncer cervical; os tipos 6 e 11 eram considerados não oncogênicos e são encontrados em aproximadamente 90% das vacinas.

HPV – Vírus tumoral

Quando os mecanismos de transformação do HPV foram elucidados ficou estabelecido ser ele um verdadeiro “vírus tumoral”, carregando genes, codificando inúmeras proteínas que interferem no controle do ciclo celular, propiciando sua transformação e crescimento desordenado.

HPV Vírus com molécula de DNA circular de duplo filamento.	Organização Geral de um Genoma do Papilomavírus
	
Mais de 100 tipos identificados. Destaque para 16, 18, 6 e 11	região precoce (E) região tardia – proteínas do capsídeo viral L1 e L2 região regulatória responsável pela replicação viral

O HPV é um DNA vírus e suas partículas são formadas por moléculas de DNA circular de 8000 pares de bases envolvidas por uma cobertura proteica composta por moléculas L1 e L2. Seu genoma tem a capacidade de codificar proteínas e pelo menos seis das chamadas proteínas precoces E1, E2, E4, E5, E6, E7, são necessárias para a replicação do DNA viral. Os grupos de genes são separados por uma região reguladora que não codifica

¹ Professor Livre Docente pelo Departamento de Pediatria/HC/FMUSP. Membro da Comissão Científica do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

proteínas, mas contém elementos necessários para regular a expressão gênica e a replicação do genoma. Uma regulação tardia do HPV codifica duas proteínas do capsídeo viral L1 e L2, que estarão relacionadas com a formação de anticorpos por serem os únicos antígenos para uma imune resposta neutralizante.

HPV – Mecanismos de ação

O HPV depende da diferenciação do epitélio para sua replicação e ciclo vital; o coilócito, célula alterada das camadas mais superficiais do epitélio escamoso, é descrita como patognomônica da presença da infecção viral, que, principalmente, quando persistente conduz a um aumento crescente da instabilidade genômica, perda adicional do controle de crescimento celular, e finalmente, desenvolvimento do câncer.

Sabe-se hoje que para que o HPV exerça seu papel oncogênico, é fundamental que haja infecção persistente, o que acontece raramente.

Os mecanismos imunológicos de defesa do hospedeiro, ainda que relativamente tardios, acabam por eliminar o vírus em aproximadamente 80% das vezes. Assim, as infecções pelo HPV, que são extremamente frequentes, resolvem-se, na maioria das vezes espontaneamente, impedindo a persistência viral e a consequente transformação neoplásica, embora continue sendo preocupante aquele contingente, para o qual isso não ocorre.

Vários estudos epidemiológicos mostram que pacientes imunossuprimidos ou usuários de medicamentos imunossupressores são mais frequentemente acometidos; portadores do vírus da imunodeficiência adquirida, além de apresentarem maior frequência de infecção mostram incidência significativamente superior de neoplasia.

É importante lembrar que a imune resposta natural à infecção pelo HPV é imprevisível em virtude da capacidade do papiloma vírus de escapar das respostas imunológicas. Diversos fatores podem minimizar ou impedir a exposição do HPV ao sistema imunológico, tais como:

- não existe uma fase de viremia e assim o sistema imunológico, externo ao epitélio, tem pouca oportunidade de detectar o vírus;
- os queratinócitos podem ser relativamente menos suscetíveis à lise citotóxica mediada pelos linfócitos do que as outras células infectadas;
- não existe morte citopática que alerte o sistema imunológico; as células afetadas são eliminadas por descamação;
- os níveis de manifestação das proteínas do HPV, também podem reduzir a probabilidade de imune resposta, pois as proteínas virais precoces estão localizadas no núcleo.

É importante ressaltar que o HPV constitui um fator relevante para o desenvolvimento do câncer de colo do útero, mas não é causa suficiente para a sua ocorrência, sendo necessários outros fatores tais como:

- Paridade elevada ajustada pela idade da primeira relação e número de parceiros;
- Tabaco – possíveis mecanismos incluem redução da resposta imunitária do colo do útero;
- Anticoncepcionais combinados – poderiam potencializar a expressão de genes do HPV na cérvix;
- Fatores nutricionais – Efeito protetor: provável – folatos, retinol e vitamina E, possíveis verduras, vitaminas C e B12;
- Ausência de circuncisão;
- Co-infecção pelo HIV e *Chlamydia trachomatis* e provável pelo vírus do Herpes;
- Além desses, fatores genéticos e imunológicos do hospedeiro, como carga viral e integração viral, imunossupressão deverão ser considerados importantes.

Deve-se ter presente que o período que transcorre entre a infecção do queratinócito basal e o aparecimento de lesões é muito variável, o que demonstra a capacidade do HPV de escapar do sistema imunológico durante vários meses ou anos.

Epidemiologia e dinâmica da transmissão e morbidade pelo HPV: adolescentes como grupo de risco

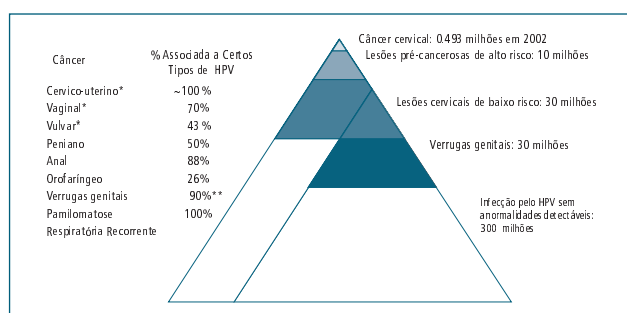
Atualmente o condiloma acuminado aparece como a doença sexualmente transmissível mais frequente no mundo. Acredita-se que aproximadamente 630 milhões de pessoas no mundo estão infectadas pelo HPV. O Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) revela que o risco, em vida, para aquisição da infecção por esse vírus, em indivíduos, de ambos os sexos.

Segue-se no Quadro 2 a figura ilustrativa com incidência mundial de HPV e tipos de câncer a ele relacionados.

Já se sabia que o período de incubação era bastante variável, entre dois e 12 meses, sendo em média de três meses; hoje, referências existem que pode ser de cinco anos ou mais. A inoculação viral dá-se, preferencialmente, em áreas submetidas a traumas e ou solução de continuidade. O critério de cura é de dois anos, podendo, porém, o vírus permanecer quiescente no organismo.

O queratinócito é a célula-alvo da infecção pelo HPV. A presença de coilócitos é uma indicação morfológica dessa infecção. O derramamento de coilócitos descamados serve como vetor de transmissão do vírus; cada coilócito contém aproximadamente de 50 a 100 viriões.

Quadro 2 – Incidência mundial estimada do HPV –Tipos de câncer etiologicamente relacionados



Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. CA Cancer J Clin. 2005; 55: 74–108.
 Forman D, *et al.* Vaccine. 2012; 30 Suppl 5: F12-23.
 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 12th ed. Washington DC: Public Health Foundation 2012. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads.hpv.pdf>>.

Acredita-se que a prevalência do HPV varia de país para país e de região em região dentro de um mesmo país. Por exemplo, a taxa de prevalência em Barcelona, Espanha, é de 3% enquanto que em Santiago do Chile é de 14%. Evidentemente fatores culturais, pobreza, desinformação, falta de atenção à saúde podem modificar as taxas, o que torna a América Latina particularmente suscetível, embora a infecção atinja todos os níveis socioeconômicos.

Na maioria dos casos a infecção pelo HPV não apresenta significância clínica. Geralmente a morbidade está relacionada à displasia cervical e verrugas genitais. É importante salientar que a displasia cervical é causada tanto pelos subtipos de alto risco pelo de baixo risco.

De acordo com a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) a incidência mundial da infecção pelo HPV, das displasias de baixo e alto risco é de 300 milhões, 30 milhões e dez milhões de casos respectivamente. A OMS relata que a cada ano ocorrem 30 milhões de caso de verruga genital e aproximadamente 500 mil novos casos de câncer. No Brasil são 18 mil casos novos por ano com cinco mil mortes.

A divulgação dessas cifras é relevante para estimular a reflexão dos pediatras sobre a importância da vacina contra o HPV, pois diferentemente de outras patologias podem ser prevenidas ou minoradas pela imunização e ser por eles ativamente acompanhadas, os agravos provocados pelo HPV aparecerão no futuro e só serão percebidos, mais tarde, pelos ginecologistas, urologistas e oncologistas.

É reconhecido que a prevalência do HPV por faixa etária varia ao redor do globo terrestre, mas sem dúvida o grande grupo de risco é constituído pelos adolescentes. Precisa ser lembrado que a precocidade da relação sexual é um fator de comprometimento fundamental: quanto mais cedo se dá a iniciação maior será provavelmente o

número de parceiros devendo ser ainda considerado que as adolescentes muito jovens geralmente iniciam a atividade sexual com parceiros mais velhos. O pico de infecção para o sexo feminino está entre 20 e 24 anos e para o masculino entre 25 e 29 anos (a puberdade para o sexo masculino ocorre dois anos após a do sexo feminino).

São fatores de risco para aquisição de HPV no sexo feminino a idade precoce para início da atividade sexual, o número de parceiros, o comportamento sexual do parceiro (lembrar ser o parceiro geralmente mais velho, com experiência sexual anterior), o uso de contraceptivos orais e a ausência de circuncisão; para o sexo masculino os fatores de risco são semelhantes.

A importância da circuncisão para a determinação do risco de câncer de pênis é fato conhecido. Sabe-se que sua presença diminui em três vezes o risco de ocorrência. Ela protege contra as DSTs ao evitar acúmulo de secreções vaginais infectadas ou simplesmente por reduzir a superfície de epitélio queratinizado.

A infecção pelo HPV é normalmente transmitida pelo contato sexual, principalmente via intercurso sexual, muito embora possa ocorrer sem penetração. É uma infecção por contato que podem ser genital-genital, manual-genital, oral-genital. Outras rotas não sexuais ainda não são tão bem documentadas. O risco só deixa de existir frente à abstinência sexual ou relações monogâmicas de parceiros nunca portadores, o que, mais uma vez, enfatiza a necessidade da vacinação, principalmente quando se trata de adolescentes.

É muito importante ter presente que apesar da relevância da associação entre HPV e vários tipos de câncer, não se pode deixar de perceber as verrugas sexuais como preocupação legítima. São elas lesões exofíticas da genitália externa incluindo pênis, o escroto, a vulva, períneo, além de áreas púbicas, perianais e virilha. As verrugas são reconhecidas como patologias de jovens e a escolaridade que protege contra a gravidez precoce não parece proteger contra HPV e esse tipo de lesão, reforçando o conceito da OMS de ser esse vírus um problema de saúde pública.

Em relação a sua importância cabe lembrar ainda a Papilomatose Respiratória Recorrente (PRR), patologia ligada a verrugas internas, que acometem os indivíduos mais por contaminação através do canal de parto, levando a necessidade de procedimentos cirúrgicos frequentes durante a infância e adolescência, e que embora seja entidade nosológica mais rara pode comprometer o projeto de vida e levar até mesmo a morte. A PRR desempenha possível papel nos cânceres do pescoço e da cabeça.

Estudos mostram que as lesões externas não tratadas têm desaparecimento espontâneo em 40% dos pacientes.

Mesmo para esses, porém, elas podem ser extremamente constrangedoras, originando preocupações e sequelas psicoemocionais variáveis. São muito contagiosas e 75% dos parceiros sexuais desenvolvem verrugas quando expostos. A taxa de recorrência é variável; 25% dos casos apresentam recidiva após tratamento.

O tratamento pode ser longo, doloroso, constrangedor com ampla margem de insucesso e recidivas frequentes o que favorece desistência precoce por parte principalmente de adolescentes. Algumas drogas podem provocar desde fístulas até agravos neurotóxicos. As taxas de recorrência para os diversos tratamentos variam de 5% a 40%.

Verrugas sexuais presentes em crianças e em adolescentes que não iniciaram atividade sexual servem de alerta para provável abuso sexual, que deve ser investigado e denunciado ao Conselho Tutelar e Varas da Infância e Juventude.

Considerando tudo que foi exposto e que certamente implicará na escolha da vacina a ser adotada, pode-se dizer que só existem três categorias de indivíduos que não acreditam serem as verrugas patologias que mereçam atenção:

- os que nunca as apresentaram e imaginam que isso jamais possa acontecer
 - os que nunca as trataram
 - os que ignoram sua existência e ou suas implicações
- Da tradicional publicação do CDC em 2010 em relação ao HPV deve considerar:
- A infecção genital por HPV é muito comum mostrando-se ascendente em vários estudos. Muitos tipos de HPV são transmitidos através de contato genital, na maioria das vezes durante o contato sexual vaginal e anal, embora o HPV possa também ser transmitido por contato sexual oral.
 - Em um relacionamento sexual contínuo, ambos os parceiros são geralmente infectados, quando um deles é diagnosticado por infecção por HPV, apesar dos sinais de infecção nem sempre serem detectados.
 - O diagnóstico de HPV em um parceiro não é indicativo de infidelidade do outro parceiro; lembrar que o HPV pode permanecer quiescente no organismo por período longo.
 - O uso correto do preservativo masculino pode reduzir a chance de transmissão mas não conduz a proteção total.
 - É difícil determinar como e quando uma pessoa se infectou pelo HPV.
 - Verrugas genitais podem ser transmitidas mesmo quando não há sinais visíveis e também após seu tra-

tamento. Não se sabe quanto tempo uma pessoa permanece contagiosa após as verrugas serem tratadas.

- Se um parceiro sexual tem verrugas genitais, ambos vão se beneficiar com pesquisa de outras DSTs.
- Pessoas portadoras de verrugas genitais devem informar o parceiro(s) sexual(ais) atual(ais), porque as verrugas podem ser transmitidas; eles também devem abster-se de qualquer atividade sexual até que ela desapareçam.

Vacinas contra HPV

Encontram-se disponíveis no mercado a vacina quadrivalente recombinante 16, 18, 6,11, Gardasil da Merck Sharp & Dohme (MSD) e a vacina bivalente recombinante 16 e 18, Cevaxix, da Glaxo Smith Kline (GSK), ambas eficazes, seguras, resultantes de uma construção de bioengenharia, constituídas por partículas de proteínas vírus-like de L1 do HPV, não sendo, portanto, constituídas por vírus vivo ou atenuado.

Nesse capítulo vamos nos deter na vacina quadrivalente, atualmente denominada vacina HPV quadrivalente, por já fazer parte do Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde (MS), aprovada para ambos os sexos, entre 9 e 26 anos. O estudo de segurança dessa vacina vai até 45 anos para o sexo feminino.

Por ser uma vacina profilática, ou seja, têm eficácia comprovada na prevenção da infecção pelo HPV, deve ser administrada, idealmente, antes do início da atividade sexual e considerando que essa ocorre cada vez mais cedo, justifica-se, mais uma vez, a necessidade da vacinação precoce. Entretanto, pessoas sexualmente ativas também podem se vacinar, mesmo que até já tenham tido uma infecção ou lesão causada por algum tipo de HPV, para se proteger contra os demais tipos.

A vacina HPV quadrivalente é extremamente imunogênica, ou seja, é capaz de induzir a produção de grandes quantidades de anticorpos. Enquanto nas vacinas existentes para outras doenças se atingem níveis de anticorpos inferiores ou, no máximo, próximos àqueles produzidos pela infecção natural, na vacina contra HPV os títulos de anticorpos produzidos são muito maiores que aqueles alcançados após a infecção natural. A comparação entre a imunidade natural e aquela relacionada à vacina pode ser vista nos itens abaixo:

Em relação à imunidade natural:

- A imune resposta natural à infecção pelo HPV é demorada e imprevisível, não estando presente em todas as mulheres.
- Só em 50% das mulheres com infecção natural a HPV são detectados anticorpos.

- O período que transcorre entre a infecção do queratinócito basal e o aparecimento de lesões é muito variável o que demonstra a capacidade do HPV de escapar do sistema imunológico durante anos.
- A imunidade inata é relevante para o controle do HPV; assim, mulheres com infecção transitória tem menor possibilidade de desenvolver anticorpos ou respostas celulares. O desenvolvimento de anticorpos específicos é mais característico naquelas com história de exposição prolongada.
- As partículas do HPV são eliminadas por descamação natural; não existe morte citopática e, portanto, pouca inflamação para ativar o sistema imunológico. Em relação à imunidade vacinal:
- As proteínas do capsídeo são os únicos antígenos acessíveis para uma resposta neutralizante clássica pelos anticorpos para prevenção da infecção (resposta forte e duradoura).
- A vacina conferirá respostas imunes mais potentes do que aquela da exposição natural.
- Maior quantidade de antígenos.
- Títulos de anticorpos mais elevados.
- Anticorpos neutralizantes específicos diretamente relacionados à eficácia.
- Novos estudos estabeleceram a possibilidade de proteção cruzada para alguns tipos de HPV (HPV 16 [31, 33, 35, 52, 58], 18 [39, 45, 59]).

Estudos de acompanhamento em longo prazo sugerem que essa vacina contra HPV oferece uma proteção duradoura, já que não se observaram casos de falha vacinal em pessoas vacinadas após 8,5 anos de seguimento, mesmo quando os anticorpos não eram mais detectáveis. Portanto, no momento, não se recomenda dose de reforço, lembrando ainda que não existe um nível de anticorpos considerado correlato de proteção.

A vacina HPV quadrivalente foi preconizada com administração em três doses: data a escolher, com segunda e terceira doses dois e seis meses após a primeira. Caso alguma dose não seja administrada, o esquema vacinal deverá ser retomado, sem necessidade de reiniciar o esquema do começo. A administração concomitante de vacinas contra HPV e outras vacinas comumente utilizadas em adolescentes (vacina contra meningococo, tétano-difteria-coqueluche e hepatite B) não interfere significativamente na produção de anticorpos e pode ser feita, desde que usando seringas e locais de injeção diferentes.

Como para qualquer vacina, a antecipação de doses não deve ser realizada. É totalmente contra indicada a intercambialidade entre as vacinas contra HPV.

A vacina HPV quadrivalente também é indicada na prevenção dos cânceres de vulva e da vagina, além de

câncer anal e das verrugas genitais (em ambos os sexos). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou a vacina quadrivalente para meninos e homens (9-26 anos) desde maio de 2011 existindo proteção contra infecção persistente de 86%, contra verrugas de 89,4% e contra câncer anal por HPV 16 e 18 de 75% no grupo por protocolo (não expostos aos tipos virais contidos na vacina).

A infecção por HPV 16 e 18 está ligada a cerca de 93% dos casos de câncer anal em homens e mulheres. Apesar de ser considerado um câncer não muito comum (1,5 caso a cada 100 mil pessoas), o câncer anal é condição preocupante, pois tem crescido entre homens e mulheres e só perde para o aumento dos casos de câncer na cabeça e pescoço. Estimativas dos registros de câncer dos Estados Unidos mostram taxa de crescimento de 2% ao ano. Na população geral, o câncer anal é mais frequente nas mulheres que em homens.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou a vacina HPV quadrivalente para prevenção de câncer anal em homens e mulheres de 9 a 26 anos. Publicado no *New England Journal of Medicine*, o estudo que garantiu a nova indicação em bula atesta diminuição do risco global de câncer anal: diminuição de 77% das lesões causadas pelos tipos de HPV contidos nessa vacina (6, 11, 16 e 18).

Cabe lembrar que os estudos de eficácia da Vacina Quadrivalente demonstraram uma proteção de praticamente 100% em relação aos subtipos nela contidos.

Em relação a proteção cruzada é importante reafirmar que ela está vinculada a semelhança existente entre os subtipos virais. Assim, essa semelhança se verifica entre o HPV 16 e os 31, 33, 35, 52 e entre o HPV 18 e os 39, 45 e 59 o que incrementaria a proteção para outros subtipos inclusive os oncogênicos; não há evidências suficientes de que a proteção cruzada seja duradoura e comprovadamente eficaz, tendo sido observada sua diminuição com o passar do tempo.

As vacinas contra HPV estão licenciadas em mais de 100 países e já fazem parte do programa nacional de imunização em mais de 40 países. O impacto do uso da vacina HPV quadrivalente foi avaliado em vários estudos pós-implementação na Austrália, Estados Unidos e Dinamarca. Todos demonstraram redução significativa do número de casos de verrugas genitais e, praticamente, o desaparecimento de casos novos em mulheres das faixas etárias cobertas pelos programas de vacinação.

A vacinação universal iniciada na Austrália acarretou a modificação de um conceito de que seriam necessários pelo menos 15 anos, para se observarem mudanças significativas relacionadas à vacina. Em relação a verrugas

genitais, tais mudanças já podem ser observadas (desaparecimento ou diminuição expressiva das verrugas que funcionaram como marcador precoce da efetividade dessa vacina). Acredita-se que a vacina deva ser dada a pelo menos 80% da população feminina para que haja imunidade em homens heterossexuais. Até o momento, não se observou o impacto da imunidade coletiva nos homens homossexuais.

Independentemente da idade, não se recomenda nenhum exame subsidiário (Papanicolaou, colposcopia ou rastreamento com teste de DNA contra HPV, tipagem específica de HPV ou mensuração de anticorpos de HPV) para estabelecer a indicação da vacina contra HPV, embora seja relevante ter-se presente que os exames de Papanicolaou devam fazer parte da rotina da avaliação ginecológica principalmente em mulheres sexualmente ativas.

Os estudos mostram que as reações adversas locais mais comuns são dor e edema, enquanto que em nível sistêmico é febre.

Não devem ser vacinadas mulheres grávidas, bem como indivíduos com alergia aos componentes das vacinas (levedura no caso da quadrivalente). É importante salientar que a vacinação pode ser realizada durante o período de amamentação.

Comprovou-se em relação a vacina quadrivalente recombinante 6, 11, 16, 18:

- Alta eficácia na prevenção de câncer cervical, vulvar, vaginal e outras doenças ano-genitais causadas pelos tipos 6, 11, 16 e 18.
- Imunogenicidade.
- Evidência de resposta anamnéstica.
- SEGURANÇA.
- Boa tolerância.
- Boa aceitação.
- Efeitos colaterais locais e apenas febre como efeito adverso sistêmico.
- Estudos para o sexo masculino apontam para o mesmo resultado.
- Estudos para mulheres até 45 anos mostraram uma eficácia comparável (~ 92%).

Vacinação e calendário oficial

Após muitos anos de luta, em 1 de julho de 2013, o Ministério da Saúde anunciou a incorporação da vacina quadrivalente para o sexo feminino, no calendário oficial, a partir de 2014, medida essa que estendia a prevenção a todos os níveis socioeconômicos.

Já em 2014, meninas de 11, 12, 13 anos deveriam ter recebido as duas primeiras doses da vacinação. Com a adoção do esquema vacinal estendido (0, 6 e 60 me-

ses), seria possível ampliar a oferta da vacina, a partir de 2015, para pré-adolescentes e adolescentes entre nove e 11 anos. Esse esquema tem duas vantagens: a primeira é que possibilita alcançar a cobertura vacinal de forma rápida com a administração das duas doses; a terceira dose, cinco anos depois, funciona como um reforço, prolongando o efeito protetor contra a doença.

A adoção dessa estratégia baseou-se em estudos recentes que comprovam sua eficácia (já é utilizado por países como Canadá, Chile, Colômbia, México e Suíça) e segue a recomendação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), apenas para programas públicos de imunização em larga escala de meninas na faixa etária entre 9 e 13 anos.

A meta era vacinar 80% do público-alvo que soma 5,2 milhões de meninas, pois acredita-se que a vacina deva ser dada a pelo menos 80% da população feminina para que haja imunidade de rebanho (proteção indireta de homens heterossexuais), o que, infelizmente, não aconteceu.

Em 2017, o Ministério da Saúde passou a disponibilizar a vacina HPV quadrivalente para a população masculina de 12 a 13 anos de idade. A faixa etária será ampliada, gradativamente, até 2020, quando serão incluídos os meninos com nove anos até 13 anos de idade. Os homens de 14 a 26 anos de idade vivendo com HIV/aids também passarão a ser contemplados nas ações de vacinação contra o HPV, bem como as meninas de 9 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) que ainda não tiveram a oportunidade de serem vacinadas.

A vacina HPV também estará disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE para indivíduos imunodeprimidos (indivíduos submetidos a transplantes de órgãos sólidos, transplantes de medula óssea ou pacientes oncológicos) que deverão receber o esquema de três doses (0, 2 e 6 meses) para ambos os sexos, nas faixas etárias entre 9 e 26 anos de idade.

O objetivo da vacinação da população masculina é prevenir os cânceres de pênis, as lesões ano-genitais pré-cancerosas e as verrugas genitais. Além disso, por serem os responsáveis pela transmissão do vírus para suas parceiras, ao receberem a vacina, os homens colaborarão com a redução da incidência do câncer de colo de útero e vulva nas mulheres, prevenindo também casos de cânceres, boca, orofaringe, bem como verrugas genitais em ambos os sexos.

Nos países desenvolvidos, a incidência de câncer de colo de útero tem sido significativamente reduzida como resultado de programas preventivos. No entanto, os cânceres de boca e orofaringe são o sexto tipo de câncer entre os mais comuns no mundo, com 400.000 casos e 230.000

óbitos por ano. O aumento no número de casos é de duas a três vezes maior em homens que em mulheres, sendo que, nos Estados Unidos, a projeção de casos de câncer de orofaringe relacionados ao HPV superará o número de casos de câncer cervical em 2020. Além disso, mais de 90% dos casos de câncer anal são atribuíveis à infecção pelo HPV, principalmente pelo subtipo 16. Apesar de se tratar de um câncer menos frequente, sua incidência no mundo também vem crescendo.

A vacina HPV quadrivalente estará disponível no Calendário Nacional de Vacinação, conforme quadro a seguir:

Ano	População-alvo	Nº de doses	Esquema vacinal
2017	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias).	02	0-6 meses
	Sexo masculino: faixa etária de 12 a 13 anos de idade. (13 anos, 11 meses e 29 dias).		
	Mulheres e homens vivendo com HIV/Aids de nove a 26 anos de idade	03	0-2-6 meses
2018	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade.	02	0-6 meses
	Sexo masculino: faixa etária de 11 a 12 anos de idade.		
	Mulheres e homens vivendo com HIV/Aids de nove a 26 anos de idade.	03	0-2-6 meses
2019	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade.	02	0-6 meses
	Sexo masculino: faixa etária de 10 a 11 anos de idade.		
	Mulheres e homens vivendo com HIV/Aids de nove a 26 anos de idade	03	0-2-6 meses
2020	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade.	02	0-6 meses
	Sexo masculino: faixa etária de nove a 10 anos de idade		
	Mulheres e homens vivendo com HIV/Aids de nove a 26 anos de idade de idade.	03	0-2-6 meses

Ressalta-se que essas orientações também se aplicam à população indígena, não havendo diferenciação do esquema vacinal e faixa etária a ser vacinada.

Vacina quadrivalente e segurança

Atestam a segurança da vacina, até o momento: o Comitê Consultivo Global em Segurança de Vacinas (GACVS) da OMS, a OPAS, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), a Agência Europeia de Medicamentos (EMA), FDA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Ministério da Saúde (MS) no Brasil, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

Em todo o mundo já foram aplicadas mais de 180 milhões de doses, com excelente perfil de segurança. O Brasil alcançou, com a primeira etapa da vacinação em março de 2014, cobertura vacinal ao redor de 90%. Foram mais de 4.159.335 doses aplicadas, sem registros de eventos adversos graves que pudessem ser atribuídos à vacina.

Vacina quadrivalente e eventos adversos

A compilação de dados do MS em relação aos eventos adversos (FormSus/Datasus) mostrou como eventos adversos:

- Locais: dor, edema e eritema.
- Sistêmicos: febre ($\geq 38^\circ$), cefaleia, síncope (vasovagal, mais frequente em adolescentes, medo da injeção, jejum prolongado, fadiga, locais superlotados), reações de hipersensibilidade.
- Foram notificados alguns efeitos adversos graves: anafilaxia (9 casos), convulsão (8 casos), neurite ótica (2 casos), paralisia facial de Bell (1 caso).
- Ressalte-se em relação aos eventos neurológicos acentuados (INCLUSIVE PARALISIAS), até o momento não existem evidências que confirmem RELAÇÃO CAUSAL com a vacina HPV. Destaca-se que todos os eventos graves notificados foram investigados e que, até o momento, apenas os casos de anafilaxia foram confirmados como relacionados à vacinação.

Reflexões e conclusões

Imaginando-se que só a prevenção modifica a história natural da doença, torna-se fundamental uma política pública que promova ações coletivas iniciadas pela sensibilização e capacitação dos técnicos, principalmente pediatras e profissionais ligados ao Programa de Saúde da Família (PSF), que devem se despir de qualquer preconceito, estereótipos e mitos em relação à vacina, fazendo-a constar normalmente em suas orientações relacionadas à imunização em geral. Na realidade as inseguranças devem ser substituídas pela capacitação e competência.

Na segunda dose da vacinação (1º de setembro) a COBERTURA NACIONAL FOI APENAS de 31,54%. Esses dados mostram a necessidade de um RESGATE URGENTE PARA UMA PROPOSTA DE VACINAÇÃO EFICAZ.

A liberdade de imprensa é absolutamente fundamental para o exercício da democracia, o que eleva a responsabilidade dos profissionais de todos os tipos de mídia. Assim, a retratação de fatos expostos quando se mostram carentes de verdade ou o esclarecimento passo a passo do que é veiculado, tendo em vista o enorme prejuízo quando essa proposta não é executada (por exem-

plo, frente às campanhas de vacinação), devem acarretar reflexão de quem publica e de quem lê. Muitas vezes, para corrigir fatos equivocados com destaque apresentados existe, e se isso ocorre, apenas uma tímida nota de rodapé, passando por muitos despercebida.

Infelizmente, cresce em muitos países atuação dos grupos anti-vacinas, o que prejudicará, a curto prazo, os indivíduos dos não vacinados, até trazerem de volta, a mais longo prazo, até possíveis epidemias.

Assim, para elevar a conscientização é relevante considerar:

- a educação de adolescentes e familiares.
- a sensibilização e capacitação dos técnicos, principalmente pediatras e profissionais ligados ao Programa de Saúde da Família (PSF), que devem se despir de qualquer preconceitos e/ou mitos em relação a vacina, fazendo-a constar normalmente em suas orientações relacionadas à imunização em geral. Na realidade as inseguranças devem ser substituídas pelas capacitação e competência.
- a mudança da sociedade como um todo com o abandono de estereótipos relacionados a vacinação tais

como: “a vacina contra HPV vai tornar minha filha sexualmente ativa e promíscua”; “minha filha é muito jovem para precisar da vacina”; “minha filha é virgem e não precisa da vacina”. Contra esses argumentos é importante salientar que a atividade sexual precoce está ligada a inserção em uma sociedade erotizada a quebra de valores, a baixa autoestima e a antecipação da puberdade entre outros; o que abre a porta da promiscuidade é a miséria e não a vacina. O HPV é vírus de contato, portanto mesmo as virgens podem ser portadoras. O nível de anticorpos é tanto mais elevado quanto mais jovem se tomar a vacina. O não aconselhamento da vacina ou até sua proibição por padres e pastores e até por profissionais de saúde indicam insegurança em relação a sua eficácia e benefício.

Será que pais, educadores e profissionais da saúde estarão, no futuro, preparados para responder a indagação de indivíduos portadores de câncer e verrugas relacionados ao HPV e que poderiam ter sido prevenidos através da vacinação:

- Existia a vacina? E por que eu não tomei?

Bibliografia

1. Abramson AL, Nouri M, Mullooly V, Fisch G, Steinberg BM. *J Med Virol*. 2004; 72: 473-7.
2. Baandrup L, Blomberg M, Dehlendorff C, Sand C, Andersen KK, Kjaer SK. Significant decrease in the incidence of genital warts in young Danish women after implementation of a national human papillomavirus vaccination program. *Sex Transm Dis*. 2013 Feb; 40(2): 130-5.
3. Bauer HM, Wright G, Chow J. Evidence of human papillomavirus vaccine effectiveness in reducing genital warts: an analysis of California public family planning administrative claims data, 2007-2010. *Am J Public Health*. 2012. May; 102(5): 833-5.
4. Block SL, Nolan T, Sattler C, Barr E, Giacoletti KE, Marchant CD, *et al*. Comparison of the immunogenicity and tolerability of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) L1 virus-like particle (VLP)vaccine in male and female adolescents and young adult women. *Pediatrics*. 2006 Nov; 118(5): 2135-45.
5. Brotherton JML, Fridman M, May CL, Chappell G, Saville AM, Gertig DM. Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study. *Lancet*. 2011; 377(9783): 2085-92.
6. Bula da Vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18). <<http://www.vacinar.net/userfiles/file/Bulas/Gardasil%20-%20HPV%20-%20MSD.pdf>>. Consulta em 06/06/2016
7. Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, Heller DS, Henry MR, Luff RD, *et al*. The lower anogenital squamous terminology
8. Garland SM, Smith JS. Human papillomavirus vaccines: current status and future prospects. *Drugs*. 2010. Jun 18; 70(9): 1079-98.
9. Gillison ML, Chaturvedi AK, Lowy DR. HPV prophylactic vaccines and potential prevention of noncervical cancers in both man and woman. *Cancer* 2008 Nov; 15; 113 (10 suppl.): 3036-46.
10. Graziotin A, Serafini A. HPV infection in Women: Psychosexual Impact of Genital Warts and Intraepithelial Lesions. *J Sex Med*; 20996: 633-645
11. Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health professionals, 2007. World Health Organization website. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_IVB_07.05_eng.pdf>. Acesso em: 12 Mar. 2013.
12. Kury CM *et al*. Implementation of the quadrivalent vaccine against HPV in the Municipality of Campos dos Goytacazes, Brazil – A combination of strategies to increase immunization coverage and early reduction of genital warts. *Trials in Vaccinology* [cited 2013 Sep 23]. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.trivac.2013.08.001>>.
13. Malagón T, Drolet M, Boily MC, Franco EL, Jit M, Brisson J, *et al*. Cross-protective efficacy of two human papillomavirus vaccines: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012 Oct; 12(10): 781-9.
14. Maragret A, Stanley, Staci L, Sudenga, Anna R, Giuliano. Alternative dosage schedules with HPV virus-like particle vaccines. *Reino Unido. Expert Rev Vaccines*, 13(8): 1027- 1038. Agosto/2014. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25001893>>. Consulta em 07/07/2016
15. Marty R, Roze S, Bresse X, LARGERON N, Smith-Palmer J. Estimating the clinical benefits of vaccinating boys and girls against HPV-related diseases in Europe. *BMC Cancer*. 2013 Jan 8; 13: 10.

16. Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine*. 2006; 24(Suppl 3): S42-51.
17. Nota Informativa N°384 de 2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS.
18. Olsson SE; Villa LL; Costa RL; Petta CA; Andrade RP; *Et al.* Induction of immune memory following administration of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus (HPV) types 6/11/16/18 L1 virus-like particle (VLP) vaccine. *Vaccine*. 2007 Jun 21; 25(26): 4931-9. Epub 2007 Apr 20.
19. Palefsky JM, Giuliano AR, Goldstone S, Moreira ED Jr, Aranda C, Jessen H, *et al.* HPV vaccine against anal HPV infection and anal intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med*. 2011; 365(17): 1576-85.
20. Pan American Health Organization. Vaccination: a shared responsibility. Technical Advisory Group on Vaccine-preventable Diseases [cited 2013 Sep 19]. Available from: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1862&Itemid=1674>.
21. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005; 55: 74-108. <<http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/zhang/Webpages/zhang/session-1-1-parkin-global-cancer-statistics-2002.pdf>>.
22. Schiller JT, Day PM, Kines RC. Current understanding of the mechanism of HPV infection. *GynecolOncol*. 2010 Jun; 118(1 suppl.): S12-7.
23. Stanley M. HPV – Immune response to infection and vaccination. *Infect Agent Cancer*. 2010 Oct 20; 5: 19.
24. Stanley M. Introduction. The human papillomavirus VLP vaccines. *GynecolOncol*. 2010; 118(1 suppl.): S1.
25. Tabrizi SN, Brotherton JM, Kaldor JM, Skinner SR, Cummins E, Liu B, *et al.* Fall in human papillomavirus prevalence following a national vaccination program. *J Infect Dis*. 2012 Dec 1; 206(11): 1645-51.
26. Villa LL, Ault KA, Giuliano AR, Costa RL, Petta CA, Andrade RP *et al.* Immunologic responses following administration of a vaccine targeting human papillomavirus Types 6, 11, 16, and 18. *Vaccine* 2006; 24(27-28): 5571-5583.
27. Villa LL, Costa RL, Petta CA. Induction of immune memory following administration of a prophylactic quadrivalent HPV types 6/11/16/18 virus like particle vaccine. The 12th International Congress on Infectious diseases; June 15-18[Lisbon]. 2006. Ref Type: Abstract
28. Villa, L.L., Costa, R. L. R., Petta, C. A., Andrade, R. P., Ault, K. A., Giuliano, A. R., Wheeler, C. M., Koutsky, L. A., Malim, C., Lehtinen, M., Skjeldstad, F. E., Olsson, S-E., Steinwall, M., Brown, D. R., Kurman, R. J., Ronnett, B. M., Stoler, M. H., Ferenczy, A., Harper, D. M., Tamm, G. M., Yu, J., Lupinacci, L., Railkar, R., Taddeo, F. J., Jansen, K. U., Essser, M. T., Sings, H. L., Saah, A. J. and Barr, E. Prophylactic Quadrivalent Human Papillomavirus (Types 6,11,16 and 18) L1 Virus-Like Particle Vaccine in Young Women: a randomized, double-blind, placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *The Lancet Oncology*. 2005, Elsevier. vol. 6, p. 271-278.
29. WHO. Human papillomavirus vaccines WHO position paper. Disponível em: <<http://www.who.int/hpvcentre/publications/en/>> e <http://www.who.int/immunization/newsroom/recommendation_HPV_vaccination/en/index.html>.
30. Wiley DJ, Masongsong EV, Lu S, Heather LS, Salem B, Giuliano AR, *et al.* Behavioral and sociodemographic risk factors for serological and DNA evidence of HPV 6, 11, 16,18 infections. *Cancer Epidemiol*. 2012. Jun; 36(3): e183-9.



Isabel Cristina Esposito Sorpreso¹, Jessica Menezes Gomes², Adna Thaysa Marcial da Silva³, Luiz Carlos de Abreu⁴, José Maria Soares Júnior⁵ e Edmund Chada Baracat⁶

Câncer cervical

O câncer de colo de útero, também chamado de câncer cervical, trata-se de problema de saúde pública principalmente em países em desenvolvimento, como no Brasil. Representa o quarto câncer mais comum entre mulheres no mundo, onde cerca de 530.000 mulheres são diagnosticadas com câncer cervical por ano, e mais de 270.000 mulheres morrem dessa doença anualmente¹. No Brasil, é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com estimativa de 16.340 casos no ano de 2016, ficando atrás do câncer de mama e do colorretal².

A disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento em relação à sobrevivência de câncer cervical ocorre por diversos fatores entre eles a renda *per capita* do território bem como barreiras de acesso ao diagnóstico precoce, onde a descoberta do câncer cervical ocorre em estágios avançados da doença com consequente causa morte das mulheres, sendo 85% dessas mortes provenientes de países de média e baixa renda³.

A etiologia do câncer cervical está relacionada desde 1992 com infecção persistente do Papilomavírus Humano – HPV bem como fatores não virais como vários parceiros sexuais, agentes mutagênicos, tabagismo, infecções mutagênicas (Herpes simplex, bacteriana e infecções por protozoários), imunossupressão e predisposição genética. Além de causar câncer cervical e verrugas genitais, esse vírus está associado a câncer anal, peniano e vaginal⁴.

O desenvolvimento do câncer de colo uterino depende de múltiplos fatores dentre eles a resposta imune, além de fatores como a oncogenicidade viral e a competência imunológica do hospedeiro⁴.

HPV – Papilomavírus Humano

O HPV é um DNA vírus que pode afetar o trato genital. Pertencente à família Papillomaviridae com mais de 150 genótipos diferentes, sendo que 40 deles infectam o epitélio do trato anogenital⁵. Considerada doença sexualmente transmissível mais comum no mundo, atingindo em torno de 75% da população com vida sexual ativa. Em muitos casos de infecção por HPV não são relatados sintomas, o que dificulta o diagnóstico precoce da doença³.

O HPV classifica-se em oncogênicos e não oncogênicos. Os tipos oncogênicos estão relacionados a lesões precursoras do câncer de colo do útero de alto grau (maior gravidade) e câncer invasivo. Os mais comumente relacionados são os tipos 16 e 18, mas também 31, 33, 45⁶. Entre os tipos de HPV não oncogênicos, os que mais se destacam são os tipos 6 e 11, que são responsáveis por 90% das lesões de baixo grau como verrugas genitais⁷.

A infecção genital por esse vírus é muito frequente, muitas vezes sem deixar graves sequelas. No entanto o vírus pode causar alterações celulares que poderão evoluir para o câncer. Essas alterações das células podem ser descobertas no exame preventivo (conhecido também como Papanicolaou), e são reversíveis na quase totalida-

- 1 Professor Doutor. Professora Adjunta da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da USP.
- 2 Fisioterapeuta. Pesquisadora em Nível de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Ginecologia / FMUSP Departamento de Ginecologia e Obstetrícia - FMUSP.
- 3 Enfermeira. Pesquisadora em Nível de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Ginecologia / FMUSP Departamento de Ginecologia e Obstetrícia - FMUSP.
- 4 Visiting Scholar at Harvard School of Public Health. Department of Molecular and Integrative Physiological Sciences Program. Livre Docente em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professor de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES e da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP.
- 5 Professor Associado Livre-Docente da Disciplina de Ginecologia e Vice-Chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas da FMUSP. Supervisor do Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas/ FMUSP.
- 6 Professor Titular da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Pró-Reitor de Graduação da Universidade de São Paulo

de dos casos. Por isso a importância da realização periódica desse exame⁸

A evolução lenta da doença, associada a fatores virais e não virais, pode levar ao desenvolvimento de lesões pré-malignas e malignas, destacando-se o câncer de colo do útero, demonstrando a importância de ações em prevenção e promoção de saúde⁹.

Prevenção do câncer de colo do útero

A prevenção do câncer de colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV. A transmissão do vírus acontece principalmente por via sexual, assim, o uso de preservativos durante a relação sexual com penetração protege em 80% aproximadamente o contágio pelo HPV, uma vez que pode ocorrer transmissão do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal¹⁰.

A citologia oncótica do colo uterino, também denominada Papanicolaou, é considerada mundialmente forma de rastreamento do câncer cervical. Trata-se de exame de rotina de prevenção secundária onde há detecção precoce de lesões precursoras do câncer e também lesões *in situ* e invasoras¹¹.

Apresenta moderada especificidade e boa sensibilidade com aceitação cultural de realização para prevenção da doença. Realizado em nosso país em mulheres de 25 a 64 anos que iniciaram a vida sexual¹¹.

Existem outras estratégias de combate do câncer de colo uterino, além da vacinação, como educação em saúde, com acesso as informações de maneira compreensível e acessível, além da redução de barreiras de acesso aos serviços de saúde e redução dos riscos de contágio por HPV. O controle do tabagismo também faz parte das estratégias para prevenção do câncer cervical. Uma das estratégias de redução do câncer de colo do útero em países desenvolvidos e em desenvolvimento faz-se com campanhas de rastreamento e vacinação¹².

Vacina para o HPV

As vacinas foram desenvolvidas visando à prevenção da infecção pelo HPV, sendo exemplos a vacina bivalente (Cervarix™) e a quadrivalente ambas são liberadas pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e estão em comercialização no Brasil. A vacina bivalente contém antígenos dos genótipos 16 e 18, está liberada para comercialização em nosso país, porém não está inserida no Programa de imunização Nacional⁷.

A vacina quadrivalente (Gardasil™) contém em sua formulação antígenos dos genótipos 6, 11, 16 e 18 do HPV, é produzida a partir de tecnologia de DNA recombinante, é composta de partículas estruturalmente semelhantes ao

capsídeo do vírus HPV, sendo, no entanto, destituídas de material genético. Essas partículas, embora não sejam infecciosas, são capazes de induzir resposta imune protetora no hospedeiro que é mais intensa do que aquela desencadeada pela infecção natural. Os tipos 16 e 18 são oncogênicos e relacionados a 80% dos casos de câncer cervical, enquanto que os tipos 6 e 11 são não oncogênicos e relacionados à ocorrência de verrugas genitais⁷.

A vacina apresenta eficácia ainda em estudo em mulheres já infectadas no momento da vacinação e melhores resultados em relação à vacina foram evidenciados quando administradas antes do início da atividade sexual. Mulheres sexualmente ativas podem até se beneficiar, mas apenas para a proteção contra subtipos que ainda não tenham sido adquiridos. A eficácia das vacinas tem sido avaliada levando em consideração desfechos intermediários, pois o tempo de seguimento das populações de ensaios clínicos é pequeno¹³.

Em relação à eficácia da vacina na prevenção da infecção persistente do HPV, estudos com mulheres de 16 a 45 anos sem infecção primária por HPV comprovam a eficácia em mais de 90% da vacina quadrivalente para doenças anogenitais relacionadas com HPV, como lesões primárias vaginais, cervicais, perianais e verrugas genitais. Ainda, a eficácia da vacina foi melhor evidenciada em mulheres jovens, 16 a 26 anos, reiterando a importância prévia ao contato sexual e em idade precoce^{14,15}.

A eficácia da vacina foi comprovada também para a prevenção de neoplasia intraepitelial de alto grau. Quanto à prevenção na neoplasia intraepitelial cervical grau 2 (NIC 2), estudos^{17, 21} demonstraram resultados para esse desfecho, incluindo 29.720 mulheres, na faixa etária de 15 a 26 anos, com tempo de seguimento mais longo alcançando 36 meses, onde a porcentagem de eficácia variou de 63% – 97% de prevenção de lesões^{14,15,16}.

A eficácia na prevenção da neoplasia intraepitelial cervical grau 3 (NIC 3) com a quadrivalente^{17,21}, apresentou resultados para esse desfecho apontando eficácia vacinal de 45% – 90%¹⁵.

A eficácia na prevenção do adenocarcinoma *in situ* com vacina quadrivalente 17,21 avaliou a ocorrência de adenocarcinoma, com o maior tempo de seguimento sendo inferior a 36 meses, onde foram incluídas 17.622 mulheres com idades entre 15 e 26 anos e a avaliação não permitiu concluir sobre a eficácia da vacina para HPV¹⁵.

Em 2014, foi introduzida no Calendário Nacional de Vacinação do SUS (Sistema Único de Saúde) a vacina HPV quadrivalente, que fora aplicada em três doses (0, 6 e 60 meses), atualmente em duas doses e tem como público-alvo sexo feminino com idade entre 9 e 14 anos¹⁶.

A vacina HPV quadrivalente estará disponível no Calendário Nacional de Vacinação, a partir do ano de 2017, conforme quadro a seguir:

Figura 1 – Disposição da Vacina para o HPV a partir de 2017

Ano	População alvo	Nº de doses	Esquema vacinal
2017	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade. Sexo masculino: faixa etária de 12 a 13 anos de idade.	02	0-6 meses
	Mulheres e homens vivendo com HIV/aids de nove a 26 anos de idade	03	0-2-6 meses
2018	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade. Sexo masculino: faixa etária de 11 a 12 anos de idade.	02	0-6 meses
	Mulheres e homens vivendo com HIV/aids de nove a 26 anos de idade.	03	0-2-6 meses
2019	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade. Sexo masculino: faixa etária de 10 a 11 anos de idade.	02	0-6 meses
	Mulheres e homens vivendo com HIV/aids de nove a 26 anos de idade.	03	0-2-6 meses

Fonte: Nota informativa nº 311 sobre mudanças no calendário nacional de vacinação para o ano de 2017. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br>

Quando administradas no esquema de 3 doses, ambas as vacinas contra HPV fornecem proteção cruzada contra genótipos de HPV que não estão incluídos nas vacinas. A vacina quadrivalente induz respostas de anticorpos neutralizantes para HPV-31, HPV-33 e HPV-52¹⁷.

O efeito rebanho de uma vacina traz o benefício encontrado em população não vacinada, ou seja, a redução de verrugas genitais que ocorre em população de mesma faixa etária e de sexo oposto ao vacinado. Efeito esse encontrado durante a vacinação de meninas na Austrália¹⁸.

Aceitabilidade e conhecimento da vacina

A aceitabilidade da vacina HPV depende da integração adolescente, pais e/ou responsáveis e profissionais de saúde. As barreiras de implantação da vacina descritas na literatura incluem desde mecanismos socioeconômicos principalmente relacionados ao custo da vacina tanto individualmente quanto no campo da saúde pública nacional. Assim, identificar o conhecimento e a aceitabilidade de novos métodos de saúde pelos usuários e pais e/ou responsáveis são estratégias fundamentais de ação em promoção de saúde¹⁹.

Adolescentes e pré-adolescentes, que são um dos grupos alvo da vacina, esperam suporte vindo dos pais ou responsáveis para ajudá-los a formar opinião sobre a vacina contra o HPV. Essa interação de conhecimento se faz principalmente nas idades mais precoces, onde o conhecimento e a aceitação dependem de seus responsáveis e dos profissionais que atuam na saúde da criança e do adolescente²⁰.

O conhecimento dos pais sobre HPV e suas repercussões é fundamental para a aceitação da vacina. Muitos pais e/ou responsáveis são contra a vacinação por desconhecimento da importância da prevenção desse vírus em suas filhas. Ainda, a decisão da vacinação do adolescente é influenciada pelos pais e/ou responsáveis e familiares que possuem dúvidas sobre a eficácia, sobre a segurança e sobre a influência da vacina na saúde sexual e reprodutiva de seus filhos/filhas. Os pais e/ou responsáveis tem como mito que a vacina vai antecipar a primeira atividade sexual²¹.

A cobertura vacinal acima de 80% na primeira dose e na segunda garante os resultados esperados em relação à redução de lesões precursoras do câncer de colo do útero e verrugas anogenitais quando indica-se a vacina para o HPV²².

Promover a adequada cobertura vacinal garante os benefícios da vacina e depende de diversos fatores entre eles reduzir barreiras de aceitação e lacunas de conhecimento sobre o HPV, suas repercussões na saúde e sobre a vacina para o HPV²².

As pesquisas de aceitabilidade da vacina HPV fornecem conhecimento acerca dos aspectos culturais e da população em relação à vacinação. O que permite a melhor atuação dos profissionais de saúde, além de melhor aderência e cobertura da população ao programa de vacinação nos adolescentes²³.

A educação em saúde deve ser compreendida como um importante fator em relação à prevenção e agravamento de doenças. Para atingir um nível apropriado de saúde, a população precisa estar apta a identificar pontos negativos em seus comportamentos e atitudes, e está disposta a adotar mudanças propostas pelos profissionais e organizações de saúde. Assim, identificar lacunas de conhecimento e barreiras de aceitação são fundamentais para o processo de educação em saúde, respeitando o contexto social, cultural, geográfico, assim como os aspectos que integram o indivíduo e a comunidade²⁴.

Educação em Saúde e orientações sobre redução de barreiras de aceitação e lacunas de conhecimento:

HPV
<ul style="list-style-type: none"> • O HPV (papiloma vírus humano) é um vírus. • O HPV pode ser transmitido de forma sexual. • O HPV está relacionado a fatores virais de origem do câncer do colo do útero. • O HPV está relacionado como causa de outros cânceres. • O HPV pode trazer alterações no resultado do exame do Papanicolaou. • O HPV causa verruga genital.
VACINA HPV
<ul style="list-style-type: none"> • A vacina para o HPV previne o câncer de colo do útero. • A vacina para o HPV pode ser aplicada em quem já teve relação sexual. • A vacina para o HPV deve se possível ser aplicada antes do primeiro contato sexual. • A vacina para o HPV é segura, não causa infecção, pois não possui vírus vivo atenuado em sua formulação. • A vacina para o HPV quadrivalente é fornecida pelo Governo. • A vacina para o HPV não estimula o início da atividade sexual. • A vacina é eficaz para a redução de lesões precursoras do câncer de colo do útero. • A vacina é eficaz para a redução de verrugas genitais. • É preciso manter a coleta de papanicolaou mesmo após ser vacinado. • É preciso manter o uso da camisinha mesmo se vacinado.
Aos profissionais de saúde:

HPV
<ul style="list-style-type: none"> • A vacina não é liberada entre gestantes. • A vacina deve ser recomendada segundo o programa nacional de imunização (PNI). • A vacina pode ser indicada nas faixas etárias estabelecidas pelo PNI em pacientes que vivem com HIV.

Conclusão

Ações em promoção de saúde nas campanhas de vacinação para a prevenção do HPV devem abordar especificidades de cada território, identificando barreiras de acesso, lacunas de conhecimento sobre o HPV e suas repercussões bem como lacunas de conhecimento sobre a vacina (sua eficácia e segurança).

A abordagem e linguagem deve ser adaptada para as populações envolvidas no processo de implantação e implementação da vacina no território nacional. As populações envolvidas no processo de vacinação para o HPV são os adolescentes, os pais e/ou responsáveis e os profissionais de saúde que atuam na saúde do adolescente.

O importante é desmistificar a vacina e reduzir preconceitos que possam interferir no processo de vacinação dos jovens e na adequada cobertura vacinal.

Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>> hyperlink <<http://globocan.iarc.fr/>> hyperlink <<http://globocan.iarc.fr/>> a hyperlink <<http://globocan.iarc.fr/>> hyperlink <<http://globocan.iarc.fr/>> n.iarc.fr/>. Acesso em: 10/06/2017.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REPRODUCTIVE HEALTH; WORLD HEALTH ORGANIZATION. CHRONIC DISEASES; HEALTH PROMOTION. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. World Health Organization, 2006.
4. ZUR HAUSEN, H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. *Nature Reviews Cancer*, v. 2, n. 5, p. 342-350, 2002.
5. CARTER, J. R.; DING, Z.; ROSE, B. R. HPV infection and cervical disease: a review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2011 Apr; 51(2): 103-8.
6. ZUR HAUSEN, H. Papillomaviruses causing cancer: evasion from host cell control in early events in carcinogenesis. *J. Natl Cancer Inst*. 92, 690-698 (2000).
7. STUREGARD, E.; JOHANSSON, H.; EKSTROM, J.; HASSON, B. G.; JOHANSSON, A.; GUSTAFSSON, E.; DILLNER, J.; FORSLUND, O. Human papillomavirus typing in reporting condylo-ma. *Sex Transm Dis*, 2013; 40: 123-129.
8. FERREIRA, M. L. da S. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Escola Anna Nery*, p. 378-384, 2009.
9. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao>. Acesso em 30 de abril de 2017.
10. International Agency for Research on Cancer. Human Papillomaviruses. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: A review of human carcinogens: Biological agents. Vol 100B. Lyon, IARC, 2012.
11. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.] Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde.] Brasília: Ministério da Saúde 2006. 60p. (Série B. Textos básicos de saúde).
13. MUNOZ N, FRANCO EL, HERRERO R, ANDRUS JK, DE QUADROS C, GOLDIE SJ, *et al*. Recommendations for cervical cancer prevention in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008; 26 Suppl 11: L96-107.
14. VILLA, L. L.; COSTA, R. L.; PETTA, C. A.; ANDRADE, R. P.; PAAVONEN, J.; IVERSEN, O. E., *et al*. High sustained efficacy of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus types 6/11/16/18 L1 virus-like particle vaccine through 5 years of follow-up. *Br J Cancer* 2006; 95: 1459-66.
15. FUTURE II STUDY GROUP *et al*. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. *N Engl J Med*, v. 2007, n. 356, p. 1915-1927, 2007.
16. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Informe técnico: vacina contra o papilomavírus humano (HPV). Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/>

- HPV14_INFORME_TECNICO.pdf>. Acesso em 01 de maio de 2017.
17. Brotherton, JM *et al.* Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study. *Lan* 2011, 377: 2085-92.
 18. DENNY, L. *et al.* Safety and immunogenicity of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine in HIV-positive women in South Africa: a partially-blind randomised placebo-controlled study. *Vaccine*, v. 31, n. 48, p. 5745-5753, 2013.
 19. Programa Nacional de Imunização. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/campanhas/pni/>. Acesso em 28, abril, 2017.
 20. KILIC, A., SEVEN, M., GUVENC, G., AKYUZ A, CIFTCI S. Acceptance of human papillomavirus vaccine by adolescent girls and their parents in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012; 13(9): 4267-72.
 21. PHAN, D. P.; PHAM, Q. T.; STROBEL, M.; TRAN, D. S.; TRAN, T. L.; BUISSON, Y. Acceptability of vaccination against human papillomavirus (HPV) by pediatricians, mothers and young women in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2012 Dec; 60(6): 437-46.
 22. POOLE, D. N.; TRACY, J. K.; LEVITZ, L.; ROCHAS, M.; SANGARE, K.; YEKTA, S.; TOUNKARA, K.; ABOUBACAR, B.; KOITA, O.; LURIE, M.; DE GROOT, A. S. A Cross-Sectional Study to Assess HPV Knowledge and HPV Vaccine Acceptability in Mali. *PLoS One*. 2013; 8(2): e56402.



Mauro Fisberg¹, Ana Beatriz Bozzini²

Introdução

A alimentação desempenha um papel fundamental em cada etapa da vida do indivíduo e sua forma e conteúdo adequados variam de acordo com as necessidades metabólicas de cada fase do desenvolvimento. O adolescente, por atravessar uma fase de intenso crescimento ósseo, expansão do volume sanguíneo, aumento de massa muscular e desenvolvimento gonadal, requer aportes adequados de cálcio, vitamina D, ferro, magnésio, ácido fólico, zinco, dentre outros micronutrientes através da dieta.

As recomendações diárias dos micronutrientes e suas principais funções no período da adolescência se apresentam conforme a Tabela 1.

A adolescência, período caracterizado por intensas transformações biopsicossociais, cursa com aumento da demanda metabólica e também com mudanças de comportamento que afetam diretamente o estado nutricional e os hábitos alimentares.¹ Além disso, por ser uma fase de vulnerabilidades, apresenta maior possibilidade de riscos nutricionais.

O comportamento afeta diretamente os hábitos alimentares, e o adolescente, na busca de sua própria identidade, atravessa uma separação progressiva dos pais, deslocando o sentimento de dependência desses para o grupo de companheiros e amigos, onde todos se identificam com cada um. Nesse momento, pertence mais ao grupo de amigos do que à família e a tentativa de aceitação no grupo revela-se na obediência às regras em relação a quase tudo, o que se observa nas roupas, gírias, costumes e preferências.

A tendência grupal é importante e altamente significativa porque constitui o passo intermediário ao mundo externo para alcançar a identidade adulta. Assim, os hábitos alimentares também acabam fazendo parte de algo muito maior do que apenas “nutrir-se”. Fazem parte tam-

Tabela 1: Recomendações diárias e funções de micronutrientes na adolescência

	Recomendações diárias	Função
Cálcio	1300mg/dia homens e mulheres	Mineralização óssea, crescimento
Zinco	11 mg/dia(homens); 9mg/dia (mulheres)	Divisão celular, desenvolvimento de sistema reprodutivo, reepitelização cutânea
Ferro	11 mg/dia(homens); 15mg/dia(mulheres)	Expansão do volume sanguíneo, aumento de massa muscular (estirão puberal)
Magnésio	230mg/dia(homens); 220mg/dia(mulheres)	Metabolismo ósseo, metabolismo energético, funções neuromusculares
Ácido fólico	400mg/dia (homens e mulheres)	Divisão celular, eritropoiese, desenvolvimento de sistema nervoso
Vitamina A	600mg(retinol equivalente)/dia homens e mulheres	Função visual, desenvolvimento de sistemas reprodutivo e imunológico, ação antioxidante
Vitamina C	40mg/dia (homens e mulheres)	Síntese de neurotransmissores, ação antioxidante, síntese de tecido conjuntivo
Vitamina D	200UI/dia ou 5µg/dia (homens e mulheres)	Mineralização óssea, sistema imune
Vitamina E	15mg/dia ou 22,4 UI/dia (homens e mulheres)	Síntese hormonal, ação antioxidante

Adaptado de Recomendações Nutricionais na Adolescência – SBAN

bém da formação da identidade do adolescente, do estar no mundo e na cultura.

E mais, ainda dentro dessa crise de transformações da adolescência, a imagem corporal ganha posição de destaque, pois está relacionada não só à questão da aceitação numa “tribo” sofrendo influências do mundo contemporâneo, da moda e das “ditaduras” de magreza, de ser saudável e ser *fitness*; mas, principalmente, também é no corpo que muitas vezes a expressão do sofrimento e da dor psíquica podem se manifestar.

- 1 Prof. Associado Doutor, Setor de Medicina do Adolescente – Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP. Coordenador do Centro de Nutrologia e Dificuldades Alimentares do Instituto Pensi- Fundação José Luiz Setúbal – Sabará Hospital Infantil. Coordenador da Força Tarefa Estilos de Vida Saudável International Life Science Institute (ILSI) Brasil. Membro dos departamentos de Nutrologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo e Sociedade Brasileira de Pediatria.
- 2 Médica Pediatra, Hebiatra. Membro do Centro de Nutrologia e Dificuldades Alimentares do Instituto Pensi – Fundação José Luiz Setúbal-Sabará Hospital Infantil. Mestranda do Departamento de Pediatria da FMUSP.

A temporalidade no pensamento do adolescente é marcada pela mistura da noção infantil com a noção adulta de tempo. E o adolescente, situado nesse meio do caminho, torna-se um indivíduo atemporal. “Perder” tempo com alimentação muitas vezes não é sua prioridade.

Soma-se a todas essas características da adolescência normal o ambiente atual em que vivemos: mídia, modismos, globalização, indústria alimentícia com apelações de consumo, o mundo digital, sedentarismo; e o risco nutricional está instaurado.

Risco nutricional

O risco nutricional é o termo que se refere ao risco aumentado de morbimortalidade em decorrência do estado nutricional. Apesar de avanços sociais e de saúde positivos no Brasil nos últimos anos, tais como a erradicação da desnutrição, junto com o aumento do poder aquisitivo da população e aumento da capacidade de consumo; surgiram pontos negativos como padrão alimentar inadequado, sedentarismo e outras doenças relacionadas à alimentação. Trocamos um risco por outros.

A mídia, em especial a televisão, tem poder impactante sobre o consumidor e seus hábitos de compra. A maioria dos alimentos veiculados em propagandas televisivas é considerada obesogênica sendo mais da metade pertencente ao grupo de gorduras, óleos e doces, com ausência de fontes de fibras.²

Também é a mídia e a cultura da pós-modernidade que favorecem a *manutenção* de transtornos alimentares que claramente são desencadeados por fatores mais complexos relacionados ao aparelho psíquico do indivíduo e às suas relações pessoais e com o mundo. São transtornos bastante condizentes com o tempo e cultura nos quais estamos inseridos na atualidade.³

Procuramos neste capítulo discutir os principais distúrbios nutricionais que ocorrem na adolescência. Dentre eles: obesidade, transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), anorexia nervosa, bulimia, ortorexia e vigorexia.

Obesidade

A obesidade envolve aspectos genéticos, ambientais e sociais relativos à vida contemporânea e às políticas de saúde pública do país.

Resultados do ano de 2016 do Estudo de Risco Cardiovascular em Adolescentes no Brasil (ERICA) mostram que 25,5% dos adolescentes brasileiros estão acima do peso ideal e apontam para uma prevalência de obesidade de 8,4% nos adolescentes entre 12 e 17 anos, preponderante no sexo masculino, sendo que um quinto

deles estão hipertensos; dados semelhantes com a literatura internacional.⁴

Sabe-se que obesos e hipertensos que conseguem emagrecer ainda no período da adolescência têm grandes chances de voltar a apresentar nível de pressão arterial normal ao longo da vida e de abandonar o risco cardiovascular aumentado. Portanto, a adolescência é a última janela de oportunidade para promover essa possibilidade.⁵

O diagnóstico de obesidade é realizado pelo cálculo do IMC que deve ser plotado em curva de referência para idade e sexo. A avaliação da maturação sexual deve fazer parte do exame clínico, bem como a avaliação da idade óssea através de exame radiológico. De acordo com a OMS, o adolescente com IMC acima do escore z+1 é classificado como sobrepeso, aquele acima do escore z+2 como obeso e o adolescente que apresenta escore z+3 é considerado obeso grave.⁶

O antecedente familiar de obesidade é um dado importante da história clínica do paciente pois demonstrou-se que o risco de uma criança ser obesa é de 80% quando os pais são obesos, de 50% quando um dos genitores é obeso e diminui para 9% quando os pais não são obesos.⁷ Assim, uma história familiar positiva indica a necessidade de um acompanhamento mais cauteloso para a prevenção da obesidade e de riscos cardiovasculares.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, é mandatória a investigação de complicações e comorbidades como: esteatose hepática, dislipidemia, hipertensão arterial, resistência insulínica e DM-2. Tais comorbidades são fatores preditores positivos de risco cardiovascular aumentado na vida adulta. Outras possíveis complicações que também não podem deixar de ser investigadas são: alterações ortopédicas como trauma de joelho, acentuação de lordose lombar pelo deslocamento do centro de gravidade do corpo; distúrbios respiratórios como a apneia obstrutiva do sono que pode levar à sonolência diurna, e, portanto, acarretar em piora do desempenho escolar.

Na maioria das vezes, a origem da obesidade está no erro alimentar, associado ao sedentarismo e a um estilo de vida pouco saudável. Mas há fatores psicossociais muito marcantes que devem ser considerados. Assim, o tratamento vai muito além de consultas informativas de mudança de estilo de vida, que se mostram pouco efetivas com adolescentes. Os pontos-chave são: implicar o adolescente no tratamento, envolver a família, preferir acordos e substituições às proibições na dieta, estimular atividade física de uma forma que seja possível e minimamente prazerosa, promover resiliência e estabelecer vínculo com consultas de retorno frequentes, além da abordagem multidisciplinar.⁸

O único medicamento oficialmente liberado para tratamento medicamentoso de obesidade em crianças e adolescentes é o Orlistat. Mas estudos clínicos vêm sendo desenvolvidos na tentativa de comprovar o benefício da metformina, sibutramina, fluoxetina e topiramato na perda ponderal e diminuição do IMC.⁹

Estudo brasileiro de 2014 comprovou efeito significativo da sibutramina na diminuição de peso e queda de IMC de adolescentes obesos entre 10 e 18 anos quando comparada a placebo, indicando que o melhor momento para se iniciar a medicação é no início da queda de adesão do tratamento clínico. No entanto, não apresentou dados de seguimento a longo prazo.¹⁰

A cirurgia bariátrica, que tem o intuito de reduzir o volume gástrico, é considerada um possível recurso terapêutico após extensas tentativas de tratamentos clínicos (por pelo menos 6 meses). A indicação do procedimento requer:¹¹

- Maturidade física: Tanner IV ou V e idade óssea maior ou igual a 13 anos nas meninas e maior ou igual a 15 anos nos meninos.
- Estado de saúde: IMC entre 35,0-39,9 associado a pelo menos uma comorbidade séria (esteatose hepática, DM-2, apneia obstrutiva do sono moderada a severa, pseudotumor cerebral); ou IMC maior ou igual a 40 associado a uma comorbidade leve (dislipidemia, resistência insulínica, apneia obstrutiva leve, hipertensão, prejuízo de qualidade de vida devido ao peso)
- Maturidade emocional para entender e aceitar o procedimento independentemente do desejo dos pais ou responsáveis, e capacidade de aderir às orientações nutricionais pós cirúrgicas.

Por se tratar de procedimento recente em adolescentes, as possíveis complicações futuras ainda não estão bem esclarecidas, mas estudo de 2017 comprovou segurança da gastrectomia por *sleeve* após seguimento de 5 anos dos adolescentes submetidos à cirurgia.¹²

Alguns profissionais da saúde ainda são relutantes em relação à cirurgia bariátrica em adolescentes e acreditam que o balão intra gástrico associado à uma mudança no estilo de vida possa oferecer uma opção reversível, menos invasiva e potencialmente mais segura e diversos estudos têm apontado para bons resultados.¹³

Transtorno de compulsão alimentar periódica

O transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) é caracterizado por episódios de compulsão alimentar (ECA), também chamados de *binge eating*, nos quais o paciente ingere uma quantidade excessiva de alimentos num curto intervalo de tempo, seguido de

uma sensação de perda de controle sobre o seu comportamento alimentar. TCAP é o transtorno alimentar mais prevalente nos EUA, afeta 3,5% das mulheres, 2% dos homens e mais de 1,6% de adolescentes.¹⁴

O diagnóstico, segundo os critérios do DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais), é realizado da seguinte maneira:¹⁵

- a. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio é definido por duas características:
 - Comer em curto período de tempo uma quantidade de comida definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeriam em período e tempo similares, nas mesmas circunstâncias.
 - Sensação de falta de controle enquanto come.
- b. Os episódios estão associados com 3 ou mais das seguintes características:
 - Comer muito mais rápido do que o normal.
 - Comer até sentir-se desconfortável.
 - Comer grandes quantidades de comida sem sentir fome.
 - Comer sozinho por sentir-se envergonhado de comer na frente dos outros.
 - Sentir-se insatisfeito consigo mesmo, deprimido e culpado após.
- c. Presença de angústia importante.
- d. Ocorrência, em média, de pelo menos uma vez por semana durante três meses.
- e. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado (por exemplo, purgação) e não ocorre exclusivamente durante o curso de Anorexia Nervosa, Bulimia ou Comorbidade Restritiva (ARFID: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder).

Apesar da maioria dos obesos não apresentar TCAP, mais de 2/3 dos pacientes com TCAP são obesos. Também cursam com maior risco de apresentarem transtorno de ansiedade e depressivo.

Estudo recente evidenciou que o fato de ter sido vítima de *bullying* na infância, aumenta o risco de desenvolvimento de TCAP na adolescência e vida adulta.¹⁶ Outros estudos apontam também para a comorbidade TCAP com alterações neurocognitivas, como prejuízo das funções executiva e de aprendizagem.¹⁷

Embora o tratamento médico se direcione para a cura do sintoma, focando na redução dos episódios de compulsão, não se pode de forma alguma desconsiderar o contexto integral do paciente, visto que o sintoma alimentar cursa com comorbidades acima descritas que certamente se interseccionam com a origem do sintoma e da doença.

O pilar do tratamento, portanto, consiste em psicoterapia e suporte emocional. Os medicamentos que podem

ser utilizados como terapia adjuvante consistem em antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina) e anticonvulsivantes (topiramato), sempre avaliando-se o risco benefício.

Bulimia nervosa

A Bulimia nervosa (BN) é um transtorno alimentar caracterizado por consumo excessivo ou compulsivo de comida seguido de purgação através de vômitos, dietas muito restritivas ou uso de medicamentos laxativos ou diuréticos, em razão de uma preocupação excessiva com o próprio peso e com a imagem corporal.

A prevalência varia de 0,9% – 3%, com preferência pelo sexo feminino (relação de 3: 1) com pico de incidência entre 16 e 17 anos de idade, segundo dados de países desenvolvidos, atingido uma taxa de mortalidade de 2%. Em países em desenvolvimento como no Brasil, a prevalência desse transtorno é baixa, mas segue aumentando.¹⁸

A etiologia da doença é multifatorial, com uma combinação de fatores genéticos, ambientais e psicológicos. Estudo em gêmeos com BN estimou hereditariedade entre 28-83%, e risco dez vezes aumentado de desenvolvimento do transtorno em parentes de pacientes com diagnóstico de BN.¹⁹

O diagnóstico segundo os critérios do DSM-V inclui:¹⁵

- Episódios recorrentes de compulsão alimentar.
- Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos auto induzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.
- A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem no mínimo uma vez por semana durante três meses.
- A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.
- A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Os critérios de gravidade baseiam-se na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados, e as principais complicações clínicas são: alcalose metabólica hipoclorêmica, hipocalemia, hemorragia subconjuntival, epistaxe, mucosite oral, rouquidão, tosse crônica, prolapso retal, hemorróidas, arritmias cardíacas, convulsões, morte e suicídio.¹⁹ Portanto, a atenção dada para o risco de suicídio nesses pacientes deve ser redobrada.

A indicação de internação restringe-se a casos graves que apresentam-se com as seguintes complicações: hipocalemia, arritmia cardíaca, bradicardia severa, hipotensão ortostática, crises convulsivas de difícil controle e tentativa de suicídio.

A terapia familiar e a psicoterapia individual constituem a base do tratamento e o uso de antidepressivos, em particular a fluoxetina, demonstra bons resultados quanto à diminuição de episódios compulsivos e purgativos.¹⁹

Anorexia nervosa

A prevalência da anorexia nervosa (AN) é de 0,5% a 2% com pico de incidência entre 13 e 18 anos de idade, com preferência pelo sexo feminino na proporção de 10:1. Apresenta uma taxa de mortalidade que varia de 5% a 6%, sendo a maior taxa de mortalidade dentre as doenças psiquiátricas da adolescência.²⁰

Caracteriza-se por uma restrição dietética autoimposta, com um padrão alimentar bizarro e acentuada perda de peso, que está associada a um temor intenso em engordar e à uma distorção da percepção da própria imagem corporal. O diagnóstico segundo critérios do DSM-V se dá com:¹⁵

- Recusa em manter o peso mínimo para a idade e a altura.
- Medo intenso em ganhar peso ou tornar-se gorda(o), mesmo estando abaixo do peso normal.
- Distúrbio na maneira de vivenciar sua forma ou peso corpóreo, influência indevida da forma ou peso corpóreo na autoavaliação, ou negação da gravidade do baixo peso atual.

O padrão da doença pode ser predominantemente restritivo, caracterizado essencialmente pela recusa alimentar; ou purgativo, variando desde a atividade física em excesso até mesmo à ingestão de laxantes e diuréticos.

Não se trata, de forma alguma, de uma simples perda de apetite mas sim de uma recusa ativa em se alimentar devido a um estado psíquico particular. O “sentir fome” do paciente anorético é como uma maneira de se fazer existir e entrar em contato consigo mesmo. Algumas características como recusa da realidade do próprio corpo, a recusa de separação com a mãe, sentimento de onipotência, invulnerabilidade e um perfeccionismo extremo em nome da busca de um Ideal de Eu inatingível são marcantes na anorexia nervosa, e se originam na relação mãe-bebê, ainda na fase oral.

Transtorno bipolar, depressivo, de ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo podem estar presentes na AN e deve-se estar atento a essas possíveis comorbidades. Além disso, o risco de suicídio é aumentado.

As complicações clínicas desse transtorno não são poucas e podem ser graves, algumas vezes com necessidade de internação. Variam de anemia, leucopenia, hiperco-

lesterolemia, hipomagnesemia, hipozincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia até alterações da função cardíaca

O tratamento consiste em acompanhamento multidisciplinar com psicóloga, nutricionista e médico. A abordagem e a escuta diferenciadas são imprescindíveis e, muitas vezes, o uso de psicofármacos como antidepressivos (inibidores da recaptção de serotonina, antidepressivos tricíclicos) e antipsicóticos atípicos acabam sendo empregados, apesar de ainda haver poucas evidências fortes sobre sua completa eficácia.²⁰

Ortorexia nervosa

A ortorexia nervosa consiste em comportamento obsessivo em comer de forma saudável e não é classificada como uma doença pelo DSM-V. O termo foi criado em 1997 pelo médico americano Steven Bratman, aliando a palavra “correto” – do grego *orthos* – com “apetite” – *orexis*.

Enquanto o objetivo do anoréxico é perder peso, o do ortoréxico é ficar saudável e ambos os transtornos restringem a alimentação do indivíduo, instalando riscos nutricionais. No entanto, a anorexia é reconhecida como um mal e a ortorexia tem a desvantagem de ser uma doença disfarçada de “um estilo de vida saudável”.

Ainda pouco se sabe sobre esse novo distúrbio e estudos são necessários para descrever de modo mais completo o comportamento ortoréxico, sua etiologia, estabelecer um possível diagnóstico e tratamento além de determinar com precisão quais são as populações mais vulneráveis.

A sua prevalência ainda é desconhecida em nossa sociedade. Os trabalhos disponíveis até o momento foram realizados em lugares muito diversos (Alemanha, Áustria, Itália, Suécia e Turquia), em amostras pequenas e parecem indicar que esse comportamento tem maior chance de afetar profissionais da área da saúde tais como estudantes de medicina, médicos e nutricionistas.²¹

O diagnóstico é clínico e realizado através da constatação de comportamentos obsessivos e compulsivos caracterizados por uma seletividade extrema para alimentos considerados puros e saudáveis. Tal comportamento acarreta em uma dieta bastante restritiva com consequente isolamento do convívio social.

O tratamento exige equipe multidisciplinar com compreensão das suas bases psicopatológicas e, algumas vezes, o uso de antidepressivos inibidores da recaptção de serotonina são empregados.²¹

Vigorexia

Também denominada transtorno dismórfico muscular, é definida como um comportamento obsessivo

compulsivo direcionado para o desenvolvimento muscular com compulsão por atividade física, mas não está inserida como uma patologia no DSM-V. Gera mudanças importantes nos hábitos alimentares resultando em dietas radicais e uso de suplementos com o intuito de obter massa muscular e reduzir massa gorda.²²

De certa maneira, vigorexia e anorexia nervosa são distúrbios semelhantes, na medida em que são consequências de uma imagem distorcida do próprio corpo. Diante do espelho, anoréxicos magros e desnutridos se enxergam obesos, e os vigorexicos se veem fracos, apesar de musculosos.

A prevalência da vigorexia é estimada entre 10 a 53% no mundo, acomete com maior frequência o sexo masculino, atletas, e, principalmente adolescentes e adultos jovens, entre 18 e 35 anos.²²

O diagnóstico é realizado clinicamente, através da detecção de aspectos do comportamento, como a preocupação exagerada com o corpo e a necessidade compulsiva de manter um plano rigoroso de atividades físicas associada a uma dieta alimentar rígida para atingir o aumento de massa muscular.

As principais complicações clínicas são: cansaço, inapetência, insônia, ritmo cardíaco alterado, dores musculares, tremores, irritabilidade, depressão, ansiedade e desinteresse por atividades que não estejam ligadas ao exercício físico intenso. Os esteroides androgênicos anabólicos atuam no crescimento celular e em tecidos ósseos e musculares. São, em grande parte, derivados da testosterona e podem acarretar efeitos colaterais nos adolescentes tais como: disfunção sexual, hipervirilização, distúrbios do crescimento, hepatotoxicidade, nefrotoxicidade, hipertensão e até infertilidade.

O tratamento é multidisciplinar e envolve equipe especializada de psicólogos, médicos, nutricionistas e educadores físicos. Não há estudos sobre tratamento medicamentoso específico, exceto se direcionado para as comorbidades caso estejam presentes.

Conclusões

A adolescência é um período de crise e de teste do aparelho psíquico por reeditar a sexualidade infantil e ser um momento de luto devido à perda do corpo infantil e dos pais da infância. Por esse motivo, algumas doenças psíquicas eclodem nessa fase da vida. Dentre elas, os transtornos e distúrbios alimentares que recaem diretamente no estado nutricional dos adolescentes, podendo afetar seu crescimento e maturação sexual.

Mesmo as doenças não classificadas como doenças mentais, como a obesidade, não podem ser desconectadas de uma interface com o comportamento e com o aparelho emocional e psíquico do adolescente.

Portanto, a prevenção de riscos nutricionais no adolescente requer uma abordagem integral e atenta aos comportamentos desse paciente. Da mesma maneira, o tratamento de eventuais distúrbios exige muito mais do que orientações nutricionais.

Assim, a nutrição no adolescente ultrapassa os limites do alimento e do peso, justamente por fazer parte de um processo complexo de formação de identidade.

Referências

- JODHUN, Bibi Mushirah; PEM, Dhandevi; JEEWON, Rajesh. A systematic review of factors affecting energy intake of adolescent girls. *African health sciences*, v. 16, n. 4, p. 910-922, 2016.
- PEARSON, Natalie *et al.* Clustering and correlates of screen-time and eating behaviours among young adolescents. *BMC public health*, v. 17, n. 1, p. 533, 2017.
- FERNANDES, Maria Helena. *Transtornos Alimentares. Clínica Psicanalítica*. 2ed Ed Casa do Psicólogo, 2012.
- BLOCH, Katia Vergetti *et al.* ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, n. suppl. 1, p. 9, 2016.
- SUCHINDRAN, Chirayath *et al.* Association of adolescent obesity with risk of severe obesity in adulthood. *Jama*, v. 304, n. 18, p. 2042-2047, 2010.
- Curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde-OMS. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=curvas_de_crescimento [acessado em 22.06.2017].
- SOWAN, Nancy A.; STEMBER, Marilyn L. Parental risk factors for infant obesity. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, v. 25, n. 5, p. 234-241, 2000.
- JANICKE, David M. *et al.* Systematic review and meta-analysis of comprehensive behavioral family lifestyle interventions addressing pediatric obesity. *Journal of pediatric psychology*, p. jsu023, 2014.
- MEAD, Emma *et al.* Drug interventions for the treatment of obesity in children and adolescents. *The Cochrane Library*, 2016.
- FRANCO, Ruth Rocha; COMINATO, Louise; DAMIANI, Durval. The effect of sibutramine on weight loss in obese adolescents. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 58, n. 3, p. 243-250, 2014.
- CHRISTISON, Amy; GUPTA, Sandeep. Weight Loss Surgery in Adolescents. *Nutr Clin Pract*. 2017 10.1177/0884533617712702.
- CASTELLANI, Roberto Luca *et al.* National survey for bariatric procedures in adolescent: Long time follow-up. *Journal of Pediatric Surgery*, 2017.
- REECE, L. J. *et al.* Intra-gastric balloon as an adjunct to lifestyle support in severely obese adolescents; impact on weight, physical activity, cardiorespiratory fitness and psychosocial well-being. *International Journal of Obesity*, 2016.
- SWANSON, Sonja A. *et al.* Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, v. 68, n. 7, p. 714-723, 2011.
- <<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>>.
- COPELAND, William E. *et al.* Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective, longitudinal analysis. *International journal of eating disorders*, v. 48, n. 8, p. 1141-1149, 2015.
- GOWEY, Marissa A. *et al.* Executive Function and Dysregulated Eating Behaviors in Pediatric Obesity. *Journal of Pediatric Psychology*, 2017.
- SWANSON, Sonja A. *et al.* Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, v. 68, n. 7, p. 714-723, 2011.
- CASTILLO, Marigold; WEISELBERG, Eric. Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, v. 47, n. 4, p. 85-94, 2017.
- CAMPBELL, Kenisha; PEEBLES, Rebecka. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*, v. 134, n. 3, p. 582-592, 2014.
- BARTRINA, Javier Aranceta. Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Archivos latinoamericanos de nutricion*, v. 57, n. 4, p. 313-315, 2007.
- AZEVEDO, A. M. P. *et al.* Muscle dysmorphia: features food and nutritional supplementation. *ConScientia e Saúde*, v. 10, p. 129-137, 2011.

Benito Lourenço¹

Primeira parte: o uso de tecnologias por adolescentes

As novas tecnologias de informação e comunicação vêm alterando a maneira de ser e de viver da sociedade, das famílias e de cada cidadão pós-moderno. A cidade que está se formando pelas tendências dessas novas tecnologias é ainda um embrião com forma desconhecida, mas que já expressa toda a sua força como resultado de uma nova era na organização social e territorial humana a partir da revolução advinda pelos meios de comunicação, que diminuem as distâncias e otimizam o tempo.

As novas tecnologias proporcionadas pela sociedade da informação estão modificando rapidamente os hábitos e costumes em termos de mercado de consumo, arquitetura física das moradias, locais de trabalho, transporte urbano, comunicação, transmissão de dados e imagens e conectividade. À medida que a sociedade conquista melhores condições de consumo e acesso à informação, a Internet torna-se um fenômeno tecnológico que transforma as relações sociais, culturais, políticas, psicológicas e econômicas, como também estabelece novos comportamentos no campo do entretenimento, aproxima gerações e muda radicalmente o olhar sobre a realidade.

É natural que o profissional que atende adolescentes, mas também seus pais, professores, tutores e orientadores diante desse tema tão complexo e atual tenham preocupações relativas à segurança sobre o uso dos dispositivos tecnológicos e das novas mídias pelos jovens. O computador ou, mais modernamente, um dispositivo que caiba na mão (mas que proporcione a mesma plena experiência de navegação) é um dos bens de consumo mais desejados na pós-modernidade.

Para esse início de reflexão sobre como os adolescentes estão se relacionando com esse mundo novo (na verdade, novo para nós que temos um pouco mais de trinta anos...) e como cuidadores e educadores de adolescentes também se posicionam e regram essa dinâmica de uso, algumas premissas, que chamarei por ora de “obviedades”, devem ser apontadas:

- injúria, calúnia ou difamação são crimes;
- que o mundo é mundo, pais querem saber com quem seus filhos estão;
- regras existem no mundo e na casa; a tecnologia é apenas mais um componente a ser regrado.

Para o leitor mais apressado, poderia terminar minhas reflexões aqui: o grande papel dos pais e educadores é o estímulo para conhecerem juntos aos seus adolescentes esse imenso mar de possibilidades que se abriu.

Acredito que todos nós percebemos que vivemos em uma era diferente. Assoberbados. Inundados por um excesso de informações; meio submersos e perdidos num mar de possibilidades e de “clicks” de fotos, textos, conversas e produtos. Acho que é um grande equívoco querer medir esse fenômeno a partir de parâmetros anteriores, em uma perspectiva saudosista, tecnofóbica, quando tudo antes era melhor. Será que havia uma pseudo-harmonia na sala de jantar quando todos, sem seus *smartphones*, também não se conversavam, como se não houvesse impasses nas relações face a face?

Por outro lado, é falha a perspectiva ufanista de tecnolatria, que considera que todas as necessidades do mundo irão se resolver. Extremos perigosos para refletir. Prefiro ir pelo meio: o mundo virtual e digital está aí, nas nossas mãos e de nossos adolescentes: e não dá mais para teclar CTRL + ALT + DEL. E digo isso pois o virtual existe. O virtual não é irreal. O virtual é um modo de lidar com a realidade. Uma vez ouvi de um pensador: a internet não é a rede mundial de computadores... a internet é a rede mundial de pessoas conectadas e atrás de cada computador.

A pós-modernidade tem algumas características básicas. Inicialmente uma cultura da rapidez, do *fast*. Nesse contexto, algo está exposto sem necessariamente a vontade de ver e ter aparecido. Outra característica é a cultura da descartabilidade, das coisas e das pessoas. Com apenas um *click*, excluem-se pessoas de seu convívio. Os mais alarmistas dizem que com um *click* você pode perder centenas de “amigos”. Finalmente, a sociedade pós-moderna, alicerça-se em um mito bastante perigoso: todo mundo que é alguém precisa ser visto. Existe um pendor pela confissão pública. Assim, é um erro grave supor que o impulso que leva à exibição pública do “eu interior” seja manifestação puramente geracional e relacionada aos adolescentes que tendem a ser, por natureza, ávidos. Os adolescentes, com seus confessionários eletrônicos portáteis, são apenas aprendizes treinando e treinados na arte de viver numa sociedade confessional.

1 Médico Hebiatra Chefe da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do HC-FMUSP. Assistente da Clínica de Adolescência da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Uma das maiores preocupações que envolve as novas mídias e as redes de relacionamento é a teoria do *su-perpeer*. De uma maneira bem simples, para o novato leitor, significa que um comportamento gerado numa rede social passa a ser compreendido pelos seus participantes como habitual e “normal”. Surpreende-nos o número de *curtidas* sem uma comunidade que ensina comportamentos alimentares restritivos e purgação escondida dos pais, ou *barebacking* (sexo anal sem proteção) ou outros hábitos pouco saudáveis de vida. A internet ainda é um espaço ser preenchido com informações mais corretas e saudáveis.

Pesquisa recentemente publicada pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI), em colaboração com a UNESCO, apresenta os dados mais atuais sobre o uso da Internet por crianças e adolescentes no Brasil. A pesquisa TIC KIDS *Online* Brasil envolveu mais de dois mil adolescentes, de 9 a 17 anos, de 129 municípios brasileiros. Um dado é preocupante: aproximadamente 30% dos adolescentes brasileiros ainda são infoexcluídos. Do total de usuários da Internet, 81% faz uso diário dessa tecnologia; dos 15 aos 17 anos, 37% fazem uso por mais de 4 horas diariamente.

O celular é o principal dispositivo de acesso (82%), revelando o conceito de mobilidade cada vez mais presente entre os adolescentes. Esse novo cenário adiciona complexidade às estratégias parentais para regulação do uso que seus filhos fazem da rede. Comunicação e entretenimento estão entre suas ações básicas com a Internet, fundamentalmente conversas entre amigos e acesso à rede social. Ainda não é expressivo o uso de ferramentas para a produção de conteúdo. Isso constitui um grande desafio para pais e educadores: é possível ir além da consulta e do bate papo e partir para a produção de ideias.

Bastante preocupação existe em relação às configurações de segurança que adolescentes tem em suas redes sociais: 53% tem perfil que todos conseguem ver, 905 compartilham fotos de seu rosto, 73% seu sobrenome, 30% seu telefone e 205 seu endereço. Habilidades sobre mudanças de configurações de segurança e bloqueio de mensagens não são universais entre os adolescentes, havendo nítida diferença entre classes sociais. Isso aponta a necessidade de um letramento digital que os tornem mais protegidos.

Pais, educadores e profissionais de saúde têm um papel fundamental para as mediações com os adolescentes para boas escolhas em tempos de mobilidade: as mudanças está acontecendo agora, que independentemente da

idade, temos papel junto aos nossos jovens. É importante que orientemos os pais que, mesmo sem conhecer a fundo questões tecnológicas, eles podem ensinar muito sobre respeito, liberdade, cuidado de si e do próximo, tolerância e diálogo.

Segunda parte: o uso de tecnologias para adolescentes

A partir desse momento, o leitor deve compreender o conceito de tecnologia como a habilidade, o método, a maneira, o modo de fazer, e não apenas o produto material, complexo e inovador, como máquinas eletrônicas e ferramentas físicas, que nos é remetido ao contato mais habitual com a terminologia. A palavra, derivada do grego, significa arte e habilidade. Assim, a tecnologia é uma atividade essencialmente prática com o objetivo de alterar mais do que compreender o mundo. No âmbito do cuidar, é ferramenta que busca contribuir para um atendimento mais aperfeiçoado e eficaz. As tecnologias do cuidar podem ser divididas em leves, que são as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho e os saberes bem estruturados que operam no trabalho em saúde, e duras, como no caso de equipamentos tecnológicos.

Computadores e *smartphones* podem ser ótimas ferramentas para ajudar profissionais em sua rotina. O aumento do acesso à tecnologia tem redesenhado o cotidiano médico tanto no âmbito acadêmico-científico quanto nas práticas clínicas, cirúrgicas e epidemiológicas. Isso fica especialmente evidente no que se refere à tecnologia portátil. Nas maletas dos médicos, estetoscópios têm dividido espaço com equipamentos eletrônicos de extrema e versátil utilidade. Sugere-se que o profissional, inserido nesse contexto de novas inovações tecnológicas, saiba usufruir dessas novas ferramentas. Assim, um aplicativo ou *software* que calcule percentis e escores-z que permitam a classificação do estado nutricional do cliente adolescente podem substituir os velhos gráficos de papel com marcações imprecisas. Além disso, um aplicativo (dentre inúmeros gratuitos) em que se marque as datas da menstruação, e que calcule intervalos e durações menstruais podem substituir as trabalhosas anotações em calendários. Isso se amplia para recordatórios de dor, lembretes de pílulas anticoncepcionais, dispositivos de fotografias de receitas e carteiras vacinais, aplicativos sobre planejamentos e estratégias contraceptivas dentre muitos mais.

Referências

Guerreiro, Evandro Prestes. Cidade digital: Infoinclusão social e tecnologia em rede. 1 ed. São Paulo: Editora Senac, 2006.

Moreno MA, Kolb J. Social networking sites and adolescent health. *PediatrClin N Am* 2012 (59).

Pesquisa sobre o uso da Internet por crianças e adolescentes no Brasil – TIC Kids *Online* Brasil 2014. Disponível em <<http://www.cetic.br/pesquisa/kids-online/publicacoes>>.

Roberta Rassi Mahamed Antonini¹, Reginaldo Guedes Coelho Lopes², José Maria Soares Júnior³, Isabel Cristina Sorpreso⁴ e Edmund Chada Baracat⁵

Introdução

Nos últimos anos, a incidência da Doença Sexualmente Transmissível (DST) tem se elevado em todas as faixas etárias, em especial, durante a adolescência. A estimativa da prevalência pelo CDC (*Center Disease Control and Prevention*) é de aproximadamente vinte milhões de novos casos ao ano nos Estados Unidos, sendo que a metade ocorre em adultos jovens com menos de 25 anos. A DST está presente mundialmente. Numericamente, a região das Américas e a do Caribe estão somente abaixo da asiática¹.

O abuso sexual e o aumento da transmissão vertical (mãe/feto) são fatores responsáveis pela elevação dos índices de DST na infância, principalmente do HIV. O desenvolvimento psicossocial do adolescente com conflitos próprios da idade está associado ao aumento do comportamento de risco: a) ectopia cervical; b) precocidade sexual; c) troca frequente de parceiros (monogamia seriada – múltiplos parceiros); d) menor uso de Condôm; e) uso de drogas lícitas e ilícitas; f) menor acesso a serviços médicos².

Estratégias para controle da DST

A sugestão atual para o controle e prevenção de DST está baseada em cinco importantes estratégias: 1) educação e aconselhamento de pessoas de risco para a aquisição de DST, incluindo o adolescente; 2) identificação de pessoas infectadas assintomáticas e pessoas infectadas sintomáticas e orientação na procura de instituições médicas para o diagnóstico e tratamento; 3) efetivo diagnóstico e tratamento de pessoas infectadas; 4) avaliação, tratamento e aconselhamento dos parceiros sexuais de

pessoas infectadas; 5) aconselhamento em relação às vacinações existentes contra DST, em pessoa de risco para aquisição dessas doenças³. Além disso, o conhecimento das DSTs é importante para tratamento precoce e para diminuir a disseminação da doença. Não iremos abordar sobre HIV e moléstia inflamatória pélvica, que serão descritos em outros capítulos. Salienta-se que o uso de ciprofloxacino em menores de 18 anos está contraindicado por risco de artropatia em articulações^{2,3}.

Papilomavírus Humano

A infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) é a DST mais comum do mundo. Cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas podem entrar em contato com algum tipo desse vírus antes dos 50 anos de idade¹.

O risco para aquisição da infecção aumenta cerca de 10 vezes para cada novo parceiro por mês. Úlceras genitais são importantes portas de entrada para a infecção pelo HPV. A maioria dos casos pode ser por via sexual, mas há casos descritos de mãos contaminadas, bem como objetos, toalhas e roupas com secreção com vírus, podendo haver a transmissão^{4,5}.

Agente etiológico: Papilomavírus Humano (HPV), com mais de 100 sorotipos da família Papilomaviridae. Destes aproximadamente 20 tipos são considerados de alto risco para câncer do colo uterino².

Quadro clínico: lesões de características variadas, como lesões verrucosas vegetantes que podem estar presentes na vulva, vagina e colo. Lesões planas que necessitam de auxílio diagnóstico do colposcópio⁵.

A maioria das infecções agudas pelo HPV causa lesão intraepitelial de baixo grau (LIEBG), que regride espon-

- 1 Doutor em Ginecologia pela Escola Paulista de Medicina – UNIFESP. Responsável pelo ambulatório de Ginecologia na Adolescência do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo “Francisco Morato de Oliveira”.
- 2 Doutor em Ginecologia pela Escola Paulista de Medicina – UNIFESP. Diretor do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo /Francisco Morato de Oliveira.
- 3 Professor Associado Livre-Docente da Disciplina de Ginecologia e Vice-Chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas da FMUSP. Supervisor do Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas/ FMUSP.
- 4 Professor Doutor. Professora Adjunta da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da USP.
- 5 Professor Titular da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Pró-Reitor de Graduação da Universidade de São Paulo.

taneamente em mais de 90% dos casos. Menos de 10% evoluem para lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG) ou câncer invasivo^{6,7}.

Diagnóstico laboratorial: A citologia oncótica cervicovaginal ou vaginal (histerectomizada) pode auxiliar na suspeita de coilócitose e de lesões nucleares típicas do HPV. Nos casos positivos, o diagnóstico pode ser auxiliado pela colposcopia com biópsia dirigida e resultado histopatológico. Em alguns casos, pode ser necessária a pesquisa por biologia molecular da tipagem do HPV⁶. Esse é o teste mais sensível e específico para o diagnóstico do HPV.

Tratamento: nas adolescentes com menos de 25 anos e presença do HPV sem lesões visíveis, a paciente pode fazer acompanhamento². Nas mulheres com lesões visíveis, pode-se empregar: Imiquimode (Aldara®, Ixium®); criocauterização, eletrocaterização, excisão ampla da lesão; Vaporização a Laser de Dióxido de carbono (CO₂); cirurgia de alta frequência e ácido Tricloroacético (30 a 70%)^{5,8}.

Após a remissão, a adolescente deve acompanhar a cada seis meses por dois anos^{7,8}.

Vacina: O Ministério da Saúde indica duas doses da vacinação (0 e 6 meses) dos nove aos 13 anos de idade para meninas e meninos da vacina quadrivalente (6, 11, 16 e 18). Recentemente, o Ministério da Saúde está ampliando a idade de vacinação. Há no mercado também a vacina bivalente (16 e 18)⁸.

Clamídia

Doença bacteriana cuja incidência mais alta é observada em mulheres com idade inferior a 19 anos, sexualmente ativa. É a segunda infecção mais frequente em adolescentes após o HPV¹.

- Agente etiológico: *Chlamydia trachomatis*.
- Quadro clínico: embora a maioria das infecções seja assintomática, as manifestações clínicas podem incluir uretrite, epididimite, cervicite, proctite, doença inflamatória pélvica e conjuntivite e pneumonia em recém-nascidos colonizados. A presença de secreção cervical mucopiosanguinolenta e epitélio cervical friável sugere a infecção⁵.

A infecção por clamídia é a principal causa de obstrução tubária, levando à infertilidade, sendo prevenida com detecção e tratamento precoce^{1,9}.

- Diagnóstico laboratorial: Bacterioscopia tem baixa sensibilidade, porém a presença de número aumentado de leucócitos polimorfonucleares (acima 10.000 células/mL) nas amostras da secreção endocervical pode ser útil no diagnóstico. O diagnóstico definitivo é pela cultura em células de McCoy, altamente

específica, mas tem alto custo ou pelo exame de PCR (reação da cadeia de polimerase) em amostras endocervicais, uretrais e até na urina (primeiro jato). Tem maior sensibilidade para clamídia que a cultura. Pode ser feito ainda a imunofluorescência direta para Clamídia em *swab* ou cotonete endocervical^{2,5,10}.

- Tratamento: é baseado na antibioticoterapia: 1ª escolha: Azitromicina 1g, dose única, via oral; 2ª escolha: Doxiciclina 100mg, via oral, 2 vezes ao dia, por 7 dias; 3ª escolha: Eritromicina 500mg, 4 vezes ao dia, por 7 dias^{5,8}.

Gonorréia

É uma doença bacteriana de transmissão predominantemente sexual, que merece grande importância, pois na adolescência em 80% apresenta-se assintomática, podendo ocasionar lesões orgânicas futuras mais severas como artrite e quadro de infertilidade¹¹.

- Agente etiológico: *Neisseria gonorrhoeae*.
- Quadro clínico: pode apresentar quando sintomática uretrite, cervicite, corrimento amarelado abundante, dispareunia profunda, dor pélvica ou doença inflamatória pélvica, sangramento vaginal intermenstrual após coito^{1,5}.
- Diagnóstico laboratorial: A bacterioscopia da secreção cervicovaginal com coloração pelo Gram pode detectar os diplococos gram negativos (*Neisseria*) em 40 a 60% dos esfregaços. Exame mais específico é a cultura em meio específico de Thayer-Martin de material de endocérvice e uretra (tem alto custo). O PCR ou a captura hídrica é um teste com alta sensibilidade e especificidade, mas com alto custo, pode ser feito na secreção endocervical ou em raspado uretral, bem como no jato urinário^{1,6}.
- O tratamento de escolha é a antibioticoterapia: 1ª escolha: Ceftriaxona 250mg IM, dose única; 2ª escolha: Ciprofloxacina (evitar em adolescentes) 500mg, dose única, via oral; 3ª escolha: Ampicilina+ Probenecida, 3,5g, via oral, dose única⁵.

Sífilis

A infecção apresenta diferentes estágios, do primário ao terciário, e tem maior potencial de infecção nas duas primeiras fases, que costumam ocorrer até 40 dias após o contágio. É transmitida principalmente por relações sexuais ou pode ser passada da mãe/feto ou parenteral^{8,11}.

- Agente etiológico: *Treponema pallidum*.
- Características da infecção: a) sífilis Recente ou Primária: lesão ulcerada na região genital. Única e indolor, de bordas endurecidas e fundo limpo. Denominada cancro duro, regride espontaneamente em 4-6 sema-

nas após seu surgimento; b) sífilis secundária: 50 a 180 dias após o aparecimento do cancro duro surgem as lesões secundárias, as roséolas sífilíticas, ricas em treponemas em pele e mucosas genitais. Posteriormente observam-se máculas e pápulas sífilides; c) sífilis latente: período de ausência de expressão clínica da doença. Geralmente ocorre após um ano de evolução da doença; d) sífilis terciária ou tardia: inicia-se após alguns anos da doença, com complicações cardiovasculares e neurológicas. Manifesta-se com lesões na pele como nódulos cutâneos e gomas sífilíticas^{4,6}.

- Diagnóstico laboratorial: Testes não treponêmicos (não específicos): VDRL e RPR, sensibilidade de 78-87%, que se tornam positivos após 1-4 semanas da contaminação. São usados como parâmetro de controle da doença. Tem reação cruzada com outras patologias, como lúpus, hanseníase, gerando falso-positivo.
- Teste treponêmico (específico): FTA-abs, ELISA e Western-Blot. São testes confirmatórios. Não serve para seguimento. FTA-abs deve ser feito após um teste não treponêmico positivo⁵.
- Tratamento: A terapia clássica da sífilis primária/secundária é a penicilina Benzatina 2.400.000 UI, dose única, intramuscular (IM). No caso de de alergia ou falta do medicamento, temos alternativas: a) eritromicina 500mg via oral 6/6h, por 14 dias; b) doxiciclina 100 mg 2vezes/dia, por 14 dias; c) azitromicina 1g/semana, por três semanas. Na sífilis terciária pode usar a penicilina Benzatina 2.400.000 UI, IM, 1vez/semana, por três semanas.
- Seguimento: critério de cura é por meio de ausência completa de lesões e laboratorialmente por negatividade dos testes não treponêmicos VDRL ou RPR, ou manutenção de cicatriz sorológica^{2,8}.

Linfogranuloma venéreo

É doença bacteriana de transmissão sexual, que apresenta período de incubação de 7 a 14 dias².

- Agente etiológico: *Chlamydia trachomatis*, cepas L1, L2, L3. O linfogranuloma venéreo tem altas taxas de prevalência em zonas tropicais e subtropicais. No Brasil é mais observado nas regiões Norte e Nordeste⁶.
- Quadro clínico: apresentam-se principalmente como pequenas pápulas, pústula ou edema violáceo, indolores. A segunda fase ocorre 1 a 6 semanas após a lesão inicial, com tumorações nas regiões inguinais, que correspondem ao acometimento linfático da lesão, sendo unilateral em 70% dos casos. Essas tu-

morções podem fistulizar, drenar e evoluir de forma crônica (“Bico de regador”)¹¹.

- Diagnóstico laboratorial: Pode ser feito swab do material colhido para PCR, cultura de McCoy ou sorologia¹².
- Tratamento: Pode-se opar por: a) doxiciclina 100mg, via oral, 2 vezes ao dia, por 21 dias. Tratamento de escolha; b) azitromicina 1g, dose única, 1 vez por semana, por três semanas consecutivas; c) eritromicina 500mg, 4 vezes ao dia, por 21 dias⁸.

Cancro mole

Apresenta sinonímia cancro mole ou cancro venéreo simples. É doença bacteriana de transmissão sexual, mais comum em homens, que ocorre principalmente em regiões tropicais e em comunidades com hábito de higiene precária. Período de incubação de 3 a 5 dias⁶.

- Agente etiológico: *Haemophilus ducreyi*.
- Quadro clínico: Lesões dolorosas (únicas ou múltiplas), de bordas amolecidas e secreção mucopurulenta ao centro. A lesão inicial é uma pápula que progride para a formação de pústula e úlcera de borda irregular, com contornos eritemato-edematosos e fundo coberto por exudato purulento e necrótico de coloração amarelada e odor fétido. Nas mulheres a infecção pode ser assintomática⁵.
- Diagnóstico laboratorial: É feito por citologia da secreção da lesão (Giemsa); cultura em meio específico e biópsia em alguns casos. O exame mais específico é o PCR (reação da cadeia de polimerase)¹²
- Tratamento: as opções são: a) azitromicina 1g, dose única; b) ceftriaxona 250mg IM, dose única; c) eritromicina 500mg, 4 vezes ao dia, por 7 dias³.

Donovanose

É a doença bacteriana de transmissão essencialmente sexual, cujo período de incubação é geralmente de 1 a 7 semanas. Também denominado granuloma inguinal, granuloma venéreo, granuloma tropical, úlcera venérea crônica e úlcera serpinginosa. Sua incidência é de cerca de 5% das DST. Período de incubação é de 3 dias a 6 meses³.

- Agente etiológico: *Donovania granulomatis*.
- Quadro clínico: tumorações subcutâneas que se iniciam como um nódulo e se rompem formando úlceras de crescimento lento, indolor, friável e sangra com facilidade ao toque. Não tem adenopatia inguinal. As bordas da úlcera são irregulares, elevadas, bem delimitadas e endurecida. O fundo da lesão é amolecido^{5,6}.

- Diagnóstico: é pela citologia ou a biópsia com presença de corpúsculos de Donovan intracelular¹².
- Tratamento: A antibioterapia pode ser feita, usando: a) doxiciclina 100mg, via oral, 2 vezes ao dia, por no mínimo 21 dias ou até fechamento das lesões; b) azitromicina 1g, 1 vez por semana, por três semanas consecutivas no mínimo ou até fechamento das lesões. Outras opções: Eritromicina 500mg, 4 vezes ao dia, por duas semanas consecutivas no mínimo ou até fechamento das lesões⁶.

Hepatite B

Doença virótica de transmissão sexual não obrigatória, que merece destaque devido ao grande aumento da sua incidência na população adolescente sexualmente ativa. Tem risco de seqüela hepática severa no futuro e risco de transmissão vertical⁴.

- Agente etiológico: vírus da hepatite B (VHB).
- Quadro clínico: fase aguda pode ocorrer mal estar geral, febre, icterícia, aumento do volume hepático, dor abdominal, colúria. Na fase crônica da doença, os sintomas podem ser inespecíficos, ou mesmo o paciente evoluir assintomático⁷.
- Diagnóstico laboratorial: é feita pela sorologia: a) pesquisa de antígenos virais no sangue: HBsAg e HbeAg; b) Pesquisa de anticorpo no sangue: anti-HBsAg, anti-HBeAg e anti-HbcAg. Avaliação da função hepática pela dosagem de transaminases, bilirrubinas e fosfatases pode auxiliar³.
- Profilaxia: Vacinação de recém-nascidos, crianças e adolescentes e adultos com esquema de três doses (0, 1 mês, 6 meses)⁸.

Herpes vírus

O herpes genital é a principal causa de úlcera genital em países desenvolvidos. É uma infecção viral crônica, infectocontagiosa, transmitida por via sexual e vertical. É ocasionada pelo herpes vírus tipo 2, entretanto pode se detectar herpes vírus tipo 1 em infecções genitais^{6,7}.

Agente etiológico: Herpes vírus tipo 1 e 2 (HSV-1 e HSV-2).

Quadro clínico: A infecção primária pelo HSV-2 ocorre aparecimento de placas eritematosas, com ardor e prurido local, seguido de vesículas agrupadas, que evoluem para úlceras rasas e dolorosas. Em 75% dos casos há linfadenomegalia inguinal ou femoral. A doença pode também ser assintomática ou subclínica, dificultando o diagnóstico e favorecendo a transmissão. O tempo médio de transmissão é de 11 a 12 dias.

A infecção recorrente é caracterizada pelo ressurgimento das lesões. As causas da reativação pode ser por diminuição da imunidade, febre, relação sexual, uso de imunossupressores, corticóides, estresse, sol ou outras infecções orgânicas. A frequência da recorrência varia de indivíduo para indivíduo e tem menor tempo de duração¹⁰.

Diagnóstico laboratorial: eminentemente clínico. Por citologia pode ser usada (Papanicolaou ou Tzanck) com inclusões nucleares virais no interior de células gigantes multinucleadas. Sensibilidade de 50%. E ainda pela cultura que pode se isolar o vírus em 90% das vesículas e 70% das úlceras e 25% nas lesões com crosta. O PCR em raspado da lesão é sensível e específico, mas tem alto custo.

A sorologia tem pouca aplicação clínica. Podem demorar em média 10 semanas para detectar o aparecimento de anticorpos, numa infecção primária^{7,8}.

Tratamento: Recomenda-se: a) Aciclovir 400 mg a cada 8 horas, por 7 a 10 dias nas infecções primárias e 5 dias nas infecções recorrentes; b) Famciclovir 250 mg a cada 8 horas por 7 a 10 dias nas primoinfecções e 5 dias nas infecções recorrentes; c) Valaciclovir 1g a cada 12 horas por 7 a 10 dias nas primoinfecções e 500mg a cada 12 horas por 5 dias nas infecções recorrentes^{3,8}.

Tricomoníase

É uma vulvovaginite de transmissão predominantemente sexual. Causa de 15 a 20 % dos corrimentos na adolescência. É frequente sua associação com outros patógenos como *Gardenerella vaginalis*, *Candida*, Gonococos e Clamídias¹³.

Agente etiológico: *Trichomonas vaginalis*.

Quadro clínico: corrimento vaginal profuso, amarelado ou amarelo-esverdeado, às vezes purulento e de odor fétido. A leucorréia espumosa (anaeróbios) com pequenas bolhas é sinal patognomônico de tricomoníase. A mucosa vaginal fica inflamada e com petéquias^{5,13}.

Diagnóstico laboratorial: Exame direto a fresco diluído em solução salina a 0,9% e observando ao microscópio óptico o parasita em movimentação. Pode-se empregar a bacterioscopia pela coloração pelo Gram ou a cultura em meio de Diamond que é padrão ouro¹².

Tratamento: Deve-se tratar também o parceiro da mesma forma, via oral: a) metronidazol 2 g em dose única, via oral; b) metronidazol 500 mg a cada 12 horas, por 7 dias, via oral; c) secnidazol 2 g em dose única, via oral; d) metronidazol creme vaginal (Fagyl® creme) via vaginal por 7 dias, concomitante ao tratamento via oral^{3,13}.

Referências

1. Center for Diseases Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases surveillance 2014. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services; 2015.
2. Wangu Z, Burstein GR. Adolescent Sexuality: Updates to the sexually transmitted infection guidelines. *PediatrClin North Am.* 2017 Apr; 64(2): 389-411. doi: 10.1016/j.pcl.2016.11.008. Epub 2017 Feb 13.
3. Magalhães MLC, Reis JTL. Ginecologia Infanto-juvenil diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Medbook, 2007.
4. Center for Diseases Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Recomm Rep* 2006; (RR-11): 1-94.
5. Baracat EC, Fonseca AM, Bagnoli VR. *Terapêutica Clínica em Ginecologia.* FMUSP – Ginecologia. Barueri: Manole, 2015.
6. Costa JB, Domingues D, Castro R, Exposto F. Úlceras genitais causadas por infecções sexualmente transmissíveis: atualização do diagnóstico e terapêutica e a sua importância na pandemia do VIH. *Acta MedPort*2006; 19: 335-42.
7. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de orientação – Patologia do trato genital inferior. 2010; p.122-9.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Controle das DST. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. P55-71.
9. Holmes KK, Sparling PF, Lemon SM *et al.* Sexually transmitted diseases. 3.ed. New York: McGraw-Hill, 1999.
10. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 6.ed. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007.
11. Passos MRL. Doenças sexualmente transmissíveis – atenção à saúde da mulher e da família. *PROAGRO* 2004; 105-209.
12. Baracat EC, Lima GR. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar.* Unifesp/Escola Paulista de Medicina – Ginecologia. Barueri: Manole, 2005.
13. Rau FJ, Muran D. Vulvovaginitis in children and adolescents. In: Sanfilippo JS, Muran D, De-whurst J, Lee PA. *Pediatric and adolescent gynecology.* Philadelphia: Wb Saunders Company, 2001: 199-215.



Maria Aparecida Zanetti Passos¹ e Eliana P. Vellozo²

Introdução

Analisar atualmente a alimentação na adolescência requer um olhar crítico e objetivo sobre esse fenômeno cultural. Envolve mobilizar conhecimentos que viabilizem a implementação de cuidados, principalmente de educação em saúde, de modo que conduza o adolescente a tornar-se sujeito-agente do seu próprio cuidado à saúde, com vistas a sua promoção e a prevenção de agravos relativos às questões que se relacionam às práticas alimentares não saudáveis (SILVA, *et al.*, 2014).

O interesse na alimentação e nutrição de adolescentes se justifica diante de evidências que associam dieta nessa fase da vida com riscos de doenças crônicas na vida adulta. O consumo alimentar de adolescentes caracteriza-se pela presença de alimentos gordurosos e de alta densidade energética, lanches do tipo *fastfood*, refrigerantes e um baixo consumo do grupo de frutas, legumes e verduras e de alimentos do grupo do leite. Além disso, são frequentes algumas práticas alimentares inadequadas, como a omissão de refeições e a troca das refeições tradicionais como almoço e jantar por lanches (ESTIMA, *et al.*, 2011).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é compreendida por tempo cronológico de 10 a 19 anos de idade, sendo dividida em duas fases: de 10 a 14 anos e de 15 a 19. A fase de 10 a 14 anos é caracterizada por um período de elevada demanda nutricional já que é nessa fase que se iniciam as mudanças puberais (OMS, 1995).

Várias mudanças físicas ocorrem durante a puberdade, o crescimento é acelerado, o desenvolvimento das gônadas e dos órgãos reprodutores secundários e as alterações na composição corporal são mediadas pelos hormônios. O estrógeno que favorece o armazenamento de gordura e, em baixas concentrações, a absorção de cálcio

e a redução de turnover ósseo, além da testosterona, que contribui com o aumento da massa magra e do tecido adiposo na região torácica (GARNETT, *et al.*, 2004).

Nessa fase, ocorrem aumentos de aproximadamente 50% do peso e de 15 a 25% da estatura final do adulto, bem como aumento das necessidades de energia e nutrientes. A alimentação insuficiente ou inadequada pode retardar o crescimento e a maturação sexual, a adoção de hábitos alimentares inadequados, como omissão das refeições, consumo reduzido de frutas e hortaliças, consumo excessivo de alimentos com alta densidade calórica e de bebidas alcoólicas, e o tabagismo, são alguns fatores de risco associados a doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2005).

Essa é marcada por diversas modificações e pela construção de um ser social mediante suas relações diárias e seus grupos de convivência. Avaliar a alimentação cria oportunidades de intervenção e medidas de educação em saúde para tentar modificar hábitos que podem trazer consequências à saúde durante a fase adulta. Tendo um papel fundamental a nutrição delimita condições favoráveis ao crescimento e desenvolvimento. O consumo alimentar, os saberes e as representações sobre uma alimentação saudável vêm recebendo grande atenção, considerando-se principalmente as relações de hábitos alimentares inadequados ao desenvolvimento de determinadas enfermidades na idade adulta. A alimentação saudável suscita representações e essas remetem ao entendimento dos saberes sociais construídos pelos sujeitos sobre esse fenômeno (SÁ, 1998).

A prática de hábitos alimentares inadequados pode causar consequências, tanto físicas quanto psicológicas, afetando a saúde e a qualidade de vida dos adolescentes. Não só a alimentação inadequada representa um problema, mas suas consequências, representadas pela

1 Doutora em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo. Pesquisadora e Supervisora do Ambulatório de Adolescência Geral do Setor de Medicina do Adolescente do Departamento de Pediatria da UNIFESP. Pesquisadora CAPES no Setor de Educação e Saúde – Investigação Epidemiológica e Vigilância na Saúde dos Escolares da Secretaria de Educação – Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba.

2 Doutora em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo. Pesquisadora e Supervisora do Ambulatório de Adolescência Geral do Setor de Medicina do Adolescente do Departamento de Pediatria da UNIFESP. Coordenadora do Setor de Educação e Saúde – Investigação Epidemiológica e Vigilância na Saúde dos Escolares da Secretaria de Educação – Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba.

obesidade e transtornos alimentares, que também têm sido frequentemente avaliados em estudos envolvendo a adolescência, o que vem ao encontro da necessidade de se conhecer melhor o assunto.

O desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis na infância possui grande chance de se traduzir em hábitos alimentares saudáveis na vida adulta. Por isso é tão fundamental ensinar e incentivar a alimentação correta para as crianças e para os adolescentes, tendo a nutrição um papel de intermediador nesse processo. Estudos têm demonstrado que os adolescentes possuem preferências alimentares inadequadas, pois consomem alimentos processados e ultra processados, ricos em gordura, sódio e açúcar, que podem ocasionar, no futuro, doenças relacionadas com a obesidade: diabetes, hipertensão arterial e síndrome metabólica (ABESO, 2016)

As doenças cardiovasculares – DCV são um problema de saúde mundial, sendo consideradas a maior de todas as endemias do século XX e a principal causa de morte no mundo, cerca de 7,3 milhões/ano, e 40% dos óbitos acontecem na América Latina. No Brasil, a incidência é de 300.000/ano, representando 20% do total da população. Situação discutida pela Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo – SOCESP, durante o Fórum permanente de prevenção a DCV na infância e adolescência, que aconteceu no ano de 2013. Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, a mudança nos hábitos de vida, com o aumento do utilismo, tabagismo, sedentarismo e principalmente o consumo excessivo de alimentos ricos em gordura saturada, bebidas hipercalóricas, determinaram uma pandemia de sobrepeso e obesidade, com consequentes comorbidades como resistência à insulina, diabete mellito tipo II – DMII, arteriosclerose precoce, entre outras. Atualmente, cerca de 20% dos adolescentes brasileiros estão acima do peso (OLIVEIRA, *et al.*, 2015).

Recomendações nutricionais

A puberdade inicia com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e termina quando cessa o crescimento somático. Ao longo desse período, coexistem o elevado ritmo de crescimento e importantes fenômenos maturativos que afetam o tamanho, a forma e a composição do organismo. Há maior demanda de substâncias nutritivas, o que interfere na ingestão alimentar e aumenta as necessidades de nutrientes específicos.

Alguns eventos têm influência direta sobre o equilíbrio nutritivo:

- Início da transformação pubertária.
- Aceleração do crescimento longitudinal.
- Aumento da massa corporal.

- Modificação da composição corporal.
- Variações individuais quanto à atividade física.

Do ponto de vista nutricional, os adolescentes pertencem a uma faixa etária de risco extremamente vulnerável. Nesse estágio de vida, as necessidades energéticas estimadas (Estimated Energy Requirement – EER) são definidas para promover o crescimento e a maturação, manter uma boa saúde e sustentar um nível desejável para atividade física. O gasto energético basal nessa faixa etária é altamente influenciável pela massa livre de gordura, de forma que adolescentes do gênero masculino apresentam maior necessidade de energia e de nutrientes do que o grupo feminino (IOM, 2005).

O crescimento na adolescência é acompanhado por variações nas demandas energéticas. Nessa fase, o pico máximo de necessidade energética coincide com o pico da velocidade de crescimento, onde ocorre aumento do apetite e consequentemente maior ingestão alimentar.

As equações derivadas para a determinação da EER dos adolescentes do gênero masculino e feminino são acrescidas de 25 Kcal referentes à energia de deposição para estimativa do gasto energético total (GET), deve-se levar em consideração o gênero, a idade, a estatura, o peso e a atividade física dos adolescentes.

Macronutrientes

a. Carboidratos:

O valor da ingestão dietética recomendada (Recommended Dietary Allowances – RDA) para carboidratos é de 130 g/dia, baseado na média da quantidade mínima de glicose utilizada pelo cérebro. Foi estabelecida uma faixa de distribuição aceitável de macronutrientes (Acceptable Macronutrient Distribution Range – AMDR), sendo os valores de 45 a 65% (IOM, 2005).

b. Proteínas:

São os maiores componentes estruturais das células no organismo e participam, também, de funções enzimáticas, como componentes de membranas, como transportadores e como hormônios. Funcionam como precursores para ácidos nucleicos, hormônios, vitaminas e outras moléculas. A ingestão adequada de proteínas é essencial para manutenção da integridade e das funções celulares, bem como para uma boa saúde e da reprodução.

O rápido crescimento da massa magra durante o estirão pubertário exige oferta proteica elevada, influenciada por fatores como velocidade de crescimento, estado nutricional prévio, qualidade proteica da alimentação e oferta energética. Não existem dados exatos, até o momento, sobre as necessidades individuais de aminoácidos.

dos para essa faixa etária, e tem-se utilizado a extrapolação dos valores obtidos para crianças e adultos, sendo importante considerar a quantidade em gramas de proteína por Kg de peso por dia (IOM, 2005). Uma dieta que atenda a esse período de rápido crescimento pode requerer cerca de 10-14% da ingestão total de energia em proteína de alta qualidade.

c. Lipídios:

Não foram estabelecidos os valores de limite superior tolerável de ingestão (UL), pois não há um nível definido de ingestão de lipídios no qual um efeito adverso ocorre, apesar de vários estudos terem sido realizados para avaliar se uma determinada quantidade na alimentação é necessária para manter o crescimento normal de adolescentes.

Os resultados desses estudos nos permitem concluir que não há efeitos da ingestão de lipídios no crescimento quando esses são consumidos em quantidades inferiores a 21% da energia total e quando o fornecimento energético total da alimentação é adequado. Entretanto, essas evidências são insuficientes para identificar um nível de ingestão desse nutriente para prevenir doenças crônicas (IOM, 2005).

A quantidade total e o tipo de gordura consumida aumentam o risco cardiovascular, o que pode favorecer o desenvolvimento de resistência insulínica e trazer outros problemas, como diabetes tipo 2, doença coronariana, hipertensão arterial e câncer.

Micronutrientes

a. Minerais:

As necessidades da maioria dos minerais duplicam durante a adolescência, principalmente para cálcio, ferro e zinco.

- Cálcio:

Os padrões alimentares restritivos geralmente adotados por indivíduos dessa faixa etária, competições esportivas influenciam a mineralização óssea, podendo causar osteopenia, osteoporose, amenorreia e atraso puberal. Do total de cálcio corporal, 97% estão contidos na massa esquelética, e essa proporção aumenta durante o estirão puberal, quando o depósito diário de cálcio é quase o dobro do incremento médio para todo o período de crescimento, sendo maior para o gênero masculino.

Portanto, as estimativas das necessidades de cálcio foram baseadas no crescimento, considerando o pico de aumento do conteúdo mineral ósseo total do organismo durante a adolescência, nas perdas de urina, fezes e suor e no ajuste para absorção. Por exemplo, como o conteúdo de cálcio é dependente da estatura, um adolescente

alto, no percentil 95, pode necessitar 36% mais cálcio que um adolescente com estatura no percentil 5.

No gênero feminino, essa diferença é cerca de 20% entre mulheres mais altas e mais baixas. Aproximadamente 20 a 30% do cálcio ingerido é absorvido, por isso a necessidade diária estimada de cálcio é de 1.300 mg por dia (EISENSTEIN, COELHO, COELHO *et al.*, 2000; IOM, 2011), o que equivale a 3 a 5 porções de derivados lácteos, sendo uma porção de leite ou iogurte igual a 240 mL e 1 porção de queijo igual a 2 fatias, ou 40 g.

A boa biodisponibilidade do cálcio nos produtos lácteos é bastante conhecida e parece estar diretamente relacionada com a presença da lactose e da vitamina D, que aumentam sua absorção. Portanto, recomenda-se que 60% das necessidades de cálcio sejam supridas sob a forma de produtos lácteos. A biodisponibilidade de cálcio em outros alimentos pode variar entre 5% (espinafre) e 50% (repolho e brócolis), entretanto a alta fração de absorção desses alimentos não compensa o baixo conteúdo desse mineral. Por exemplo, o conteúdo de cálcio absorvido de um copo de leite (240 mL) equivale a 8 xícaras de espinafre, aproximadamente 4 xícaras de feijão e 2 1/4 xícaras de brócolis (BUENO, CZEPIELEWSKI, 2008).

Alguns fatores interferem na biodisponibilidade de cálcio e diminuem sua absorção, como os fosfatos, fitatos (grãos, sementes, castanhas, isolados de soja), celulose, triglicerídeos de cadeia longa não metabolizados, bloqueadores de secreção ácida, alginatos (magaldrato), oxalatos (chocolate, acelga, espinafre, batata-doce, ruibarbo, feijão), álcool, antiácidos, cortisol, tetraciclina. Aumentam a absorção do cálcio, ácido clorídrico, lactose, lisina, arginina, vitamina D, triglicerídeos de cadeia longa metabolizados, penicilina, cloranfenicol.

De 9 a 18 anos de idade a retenção de cálcio aumenta e depois declina. Esse pico de aumento tipicamente ocorre na média dos 13 anos para o gênero feminino e de 14,5 anos para o masculino. Após a menarca a retenção de cálcio nas adolescentes declina rapidamente com a reabsorção óssea. Medidas de maturação sexual são melhores preditoras da retenção de cálcio do que a idade cronológica durante o período de desenvolvimento. Quando da ingestão insuficiente leva a osteomalacia e a osteoporose.

- Ferro:

Há aumento das necessidades em razão da expansão do volume plasmático para disposição de maior massa eritrocitária e da maior quantidade de mioglobina, importante no desenvolvimento da massa muscular. Devido aos processos fisiológicos que ocorrem nesse grupo etário e que têm maior impacto nas necessidades

de ferro são o crescimento intenso em ambos os gêneros, a menarca em meninas e o aumento da concentração de hemoglobina em meninos, da capacidade respiratória, e dos exercícios físicos.

O conteúdo de ferro da alimentação também é bastante variável, de 4 a 6 mg/1.000 Kcal (EISENSTEIN, *et al.*, 2000). A deficiência de ferro na adolescência é muito frequente. Nesse período de desenvolvimento há elevada prevalência de anemia por inadequação de ferro na dieta e pelo aumento das necessidades desse mineral.

As recomendações de ferro, segundo as DRI, são de 8 mg/dia para ambos os sexos nas idades entre 9 a 13 anos, e de 11 mg/dia e 15 mg/dia (IOM, 2011), respectivamente, para meninos e meninas entre 14 a 18 anos. Ressalta-se a maior biodisponibilidade de ferro heme, encontrado nos alimentos de origem animal, o que faz necessário monitorar o adolescente que ingere pouca quantidade de carnes (bovina, suína, de pescados e de aves) e, principalmente, aquele que é adepto da dieta vegetariana.

- Zinco:

Está associado à atividade catalítica de mais de 200 enzimas e proteínas reguladoras, incluindo fatores de transcrição. Participa da síntese da degradação dos ácidos nucleicos e dos ribossomos. Está envolvido no metabolismo de macronutrientes, sendo essencial nos processos de diferenciação e replicação celulares, assim como nos processos de transporte, função imunológica e informação genética.

Esse oligoelemento está relacionado à regeneração óssea e muscular, ao desenvolvimento ponderal e à maturação sexual. Estima-se, em diversos estudos disponíveis no Brasil, que a deficiência de zinco afeta cerca de 30% de crianças e adolescentes no país. Há relatos de atraso no crescimento e hipogonadismo em adolescentes do sexo masculino com deficiência de zinco. E ainda, na deficiência ocorre diminuição da sensação do paladar e queda de cabelos constante.

A estimativa das necessidades de zinco (9 a 13 anos) considera as perdas intestinais e urinárias desse mineral, bem como as necessidades para o crescimento. Entre 14 e 18 anos de idade, considerou-se também, além dos fatores já citados, a perda menstrual e pelo sêmen.

As recomendações são de 8 a 11 mg/dia (IOM, 2011). A alimentação equilibrada, com todos os grupos de alimentos, é essencial para promover o crescimento potencial máximo durante o estirão.

- Fósforo:

Tem um papel muito importante na estrutura e no funcionamento de todas as células vivas, participando das reações de produção de energia, formação de ossos e dentes, crescimento, construção e reparação de tecidos.

Sua deficiência é rara e os sintomas resultam da síntese diminuída de ATP e de outras moléculas orgânicas contendo fosfato. Podem ocorrer anormalidades neuromusculares, esqueléticas, hematológicas e renais. As recomendações para adolescentes de 9 a 18 anos de idade, são de 1.250 mg/dia. Os alimentos fontes são peixes, queijos, leite, ervilhas, farinha de aveia, feijão cozido, ovos, entre outros (IOM, 2011).

- Magnésio:

Atua no transporte de íons potássio e cálcio, modula a transdução de sinais, participa do metabolismo de energia e da proliferação celular. Na deficiência, o adolescente pode apresentar alguns sintomas neurológicos, incluindo anorexia, apatia e náuseas. Os alimentos ricos em magnésio são a acelga, feijão preto, abacate, peixes, frango, leite integral, ovos e outros. As recomendações para adolescentes de 9 a 13 anos do sexo masculino e feminino é de 240 mg/dia. Para 14 a 18 anos do sexo masculino é de 410 mg/dia, para o sexo feminino de 360 mg/dia. Na gravidez de 14 a 18 anos a recomendação é de 400 mg/dia (IOM, 2011).

Cobre, selênio, manganês e iodo também são fundamentais nessa faixa etária.

b. Vitaminas

A necessidade de vitaminas é maior durante a adolescência. As vitaminas hidrossolúveis, como tiamina, niacina e riboflavina, cumprem relevantes funções no metabolismo energético, portanto é essencial que as recomendações sobre sua ingestão tenham como base a ingestão energética.

As necessidades de B12 são também elevadas, e o risco de carência é especialmente alto nos casos de dietas radicais ou de vegetarianos exclusivos.

- Vitamina D:

A vitamina D está envolvida no metabolismo do cálcio, do fósforo e na mineralização óssea, sendo necessária em maior quantidade no período de maior velocidade do crescimento ósseo.

As manifestações clínicas da deficiência de vitamina D são relacionadas ao metabolismo do cálcio e podem demorar meses para aparecer na dependência da velocidade de crescimento, do grau de deficiência dessa vitamina e do conteúdo de cálcio na dieta. Hipocalcemia, hipofosfatemia, tetania, osteomalacia e raquitismo são os achados mais comuns.

São considerados grupos de risco para deficiência os adolescentes com pele escura, limitada exposição ao sol e necessidade de rigorosa fotoproteção, com má-absorção de gorduras, insuficiência renal e síndrome nefrótica ou em uso de drogas como rifampicina, isoniazida e anticonvulsivantes (fenitoína e fenobarbital). Na obesidade

ocorre sequestro de parte da vitamina D no tecido adiposo, no entanto, ainda não é claro se essa redistribuição tem impacto na mineralização óssea (MISRA, PACAUD, PETRYK *et al.*, 2008).

Em 2011, o Institute of Medicine aumentou a recomendação de vitamina D, estabelecendo um valor de referência (adequate intake) de 600 UI/dia (RDA) para crianças de 1 a 18 anos de idade.

- Vitamina C:

Adolescentes fumantes e aquelas que utilizam contraceptivos orais podem apresentar deficiência de vitamina C. Essencial para síntese de colágeno e importante na absorção do ferro não heme. Sua deficiência leva ao escorbuto. Os principais alimentos fontes são a acerola, o caju, goiaba, tomate e frutas cítricas (laranja, limão, mexerica, tangerina, etc). Sua recomendação para adolescentes do gênero masculino e feminino nas faixas etárias de 9 a 13 anos, 1200 mg/dia, 14 a 18 anos, 1800 mg/dia, também na gestação e lactação nessa faixa etária (IOM, 2011).

- Ácido Fólico:

O ácido fólico é importante durante os períodos de grande replicação celular e de crescimento. O ácido fólico está amplamente distribuído nos alimentos e suas boas fontes incluem vegetais verde-escuros, fígado, legumes e algumas frutas. Sua deficiência leva a anemia megaloblástica. Sua recomendação para adolescentes entre 9 a 13 anos do sexo masculino e feminino é de 600 mcg/dia. Aos 14 a 18 anos, respectivamente para ambos os sexos é de 800 mcg/dia. E os mesmos valores nessa faixa etária na gestação e lactação (IOM, 2011).

- Vitamina A:

Entre as vitaminas lipossolúveis, as necessidades de vitamina A aumentam consideravelmente nos períodos de crescimento acelerado, por sua participação na diferenciação e proliferação celular. A vitamina A é extremamente importante para o crescimento linear e para maturação sexual. As recomendações são consideradas por gênero, em razão das diferenças que ocorrem durante esse período e da influência hormonal nos valores sanguíneos dessa vitamina independentemente de suas reservas. Sua deficiência pode acarretar a cegueira noturna, queratinização das mucosas, dificultando a função de barreira protetora contra infecções dessas mucosas.

Os alimentos fontes são os produtos de origem animal, vegetais folhosos, legumes e frutas de palmeiras, como dendê e buriti (carotenos com atividade de pró-vitamina A). Sua recomendação na faixa etária de 9 a 13 anos, para ambos os sexos, é de 1.700 mcg/dia, 14 a 18 anos, 2.800 mcg/dia, e os mesmos valores para essa faixa etária na gestação e lactação (IOM, 2011).

Inquéritos populacionais brasileiros

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) disponibilizou material que se refere ao perfil nutricional da população brasileira segundo inquéritos populacionais, representados em gráficos, quanto à transição nutricional e o excesso de peso do escolar nos períodos de 1974-1975, 1989 e 2008-2009. Quanto ao excesso de peso, constatou-se que em 1974-1975 a prevalência era de 11,3%, tendo uma evolução para 41,1% em 2008-09, para ambos os sexos, em relação ao perfil nutricional da população brasileira. Em relação ao déficit de peso na população de 10 a 19 anos, houve queda de 1974-1975 a 2008-09, em que 15,2% dos adolescentes encontravam-se abaixo do peso, seguido de 9,6%, respectivamente. Quanto à obesidade, houve o inverso, pois em 1974-1975, apenas 0,9% dos adolescentes apresentavam obesidade, porém em 2008-2009, 6,3% de tal população já estavam obesos, sendo a prevalência no sexo masculino, de 5,9%. A avaliação do estado nutricional da população de adolescentes foi estudada pela POF (pesquisa de orçamentos familiares) em 2008-2009, e levou em conta apenas o índice antropométrico IMC para idade, pois durante a adolescência, embora também sofra influência do estágio da maturação sexual, reflete o estado nutricional dos indivíduos, em particular o status do balanço energético e a extensão dos depósitos de tecido adiposo na massa corporal do adolescente. O excesso de peso em adolescentes oscilou, nos dois sexos, de 16% a 19% nas Regiões Norte e Nordeste (cerca de cinco vezes a prevalência do déficit de peso) e de 20% a 27% nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (cerca de sete a dez vezes a prevalência do déficit de peso).

Em ambos os sexos, o excesso de peso tendeu a ser mais frequente no meio urbano do que no meio rural, em particular nas Regiões Norte e Nordeste. Houve melhora na qualidade da dieta quando relacionado ao aumento no consumo de carnes, leites e derivados, entre 1974 e 2009, porém, seguido do acréscimo no consumo de alimentos ricos em açúcar, sódio, gordura saturada e gorduras trans (biscoitos, refrigerantes e refeições prontas). O mais preocupante foi quanto à redução na ingestão de alguns grupos alimentares, como arroz, feijões, raízes e tubérculos. O consumo de frutas, verduras e legumes também foi reduzido, e em 2003 correspondia a 2,3% do total de calorias, sendo que a indicação é de 6-7% (mínimo de 400g/dia), ou seja, atingindo menos de 50% da recomendação diária. Em resumo, entre o período de 1974 a 2003, houve aumento no consumo de lipídeos (de 25,7% para 30,5%), queda no consumo de carboidratos (61,6% para 55,9%), quanto ao consumo de proteínas, manteve-se a média do percentual de ingestão 12,57% para 13,58% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Na última década, o estímulo para o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras tornou-se uma prioridade de saúde pública em muitos países como uma forma de proteção contra o risco de obesidade (HEO, M *et al.*, 2011), diabetes melito tipo II, (LI, *et al.*, 2014), doenças cardiovasculares (WOODSIDE, 2013, OYEBODE *et al.*, 2014), e alguns tipos de câncer (WHO, 2003).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que 2,7 milhões de mortes registradas em todo o mundo em 2000 poderiam ter sido evitadas com o consumo adequado de frutas, legumes e verduras, o que reduziria em 1,8% a carga global de doenças (WHO, 2003)

No Brasil esse consumo está abaixo do recomendado pela OMS, que defende o consumo diário de, pelo menos, 400g de frutas, legumes e verduras, o equivalente a cinco porções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Em uma pesquisa telefônica conduzida pela VIGITEL nas capitais brasileiras em 2010, a frequência de adultos que consomem a quantidade recomendada variou de 11,3% em Rio Branco (Acre, Região Norte) para 24,8% em Florianópolis (Santa Catarina, Região Sul). As frequências mais baixas, para os homens, ocorreram em Rio Branco (Acre, 10,0%), Macapá (Amapá, 10,6%) e Aracaju (Sergipe, 11,2%); e, para as mulheres, em Rio Branco (Acre, 12,5%), Manaus (Amazonas, 14,9%) e Macapá (Amapá, 15,3%) (VIGITEL BRASIL, 2012).

Hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo de álcool, níveis insuficientes de atividade física, obesidade e tempo excessivo em atividades de lazer sedentárias são alguns dos comportamentos mais comuns durante a adolescência (FARIAS, *et al.*, 2011).

Adolescentes demonstram consumo excessivo de refrigerantes, açúcares e lanches tipo *fastfood* com alto teor de gordura (especialmente gordura saturadas) e baixa ingestão de fibras e potássio (ENDPAP LL *et al* 2014).

No estudo de SILVA, Fabiana MA *et al* 2016, houve uma alta prevalência de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de Sergipe. Apenas 11,4% dos jovens atenderam às recomendações sobre o consumo diário desses alimentos. Esse resultado é consistente com estudos anteriores em outros países, que também revelaram consumo inadequado de frutas, legumes e verduras entre os adolescentes.

Um estudo feito na Europa (DIETHELM *et al.*, 2012), revelou que os adolescentes consomem metade da quantidade recomendada de frutas, legumes e verduras. Uma pesquisa feita na China verificou que apenas 9% e 14% dos adolescentes atingiram os valores diários mínimos recomendados para o consumo de vegetais e frutas, respectivamente (ZHANG *et al.*, 2012).

Em relação aos estudos sobre o consumo de frutas, legumes e verduras no Brasil, esses têm mostrado que apenas 15% dos estudantes de Florianópolis (SC) (ASSIS, MA *et al.*, 2010), 6,5% de Caruaru (PE), 5,3% de Pelotas (RS) e 2,7% no Estado de Santa Catarina, consomem a quantidade recomendada de frutas e vegetais. Em Pernambuco, um em cada três adolescentes não consome frutas, legumes e verduras pelo menos uma vez por dia e 62,9% deles estão expostos diariamente ao consumo excessivo de refrigerantes (SILVA, *et al.*, 2015).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) apontou que 21% dos alunos não consomem frutas e 26,8% não comem legumes e verduras em qualquer dia da semana. Além disso, houve uma associação positiva entre o consumo de frutas, legumes e verduras e as variáveis relacionadas a outros comportamentos de risco à saúde. Os resultados revelaram que os baixos níveis de atividade física, exposição ao comportamento sedentário, consumo de refrigerantes e presença de sobrepeso/obesidade aumentam a probabilidade de baixo consumo de frutas, legumes e verduras, com algumas diferenças entre os sexos. Os adolescentes do sexo masculino foram influenciados por um número maior de fatores (consumo de refrigerantes, exposição ao comportamento sedentário e baixo nível de atividade física) do que os do sexo feminino (consumo de refrigerantes e sobrepeso/obesidade) (IBGE, 2009).

As transformações demográficas, econômicas e sociais ocorridas nas últimas décadas propiciaram mudanças importantes na estrutura etária, de morbimortalidade e de saúde das sociedades modernas (BATISTA, *et al.*, 2003)

No geral, os três fatores de risco que mais contribuem para a carga global de doenças são: a dieta, a pressão arterial elevada e o consumo de álcool (ABIR, 2017).

Dados da última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2008/2009) mostram que dentre os produtos alimentícios que apresentaram aumento do consumo de suas quantidades *per capita* médias destaca-se o refrigerante de cola (39,3%) (IBGE, 2011)

O refrigerante e as bebidas açucaradas apresentam elevada densidade energética resultante do alto conteúdo de açúcar e alto índice glicêmico. Ressalta-se que uma lata de refrigerante do tipo cola contém cerca de sete a nove colheres de sopa de açúcar, portanto, os refrigerantes fornecem elevada densidade calórica, sem nenhum valor nutricional e merece destaque, particularmente, por esse ser um hábito dietético comum, durante a infância e adolescência (SWEETMAN *et al.*, 2008).

Cabe destacar que, de acordo com Associação Brasileira das Indústrias de Refrigerantes e Bebidas Não

Alcoólicas, o refrigerante é uma bebida industrializada, não alcoólica, carbonatada, adicionada de aromas, com alto poder refrescante (ABIR, 2008)

Além disso, o excesso de açúcar presente nos refrigerantes e no seu consumo excessivo pode causar cáries, diminuição da massa óssea, excesso de peso, gastrite e diabetes tipo 2 (SOHN, *et al.*, 2006; SLATER, *et al.*, 2010)

Em alguns casos o seu consumo excessivo também pode favorecer o estresse, a hiperatividade, bem como hipertensão e aumento dos níveis de triglicerídeos sanguíneos, do colesterol total e da fração da lipoproteína de baixa densidade (LDL-colesterol) (WELSH, 2010; BROWN, 2011).

Atualmente, não existem recomendações que limitem a ingestão de refrigerantes para o público infantil. De acordo com o Guia Alimentar Brasileiro é importante estimular o consumo de uma maior variedade de alimentos “in natura”, que incluam pães, cereais, frutas e hortaliças, utilizando-se sal e açúcar com moderação. Além disso, o guia orienta para a redução no consumo de bebidas processadas com alta concentração de açúcar, categoria de alimentos que inclui os refrigerantes (BRASIL, 2006)

No estudo de TOMAZ *et al.*, (2014), observou-se que a maioria dos estudantes relatou ter o hábito frequentemente de consumir refrigerantes, comer doces e assistir televisão durante as principais refeições. Alguns estudos também encontraram resultados semelhantes para o consumo de refrigerantes e doces em crianças e adolescentes (FLORES; ZANINE, 2013).

Em relação ao refrigerante, esse é um líquido calórico e que possui em sua composição substâncias como o sódio, carboidratos e, principalmente, o açúcar, fato que o faz ser bastante consumido por crianças de todas as idades. Estudos mostram que o consumo de produto sob a forma líquida pode ter efeitos fisiológicos diferenciados dos alimentos no estado sólido, resultado da não ativação dos centros de saciedade, levando o indivíduo a ter maior ingestão energética quando comparado com o consumo de alimentos sólidos (MOURÃO *et al.*, 2009).

O refrigerante, assim como o consumo de doces, pode estar associado ao aumento do peso, sendo assim, é importante que seu consumo seja limitado, ou até mesmo abolido da dieta das crianças, principalmente se essas apresentam ganho de peso (LOPES, 2010).

Vale ressaltar que o hábito de assistir televisão durante as principais refeições que apresentou alta frequência (90,4%) nesse estudo pode estar relacionado com um consumo alimentar inadequado em crianças e adolescentes. Rossi e colaboradores encontraram associação significativa entre o hábito de assistir televisão e a inges-

tão alimentar, verificando-se que crianças e adolescentes que despendem maior tempo com a televisão tendem a ingerir menos frutas e verduras e mais porções de salgadinhos, doces e bebidas com elevado teor de açúcar (ROSSI *et al.*, 2010).

O hábito de assistir televisão durante as refeições distrai a atenção da comida, fazendo com que ocorra diminuição da capacidade de registro da quantidade de alimentos ingeridos, e assim, grandes volumes são consumidos sem a percepção da saciedade. Os resultados da PeNSE, 2009, apontaram que é muito elevada a proporção de jovens (79,5%) que passam duas ou mais horas em frente à TV. O consumo frequente de doces e refrigerantes e o hábito de assistir televisão durante as refeições constitui um hábito alimentar inadequado e contribui para hábitos sedentários limitando a realização de atividades importantes, como brincar, ler, praticar atividades físicas e interagir com amigos e familiares. Além disso, o público infantil é o principal alvo de propagandas indiscriminadas vinculadas a alimentos e bebidas açucaradas (CARVALHO, 2009; FLORES, 2013).

O consumo de líquidos durante as refeições não é aconselhável e deve ser controlado, pois pode ocorrer distensão gástrica e estímulo de saciedade precocemente, diminuindo a ingestão de alimentos mais nutritivos, resultado da capacidade gástrica infantil ser reduzida em comparação com a de um adulto e o foco principal do momento é a refeição, logo deve ser ofertada após a refeição, de preferência água e sucos naturais (SILVA, 2009; WEFFORT, 2011).

A tendência no consumo de alimentos ricos em açúcares simples é motivo de preocupação tendo em vista os efeitos deletérios desses alimentos quando consumidos de forma desarmoniosa em relação ao conjunto da alimentação. A ingestão energética excessiva pode ser proveniente do aumento da oferta de alimentos em grandes quantidades, podendo repercutir sobre o aumento da prevalência de excesso de peso (CARMO, *et al.*, 2006)

Segundo Estima *et al.* 2011, é possível que os adolescentes substituam o leite pelo refrigerante por causa do seu sabor. Essa característica é um dos fatores principais que fazem com que os indivíduos realizem suas escolhas alimentares, independentemente de sua situação econômica ou da disponibilidade, sendo tal característica menos negociável no momento da escolha e da compra dos mesmos. No referido estudo, a maioria dos adolescentes afirmou tomar refrigerante por causa do sabor e 13% dos alunos avaliados disseram consumi-lo por sede.

Segundo Veiga *et al.*, 2013, inadequações na ingestão de micronutrientes são particularmente preocupantes na adolescência quando as necessidades estão aumentadas

devido ao estirão de crescimento e às transformações corporais inerentes à puberdade. O desenvolvimento de intervenções para redução dessas inadequações, assim como para diminuição do consumo excessivo de alimentos associados à obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis, consistem em um desafio para as políticas públicas de promoção da saúde na adolescência e, conseqüentemente, na vida adulta (VEIGA, Glória Maria *et al.*, 2013).

Decorrente a esse estilo de vida e hábitos alimentares, os adolescentes também são suscetíveis a deficiências nutricionais, especialmente ferro, cálcio, zinco e vitaminas A, C, D, E e B, devido ao aumento da demanda de nutrientes para satisfazer a taxa de crescimento rápido que seu corpo passa nessa fase da vida (SPEAR, BA, 2002). Estudo com amostra probabilística, na cidade de São Paulo do Sudeste do Brasil, revelou alta proporção de adolescentes de 14 a 18 anos com deficiência na ingestão de magnésio, vitaminas A, B6, C e E (VERLY *et al.*, 2011).

No estudo onde foram avaliados dados de 71.791 adolescentes de 12 a 17 anos que participaram do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), realizado em 2013-2014, foi observado que os micronutrientes que apresentaram as maiores prevalências de inadequação (> 50,0%) foram cálcio, fósforo e vitaminas E e A. A inadequação do consumo de vitamina E e cálcio atingiram 100% dos adolescentes, independentemente de sexo, idade e região. Em relação ao sódio, mais de 80,0% dos adolescentes apresentaram ingestão superior ao valor de ingestão máximo tolerável, sendo que para os meninos esse valor foi de quase 100%. A inadequação do consumo de ferro foi maior entre o sexo feminino, especialmente na faixa etária de 14 a 17 anos (14,0% das meninas com inadequação contra 0,9% dos meninos). A prevalência de inadequação do consumo de fósforo também foi maior nas meninas, atingindo 60,0% das adolescentes de 14 a 17 anos, ao passo que nos meninos da mesma faixa etária a prevalência de inadequação foi de 26,0%. Já para vitamina C, os valores de inadequação foram maiores entre os adolescentes do sexo masculino, sendo de 23,0% para os meninos de 14 a 17 anos e 8,0% para as meninas da mesma faixa etária. A vitamina B12 e o zinco foram os nutrientes com as menores prevalências de inadequação. A ingestão de zinco foi adequada para 99,0% dos adolescentes do sexo masculino de 14 a 17 anos e a de B12 foi adequada para 100% das meninas de 12 a 13 anos. As prevalências de inadequação foram em geral similares entre as macrorregiões.

Quanto à contribuição percentual dos macronutrientes, para a ingestão energética total, as médias estimadas,

no presente estudo para carboidratos, proteínas e lipídios estão dentro dos limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Não houve variação importante na contribuição calórica de macronutrientes entre as macrorregiões. Em relação aos micronutrientes, cálcio e sódio foram os minerais que apresentaram as maiores prevalências de inadequação: 99,0% das meninas com inadequação de cálcio, valor superior ao encontrado no INA (Inquérito Nacional de Alimentação), (cerca de 97,0%). A inadequação do consumo de cálcio observada pode ser explicada, pela persistência da baixa prevalência de ingestão de leite e derivados entre os adolescentes. Quanto ao consumo de sódio, a prevalência de adolescentes com o consumo acima do nível máximo recomendado variou de 84,0% entre as meninas de 12 a 13 anos a 99,0% entre os meninos de 14 a 17 anos, refletindo a elevada ingestão de alimentos com alto teor de sódio pelos adolescentes, como biscoitos salgados e carnes processadas.

Os valores de prevalência de inadequação de sódio foram maiores no ERICA quando comparados aos valores de inadequação obtidos no INA, cujo valor máximo observado foi de 89,0% entre os meninos de 14 a 18 anos. Para o ferro, a prevalência de inadequação foi cerca de seis vezes maior nas adolescentes de 14 a 17 anos quando comparadas às adolescentes de 12 a 13 anos. Maior prevalência de inadequação do consumo de ferro entre meninas mais velhas também foi observada entre as adolescentes do INA; porém, a prevalência de inadequação foi maior que a observada no presente estudo (24,0% *versus* 14,0%, respectivamente) (BRISTOIS, *et al.*, 2014).

As vitaminas A e E foram as que apresentaram maior prevalência de inadequação, com destaque para a vitamina E, cujo consumo inadequado atingiu 100% dos adolescentes. Os valores encontrados, no presente estudo, para esses micronutrientes, são similares aos encontrados entre os adolescentes do INA. No entanto, as prevalências de inadequação de vitamina C entre os adolescentes do ERICA foram menores do que as obtidas no INA. Entre as meninas de 12 a 13 anos a prevalência de inadequação foi de 2,0% no ERICA, ao passo que no INA essa prevalência foi de 33,0% entre as meninas de 10 a 13 anos. Esses valores podem ser explicados em parte pelas diferenças na faixa etária e pela maior prevalência de consumo de sucos e refrescos entre os adolescentes do ERICA, apesar da manutenção do baixo consumo de frutas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também estabelece EAR para ferro e vitaminas A e B12. Entretanto, quando comparados aos pontos de corte estabelecidos pelo IOM, as diferenças mais relevantes são para a vitamina A e o ferro. Os pontos de cortes propostos pela

OMS para vitamina A (330-400 mg) são menores do que os estabelecidos pelo IOM; consequentemente, seriam encontrados valores de prevalência de inadequação mais baixos caso fosse utilizada a recomendação da OMS.

A prevalência de inadequação de vitamina A seria de cerca de 40,0% e 30,0% para meninas e meninos, respectivamente, se considerado como ponto de corte o limite inferior da recomendação de vitamina A de 330 mg. Para o ferro, os valores de EAR para as faixas etárias mais velhas (15 a 17 anos) são superiores aos estabelecidos pelo IOM (9,0 *versus* 7,9 para meninas e 9,6 *versus* 7,7 para meninos). A prevalência de inadequação de ferro seria de aproximadamente 10,0% entre as meninas e cerca de 5,0% entre os meninos de acordo com a OMS (SOUZA, *et al.*, 2016).

Devido à participação da radiação solar no metabolismo da vitamina D, um estudo da revisão avaliou as variações sazonais e demonstrou maiores níveis séricos de vitamina D nas estações do ano com temperaturas mais altas, primavera e verão (BUISSON *et al.*, 2004; JACKSON *et al.*, 2012).

Em outro estudo, entretanto, essa variação não foi demonstrada (GARRIDO *et al.*, 2012). Outro fator determinante para a adequação dos níveis séricos de vitamina D e cálcio é a ingestão alimentar adequada. Na doença falciforme as necessidades nutricionais são maiores, devido ao maior requerimento de energia (ROVNER, *et al.*, 2008).

Estudos que avaliaram a ingestão alimentar de sujeitos que apresentaram deficiência de vitamina D demonstraram que o consumo alimentar da vitamina não é adequado (BUISSON, *et al.*, 2004; ROVNER, *et al.*, 2008).

O consumo de vitamina D se apresentou abaixo dos valores recomendados de 200 UI (5mg/dia) (BUISSON, *et al.*, 2004; INSTITUTE OF MEDICINE (US), 1997).

O baixo consumo de leite, fonte de cálcio e vitamina D, tende a declinar com a idade e levar a nível sérico de vitamina cada vez mais baixo com o decorrer da idade (BUISSON, *et al.*, 2004).

A diferença no decorrer da idade também foi demonstrada por Garrido *et al.* que relataram níveis séricos de vitamina D em crianças menores do que cinco anos, mas nas crianças com idade maior do que cinco anos, essa deficiência se mostrou ainda mais acentuada. Nenhuma criança maior do que cinco anos apresentou níveis aceitáveis de vitamina D (JACKSON, *et al.*, 2012).

Tais resultados são paralelos ao de outro estudo que mostrou correlação inversa entre os níveis de vitamina D e a idade, ou seja, quanto maior a idade, menores os níveis de vitamina D. Nesse estudo, os níveis séricos de osteocalcina foram menores do que os valores encontrados em crianças saudáveis, o que pode ser uma consequência da deficiência de vitamina D (LAL, *et al.*, 2006).

A osteocalcina, que participa da mineralização óssea, é sintetizada pelos osteoblastos e sua indução ocorre pela vitamina D3. Os níveis de osteocalcina são maiores durante a infância e seu pico ocorre durante a puberdade (BRINGHURST *et al.*, 2003).

Esse fato pode explicar essa correlação inversa, já que quanto maior a idade, maior a produção de osteocalcina (OLIVEIRA, *et al.*, 2015).

Diante desse quadro, faz-se necessárias ações voltadas para a promoção de hábitos alimentares saudáveis através de educação alimentar e nutricional nas escolas e nos lares, contando com professores, pais e profissionais da área da nutrição para promover o hábito alimentar saudável e a atividade física nessa faixa etária de rápido e intenso crescimento e desenvolvimento na vida humana.

Bibliografia

ABESO, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. 4ª EDIÇÃO: Diretrizes Brasileiras de Obesidade – 2016. São Paulo: Abeso, 2016. 188 p.

ABIR. Associação Brasileira das Indústrias de Refrigerantes e de Bebidas Não Alcoólicas. Histórico do setor. Disponível em: Acesso em: 16 mai. 2017.

ASSIS, MA, Calvo MC, Kupek E, *et al.* Qualitative analysis of the diet of a probabilistic sample of schoolchildren from Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil, using the previous day food questionnaire. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26: 1355-65.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. S181-S191, 2003. Suplemento 1.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Atenção à Saúde Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília. 2006. Disponível em: acesso em 16 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Coordenação-Geral da Política de Alimentação

- e Nutrição. Perfil nutricional da população brasileira segundo inquéritos populacionais (POF, PNDS e outros) e o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) quanto a transição nutricional e excesso de peso do escolar. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRINGHURST FR, Demay MB, Kronenberg HM. Hormones and disorders of mineral metabolism. In: Larsen PR, Kronenberg HM, Melmed S, Kronenberg HM, editors. Williams textbook of endocrinology. Philadelphia: Saunders; 2003. p. 1318-20.
- BRISTOIS, TD, Marsden SL, Anderson GH, Sievenpiper JL. Estimated intakes and sources of total and added sugars in the Canadian diet. *Nutrients*. 2014; 6(5): 1889-912. DOI: 10.3390/nu6051899.
- BROWN, I. J. *et al.* Sugar-sweetened beverage, sugar intake of individuals, and their blood pressure: International Study of Macro/Micronutrients and Blood pressure. *Hypertension: Journal of the American Heart Association*, Dallas, TX, v. 57, n. 2, p. 695-701, fev. 2011.
- BUENO AL, CZEPIELEWSKI MA. The importance for growth of dietary intake of calcium and vitamin D. *Jornal de Pediatria*, 2008; 84(5): 386-394.
- BUISON AM, Kawchak DA, Schall J *et al.* Low vitamin D status in children with sickle cell disease. *J Pediatr*. 2004; 145: 622-7.
- CARMO, Marina B. do; TORAL, Natacha; SILVA, Marina V. da *et al.* Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba, São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2006.
- CARVALHO, E. B. Influência das propagandas de televisão na alimentação de crianças e adolescentes. In: BOCCALETTO, E. M. A.; MENDES, R. T. (Org.). Alimentação, atividade física e qualidade de vida dos escolares do município de Vinhedo, SP. Campinas: Ipes Editorial, 1 ed., v. 1, p. 23-30, 2009.
- DIETHELM K, Jankovic N, Moreno LA *et al.* Food intake of European adolescents in the light of different food-based dietary guidelines: results of the HELENA (Health Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr*. 2012; 15: 386-98.
- EISENSTEIN E, COELHO KSC, COELHO SC, COELHO MASC. Nutrição na adolescência. *J. Pediatr* 2000; 76(Suppl.3): 263-74.
- ESTIMA, Camilla C. P; Pilippi, Sônia T; Araki, E.L *et al.* Consumo de bebidas e refrigerantes por adolescentes de uma escola pública. *Rev Paul Pediatr* 2011; 29(1): 41-5.
- FARIAS JUNIOR JC, Mendes JK, Barbosa DB *et al.* Cardiovascular risk factors for adolescents: prevalence and association with sociodemographic factors. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14: 50-62. ENDPAP LL, Ferreira MG, Rodrigues PR *et al.* Adolescents' diet quality and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30: 97-106.
- FLORES, T. R. *et al.* Consumo de refrigerantes entre escolares de séries iniciais da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, RS, v. 6, n. 1, p. 59-66, jan./abr. 2013.
- FLORES, T. R. *et al.* Consumo de refrigerantes entre escolares de séries iniciais da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, RS, v. 6, n. 1, p. 59-66, jan./abr. 2013.
- GARNETT S. P, HÖGLER W, BLADES B, BAUR L. A., PEAT J, LEE J., *et al.* Relation between hormones and body composition, including bone, in prepubertal children. *Am. J Clin Nutr USA* 2004; 80(4): 966-72.
- GARRIDO, C, Cela E, Beléndez C *et al.* Status of vitamin D in children with sickle cell disease living in Madrid, Spain. *Eur J Pediatr*. 2012; 171: 1793-8.
- HEO M, Kim RS, Wylie-Rosett J *et al.* Inverse association between fruit and vegetable intake and BMI even after controlling for demographic, socioeconomic and lifestyle factors. *Obes Facts*. 2011; 4: 449-55.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009. Rio de Janeiro. IBGE. 2009. Disponível em: Acesso em 16 mai. 2017.
- INSTITUTE OF MEDICINE (US) Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. Dietary reference intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride. Washington: National Academy Press; 1997. p. 250-87.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
- IOM Institute of Medicine/Food and Nutrition Board. Dietary Reference intakes energy carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids (macronutrients). Washington, DC: National Academy Press, 2005.
- IOM Institute of Medicine/Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. Washington, DC: National Academy Press, 2011.
- JACKSON TC, Krauss MJ, De Baun MR *et al.* Vitamin-D deficiency and comorbidities in children with sickle cell anemia. *Pediatr Hematol Oncol*. 2012; 29: 261-6.
- LAL A, Fung EB, Pakbaz Z *et al.* Bone mineral density in children with sickle cell anemia. *Pediatr Blood Cancer*. 2006; 47: 901-6.
- LI M, Fan Y, Zhang X *et al.* Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ Open*. 2014; 4: e005497.
- LOPES, P. C. S.; PRADO, S. R. L. A.; COLOMBO, P. Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 63, no. 1, Brasília, jan./fev. 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
- MISRA M, PACAUD D, PETRYK A, COLLETT-SOLBERG PF, KAPPY M. Drug and Therapeutics Committee of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. Vitamin D deficiency in children and its management: review of current knowledge and recommendations. *Pediatrics* 2008; 122: 398-417.
- MOURÃO, D. M.; BRESSAN, J. Influência de alimentos líquidos e sólidos no controle do apetite. *Revista de Nutrição*, Campinas, SP, v. 22, n. 4, p.537-547, jul./ago., 2009.

- OLIVEIRA, Berlanis Miranda de.; Vieira, Evanice Menezes Marçal.; Rousch, Rafaelle Aparecida Verão Quevedo Gomes *et al.* Hábitos Alimentares Relacionados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares em Adolescentes. *Uniciências*, v.19, n.1, p. 55-61,2015.
- OLIVEIRA, Jaqueline Faria, Vicente Natália Gomes, Santos, Juliana pereira Pontes Santos *et al.* Vitamina D em crianças e adolescentes com doença falciforme: uma revisão integrativa. *Rev Paul Pediatr.* 2015; 33(3): 349-354.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Geneva (CH); 1995.
- OYEBODE O, Gordon-Dseagu V, Walker A *et al.* Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analysis of Health Survey for England data. *J Epidemiol Community Health.* 2014; 68: 856-62.
- ROSSI, C. E. *et al.* Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Revista de Nutrição, Campinas, SP*, v. 23, n. 4, p. 607-620, jul./ago. 2010.
- ROVNER AJ, Stallings VA, Kawchak DA, Schall *et al.* High risk of vitamin D deficiency in children with sickle cell disease. *J Am Diet Assoc.* 2008; 108: 1512-6.
- SÁ CELSO PEREIRA. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro (RJ): Edu RJ; 1998.
- SILVA, C. C. Alimentação e Crescimento Saudável em Escolares. In: BOCCALETTO, E. M. A.; MENDES, R. T. (Org.). Alimentação, atividade física e qualidade de vida dos escolares do município de Vinhedo, SP. 1 ed. Campinas: Ipês Editorial, v. 1, p. 15-21, 2009.
- SILVA, Fabiana MA, Menezes, Ademir S e Duarte, Maria de Fátima da Silvia. Consumo de frutas e vegetais associados a outros comportamentos de risco em adolescentes no Nordeste do Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.09.004>.
- SILVA, FABIANA MA, Menezes, Ademir S e Duarte, Maria de Fátima da Silvia. Consumo de frutas e vegetais associados a outros comportamentos de risco em adolescentes no Nordeste do Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.09.004>.
- SILVA, JulyanaGall da, Teixeira, Maria Luiza de Oliveira e Ferreira Márcia de Assunção. ALIMENTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA E AS RELAÇÕES COM A SAÚDE DO ADOLESCENTE, Florianópolis 2014, 23(4): 1095-103, Out/Dez, 2014.
- SLATER, P. J. *et al.* Patterns of soft drink consumption and primary tooth extractions in Queensland children. *Australian Dental Journal, Australia*, v. 55, p. 430-435, dec. 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.148 p.
- SOHN, W; BURT, B.A; SOWERS, M. R. Carbonated soft drinks and dental caries in the primary dentition. *Journal of Dental Research, Boston*, v. 85, no. 3, p. 262-266, march 2006.
- SOUZA, Amanda de Moura, Barufaldi, Laura Augusta, Abreu, Gabriela de Azevedo *et al.* ERICA: ingestão de macro e micronutrientes em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(supl 1): 5s
- SPEAR, BA. Adolescent growth and development. *J Am Diet Assoc.* 2002; 102(3 Suppl): S23-9.
- SWEETMAN, C; WARDLE, J; COOKE, L. Soft drinks and 'desire to drink' in preschoolers. *International Journal Behavioral Nutritional and Physical Activity, Londres*, v. 5, p. 60, dec. 2008.
- TOMAZ, MARCILENE, Ramos, Andréia Aparecida de Miranda eMendes LL. Consumo de refrigerantes e fatores relacionados aos hábitos alimentares de crianças e adolescentes de escolas municipais da região nordeste de Juiz de fora. *hu Revista, Juiz de Fora*, v. 40, n. 3 e 4, p. 189-194, jul./dez. 2014.
- VEIGA, Gloria M. da, Costa. Rosana S. da, Araújo. Marina C. Araújo. Inadequate micronutrient intake in adolescents. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(1).
- VERLY, Júnior E, Cesar CLG, Fisberg RM *et al.* Socio-economic variables influence the prevalence of inadequate nutrient intake in Brazilian adolescents: results from a population-based survey. *Public Health Nutr*: 2011; 14(9): 1533-8. DOI: 10.1017/S1368980011000760.
- WEFFORT, V. R. S. *et al.* Lanche Saudável – Manual de orientação. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia, São Paulo. 2011. Disponível em: Acesso em: 17 maio 2017.
- WELSH, J. A. *et al.* Caloric sweetener consumption and dyslipidemia among US adults. *The Journal of the American Medical Association, Chicago*, v. 303, no. 15, p. 1490-1497, apr. 2010.
- WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION. Nutrition in adolescent – issues and challenges for the health and development. Geneva: WHO, 2005.
- WOODSIDE, JV; Young IS; McKinley MC. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease. *Proc Nutr Soc.* 2013; 72: 399-406.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fruit and vegetable promotion initiative-report of the meeting. Geneva: WHO; 2003.
- ZANG CX, Chen YM, Chen WQ *et al.* Food group intake among adolescents in Guangzhou city compared with the Chinese dietary guidelines. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2012; 21: 450-6.
- ZANINE, R. V. *et al.* Consumo diário de refrigerantes, doces e frituras em adolescentes do Nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 12, p. 3739-3750, dez. 2013.



O impacto da síndrome metabólica sobre a massa óssea de adolescentes

26

Valéria Nóbrega da Silva¹, Luciana Nunes Mosca² e Tamara Beres Lederer Goldberg³

Síndrome metabólica

No contexto mundial do aumento da obesidade e de outros fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes, destaca-se a síndrome metabólica (MetS), condição clínico-metabólica caracterizada pela associação entre obesidade central, alterações no metabolismo glicídico (hiperinsulinismo, resistência à insulina, intolerância à glicose e hiperglicemia), dislipidemia (aumento dos triglicérides e diminuição do HDL-colesterol), hipertensão arterial, que predispõem os indivíduos afetados ao desenvolvimento de *Diabetes Mellitus* tipo 2 e doenças cardiovasculares.

Essa síndrome foi identificada pela primeira vez em 1922, e tem sido nomeada por diferentes terminologias como quarteto mortal, síndrome X, síndrome plurimetabólica ou síndrome da resistência à insulina. O termo síndrome metabólica foi sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998. A partir daí, diversos órgãos internacionais têm proposto alguns critérios próprios para identificar a ocorrência dessa síndrome.

As três principais definições clínicas da MetS utilizadas em adultos são as propostas pela OMS, pelo *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) e pela *International Diabetes Federation* (IDF). Embora os critérios propostos apresentem algumas diferenças em relação à presença dos componentes e em relação ao ponto de corte dos mesmos, todos eles incluem medidas de distúrbio da homeostase da glicose, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade central.

Não há definição consensual para MetS em crianças e adolescentes, sendo habitualmente usado o critério proposto pela *International Diabetes Federation* (IDF), que subdivide de acordo com a faixa etária de 6 a menores de 10 anos (quando apenas orientações nutricionais são recomendadas e o diagnóstico de MetS não deve ser realizado), 10 anos completos a menores de 16 anos (quando

o diagnóstico já é pertinente). Entre aqueles com 16 anos ou mais o critério diagnóstico é similar ao dos adultos particularizado para sexo masculino ou feminino.

O diagnóstico positivo de MetS entre adolescentes entre 10 e 16 anos é considerado quando identifica-se obesidade central, definida pela circunferência abdominal aumentada (valores $\geq 90^{\circ}$ percentil para circunferência abdominal de acordo com a idade e sexo) utilizando-se a curva proposta por Fernández *et al.*, (2004), valores estimados para o conjunto da população de crianças e adolescentes americanos; e pelo menos dois outros dos quatro seguintes critérios: elevação de triglicérides ($\geq 150\text{mg/dL}$); redução do HDL-colesterol ($< 40\text{mg/dL}$); hipertensão arterial (PAS ≥ 130 /PAD $\geq 85\text{mmHg}$) e hiperglicemia de jejum (glicemia $\geq 100\text{mg/dL}$) ou *Diabetes* tipo 2 previamente diagnosticada.

Desde o primeiro estudo sobre adolescentes com MetS, apresentado em 2003 há uma preocupação crescente, já que evidências apontam aumento de prevalência de obesidade e comorbidades, como hipertensão arterial, dislipidemia, *Diabetes Mellitus* (DM) tipo 2 na juventude.

A prevalência de MetS entre adolescentes americanos, segundo dados apresentados pelo NHANES 2001-2006, é de 8,6%, sendo maior no sexo masculino (10,8%) e entre os latino-americanos (11,2%). Na China, a prevalência de MetS entre adolescentes obesos e naqueles considerados sobrepesos apresenta-se em torno de 14,3% e 3,7%, respectivamente. Em estudo realizado no Brasil, quando 321 adolescentes considerados sobrepesos, obesos e superobesos foram avaliados, cerca de 18% apresentaram-se com diagnóstico de MetS.

Moraes e colaboradores (2009) revisaram na literatura a prevalência da MetS e seus componentes em adolescentes naturais de vários países, China, Coreia do Sul, México, Índia, Irã, Turquia, Itália e Estados Unidos,

1 Nutricionista Mestre e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Departamento de Pediatria, Disciplina Medicina do Adolescente. Docente no Centro Universitário Toledo, Campus Araçatuba.

2 Nutricionista Mestre e Doutora do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Departamento de Pediatria, Disciplina Medicina do Adolescente.

3 Profa. Adjunta Livre-Docente do Departamento de Pediatria, Disciplina de Medicina do Adolescente e do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – UNESP.

entre 2003 a 2007. O critério do National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) ou OMS foi utilizado para diagnósticos da síndrome metabólica. A prevalência de MetS entre os estudos que utilizaram o critério da NCEP-ATP III variou de 4,2% a 15,4%. Utilizando-se o critério da OMS, as prevalências foram mais elevadas: 4,5% a 38,7%. Destacam que os adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos e do sexo masculino apresentaram maiores frequências de MetS. Dentre os componentes da síndrome, os triglicérides elevados apresentaram maiores prevalências, variando entre 4,9 a 75%, e a glicose elevada apresentou as menores prevalências (0,4 a 7,7%). Apesar das diferenças metodológicas e da falta de um consenso no diagnóstico da MetS, os poucos estudos que avaliaram a prevalência da síndrome apontam para prevalências elevadas em adolescentes obesos ou diabéticos.

A ocorrência da Síndrome Metabólica em adolescentes está associada a risco aumentado de doenças cardiovasculares, problemas psicossociais, metabolismo anormal de glicose, distúrbios hepáticos e gastrintestinais, apneia do sono, complicações ortopédicas e distúrbios no desenvolvimento motor. Além desses agravos, já extensamente documentados na literatura científica, estudos prévios demonstraram indicadores da relação entre a MetS e massa óssea em população jovem e adulta, entretanto, os resultados ainda são inconsistentes.

A relação da massa óssea frente à ocorrência da MetS em crianças e adolescentes tem sido assunto de interesse de alguns pesquisadores, uma vez que o comprometimento do incremento ósseo durante esse período pode levar a um pico de massa óssea "subótimo" e a um maior risco de desenvolvimento de osteopenia/osteoporose e fraturas na senilidade.

Adolescência e incremento ósseo

De acordo com a Organização Mundial da Saúde são denominados adolescentes os indivíduos representados na faixa etária entre 10 a 19 anos (WHO, 1986). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), existem aproximadamente 190 milhões de habitantes no Brasil, desse total, 45 milhões são adolescentes, o que equivale aproximadamente a 24% da população brasileira.

A adolescência inicia-se com as mudanças físicas e hormonais reconhecidas como puberdade e finaliza quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social.

As alterações mais evidentes na puberdade englobam a aceleração e a desaceleração do crescimento, a modifi-

cação da composição corporal e a maturação sexual. A maturação sexual é caracterizada pelo desenvolvimento das gônadas, dos órgãos de reprodução e dos caracteres sexuais secundários (broto mamário, aumento do testículo e desenvolvimento de pelos pubianos). A puberdade se completa com o total de crescimento e fusão das epífises ósseas e o estabelecimento da ovulação e da espermatogênese, com a garantia da perpetuação da espécie.

Durante a maturação sexual ocorrem mudanças significativas na composição corporal dos adolescentes, com aumento na distribuição de gordura corporal, para o sexo feminino e ganho de massa muscular, para o masculino. O aumento do peso corporal é de aproximadamente 50% e da estatura entre 15% e 20% quando comparados com a idade adulta.

É também durante o período da puberdade que ocorre um processo fundamental, a máxima aquisição do conteúdo mineral ósseo. O tecido ósseo é formado por células denominadas osteoblastos e osteoclastos, por minerais (cálcio e fósforo) e por uma matriz orgânica constituída de proteínas colágenas e não colágenas. Os osteoblastos sintetizam e mineralizam a matriz proteica, enquanto os osteoclastos promovem a reabsorção óssea, mantendo o tecido ósseo em constante processo de remodelação. Durante essa fase da vida, a taxa de formação óssea supera a de reabsorção, favorecendo o incremento ósseo.

Cerca de 40 a 45% da massa óssea evidenciada na fase da adultícia é adquirida na adolescência. Esse incremento ocorre no sexo feminino entre 13 e 14 anos ou quando essas adolescentes encontram-se em estadiamento de desenvolvimento puberal mamário M3, segundo os critérios de Tanner; no sexo masculino entre 14 e 15 anos ou quando encontram-se em estadiamento puberal G4. Tanto no sexo feminino como no masculino a aquisição óssea máxima ocorre poucos meses após o crescimento ósseo longitudinal máximo; que é denominado pico de velocidade de crescimento (PVC) e marcado por altas concentrações de hormônios sexuais.

Pico de massa óssea e osteoporose

O CMO aumenta gradualmente durante a infância e acelera durante a adolescência em ambos os sexos. Após a cessação do crescimento a massa óssea continua a aumentar durante alguns anos, até atingir um pico de massa óssea, que pode ser definido como a quantidade máxima da massa óssea que uma pessoa acumula desde o nascimento até a maturidade óssea.

Períodos de crescimento do esqueleto, especialmente durante a adolescência são fundamentais para a aquisição máxima de massa óssea e para reduzir o risco de de-

envolvimento de morbidades esqueléticas, osteopenia/osteoporose e fraturas por fragilidade na senilidade.

Segundo a Fundação Internacional de Osteoporose (IOF), estima-se que um aumento de 10% no pico de massa óssea reduz em 50% o risco de fraturas osteoporóticas na vida adulta. Nos últimos anos, a ocorrência de baixa massa óssea em crianças e adolescentes tem sido identificada e sua avaliação também é motivo de grande interesse por parte de pesquisadores. Por um lado, existe uma consciência crescente de que a massa mineral óssea adquirida ao final do crescimento e seu desenvolvimento são determinantes na prevenção do risco futuro de osteoporose; por outro lado, o problema da osteoporose é cada vez mais prevalente, ocorrendo também em pacientes jovens, uma vez que a densidade mineral óssea (DMO) dessas faixas etárias depende do pico de massa óssea adquirido até o final da segunda década de vida.

O aumento de 35% para 65% de fraturas identificadas na infância ao longo das últimas décadas tem levantado preocupações de que o estilo de vida atual está comprometendo a saúde óssea precocemente.

A osteoporose é considerada um importante problema de saúde pública mundial e a OMS define osteoporose como uma doença sistêmica esquelética, caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, com consequente aumento da fragilidade óssea e da suscetibilidade a fraturas.

De acordo com o atual consenso, *International Society for Clinical Densitometry* (2010), o diagnóstico de osteoporose em crianças e adolescentes não deve ser feito apenas com dados densitométricos, mas deve ser realizado com história de fratura clinicamente significativa, além da ocorrência de um baixo CMO ou baixa DMO. A história significativa de fratura inclui presença de uma fratura dos ossos longos de membros inferiores, fratura de compressão vertebral ou duas ou mais fraturas de ossos longos das extremidades superiores. O baixo CMO ou DMO é definido como um valor de escore Z superior a -2 ajustado por idade, sexo e tamanho do corpo.

Formas secundárias de osteoporose são cada vez mais observadas em muitas condições crônicas, tais como processo inflamatório, redução da atividade física, doenças como má absorção intestinal, desnutrição, distúrbios hormonais ou metabólicos, hipovitaminose D, aumento de citocinas, doenças hematológicas, bem como uso crônico de algumas drogas (por exemplo, corticosteróides, imunossuppressores e alguns contraceptivos) que podem prejudicar o incremento da massa óssea e levar a um risco aumentado de fraturas nessas condições.

A preocupação com a detecção de fragilidade óssea em crianças e adolescentes tem levado os profissionais

da saúde ao aumento do interesse em realizar o exame de densitometria óssea.

Densitometria óssea por atenuação de raio-x de dupla energia (DXA)

O processo de incorporação da massa óssea pode ser avaliado de forma prática, através da densitometria óssea por atenuação de raio-x de dupla energia (DXA). A DXA continua sendo o método de escolha para avaliação e monitoramento da saúde óssea em crianças e adolescentes, devido à sua disponibilidade, precisão, baixo custo, segurança e baixa exposição à radiação.

Esse método permite de forma não invasiva a quantificação da densidade mineral óssea. O aparelho avalia a densidade óssea por meio da detecção da extensão de absorção de fótons (partículas atômicas sem carga) por parte do osso, concebidos por baixos níveis de raios-X. Os dois tipos de energia padronizados nesses raios X possibilitam a diferenciação entre os vários tecidos corporais, dividindo o organismo em conteúdo mineral, massa gorda e massa magra (isenta de gordura). No compartimento ósseo, o método é capaz de determinar a quantidade de mineral em gramas (g) contida em uma determinada projeção do osso. Dividindo esse conteúdo mineral pela área óssea do local, obtém-se a densidade mineral óssea obtida em g/cm².

A DXA avalia a DMO tanto no esqueleto axial como no apendicular, sendo portanto, capaz de avaliar o osso trabecular e cortical. A densitometria óssea detecta perdas de massa óssea inferiores a 5%, enquanto o raio-X detecta perdas a partir de 30% a 50%. Devido às alterações no tamanho e na geometria do osso durante o crescimento e o desenvolvimento infantil, a interpretação da DXA em crianças é um desafio. A interpretação apropriada dos resultados deve considerar a maturidade esquelética, o desenvolvimento puberal, a etnia, o peso e a estatura do paciente.

A *International Society for Clinical Densitometry* (ISCD), em suas recomendações oficiais, orienta a DXA apontando a região da coluna lombar e o corpo total sem o segmento cefálico como os locais de melhor acurácia. Recomenda-se que o exame seja realizado no mesmo aparelho de DXA, com intervalo não inferior a 6 meses e por técnico treinado e habilitado.

Evidências sobre síndrome metabólica e massa óssea

Nos últimos anos, há uma preocupação crescente voltada à ocorrência da MetS e seus efeitos sobre a massa óssea.

Evidências têm mostrado associação negativa entre MetS e DMO em população adulta. No entanto,

são escassas as informações obtidas em revisão da literatura científica sobre a relação entre MetS e DMO em adolescentes.

Em adultos, pesquisas recentes têm mostrado relação negativa entre MetS e DMO de coluna lombar e fêmur. Quanto aos componentes da MetS, encontraram correlação significativa e negativa entre obesidade abdominal e hipertrigliceridemia com DMO de coluna lombar e entre obesidade abdominal, aumento de triglicérides e hipertensão arterial com DMO de coluna lombar e fêmur.

Para adolescentes, um número reduzido de estudos foi detectado abordando a temática. Afghani *et al.* (2005) estudaram uma coorte de crianças e adolescentes latino-americanos com sobrepeso e histórico familiar de *Diabetes Mellitus* tipo 2. Os autores observaram que o CMO de corpo total correlacionou-se negativamente com a presença de marcadores de resistência à insulina, entretanto, não avaliaram o efeito dos demais componentes da MetS sobre a massa óssea.

Achados semelhantes foram observados no estudo de Pollock *et al.* (2010), que estudaram o CMO e a DMO de corpo total de crianças pré-púberes com excesso de peso com diabetes e sem pré-diabetes, constatando que tanto o CMO como a DMO apresentaram diminuição significativa no grupo pré-diabetes e com hiperinsulinemia.

Posteriormente, Pollock e colaboradores (2011) compararam a massa óssea obtida entre adolescentes considerados sobrepesos de 14 a 18 anos, com ausência ou presença de fatores de risco cardiometabólico (RCM). Os autores observaram que, entre aqueles com presença de pelo menos um componente para MetS, o CMO estava reduzido em 5,4% frente aos sem qualquer alteração e em 6,3%, quando com mais ou dois fatores de risco. Na sequência, observaram que o aumento da circunferência abdominal, aumento de tecido gorduroso visceral, insulina de jejum e a *Homeostasis model assessment of insulin resistance* (HOMA-IR) apresentaram correlações significativas e negativas com o CMO do corpo total e, em

contrapartida, o HDLc e a ingestão calórica total apresentaram-se positivamente associados com o CMO.

Recentemente Nóbrega da Silva *et al.* (2014) avaliaram 271 adolescentes brasileiros com idade entre 10 a 16 anos, com excesso de peso e com presença de síndrome metabólica. Os autores demonstraram que adolescentes com excesso de peso e com presença de MetS apresentaram diminuição nas densidades mineral óssea (DMO) em todos os locais avaliados frente a adolescentes nas mesmas condições nutricionais, entretanto sem MetS. Além disso, foi possível evidenciar que adolescentes com dois ou mais fatores de risco para MetS apresentaram redução significativa de sua massa óssea quando confrontados aos com ausência ou com presença de um fator de risco. Dentre os componentes da MetS, a circunferência abdominal revelou-se fator determinante para a redução das DMO. Os autores ressaltaram que a constatação de uma baixa DMO nessa fase da vida pode comprometer a aquisição do pico de massa óssea, que poderá resultar em riscos de fraturas no momento atual assim como na constatação de fragilidade óssea na senilidade.

Conclusão

Diante da consulta à literatura pertinente ao tema sugere-se que a presença da MetS ou de componente da MetS isoladamente alterado pode ter efeito negativo sobre a DMO em população adulta. Entretanto, em adolescentes, as associações de MetS e o desenvolvimento da massa óssea ainda não foram amplamente exploradas e os resultados têm sido pouco esclarecedores. Assim, estudos prospectivos são necessários para explorar essas relações, uma vez que a comprovação de uma baixa DMO nessa fase da vida pode comprometer significativamente a aquisição do pico de massa óssea, que poderá resultar em riscos de fraturas no momento atual, assim como na constatação de fragilidades óssea nos anos vindouros.

Referências

1. Afghani A, Cruz ML, Goran MI. Impaired glucose tolerance and bone mineral content in overweight latino children with a family history of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 372-8.
2. Bianchi ML, Baim S, Bishop NJ, Gordon CM, Hans DB, Langman CB, *et al.* Official positions of the internacional society for clinical densitometry (ISCD) on DXA evaluation in children and adolescents. *Pediatr Nephrol* 2010; 25: 37-47.
3. Biason TP, Goldberg TB, Kurokawa CS, Moretto MR, Teixeira AS, Nunes HR. Low-dose combined oral contraceptive use is associated with lower bone mineral content variation in adolescents over a 1-year period. *BMC Endocr Disord.* 2015 Apr 3; 15: 15. doi: 10.1186/s12902-015-0012-7.
4. Bonjour JP, Chevalley T, Ferrari S, Rizzoli R. The importance and relevance of peak bone mass in the prevalence of osteoporosis. *Salud Publica Mex* 2009; 51(Suppl 1): S5-17.
5. Fernández J, Redden D, Pietrobelli A, Allison D. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr* 2004; 145: 439-44.
6. Goldberg TBL, Silva CC, Hong SN, Kurokawa CS, Capela RC, Dalmas JC. Bone biomarkers and bone mineral density in healthy male adolescents: impact of biological maturation. *Acta Paediatrica* 2009; 98(Suppl. S460): 146. (50th Annual Meeting of

- the European Society for Pediatric Research 2009 October 9-12; Hamburg)..
7. Lawlor DA, Sattar N, Sayers A, Tobias JH. The association of fasting insulin, glucose, and lipids with bone mass in adolescents: findings from a cross-sectional study. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97: 2068-2076.
 8. Moretto MR, Silva CC, Kurokawa CS, Fortes CM, Capela RC, Teixeira AS, Dalmas JC, Goldberg TB. Bone Mineral Density in Healthy Female Adolescents According to Age, Bone Age and Pubertal Breast Stage. *The Open Orthopaedics Journal* 2011; 5: 324-330.
 9. Nóbrega da Silva V, Goldberg TB, Mosca LN, Bisi Rizzo ADA, Teixeira ADOS, Corrente JE. Metabolic syndrome reduces bone mineral density in overweight adolescents. *Bone* 2014; 66: 1-7.
 10. Pollock NK, Bernard PJ, Gutin B, Davis CL, Zhu H, Dong YMD. Adolescent obesity, bone mass, and cardiometabolic risk factors. *J Pediatr* 2011; 158: 727-34.
 11. Rizzo AC, Goldberg TB, Silva CC, Kurokawa CS, Nunes HR, Corrente JE. Metabolic syndrome risk factors in overweight, obese, and extremely obese brazilian adolescents. *Nutr J* 2013; 30: 12-19.
 12. Silva, CC, Goldberg TBL, Teixeira AS, Dalmas JC. Mineralização óssea em adolescentes do sexo masculino: anos críticos para a aquisição da massa óssea. *J. Pediatr* 2004; 80, 461-467.
 13. Tanner JM. *Growth at Adolescence*. 2 ed. Oxford: Blackwell, 1962.
 14. Zimmet P, Alberti KGMM, Kaufman F, Tajima N, Silink M, Arslanian S, Wong G, Bennett P, Shaw J, Caprio S. IDF Consensus Group. The metabolic syndrome in children and adolescents – an IDF consensus report. *Pediatr Diabetes* 2007; 8: 299-306.
 15. da Silva VN, Fiorelli LN, da Silva CC, Kurokawa CS, Goldberg TB. Do metabolic syndrome and its components have an impact on bone mineral density in adolescents? *Nutr Metab (Lond)*. 2017 Jan 4; 14: 1. doi: 10.1186/s12986-016-0156-0. eCollection 2017. Review.



A influência do excesso de gordura corporal sobre a massa óssea de adolescentes

27

Luciana Nunes Mosca¹, Valéria Nóbrega da Silva² e Tamara Beres Lederer Goldberg³

Introdução

Atualmente, entre os assuntos que despertam extremo interesse entre pesquisadores, nas agências e departamentos de saúde e nas populações ao redor do mundo, destaca-se a obesidade, uma epidemia patológica integrada ao grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) que se associa a uma série de co-morbidades. Dentre inúmeros conceitos, pode-se definir obesidade como o acúmulo excessivo de gordura corporal ou de tecido adiposo, podendo ser generalizada ou localizada, acarretando prejuízos à saúde dos indivíduos. Naquelas situações nas quais o peso excede um padrão adequado para a altura obtida, classifica-se como sobrepeso.

O excesso de peso é considerado um dos mais graves problemas de saúde pública. Sua prevalência na infância e adolescência vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas em todo o mundo, acometendo essa faixa etária tanto em países desenvolvidos como também naqueles em desenvolvimento, entre eles, o Brasil.

Estudos realizados nos Estados Unidos revelam que 54% dos adultos estão com sobrepeso (índice de massa corporal – IMC > 25kg/m²) e 22% são considerados obesos (IMC > 30kg/m²). Entre 1976 e 1980, estimativa feita pelo *National Health and Nutrition Examination Surveys* (NHANES) mostrou que 25,4% dos adultos entre 20 e 74 anos apresentavam IMC > 27,5kg/m², enquanto a estimativa realizada, entre 1988 a 1991, evidenciou aumento para 33,3%.

Dados importantes, resultantes de avaliações realizadas no Brasil, revelam que nosso país passa por um processo de transição nutricional, onde houve uma redução no aparecimento da desnutrição infantil nos últimos trinta anos, especialmente, nas regiões mais afetadas pelo problema: Norte e Nordeste. Em contrapartida, observa-

-se um aumento na prevalência da obesidade na infância e adolescência. Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares, detecta-se um aumento considerável na proporção de adolescentes brasileiros com sobrepeso. Comparando-se aos anos anteriores (1974-75), 3,9% dos meninos e 7,6% das meninas, entre 10 e 19 anos, estavam com excesso de peso. Entretanto em 2008 e 2009, foram divulgados percentuais de: 21,7 % em meninos e 19% em meninas.

Muitos estudos têm se voltado aos possíveis desencadeantes da obesidade evidenciada entre adolescentes e ressaltam que, apesar da importante contribuição genética nesses casos, os fatores ambientais e as mudanças do estilo de vida, como hábitos alimentares inadequados, maior consumo de lanches rápidos, baixo nível de atividade física habitual, tais como permanecer tempo superior a 4 horas em frente ao computador e/ou televisão, exercem fortes influências no aumento do peso, contribuindo negativamente às funções desempenhadas pelo organismo, como também comprometendo seu estado nutricional.

Diante do assinalado, verifica-se que as consequências de excesso de peso à saúde dos adolescentes são bastante preocupantes, pois a associação da obesidade com alterações metabólicas como: dislipidemia, hipertensão arterial, intolerância à glicose, considerados fatores de risco para o *diabetes mellitus* tipo 2, doenças cardiovasculares, problemas ortopédicos como osteoartrite e gota que, até alguns anos atrás, eram mais evidentes em adultos, hoje são encontrados com frequência elevada na população adolescente. Em 1988, foi reconhecida a Síndrome Metabólica (MetS), sendo nomeada àquela época como “Síndrome X”. Ela é definida pela multiplicidade de irregularidades metabólicas que incluem hipertensão, dislipidemia, resistência insulínica ou alterações

- 1 Nutricionista Mestre e Doutora do Programa de Pós Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Departamento de Pediatria, Disciplina Medicina do Adolescente. Docente na Universidade Paulista – UNIP, *Campus Araçatuba*.
- 2 Nutricionista Mestre e Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Departamento de Pediatria, Disciplina Medicina do Adolescente. Docente no Centro Universitário Toledo, *Campus Araçatuba*.
- 3 Profª. Adjunta Livre-Docente do Departamento de Pediatria, Disciplina de Medicina do Adolescente e do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – UNESP.

nos níveis glicêmicos, obesidade central e microalbuminúria, dependendo do critério de classificação utilizado e preconizado pelos diversos consensos disponíveis.

Tais fatores podem confirmar que a constatação da obesidade, principalmente na adolescência, é fator de risco para a obesidade na vida adulta. Além disso, caso o diagnóstico de excesso de peso seja realizado pela avaliação do percentual de gordura corporal, acredita-se que terá repercussões diversas sobre o metabolismo ósseo durante a adolescência, sendo um possível determinante na incorporação da massa óssea e na constatação de fragilidade óssea.

Considerando-se que mais que 90% da massa óssea do adulto é adquirida durante a infância e a adolescência, a atenção de muitos pesquisadores tem se voltado para o impacto de que um bom ganho de massa óssea nessa fase resulte em benefícios na adultícia e na senectude.

Uma vez que a obesidade e a osteoporose são patologias que afetam a população do mundo todo, consideradas como graves problemas de saúde pública, já apontado anteriormente, e que a obesidade se instala em idades cada vez mais precoces e, com o ganho em sobrevivência, o envelhecimento populacional resulta em aumento da prevalência da osteoporose e das fraturas dela resultantes, a interação desses processos suscita a busca de respostas, seja do ponto de vista de diagnóstico, de prevenção, controle ou tratamento.

Nesse contexto, o presente capítulo pretende apresentar o possível efeito do excesso de gordura corporal sobre a aquisição de massa óssea nos anos que compreendem a adolescência.

Puberdade e adolescência

A adolescência é um período da vida marcado por intensas transformações que ocorrem em vários setores (fisiológicas, psicossociais, comportamentais, culturais e emocionais), cursando de forma concomitante e às vezes sequenciais. É uma fase caracterizada por importante crescimento e desenvolvimento físico, incluindo a maturação do corpo, transformando-se a criança em adulto, atingindo-se a capacidade de fecundidade, sendo esse período reconhecido como puberdade. Esse processo se evidencia por alterações fisiológicas visíveis, como a modificação do peso corporal e da estatura, ganho de massa de gordura e muscular, variações da massa óssea e desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. De acordo com a Organização Mundial da Saúde são denominados adolescentes os indivíduos representados na faixa etária entre 10 e 19 anos completos.

Juntamente com esses eventos, na adolescência há um amadurecimento rápido da capacidade cognitiva as-

sociada ao progresso das funções emocionais, onde os adolescentes começam a se preocupar com o corpo, a imagem corporal, buscam a independência, consequentemente, definindo a própria identidade, ou seja, é uma fase permeada por inúmeras transformações psicológicas, biológicas, emocionais, sociais que se expressam com grande intensidade, nesses anos da vida. Representa um momento essencial de transformação, transposição e autoafirmação cercado por novas experiências e vivências que contribuirão para o amadurecimento.

É também durante o período da puberdade que acontece um processo fundamental, a aquisição do conteúdo mineral ósseo, que se eleva gradualmente durante a infância e, posteriormente, de forma exponencial na adolescência, em ambos os sexos, ou seja, são taxas de formação óssea que se revelam superiores às de reabsorção, resultando na modelação e remodelação óssea. Por alguns anos, após cessar o crescimento, a massa óssea continua a aumentar até atingir um pico, que pode ser definido como a quantidade máxima de massa óssea que um indivíduo acumula desde o nascimento até a maturidade do esqueleto. A massa esquelética adquirida mantém-se por alguns anos, dependendo da região óssea avaliada, ou entra em declínio pouco após ser atingido o pico máximo local.

Antropometria e avaliação do conteúdo mineral ósseo em adolescentes

A avaliação do estado nutricional de um indivíduo deve ser realizada por métodos que compreendem a utilização de técnicas apropriadas de antropometria, histórico pessoal do indivíduo, incluindo o alimentar, exame clínico, bioquímico e dietético. É importante definir a condição que se pretende investigar para escolher os indicadores do estado nutricional a serem utilizados. Atualmente, na adolescência, uma das maiores inadequações nutricionais evidenciadas é o excesso de peso, proveniente do aumento da quantidade de gordura corporal (GC).

Para o diagnóstico de sobrepeso e obesidade, recomenda-se a realização do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC para idade deve ser obtido e comparado com as informações das curvas de referência, tais como *Centers for Disease Control and Prevention*, e Organização Mundial da Saúde. Considera-se como risco de sobrepeso os adolescentes que se situam acima ou igual ao 85º percentil e obesidade, aqueles acima ou igual ao 95º percentil ou, segundo a OMS, aqueles acima ou igual ao 97º percentil de suas curvas.

Embora o IMC não seja capaz de distinguir a composição corporal do indivíduo, ou seja, não discrimina

o quanto há de massa magra, massa gorda, osso e água corporal, deve-se considerar sua facilidade de obtenção, baixo custo e se analisado conjuntamente há preditores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, observa-se sua associação com hiperlipidemia e hipertensão arterial. Além disso, pode ser utilizado em avaliações populacionais. Como limitante, observa-se que IMC não reflete o déficit estatural, ainda comum entre adolescentes e crianças brasileiros de baixo nível socioeconômico, além de ser uma forma menos sensível para identificar a gordura corporal e adiposidade central quando comparado a outras variáveis a serem obtidas como a circunferência da cintura, a aferição de dobras cutâneas e circunferência do braço, desses dois últimos indicadores antropométricos, resultando o cálculo da área de braço, da área de gordura e da área do músculo do braço. Outras técnicas como a bioimpedância elétrica e a densitometria de corpo total (DXA) permitem a complementação ao diagnóstico, com maior acurácia.

Para o diagnóstico nutricional do adolescente as medidas antropométricas de peso, estatura e circunferências e as de composição corporal como as pregas cutâneas têm sido as mais utilizadas, sendo expressas em percentis ou escores Z. Para avaliação nutricional nessa faixa etária, deve-se sempre considerar o nível de maturação sexual, uma vez que a idade cronológica nesse período assume importância secundária, dada a grande variabilidade individual do processo de maturação.

A OMS considera como tendo excesso de peso os adolescentes com IMC igual ou superior ao 85º percentil e com associação de dobras cutâneas subescapular e tricipital igual ou acima ao 90º percentil, permitindo, dessa forma, diferenciar aqueles em que o excesso de peso se revela à custa de aumento de massa muscular, como ocorre com adolescentes atletas, daqueles com real aumento da massa de gordura.

Estudos bem delineados mostram associação entre circunferência da cintura acima do 90º percentil, portanto resultante do depósito de gordura em vísceras, e fatores de risco cardiovasculares, situação que compõe um conjunto de alterações, a qual se convencionou chamar de Síndrome Metabólica.

A Densidade Mineral Óssea (DMO) é conhecida como uma medida não invasiva de avaliação da saúde esquelética e pode ser classificada de acordo com a tecnologia usada ou a região do esqueleto avaliada. A partir de seu emprego, foram estabelecidos padrões de normalidade que são distintos para as diferentes etnias e permitem a quantificação precisa e exata da massa óssea de acordo com os grupamentos etários e o gênero.

A DMO (g/cm^2) e o conteúdo mineral ósseo (CMO em g) podem ser obtidos com precisão, utilizando-se os Instrumentos de Atenuação de Raio X de Dupla-energia (DXA), que podem avaliar a densidade mineral na coluna e no fêmur proximal. Com o uso de software apropriado, muitos instrumentos de DXA podem igualmente medir a DMO do antebraço e também do corpo total, fornecendo dados precisos sobre a composição do corpo total.

Nutrientes e massa óssea

Entre os principais estudos que avaliam o papel dos nutrientes na determinação do pico de massa óssea, a ingestão dietética de cálcio recebe destaque. Além desse nutriente, para evitar deficiências clássicas, deve haver um suprimento adequado de fósforo, magnésio, energia, proteína, zinco, cobre, vitamina C, que devem ser adquiridos através das fontes alimentares e a adequação de vitamina D, que é sintetizada através da exposição aos raios solares e em menor proporção pela ingestão. O reconhecimento da ação dos fatores nutricionais sobre a mineralização óssea conduz à possibilidade de intervenção precoce, com o intuito de prevenir o aparecimento de quadros de osteopenia/osteoporose. Embora essas doenças se manifestem nos idosos, sua predisposição tem início na infância e na adolescência.

A recomendação para o consumo do micronutriente é baseada na relação entre a ingestão de cálcio e a saúde óssea e depende da idade e do estado fisiológico. Durante a adolescência, a quantidade preconizada de ingestão de cálcio de acordo com a *Dietary Reference Intakes (DRI)* é de 1.300mg/dia, para ambos os gêneros.

Observam-se certos impedimentos entre os adolescentes que os comprometem a atingir uma excelente saúde óssea. A maioria dos adolescentes não ingere quantidades diárias recomendadas de cálcio. A maior causa de inadequação da ingestão desse mineral é o declínio geral da ingestão de laticínios durante esses anos. Muitos adolescentes não tomam mais leite por várias razões, alguns são intolerantes, não apreciam o gosto ou consideram o leite como “bebida de criança” e na maioria dos casos há substituição por outros tipos de bebidas, como sucos e refrigerantes.

Em artigo recentemente publicado, Hill *et al* apontam através da construção de um modelo matemático que a ingestão de cálcio por adolescentes parece ser o fator externo mais importante implicado na retenção de cálcio pelo esqueleto, sendo que o percentual varia de 15 a 21,7% respectivamente, entre adolescentes do sexo feminino e masculino. Caso a ingestão seja inferior à recomendação efetuada pela DRI, essa retenção ficará prejudicada e conseqüentemente o conteúdo mineral ósseo apresentar-se-á

em condição subótima, favorecendo a ocorrência de fraturas entre adolescentes, em momento relacionado ao pico de massa óssea. O ponto de inflexão, apresentado nesse estudo, determinado para retenção de cálcio pelo esqueleto foi de 1.604,2 mg/dia, acompanhado pelo aumento de IMC. A partir desse valor, atingiu-se um platô que só foi ultrapassado com o aumento do IMC e não mais por aumento da ingestão de cálcio. Entre adolescentes obesos e que ingeriam ao redor de 800 mg/dia de cálcio, valor médio de ingestão evidenciado entre adolescentes americanos e, inferior ao preconizado pela DRI, a retenção observada foi superior apenas em 3,4mg/dia à evidenciada entre eutróficos. Ainda nesse modelo apresentado para adolescentes obesos, a inclusão de outras variáveis, como peso, estatura, percentual de gordura, avaliação da maturação dos caracteres sexuais secundários, dosagem de PTH e 25(OH)D, além do IMC e de uma ingestão adequada de cálcio, não foram capazes de evidenciar ganhos na retenção de cálcio pela massa óssea.

No tocante à vitamina D, considerada um pro hormônio lipo solúvel, seus precursores – a vitamina D3 (colecalfiferol) e a vitamina D2 (ergocalciferol) – são amplamente estudados. A vitamina D3 é formada quando o 7-deidrocolesterol presente na pele é exposto aos raios solares ultravioletas B e convertido em provitamina D3, além de parte ser ingerida através de fontes animais (óleo provenientes do fígado de bacalhau, além da ingestão de salmão, herring, sardinha, etc.) e a vitamina D2, produzida externamente por irradiação do ergosterol, nas plantas, absorvida pela dieta, representando menos de 10% da vitamina D. As formas precursoras da vitamina D são convertidas em 25-hidroxivitamina D [25(OH)D] (calcidiol), que é a maior fração circulante e cuja dosagem revela o estado da vitamina D dos indivíduos.

No caso dos obesos, mesmo que ainda adolescentes, a literatura divulga que as concentrações de 25(OH) D são reduzidas, resultante ao sequestro promovido pela gordura subcutânea, uma vez que essa gordura é capaz de armazená-la e de reduzir sua liberação na circulação sanguínea, de forma diversa ao que acontece em não obesos. Não há um consenso sobre o ponto de corte para considerá-la reduzida, entretanto, promulgam como sendo deficiente ou insuficiente quando seus valores são <20ng/mL (50nmol/L). Pontuam também que baixos níveis de 25 (OH) D se relacionam a presença de SM, *diabetes mellitus* e doenças cardiovasculares associadas à presença de resistência a insulina. Diante dessas considerações e cientes de que a oferta de 400UI/dia de vitamina D talvez não eleve as concentrações sanguíneas a níveis superiores a 40nmol/L, suas recomendações para todos os adolescentes passaram a 600UI/dia.

Obesidade e massa óssea

Vários fatores influenciam o ganho de massa óssea, tais como: sexo, etnia, hereditariedade, peso corporal (PC), dieta (rica em cálcio e vitamina D), atividade física habitual e processos hormonais, que atuam no desenvolvimento da calcificação. Dentre esses, o PC, constituído basicamente de massa de gordura e massa magra, tem sido identificado por vários autores como sendo um dos maiores determinantes do conteúdo mineral ósseo podendo exercer influências diversas em uma mesma região esquelética. O aumento do PC interfere tanto na aquisição quanto na perda de massa óssea e está ligado diretamente ao risco dos indivíduos se apresentarem com sobrepeso ou obesidade.

Os efeitos da obesidade sobre a massa óssea não estão totalmente elucidados. Para Migliaccio *et al.* caso a obesidade, em mulheres pré-menopausa e pós-menopausa, fosse definida pelo índice de massa corporal, haveria um efeito protetor contra a perda óssea e fraturas. No entanto, se o diagnóstico de obesidade fosse realizado por intermédio do percentual de gordura corporal, tal evento poderia ser fator de risco para constatação de osteopenia/osteoporose. Completam apontando que intensidades diferentes de obesidade podem influenciar de forma diversa a massa óssea.

Vários mecanismos foram propostos para explicar a complexa relação entre o tecido adiposo e o tecido ósseo. O papel fisiopatológico do tecido adiposo na homeostase do tecido ósseo provavelmente se relaciona à ação que várias adipocinas desempenham na remodelação óssea. As adipocinas podem interferir tanto na formação quanto na reabsorção óssea. Uma vez que as células ósseas expressam vários receptores hormonais específicos, o tecido ósseo vem sendo considerado como um tecido ósteo-endócrino.

O tecido adiposo também secreta várias citocinas inflamatórias, incluindo interleucina (IL-6) e fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa). Além disso, a produção alterada desses marcadores pró-inflamatórios, pode ter efeitos metabólicos adversos e resultar em consequências cardiovasculares. Todas essas moléculas, que incluem resistina, adiponectina, leptina e IL-6, afetam a homeostase energética humana e podem estar envolvidas no metabolismo ósseo, contribuindo na complexa relação entre o tecido adiposo e o tecido ósseo.

Assim, a relação entre o tecido adiposo e o tecido ósseo provavelmente resulta num sistema de feedback homeostático, em que adipocinas e moléculas secretadas por osteoblastos e osteoclastos têm ação no eixo ósteo adiposo-ativo. No entanto, os mecanismos envolvidos nesses eventos ainda permanecem obscuros.

Sobretudo em adolescentes, os efeitos da obesidade sobre a massa óssea não são totalmente elucidados e esse conhecimento adquire relevância, visto que o comprometimento da aquisição do pico de massa óssea e a incorporação de hábitos alimentares errôneos podem contribuir para o maior risco de baixa densidade mineral óssea e de fraturas por fragilidades ósseas na vida adulta.

Evidências baseadas nas relações entre obesidade e massa óssea

Recentes pesquisas têm mostrado que a correlação entre obesidade e DMO pode não se refletir em proteção, fornecida pela adiposidade frente ao diagnóstico de osteoporose. Em estudo realizado por Zhao *et al.* com dois grupos de indivíduos, 489 caucasianos, desses 45% mulheres, com média de idade de 48 anos e 1.988 chineses, dos quais 42% eram mulheres na menopausa com média de idade de 45.1 anos, com a intenção de avaliar a associação entre DMO e massa adiposa, revelaram que, embora tenha havido correlação positiva entre IMC e DMO, bem como entre massa magra e DMO, verificou-se correlações negativas entre a DMO e a massa adiposa em quilograma e entre a DMO e o percentual de massa adiposa, as quais persistiram quando ajustadas para o peso corporal.

Em um estudo realizado por Roemmich *et al.*, os autores analisaram a relação entre a leptina, uma proteína hormonal produzida e secretada pelo tecido adiposo, e a mineralização óssea de crianças e adolescentes, avaliando a associação entre adiposidade e a massa esquelética, observando que quando há maior acúmulo de gordura, encontra-se um aumento da concentração de leptina no soro. Entretanto, concluíram esses autores, a partir de seus resultados, que nos meninos e nas meninas, as concentrações de leptina no soro não estavam relacionadas com o conteúdo mineral do osso e a idade cronológica, havendo necessidade de elaboração de mais estudos para provar uma possível relação entre a adiposidade e a adequação da mineralização óssea, em todas as idades. Mais recentemente, Prado *et al.* avaliaram um grupo de 109 adolescentes obesos brasileiros, com o objetivo de explorar a relação entre a composição corporal, os níveis de leptina, da glicemia, da insulinemia e da resistência à insulina, avaliada pelo *Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance* (HOMA-IR) e pelo *Quantitative Insulin Sensitivity Check Index* (QUICKI), índices que avaliam a resistência à insulina e o conteúdo mineral ósseo. Os resultados apontaram para uma associação negativa entre os níveis de insulinemia, da leptina e dos marcadores de resistência à insulina e a densidade mineral óssea, sugerindo que todos os parâmetros avaliados devam exercer papel significativo em relação ao metabolismo ósseo.

Para Bandeira a obesidade evidenciada durante a infância e adolescência, pode levar a maior aceleração da maturação esquelética. Leonard *et al.* realizaram um estudo comparativo na Filadélfia com 132 indivíduos obesos (IMC \geq 95º percentil) e não obesos (IMC $<$ 85º percentil), sendo analisados de acordo com o estágio puberal pelos critérios de Tanner e através da utilização do DXA, concluiu que a obesidade se associou a maior estatura para a idade, aceleração da maturação óssea e aumento significativo dos parâmetros analisados nos indivíduos obesos, quando comparados àqueles com peso normal. Esses valores permaneceram significativos quando ajustados para o grau de desenvolvimento puberal e gênero. Esses resultados chamam a atenção e sugerem que talvez a obesidade provoque efeito protetor sobre a massa óssea.

Em um estudo realizado por Esterle *et al.*, foram analisadas associações entre o cálcio proveniente do leite, de outros derivados e de outros alimentos fonte de cálcio com a massa vertebral de 192 adolescentes saudáveis do gênero feminino e possível interação com o IGF-1, hormônio produzido predominantemente no fígado, em resposta aos níveis do hormônio de crescimento (GH) circulante, bem como com o paratormônio (PTH). Os autores evidenciaram que apenas o cálcio proveniente do leite, mas não aquele advindo das demais fontes dietéticas ou de outros produtos derivados do leite, apresenta-se associado positivamente com a idade, a densidade mineral óssea (DMO), ao conteúdo mineral ósseo (CMO) da região vertebral, ao IGF-1 e ao peso ajustado, durante a adolescência, principalmente após a menarca.

Apesar de ser a fonte principal de cálcio ingerido por essas adolescentes, superior a 52% do total da ingestão, mas, muito abaixo do recomendado pela DRI, constatam que o leite fornece diversos outros nutrientes identificados como: fosfatos, magnésio, proteína animal e outros nutrientes não identificados, além de energia, que provavelmente também estão associados ao impacto do ganho em massa óssea, mas aos quais não havia sido dada a devida importância pela literatura científica. Para esses pesquisadores é o primeiro estudo que fornece dados extensivos com relação à associação entre o cálcio, diferentes fontes dietéticas e massa mineral óssea, particularmente durante a adolescência. Entretanto, os próprios autores apresentam limitações a seu trabalho, ressaltando que a amostra não foi randomizada e que retirar conclusões causa-efeito através de um estudo observacional, pode ser precipitado, além de apenas terem avaliado a região lombar e não outros sítios ósseos.

Diante das controversas, Young *et al.* verificaram em uma amostra de 285 gêmeas, de 8 a 25 anos de idade, que

a massa magra apresentava-se como a principal determinante da aquisição de massa óssea, durante os anos iniciais da puberdade e que, após o estirão pubertário, a influência da massa gorda sobre o tecido ósseo teria papel preponderante. Clark *et al.* em estudo transversal avaliaram crianças de uma grande população da Inglaterra, com o objetivo de esclarecer a relação existente entre a massa gorda e a massa óssea dos participantes. Os resultados apontaram para uma associação positiva entre o tecido adiposo corporal e aumento da massa óssea corporal, porém, esse processo apenas se acentuou ao final da puberdade.

Ao estudar as complicações ortopédicas provocadas pelo excesso de peso em crianças e adolescentes e a relação da obesidade com a osteoporose, alguns autores Taylor *et al.*, Zhao *et al.* através de seus resultados constataram que: a massa gorda corporal não tem efeitos protetores sobre a massa óssea; alguns fatores genéticos e ambientais associados podem ter efeitos benéficos em relação à obesidade (reduzindo a massa gorda corporal) e a osteoporose. Sobretudo, quando comparou os adolescentes obesos com os não obesos observou que o grupo de obesos possuía maior dificuldade de mobilidade, aumento das medidas anatômicas, dificuldades osteomusculares e maior relato de fraturas, ressaltando os efeitos benéficos de um PC apropriado para obtenção de um esqueleto saudável.

Estudos Leonard *et al.*; Afghani, Goran, realizados com a utilização do exame de DXA, têm sido ampliados para avaliar o efeito da obesidade sobre a massa óssea, obtendo-se medidas relativas à idade, ao tamanho do osso e ao tamanho do corpo. Alguns resultados apontam para um osso normal ou com conteúdo mineral ósseo aumentado em crianças obesas, contrapondo-se a outras pesquisas que revelaram redução do tamanho do osso e da massa óssea em crianças obesas.

Afghani, Goran, ao avaliarem 256 crianças latinas (111 meninas e 145 meninos) caracterizadas como a população mais vulnerável ao excesso de peso e obesidade revelaram que independentemente da idade, peso e estágio de maturação sexual existe uma associação inversa entre a adiposidade central e o CMO, evento presente principalmente no gênero feminino. Entretanto, Leonard e colaboradores (2004) analisaram 132 indivíduos eutróficos ($IMC < \text{percentil } 85$) e 103 obesos ($IMC \geq \text{percentil } 95$) com o objetivo de caracterizar adequadamente os efeitos da massa óssea e da composição corporal em relação ao crescimento. Constataram que a obesidade durante a infância e a adolescência esteve associada com aumento da DMO da coluna lombar, além do aumento das dimensões da massa óssea do corpo total. Essas diferenças persistiram mesmo após o ajuste em relação à obesidade, pois nesses indivíduos com alteração do

percentual de massa gordurosa, constatou-se aumento na altura, na maturação sexual e no conteúdo de massa magra, quando comparados aos seus controles.

No Brasil, poucas investigações se dedicaram a estudar a massa óssea em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. No estudo de Cobayashi *et al.*, foram comparados 83 adolescentes com excesso de peso e 89 eutróficos, sendo observada maior DMO entre os adolescentes com sobrepeso/obesidade, corroborando a influência do PC na massa óssea. Contudo, entre os critérios de exclusão da amostra final desse estudo, não foram levadas em conta variáveis que poderiam interferir nos resultados observados, tais como: presença de processos inflamatórios, doenças ósseas progressivas, alterações hormonais ou doenças endócrinas, a avaliação precisa dos eventos pubertários, a caracterização da maturidade esquelética, entre as causas que poderiam participar no acúmulo de massa óssea, bem como não se detecta a realização de inquéritos alimentares relativos à ingestão de cálcio entre os adolescentes.

Assim, conhecer o comportamento da massa óssea de adolescentes sobrepesos ou obesos parece ser uma linha de pesquisa bastante interessante, uma vez que são escassos e conflitantes os conhecimentos advindos da literatura consultada, até a presente data. Os artigos iniciais, Goulding *et al.* apontavam que a massa óssea de crianças obesas era insuficiente quando relacionada à massa gordurosa, favorecendo a evidência de fraturas, quando crianças obesas eram comparadas a crianças eutróficas. Anos depois, Leonard *et al.*; Petit *et al.*; Stettler *et al.* avaliando adolescentes de 9 a 17 anos de idade relataram que a massa óssea avaliada pelo CMO era elevada, quando ajustada à altura desses indivíduos e à sua massa magra, mesmo pontuando que os obesos eram mais altos e tinham maior massa magra, do que seus controles, para as mesmas faixas etárias.

Dessa forma, na tentativa de esclarecer melhor o assunto, Mosca *et al.* desenvolveram recentemente uma pesquisa com 377 adolescentes considerados sobrepesos, obesos e superobesos com o objetivo de investigar o impacto do excesso de gordura corporal sobre a massa óssea e demonstrou-se que os adolescentes superobesos apresentavam redução de sua massa óssea, avaliada pela realização de densitometria óssea por atenuação de Raio X de dupla energia (DXA), quando comparada à massa óssea obtida entre os sobrepesos. Além disso, verificaram correlações negativas, moderadas e significativas entre a densidade mineral óssea (DMO) de fêmur e corpo total, e entre o conteúdo mineral ósseo (CMO) em todos os sítios avaliados (fêmur, coluna e corpo total) com o percentual de gordura corporal (%GC). Diante desses resultados apresentados, as autoras concluí-

ram que ocorre um impacto negativo do excesso de gordura corporal sobre a massa óssea dos adolescentes, embasado no fato de que quanto maior o percentual de gordura menor a DMO e o CMO observados.

Conclusão

Apesar da epidemia da obesidade na infância ser uma constatação inexorável e ainda que o empenho dos pesquisadores sobre o tema proposto seja indubitável, os resultados encontrados são controversos e os mecanismos

envolvidos quanto ao efeito do excesso de peso sobre o ganho de massa óssea durante o crescimento ainda é mal compreendido e prescinde da realização de mais estudos.

A adolescência é o período de maior ganho de massa óssea e nessa fase da vida é importante a contribuição da adequação dos hábitos alimentares e da prática regular de atividade física, com o objetivo de evitar o excesso de peso e suas comorbidades, como também evitar influências advindas da constatação do excesso de massa de gordura sobre a aquisição total de massa óssea.

Referências

1. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Despesas, Rendimentos e Condições de Vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
2. Silva, C. C.; Teixeira, A.S.; Goldberg, T.B.L. Impacto da ingestão de cálcio sobre a mineralização óssea em adolescentes. *Rev. Nutr.* 2004, 17, 351-359.
3. Goldberg, T.B.L.; Colli, A.S.; Curi, P.R. Dobras Cutâneas na Faixa Etária de 10 à 19 anos. Crescimento e Desenvolvimento Pubertário e Crianças e Adolescentes Brasileiros. São Paulo: Editora Brasileira de Ciências Ltda; 1986. p.98.
4. Goldberg, T.B.L. Indicadores nutricionais na faixa etária de 10 à 19 anos: massa muscular e tecido gorduroso (Tese de Doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo; 1989.
5. Silva, C.C.; Goldberg, T.B.L.; Teixeira, A.S.; Dalmas, J.C. Mineralização óssea em adolescentes do sexo masculino: anos críticos para a aquisição da massa óssea. *J. Pediatr.* 2004, 80, 461-467.
6. Silva, C.C.; Goldberg, T.B.L.; Teixeira, A.S.; Dalmas, J.C. Bone Mineralization in Brazil adolescents: the years of maximum bone mass incorporation. *Arch Latinoam Nutr.* 2007, 57, 118-124.
7. Silva, C.C.; Goldberg, T.B.; Nga, H.S.; Kurokawa, C.S.; Capela, R.C.; Teixeira, A.S.; Dalmas, J.C.; Impact of skeletal maturation on bone metabolism biomarkers and bone mineral density in healthy Brazilian male adolescents. *J Pediatr*, 2011, 87, 450-460.
8. Moretto, M.R.; Silva, C.C.; Kurokawa, C.S.; Fortes, C.M.; Capela, R.C.; Teixeira, A.S.; Dalmas, J.C.; Goldberg, T.B. Bone Mineral Density in Healthy Female Adolescents According to Age, Bone Age and Pubertal Breast Stage. *The Open Orthopaedics Journal.* 2011, 5, 324-330.
9. Center of Disease Control and Prevention [CDC]. National Center for healthstatistics CDC Growth Charts 2000. United States. [Documento *online*] Disponível em URL: <http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrensbmi.html#What%20is%20BMI> [acesso em 14 jul 2012].
10. Institute of Medicine. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. Washington, D.C., National Academy Press, 2011. Available at: <http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=13050> . (Accessed on July 05, 2012).
11. Hill, K.M.; Laing, E.M.; Hausman, D.B.; Acton, A.; McCabe, G.P.; Weaver, C.M.; Lewis, R.D.; Peacock, M. Bone turnover is not influenced by serum 25-hydroxyvitamin D in pubertal healthy black and white children. *Bone*, 2012, 51, 795-799.
12. Buyukinan, M.; Ozen, S.; Kokkun, S.; Saz, E.U. The relation of vitamin D deficiency with puberty and insulin resistance in obese children and adolescents. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2012, 25, 83-87.
13. Ganji, V.; Zhang, X.; Tangpricha, V. Serum 25-Hydroxyvitamin D concentrations and prevalence estimates of hypovitaminosis D in the U.S. Population based on assay-adjusted data. *J Nutr.* 2012, 142, 498-507.
14. Afghani, A.; Goran, M.I. The Interrelationships between Abdominal Adiposity, Leptin and Bone Mineral Content in Overweight Latino Children. *Horm Res*, 2009, 72, 82-87.
15. Mosca, L.N.; Goldberg, T.B.L.; Silva, V.N.; Silva, C.C.; Kurokawa, C.S.; Rizzo, A.C.B.; Corrente, J.E. Excess body fat negatively affects bone mass in adolescents. *Nutrition*, 2014, 30, 847-852.



José Maria Soares Júnior¹, Ricardo dos Santos Simões², Eduardo Carvalho de Arruda Veiga³, Maria Cândida Pinheiro Baracat⁴, Sandra Dircinha Teixeira de Araujo Moraes⁵, Isabel Cristina Esposito Sorpreso⁶ e Edmund Chada Baracat⁷

Introdução

A função básica ovariana é ovular e, assim, garantir o poder de procriar. A mulher que ovula quase que, obrigatoriamente, menstrua. A menstruação representa o sangramento fisiológico. Sua disfunção ou irregularidade corresponde às alterações do ciclo menstrual, podendo originar o sangramento uterino anormal (1).

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO) recomenda o abandono de algumas terminologias como sangramento uterino disfuncional, menorragia, metrorragia, espaniomenorreia, oligomenorreia e outras nomenclaturas devido à confusão que os profissionais de saúde e os próprios pacientes tinham no emprego desses termos. Assim, criou-se um grupo para rever e sugerir nova nomenclatura e também a classificação do sangramento uterino anormal durante o período reprodutivo da mulher. Assim, a Tabela 1 resume as características normais e anormais do ciclo menstrual. O ciclo menstrual é dito frequente quando o intervalo entre uma menstrual e outra é inferior a 21 dias. O normal é de 21 dias a 38 dias. É denominado infrequente quando o intervalo é superior a 38 dias.

Na análise do ciclo menstrual durante um ano, refere que é ausente quando não há menstrual nesse período. O termo regular é quando há variação entre 2 a 20 dias de um ciclo ao outro e irregular, quando essa variação é superior a 20 dias. O fluxo menstrual é prolongado, normal ou curto, respectivamente, quando dura mais de oito dias,

entre três e oito dias e menos de três dias. O volume é excessivo quando há perda maior de 80 mL (uso de mais de 8 absorventes e presença de coágulos no fluxo menstrual). A normalidade é de 5 a 80 mL. O fluxo é pouco quando há menos de 5 mL (em geral, a paciente expressa por corrimento escurecido). Pode haver sangramento intermenstrual, no meio do ciclo, antes ou depois do fluxo menstrual, também são considerados como disfunção menstrual (1-4). O sangramento uterino que não segue a normalidade e regularidade dessa descrição é denominado de anormal ou irregularidade menstrual (1-4).

Tabela 1- Característica do ciclo menstrual segundo as orientações da FIGO.

Característica do ciclo menstrual	Descrição	Limites de normalidade
Ciclo menstrual (dias)	Frequente Normal Infrequente	<21 21-38 >38
Variação dos ciclos menstruais em um ano (dias)	Ausente Regular (normal) Irregular	Sem menstruação Variação ± 2-20 Variação >20
Duração do fluxo (dias)	Prolongado Normal Curto	>8 3-8 <3
Volume da perda sanguínea mensal (mL)	Excessivo Normal Pouco	>80 5-80 <5

* Adaptado de Munro (2).

- 1 Professor Associado Livre-Docente da Disciplina de Ginecologia e Vice-Chefe do Departamento de Obstetria e Ginecologia, Hospital das Clínicas da FMUSP. Supervisor do Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetria e Ginecologia, Hospital das Clínicas/ FMUSP.
- 2 Assistente da Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetria e Ginecologia, Hospital das Clínicas, FMUSP. Coordenador do Setor de Ultrassonografia da Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetria e Ginecologia, Hospital das Clínicas, FMUSP.
- 3 Pós-doutorando da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetria e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- 4 Assistente da Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetria e Ginecologia, Hospital das Clínicas, FMUSP. Pós-graduanda do Programa de Pós-graduação do Departamento de Obstetria e Ginecologia/FMUSP.
- 5 Médica. Pós-Doutorado em Ginecologia e Obstetria/ FMUSP. Doutorado em Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo- FSP/USP. Doutorado em Ginecologia, Obstetria e Perinatologia pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual-Secretaria de Estado da Saúde/SP. Coordenadora do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetria do Hospital Municipal Maternidade Amador Aguiar de Osasco.
- 6 Professor Doutor. Professora Adjunta da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetria e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da USP.
- 7 Professor Titular da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetria e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Pró-Reitor de Graduação da Universidade de São Paulo.

Sangramento uterino anormal (SUA)

Em 2011, após nova reunião de um grupo de especialistas, a FIGO propôs classificação para facilitar o entendimento, avaliação e tratamento. Essa proposta foi denominada de PALM/COEIN, onde cada letra está vinculada a uma das etiologias do SUA. Contudo, recomenda-se a exclusão de gravidez quando houve suspeita antes de aplicar o PALM-COEIN (2,3).

O sangramento uterino anormal pode ter uma causa relacionada com a estrutura do útero, como pólipos, adenomiose, leiomioma, lesões precursoras do câncer endométrio ou até a neoplasia maligna. Segundo Munro (2), essas entidades podem ser agrupadas com a denominação de PALM (P=polyp; A=adenomiose; L=leiomyoma; M = malignancy). Em geral, podem ser identificadas por exames de imagem, como ultrassonografia pélvica. Podem também ser confirmadas por histeroscopia e/ou biópsia quando acometem a cavidade endometrial (2,3).

Há um grupo de distúrbios não relacionados com a estrutura uterina, que estão agrupados no grupo COEIN: C = coagulopatias, O = distúrbios da ovulação, E = distúrbio endometrial; I= iatrogênica; N= sem classificação. Geralmente, não são detectáveis de exames de imagens convencionais, com exceção dos distúrbios relacionados com "N" do COEIN que pode ser observado pelo ultrassom pélvico com doppler colorido em alguns casos (2,3).

Em nosso meio, a causa mais comum do SUA do tipo COEIN é o distúrbio ovulatório, composto principalmente por anovulação crônica e insuficiência lútea (1,4). Esse distúrbio advém de problemas relacionados com a ovulação, quase sempre, ocorrem na inter-relação funcional entre o sistema nervoso central (hipotálamo), a hipófise, o ovário e o endométrio. Essa última tem sua camada mais interna (endométrio), que é trabalhada por estrogênios e ou progesterona, que sinaliza esses distúrbios. Pode ser um distúrbio hormonal na síntese ou uma inadequação de resposta endometrial que pode gerar um fluxo irregular (1-5). Para o entendimento dos sangramentos do tipo COEIN, é importante entender os mecanismos do controle do fluxo menstrual (2,3).

Mecanismos de controle do fluxo menstrual

Os mecanismos de descamação e de reparação endometrial dependem dos efeitos dos esteroides sexuais, principalmente o estrogênio e a progesterona, sobre o endométrio. Assim, a produção ou a ação inadequada desses hormônios pode determinar o SUA (1,5).

A adequada descamação endometrial está relacionada com a ação da progesterona sobre o endométrio, influenciando a composição da matriz extracelular, bem

como as metaloproteinases matriciais, os lisossomos (hidrolases), os macrófagos, os mastócitos e as moléculas de adesão intercelular (ICAM-1 e PECAM) (1,5). Portanto, produção deficiente desse hormônio no SUA do distúrbio ovulatório pode determinar alterações dessas substâncias, o que pode gerar SUA. Acredita-se que ação deficiente da progesterona, mesmo com níveis séricos adequados, pode ser uma das explicações do distúrbio endometrial (1,5).

A autofagocitose endometrial é realizada pelos lisossomos que destroem o citoplasma. Já a heterofagocitose é feita pelos macrófagos, que digerem as fibras reticulares do estroma, fragmentando o tecido de conexão estromal. Estudos recentes mostram que as interleucinas, principalmente a oito (IL-8), seriam importantes para o recrutamento dos macrófagos e mastócitos. Há evidências que mostram que a progesterona inibiria a produção dessa interleucina (1,5).

Além dos mecanismos de descamação, o sistema hemostático é importante para o controle do fluxo menstrual. Esse sistema é dependente dos seguintes fatores: contratilidade vascular local; adesão plaquetária; formação do coágulo com o reforço da fibrina e sistema fibrinolítico. Deve-se salientar que as prostaglandinas e os hormônios sexuais podem interferir na regulação desse sistema (1-4). Nesse contexto, os defeitos da coagulação, como a doença de Von Willebrand, podem dar origem a sangramento uterino prolongado e excessivo. Em geral, essas mulheres têm história pregressa de sangramento volumoso após extração dentária ou até mesmo cortes pequenos (6-8).

Deve-se ainda comentar o sistema fibrinolítico que degrada os coágulos durante a menstruação. Esse é dependente da plasmina, que é formada a partir do plasminogênio. Esse pode ser ativado por: ativador do plasminogênio tecidual (t-PA), dependente da uroquinase (u-PA), heparina ou do estrogênio. A inibição desse sistema está relacionada com os inibidores do tipo 1 e 2 (PAI-1 e PAI-2), $\alpha 2$ -antiplasmina e da progesterona (1,5).

Deve-se citar que há várias substâncias que controlam a contratilidade vascular no endométrio, regulando o fluxo menstrual. Assim, a endotelina, a prostaglandina F2a (PGF2a), o tromboxano, a vasopressina e a citocina, principalmente a interleucina 8, são responsáveis pelo vasoconstricção das artérias espiraladas. Acredita-se que alteração nesse sistema poderia explicar o SUA do distúrbio endometrial (1). Essas substâncias são influenciadas pela ação da progesterona. Já o óxido nítrico, a prostaciclina e a prostaglandina E2 (PG E2) agem na vasodilatação e sua produção está relacionada com a ação dos estrogênios (1,5).

Além dos mecanismos descritos, o crescimento (remodelação) endometrial também participa do controle do fluxo menstrual. Esse processo é dependente do estrogênio, que age sobre fator de crescimento vasculo-endotelial (VEGF), fator fibroblástico básico (b-FCF), fator epidérmico (ECF), fatores insulínóides e ainda as citocinas. O adequado processo de remodelação finda o sangramento endometrial (1). Assim, fármacos que atrasem ou prolonguem esse processo podem ser causa de SUA (1-4).

Diagnóstico

O SUA pode ser agudo, ou seja, manifesta-se com sangramento excessivo e menos de seis de duração ou crônico, menos intenso e com história mais longa por mais de seis meses. O SUA agudo pode ser motivo de atendimento de urgência (1,3,4), enquanto o SUA crônico tratado, em geral, em ambulatório.

A história clínica é fundamental para o diagnóstico e para conduta para cessar o SUA (1,3,4); é a própria paciente que ao comparar com seus fluxos anteriores, acha que perde muito sangue porque tem que trocar número excessivo de absorventes higiênicos. A presença de coágulos pode ser usual e indica que não houve tempo adequado para a fibrinólise local, portanto, o volume é excessivo. Além disso, a investigação da frequência de trocas dos absorventes, do vazamento na calcinha, na saia e na roupa de cama é outro parâmetro (1). O tipo de absorvente (se tampão ou “pads”) varia de tamanho e de capacidade para absorver o fluxo. Se cada tampão fixar 1,5 ml de sangue e se a paciente precisa trocá-lo a cada duas horas ou mais, há excesso de sangramento que pode levar a anemia. Outra forma é o uso do “copinho”, que pode facilitar a aferição, se for mais de 80 mL durante o fluxo menstrual, pode-se constatar o SUA (1). Nem sempre, esses detalhes são obtidos no SUA agudo, pois a paciente pode chegar com instabilidade hemodinâmica, nos casos extremos. Nas mulheres sexualmente ativas, deve-se investigar a ocorrência de gestação (1). Nos casos de SUA estrutural ou PALM, as mulheres podem referir queixas relacionados com as entidades ou até trazer o diagnóstico prévio dessas (1).

O exame físico geral é importante para descartar qualquer moléstia sistêmica que possa estar provocando a perda de sangue, bem como afastar gravidez nas adolescentes sexualmente ativas (1,4). Em casos, de leiomiomas, adenomiose e até neoplasias endometriais, pode-se constatar aumento volumétrico uterino. Em casos de tumor de ovários e Síndrome dos Ovários Policísticos (distúrbio ovulário), pode-se palpar ovários aumentados de volume. Pode-se ainda identificar sinais, como acantose

nigricante, que pode ser sugestivo de resistência insulínica e estar associado aos quadros de anovulação crônica (9). Na propedêutica inicial, deve-se ainda afastar as lesões vaginais e do colo, bem como a possibilidade de gestação. As duas primeiras podem ser diagnosticadas já no exame especular e merecem tratamento específico e não fazem da classificação do SUA (1,10).

Em geral, as alterações da coagulação são mais comuns na adolescência e devem também ser investigada. A anemia de Fanconi, as anormalidades plaquetárias com ou sem trombocitopenia, a doença de Von Willebrand e a fibrinogenemia podem estar presentes (6-8). Contudo, deve-se ter cuidado na anamnese para avaliar antecedentes de sangramento excessivo, como sangramento após pequenos cortes ou através de mucosas, como a oral, principalmente em tratamentos dentários (6-8). Deve-se ainda salientar que o sangramento do tipo ovulatório pode ocorrer pela anovulação relacionada a imaturidade do eixo hipotálamo-hipofisário-ovariano, bem como pela Síndrome dos ovários policísticos que são frequentes nessa faixa etária (1,9).

Em relação às causas iatrogênicas, podemos citar o emprego de tibolona, progestagênios isolados, por via oral ou não oral (implante hormonal ou sistema intrauterino liberador de levonorgestrel), anabolizantes, warfarina, heparina, aspirina, Ginkgo, Ginseng e outras substâncias que podem promover vasodilatação ou diminuir a agregação plaquetária. Essas são as causas mais frequentes da forma iatrogênica (1-4).

Em relação às etiologias ainda não classificadas do SUA no COEIN, podemos salientar as alterações relacionadas com a cicatriz uterina (istmocele) ou alterações vasculares uterinas. A primeira pode ter história de cesariana anterior, enquanto a segunda pode ser muito difícil o diagnóstico diferencial dos distúrbios do endométrio, necessitando de ultrassonografia com Doppler e um profissional com grande experiência para o diagnóstico (2,3).

A paciente com distúrbio endometrial refere ciclos menstruais regulares com volume e duração prolongados. Em geral, a paciente pode referir sintomas da tensão pré-menstrual e/ou dismenorreia, bem como a dor de ovulação (do meio do ciclo). Contudo, deve-se excluir as causas orgânicas (PALM), bem como os distúrbios da coagulação e as causas não classificadas para findar o diagnóstico (1-4).

Exames complementares

O ultrassom pélvico transabdominal ou transvaginal tem importante papel na propedêutica ginecológica para afastar anormalidades ginecológicas que poderiam justificar o sangramento estrutural ao corpo uterino

(PALM). A adenomiose pode ter o diagnóstico mais impreciso, apesar da padronização de critérios diagnósticos ter avançado muito, tanto por ultrassonografia convencional, como por ultrassonografia tridimensional e ressonância magnética (1-5).

O exame de imagem junto com a histeroscopia com biópsia endometrial dirigida, na maioria dos casos, auxilia no diagnóstico etiológico do sangramento uterino (1-4). Salienta-se que nos serviços que não dispõem da histeroscopia, a biópsia endometrial isolada ou até a curetagem podem auxiliar no diagnóstico diferencial do SUA, principalmente, nos casos de hiperplasia endometrial e câncer de endométrio (M do PALM) (1-4). O Doppler uterino pode ser importante para avaliar as malformações arteriovenosas (2,3).

Deve-se ainda solicitar avaliação hematológica nos casos de sangramento uterino excessivo para afastar defeitos da coagulação e solicitar exames mais específicos (1-4). Na avaliação inicial, pode-se solicitar hemograma completo, coagulograma completo e ferritina. Na história clínica de paciente com história de sangramento prolongado aos pequenos ferimentos deve-se ter cuidados especiais na coleta de sangue.

Tratamento

Na fase aguda, quando há fluxo excessivo que determina perda volêmica acentuada, levando-a com rebaixamento da consciência e quadro de choque hipovolêmico, é necessário estabilizar a paciente com soluções cristalóide e colóide para bom equilíbrio hemodinâmico. Às vezes, a transfusão sanguínea pode ser necessária. Em condições muito graves quando o fluxo está muito exacerbado, a resolução breve pela curetagem uterina para estancar o sangramento pode ser imposta (1, 4,9-13).

Se, entretanto, não houver essa situação mais dramática, e a perda não é tão súbita, pois já dura dias, o tratamento hormonal pode ser instituído com: a) estrogênios conjugados 5 a 10 mg ao dia; b) 17 beta-estradiol 4 a 10 mg ao dia, valerato de estradiol 4 a 10 mg ao dia, e etinilestradiol (100 a 200µg ao dia), bem como associação com progestagênios. Essas modalidades podem ser feitas por via oral (1,4,9-13).

Aconselhamos, todavia, a pílula anticoncepcional de preferência com 50 µg ou mais de etinilestradiol e associação com norderivado (ex. levonorgesterel). Tomar uma a duas pílulas de saída e, depois, uma de 6/6h (raramente de 4/4h) até cessar o fluxo, o que ocorre logo após 6 horas (quando os níveis de estrogênio estão altos), depois espaçamos as doses para 8/8h (\pm 2 dias), em seguida, para 12/12 h (\pm 1 dia) e a cada 24 horas (\pm 10 dias).

Esse esquema pode ser agressivo, mas está indicado nas formas mais intensas de sangramento (1).

Pode-se ainda associar agentes antifibrinolítico, como ácido tranexâmico (3g a 6g em 24 horas) ou antiinflamatórios, de preferência os derivados do ácido arilpropiónico (ibuprofeno, cetoprofeno, etc) e do ácido enólico (piroxicam e meloxicam). Se houver retorno do sangramento, considera-se como faixa e deve-se investigar uma causa orgânica ou estrutura do útero que esteja provocando o sangramento (1,4,9-13).

A paciente pode se queixar de náuseas e vômitos e, por isso, já aconselhamos o uso de antieméticos como a ondasetrona por via sublingual, intramuscular ou em supositórios (1).

Nos casos do emprego de estrogênio isolado, a paciente deverá tomar um progestagênio concomitantemente, nos últimos dez dias antes da pausa do tratamento hormonal. A adolescente deve ser seguida no ambulatório ou consultório após alta hospitalar para o tratamento de fase crônica (1). Nos casos não responsivos, pode-se empregar a curetagem uterina ou a histeroscopia cirúrgica. Em geral, a retirada do endométrio manual ou elétrica pode proporcionar diminuição do sangramento e material para investigar a presença de hiperplasia ou até carcinoma endometrial. Salienta-se que essa última entidade é incomum na adolescência (9-13).

Fase crônica

Nos casos das etiologias estruturais, cada uma terá uma conduta específica que pode ser cirúrgica, com exceção da adenomiose que ainda é desafio, mas que pode responder a hormonioterapia e/ou ácido tranexâmico para reduzir o fluxo (1,4,9-13).

Após afastar as causas estruturais, deve-se investigar a causa da estrutural (ou COEIN): anovulação crônica, insuficiência lútea, disfunção endometrial, iatrogênica ou outras etiologias ainda não classificadas. Salienta-se que medicamentos psicotróficos e anabolizantes podem ser causas iatrogênicas de SUA em adolescentes usuárias (1,4,9-13). A suspensão desse pode melhorar o sangramento. Nos casos que exista a necessidade de continuar, o tratamento hormonal estroprogestativo, por via oral ou não oral (adesivo, anel vaginal ou injetável), pode regularizar o ciclo menstrual (1,9-13).

Nos casos de anovulação crônica, investigar hiperprolactinemia, imaturidade do eixo hipotálamico-hipofisário-ovariano (HHO), deficiência enzimática da supra-renal, tumor de ovário ou suprarrenal, Síndrome de Cushing e Síndrome dos Ovários Policísticos. A adolescente deve ser cuidada conforme a causa (1,9).

A imaturidade do eixo HHO é muito difícil de diferenciar da Síndrome dos Ovários Policísticos em muitos casos (1,9-13). Em geral, quando a paciente não melhora com o tratamento específico da causa ou na SOP, pode-se empregar progestagênio na segunda fase do ciclo por 10 a 14 dias. Dá-se preferência aos noresteróides (noretisterona, levonorgestrel, nomegestrol), ao invés dos derivados da pregnana, por produzirem um endométrio dimórfico e, portanto, um sangramento de menor intensidade. Outro progestagênio que pode ser empregado é diidrogestrona (10mg ao dia) (1).

Nas adolescentes sexualmente ativas, outra alternativa é o contraceptivo hormonal combinado oral que pode auxiliar no controle do ciclo, podem ser usados em esquemas de 21 dias com sete dias de pausa ou 24 dias com quatro dias de pausa (1).

No sangramento por disfunção endometrial, pode-se optar apenas pelo antiinflamatório não hormonal e/ou associação com ácido tranexâmico (1,5g a 3,0g ao dia). Nas adolescentes refratárias ao tratamento, uma opção é o esquema estendido da pílula contraceptiva com pausa a cada 60 a 90 dias (1,3).

O tratamento da anovulação e da disfunção endometrial é a longo prazo e muitas mulheres não conseguem prosseguir com o tratamento por via oral. Uma alternati-

va seria o emprego do DIU medicado com levonorgestrel. Esse provoca amenorréia em 50% dos casos e redução do fluxo nas demais pacientes (1,10-13). Pode ser uma alternativa nas coagulopatias de difícil tratamento (6-8).

Deve-se realçar que, embora prática usual, a administração de ocitocina ou dos derivados da ergonovina não têm qualquer indicação, pois são fármacos desprovidos de efeito terapêutico fora do ciclo gravídico-puerperal (1).

Opção terapêutica que deve ser lembrada é a ablação endometrial, para os casos recorrentes ou refratários à hormonioterapia. Pode ser realizada de várias formas que incluem o uso de corrente elétrica, laser e até a destruição térmica do endométrio. Em casos extremos e refratários aos tratamentos anteriores, pode-se empregar a histerectomia ou a embolização das artérias uterinas. Cumpre assinalar que na adolescência essa conduta deve ser considerada somente em situações críticas, excepcionais, onde há grave risco de vida (1,3-5,9-13).

Finalmente, o tratamento da disfunção menstrual deve ser multiprofissional, pois as adolescentes necessitam de apoio psicológico e incentivos por parte da equipe de saúde (enfermeira, auxiliares de enfermagem, assistente social e médicos) para aderirem ao tratamento corretamente.

Referências

- Soares Jr JM, Costa AMM, Haidar MA, Lima GR, Baracat EC. Sangramento disfuncional do endométrio. In: Ginecologia, Girão MJBC, Lima GR, Baracat EC (eds), Barueri, SP: Manole, 2009, pag 339-346.
- Munro MG. Practical aspects of the two FIGO systems for management of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017; 40: 3-22.
- Munro MG, Critchley H, Fraser IS. Research and clinical management for women with abnormal uterine bleeding in the reproductive years: More than PALM-COEIN. *BJOG.* 2017 Jan; 124(2): 185-189.
- Benetti-Pinto CL, Rosa-E-Silva ACJS, Yela DA, Soares Júnior JM. Abnormal Uterine Bleeding. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017; 39(7): 358-368.
- Henriet P, Gaide Chevonnay HP, Marbaix E. The endocrine and paracrine control of menstruation. *Mol Cell Endocrinol.* 2012; 358(2): 197-207.
- Bowman ML, James PD. Controversies in the diagnosis of Type 1 von Willebrand disease. *Int J Lab Hematol.* 2017; 39 Suppl 1: 61-68.
- James AH, Manco-Johnson MJ, Yawn BP, Dietrich JE, Nichols WL. Von Willebrand disease: key points from the 2008 National Heart, Lung, and Blood Institute guidelines. *Obstet Gynecol.* 2009 Sep; 114(3): 674-8.
- Govorov I, Ekelund L, Chairati R, Elfvinge P, Holmström M, Bremme K, Mints M. Heavy menstrual bleeding and health-associated quality of life in women with von Willebrand's disease. *Exp Ther Med.* 2016; 11(5): 1923-1929.
- Soares Júnior JM, Baracat MC, Maciel GA, Baracat EC. Polycystic ovary syndrome: controversies and challenges. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2015; 61(6): 485-7.
- Dowlut-McElroy T, Williams KB, Carpenter SL, Strickland JL. Menstrual Patterns and Treatment of Heavy Menstrual Bleeding in Adolescents with Bleeding Disorders. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015; 28(6): 499-501.
- James AH. Bleeding disorders in adolescents. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009; 36(1): 153-62.
- Brun JL, André G, Descat E, Creux H, Vigier J, Dallay D. Methods and efficacy of medical and surgical treatment of non functional menorrhagia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2008; 37(8): 368-83.
- Krogh RA, Lauszus FF, Rasmussen KL. Long-term follow-up after endometrial ablation. A questionnaire study on bleedings, hormone treatment and surgery. *Ugeskr Laeger.* 2009; 171(34): 2371-6.



Sueli Cabral¹ e Guilherme Itiro Malta Shirakawa²

Introdução

A saúde mental, que anteriormente se dedicava quase que exclusivamente aos transtornos psiquiátricos, vem cada vez mais se concentrando no contexto biopsicossocial dos transtornos, visando entender o ambiente e os fatores que levam o sujeito a manifestar um transtorno. Os mecanismos psicopatológicos da maioria dos transtornos ainda não são completamente conhecidos e daí surge a necessidade de classificá-los, visando estabelecer critérios que ajudem no diagnóstico e tratamento dos pacientes. Várias são as classificações propostas e frequentemente passam por revisões. Um exemplo mais recente buscou agrupar os mecanismos psicopatológicos em 5 questões básicas visando ajudar na classificação dos transtornos:

1. O sujeito orienta-se nos seus territórios?
 - Uma desorientação súbita com comprometimento das funções cognitivas define o delírium, que pode apresentar múltiplas causas, enquanto uma desorientação crônica, com perdas progressivas da cognição sugere quadros de demência.
2. O sujeito distingue e reconhece o “eu” e o outro?
 - Os problemas encontrados nos pacientes com autismo consistem na incapacidade de compreender os outros e diferencia-se da esquizofrenia, que pode se definir como perda do “eu” e a definição de seus limites.
3. O sujeito está sincronizado com o ambiente e outras pessoas?
 - A sincronização com os ritmos ambientais, como os circadianos, é decisiva para o bem-estar e encontra-se alterada nas depressões e manias.
4. Como o sujeito responde às vivências ameaçadoras?
 - A decisão de resposta de fuga ou luta diante de uma ameaça é fundamental para a sobrevivência. Quando há um desequilíbrio entre ameaça e resposta podemos encontrar as paranoias ou as fobias.

5. Como o sujeito responde às vivências conflituosas?
 - Os conflitos resultam de um desequilíbrio entre uma tomada de decisão de forma impulsiva ou consciente. Em um primeiro momento resolvemos um conflito de forma impulsiva, instintiva e essas resoluções serão moldadas pela aprendizagem. A partir daí podemos antecipar as consequências e inibir o impulso através da consciência. Caso haja um desequilíbrio em que se iniba os impulsos temos o mecanismo obsessivo enquanto que se houver a inibição da consciência, temos as patologias dissociativas ou psicopáticas.

Todas as patologias conhecidas, que normalmente são associadas à vida adulta, podem ocorrer também na infância e adolescência, devendo ser identificadas e acompanhadas com o decorrer do desenvolvimento. O objetivo desse capítulo é definir os principais transtornos que acometem crianças e adolescentes com o intuito de reconhecê-los e diferenciá-los nessa faixa etária.

Transtornos do aprendizado escolar

À medida que o grupo humano vem se tornando cada vez mais complexo e sofisticado, a transmissão de conhecimentos passa a ser fundamental na adaptação, levando crianças e adolescentes a passarem grande parte de seu tempo em uma situação de aprendizado formal: a escola. As exigências do ensino formal irão colocar parte dessas crianças em situação de fracasso, uma vez que apresentarão dificuldades para ler, escrever ou calcular, mesmo que não haja comprometimento de suas capacidades intelectuais ou sociais. A persistência dessas dificuldades é definida como transtorno de aprendizagem.

O processo de aprendizado é complexo e depende da condição da própria criança de ter a possibilidade de aprender, devendo-se examinar de forma criteriosa suas capacidades físicas, cognitivas, sensoriais e psíquicas. Deve-se avaliar sua motivação para aprender, com base nos estímulos dos pais, por exemplo.

1 Médica psiquiatra e psicoterapeuta, especialista em Infância e Adolescência pela FCM- UNICAMP; Membro da Fundação Maurício Knobel; Mestre e Doutora em Saúde Mental pela FCM- UNICAMP; Especialista em Tratamento de Psicóticos pelo Institute Marcel Rivière de Paris – França; Consultora da Organização Pan-Americana de Assuntos de Infância e Adolescência; Docente da PUC Campinas; Chefe do Departamento de Psiquiatria do Hospital Centro Médico de Campinas; Coordenadora do Centro de Referência P.A.I.C.A.

2 Acadêmico do 5º ano de medicina da PUC Campinas. Presidente da Liga de Psiquiatria 2013

Os transtornos do aprendizado podem ser classificados em três tipos: transtorno de leitura, transtorno de expressão escrita e transtorno do cálculo.

O transtorno de leitura diz respeito àqueles que apresentam dificuldade em decifrar e reconhecer palavras, ler corretamente e compreender. Corresponde ao quadro de dislexia, em que é comum a confusão de letras ou fonemas. No entanto não pode ser diagnosticada antes da idade de 7 a 7,5 anos, uma vez que essas dificuldades podem ser normais anteriormente. Essas crianças aprendem a falar tardiamente, sua linguagem é de difícil compreensão, sendo traduzida pelos familiares, compreendem o que lhes é dito com mais facilidade do que conseguem se expressar, tem dificuldades no aprendizado do alfabeto, quando cantam lembram-se mais da melodia do que da letra e não se interessam pela leitura ou desenho.

O transtorno de expressão escrita compreende a dificuldade da escrita a mão e as limitações de vocabulário, grafia e produção textual. As crianças com esse transtorno vão apresentar dificuldades em tomar notas na sala de aula, de planejamento e de organização, atraso geral no ritmo de trabalho, medo enorme de provas e avaliações escritas, baixa autoestima acompanhada do temor de ser “descoberto” ou reprovado.

O transtorno do cálculo é definido pela dificuldade em realizar operações básicas como adição, subtração, multiplicação e divisão. A discalculia é mais rara que a dislexia e normalmente é associada a transtorno de organização espacial e tem acometimento mais tardio.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é reconhecido com alguma facilidade em clínicas, escolas e em casa, já que a criança desatenta leva à distraibilidade, “ao sonhar acordado” e à dificuldade de realizar uma tarefa por longo período de tempo. É definida pela tríade: desatenção, hiperatividade e impulsividade. A atenção é desviada de um estímulo para outro e assim as crianças e adolescentes deixam pais e professores com a impressão de que não estão ouvindo. No que diz respeito à impulsividade, essas crianças ficam bastante propensas a acidentes, muitas vezes perturbando o andamento da aula, é bem definida quando “saltam com as respostas antes da pergunta ter sido terminada”. A hiperatividade é frequentemente apresentada por uma agitação motora, podendo falar excessivamente, sendo muito pouco tolerada em escolas.

A alteração da atenção e das funções executivas são as características do TDAH. A atenção corresponde à capacidade de um indivíduo focalizar a mente em algum as-

pecto do ambiente. Assim a atenção inclui capacidades básicas como: identificar a natureza e conteúdo de estímulos, selecionar informações, concentrar-se em uma informação, inibir estímulos competidores, desviar o interesse para outro estímulo apenas quando necessário e dividir atenção entre dois estímulos simultâneos. As funções executivas são responsáveis por iniciar e desenvolver uma atividade com um objetivo final determinado. É composta pela memória de trabalho, que permite a representação de informações relevantes para a tarefa, atenção seletiva, selecionando apenas estímulos relevantes, controle inibitório, selecionando entre várias alternativas a melhor resposta, planejamento, o qual define a hierarquia das tarefas que devem ser cumpridas, flexibilidade, definido pela capacidade em alternar tarefas para cumprir o objetivo, e monitoramento da atenção, para casos em que é necessário dividir a atenção ou em casos em que se emite uma resposta errada frente a um estímulo.

O TDAH é uma síndrome com causas variadas, com fatores genéticos, biológicos e psicossociais. Pais de crianças com TDAH têm um risco aumentado de duas a oito vezes de também apresentarem o transtorno. Alguns fenômenos biológicos parecem estar relacionados com a presença do transtorno, principalmente decorrente de uma gestação ou parto complicados. Do ponto de vista psicossocial, o TDAH apresenta grande relação com o baixo nível socioeconômico, pelo baixo nível de educação materno e pela presença de conflitos persistentes na família. Esses fatores psicossociais são encarados como desencadeadores do transtorno ou modificadores da doença, ou seja, aqueles que os tiverem tem risco aumentado de apresentar mais precocemente.

Na adolescência, é comum os sintomas persistirem, embora haja discussão de que os sintomas de hiperatividade e impulsividade diminuam. A manutenção do prejuízo de funcionamento desses pacientes também se mantém e apresenta um alto risco para baixa autoestima, relações pobres com os colegas, conflitos com os pais, delinquência e uso de drogas.

Autismo

O autismo, classificado como um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, pode apresentar grande dificuldade em ser identificado por poder apresentar características muito distintas entre os pacientes. É definido principalmente como uma perda crônica nas relações sociais. Vários modelos para explicar essas perdas foram criados sendo um deles baseado em quatro grandes conceitos:

1. Crianças autistas têm falhas constitucionais nos componentes de ação e reação para o desenvolvimento das relações, envolvendo o afeto.

2. As relações pessoais são necessárias para a continuação do mundo próprio e com os outros.
3. A perda na experiência social tem duas consequências: dificuldade de reconhecer as outras pessoas como portadoras de sentimentos próprios, pensamentos, desejos e intenções e dificuldade na capacidade de abstrair, sentir e pensar simbolicamente.
4. Grande parte da perda das habilidades cognitivas e de linguagem pode refletir problemas relacionados com a perda das relações sociais que dependem da possibilidade de simbolização.

Assim, é importante diferenciar aqui o autismo do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Enquanto a criança autista apresenta dificuldade em perceber que outras pessoas apresentam sentimentos próprios, a com déficit de atenção sabe que as outras pessoas apresentam esses sentimentos mas apresenta dificuldade em reconhecê-los. Daí a justificativa de que o autismo é uma doença mais severa, no entanto cada vez mais estão sendo encontradas relações os dois transtornos.

Como vimos anteriormente nas perguntas de partida para identificar os mecanismos psicopatológicos, há uma grande controvérsia com relação ao autismo e a esquizofrenia dada por sua definição como “psicose precoce” por muitos autores, pelo comprometimento social encontrado em ambos. A opção de classificar o autismo infantil como um distúrbio do desenvolvimento sugere que o autismo seja definido como uma alteração cognitiva. Portanto o autismo deve ser encarado como uma dificuldade no relacionamento da criança com o ambiente em que vive, seja por perdas nas relações sociais, seja por perda da capacidade de simbolização, levando ao prejuízo da formação do Eu, Espaço e Tempo.

Dentre os transtornos do desenvolvimento, cabe ressaltar também, além do autismo, a Síndrome de Asperger, definida por uma perda na sociabilidade, interesse restrito a temas específicos e dificuldade na linguagem e comunicação. A presença de interesses restritos em um tema é a principal diferença com o autismo, sendo esses pacientes definidos como “pequenos professores”.

Transtornos de conduta

A forma de expressão de sentimentos, conflitos, angústias e pensamentos em crianças e adolescentes ocorrem principalmente por ações. Essa é a forma de expressão básica, a qual será, com o passar do tempo, substituída por formas mais complexas. São definidos como portadores de transtorno de conduta aquelas crianças ou adolescentes que apresentarão comportamentos inadequados, os quais podem variar desde inadequação social, de convívio mútuo e até podendo comprometer a

segurança do próprio indivíduo. Esses comportamentos incomodam mais os pais e a sociedade do que o próprio paciente, o qual não tem crítica sobre o próximo. A culpa pela má conduta é colocada nos outros.

Os principais fatores que aumentam o risco para o desencadeamento do transtorno são a presença de pais com transtornos emocionais ou psiquiátricos, desestruturação familiar, mudanças frequentes de moradia, abusos físicos ou sexuais, déficits cognitivos e tendência à hiperatividade e impulsividade, além de rejeição, abandono ou perda de um dos pais ou ambos. As causas apontadas como gatilho para o transtorno são a falha no estabelecimento de vínculos afetivos, privação afetiva nos primeiros anos de vida, incapacidade dos pais de impor limites ou estabelecimento de disciplina severa demais, aprendizagem de comportamentos agressivos do meio e falha na capacidade de simbolização, na qual a criança não consegue expressar seus sentimentos e pensamentos de modo satisfatório.

Essas crianças vão apresentar baixa autoestima, irritabilidade, baixa tolerância à frustração e explosões de raiva. Deve-se, no entanto, observar a criança de forma muito criteriosa, uma vez que o transtorno de conduta grave tem um mau prognóstico e diversos problemas emocionais ou psiquiátricos podem se manifestar na forma de alteração de conduta.

A definição do diagnóstico ocorre pela presença de um padrão repetitivo e persistente que violem os direitos dos outros ou as normas da sociedade. Os critérios que sugerem o diagnóstico de Transtorno de Conduta são a agressão a pessoas e animais, envolvendo-se frequentemente em brigas, podendo fazer uso de armas com intenção de causar dano físico, destruição de propriedades alheias ou provocando incêndios intencionais, defraudação ou furto, quando mentem com frequência para obter vantagens ou furtam lojas e violação de regras impostas, como fugir de casa frequentemente ou permanecendo na rua além do permitido pelos pais.

Transtornos alimentares

Atualmente os transtornos alimentares em adolescentes e adultos jovens acomete principalmente a população do sexo feminino, sendo os principais problemas a serem destacados a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. No entanto, o conhecimento sobre essas doenças na infância ainda é controverso. Nessa faixa de idade, a recusa de alimentos apresenta-se de formas distintas, ocorrendo com frequência. No entanto, não há a preocupação pelo peso, calorias ou aspecto corporal. Nesses casos, deve ser interpretado apenas como um problema de conduta, o qual apresentará melhora com o desenvolvimento.

A recusa persistente, porém, diz respeito àqueles que persistentemente se recusam não só a comer, mas também a beber, caminhar, falar ou cuidar de si próprio. Essas crianças podem apresentar baixo peso, mas não se classificam no quadro de anorexia nervosa, e a recusa tem relação com o fato de a criança evitar ao máximo essas tarefas, em um quadro similar ao do transtorno do estresse pós-traumático. Outro quadro comum nessa faixa etária é o comer seletivo, o qual diz respeito àqueles crianças que selecionam apenas dois ou três alimentos, frequentemente biscoitos, que os satisfazem. Tem peso e tamanhos adequados e não apresentam preocupação com seu aspecto corporal.

A bulimia nervosa é um descontrole alimentar de grande intensidade, o qual pode se alternar com restrição severa. Pelo grande medo de engordar, surgem modos distintos de compensar a ingesta, com vômitos provocados, abuso de laxantes ou diuréticos, atividade física exagerada e jejum prolongado. A perda de peso secundária à depressão é importante de ser identificada, uma vez que a anorexia nervosa nessa idade pode se manifestar com depressão. O que os diferencia é a presença de preocupação com o peso ou aspecto corporal.

A anorexia nervosa, embora conhecida há muitos anos, não é identificada com clareza na população infantil, sendo recomendado que nesses casos se observe a presença dos seguintes itens diagnósticos: persistente recusa de alimentos, perda de peso ou ausência de ganho de peso na pré-adolescência sem associação com outras doenças físicas ou mentais e pelo menos dois dos itens a seguir:

1. Preocupação com o peso corporal
2. Preocupação com o aporte calórico da ingesta
3. Distorção da imagem corporal
4. Temor à gordura
5. Vômitos autoinduzidos
6. Atividade física exagerada
7. Abuso de laxantes

A anorexia nervosa está ocorrendo em grupos culturais cada vez mais diversos, não se restringindo à raça branca e ocidental, embora haja uma tendência a ser associada às classes sociais mais altas. O principal fator de risco identificado são aqueles indivíduos que sempre estão fazendo dietas. Esse comportamento vem sendo cada vez mais identificado em crianças, mas é importante ressaltar que isso não significa que as pessoas que fazem dieta desenvolverão um transtorno alimentar.

Dependência química

A dependência de substâncias psicoativas deve ser encarada como um problema complexo, cuja etiologia

seja multicausal, compreendendo fatores individuais, familiares e sociais. Ao encararmos o problema dessa forma, vemos que sabemos ainda muito pouco para determinar os fatores individuais que vão determinar o início do uso dessas substâncias. No entanto, já é possível determinar que o ambiente familiar tem grandes repercussões nesse aspecto. Situações como abandonar a criança desde cedo, mesmo que por intervalos curtos, de forma que ela se sinta desamparada, pais que falam para o filho não fazer uma coisa e depois o fazem sob a justificativa que são mais velhos, falta de regras estipuladas pelos pais, por exemplo, são sinais que são observados nas famílias de dependentes.

No ambiente escolar, muitas vezes a falta de exigência, falta de estímulo ao raciocínio, à leitura e à escrita, passam à criança e ao adolescente a sensação de permissividade, contribuindo como fatores que induzem ao uso de substâncias. Exemplos são as formas de ensino que forçam a decorar um tema e assim para ir bem em uma prova basta decorar antes, de forma que não seja necessário raciocinar.

O ambiente em que vivemos também gera uma pressão para o uso de substâncias que gerem dependência. Alguns fatores do mundo contemporâneo, introduzidos pelas tecnologias são de grande relevância nesse aspecto. A necessidade de cumprir tarefas em prazos determinados, a sensação de comodidade pela facilidade de realizar tarefas por aparelhos, a necessidade de perfeição, a qual jamais é atingida, e a enorme quantidade de informação trocada de forma cada vez mais rápida, contribuem gerando pressão sobre o indivíduo.

É sabido que a idade de início vem diminuindo com o passar dos anos, sendo já comum encontrar crianças que iniciaram o uso aos 5 ou 6 anos. A substância usada também tem se diversificado: desde cola ou xaropes para tosse, passando por maconha e cocaína até o uso do crack. Quando uma criança se desenvolve em um ambiente desfavorável, tem que lidar com a questão da infelicidade e muitas vezes a primeira alternativa a que recorrem é o uso de substâncias psicoativas. O uso lhes dá, além do prazer imediato, o que mais desejam naquele momento: independência do mundo externo. Conseguem aliviar a pressão da realidade, encontrando refúgio em um mundo próprio.

Ao encontrar uma criança ou adolescente dependente químico, algumas características podem ser encontradas por um examinador experiente. A pupila pode-se encontrar dilatada, apresenta um aspecto descuidado, com uma imagem de sujeira. Apresentam uma postura que se assemelham ao abandono: costas encurvadas, braços pendurados, andar cansado. Podem se apresentar

muito introspectivos, não querendo falar nada, ou apresentar-se muito exaltados. O uso de frases curtas, entre-

cortadas, e a perda do raciocínio, forçando a mudança de tema, também podem ser observados.

Referências

FICHTNER, Nilo (organizador). Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e adolescência: um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre. Ed. Artes Médicas. 1997

SOIFER, Raquel. Psiquiatria infantil operativa: psicologia evolutiva & psicopatologia. Porto Alegre. Ed. Artes Médicas. 1992

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, Francisco B., KUCZYNSKI, Evelyn. Transtornos do aprendizado escolar. Rev. Debates em Psiquiatria. Rio de Janeiro. Ano 1. Nº 4. 2011

ABREU, José Luís Pio. Psicopatologia e classificação em psiquiatria. Rev. Debates em Psiquiatria. Rio de Janeiro. Ano 3. Nº 1. 2013

SIMÃO, Adriana Nobre de Paula, CIASCA, Sylvia Maria. Atenção e funções executivas: funções neuropsicológicas alteradas no TDAH. Rev. Debates em Psiquiatria. Rio de Janeiro. Ano 2. Nº1. 2012

REVERS, Mirian e MORAES, César de. Transtorno de déficit de atenção e transtorno invasivo do desenvolvimento: diferenças e semelhanças. Rev. Debates em Psiquiatria. Rio de Janeiro. Ano 2. Nº 1. 2012



Malformações das mamas. Classificação, diagnóstico e tratamento

30

Vicente Renato Bagnoli¹, Angela Maggio Fonseca², Fabio Bagnoli³, Sandra Dircinha Teixeira de Araújo Moraes⁴, José Alcione Macedo de Almeida⁵ e Edmund Chada Baracat⁶

Introdução

As mamas constituem um dos maiores atributos da beleza e feminilidade, e sem dúvida qualquer distúrbio que acometa uma ou ambas as mamas repercute significativamente no bem-estar físico e emocional da mulher. As malformações mamárias podem ser congênitas que causam desconforto e preocupação às meninas acometidas e seus familiares praticamente desde o nascimento nos casos mais acentuados e por ocasião da puberdade quando podem não se desenvolver ou fazê-lo de forma assimétrica. Esses aspectos devem ser considerados e merecem especial atenção dos diferentes profissionais que prestarão assistência a essas pacientes, procurando minimizar o problema da melhor maneira possível. Nesse capítulo serão abordados os aspectos relevantes da diferenciação das mamas, os desvios na sua diferenciação desde o nascimento e também as anomalias de outras etiologias que podem surgir no decorrer da vida.

Diferenciação mamária

Os primórdios das glândulas mamárias em geral surgem nos embriões humanos de quatro semanas, através da formação de dois cordões de origem ectodérmica, denominados de linha láctea ou crista mamária. Esses cordões epiteliais situam-se um de cada lado do corpo do embrião e se estendem desde a região axilar até a inguinal, com alguns locais de espessamento denominados de glândulas mamárias primitivas. Na espécie humana, até a décima semana esses brotos mamários regridem, em geral persistindo apenas um de cada lado na região torácica. Ao redor do quinto mês, ocorre proliferação das células basais que invadem o mesoderma, formando canais ramificados que no fundo algumas células basais originam os brotos dos lóbulos mamários e ao redor

desenvolve-se glândulas sudoríparas acessórias chamadas de tubérculos de Montgomery (Bland & Kopeland, 1991).

As mamas na mulher, a partir do início da puberdade passam a receber estímulo hormonal principalmente esteroides sexuais e outros como hormônio do crescimento, cortisol, prolactina, hormônio tireoideano, que conferem as características da mama adulta isso é aréolas e papilas pigmentadas, pele de revestimento, tecido adiposo que preenche os espaços não ocupados pela glândula mamária que é composta de alvéolos, ductos lactíferos e estroma conjuntivo que a dividem em lobos e espessamentos que constituem o ligamento suspensor da mama (Bagnoli & Fonseca, 1993; Almeida *et al.*, 2016).

As anomalias das mamas podem ter origem congênita do seu desenvolvimento ou adquirida por diferentes endocrinopatias, constituindo assim grupo polimorfo que conduzem para análise de cada grupo em particular, permitindo assim abordagem diagnóstica e terapêutica de forma mais racional (Bagnoli & Fonseca, 1993).

Agenesia mamária

Essa condição é relativamente rara, mais comumente unilateral, e caracteriza-se pela ausência parcial ou total de diferenciação das mamas. De acordo com o grau de agenesia, esse grupo de malformações deve ser separado em três itens:

- Amastia, quando há ausência completa dos componentes das mamas;
- Atelia, ausência da papila e ou aréola, mas ocorrendo desenvolvimento de algumas estruturas dos elementos das mamas;
- Amasia, diminuição acentuada das estruturas mamárias, mas aréola e papilas presentes.

1 Livre-Docente. Professor Associado da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

2 Livre-Docente. Professor Associado da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

3 Professor – Doutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Assistente do Setor de Mastologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

4 Professor-Doutor da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

5 Professor-Doutor da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

6 Professor Titular da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

O diagnóstico desses distúrbios do desenvolvimento das mamas em geral é simples, realizado pelo exame clínico e quando necessário confirmado pela ultrassonografia. O tratamento dessas malformações é cirúrgico, com o objetivo de melhorar o aspecto físico do tórax e mamas, e questões psicológicas da autoestima da mulher. A correção consiste de cirurgias reparadoras/plásticas individualizadas a cada caso e com frequência é indicado implantes de silicone. É importante salientar que esses procedimentos devem ser realizados ao final da puberdade quando pode-se avaliar as dimensões mais adequadas para cada caso (Bagnoli & Fonseca, 1993; Almeida *et al.*, 2016).

Hipomastia e Síndrome de Poland

Hipomastia é a denominação utilizada para o desenvolvimento incompleto das estruturas que compõem a mama, podendo ocorrer de forma uni ou bilateral, mas geralmente com complexo aréola e papila preservados.

A etiologia da hipomastia pode ser endócrina ou constitucional, que caracterizam melhor as diferentes manifestações.

Hipomastia de origem endócrina ocorre por distúrbios endócrinos que resultam na secreção inadequada de esteroides sexuais, como nos distúrbios da diferenciação sexual das gônadas, disfunções das glândulas adrenais, ou por lesões no sistema nervoso central que impedem a secreção de fatores liberadores ou das próprias gonadotrofinas. Nessas condições a hipomastia é sempre bilateral, a história e exame clínico são sugestivos mostrando infantilismo dos caracteres sexuais, distúrbios de crescimento e em algumas condições virilização do fenótipo. O diagnóstico e tratamento devem ser orientados para a etiologia do quadro, que tratado de acordo com a etiologia e quando necessário feito junto ao tratamento hormonal com estrogênio e progestógeno em doses adequadas a cada mulher, costumam solucionar satisfatoriamente o problema. É importante excluir-se na hipomastia bilateral persistente eventual hiperandrogenismo (hirsutismo, acne e hipertrofia muscular associados), que pode dificultar ou mesmo impedir o tratamento adequado (Bagnoli & Fonseca, 1993; Bagnoli; Fonseca *et al.*, 2009).

Hipomastia constitucional costuma ser menos frequente não tem relação com distúrbios endócrinos e em geral decorre de alterações locais dos receptores hormonais das mamas, associadas ou não a outros distúrbios. A hipomastia constitucional pode apresentar-se de forma uni ou bilateral. A malformação sendo unilateral causa assimetria em graus variados, porém, com o evoluir da puberdade muitas vezes a assimetria desaparece recebendo então a denominação de hipomastia transi-

tória (Almeida *et al.*, 2016). A hipomastia assimétrica e persistente além, dos fatores acima descritos, pode ser oriunda de iatrogenia (manipulação cirúrgica inadequada). Orientado por essas possibilidades, a história e o exame físico cuidadoso em geral concluem o diagnóstico, e persistindo dúvidas, a ultrassonografia é útil pois mostra a presença ou não de tecido glandular, bem como de outras malformações regionais. O tratamento da hipomastia assimétrica persistente é realizado por cirurgia plástica, através da utilização de próteses, que oferece excelentes resultados de simetrização (Bagnoli & Fonseca, 1993; Bagnoli *et al.*, 2009; Laufer & Goldstein, 2005).

Em 1841, Alfred Poland descreveu o primeiro relato de uma malformação que cursava com ausência dos músculos peitorais maior e menor e oblíquo externo e ausência parcial do músculo serrátil anterior. Desde então inúmeros autores descreveram outros achados associados aos anteriores descritos. A SÍNDROME DE POLAND é uma importante condição clínica caracterizada por: hipoplasia ou agenesia de glândula mamária, ausência total ou parcial dos músculos peitoral maior e menor e outros, escassez regional de tecido subcutâneo e outras eventuais malformações da região (defeitos nas cartilagens costais) e a distância (sindactilia). Essa síndrome é bastante rara, e apresenta gradações variáveis. O diagnóstico clínico é sugestivo e para detalhar o grau de comprometimento das estruturas são úteis a ressonância magnética ou tomografia. O tratamento deve ser individualizado a cada caso, e assistido por equipe multidisciplinar com terapia de suporte, cirurgias ortopédicas, mamários (plástico/mastologista) e clínicos. A terapêutica cirúrgica é diversa, sendo frequente a necessidade de utilizar retalhos miocutâneos, enxerto de gordura, próteses, expansores e próteses expansoras para melhorar o aspecto final e a funcionalidade. As correções devem ser iniciadas na puberdade, mas devendo-se postergar a inclusão de prótese/expansor e finalização quando a mama contralateral atingir desenvolvimento pleno (Fokin & Robiscek, 2002; Laufer & Goldstein, 2005); Almeida *et al.*, 2016).

Tecido mamário ectópico

Na espécie humana, além do par de mamas normalmente presentes, em cerca de 1 a 2 % da população pode ocorrer tecido mamário ectópico em número variável, e situado na linha mamária, na forma de politelia ou polimastia (Almeida *et al.*, 2016)

Politelia

A politelia manifesta-se pela presença de aréolas e papilas acessórias desprovidas de tecido glandular mamá-

rio, e em geral resulta da falha na reabsorção dos brotos na linha mamária primitiva. Embora não seja obrigatório, com frequência apresenta-se associada a anomalias das vias urinárias. O diagnóstico é clínico e o tratamento deverá ser realizado quando esses resquícios embrionários causarem desconforto ou por estética, devendo ser removidos cirurgicamente (Leung & Robson, 1989; Laufer & Goldstein, 2005; Pellegrini & Wagner, 1983).

Polimastia

A presença de tecido glandular mamário ectópico (com ou sem aréolas e papilas), além das glândulas mamárias usuais é denominado de polimastia também conhecida como glândula mamária ectópica ou acessória. De acordo com as estruturas que compõem essas mamas acessórias, as variações foram agrupadas em 8 subgrupos por Kajava, que vão desde a mama completamente desenvolvida até resquícios mínimos, mas estas variações não interferem com a conduta a ser adotada no tratamento (Bagnoli & Fonseca, 1993; Latham *et al.*, 2006).

É importante salientar que as mamas ectópicas podem ser percebidas em qualquer fase da vida, por vezes somente após a puberdade quando respondem ao estímulo hormonal passam a ser observadas e causam desconforto local. Podem estar situadas em qualquer local das linhas mamárias primitivas, e com grande frequência nas regiões axilares. Essas mamas apresentam os mesmos riscos das doenças que acometem as mamas tópicas tais como: fibroadenoma, mastite, e neoplasias malignas. O tratamento cirúrgico deve ser sempre cogitado principalmente quando houver desconforto ou risco aumentado para neoplasia maligna e consiste na extirpação completa com cuidado para preservar a estética e não comprometer estruturas vizinhas (Leung & Robson, 1989).

Hipertrofia mamária ou gigantomastia

Essa anomalia apresenta-se de três formas mais relevantes, assim caracterizadas:

Hipertrofia puberal ou endócrina

Esse quadro pode ser transitório no início da puberdade quando as mamas desenvolvem-se mais rapidamente que outros caracteres sexuais, tornando-se assim desproporcionais e na maioria das vezes com resolução sem qualquer intervenção com o decorrer do desenvolvimento corporal. Durante a gravidez e puerpério também pode ocorrer hipertrofia das mamas, que se persistirem ao término da lactação podem gerar desconforto.

Assim, após a lactação e ao final da puberdade a hipertrofia mamária não desaparecendo ou tornando-se ainda mais acentuada e persistente, poderá ser causada por distúrbios na produção excessiva de esteroides sexuais e ou resposta exacerbada dos receptores mamários. Esse aspecto desproporcional das mamas, costuma causar desconforto pelo peso das mamas e também desconforto emocional decorrente das suas características. A história, exame físico e quando necessária a ultrassonografia das mamas possibilitam diagnóstico conclusivo quando as mesmas forem simétricas. Havendo assimetria, deve-se sempre excluir fator orgânico, como por exemplo fibroadenoma. O tratamento consiste em cirurgia plástica/reparadora (mamoplastia redutora) a ser realizada ao final da puberdade, ou após alguns meses do término da lactação, quando o padrão corporal já se fizer bem definido, realizada por profissional habilitado (Bagnoli & Fonseca, 1993; Latham *et al.*, 2006; Almeida *et al.*, 2016).

Hipertrofia iatrogênica

Esse grupo de anomalia é mais raro e discutível, pois trata-se de aumento exagerado das mamas atribuído ao uso de hormônios, principalmente o uso de contraceptivos hormonais. As evidências sugerem que essa correlação é pouco provável, e o aumento decorre da própria resposta da mama, que pode tornar-se mais volumosa e sensível sem se tratar de algo patológico. A história é sugestiva, e a solução para o problema é a suspensão do contraceptivo, e apenas persistindo o aumento indesejável pode-se eventualmente discutir a mamoplastia redutora (Bagnoli & Fonseca, 1993; Bagnoli; Fonseca *et al.*, 2009).

Mama tubular/tuberosa

A mama tubular ou tuberosa é a denominação adotada para mamas com malformação na sua forma, não obrigatoriamente associada à hipertrofia, mas também conhecida por: deformidade tuberal das mamas, mamas hipoplásicas, mamas constrictas e outras. A teoria mais aceita para explicar as características dessas mamas é da anomalia da fáscia superficial do polo inferior da mama. O diagnóstico é clínico, pois as mamas em geral têm volume normal ou pequeno e aréolas grandes e desproporcionais, por vezes com ptose mamária podendo ser uni ou bilaterais. O tratamento consta de assistência emocional para aguardar o final do desenvolvimento e a seguir cirurgia plástica/reparadora individualizada às necessidades de cada caso (von Heimburg *et al.*, 1996; Almeida *et al.*, 2016).

Referências

1. Almeida J. A. M.; Soares Junior J. M. *et al.* Malformações Mamárias: Diagnóstico e tratamento. In: Barakat EC (ed.) *Conduitas em Ginecologia*. São Paulo: Atheneu, 2016. p. 131.
2. Bagnoli V. R. & Fonseca A. M. Malformações Mamárias. In: Halbe, HW (ed.) *Tratado de Ginecologia*. São Paulo. Editora Roca Ltda, 1993. p. 1157-1167.
3. Bagnoli V. R.; Fonseca AM; Arie W. M. Y.; Bagnoli C. M. G. & Bagnoli F. Malformações Genitais da Adolescência – Potencial Reprodutor e Assistência Pré-Natal. In: Monteiro, D. L. M.; Trajano, A. J. B. & Bastos, A. C. (eds.) – *Gravidez e Adolescência*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda, 2009. Cap. 36. p. 246-253.
4. Bland K. & Kopeland E. *The Breast comprehensive management of benign and malignant breast diseases*. Philadelphia Saunders, 4ª edição 1991 p 53.
5. Fokin A.; Robiscek F. Poland's syndrome revisited. *Ann Thorac Surg* 2002; 72(6): 2218-25.
6. Latham K.; Fernandez S. L., Panthaki Z., Armstrong M. B., Thaller S. Pediatric breast deformity. *J Craniofac Surg* 2006; 17(3): 454-467.
7. Laufer M. R. & Goldstein D. P. *The breast examination and lesions. Pediatric & adolescent gynecology*; Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 5ª edição, 2005. p. 729-59.
8. Leung A. K. & Robson W. L. Polythelia. *Int J Dermatol*. 1989; 28(7) 429-33.
9. Pellegrini Jr. & Wagner R. F. Jr. . Polythelia and associated conditions. *Am Fam Physician* 1983; 28 (3): 129-32.
10. vonHeimburg D., Exner K., Kruft S., Lemperle G. The tuberous breast deformity: classification and treatment. *Br J. Plast Surg* 1996; 49(6): 339-45

Malformações genitais. Considerações sobre a nova nomenclatura, classificação, abordagem diagnóstica e terapêutica

31

Angela Maggio Da Fonseca¹, Vicente Renato Bagnoli², José Alcione Macedo De Almeida³, Fabio Bagnoli⁴, Isabel Cristina Espósito Sorpreso⁵, Sandra Dircinha Teixeira de Araújo Moraes⁶, José Maria Soares Junior⁷ e Edmund Chada Baracat⁸

Introdução

As malformações genitais congênitas constituem um grupo de indivíduos que merece especial atenção devido aos múltiplos fatores e aspectos que apresentam os portadores dessas alterações, e assim devem ser do domínio dos diversos profissionais da saúde. A reavaliação permanente do assunto deve ser para procurar oferecer a melhor conduta de atendimento a esses indivíduos. É importante salientar que nas últimas décadas o estudo das malformações genitais foi marcado por grandes mudanças, que possibilitam diagnóstico cada vez mais precoce e preciso, devido aos avanços na tecnologia de exames de imagem, dosagens hormonais e principalmente na biologia molecular. Diferentes especialidades que assistem indivíduos portadores desses problemas têm discutido e reavaliado o tema, em encontros periódicos. Encontro Internacional e Multidisciplinar sobre malformações genitais congênitas foi realizado em Chicago com debates e normatizações dos detalhes relativos aos diferentes aspectos das malformações genitais e tendo sido elaborado o Consenso de Atendimento das desordens intersexuais, também denominadas de malformações genitais (Hughes *et al.*, 2006).

O objetivo deste capítulo é analisar aspectos relevantes da nova nomenclatura relacionando com a até então utilizada abordagem diagnóstica e terapêutica das malformações genitais congênitas agora denominadas de (distúrbios da diferenciação sexual DDS) considerada mais apropriada e causar menos estigma que as denominações anteriores.

Nomenclatura e classificação

A nomenclatura das malformações genitais congênitas, até há pouco tempo reconhecidas e denominadas de estados intersexuais e malformações dos ductos

de Müller, foi um dos principais motivos do Evento de Chicago. As discussões sobre a melhor nomenclatura foram relevantes, pois termos como intersexo, hermafrodita, pseudo-hermafrodita, sexo reverso e outros, até então empregados, nesse foram reconhecidos como pejorativos, podendo interferir desfavoravelmente no comportamento desses indivíduos.

Assim, após análise detalhada e cuidadosa por especialistas multidisciplinares, estabeleceu-se que a melhor opção seria o termo “distúrbios do desenvolvimento sexual” (DDS) para definir qualquer condição congênita em que ocorra desenvolvimento atípico dos cromossomos, das gônadas ou da anatomia dos órgãos genitais. A opinião dos especialistas está apresentada no Quadro 1, com a classificação etiopatogênica de acordo com a nova nomenclatura proposta. Essa classificação é mais objetiva e de maior abrangência, facilitando o estudo e abordagem dos diferentes grupos de DDS considerando os diferentes DDS de acordo com sua origem etiopatogênica (Hughes *et al.*, 2006; Lee *et al.*, 2006; Bagnoli, Fonseca *et al.*, 2009; Hughes 2008).

Abordagem diagnóstica e terapêutica de indivíduos portadores de DDS

O Consenso de Chicago reveste-se de relevância pois apresentou avanços na abordagem clínica, laboratorial e terapêutica dos DDS, e a partir dessa fase passou-se a orientar-se por tópicos fundamentais a seguir relacionados (Hughes *et al.*, 2006; Bagnoli *et al.*, 2015).

Atendimento multidisciplinar – Para o adequado atendimento dos portadores de DDS a equipe deve ser multidisciplinar, composta por pediatra, geneticista, endocrinologista, ginecologista, urologista, psicólogo e psiquiatra, todos com treinamento diferenciado para tratar essas anomalias, pois atuarão em conjunto durante

- 1 Livre-Docente. Professor Associado da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- 2 Livre-Docente. Professor Associado da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- 3 Professor-Doutor da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- 4 Professor Instrutor e Doutor da Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
- 5 Professor Instrutor e Doutor da Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
- 6 Professor-Doutor da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- 7 Livre-Docente. Professor Associado da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- 8 Livre-Docente. Professor Associado da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Quadro 1 – Classificação etiopatogênica proposta dos DDS (Hughes *et al.*, 2006; Lee *et al.*, 2006)

DDS CROMOSSOMO SEXUAL ANORMAL	
i)	45 X (Síndrome de Turner e variantes ou DDS 45 X)
j)	47 XXY (Síndrome de Klinefelter e variantes ou DDS 47 XXY)
k)	45 X/46 XY (disgenesia gonadal mista DDS disgenético mosaico)
l)	46 XX/46 XY (ovotesticular DDS mosaico)
DDS 46 XY	
a)	Distúrbio do desenvolvimento gonadal <ol style="list-style-type: none"> 1. Disgenesia gonadal XY (Síndrome de Swyer) 2. Disgenesia gonadal XY parcial 3. Ovotesticular DDS XY
b)	Distúrbio na síntese ou ação de androgênio <ol style="list-style-type: none"> 1. Deficiências na síntese de androgênio (deficiência 17-hidroxiesteróide desidrogenase, deficiência 5 alfa redutase, outras deficiências) 2. Deficiente ação androgênica (insensibilidade androgênica completa e parcial) 3. Anomalia receptores LH (hipoplasia ou aplasia das células de Leydig) 4. Distúrbio do hormônio anti-mülleriano ou de seus receptores
c)	Outras <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipospádia; extrofia cloacal 2. Iatrogenia
DDS 46 XX	
a)	Distúrbio do desenvolvimento gonadal <ol style="list-style-type: none"> 1. Ovotesticular DDS XX 2. Disgenesia gonadal XX 3. Testicular DDS (SRY +)
b)	Exposição a excesso de androgênio <ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperplasia adrenal congênita fetal (deficiência 21 hidroxilase; deficiência 11 hidroxilase) 2. Deficiência placentária (aromatase) 3. Androgênio materno (luteoma; iatrogenia)
c)	Outras <ol style="list-style-type: none"> 1. Distúrbios dos ductos de Muller (Ginatresias; anomalias da fússão; associações de síndromes)

todo o processo pré e pós definição do sexo e tratamento, que poderá ocorrer já na fase de recém-nascido, infância ou mais tardiamente da puberdade, para poder oferecer as melhores condições de diagnóstico, tratamento e acompanhamento desses indivíduos e seus familiares (Cashman *et al.*, 2004; Bagnoli *et al.*, 2015).

Diagnóstico

Estudo clínico – Essa etapa deve ser minuciosa, com individualizações a cada faixa etária. É importante considerar-se a história da gestação, os antecedentes familiares e o exame físico no qual são relevantes aspectos dos genitais externos se ambíguos ou não, e outras alterações sugestivas como: hipertrofia do clitóris, fusão parcial das pregas labiais, testículos criptorquídicos ou não palpáveis, hipospádia, hérnia inguinal bilateral entre outros, que são os achados mais frequentes nos recém-nascidos e crianças. No período da puberdade também podem ser suspeitados e diagnosticados casos de DDS entre portadores de amenorreia primária com ou sem infantilismo

dos caracteres sexuais ou também com puberdade heterossexual (Bagnoli *et al.*, 2015).

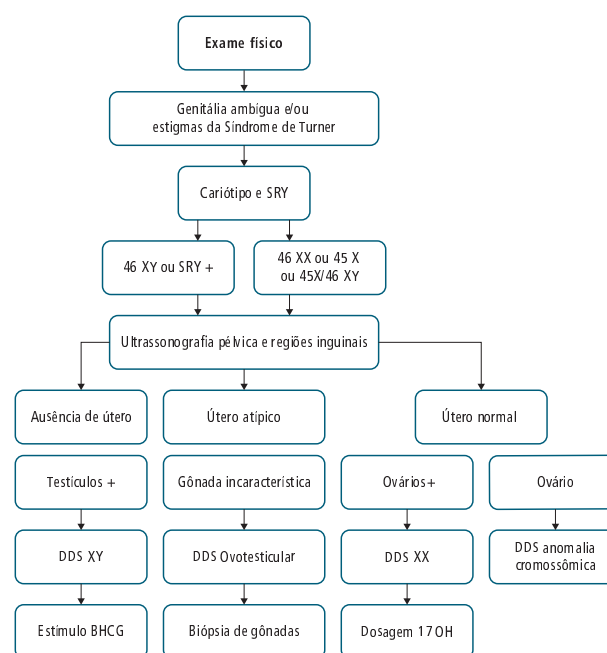
As informações clínicas são fundamentais, e auxiliam no raciocínio para o diagnóstico conclusivo e etiológico.

Exames complementares. Para concluir o diagnóstico são necessários exames complementares que possibilitem a definição do sexo genético que é da maior relevância. Nos dias atuais essa etapa está cada vez mais aprimorada, oferecendo informações até então inacessíveis apenas pelo cariótipo e agora possível através de técnicas de biologia molecular, como a pesquisa do SRY (Hughes *et al.*, 2006, Bagnoli *et al.*, 2015). Outros exames devem ser individualizados a cada caso, de acordo com as hipóteses clínicas. Os mais relevantes são exames de imagem, na maioria das vezes já definidos pela ultrassonografia abdominal e pélvica que permite avaliar órgãos genitais internos, gônadas e suprarrenais. As dúvidas ainda persistentes em geral são esclarecidas pela ressonância magnética e mais raramente pela laparoscopia diagnóstica com eventual biópsia das gônadas. Dosagens hormonais são bastante úteis para avaliação das suprarrenais (17 OH Progesterona), principalmente em recém-nascidos, e as gonadotrofinas no período da puberdade, testes funcionais e outros (Morel *et al.*, 2002; Hughes *et al.*, 2006).

O Fluxograma 1 é bastante objetivo e recomendado para portadores de genitália ambígua ou recém-nascidos com estigmas de DDS por anomalia cromossômica (Síndrome de Turner e variantes).

Ao final da avaliação desse fluxograma é possível concluir pelos achados que na coluna da esquerda si-

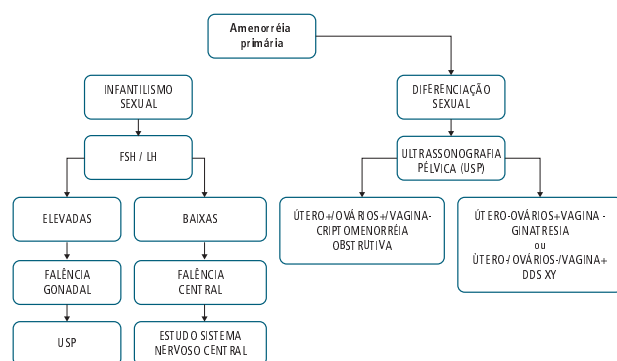
Fluxograma 1 – Diagnóstico de recém-nascidos com DDS e genitália ambígua



tuam-se os DDS XY, e para optar-se para o sexo masculino na etapa final deve-se estimular o indivíduo em questão com gonadotrofinas coriônicas e havendo resposta positiva aponta para provável resposta aos androgênios, estando então indicado o sexo masculino. Os resultados apontados na coluna central sugerem tratar-se de DDS Ovotesticular, sendo necessário biópsia das gônadas para confirmar a presença de elementos ovarianos e testiculares em diferentes distribuições e o sexo a ser preferido será de acordo com as melhores chances de correção. A terceira coluna quando mostrar útero e ovários deve-se complementar com dosagem de 17 OH progesterona, que se elevado confere o diagnóstico de DDS XX por hiperplasia suprarrenal e a opção será sempre sexo feminino quando concluído em fases precoces da infância. Na ausência de ovários o diagnóstico é de DDS por anomalia cromossômica, e a opção sexual será sempre feminina (Bagnoli *et al.*, 2015).

No período da puberdade, a queixa de amenorria primária ou de infantilismo sexual deve ser pesquisada com bastante critério, pois pode tratar de amenorria decorrente de algum dos DDS (outras causas): distúrbios dos ductos de Müller e recomenda-se o Fluxograma 2 também bastante objetivo (Fonseca, Bagnoli *et al.*, 2004; Bagnoli, Fonseca *et al.*, 2010).

Fluxograma 2 – Fluxograma para diagnóstico da amenorria



(Fonseca *et al.*, 2004; Bagnoli, Fonseca *et al.*, 2010)

Definição do sexo. Os portadores de DDS muitas vezes necessitam de ter o sexo definido de acordo com o diagnóstico etiopatogênico e das características dos órgãos genitais, como anteriormente descrito nos fluxogramas 1 e 2. Essa tarefa em geral não é das mais fáceis pois necessita-se de diagnóstico etiológico preciso, e das possibilidades de oferecer ao indivíduo condições clínicas e órgãos genitais compatíveis com a opção escolhida. Ressalta-se que nem sempre o sexo genético determinará o sexo a ser adotado, devido às inúmeras limitações e os tópicos a serem considerados que são: condições de con-

figurar genitais externos funcionais para o sexo escolhido, presença ou não de potencial reprodutor, identidade sexual do indivíduo em análise e outros, que no conjunto orientarão para a escolha, em geral feita antes dos dois anos de idade. Contudo, na adolescência e na vida adulta com frequência pode-se observar insatisfação do paciente, gerando sério problema, pois a troca de sexo em geral é problemática (Ogilvy-Stuart & Bain, 2004; Bagnoli *et al.*, 2009; Bagnoli, Fonseca *et al.*, 2015).

Tratamento

Os detalhes e oportunidades para oferecer o melhor tratamento aos portadores de DDS devem ser iniciados sempre que possível logo após o diagnóstico e em geral prolonga-se por toda a vida. A equipe multidisciplinar mais uma vez torna-se da maior relevância (Hughes *et al.*, 2006; Lee *et al.*, 2006; Bagnoli, Fonseca *et al.*, 2009; Bagnoli, Fonseca *et al.*, 2015).

O tratamento consiste de procedimentos cirúrgicos para feminização (clitoroplastia, abertura do seio urogenital, quando necessário próteses de mamas) ou virilização (correção de criptorquidia, hipospádia, alongamento ou colocação de prótese peniana e adenomastectomia) a serem realizados sempre por profissional afeito e capacitado em diferentes etapas da vida. Deve-se destacar que a primeira cirurgia deve ser considerada a última pois assim obtém-se melhores resultados.

Tratamento hormonal é recurso obrigatório e deve ser individualizado a cada caso, pois como já comentado os fatores etiopatogênicos são diversos cada qual com suas necessidades. Exemplos ilustrativos são: supressão das suprarrenais com corticoide na hiperplasia adrenal congênita iniciada já no recém-nascido e quando realizado adequadamente preserva até a função reprodutora. Nos indivíduos que não apresentam diferenciação dos caracteres sexuais na puberdade, a feminização com estrogênio associado ou não com progestógeno (útero presente) e testosterona para a virilização são complementos fundamentais. O acompanhamento do paciente e familiares por psicólogo e psiquiatra para dar suporte e tratar problemas decorrentes das limitações e insatisfações com a condição.

Em relação a gônada dos portadores de DDS, destaca-se a necessidade de cuidados especiais, pois indivíduos com cariótipo XY ou detecção de fragmento ou determinantes testiculares, apresentam maior risco de transformação neoplásica, assim como testículos ectópicos sem condições de colocá-los nas bolsas escrotais, pois nessas circunstâncias deve-se indicar profilaticamente a gonadectomia (Bagnoli, Fonseca *et al.*, 2004; Hughes *et al.*, 2006; Lee *et al.*, 2006; Bagnoli, Fonseca *et al.*, 2009; Bagnoli, Fonseca *et al.*, 2015).

Referências

1. Bagnoli, VR; Fonseca, AM; Junqueira, PAA & Paixão, JS – Disgenesia Gonadal. In: Fonseca, AM; Bagnoli, VR; Halbe, HW & Pinotti, JA (eds) – Ginecologia Endócrina – Manual de Normas. São Paulo, Editora Roca Ltda. 2004. cap.19. p.321-334.
2. Bagnoli VR; Fonseca AM; Arié WMY *et al.* Malformações genitais congênitas na adolescência. Potencial reprodutor e assistência pré-natal. In Monteiro DLM; Trajano AJB; Bastos AC (eds). Gravidez e Adolescência, Rio de Janeiro, Revinter, 2009. p 246.
3. Bagnoli VR; Fonseca AM; Fassolas G; Arie MHA; Arie, WMY & Baracat EC – Conduta frente às malformações genitais uterinas: revisão baseada em evidências. *Femina* 2010; 38 (4): 217-228.
4. Bagnoli VR; Fonseca AM *et al.* – Distúrbios do Desenvolvimento Sexual. In Baracat EC; Fonseca AM; Bagnoli VR (eds). *Terapêutica Clínica em Ginecologia*, São Paulo, 2015. p75.
5. Cashman S; Reidy P; Cody K *et al.* Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health teams. *J Interprof Care* 2004; 18: 183 – 196.
6. Fonseca, AM; Bagnoli, VR; Hayashida, SAY & Pinotti, JA – Amenorréia. In: Fonseca, AM; Bagnoli, VR; Halbe, HW & Pinotti, JA (eds) – Ginecologia Endócrina – Manual de Normas. São Paulo, Editora Roca Ltda. 2004.cap.9. p.149-159.
7. Hughes IA; Houk C; Ahmed SF *et al.* Consensus Statement on management of intersex disorders. *Arch Dis Child* 2006; 91: 554-563.
8. Hughes IA. Disorders of sex development: a new definition and classification. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2008; 22 (1): 119-134.
9. Lee PA; Houk SF; Ahmed SF *et al.* Consensus Statement on management of intersex disorders. *Pediatrics* 2006; 118 (2): 487 – 500.
10. Morel Y; Rey R; Teinturier C *et al.* A etiological diagnosis of male sex ambiguity: a collaborative study. *Eur J Pediatr* 2002; 161: 49-59.
11. Ogilvy –Stuart AL; Bain CE. Early assessment of ambiguous genitalia. *Arch Dis Child* 2004; 89: 401 – 407.

Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde do adolescente disciplina de ginecologia FMUSP

32

Adna Thaysa Marcial da Silva¹, Jessica Menezes Gomes², Isabel Cristina Esposito Sorpreso³, Italla Maria Pinheiro Bezerra⁴, Luiz Carlos de Abreu⁵, José Maria Soares Júnior⁶, Albertina Duarte Takiuti⁷ e Edmund Chada Baracat⁸

O Ministério da Saúde segue como definição de adolescência a prescrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que caracteriza o período de 10 a 19 anos e compreende como juventude a população dos 15 a 24 anos¹.

Os adolescentes e jovens (10 a 24 anos) do Brasil representam 51.402.821 pessoas, ou seja, 36,89% da população brasileira, segundo Censo 2010² e uma taxa de alfabetização das pessoas de 15 anos ou mais de idade de 92,6%.

O atendimento à saúde do adolescente necessita de uma abordagem acolhedora e compreensiva^{3,4} que estabeleça um vínculo de confiança entre o adolescente e o profissional de saúde. O adolescente encontra-se em período de transição de vida onde existe uma influência do grupo social e que contribui para transformações, mudanças físicas e emocionais importantes para a caracterização da sua identidade social^{3,4}.

As diferentes particularidades do ciclo de vida dos adolescentes apresentam particularidades nos agravos à saúde dessa população considerada saudável, decorrentes principalmente de hábitos e comportamentos, além de vulnerabilidades acometidas pelo contexto social, cultural e econômico^{1,3,4}.

Banspach *et al.* 2016, revelam como sendo os principais agravos à saúde dos adolescentes a exposição à lesões não fatais e não intencionais seguidas de suicídio e homicídio e no Brasil a principal causa de morte são as causas externas e nas causas não externas estão relacionadas a saúde mental.

As iniciativas na Atenção Básica à Saúde devem ser pautadas na integridade, diversidade dos adolescentes, necessidades nutricionais, biológicas, psicológicas e sociais, evitando agravos à saúde do adolescente, promovendo atenção e ações de educação à saúde.

O direito⁹ dos adolescentes à saúde é protegido e garantido por leis e previsto na Constituição Federal, essas legislações instrumenta e possibilita a proteção e o cuidado da saúde do adolescente¹:

- Constituição Federal de 1988: representa juridicamente a transição democrática e a institucionalização dos Direitos Humanos no Brasil onde, no art. 227, preconiza que: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência,

- 1 Enfermeira. Pesquisadora em Nível de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Ginecologia / FMUSP Departamento de Ginecologia e Obstetrícia - FMUSP.
- 2 Fisioterapeuta. Pesquisadora em Nível de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Ginecologia / FMUSP Departamento de Ginecologia e Obstetrícia - FMUSP.
- 3 Professor Doutor. Professora Adjunta da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da USP.
- 4 Pós-Doutorado em Ciências. Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da USP. Coordenadora do Curso de graduação em Enfermagem e Professora do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES
- 5 Visiting Scholar at Harvard School of Public Health. Department of Molecular and Integrative Physiological Sciences Program. Livre Docente em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professor de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES e da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP.
- 6 Professor Associado Livre-Docente da Disciplina de Ginecologia e Vice-Chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas da FMUSP. Supervisor do Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas/ FMUSP.
- 7 Mestrado e Doutorado pela Ginecologia da FMUSP. Sanitarista Pela Faculdade de Saúde Pública. Coordenadora Estadual do Programa Saúde do Adolescente - Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Políticas Públicas para Mulher do Estado de São Paulo - Secretaria da Justiça e Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo.
- 8 Professor Titular da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e ré-Reitor de Graduação da Universidade de São Paulo.

discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Esse mandato constitucional e democrático, unido aos novos parâmetros internacionais, institucionaliza e reordena juridicamente as novas leis que se destacam no apoio aos direitos de crianças e adolescentes.

- Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990): regulamentação art. 227 da Constituição Federal.
- Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990): regulamenta a disposição constitucional que concebeu a saúde como um direito social, independentemente de contribuição, criando o Sistema Único de Saúde (SUS).
- Lei Orgânica da Assistência Social (Loas – Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993): regulamenta o direito constitucional (art. 203) à assistência social do Estado, independentemente de contribuição, e que expressamente garante a proteção especial à adolescência e ao amparo aos adolescentes carentes.
- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996): regulamenta o direito à educação também como direito público subjetivo de todo cidadão.

O art. 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegura o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde; visando às boas práticas na atenção primária à saúde do adolescente alguns princípios são importantes e facilitam a relação entre os adolescentes e os profissionais de saúde, onde se destacam a ética, a privacidade, o sigilo e a autonomia.

O art. 9º do Código de Ética Médica apresenta o sigilo profissional, sendo importante ressaltar o respeito pelo paciente, aceitando a autonomia de suas escolhas, zelando pela privacidade, tendo o direito de ser atendido individualmente e sozinho.

Princípios recomendados de boas práticas no atendimento

Recomenda-se na prática clínica da saúde do adolescente a inclusão de assistência que deve ser desenvolvida pelos profissionais de saúde durante o atendimento ao adolescente, em ambiente acolhedor, confortável, com uma abordagem parcial e ética, mantendo um vínculo de confiança entre o adolescente e seus familiares e o profissional de saúde^{1,6,7,8}.

O profissional de saúde deve estar disposto a ouvir o adolescente, com uma abordagem de segurança e sigilo de uma forma clara e concisa, esclarecendo todas as

dúvidas e explicando sobre o sigilo e ética na consulta, expondo todas as informações necessárias referente ao rompimento do sigilo. O adolescente tem o direito de privacidade nas consultas e cabe ao paciente a decisão de ter ou não um acompanhante de sua escolha durante o atendimento^{1,3,6,7,8}.

O início do atendimento consiste em anamnese e exame físico detalhado. A anamnese deve-se estender para aspectos da vida social, de trabalho, da sexualidade, da situação psicoemocional e violência, entre outros, deve ser observado o ambiente como um todo e todas as necessidades básicas de vida do adolescente^{1,8}.

O exame físico apresenta uma etapa muito importante e necessita de privacidade, devendo ser completo e detalhado, possibilitando a avaliação do aspecto geral do adolescente, crescimento, peso, desenvolvimento, estagiamento puberal, estágio da maturação sexual e avaliação da saúde como um todo, o profissional de saúde deve sempre prestar esclarecimentos sobre a importância do exame físico e procedimentos a serem realizados, respeitando o pudor do paciente e mantendo uma compreensão sobre a mudança corporal e aceitação da imagem corporal do adolescente^{1,8}.

A adolescência apresenta um complexo conjunto de transformações corpóreas: aceleração (estirão) e desaceleração do crescimento ponderal e estatural, que ocorrem em estreita ligação com as alterações puberais; a modificação da composição e proporção corporal, como resultado do crescimento esquelético, muscular e redistribuição do tecido adiposo, o desenvolvimento de todos os sistemas do organismo, com ênfase no circulatório e respiratório e a maturação sexual com a emergência de caracteres sexuais secundários, em uma sequência invariável, sistematizada por Tanner (1962), onde deve-se observar o aparecimento de pelos e o crescimento da genitália. A puberdade pode se iniciar dos 9 aos 14 anos^{1,3,6,7}.

Os dados antropométricos^{5,6} também tornam-se primordiais para a observação do crescimento e do desenvolvimento do adolescente, levando em consideração o período de aceleração; também é muito importante realizar uma avaliação nutricional criteriosa, sendo avaliado a perda de peso (Desnutrição) ou o seu ganho (Sobrepeso/Obesidade) entre os adolescentes, pois, principalmente o sedentarismo nessa população é um desafio à saúde da população, pesquisa internacional¹⁰ mostrou que 27% da população adolescente realiza 60 minutos de atividade física diária recomendada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a ingestão de 400 gramas diárias de frutas e hortaliças, as proporções vão para 31%

para quem tem 12 anos e mais de escolaridade¹¹. O Brasil apresentou o programa “SMART” (na sigla em inglês: específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazo) na Organização das Nações Unidas com o objetivo de reduzir a obesidade da população brasileira¹².

Na saúde dos adolescentes os pais/responsáveis²⁰, os programas familiares e as escolas apresentam uma forte influência na vida e podem ajudar a apoiar um desenvolvimento de vida saudável. As escolas são ambientes de aprendizagem naturais, implementar e melhorar políticas e programas baseados em escolas são formas estratégicas de reforçar os comportamentos saudáveis e educar os adolescentes sobre a redução de comportamentos de risco⁹.

O Brasil conta com cerca de 60 mil escolas que oferecem os anos finais do ensino fundamental e 28 mil escolas que oferecem ensino médio que juntas atendem a cerca de 20 milhões de adolescentes¹⁴.

O meio escolar proporciona às adolescentes oportunidades para aprender e praticar comportamentos saudáveis que influenciam na saúde dos alunos no momento, e conduzem a manutenção de hábitos saudáveis no futuro. As escolas são pontos de referência para educação em saúde, promoção de saúde, e prevenção de doenças¹⁵.

A abordagem familiar apresenta forte influência e bons comportamentos provenientes sobre os adolescentes^{17,18}. Pesquisadores¹³ revelam que através do desenvolvimento de conhecimento, habilidades e confiança dos pais/responsáveis em conversar com seus filhos, é possível desenvolver melhor monitoramento e supervisão, construir comportamentos positivos e permitir relação forte e verdadeira dos pais com seus filhos. Assim, se reduz o comportamento de risco dos adolescentes, causando melhora nos desfechos em saúde como iniciação sexual e uso de drogas lícitas e ilícitas^{3,13,19}.

A sexualidade é um fator importante entre os adolescentes, fortemente influenciado por fatores psicológicos, sociais e familiares. A descoberta do prazer inicia principalmente pelas atividades masturbatórias, como forma de autoconhecimento e busca do prazer^{18,19}.

A gestação na adolescência e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são preocupantes nessa população, principalmente o HIV/aids. Pesquisas¹⁶ revelam elevação da porcentagem de novas infecções entre a população com idade entre 13 e 24 anos e cerca de 230 mil

bebês nasceram para meninas adolescentes com idade entre 15 a 19 anos em 2015 revela pesquisa americana¹⁷.

Os profissionais de saúde devem manter uma abordagem acolhedora e de orientação e informações científicas e claras, onde os adolescentes sejam capazes de lidar de maneira segura e com capacidade de perceber os riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e uma gravidez não planejada, respeitando a autonomia do adolescente^{1,3,18,19}.

A avaliação do estado de imunização deve seguir o Programa Nacional de Imunização para a faixa etária de 10 a 19 anos para adolescentes saudáveis. Os adolescentes com especificidades e doenças crônicas devem seguir recomendações individualizadas¹.

Uma atenção integral baseada no adolescente como protagonista principal é o maior desafio do profissional de saúde; a mudança nas práticas de serviços de saúde e no atendimento deve ser priorizada para a melhoria da saúde e bem-estar do adolescente nesse período de seu desenvolvimento.

Ações em saúde de promoção e prevenção devem ser baseadas no contexto da transitoriedade e desenvolvimento físico, sexual, psíquico e emocional do adolescente bem como no respeito de seu território e cultura²⁰.

- Orientações de boas práticas à saúde do adolescente:
- Criação de espaços de acolhimento ao adolescente nos serviços de saúde.
 - Assistência dentro dos preceitos éticos e legais.
 - Conceito de saúde ampliado (biofísico, psicossocial, cultural, lazer, construção de autonomia, necessidades nutricionais).
 - Atualização constante do profissional de saúde em protocolos e guias destinados a saúde do adolescente.
 - Avaliação do estado de imunização.
 - Inclusão na assistência a abordagem familiar.
 - Ações de promoção e prevenção em saúde sexual e reprodutiva.
 - Ações de promoção e prevenção em saúde mental e comportamento (incluindo prevenção de drogas lícitas e ilícitas).
 - Equipamentos ou espaços que possam servir de local de difusão e promoção de saúde (como escolas, organizações governamentais e não governamentais).
 - Equipe multiprofissional nos cuidados à saúde do adolescente.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf>. Acessado em 05.06.2017

2. <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf>. Acessado em 09.06.2017.
4. Banspach S, Zaza S, Dittus P, Michael S, Brindis CD, Thorpe P. CDC Grand Rounds: Adolescence – Preparing for Lifelong Health and Wellness. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65: 759–762. DOI: <<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6530a2>>.
5. <file:///E:/Livro%20-%20Adolescente/orientacoes_atendimento_adolescnte_menino.pdf>. Acessado em 05.06.2017.
6. <file:///E:/Livro%20-%20Adolescente/orientacoes_atendimento_adolescnte_menina>. Acessado em 05.06.2017.
7. <file:///E:/Livro%20-%20Adolescente/familia_adolescentes.pdf>. Acessado em 05.06.2017.
8. <file:///E:/Livro%20-%20Adolescente/cartaz%202%20adolescente_tem_espaco_nosso_atendimento>. Acessado em 09.06.2017.
9. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf>. Acessado em 09.06.2017.
10. Youth risk behavior surveillance – United States, 2013. *MMWR Suppl* 2014; 63 (No. Suppl 4).
11. <http://www.elsa.org.br/oelsabrazil.html>. Acessado em 09.06.2017
12. Freudenberg N, Ruglis J. Reframing school dropout as a public health issue. *Prev Chronic Dis* 2007; 4: A107.
13. Community Preventive Services Task Force. Improving adolescent health through interventions targeted to parents and other caregivers: a recommendation. *Am J Prev Med* 2012; 42: 327–8.
14. CENSO ESCOLAR DA EDUCAÇÃO BÁSICA 2016. Notas Estatísticas. Brasília: INEP/MEC, 2017. Acesso em 10.06.2017.
15. Basch CE. Healthier students are better learners: a missing link in school reforms to close the achievement gap. *Equity matters: research review no. 6*. New York, NY: Columbia University; 2010.
16. Koenig LJ, Hoyer D, Purcell DW, Zaza S, Mermin J *American Journal of Public Health*. Epub antes da impressão 21 de janeiro de 2016; e1-e4. Doi: 10.2105/AJPH.2015.302979
17. CDC. *Vigilância de Doenças de Transmissão Sexual 2014*. Atlanta: Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA; 2015
18. file:///E:/Livro%20-%20Adolescente/cartaz%20adolescencia_novas_descobertas_aprendizados.pdf> Acessado em 09.06.2017.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adolescentes e jovens para a educação entre pares: sexualidades e saúde reprodutiva/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/aids e Hepatites Virais. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
20. BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. *Journal of Human Growth and Development*, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016.

Adolescentes no cenário brasileiro: quando o caminho é a violência

33

Neusa Francisca de Jesus¹

Introdução

Esse trabalho resulta de um estudo sobre o envolvimento de adolescentes com práticas de delitos, tendo como objeto de análise suas percepções e o modo como os adolescentes interpretam as suas diferentes práticas delitivas. O estudo teve como objetivo *identificar e analisar quais são as formas de percepções que o adolescente, em privação de liberdade, tem do seu envolvimento com a violência e a que ele atribui esse envolvimento*.

Observa-se que a compreensão do envolvimento dos adolescentes com a violência é ainda imprecisa e fragmentada. Alguns elementos são facilmente identificáveis, ao mesmo tempo em que revela a presença de outros de grande complexidade e que se mantêm, ainda, obscuros. O debate explicativo, com poucas exceções, recai na variável econômica, porém, a motivação econômica não explica a crescente utilização de mecanismos de violência utilizados nos atos delitivos.

Tal configuração tem gerado forte preocupação de setores da sociedade civil pelo aparecimento cada vez mais precoce desse tipo de envolvimento (ASSIS, 2000); aumento progressivo do número de adolescentes envolvidos com homicídios, como autor e como vítimas da violência urbana (ZALUAR, 1997); aumento crescente do número de internações de adolescentes e na crescente criminalização desse segmento social.

Essa problemática tem desencadeado a implantação cada vez mais alargada de ações de repressão, punição e de controle. As *“sanções privativas de liberdade do adolescente têm eficácia invertida, produzindo estigmatização, prisionalização e maior criminalidade, e estão em contradição com o conhecimento científico e com o princípio constitucional de dignidade da pessoa humana”* (SANTOS, 2001, p. 291). Verifica-se a tendência política e social de agir sobre a materialidade do fenômeno, sem levar em conta sua complexidade.

A pesquisa orientou-se pela perspectiva qualitativa. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista em profundidade, com roteiro composto por questões semiestruturadas. A população-amostra para o estudo foi de 20 (vinte) adolescentes do sexo masculino, com idade entre

15 a 18 anos, reincidentes, cumprindo medida de internação na Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente – CASA – São Paulo – SP, Brasil. O processo de análise das informações constituiu-se em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN (2006, p. 103). As percepções foram agrupadas e categorizadas, verificando similitudes e diferenças, o que permitiu que fossem ordenadas em três categorias, que serão apresentadas com a respectiva discussão sobre os resultados.

Esse capítulo está estruturado em *quatro seções*, incluindo essa introdução. Na *segunda seção* apresenta-se referencial teórico no qual ancoramos esse estudo, com ênfase num inventário pertinente às teorias mais recentes no cenário brasileiro. A *terceira seção* dirige-se aos resultados da pesquisa, centrado nas percepções argumentativas dos adolescentes sobre o seu envolvimento com a violência. Aqui emerge a relevância desse estudo: dar voz aos sujeitos por meio de uma escuta atenta as suas falas e seus significados. Parte-se do pressuposto de que para conhecer a dimensão de um determinado fenômeno social é importante considerar a percepção dos sujeitos envolvidos na problemática.

E, por fim, serão também apresentadas as considerações finais, com base nos resultados obtidos.

Perspectivas teóricas sobre práticas de violência na adolescência numa perspectiva crítica

As abordagens teóricas sobre violência e práticas de delitos são construções sócio-históricas e têm sido desenvolvidas sob a ótica dos diversos campos da ciência e sob as mais variadas perspectivas. Parte considerável das teorias sobre criminalidade aponta para duas linhas de abordagens: a primeira, alicerçada nas características individuais, e a segunda, nos processos que levam os indivíduos a se envolverem com práticas de violência.

Até o final do século XIX predominaram as teorias centradas nas características individuais das pessoas e explicavam o comportamento criminoso a partir de patologias. Determinadas características físicas constituiriam indicadores da patologia criminoso ou na relação

1 Doutorado e Mestrado em Serviço Social pela PUC-SP. Membro do Programa Saúde do Adolescente e da Comissão Científica do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde/SP. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Interdisciplinaridade (GEPI)/ PUC/SP. Membro associado do Associação dos Pesquisadores dos Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente (NECA)/SP.

entre a desagregação familiar e o comportamento desviante ou ainda na relação entre o sujeito e o ambiente externo, com ênfase no fracasso escolar, como o melhor sinal de diagnóstico. (MISSE, 1999).

Após esse período, diferentes modelos teóricos foram desenvolvidos com o intuito de entender o comportamento delituoso, a partir de processos sociais e de interações. As teorias mais recentes que tratam dessa problemática são as teorias do *controle social*, a da *escolha racional* e a do *interacionismo simbólico*. Na teoria do *controle social*², as pessoas pesam os custos e os benefícios da legalidade e ilegalidade das ações e selecionam as alternativas que consideram capazes de maximizar o seu prazer. O envolvimento do indivíduo com a violência está relacionado à fragilidade dos vínculos com as instituições (família, escola, igrejas e outras). A crítica que se faz à teoria do controle social é que seus autores substituíram todas as variáveis da criminologia positivista pela noção de autocontrole (MISSE, 1999).

Na teoria da *escolha racional* o indivíduo tem a capacidade de escolhas racionais e avalia, de um lado, os ganhos, o peso da punição e as probabilidades de detenção e, de outro, o custo da oportunidade de cometer crime, traduzido pelo salário alternativo nos mercados de trabalho ilegal. Essa teoria aponta para uma clara opção positivista, a ênfase é colocada no agressor e não no acontecimento criminal, além da clara seletividade do sistema.

A teoria do *interacionismo simbólico* enfoca a importância dos significados simbólicos nas sucessivas transições de papéis ao longo do percurso de vida das pessoas. O eixo dessa teoria é a interação e essa se constrói num processo dinâmico entre dois ou mais indivíduos, que se influenciam mutuamente através do desempenho de diferentes papéis recíprocos e projetam-se a si próprios no papel de outras pessoas. Destacam-se, nesse contexto, as teorias da representação. A crítica a essas teorias é a de que, na linha da perspectiva positivista, as análises se voltam sobre o agressor e sobre os determinantes individuais da violência.

O fenômeno da violência juvenil na literatura nacional

Em termos globais, no Brasil, até o final dos anos setenta, as justificativas para o contexto de violência tinham suas raízes no modelo econômico, gerador de classes antagônicas, de dominação e de exploração capitalista, numa abordagem eminentemente política da questão (ZALUAR, 1994).

Após esse período, a produção de conhecimento da década entre 1980 até metade de 1990 aponta o caráter estrutural da sociedade e estabelece uma relação causal entre pobreza e ato violento (MISSE, 1999; ZALUAR, 1999). O argumento é que as condições sociais precárias e ausência de serviços das políticas sociais levariam o indivíduo a práticas transgressoras, demonstrando relação causal entre pobreza, miséria e pauperização com violência.

Novos elementos explicativos para atos de violência no país localizam-se após 1990 e dá ênfase ao envolvimento de adolescentes e jovens. A condição de adolescente envolvido com a violência passa a se conectar a uma multiplicidade de causas e fatores. Além das condições de pauperização e de abandono, outros fatores são apontados como elementos propulsores de violência: as características inerentes à faixa de idade da adolescência, o padrão de socialização; o gosto pelo risco e de extrapolar limites; o desejo de onipotência, a formação de grupos e a busca de modelos de identificação (ABERASTURY & KNOBEL, 1981; TAKIUTI, 2001); a vitimização psicológica, física e sexual, a relação com pessoas de referências e que apresentam envolvimento com a criminalidade (familiares, parceiros e amigos) a influência das drogas e a busca da independência (ZALUAR 1994).

A partir desses enfoques, alguns estudos sobre o envolvimento do adolescente com a violência, levam em consideração as características da adolescência, e o fazem em torno da busca da identidade (ABERASTURY & KNOBEL, 1981). O processo contínuo de busca crescente de identidade, também passa pelo *ethos* da masculinidade (afirmação da masculinidade), através do poder – valor máximo da sociedade (FEFFERMANN, 2004), que se concretiza pelo uso de armas de fogo (ZALUAR, 2004). A arma é sinônimo de *status* e de poder, simboliza a virilidade, atrai as mulheres, incidindo sobre o imaginário dos adolescentes que se encontram numa fase de busca da identidade (FEFFERMANN, 2004). Dinheiro, mulheres e respeito são vistos como elementos instigadores e mobilizadores para a entrada do adolescente no tráfico de drogas (ASSIS, 1999).

Em contextos de extrema violência, as mulheres participam desse universo, mas não fazem parte dos sujeitos protagônicos, sua presença se configura muito mais como objeto de disputa entre os homens do que como sujeitos sociais. “A presença delas é, pelo contrário, diversificada e complexa” (ZALUAR, 1994: 224). O “mundo” criminal é “extremamente sexuado e viril” (p. 230) e os papéis que homens e mulheres desempenham numa determinada sociedade estão sempre de acordo com a cul-

2 Essa teoria se tornou uma das referências mais fortes de estudos sobre a criminalidade juvenil. (BATISTA, 2003).

tura e com esse tipo de universo em que estão inseridos, determinados por valores sociais.

Em condições psicológicas precárias, o adolescente pode escolher modelos identificatórios negativos e sua noção de correr riscos, pode ficar severamente distorcida a ponto de idealizar os chefes do tráfico de drogas, encantando-se por seu poder de vida e de morte e pelos riscos decorrentes das guerras entre facções de tráfico de drogas e entre essas e a polícia. Os adolescentes fazem uso de armas de fogo, matando e morrendo se os motivos ameaçam o *status* ou orgulho masculino, o que traduz a busca de afirmação de uma virilidade, pela violência (ZALUAR, 2004, p. 196).

Na busca da uniformidade, o adolescente recorre aos grupos de iguais que pode lhe proporcionar segurança e autoestima, transferindo ao grupo a dependência que mantinha com a família e submetendo-se facilmente às suas regras, aos seus ritos de iniciação. O desejo de experimentar o novo traz espanto e indefinições que o atrai e ao mesmo tempo o atemoriza.

Desse modo, muitos bens materiais *têm importância simbólica – de afirmação da posição hierárquica ou de uma identidade através do estilo – mais do que para a sobrevivência física* (ZALUAR, 2004: 159). Valoriza determinados tipos acessórios ou meios de mobilidade (carro, moto) que têm valor simbólico, numa sociedade que valoriza o consumo de estilo (FEFFERMANN, 2004, p. 3).

O fato de o indivíduo converter o tempo em presente e numa tentativa de manejá-lo como um objeto, “*de negar o fenômeno do decurso do tempo, de negar a morte, o adolescente busca desafios, deseja correr riscos, trata-se da busca da imortalidade, típica da adolescência*” (ZALUAR, 2004: 15), que diz respeito ao desejo de onipotência (TAKIUTI, 2001). Na busca da imortalidade, desafia-se a morte, para dar sentido à vida, através de condutas de risco e sentimento de onipotência. Os adolescentes, paradoxalmente, *por medo de morrer, matam-se* (ASSIS, 2000: 81).

Uma parte significativa desses estudos destaca a questão da vulnerabilidade social buscando compreender a relação dos adolescentes com a violência, principalmente os que vivem nas regiões periféricas. Outras formas de vulnerabilidade e exclusão são também aí consideradas importantes: cultural, territorial e étnica.

Acresce-se, nesse contexto, o poder crescente do narcotráfico organizado segundo as leis de mercado, com lucros relacionados à sua ilegalidade, que vitimiza adolescentes e jovens nos grandes centros urbanos. No processo de inscrição dos adolescentes no mundo do crime, do tráfico de drogas, perpassam questões culturais, econômicas, sociais, políticas e psicológicas.

Assim, as questões formuladas nesse estudo sobre o envolvimento dos adolescentes com a violência se orientam para a compreensão do fenômeno em toda a sua complexidade, orientado por esse arcabouço teórico.

As percepções dos entrevistados sobre o envolvimento com a violência e práticas delitivas

À luz do referencial teórico, buscou-se explorar as percepções, com foco na principal indagação: a que os informantes-chave atribuem o seu envolvimento com o crime? A partir dos resultados analisados foi possível construir três categorias analíticas: *a visão do envolvimento com a violência aportado na estrutural social; a visão sobre o envolvimento com a violência aportado na emoção; a visão sobre o envolvimento com a violência aportado na representação.*

A perspectiva ética adotada na pesquisa obstrui qualquer tentativa de oferecer qualquer tipo de julgamento ou explicação objetiva sobre os delitos praticados pelos entrevistados.

As falas dos adolescentes foram mantidas de forma literal, havendo, portanto, incorreções gramaticais e ortográficas. Foi escolha dessa autora.

As percepções sobre o envolvimento com a violência aportado na estrutura social

A percepção sobre o *envolvimento com o crime aportado na estrutura social* foi um argumento utilizado por alguns dos entrevistados utilizando-se dos seguintes núcleos figurativos: governo, política, pobreza, trabalho, dinheiro, miséria, desemprego, abandono, fome, salário. As percepções dos 20% dos entrevistados se inserem nessa categoria. No plano simbólico, a representação desses núcleos revela não só situações vivenciadas pelos adolescentes no seu cotidiano, mas também imagens projetadas por alguns setores da mídia de massa, técnicos, educadores e outras categorias profissionais.

ZKM aborda a questão do seu envolvimento com o crime pela via das desigualdades sociais e da concentração de renda:

O princípio do nosso envolvimento com a criminalidade vem do próprio governo. Eles não estão preocupados. Falta trabalho e tem muita pobreza. Tem muita gente que tem. Quem tem muito não vai lhe fazer falta. Não há política para os adolescente, eles não proporciona nada para nós. Hoje tem muita discussão por aí, fala de reincidência e nada se faz.

Outro aspecto que compõe essa linha de pensamento é a falta de oportunidade de trabalho, a precarização do emprego:

Aos 14 anos percebi que tinha que ajudar minha mãe. Tentei arrumar trabalho, mas não conseguir. Teve um tempo que trabalhei, mas não ganhava nada. Via uns moleques numa viela, perguntou se eu queria trabalhar. Comecei a vender droga e descobri como ganhar dinheiro fácil. O trabalho que a gente consegue só paga mixaria. Aí me acomodei... PJS:

Os adolescentes das classes economicamente desfavorecidas, a partir das suas experiências e da observação cotidiana, acabam por incorporar uma visão negativa do trabalho, agravado por uma forte demanda de consumo incontestável por meios legais.

Quando MTV e CSV expõem o seu discurso, o argumento utilizado para explicar o seu envolvimento com a criminalidade se apoia na relação pobreza-crime. Assim se manifestam:

“não posso depender de ninguém da minha família, ninguém tem para me mandar nada, eu tenho que pensar em mim. Tenho que pensar em minha independência porque eu nunca dei sorte com trabalho. Vou ficar na miséria e no abandono?”. MTV “cometo crime porque não tenho a quem apelar. Eu traficava porque eu precisava mesmo, porque senão eu não tinha começado essa vida. Só comecei nessa vida do crime porque precisei mesmo, vivia na pobreza. Têm muitos aí que tem muito dinheiro outros nada tem”. CSV

Ambos partem da noção de crime como fenômeno estrutural. Tomando em consideração a literatura, essas percepções apresentam duas modalidades interpretativas: a primeira diz respeito à relação imediata que tem sido documentada entre pobreza e violência; entre pobreza e crime. A defesa da associação entre crime e pobreza, ao mesmo tempo em que trata o crime através de uma abordagem simplificada e restrita, termina por inscrever-se em um relato mítico (produtora de crenças) e percepções sociais limitadas do fenômeno de atos de violência. Essa concepção toma por base somente a dimensão econômica da vida social e leva a um claro viés que reforça a discriminação contra os pobres, tanto no interno das instituições encarregadas de reprimir o comportamento criminoso quanto no imaginário da população em geral (ZALUAR, 1999).

Peralva (2000, p. 81) adverte que essas associações constroem um cenário traçado pela “geografia das mortes violentas, que se concentram nas periferias pobres e não nos bairros ricos; a geografia das intervenções policiais, ou a população das prisões, [...] sugerem que a associação entre crime e pobreza é incontornável”.

Analisadas por outro ângulo, essas percepções trazem as marcas de suas vivências e atribuem às diver-

sas dimensões (econômica, histórico, social, religioso, econômico, sociológicos, política e cultural, outros) o seu envolvimento com o ato infracional, designando-o, como um fato social, fenômeno complexo e pluridimensional. Ao simbolizarem o ato infracional a partir das relações que estabelecem com os fatores estruturais da sociedade, nomeadamente com as classes sociais, a percebem como um fato social radicado no espaço público e nas interações sociais. Reconhecer o caráter social da violência significa rejeitar a criminalização seletiva e imposta pela sociedade e pelas agências estatais dirigidos a determinados grupos sociais nos quais se inserem esse grupo social.

As percepções sobre o envolvimento com a violência aportado na emoção

Os discursos dos entrevistados que argumentaram o envolvimento com a prática delitiva aportados na emoção, o fizeram utilizando-se dos seguintes núcleos figurativos: sedução, adrenalina, emoção, ódio. As percepções incluídas nessa terceira categoria, o envolvimento do adolescente com o crime aportado na emoção, percepções essas relacionadas à maioria (60%) dos entrevistados. O traço forte das percepções é considerar a emoção como algo intrínseco à atividade transgressora.

A abordagem dessa categoria analítica privilegiou a perspectiva teórica sobre as emoções proposta por González Rey (2003) que possibilitou estabelecer configurações das percepções dos entrevistados cujos argumentos foram construídos, tendo como centralidade a emoção.

González Rey (2003, p.35) conceitua emoção como “um sistema de registro pelo qual o sujeito consegue mobilizar-se subjetivamente para o desenvolvimento de uma atividade”. Ele parte da ideia de que a emoção direciona as ações e pensamentos na relação interpessoal, pois exerce uma função orientadora num contexto de decisões necessárias que o sujeito deva tomar e cumpre um papel decisivo na regulação dos sentimentos, posto que a emoção fornece condições para que o sujeito realize suas ações.

Desse modo, torna-se necessário, de um lado, contextualizar as ações e entendê-las dentro dos contextos culturais específicos; de outro, analisar os discursos e a linguagem e tomá-los como práticas sociais, à medida que as emoções sofrem influências das determinações sociais. Para ele, não há uma relação causal entre emoção e ação, visto que a emoção comporta um alto grau de imprevisibilidade.

Nesse domínio, González Rey (2005, p. 245) realça a “necessidade” como o estado afetivo que aparece pela in-

tegração de um conjunto de emoções de diferentes procedências no curso de uma relação ou de uma atividade.

González Rey (2002, p. 245) assevera que “enquanto discutimos uma certa emoção, nós sempre identificamos a necessidade sobre a qual se baseia a emoção”. As “necessidades” assumem uma dimensão genérica e abrangente que pode ser considerada como um sentimento, intenção, desejo, projeto ou estilo de vida, que envolve exigências valorativas e que motiva o comportamento humano para a busca incessante de bens materiais ou simbólicos. Assim, “toda atividade ou relação implica o surgimento de um conjunto de necessidades para ter sentido para o sujeito” (id, ib, p.246).

Com base nessas referências buscamos analisar as percepções dos informantes-chave que elegeram a emoção como centralidade dos seus discursos. A relação entre prática delitativa e a busca de emoções pode ser evidenciada no relato de WSP: “A primeira vez que fumei um baseado, gostei. (...) quando eu era pequeno, dizia: você vai ser um criminoso. Via revólver e comecei a gostar. Comecei a andar junto com eles, comecei a me envolver também no crime. Era minha vida, era emoção”.

NES trabalha com a ideia de que o envolvimento com o ato delitivo se alicerça na emoção: “a maioria vai pela emoção, emoção mesmo. Outros vão pelo respeito que consegue na vida do crime. Outros pela necessidade, mas poucos se envolve porque passa fome ou porque quer comprar tênis, moto, bicicleta. No duro é emoção, adrenalina”.

Nesse sentido, “se a emoção diz não, os meios não estão disponíveis... A emoção é que define a disponibilidade dos recursos subjetivos do sujeito para atuar” (GONZÁLEZ REY 2003, p. 245). “As emoções representam um momento essencial na definição do sentido subjetivo dos processos e relações do sujeito. Uma experiência ou ação só tem sentido quando é portadora de uma carga emocional” (GONZÁLEZ REY 2003, p. 247).

Segundo essa teoria, o sujeito pode ou não ter consciência desse processo, mas o fato é que a emoção exerce sobre esse indivíduo certa sedução irresistível: “Posso até trabalhar, mas não consigo parar. Depois a gente cansa de trabalhar... Não tem emoção. Vou continuar quando sair daqui” (ASW).

Essa dimensão é também apontada por VPF ao narrar um trecho de sua vinculação com a violência: “comecei a ficar com as meninas e foi nessa época que comecei a roubar mais ainda. Tem moleque que passa fome. Têm outros que tem tudo, mas não tem atenção. Os moleques vai pela emoção de ser bandido. A arma dá muita fantasia e a gente cai”

Na perspectiva colocada pelo autor é a emoção que define a disponibilidade dos recursos subjetivos para

atuação dos sujeitos. Essa direção é colocada por CGP: “ninguém influencia na nossa decisão, a gente é que decide. Nem as menina não influencia na nossa decisão. Não tive necessidade de entrar para o crime. Entrei no crime por emoção. Crime é emoção”. VBG salienta: “Descobri que o roubo dava emoção e não sai mais. Dormia muito fora de casa, por causa da droga. Também dormia em casa de amigo. Eu saía muito de casa pra dormir fora. Isso foi me ajudando a estruturar a minha vida do crime e vi que faço por emoção”.

Essa perspectiva é referendada, também, pelas percepções de MBC e TBS que traduzem a emoção pela sedução ao ato ilegal, ilícito, que provoca o sentimento de pertencimento a um “mundo”, de reconhecimento ‘ter conceito’ e de controle sobre ele.

“Emoção, a gente vai ficando cada vez mais envolvido, faz parte da vida. Ninguém planeja, acontece, é por emoção. É mais forte que nós, tem muita emoção. (...) Quem domina a periferia somos nós, do tráfico. A gente é apresentado: esse pessoal aqui é gente de peso” (MBC).

“é emoção, curtição, adrenalina. Não digo que não vou pelo dinheiro, também precisava de dinheiro para ir pros lugares, mas a sedução, é emoção, é forte. O cara do crime é respeitado e é a gente que domina os lugar” (TBS).

A ética que informa a opção por esse tipo de vida não é econômica, mas hedonista e voraz, socioeconômica e utilitarista: “a causa principal é a emoção, o cara quer ter um conceito. Além disso; mulher, carro, moto. Mas não me importo com nada disso, vale tudo. O que ganho gasto, dou pras meninas, dou pros outros. Mas você tem respeito” (FBG).

SDM constrói o seu argumento para explicar o seu envolvimento com práticas de violência. Nessa construção, aparecem dois elementos muito fortes: a humilhação e segurança. A humilhação aparece de forma intensa e forte na sua fala:

Não estamos no mundo do crime por dinheiro. Mas viver com constrangimento e a humilhação de ser pisado diante das pessoas que tem com que o viver é muito sofredor. Mas essa não é o motivo porque estou na vida do crime. Vivo do crime porque hoje penso que vivo dentro de uma coisa que te deixa mais seguro para viver nas bocadas, protegido.

O indivíduo presume estar defendendo valores humanos eternos (família, casamento, maternidade, propriedade, etc.) ou pelo menos está se defendendo contra a violação, como no caso dele. Para ele, o indivíduo se mantém num estado de “raiva moralista” e comete o crime para fugir da humilhação. Explica, por exemplo, de que no caso de um

“assassinato moralístico” é mais comum nos indivíduos das classes populares, uma vez que os indivíduos de classes mais altas têm outras formas de fugir da humilhação.

Numa ação violenta, esses jovens buscam a todo custo reverter os signos visíveis da humilhação, negam o sofrimento diante do dano causado. A equação é invertida e a integridade inviolada, pelo menos naquele momento. Na verdade, eles estão vingando os outros fracassos, para obter o respeito que lhes é devido, ou que acreditam que lhes é devido. PTO diz: *“Minha mãe me judiava muito. Roubava por ódio e descontava tudo nas vítimas. Quando roubava vinha ódio na minha cabeça. Não tenho arrependimento (...) tem emoção”*.

O argumento utilizado por WLS para explicar o seu envolvimento com práticas delitivas é o de que *“a vida do crime seduz, a sedução é muito grande. Acho que não dá para parar, tenho bastante anos no tráfico. (...) Vivo isso por emoção. O crime é emoção. Os caras vão lá e falam com moral: você agora virou bandido, agora você pode virar facção”*.

A sedução do crime, na feliz expressão de Jack Katz, se alimenta também do que alguns jovens acusados com quem conversei chamaram de “adrenalina”, de “empolgamento”, quando confrontados com uma vida cotidiana banalizada, ritualística e com ganhos de renda medíocres. (MISSE, 2003, p. 13).

Na linha do que sugere González Rey (2005, p. 237), o sujeito é, portanto, intencional, atual e interativo, “portador de uma emoção comprometida de forma simultânea com sentidos subjetivos de procedências diferentes, que se fazem presentes no espaço social dentro do qual se situa em seu momento atual de relação e de ação. Esse é um dos aspectos mais desafiantes do sujeito”.

Evidencia-se, portanto, a complexidade desse processo, marcado especialmente pela força dos registros emocionais, geradores de um estado de desejo, de tensão, que mobiliza o sujeito e cria experiências afetivas. Esse estado emocional, que mobiliza o indivíduo, “caracteriza o estado do sujeito ante toda a ação fundamental” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 242). Essas percepções expressam um valor cultural resultante de uma onipotência desenfreada que tende a se espalhar como “um efeito perverso da frieza, indiferença ou do ódio ao outro e do calculismo que precisa se desenvolver num universo onde a desconfiança dita as regras da sociabilidade cotidiana” (MISSE, 2003, p. 13).

As percepções sobre o envolvimento com a violência aportado na representação

A terceira categoria decorrente das análises das percepções dos entrevistados sobre o envolvimento com o crime é aportado na autorrepresentação e é expressa por

meio dos núcleos figurativos: poder, reconhecimento, segurança, respeito. As percepções dos 20% dos entrevistados se inserem nessa categoria. As percepções vinculadas a essa categoria analítica compartilham um traço comum: o fato de regular a sua autoidentidade de modo que outros os percebam e da forma por eles desejada.

Segundo as teorias da representação, a “delinquência” é vista como uma autorrepresentação que estabelece uma identidade social não patológica e racional. O indivíduo escolhe criteriosamente a imagem ou identidade que deseja apresentar diante da comunidade e não mede esforços para desenvolver e para manter essa imagem.

O desempenho dos papéis sociais tem a ver com o modo como cada indivíduo concebe a sua imagem e a pretende manter. O papel social não é apenas uma aparência ou uma interpretação, mas sim a representação daquilo que o sujeito pretende ser para administrar e devolver ao meio social em que está inserido o que lhe foi projetado em forma de expectativas. Dessa forma o sujeito passa então a desenhar sobre seu “eu” a postura esperada pelo papel que lhe foi atribuído.

Essa perspectiva foi idealizada por (GOFFMAN, 1985) e se inscreve com base na teoria do *interacionismo simbólico*. O sentido dado à autorrepresentação feita pelo autor se refere “a toda atividade de um indivíduo que se passa num período caracterizado por sua presença contínua diante de um grupo particular de observadores e que tem sobre esses alguma influência” (GOFFMAN, 1985, p. 29).

O autor sinaliza que a finalidade de toda ação pública é a autoapresentação e que o indivíduo para atingir esse objetivo recorre a diferentes estratégias. No processo da autorrepresentação, esse desempenho é regular, geral, fixo, padronizado e é denominado de fachada (GOFFMAN, 1985, p. 23-24). As coisas são como aparentam ser e, portanto, ele possui os atributos que faz crer possuir, e no limite, solicita que seu fenômeno seja identificado com a totalidade de seu ser.

Goffman 1985, p. 230-231, utiliza a metáfora teatral que enfatiza a natureza das pessoas como atores sociais e define que o indivíduo assume dois papéis sociais: o de ator e de personagem. No papel de ator, o indivíduo é definido pela interação, sem levar conta em as normas e os valores da sociedade, mas simplesmente o sucesso que lhe permite ser reconhecido por outrem. De outro, o de personagem, como figura tipicamente admirável, cujo espírito, força e outras excelentes qualidades a representação tinha por finalidade evocar. É esse conjunto que dá significado ao “espetáculo”.

Para perspectiva interacionista, os adolescentes escolhem serem cumpridores ou transgressores de leis. Ao optar pela transgressão assumem publicamente esse cará-

ter transgressor de suas ações e aceitam os riscos e não se acovardam diante dos desafios, optando, assim por uma representação “não conformista”. Tanto uma autoapresentação deliberadamente “não conformista” quanto à “conformista” são difíceis de serem sustentadas sem a inserção num coletivo (GOFFMAN, 1985). A escolha por uma autoapresentação “não conformista” é vista como uma ação deliberada. Além de ser um recurso por meio do qual o adolescente consegue criar certa reputação, é também um requisito para se vincular a um grupo.

EJQ assume-se como um indivíduo não conformista.

O crime dá respeito. Quem é do crime, quando chega num lugar ele é só medo e também respeito. Ninguém tira onda com a cara dele, não. Tenho uma vizinha que brincava muito comigo, depois que comecei a roubar, ela passa e finge que não me vê, mas percebo que não é ódio, é medo. O criminoso se impõe.

No discurso de EML, é possível identificar que são os próprios indivíduos que são os protagonistas de suas próprias representações.

Antes queria me esconder porque era bandido. Hoje penso diferente. Porque a sociedade não respeita ninguém, (...), principalmente quando descobre que você é uma pessoa pobre e já teve um passado que te condena. O respeito só conseguir no crime. Preso uma vez, será sempre bandido. (...) é o que se paga pra viver com dignidade e ter dinheiro.

O indivíduo que escolhe a autoapresentação “não conformista” tem maior chance de se envolver com o ato delitivo, na medida em que esse envolvimento funciona como uma estratégia que promove visibilidade social por meio de uma audiência.

Um segundo traço muito nítido no discurso de EML, é a associação que ele faz com relação ao passado, ao rótulo. Essa rotulação implica ou muitas vezes resulta na permanência no crime e no forte convencimento de que detém respeito, dinheiro e dignidade. Pode-se questionar até que ponto esse argumento condiz com a realidade na medida em que nesse tipo de atividade são outros que enriquecem e têm poder.

Na percepção de TGV, o seu envolvimento com o crime é uma escolha deliberada:

Não é falta de roupa, comida, não foi por isso que estou no crime. Estou no crime porque me sinto estruturado. A gente ver os cara estruturado na vida, com respeito e dignidade e a gente quer. Eles tem liberdade, e nós estamos escondidos, com medo, fugindo. Não entrei por amizade. Quando a gente diz embalo, não é o outro que levou, é que juntos a gente é forte.

A palavra “estruturado” remete à percepção que o próprio entrevistado tem de si mesmo: “*vêm-se a si próprios como não conformista*”, como sujeitos que violam as regras e as leis e desejam que os percebam desse modo. Assim, os adolescentes envolvidos com atos delitivos, como roubos, drogas, confrontos com a polícia, atos de violência nas escolas, entre outros e a notoriedade decorrente dessas ações, contribuem para que eles consigam estabelecer o seu estatuto entre os pares. É o que nos dá a entender no discurso de MSJ:

Aprendi com os mais os mais antigos que no crime você tem respeito. Como fazer certo, como ganhar respeito no crime. Ser respeitado também pelos outros bandidos e onde a gente vive. Ninguém leva ninguém para o crime, mas a gente se espelha em quem sabe das coisas. e quem já tem experiência. Não podemos dá bobeira.

MSJ e EML ilustram como se dá o reconhecimento e o respeito no universo do crime. MSJ conta: “*Quando a gente chega numa festa os cara vão logo oferecendo bebida e comida de graça. Todo mundo cumprimenta nós. As meninas vem logo para cima de nós*”.

“Quando eu era pequeno, eu ouvia aqueles caras que roubavam... e, aí, as meninas falavam: ele voltou mais bonito e tal... e aí ficavam rodeando o cara. Eles pegavam e colocavam no carro. O cara já sente uma coisa assim, né... Outras falavam: rapaz, o cara é ladrão, o cara tem isso, tem aquilo... um cara “direito”, umas menina dessa não dá valor.. Aí o cara já sente assim gente, se sente grande. E aí eu pensava vou ter que ser ladrão também, né?” (EML)

Ao indicar o contexto da violência com base em uma noção de visibilidade social e reconhecimento, o indivíduo busca o sentido de suas ações e explicita a presença de uma autorrepresentação comum e objetiva: “*Poder. Os caras que são do movimento mexiam com as meninas e se sentem forte, ninguém tem coragem de fazer alguma coisa. Estou preso estou namorando uma menina e ninguém mexe com ela. Nós seguimos uma ética que ninguém mexe com meninas de companheiros*” (TGV).

MSJ e EQJ, além de situar suas práticas delitivas com base na visibilidade social e no reconhecimento, buscam de um modo ativo consolidar um estatuto entre os pares. Vejamos: “*O cara tem respeito, tem moral. Falar que mete u bala, sequestrou, botou mão em 20 mil, 10 mil. Tenho liberdade de acesso. A gente passa (...) a dominar tudo*” (MSJ).

EJQ aponta outro elemento da teoria da representação a interação: “*se quisesse ter dignidade teria ser por aí. Tem que ser bem visto pela sociedade. Para ser alguém tem que poder e poder tem que ter padrão. O padrão dos*

caras com quem me envolvi é alto. Me envolvi com eles. A interação é a “a influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros, quando em presença física imediata”. (GOFFMAN, 1980, p. 23)

Embora, os conteúdos das percepções se diferenciem, existem certos “atributos arquetípos” comuns (poderoso, conhecido, respeitado, famoso, bajulado, assediado, outros) aos quais aspiram e se apegam. Assim, “através da adoção de códigos e práticas sociais, não conscientes, buscam consideração e respeito dos membros da quadrilha, e construir uma reputação” (ZALUAR, 2007, p. 21), ficando implícito que os próximos objetivos serão mais desafiadores. “Os atributos do ator e os dos personagens são de ordem diferentes, e isso de modo inteiramente fundamental; e, no entanto, ambos os conjuntos têm seu significado em termos do espetáculo que deve prosseguir”. (GOFFMAN, 1985, p. 231)

Considerações finais

De um modo geral, com relação ao envolvimento do adolescente com a criminalidade, no Brasil, há consenso significativo quando se trata da afirmação da presença de fatores de risco (vulnerabilidade social, territórios socialmente marginalizados, níveis de desigualdades, a

desqualificação e desvalorização da família, envolvendo desamparo, abandono e função).

O consenso é mais alargado quando da visão de que os pobres urbanos dispõem de acesso restrito ao consumo de bens simbólicos e materiais no interior dos centros urbanos organizados socialmente em torno das possibilidades econômicas e culturais dos sujeitos de direitos na luta por espaços na hierarquia social da cidade.

As análises indicam que há um processo de criminalização no qual suas identidades vão sendo construídas. Nesse processo de criminalização (criminalização do pobre), o adolescente assume uma atitude, constrói um tipo de comportamento que o transforma num indivíduo suspeito (linguagem, maneira de vestir, tipo de caminhar), convencido de que na sua trajetória há uma tendência a praticar atos infracionais, de seguir um curso (indesviável) de ação e adquire uma expectativa de que esse curso de ação tenha continuidade e permanência.

Do ponto de vista da ação para a compreensão e enfrentamento desse fenômeno, sugere-se que as políticas dirigidas ao público adolescente sejam orientadoras da garantia dos direitos e da dignidade, cuja preocupação central se concretize em novas formas de fazer e gestar políticas públicas, sob a égide da ética.

Referências

- ASSIS, S. G. *Traçando Caminhos numa Sociedade Violenta. A Vida de Jovens Infratores e seus Irmãos não Infratores*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 2002.
- BATISTA, V. M. *Difíceis ganhos fáceis (drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro)*. Rio de Janeiro, 2003, p. 56-58.
- FEFFERMANN, M. *Vidas arriscadas*. 2004. Tese (doutorado) – Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004, p. 102.
- GOFFMAN, E. “A *Elaboração da face – Uma análise dos elementos rituais da interação social*”. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.
- _____. *A representação do eu na vida cotidiana*. Tradução de Maria Célia Santos Raposo. 7ª Ed. Petrópolis, Vozes, 1985.
- GONZÁLEZ REY, F. L. *La investigación sobre la subjetividad humana: algunas cuestiones para el debate. Anais do I Simpósio Multidisciplinar Pensar, Criar e Transformar*. São Paulo: Unimarco Editora, 2002.
- _____. *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural* (Raquel Souza Lobo Guzzo, trad.). São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.
- _____. *O Valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica*. São Paulo: Pioneira, 2005, 245..
- MISSE, M. *Malandros, marginais e vagabundos*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1999.
- PERALVA, A. *Violência e democracia: o paradoxo brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.
- TAKIUTI, A. *Adolescência, fatores de risco e fatores de proteção*. Rio de Janeiro, Rosa dos Ventos, 2001, p. 87.
- ZALUAR, A. *Condomínio do Diabo*. Rio de Janeiro: Revan, Ed. UDRJ, 1994.
- _____. *Um debate disperso: violência e crime no Brasil da redemocratização*. São Paulo Perspectiva. vol.13 no. 3 São Paulo, 1999.
- _____. *Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.
- _____. *Democratização inacabada: fracasso da segurança pública*. Estudos Avançados. v.21 n.61 São Paulo set./dez. 2007.

Eliane A. Zocca Pinho¹

Sinopse

Este capítulo apresenta breves considerações, sobre a temática do adolescente autor de ato infracional, aspectos e dimensões no que tange ao fenômeno da adolescência nos dias atuais, situando em um contexto histórico, social e político. No decorrer do trabalho encontram-se também discussões com relação a possíveis fatores que podem levar esse adolescente a cometer o ato infracional. Para isso, foi utilizado o método dialético que tem como ponto de partida a realidade, a concepção de família e suas dinâmicas contemporâneas e contextualiza aspectos da sociedade atual e seus reflexos na vida dos adolescentes. E, por fim, expõe o acolhimento e acompanhamento dos adolescentes no Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), em Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (PSC E LA), no município de São Roque – SP.

Compreensão de família, relações sociais e comportamento subjetivo adolescente

Ao falarmos em família, estamos nos referindo à formação de pessoas que possuem relações parentais, afinidades, afetividade, solidariedade ou alianças. É um grupo social capaz de se organizar e se reorganizar a partir de suas necessidades e interesses; rever, reconstruir e criar soluções, quando os vínculos estão ameaçados.

Apesar das mudanças ocorridas ao longo do tempo em torno das diversidades de composição de núcleos familiares, a família ainda continua sendo vista como a instituição responsável e capaz de constituir-se em um centro formador da sociedade, bem como do desenvolvimento individual e da maturidade emocional de cada indivíduo (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Historicamente a família corresponde a um grupo social que exerce forte influência sobre a vida das pessoas e é encarada como uma organização complexa, inserido em um contexto social mais amplo com o qual mantém constante interação e interferência.

O ECA define como família natural “a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes” (Art. 25). A NOB SUAS/2005, entendendo que o perfil das famílias brasileiras mudou muito nas últimas décadas, dando cada vez mais espaço, a novos formatos e arranjos familiares, define a família como “um grupo de pessoas, vinculadas por laços consanguíneos, de aliança ou de afinidade, onde os vínculos circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e de gênero”.

Quando um casal se une, seria de extrema importância refletir e idealizar a forma de se concretizar a fortificação da preservação dos vínculos familiares, principalmente quando os filhos chegam; pensar no futuro dos mesmos, colocando-os sob a prioridade da segurança e proteção; evitando-se assim, qualquer forma de violação de direitos.

Sabemos que muitos pais, que um dia também foram filhos, têm dificuldades e não conseguem uma relação de diálogo e imposição sensata de limites com a criança, menos ainda com o adolescente. A questão é: como foi a educação e a relação desses pais, com seus familiares? Muitas vezes, essas dificuldades manifestadas pelos pais, na vida adulta, refletem histórias de vidas familiares extremamente conflituosas ou com presença de inúmeras formas de violência na infância ou adolescência. As questões subjetivas, ou seja, internas não resolvidas, cheias de mágoas, geradoras de conflitos, se comportam e refletem no meio ambiente, conseqüentemente, na família e nos filhos.

À medida que a família encontra dificuldades para cumprir satisfatoriamente suas tarefas básicas de atenção, socialização e de amparo/proteção/serviços aos seus membros, criam-se situações de vulnerabilidade. A vida familiar para ser efetiva e eficaz depende de condições para sua sustentação e manutenção de seus vínculos (GOMES, 2003)². Isso significa que a condição socioeconômica é o fator que mais tem contribuído para a de-

1 Psicóloga e Psicoterapeuta. Especializada em comunidades, famílias e adolescência e vinculada ao Programa Saúde do Adolescente Departamento de Saúde – Município de São Roque – SP

2 Gomes MA 2003. *Filhos de ninguém? Um estudo das representações sociais sobre família de adolescentes em situação de rua*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza

sorganização da família, repercutindo diretamente e de forma vil nos mais vulneráveis desse grupo: os filhos. A pobreza, a miséria, a falta de perspectiva de um projeto existencial, que vislumbre a melhoria da qualidade de vida, impõe a toda a família uma luta desigual e desumana pela sobrevivência.

Além dessas questões, pode-se acrescentar outra grande dificuldade encontrada pelos pais que é a aceitação de que os filhos estão crescendo. Os adolescentes, de um modo geral, questionam os valores, as regras e os papéis familiares determinados até o momento. Nesse contexto, é frequente a perda da confiança nessas famílias, porque os adolescentes não confiam mais nos pais como antes, e os pais não estão prontos para confiarem nas mudanças dos filhos adolescentes.

Sabemos, também, que a educação de adolescentes não é uma tarefa simples no contexto contemporâneo. A adolescência é uma fase evolutiva e fundamental do ser humano, onde ocorrem profundas mudanças nos níveis físico, psicológico, social e espiritual e os fatores sócio-político-econômicos interferem intensamente nas dinâmicas familiares, exigindo profundas dificuldades de adaptação.

Em busca de uma identidade, passa por enormes turbulências consideradas normais, nessa transição para a vida adulta, chamadas, por especialistas, de “Síndrome Normal da Adolescência” (ABERASTURY; KNOBEL 1981). A identidade adulta não deverá ser alcançada satisfatoriamente, antes que o adolescente a compreenda internamente (elaboração) que, para isso, passou por perdas nessa fase: perda do corpo infantil; mudança de comportamento dos pais, bem como o sentimento de espaço infantil intra e extra familiar (ABERASTURY, 1990).

As transformações corporais geralmente são vivenciadas com muita ansiedade, desencadeando angústias no adolescente, pois sua mentalidade ainda é infantil, num corpo em desenvolvimento. Essas mudanças fazem com que o adolescente repense a imagem mental do seu próprio corpo, na medida em que o corpo infantil torna-se um corpo novo. Há confusão de papéis, pois não é mais criança e ainda não é adulta, situação essa bastante cobrada pelos adultos. O desenvolvimento é vivido com agressividade e culpa, com avanços e regressões.

Os pais que, até então, eram idealizados pelos filhos, passam a ser tratados com críticas e questionamentos, em geral, com muitas dificuldades e problemas no diálogo, invariavelmente, leva o jovem buscar tal necessidade na busca de compreensão, aceitação e identificação fora da família.

Essa suposta independência tem um preço, deixando-o temeroso e inseguro; sentimentos de inferioridade,

descontentamento com a escola, timidez, entre outras, procurando o apoio de pessoas e grupos que o aceitem, depositando sua confiança e esperança.

Por sua vez, o adolescente necessita de pertencimento e aceitação, uma vez que precisa compartilhar suas ideias com pessoas que possuam afinidades e semelhanças, adotando como modelo determinados ídolos e pessoas, que o acolham e supostamente os compreendam.

Sentimentos de inadequação incontáveis podem levá-los a comportamentos desafiadores, de enfrentamento e poder, aos temidos usos abusivos de drogas, situação essa, intensamente conflitante, que leva não somente os usuários, mas também as famílias, ao fundo do poço, devido ao extremo desgaste físico, emocional e financeiro; os quais convivem numa relação também patológica, mais conhecida como co-dependência, por parte das pessoas envolvidas; sentimento dual altamente destrutivo de amor e ódio. Muito comum, os pais e pessoas mais próximas adoecerem, participando praticamente impotentes diante da situação extremamente delicada por qual passa o ente querido. Importante ressaltar que, todas as classes sociais estão expostas a esse risco.

Essa faixa etária faz com que o adolescente necessite de cuidados amplos e sensíveis. Isso se dá pelos agravos, determinados pelo processo de crescimento e desenvolvimento, pelas características psicológicas peculiares dessa fase da vida e pelo contexto social em que está inserido, colocando o adolescente na condição de maior vulnerabilidade, às mais diferentes situações de risco. É no período da adolescência que o jovem faz suas escolhas e inicia seus projetos de vida.

Esses projetos trazem consigo a visão que o adolescente tem de si mesmo, de suas aptidões, qualidades, e daquilo que almeja alcançar. Nessa fase, o adolescente precisa preencher espaços ainda vazios na formação de sua identidade e, por isso, busca respostas para várias perguntas. A ausência de respostas pela família, pelo Estado e pela sociedade gera insegurança, invariavelmente, que por sua vez, gera dificuldades de relacionamentos familiares e sociais. O adolescente tenta compensar dificuldades e sentimentos tão incompreensíveis através dos riscos que se expõe; a frustração e baixa autoestima favorecem escolhas destrutivas.

É notável que cada adolescente busca o seu jeito próprio de se relacionar, no qual posturas autoritárias não são bem-vindas e não produzem nenhum efeito, ou efeito contrário. Dessa forma, oferecer espaço, diálogo aberto e responsável e, se necessário, especializado, como forma de amenizar temores e tornar o adolescente seguro de si, contribui para empoderar-se, para perceber que pode e deve fazer parte do meio familiar e social, que po-

derá reconhecer o igual e o diferente, seus limites e dos outros, a simpatia e a antipatia, os afetos e os desafetos; aprender a lidar e a suportar frustrações, a comunicar-se, e a compartilhar sentimentos.

Assim, possibilitar acesso a informações, promoção do processo de aprendizagem e autoconhecimento; no qual, aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, apropriando-se ativamente da mesma, para superação de situações de violência; o desenvolvimento da autoestima, juízo crítico, plano de vida e criatividade, transformando-a em atitudes de proteção a vida; na medida em que os adolescentes se sentem protagonistas de sua história, da comunidade e do meio ambiente, constroem-se como sujeitos.

Adolescência e o ato infracional

Estudiosos em adolescência observam que uma das características dessa fase da vida é a tendência à transgressão, em ir além das normas e regras, além do limite, representado pelo outro; que representa um obstáculo para a realização do desejo do adolescente. Muitas vezes, o ato de transgredir é agressivo e pode tornar-se violento, isso é, para ele, o obstáculo a ser superado, requer o uso de força.

O adolescente consegue gerir a sua tendência à transgressão e à violência, geralmente, quando faz parte de um ambiente de compreensão, que não exclui, nem o marginaliza; no qual, a colocação de limites, será estabelecida gradativamente, com carinho e firmeza, para que flua o processo educativo e criativo do adolescente.

Entretanto, é fato, que a condição de adolescente envolvido com o ato infracional não decorre apenas das características da adolescência ou das relações positivas do ambiente familiar. O envolvimento do adolescente com atos infracionais é um fenômeno multifatorial, porque se relaciona a um conjunto de causas e fatores. O consenso é maior quando da visão de que os pobres das cidades dispõem de acesso restrito ou nenhum ao consumo de bens simbólicos e materiais e culturais.

“De um modo geral, com relação ao envolvimento do adolescente com a criminalidade, no Brasil, há consenso significativo quando se trata da afirmação da presença de fatores de risco (vulnerabilidade social, territórios socialmente marginalizados, níveis de desigualdades e exclusão, padrões de socialização, a desqualificação e desvalorização da família) envolvendo desamparo, abandono e função” (JESUS, 2014).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê Medidas Socioeducativas, aos adolescentes autores de atos infracionais. Tais medidas serão aplicadas, após verificação, a respeito do ato infracional, pela autoridade competente.

Segundo Cesare F. La Rocca (Projeto Axé), não se pode exigir de quem vive sua juventude sob exclusão, uma atitude de permanente submissão e conformação. Para ele, o caminho não é o da violência e desordem, mas de reivindicação dos direitos da cidadania. Com relação a essa questão, no artigo 4º, o ECA é diretivo: “é dever da família, da comunidade, da sociedade, e do Estado, assegurar com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida, à educação, à saúde, ao esporte, ao lazer, à dignidade, à profissionalização, à cultura, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”

Quando se trata de pais de jovens da classe média e alta, na maioria das vezes, esses não sabem dos delitos dos filhos, tampouco o envolvimento com drogas, sobre vandalismo ou rachas; afinal “seus filhos têm tudo”, não há motivos para isso.

A violência urbana tem sido marcada por gangues juvenis, de classe média e alta, que se reúne nas casas noturnas e/ou portões de escolas. Os motivos são variáveis, entre drogas, domínio de território, ou simplesmente por vandalismo, sem motivos específicos. Muitos levam canivetes, paus e armas de fogo.

Um dos motivos apontados, como responsável pela delinquência juvenil da classe média e alta, é a falta de limites e a permissividade na relação entre pais e filhos. Sublinhando que tal questão não culpabiliza os pais, porém os responsabiliza.

Porém, a maioria dos adolescentes a quem se atribui a autoria de ato infracional é de famílias com renda mensal de até 03 salários mínimos; sendo boa parte filhos de pais separados, alcoólicos, ou sequer o conheceram, ou tem o mínimo contato com o pai.

O desemprego, a fome, a desagregação familiar, a violência doméstica e a exclusão escolar tornaram-se subprodutos de um modelo concentrador de renda, que tem sido interpretado como o principal responsável pela “epidemia de violência”. É certo que a violência, em diferentes formas, vem sendo tratada com banalização, resultando em que o adolescente assimila como forma de autoafirmação.

No entanto, em todas as classes sociais, a violência vem aumentando, muitos casos são relacionados ao consumo do álcool e outras drogas.

Nesse município – São Roque, SP –, a 60 Km de São Paulo, de aproximadamente 80 mil habitantes, existem inúmeros bairros-territórios –, bastante afastados do

centro, caracterizados por comunidades e locais desfavorecidos; com a falta de infraestrutura habitacional e de saneamento básico, tornando o acesso aos direitos fundamentais e ao atendimento das necessidades básicas prejudicado, pela insuficiência de investimentos públicos e privados na região.

São caracterizadas pela baixa renda, baixa escolaridade, precárias condições de empregabilidade-informal –, de saúde e moradia, com raras condições de acesso ao esporte, lazer e cultura. Abrigam contingentes populacionais mais expostos à violência, prostituição, drogadição e outras situações de risco social, que atingem em especial o segmento infanto-juvenil, em nível nacional, segundo IBGE, Censo demográfico de 2000.

Esses adolescentes há muito têm se mostrado como os segmentos mais vulnerabilizados da população excluída de bens, serviços e direitos básicos para garantia da sobrevivência digna. Tal situação nos mostra a insuficiência de políticas públicas básicas, de assistência social, entre outras, e de garantia de direitos destinada aos adolescentes.

Em última instância, esses adolescentes são alvo de medidas socioeducativas (com predominância da visão jurídica), dado o insucesso da execução efetiva das demais políticas, que deveriam sustentar a sua inserção comunitária e o exercício de cidadania.

A comunidade não é totalmente integradora desses adolescentes e, em grande parte dos casos, constata-se a existência de mecanismos expulsivos presentes na escola e na família, acarretando nos mesmos sentimentos de menos-valia perante a comunidade da qual se julgam inseridos. Esses sentimentos são agravados com as dificuldades enfrentadas pela obtenção do primeiro emprego no reduzido e exigente mercado de trabalho; pela angústia da iniciação sexual, com o advento da aids e da falta de informação; e pelas dificuldades no pleno exercício da cidadania, devido à desigualdade na distribuição de renda no país e implantação e implementação de políticas públicas, a esse público-alvo.

Os adolescentes necessitam de políticas públicas não convencionais de atendimento, que sejam de caráter preventivo, que consigam alcançar as reais necessidades dessa faixa etária, independentemente da classe social, assim, evitando ou minimizando-se a demanda, pela aplicação das medidas socioeducativas.

Conjunto de ações intersetoriais e transdisciplinares

Tais cuidados, bem como a atenção e implementação das ações intersetoriais, fundamentam-se no Estatuto da Criança e do Adolescente. O Sistema Único da Assistência Social prevê um conjunto de ações, ofertadas para redução e prevenção das situações de vulnerabili-

dade, risco pessoal e social, por violação de direitos, desconhecimento das situações e dificuldades, ou mesmo falta de interesse, aos quais famílias e indivíduos estão expostos, em decorrência do ciclo de vida, das situações de extrema pobreza, deficiência, violência, dentre outras.

Essa perspectiva visa à dignidade humana, promoção da autonomia, fortalecimento de vínculos e apoio às famílias no seu papel protetivo. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovens, na construção de estratégias intersetoriais, que contribuam para a modificação do quadro de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional.

A execução de um processo voltado aos adolescentes deve ser amparada por um conjunto dinâmico e integrado de ações técnico-operacionais, que possibilitem a implementação de uma metodologia próspera, propiciando condições objetivas para a superação das múltiplas e complexas expressões da realidade social.

É fundamental o direcionamento das ações e estratégias que permeiam tal execução, sem renunciar os aspectos fundamentais concernentes à organização e consolidação dos recursos materiais e, principalmente, humanos.

Com esse trabalho, busca-se criar espaços para interação e reflexão dos adolescentes, visando contribuir na mudança das relações do jovem consigo mesmo, com os grupos e ambientes dos quais participa, preparando-se assim, para escolhas saudáveis e um presente e futuro promissores.

Com informação e boa vontade poderá e deverá ocorrer mudanças. Isso significa que a família, escola e sociedade deverão rever conceitos, exigindo-se a necessidade de ampliar seus interesses e conhecimentos, buscar apoio e orientações profissionais e, assim, possam contribuir para a promoção da saúde física, mental, social e espiritual do jovem; bem como o tão conhecido Estado Democrático de Direitos venha ofertar às famílias e seus adolescentes meios eficientes para superar os desafios e enfrentar os paradigmas.

Acolhimento e acompanhamento do Centro de Referência Especializada em Assistência Social – CREAS – Medidas Socioeducativas, meio aberto; no município de São Roque – SP.

O número de adolescentes atendidos mensalmente é de 15 adolescentes, variando para mais ou para menos, durante os meses do ano. Estima-se 80% classe média baixa. Bairro: Sazonal.

Os adolescentes de 12 a 18 anos incompletos, ou jovens de 18 a 21 anos, em cumprimento de medida so-

cioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade, aplicada pela Justiça da Infância e da Juventude ou, na ausência dessa, pela Vara Civil correspondente, e suas famílias.

Como enfatizado no item anterior, o serviço tem por finalidade prover atenção socioassistencial e acompanhamento a adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, determinadas judicialmente. Deverá contribuir para o acesso a direitos e para a ressignificação de valores na vida pessoal e social dos adolescentes e jovens. Para a oferta do serviço, faz-se necessária a observância da responsabilização em face do ato infracional praticado, cujos direitos e obrigações devem ser assegurados, de acordo com as legislações e normativas específicas para o cumprimento da medida socioeducativa.

Os objetivos do serviço, são: a) realizar acompanhamento social a adolescentes, durante o cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade e sua inserção em outros serviços e programas socioassistenciais e de políticas públicas setoriais; b) criar condições para a construção/reconstrução de projetos de vida, que visem à ruptura com a prática de ato infracional; c) estabelecer contratos com o adolescente a partir das possibilidades e limites do trabalho a ser desenvolvido e normas que regulem o período de cumprimento da medida socioeducativa; d) contribuir para o estabelecimento da autoconfiança e a capacidade de reflexão sobre as possibilidades de construção de autonomias; e) possibilitar acessos e oportunidades para a ampliação do universo informacional e cultural e o desenvolvimento de habilidades e competências; f) fortalecer a convivência familiar e comunitária.

Para a operacionalização do atendimento é necessária a elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA) com a participação do adolescente e da família, devendo conter os objetivos e metas a serem alcançados durante o cumprimento da medida, perspectivas de vida futura, dentre outros aspectos a serem acrescidos, de acordo com as necessidades e interesses do adolescente. O acompanhamento social ao adolescente deverá ser realizado de forma sistemática, com frequência mínima semanal que garanta o acompanhamento contínuo e possibilite o desenvolvimento do PIA.

Adesão: sendo a medida socioeducativa uma determinação judicial prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 13 de julho de 1990), a medida deverá ser cumprida integralmente. Na ocorrência do descumprimento, a equipe técnica do serviço realizará reavaliação juntamente com o Poder Judiciário que

decidirá pela manutenção, substituição ou suspensão da medida.

Após cumprimento da medida socioeducativa, há o desligamento do adolescente e/ou jovem e sua família e são encaminhados para o CRAS/PAIF para ações de acompanhamento conforme preconiza a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. É importante a articulação dos serviços socioassistenciais junto aos adolescentes e suas famílias após o cumprimento da medida socioeducativa, pois garante o acesso às políticas públicas e pode prevenir a reincidência do adolescente na prática de ato infracional. Deverão ser trabalhadas, portanto, as necessidades e potencialidades da família, possibilitando o enfrentamento das situações de vulnerabilidade e risco social, contribuindo assim para uma proteção de forma integral.

As leis que regulam o atendimento socioeducativo do adolescente em conflito com a lei preconizam a articulação das ações em rede: serviços socioassistenciais da proteção social básica e proteção social especial; serviços públicos locais de educação, saúde (em especial, programas e serviços de reabilitação), cultura, esporte e meio ambiente e outros conforme necessidades; Conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos de segmentos específicos; Redes Sociais; Instituições de ensino e pesquisa; Conselho Tutelar; Programas e projetos de desenvolvimento de talentos e capacidades.

Desafios para a operacionalização das medidas socioeducativas: geralmente relacionadas aos encaminhamentos realizados para:

- Escolarização: dificuldade em conseguir vaga na escola, evasão escolar, desmotivação acerca do processo de ensino e aprendizagem, desgastes vinculares jovem/instituição escolar.
- Mercado de trabalho: perfil necessário para ocupar vagas não coadunam com o perfil dos adolescentes atendidos, seja em relação à idade, grau de instrução, habilidades ou capacitações necessárias para preencher as vagas; inserção ao primeiro emprego.
- Psicoterapia: dificuldade em iniciar ou manter o acompanhamento psicoterápico. O psicoterapeuta precisa estar atento à aliança terapêutica estabelecida, pois podem surgir barreiras ao longo do tratamento, cujo resultado pode ser o abandono ou fracasso. Considerar aspectos característicos da adolescência como dificuldade em estabelecer vínculos de confiança com pessoas que não pertencem aos seus pares. O adolescente que manifesta condutas antissociais apresenta falhas em suas habilidades interpessoais. Além disso, nesses casos, há maiores obstáculos, tais como a resistência à aliança terapêutica e à colaboração.

Entretanto, para o próprio psicoterapeuta, trabalhar com eles não é uma tarefa fácil, tendo em vista que nesses casos o profissional tende a ter reações desfavoráveis à vinculação, ou seja, o decorrer do trabalho, onde há interesse, respeito e afinidade, entre ambas as partes; em que o jovem possa perceber que isso poderá apoiá-lo e ajudá-lo a abrir-se e encontrar outras perspectivas de vida.

Considerações finais

As medidas socioeducativas, portanto, devem pautar-se fundamentalmente na adoção pedagógica de mecanismos de inclusão social, que seja capaz de possibilitar ao adolescente e/ou jovem ainda em formação, o desenvolvimento da autoestima, ampliar seus horizontes e a sua condição de sonhar com a grande possibilidade que é a vida.

Salienta-se que a problemática do ato infracional demanda referenciar a complexidade de fatores que o circundam. É preciso fomentar políticas públicas que

protejam a população infanto-juvenil, dispondo de espaços de esporte, lazer, culturais, de profissionalização e outros, para o cumprimento e aplicabilidade do ECA e para que os adolescentes persevere em suas intensas transformações de forma segura e saudável, delineando gradativamente a formação de um cidadão adulto, pleno de seus direitos de cidadania e responsabilidade, em prol de uma sociedade mais participativa, humana e justa.

- Membros da Equipe Técnica do Centro de Referência Especializada em Assistência Social – CREAS – Município de São Roque/SP:
 - Assistente Social: Juliana Cristina Klutchkovski – Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual de Ponta Grossa.
 - Psicóloga: Daniela Rufino de Souza Barroso – Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista UNIP de Sorocaba.
 - Socioeducadora: Vera Lúcia Romero Mercado – Graduada em Pedagogia.

Referências

ALMEIDA, P. N. Educação Lúdico-Técnica e Jogos Pedagógicos, Edições Loyola, 1974.

BRASIL. *Lei Federal nº 8.069*, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em: 10 de março de 2017.

PIAGET, J. A Formação do Símbolo na Criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação. 2. e., Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

RIBEIRO, J. 20/06/2066, artigo: A Influência do Lúdico no Processo de Formação Social do Indivíduo. Acessado em 02/12/2011.

SÁ, L. DE A. P. B., s/d, artigo: A Importância do Brincar na Aprendizagem, <alumiari.com/educação/antroposofia>. Acessado em 30/11/2011.

SAFRA, G. Um Método de Consulta Terapêutica Através do Uso de Estórias Infantis, Dissertação de Mestrado, São Paulo, 1984.

VYGOTSKY, L. S. A Formação Social da Mente. 6. ed., São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1998.

VYGOTSKY, L. S. Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem. São Paulo: Ícone, 1998.

WINNICOTT, D.W. A Natureza Humana, Imago Ed., Rio de Janeiro, 1990.

Artigo – A Afetividade no Desenvolvimento da Criança. Contribuições de Henri Wallon – Ana Rita Silva Almeida-Acessado – 09/11/2011 20: 00.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – Estatuto da Criança e do Adolescente – São Paulo, 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO – Adolescência e Saúde III – São Paulo, 2008.

BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – Prevenção ao Uso Indevido de Drogas, 4ª ed., Brasília, 2011.

CAUER, G. J. C., VASCONCELOS, S. J. L., DAVOGLIO, T. R. – Adolescentes em Conflito: violência, funcionamento antissocial e traços de psicopatia – Ed. Casa do Psicólogo, 2012.

ROCHA, G. V. M. – Comportamento Antissocial: psicoterapia para adolescentes infratores de alto risco – Ed. Juruá, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME; CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – Res. 109 de 11/11/2009.

Sandra Dircinha Teixeira de Araújo Moraes¹, Muna Zeyn², Edson Gonçalves Pelagalo Oliveira Silva³, Eli Mendes de Moraes⁴ e Manoela de Oliveira Lainetti⁵

Introdução

A Constituição Federal de 1988 foi um marco jurídico instituído após décadas de mobilização dos setores populares e dos movimentos sociais em defesa da redemocratização do Brasil. Essa, juntamente com o Estatuto da Criança e do Adolescente, lei sancionada em 13 de julho de 1990, quebraram o paradigma da situação irregular que vigorava até então e instauraram um novo paradigma: o da proteção integral. Esse novo paradigma possibilitou a cidadania plena à criança e ao adolescente, bem como a formulação de políticas públicas que compreendem a criança e o adolescente como sujeitos de direitos em peculiar situação de desenvolvimento e que têm prioridade absoluta na garantia de seus direitos fundamentais.

Entre o período de 1995 a 1999, realizou-se entre a Itália e o Brasil o Tribunal Permanente dos Povos que investigou e julgou a “*Violazione dei Diritti Fondamentali dell’Infanzia e del Minori nel mondo*”. Apresentaram-se os piores quadros de desrespeito aos direitos das crianças e dos adolescentes sobre os temas: “meninos e meninas de rua e na rua”; “crianças e adolescentes vítimas de drogas”; “violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes”; “exploração de mão de obra infanto-juvenil”; e “mortalidade materno-infantil”. O Tribunal concluiu pela condenação dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e dos governos federal, estaduais e municipais, como responsáveis pelo não atendimento aos direitos fundamentais de crianças e adolescentes. Também parcela da responsabilidade foi creditada à sociedade como um todo, por não cumprir seu papel de controle e pressão social sobre as instituições públicas. Acrescentou-se a insuficiência de compromisso por parte das autoridades governamentais das diversas esferas

públicas comprometendo a efetivação das conquistas constitucionais de 1988.

No século XXI, os temas acima citados continuam sendo de suma importância para grande parte da população infanto-juvenil brasileira, que ainda não conseguiu que seus direitos mais básicos estejam seguros – entre eles, o da proteção em relação ao seu próprio corpo e ao desenvolvimento sexual saudável.

Entendemos como situações de violência tudo aquilo que é excessivo para cada um, o que invade e destrutura uma subjetividade em constituição, considerando que é esse o momento em que se encontra uma criança ou um adolescente. E quando a violência é doméstica, ela é provocada, na maior parte das vezes, por alguém que ocupa um lugar de referência para eles. Isso faz com que estejam intensamente presentes sentimentos contraditórios de confiança e medo, de respeito e desprezo, de amor e ódio.

Este capítulo visa discutir pontos fundamentais de ações tão delicadas e difíceis que são escutar, orientar e tratar crianças e adolescentes em situações de violência doméstica e sexual. Também são sugeridas as competências dos serviços de saúde, os aspectos éticos, as medidas legais, os contatos importantes e o fluxograma para a continuidade da assistência.

Compreende-se violência doméstica como todo tipo de violência que é praticada entre os membros que habitam um ambiente familiar em comum, podendo acontecer entre pessoas com laços de sangue (como pais e filhos), ou unidas de forma civil (como marido e esposa ou genro e sogra). Pode ser subdividida em violência física, psicológica, sexual, patrimonial, moral, negligência e abandono. Também é considerada violência doméstica o abuso sexual de uma criança ou adolescente.

1 Médica. Pós-Doutorado em Ginecologia e Obstetrícia/ FMUSP. Doutorado em Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo- FSP/USP. Doutorado em Ginecologia, Obstetrícia e Perinatologia pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual-Secretaria de Estado da Saúde/SP. Coordenadora do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Municipal Maternidade Amador Aguiar de Osasco/SP.

2 Assistente social, professora universitária, presidente da Associação Profissional de Assistentes Sociais do Estado de São Paulo.

3 Mestre em Serviço Social e sociólogo.

4 Psicólogo, especialista em Dependência Química e Violência Doméstica e Sexual, atua na Casa de Izabel e NEVHAS.

5 Psicóloga, mestre em Psicologia Social, psicóloga e docente do Centro de Referência às Vítimas de Violência do Instituto Sedes Sapientiae.

A violência sexual é todo jogo ou interação que tem como objetivo a satisfação sexual daquele que pratica sobre alguém com menor poder e/ou impossibilitado, mesmo que circunstancialmente, de consentir.

É de extrema importância ter em mente que o abuso sexual não é apenas aquele em que existe conjunção carnal, ou seja, em que há penetração. Atos libidinosos como beijar, lambe, tocar em partes íntimas ou outras partes do corpo, morder, etc, também são formas de abuso sexual. Há, ainda, o abuso em que não se encosta: fotografar crianças e adolescentes nus ou seminus ou expô-los à pornografia são alguns exemplos.

A violência sexual atinge, sobretudo, crianças, adolescentes e mulheres jovens no Brasil, principalmente no espaço privado e também no espaço público. A violência praticada no espaço privado é cometida, em sua grande maioria, por familiares, vizinhos ou pessoas conhecidas e próximas da família. Protegida pelo manto do silêncio, menos de 10% dos casos chegam às delegacias. Sendo assim, é preciso reforçar a campanha para que todos rompam o silêncio, sintam-se seguros e denunciem a violência.

Apesar de haver um maior número de casos de homens autores de violência do que de mulheres, e da maioria das vítimas ser do sexo feminino, não é incomum acontecerem violações contra meninos praticadas tanto por homens quanto por mulheres. Esses casos, porém, são menos denunciados, pois causam constrangimentos, e os dados da realidade acabam sendo mascarados. O menino fica com vergonha de falar, pois ele é treinado para “ser macho” – o que inclui não expor sentimentos e fragilidades e aceitar qualquer interação sexual.

A violência sexual produz sequelas físicas e psicológicas. As pessoas atingidas ficam mais vulneráveis a outros tipos de violência, à prostituição, ao uso de drogas, às doenças sexualmente transmissíveis, às doenças ginecológicas, aos distúrbios sexuais, à depressão e ao suicídio. Além disso, já se sabe que a violência é transgeracional, ou seja, se o ciclo de violência não for interrompido e os envolvidos não forem cuidados, há grande probabilidade que ela se repita nas gerações seguintes.

Causas da violência

A violência sexual contra crianças e adolescentes apresenta causas múltiplas e complexas e nenhuma pode ser desconsiderada ao construir uma proposta de intervenção. É comum escutar que a causa é a pobreza ou que é “culpa do pedófilo”. Ela está relacionada tanto com questões sociais, econômicas e culturais e deve ser analisada com cautela e critério levando em conta as diferentes variáveis para o abuso e a exploração sexual. Além das causas diversas, existem também contextos em que o

problema se insere que podem agravá-lo ou dificultar o seu enfrentamento. Os fatores culturais como a questão de gênero, os rituais sobre iniciação sexual, tradições de grupos específicos, um forte apelo ao consumo, erotização infantil, entre outras coisas, são alguns deles.

Identificar as diversas origens desse problema é fundamental para poder enfrentá-lo. Os fatores indutores da violência sexual precisam ser combinados com grupos sociais, culturais, momentos históricos e características econômicas. A violência sexual acontece em todas as classes socioeconômicas, em todas as religiões, em todas as raças e etnias e em famílias com as mais diversas composições.

A complexidade desse fenômeno exige também o preparo dos profissionais de diversas áreas, públicas e privadas, que identifiquem marcas subjetivas e físicas da violência vivenciadas por meninas e meninos no seu cotidiano familiar, profissional ou comunitário.

O que fazer?

O ciclo da violência sexual contra criança e adolescente é rompido quando a própria criança ou o adolescente relata ou revela sinais de violência à uma pessoa de confiança. Essa deverá acolher, despir-se de qualquer julgamento e criar uma relação de interatividade, de escuta e confiança, para acompanhá-la ou orientá-la a uma das portas de entrada para o atendimento efetivo.

A violência sexual poderá ser notada por pessoas (núcleo familiar, família extensa, grupo de amigos, comunidade religiosa) ou por profissionais (escola, unidade básica de saúde, grupos socioeducativos, entre outros) que observam mudança do comportamento, de marcas físicas no corpo, alteração do humor, excesso de timidez, choro contínuo, mudanças no padrão de sono ou de alimentação, queda no rendimento e/ou frequência escolar, automutilação, comportamento agressivo, apático ou infantilizado e interações sexuais que não são comuns para a idade da criança ou adolescente, entre outros.

O poder público deve garantir o funcionamento adequado e eficiente das portas de entrada para acolher crianças e adolescentes vítimas de violência sexual como o Conselho Tutelar, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Especializado (CREAS), Varas e Comarcas do poder judiciário, a Casa do Adolescente, os Serviços de Proteção à Criança e Adolescente Vítima de Violência (existentes na cidade de São Paulo), as Delegacias de Polícia, dentre outros. O atendimento inicial e o subsequente deverão considerar que tanto a criança ou adolescente quanto suas respectivas famílias devem receber atenção integral da rede de atendimento e por uma equipe profissional multidisciplinar.

É frequente que, diante da complexidade dessa situação, o profissional idealize uma forma de intervenção que poderia solucionar todas as dificuldades presentes. No entanto, acolher, criar um vínculo e escutar aqueles que chegam procurando atendimento, a partir da função específica de cada profissional, é o que possibilita mudanças importantes. Como toda intervenção só pode ser construída a cada vez, é fundamental que o profissional tenha um lugar em que possa falar do seu trabalho e dividir as questões que surgem no dia a dia de sua prática.

É fundamental para a superação das situações de violência que o serviço de saúde trabalhe de forma articulada com outros serviços da rede de atendimento e proteção à criança e ao adolescente. Assim, saúde, educação, assistência social, segurança pública, entre outros, têm de ser parceiros a fim de construir intervenções conjuntas e harmonizadas.

Sinais de alerta – Agressão não declarada

As adolescentes em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde. Em geral, não relatam a agressão sofrida e são tidas como hipocondríacas, poliqueixosas, apresentando queixas vagas e crônicas, com resultados normais em investigações e exames realizados. Os profissionais devem estar aptos a identificar as possíveis vítimas de violência, procurando conhecer a história de vida, pois o tratamento meramente sintomático manterá oculto o problema. Deve-se estar atento para relatos de acidentes frequentes, como também para a compatibilidade desse relato e a lesão observada.

Observa-se que ao serem questionadas sobre violência em casa, as pessoas dizem que não, mas respondem afirmativamente a perguntas do tipo: você já foi agredida em casa por alguém da família? Já sentiu ou sente medo de alguém? Isso mostra que a escolha das palavras é um fator importante para reconhecer o problema da violência e falar dele abertamente. Mesmo que num primeiro momento a paciente negue, o profissional diante das evidências deve agir de maneira cuidadosa, tentando estabelecer um diálogo e possibilitando assim um canal de ajuda. A linguagem técnica pode ser um impeditivo ou um dificultador para a compreensão da paciente acerca do tema; a linguagem clara e, ao mesmo tempo, delicada e não-invasiva pode ser uma estratégia interessante. A visita domiciliar permite a observação mais adequada para identificar, com mais segurança, a forma como os membros familiares interagem entre si e se há alguma possível situação de violência.

As manifestações clínicas da violência podem ser agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais.

- Agressões sexuais – lesões das mucosas oral, anal e vaginal, manifestando-se com inflamação, irritação, arranhões, edema, perfuração ou ruptura. Doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), infecções urinárias e/ou vaginais e gravidez.
- Manifestações tardias – dor no baixo ventre ou infecções, transtornos digestivos, como falta de apetite, náuseas, vômitos, cólicas, dores de estômago, perda de peso, dores de cabeça e dores musculares generalizadas, lesões ou manifestações por DST em região da boca.
- Psicossomáticos: Stress pós-traumático – insônia, pesadelos, falta de concentração e irritabilidade.
- Alterações psicológicas: choque, crise de pânico, ansiedade, medo, confusão, fobias, autorreprovação, sentimento de inferioridade, de fracasso e insegurança, sentimento de culpa, baixa autoestima, comportamento autodestrutivo, uso de álcool e drogas, depressão, desordens alimentares/obesidade, tentativas de suicídio e disfunções sexuais (vaginismo).
- Sociais: isolamento, mudanças frequentes de emprego ou moradia.

Aspectos éticos

A equipe de saúde deve pautar-se pela ética, preservando o sigilo e garantindo a segurança das informações. Cada profissional da equipe cumpre um papel específico no atendimento, no entanto, toda a equipe deve estar sensibilizada para as questões da violência e estar capacitada para acolher e dar suporte às suas demandas, utilizando-se desse Protocolo.

Acolhimento solidário

Dentro dos princípios do Acolhimento Solidário, a equipe de saúde deve viabilizar uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética. Na maior parte das vezes, o/a adolescente encontra-se fragilizado/a psicologicamente, necessitando de um atendimento imediato e uma atitude, por parte da equipe, de solidariedade e respeito. Para a implantação e operacionalização do Protocolo de Atenção ao adolescente em situação de violência, faz-se necessária a reorganização do processo de trabalho, para a priorização da clientela de risco, com necessidades emergenciais, eliminando as barreiras burocrático-organizacionais, que dificultam e/ou limitam o acesso ao serviço. Portanto, os profissionais de saúde devem:

- Desenvolver uma atitude positiva que possibilite ao adolescente sentir-se acolhido/a e apoiado/a, procurando estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional; avaliar a história da violência, saber se houve interrupção ou se a violência ainda acontece, a

possibilidade de risco de vida, o nível de motivação para lidar com a situação, as limitações e possibilidades pessoais. Avaliar os recursos sociais e familiares.

- Encaminhar para atendimento do adolescente e família, encaminhar para Conselho Tutelar, encaminhar para atendimento psicológico individual e/ou familiar.

Programa adolescente sem violência

Competência das casas do adolescente e das Unidades Básicas de Saúde – Essas instituições de Saúde caracterizam-se como a porta de entrada preferencial, assegurando o atendimento e a sua continuidade e acesso aos demais pontos de atenção, quando necessário.

Atendimento pela equipe de saúde/processo de trabalho:

A notificação da ocorrência ou suspeita da violência é obrigatória para os profissionais de saúde, instrumento fundamental para a vigilância epidemiológica e a definição de políticas públicas de prevenção e intervenção. O Ministério da Saúde prevê, através da Portaria nº 104, a obrigatoriedade da notificação compulsória, que compreende a comunicação de casos novos de doenças e agravos, incluindo a violência.

Notificação – Aspectos a serem considerados

- Notificar a simples suspeita da doença ou evento. Não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir de maneira eficaz.
- A notificação tem de ser sigilosa, só podendo ser divulgada fora do âmbito médico-sanitário em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos.
- Incluir a violência como um dos critérios para a identificação de população de risco e para o atendimento priorizado na Unidade de Saúde; incluir o tema violência nas ações educativas promovidas por toda a equipe da Unidade de Saúde; garantir a necessária privacidade durante o atendimento, estabelecendo um ambiente ético, de confiança e respeito; informar sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, odontológicas e da equipe de enfermagem, respeitando a sua opinião e possível recusa em relação a algum procedimento; prestar os cuidados necessários referentes às queixas do adolescente, de forma imparcial e sem julgamentos; identificar e orientar sobre a existência de rede de apoio ao adolescente; informar e encaminhar para atendimento social e jurídico, se necessário; informar e orientar o adolescente e seu

acompanhante referente ao registro da ocorrência no Conselho Tutelar; informar sobre as medicações e reações adversas, bem como a importância do tratamento; registrar as informações colhidas e as lesões encontradas no prontuário do adolescente, dando ênfase ao fato ocorrido: tipos de lesões, quem foi o autor da violência, quando, onde e como aconteceu, bem como outros dados significativos; notificar os casos atendidos de violência. Acompanhar o caso por meio de visita domiciliar, garantindo a continuidade do atendimento; lembrando que a violência sexual comumente é acompanhada de outros tipos de violência, inclusive violência psicológica, como humilhações e ameaças. Encaminhar para serviços especializados/hospitalares:

- violência sexual ocorrida há menos de 72 horas, após a administração da anticoncepção de emergência; lesões graves com risco de vida; lacerações e hemorragias; queimaduras de maior gravidade; traumas cranianos ou fraturas que necessitem redução cirúrgica; traumatismo dentário.

Em casos de outras lesões como lesão de articulação temporomandibular – ATM; suspeita de lesão de órgãos internos; estado de choque emocional: encaminhar as vítimas de violência e os autores da violência para outros programas de atendimento disponibilizados pelo município.

Caso não haja Conselho Tutelar no local onde reside a criança ou o adolescente que está sendo atendido, o artigo 262 do Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece que “enquanto não instalados os Conselhos Tutelares, as atribuições a eles conferidas serão exercidas pela autoridade judiciária”. Nesses casos, portanto, as notificações devem ser encaminhadas à Vara da Infância e Juventude, à Vara de Família, ao Ministério Público ou a qualquer outra autoridade judiciária existente na localidade onde reside a vítima.

É preciso ter clareza de que qualquer ação de saúde que envolva o atendimento às vítimas de maus-tratos padece de vários limites (a rede de serviços nem sempre é adequada nem suficiente). Em muitas localidades as possibilidades de atuação são muito limitadas. Mas é fundamental lembrar que uma crescente demanda por esse tipo de atendimento acaba evidenciando uma prioridade que deve ser contemplada pela sociedade e pelas autoridades competentes. É sempre um processo em que a ação de cada um se torna contribuição essencial, desde que feita articuladamente e de forma a não revitimizar quem já está fragilizado.

Por outro lado, o próprio problema dos maus-tratos tem, muitas vezes, uma dinâmica complexa que compro-

mete profundamente as relações e práticas familiares. A mudança desse horizonte às vezes é mais lento do que nossos anseios desejariam. Ter paciência e controlar suas próprias expectativas de resolução rápida, bem como alertar a família sobre a possível demora na resolução dos casos ajudam a abrandar as ansiedades e evitam o desestímulo em continuar buscando soluções.

Gravidez decorrente da violência sexual

Nesses casos, mesmo se houver dúvidas se a gravidez foi decorrente de violência sexual, as vítimas deverão ser encaminhadas para serviços especializados em aborto legal. A Unidade de Saúde não deve garantir a interrupção da gravidez. A adolescente e o responsável devem ser informados do encaminhamento e de que a equipe do Hospital avaliará a solicitação. Nessa condição, se a vítima não deseja manter a gestação, a interrupção pode ser realizada pela prática do abortamento. Essa situação está prevista no artigo 128 do Código Penal, que diz: “Não se pune o aborto praticado por médico: I – Se não há outro meio de salvar a vida da gestante. II – Se a gravidez é resultante de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”.

A efetiva assistência aos casos de violência sexual requer a observância de determinadas condições e providências no âmbito da instituição, não havendo necessidade, no entanto, de criação de um serviço específico para esse fim. Todas as unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos deverão estar capacitadas para o atendimento a esses casos. Além disso, o pediatra ou o clínico geral poderão atender os casos de violência sexual em crianças ou adolescentes do sexo masculino. É preciso que a unidade esteja apta a atuar com presteza e rapidez nesse tipo de atendimento, de modo a evitarem-se maiores danos à saúde física e mental das crianças e adolescentes.

Tratamento medicamentoso das doenças sexualmente transmissíveis- DST e uso dos antirretrovirais – *vide* site do Ministério da Saúde – Norma Técnica – Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, 2012.

Acompanhamento psicológico

Para garantir o acolhimento adequado das pessoas em situação de violência, alguns pontos precisam ser cuidadosamente observados. Uma das questões mais importantes é:

- Acreditar naquilo que é relatado pela criança ou pelo adolescente (que depois será confirmado ou não),

contextualizando os aspectos socioculturais, históricos e econômicos.

- Realizar o atendimento em um lugar reservado, o mais adequado possível para a preservação do respeito e individualidade da paciente.
- Não criticar, atribuir culpa à pessoa e não influenciar nas suas decisões, mantendo atitude isenta de julgamentos e respeitando suas crenças e sistemas de valores morais. Numa primeira etapa, o acolhimento refere-se à pessoa que chega ao serviço. Numa segunda etapa, se possível, deve ser estendido a toda a rede familiar.
- As perguntas devem ser feitas de forma calma e objetiva, não induzindo as respostas da criança ou o adolescente.
- É fundamental respeitar a autonomia, a individualidade e os direitos das pessoas em situação de violência sexual. No caso de violência cometida por parceiro íntimo, a adolescente pode estar assustada, traumatizada e emocionalmente fragilizada. Seus limites precisam ser respeitados. É preciso reconhecer que cada pessoa tem seu tempo próprio de amadurecimento para romper a situação de violência e que esse tempo precisa ser respeitado.
- Compreender quais são as redes de apoio familiar e social de que a pessoa dispõe, bem como pessoas de confiança que possam dar a ela suporte em seu cotidiano. Isso também vale para o responsável pela criança que está procurando tirá-la da situação de violência.
- O compromisso de sigilo é fundamental para conquistar a confiança necessária não só à revelação da situação, como à continuidade do atendimento. O sigilo no atendimento é garantido, principalmente, pela postura ética dos profissionais envolvidos e isso inclui o cuidado com a utilização de prontuários, as anotações e a adequação da comunicação entre a equipe. É conveniente que o profissional de saúde mental deve dar suporte à equipe para que a mesma esteja sensibilizada e capacitada para assistir a pessoa em situação de violência.

A vítima de violência sexual é alguém que foi colocada no lugar de mero objeto para satisfação do outro, ou seja, que foi desconsiderada enquanto sujeito. Esse lugar de sujeito, sua liberdade e autonomia precisam ser reconstruídos (ou construídos, muitas vezes) para que a criança ou adolescente não fique cristalizado nesse lugar de vítima impassível diante do outro e do mundo.

A violência, apesar de vivida pela criança ou adolescente, afeta e diz respeito à família como um todo e a família toda precisa de cuidados – inclusive, o autor da

violência. O trabalho do psicólogo, portanto, tem uma dupla inserção: de um lado, o profissional pode trabalhar com a criança e o adolescente a elaboração da situação de violência vivida e identificar e/ou construir possibilidades que ele tem, em si mesmo e no entorno, de se proteger e de buscar ajuda quando necessário, refazendo laços de auto e heteroconfiança; por outro lado, refletir com o adulto sobre seu lugar de proteção e responsabilidade em relação à criança ou adolescente, fortalecendo esse papel e também possibilitando a elaboração de seu lugar na situação de violência.

É possível utilizar diferentes referenciais teóricos para o atendimento da mulher em situação de violência, contudo, é imprescindível que o psicólogo não desconsidere as dimensões sociais e, principalmente, de gênero presentes no fenômeno da violência.

Em um primeiro momento, pode-se fazer a avaliação dos sentimentos predominantes (medo, revolta, raiva, culpa, ansiedade, angústia, calma); avaliação do grau de desorganização da vida pessoal; avaliação da organização psíquica e mecanismos de defesa; reações psicossomáticas; reações do grupo social em que está inserida (acolhimento, apoio, críticas, discriminação, revolta, expulsão); apoio emocional; entrevista psicológica com acompanhante ou familiar.

Posteriormente, pode-se investir na reorganização da vida após a violência sofrida (retorno à escola e às atividades do cotidiano); prevenção de futuras consequências na vida pessoal (estado depressivo, escolhas de relacionamentos, perpetuação da violência); recuperação da autoestima; encaminhamento para avaliação psiquiátrica, caso seja necessário; repercussões no sentimento frente à figura masculina, se o autor de violência for do sexo masculino; sentimentos persecutórios provenientes da violência sofrida.

É relevante lembrar que aquela pessoa teve seu corpo e sua privacidade invadidos, estando ainda em um momento peculiar de desenvolvimento. O encontro entre psicólogo e paciente traz a possibilidade de estabelecer outros tipos de relação, em que ela é respeitada e reconhecida como sujeito – e, assim, abrir caminho para que a criança ou adolescente possa construir outras formas de relacionar-se também fora do ambiente de atendimento.

Bibliográfica

1. Almeida AHV, Silva MLCA, Musse TO, Marques JAM. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. *Arq Odontol* 2012; 48(2): 102-115.
2. BRASIL. *Lei Federal nº 8.069*, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em: 10 de março de 2017.

Quem acolhe o acolhedor?

Julgamos imprescindível criar um espaço de reflexão/supervisão, livre de julgamentos, onde seja possível a circulação da palavra para cada profissional no que se refere aos impasses clínicos e às articulações interna e externa dos serviços. Esse espaço funciona como um suporte para que os profissionais, nas suas diversas funções, possam contar com um lugar para falar de suas dificuldades, angústias, dúvidas e refletir sobre o trabalho que realizam com crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violência doméstica e sexual.


Considerações finais

A maioria dos serviços de saúde não está devidamente equipada para diagnosticar, tratar e contribuir para a prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes. Em geral, os serviços carecem de profissionais treinados no reconhecimento dos sinais da violência, principalmente aquela de caráter mais insidioso. Esse diagnóstico e o tratamento requerem uma rede de apoio, que extrapola os serviços de saúde, para que os problemas identificados sejam resolvidos. O enfrentamento da violência exige a efetiva integração de diferentes setores, tais como saúde, segurança pública, assistência social, justiça e trabalho, bem como o envolvimento da sociedade civil organizada. A garantia de atendimento a pessoas que sofreram violência sexual permite a crianças e adolescentes o acesso imediato a cuidados de saúde física e mental, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada.

A atenção à criança ou adolescente em situação de violência é um tema muito delicado, que ocorre com significativa frequência, e que não coloca em cena pessoas em polos opostos de “vítima” ou “agressor”. É de suma importância não fixar as pessoas nesses lugares, pois dessa forma é possível abrir a chance de um lugar para a palavra de cada um, com os descolamentos que essa condução pode propiciar. Os pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes – que na maioria dos casos são os autores de agressão – se possível, devem ser incluídos no trabalho, pois o que a clínica nos mostra é que dificilmente temos como intervir em uma situação de violência doméstica se não levarmos em conta a importância do lugar que eles ocupam, ou deixam de ocupar, para seus filhos.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, 2012. 126p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 01/10/2016
5. BRASIL. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm>. Acesso em: 01/10/2016
6. BRASÍLIA. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal, 2008. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/crianca-dolescente/Manual_de_atendimento_as_vitimas_de_violencia_na_rede_de_saude_publica_do_df_secretaria_de_saude_do_df_2009.pdf>. Acesso em: 27 de julho de 2017.
7. DANTAS-BERGER S. Maria; Giffin KAREN M. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface Comunicação Saúde e Educação*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 391- 405, abr./jun. 2011.
8. FUCKS, Lucia Barbero. Abuso sexual de crianças na família: reflexões psicanalíticas. *Revista Percurso*, São Paulo, n. 20, p. 120-126, jan. 1998.
9. GABEL, Marceline. *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus Editorial, 1997.
10. GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Rev. bras. enferm.* 2011, vol.64, n.4, pp.665-670.
11. LAINETTI, Manoela de Oliveira. Falando do que não se quer falar: abuso sexual e sentimento de vergonha. In: FERRARI, D.; MIYAHARA, R.; SANCHES, C. (Org.). *A violação de direitos de crianças e adolescentes: perspectivas de enfrentamento*. São Paulo: Summus Editorial, 2014. p. 253-265.
12. _____. *Justiça restaurativa e transformação do laço social: adolescência e autoria do ato infracional*. 100p. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
13. LIMA Jeanne S., DESLANDES Sueli F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface Comunicação Saúde e Educação*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 819-832, 2011.
14. MINAYIO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência e saúde coletiva*. 2006, vol.11, pp.1259-1267. Suplemento.
15. Moraes, SDTA; Fonseca, AM; Júnior, JMS; VICENTE, AP; Souza, MA; ARIE, W. M. Y.; Baracat, EC. Construction and Validation of an instrument that breaks the silence: The impact of domestic and/or sexual violence on women's health, as show during climacterium.. *Menopause (New York, N.Y.)*^{ICR}, 2012
16. MORAES, Sandra Dircinha Teixeira de Araujo *et al.* Violência doméstica e sexual em mulheres e suas repercussões na fase do climatério. *Journal of Human Growth and Development*, v. 22, n. 2, p. 253-258, 2012.
17. MOREIRA, Gracyelle Alves R. *et al.* Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Rev. paul. pediatr.* 2013; 31(2): 223-230.
18. TRIBUNAL PERMANENTE DOS POVOS. *A Violação dos Direitos Fundamentais da Criança e do Adolescente no Brasil. O distanciamento entre a lei e a realidade*. Bragança Paulista, São Paulo: EDUSEF, 2000.
19. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss, L. Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital* 2012; 12(3): 237-254.



The background features a large, light blue silhouette of a crowd of people with their arms raised, set against a white background. This silhouette is partially overlaid by a large, dark blue, downward-pointing arrow shape. The overall design is modern and uses a monochromatic blue color palette.

PARTE 3: EXEMPLOS DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS



Alessandra A M Parente¹, Chaim Ashkenazi², Fabiana D Takiuti³, Lia Pinheiros⁴, Maregildo P Leal⁵, Maria Lucia Xisto Ortiz⁶, Sandra Beatriz Rocha⁷, Igor De Azevedo⁸, Christian A L. Heredia⁹, Ana L Salvador¹⁰, Joana M. Shikanai Kerr¹¹, Roberto V. Juliano¹², Maria Tereza Borsari¹³, Rosana Ramos¹⁴, Claudia Fernanda P. Padovan¹⁵ e Marcelo Mascaro¹⁶

A Casa do Adolescente de Pinheiros, em funcionamento desde novembro de 1994, é um Modelo de Atenção Integral à Saúde do adolescente implantada a partir dos conceitos definidos pelo Programa Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Funciona em local anexo ao Centro de Saúde Vitor Homem de Mello – CS I de Pinheiros (Rua Ferreira de Araújo 789, bairro de Pinheiros, na Zona Oeste de São Paulo), que é um Centro de Referência de Especialidades da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo que fornece a infraestrutura e suporte. É a única Casa do Adolescente com gestão exclusivamente pública, da Secretaria de Estado da Saúde. Nas imediações há vários equipamentos educacionais e sociais, terminais de ônibus, trem e metrô, facilitando o acesso dos adolescentes. Funciona de segunda a sexta-feira das 7 às 17 horas, exceto às segundas-feiras, quando ocorre a Balada da Saúde até 19 horas.

Desde sua fundação até agosto de 2017, cerca de 38.000 adolescentes de 10 a 19 anos passaram pela Casa do Adolescente de Pinheiros. Atualmente a unidade recebe cerca de 150 adolescentes por dia nas consultas médicas e atividades multiprofissionais, em demanda espontânea, em acolhimento não regionalizado, uni-

versal. Num crescente, estão sendo realizadas cerca de 150 novas matrículas mensais de adolescentes vindos da Grande São Paulo e cidades vizinhas de serviços de saúde, CAPS, equipamentos educacionais públicos e privados, judiciário, esportivos, culturais e sociais. Em 2016 recebemos 1.479 novos adolescentes sendo 56,1% do sexo feminino e 43,8% do sexo masculino.

O marco conceitual do trabalho com ações de promoção e prevenção de saúde contempla integralidade, multiprofissionalidade e intersetorialidade. Conta com equipe multiprofissional que acolhe o adolescente nas suas necessidades, atuando com ênfase em grupos trabalhando autoestima, autoimagem, projeto de vida, juízo crítico, cidadania.

O adolescente, ao chegar para a matrícula, passa por acolhimento realizado por profissionais da administração, enfermagem ou outros profissionais. Desde a recepção, os profissionais evitam a iatrogenia da palavra procurando acolher bem o adolescente, preparados e sensibilizados para identificar dificuldades e fatores de riscos. Além disso, administram o material necessário ao atendimento, direcionam e facilitam o fluxo do atendimento.

Nosso setor de enfermagem organiza o atendimento ao adolescente e proporciona infraestrutura de atenção

- 1 Psicóloga/Mestre (PUC) Psicanalista /Posdoutorado Filosofia(FFLCHUSP)Doutora Psicologia Social /Trabalho(IPUSP) do Programa Saúde do Adolescente.
- 2 Psicólogo(PUC)/Psicodramatista Sócio Educacional/Psicologia Clínica e Jurídica. Casa Adolescente Pinheiros. Programa Saúde Adolescente SP.
- 3 Psicóloga(PUC) Psicanalista(Sedes Sapientae/IBAR) Coordenadora Grupo de Gênero. Programa Saúde do Adolescente.
- 4 Psicóloga/Mestre (PUCSP) Prof Universitária. Coordenadora Supervisora "Dá para atender" Casa Adol Pinheiros Programa Saúde Adolescente.
- 5 Psicólogo Programa Saúde do Adolescente SP. Professor efetivo de Filosofia Rede Estadual. Especialização em Magistério do Ensino Superior.
- 6 Psicóloga do Programa Saúde do Adolescente SP. Casa do Adolescente de Pinheiros.
- 7 Psicóloga do Programa Saúde do Adolescente SP. Casa do Adolescente de Pinheiros.
- 8 Naturólogo, supervisor de estágio, facilitador de grupos e responsável pela horta medicinal e aromática. Programa Saúde do Adolescente SP.
- 9 Naturólogo, orientação de estagios, facilitador de grupos, meditação, responsável horta medicinal. Programa Saúde do Adolescente.
- 10 Estagiária de Naturologia Programa Saúde do Adolescente SP, facilitadora de grupos, responsável pela horta Casa Adolescente de Pinheiros.
- 11 Médica pediatra (FMRPUSP) do Programa Saúde do Adolescente SP. Coordenadora da Casa do Adolescente de Pinheiros.
- 12 Médico Urologista (FMUSP) do Programa Saúde do Adolescente SP. Professor Auxiliar (FMABC). Diretor SBU São Paulo.
- 13 Enfermeira da Casa do Adolescente de Pinheiros Programa Saúde do Adolescente SP.
- 14 Técnica de enfermagem do Programa Saúde do Adolescente SP Casa do Adolescente de Pinheiros.
- 15 Nutricionista do Programa Saúde do Adolescente SP Casa do Adolescente de Pinheiros.
- 16 Marcelo Mascaro. Cirurgião dentista (FOUSP) na Casa do Adolescente de Pinheiros SP. Habilitado em Odontologia Hospitalar (CFO).

nos diversos setores – providencia uma pré-consulta com medida do peso, altura e pressão arterial. Mantém a unidade em ordem com materiais e impressos a serem utilizados, recebendo e acolhendo o adolescente, estando atenta a qualquer intercorrência do momento. Integrando a equipe multiprofissional, participa dos grupos, coleta de exames específicos da ginecologia, participa da dinâmica da recepção ao adolescente, observando suas atitudes, mudanças de hábitos, comportamento durante a espera ao atendimento, mantendo o equilíbrio da sua ansiedade e da família e se necessário, se captar qualquer dificuldade ou fator de risco antecipa prontamente o encaminhamento para o profissional.

Tendo o sorriso como seu cartão de visita o adolescente tem como uma das maiores demandas do serviço público, a procura por cuidado odontológico – uma equipe composta por quatro cirurgiões-dentistas oferece diagnóstico e tratamento clínico básico. Com um atendimento individualizado, diferenciado e humano o grande foco da equipe é a prevenção dos problemas bucais e a conscientização da importância da saúde bucal para a saúde geral e para a autoestima. A equipe desenvolve anteriormente ao tratamento, um trabalho em grupo de higiene oral, destacando os métodos de higiene e os principais fatores desencadeadores da doença cárie. A odontologia oferece também atenção à gestante, nutriz e aos bebês de mães adolescentes.

Paralelamente a esse serviço, após adaptações dos equipamentos da Casa do Adolescente de Pinheiros, foi iniciado o atendimento de pacientes soropositivos acompanhados no Serviço de Extensão ao Paciente (SEAP) Universidade de São Paulo pela própria equipe odontológica. A parceria tem sido firmada, compartilhando nossas instalações para as diversas atividades na recepção de grupos de pacientes que dão continuidade ao tratamento no serviço, vindos de outros setores, nas reuniões locais e participando de treinamentos e simpósios específicos da área.

A equipe médica atual é composta por dois ginecologistas, quatro hebiatras e um urologista. É procurada como referência muitas vezes em situações limite na tentativa de solucionar problemas orgânicos e problemas de vulnerabilidade e risco ao adolescente. No geral, foi estabelecido acompanhamento em rotina bimensal dos adolescentes. Tem sido assegurado quando procura o nosso serviço a privacidade e sigilo, não deixando de ser acolhido o familiar ou acompanhante muitas vezes aflito por alguma situação de risco.

De início, é realizada uma rotina e o adolescente é abordado na sua integralidade. Com o suporte do Centro de Especialidades em que funcionamos anexo são enca-

minhados os casos específicos, considerando as dificuldades das referências e contrarreferências que enfrentamos no serviço público. Assim, um adolescente que busca um atendimento com especialista ou mesmo um atestado médico é abordado integralmente. No geral é assegurado o atendimento ao adolescente, mesmo desacompanhado. Em algumas situações que se julgar necessário a família ou responsável pode ser convocado, ou previamente já é acordada a necessidade do acompanhamento. Frequentemente a problemática não é somente de caráter médico e prontamente pode ser estabelecida uma rede de proteção em que profissionais de outras áreas são acionados para esse adolescente se for evidenciado qualquer fator que o coloque em risco e o torne mais vulnerável. A troca entre os diversos profissionais é uma constante e os múltiplos olhares facilitam essa abordagem e possibilitam a criação de um vínculo saudável, de confiança e duradouro. O contato com os familiares ou responsáveis são de extrema importância e devem ser acolhidos da mesma forma. Não há necessidade de encaminhamento para marcar consultas clínica, ginecológica e odontológica.

O atendimento ginecológico à garota adolescente mesmo desacompanhada é propiciado. A questão da contracepção, coleta da citologia oncológica e outros procedimentos são acolhidos e decidido com a adolescente com a garantia do sigilo. Foi iniciado um projeto de Pré-Natal Multiprofissional pela ginecologia, com a participação da psicóloga, enfermeira, nutricionista, naturalista, dentista em que a adolescente participa com o parceiro e/ou familiares semanalmente de atividades num espaço de troca, trabalhando a ansiedade do momento, as alterações físicas e psicológicas que ocorrem nesse período, para que se sintam mais preparadas para o parto e tranquilas no cuidado a seus filhos e resgatando o projeto de vida. Os bebês podem ser acompanhados até a adolescente completar vinte anos em atendimento de puericultura sendo trabalhado o vínculo mãe-filho, amamentação, autoimagem, autoestima, juízo crítico, anticoncepção, escola e projeto de vida no Grupo dos Bebês de Mães Adolescentes.

A urologia veio complementar o trabalho com adolescente do sexo masculino ao abordar questões do gênero da nova masculinidade, da parceria na anticoncepção, na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e na paternidade, demandas nas dúvidas do adolescente ou responsável referentes ao desenvolvimento de caracteres sexuais secundários dos meninos, estimulando o cuidado do autoexame, além das infecções urinárias, litíases, e outras uropatias abrindo espaço para discussão de questões de sexualidade. Projeto Conhecer foi uma iniciativa da urologia e naturologia em reuniões mensais com garotos,

em horário vago de escola ensino técnico, sem comprometer as atividades curriculares, com a possibilidade de benefício na nota. Levantadas as demandas e incentivadas a reflexão, questionamento e verbalização dos conteúdos em dinâmicas de grupo com resultados excelentes na participação, motivação, conteúdo e satisfação geral.

O adolescente geralmente não está satisfeito com seu corpo mesmo estando dentro dos parâmetros esperados para sua idade. A Nutrição de forma cuidadosa tem trabalhado como se sentir bem, com qualidade de vida saudável, boa alimentação, bom sono e atividade física. Os adolescentes estão submetidos a diversas pressões, nos hábitos alimentares da família, situação econômica, influência dos amigos, insistência da mídia por um padrão do corpo, com bombardeio de mensagens que estimulam o consumo de calorias, do corre-corre das atividades, do lanche nem sempre apreciado da escola, de um antecedente ou comprometimento orgânico que ainda traga repercussão. A equipe multiprofissional ajuda na intervenção em casos resistentes de obesidade, de distúrbios alimentares com risco de anorexia e/ou bulimia.

A Oficina de Nutrição acontece durante a realização da Balada da Saúde, em conjunto com a Psicologia e Naturologia onde se dá ênfase à alimentação saudável, de baixo custo, aproveitando a época de frutas, verduras e legumes, e os adolescentes são incentivados a participar do preparo com receitas fáceis, e saborosas. A degustação vai se tornando gradativamente mais aceita com o alimento preparado por eles mesmos. No atendimento individual é realizada avaliação nutricional e orientada a reeducação alimentar, que é estendida para toda a família. São realizadas intervenções quando necessárias para portadores de patologias específicas como diabetes, hipertensão, dislipidemia, anemia. Também se atua junto às gestantes para orientá-las sobre uma alimentação saudável, trabalhando a mudança do seu corpo e já sendo preparada para a amamentação após o nascimento do bebê, dando continuidade a cuidados na recuperação corpórea. Cerca de 12% dos adolescentes que começam a frequentar a Casa do Adolescente apresentam alguma demanda nutricional ou foram encaminhados para avaliação ou atividades na nutrição.

Complementando a abordagem ao adolescente, a Naturologia como saber/profissão da área da saúde que aborda as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), dialogando entre conhecimentos ancestrais tradicionais e conhecimentos científicos modernos, atua junto a equipe multiprofissional no cuidado com a saúde, realizando atendimentos clínicos individuais, pesquisas acadêmicas, atividades em grupo, além de ter implantado e manter a horta medicinal aromática. Para a naturologia

o contato com a natureza é fundamental à saúde e autoconhecimento, dessa forma o naturólogo procura o fortalecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Alinhados com os preceitos da Organização Mundial da Saúde que as incentiva.

Durante as vivências são trabalhados os sentidos, com a percepção e os ritmos, por meio da conscientização dos ciclos naturais e desenvolvidas atividades práticas com a terra (plantio, cuidado e colheita), aromas e temperos, à exposição do minhocário que ensina a transformar restos de alimentos da Oficina de Nutrição em adubos. Essas atividades são relacionadas a questões importantes na adolescência, como a gravidez, a responsabilidade consigo mesmo e com o outro, a questão do autocuidado e a noção de temporalidade. A própria característica dos adolescentes em serem curiosos, livres de preconceitos e atraídos por métodos não invasivos no cuidado com a saúde, fez crescer a demanda por esse serviço. Atividades como Yoga, Shantala mostram a diversidade de recursos usados que dispõem na abordagem ao adolescente.

A equipe de profissionais da Psicologia recebe continuamente uma demanda constante e crescente e além dos atendimentos individuais, coordena os vários grupos terapêuticos, educativos e informativos, bem como grupos específicos de meninos, mães, gestantes, cuidados especiais, dificuldade escolar, pré-puberal, jogos dramáticos, acompanhantes e teatro. A equipe se mobiliza no acolhimento de situações emergentes e urgentes, atenta a todas novas demandas do momento.

Frequentemente na Adolescência Inicial a procura por ajuda nas dificuldades no aprendizado/hiperatividade é realizado um psicodiagnóstico – entrevista com adolescente e responsável, seguida de avaliação de nível intelectual, avaliação de equilíbrio emocional. São encaminhados para grupo de psicoterapia, participam de uma estimulação global e concomitantemente acontecem grupos de orientação aos pais ou responsáveis. No decorrer do seguimento são realizadas devolutivas com o adolescente e responsável e quando solicitados são fornecidos relatórios para as instituições de origem (escolas, conselho tutelar, judiciário, saúde). As principais queixas: dificuldade no aprendizado, agressividade, agitação, dinâmica familiar conturbada, timidez excessiva, depressão, desinteresse nos estudos, questões com o corpo.

A abordagem no Plantão das Emoções, que é composto por estudantes de psicologia com supervisora presente na atividade o que é um diferencial muito positivo, acontece um trabalho inicial com o adolescente no seu momento de procura, acolhendo-o na sua necessidade. Essa foi a forma encontrada para as demandas do adolescente, do acompanhante e da equipe no momento em

que a escuta psicológica se fizer necessária e beneficia a população que necessita de ajuda psicológica e nem sempre conta com ela por ocasião da emergência dessa necessidade. É uma oportunidade especial de crescimento pessoal, funciona como um serviço de referência e desenvolvimento profissional e tem a escuta psicológica como uma das características no rompimento de barreiras sociais, econômicas e políticas, visando a adoção de novas práticas de saúde pública no serviço comprometido, aqui e agora, com o bem-estar humano.

Complementando o atendimento psicológico na Casa do Adolescente, a participação em Grupos tanto no enfoque socioeducacional quanto no psicoterapêutico tem conquistado bastante resultados exitosos na medida em que propicia ao jovem uma qualidade de vida saudável, um universo de aceitação para adolescentes e familiares esclarecerem suas dúvidas e queixas, onde por meio da prevenção, os jovens adquirem uma maior resiliência às situações vulneráveis.

Uma das estratégias que utilizamos para o adolescente aderir ao atendimento seria convidá-lo para participar de um grupo socioeducacional (como, por exemplo, o grupo de sala de espera), que seria uma porta de entrada para iniciar um vínculo com o profissional e com outros adolescentes. Nos grupos focamos um estilo de vida positivo, estimulamos o exercício da cidadania, o fortalecimento da autoestima, autocuidado, projeto de vida e enfrentamento de obstáculos para atingir metas. Nesse espaço trabalhamos com os adolescentes como explorar suas potencialidades, tolerar melhor frustrações, aceitação de regras e a busca da autoidentidade.

Alguns temas que emergem nos grupos: agressividade; ansiedade; desinteresse pelo estudo; dificuldade no aprendizado; atrito familiar; fobias; instabilidade emocional; timidez excessiva; sexualidade; diversidade de gênero; gravidez indesejada; doenças sexualmente transmissíveis; vícios; suicídio; automutilação; distúrbios alimentares; problemas de violência; distúrbios relacionados com a tecnologia, como mau uso de celulares, videogames em excesso.

Propiciando maior liberdade aos adolescentes, os grupos dos acompanhantes têm ocorrido separadamente. É importante acolher os acompanhantes, que em geral se mostram curiosos, abandonados, fantasiando o que acontece no grupo em que o adolescente está participando. Procurar tirar suas dúvidas e criar espaço para compartilhamento de experiências. Interessante que alguns diagnósticos/fatores de riscos são feitos simultaneamente nos adolescentes e familiares constatados ao término dos dois grupos. As atividades têm proporcionado espaço para a produção de reflexões sobre vários

temas relevantes tais como: sexualidade, amor, relacionamentos com pais e amigos, dificuldades escolares, escolha de profissões, mudanças físicas e emocionais.

Quando aguarda a consulta médica os adolescentes podem ser acolhidos na Oficina de Sentimentos num espaço que possibilita sua expressão, conseguindo absorver uma demanda gradativamente maior para a psicologia. Grupo que começa a partir do sentimento do adolescente, de escuta e legitimação do sentimento do adolescente. Dá importância à narrativa das biografias dos adolescentes e como ele conta a sua própria história, ao compartilhar a experiência vivida, ao dar continuidade ao existir mais que dar respostas às perguntas. Comunicar-se e enraizar-se numa comunidade, num grupo (ter projeto coletivo).

Adolescentes atravessando essa fase tão difícil da modificação e transição podem ter dificuldades em relação à atração, desejos, sentimentos e à sua identidade de gênero. Angústia também por parte da família quanto a preferências e comportamentos sexuais, não conseguindo lidar de uma forma tranquila com o adolescente. O Grupo de Gênero vem acolhendo semanalmente os adolescentes, trabalhando a questão da discriminação e estigmatização, sua integração e acesso a cuidados. Estende alcance de esclarecimentos aos familiares e profissionais

As Oficinas de Artesanato, *Patchwork* e Origami, na intenção de não só trabalhar a habilidade manual, promovem entre os adolescentes um despertar na criatividade e possibilidades até então desconhecidas. O início da Oficina de *Patchwork* foi com o grupo de mães adolescentes e estendeu-se para as demais adolescentes. Alcançou autossustentação, fornecendo transporte, lanche e participação no bazar, além de prepará-las para atividades que levassem à autonomia econômica. A oficina de Artesanato e Origami com participação de uma psicóloga em parceria com grupo da Terceira Idade possibilitou o despertar de habilidades, trabalhar a convivência e a troca com emoção, respeito e reconhecimento, trazendo benefício mútuo aos dois grupos.

Adolescentes se encontram de uma forma lúdica no salão da Casa do Adolescente por duas horas semanalmente. A Arteterapia é um processo terapêutico que utiliza das linguagens artísticas como artes plásticas, música, dança e teatro que visa abrir novos horizontes, estimular o crescimento interior e ampliar a consciência das crianças e adolescentes sobre si e sobre sua existência, proporcionando o autoconhecimento e melhora da autoestima.

O Teatro Itinerante tem como objetivo apoiar e estimular o potencial criativo característico da adolescência, assim como desenvolver atividades para promover, proteger e reabilitar a saúde integral do adolescente. Visa ainda exercitar a cidadania no interior de um espaço protetor,

construído de forma a tornar-se referência na rede social de cada adolescente. O teatro é um gênero artístico que trabalha com a comunicação, o juízo crítico, a criatividade, a autoestima, os sonhos, expressão, ampliação de repertórios formais no plano do pensamento estético e formal e ainda formaliza concretamente os sonhos dos envolvidos. Nesse sentido, o teatro é um gênero potente, que abre novas possibilidades em vários âmbitos e amplia significativamente o repertório intelectual e psíquico.

Fórum Adolescente é um projeto que visa criar um diálogo cênico sobre conflitos vividos na adolescência através da metodologia do Teatro do Oprimido. O projeto trabalha semanalmente com adolescentes que frequentam a Casa do Adolescente de Pinheiros e oferece um espaço para escuta, dramatização e encenação de histórias vividas pelos participantes. A oficina de teatro é um espaço privado e seguro onde os participantes podem trazer suas histórias e refletir sobre elas e, a partir dessa experiência, improvisar maneiras de enfrentar essas questões em seu cotidiano. Ao final do processo são escolhidas histórias que serão ensaiadas e dramatizadas em formato de Teatro Fórum para criar um diálogo com os adolescentes e profissionais a fim de ampliar o debate.

Num projeto de atendimento do adolescente num horário ampliado das 15 às 19 horas, estrategicamente às segundas-feiras, por conta de possíveis intercorrências do fim de semana e possibilitar o acesso dos adolescentes que trabalham, a Balada da Saúde visa possibilitar o acolhimento aos adolescentes que trabalham ou que tenham dificuldade para comparecer no horário convencional, e facilita a participação dos pais. Além do atendimento médico, clínico e ginecológico, psicológico, da naturologia e participação em oficinas, promove-se a integração da equipe multiprofissional, adolescentes e acompanhantes. A Balada da Saúde, graças ao horário diferenciado, tornou-se um espaço importante de atendimento dentro do serviço público de saúde, facilitando a procura pela prevenção e cuidado com a saúde.

A dinâmica das atividades envolve os vários profissionais da Casa, integrados em miniequipes. Dessa forma, num dos grupos é possível ter o olhar de um psicólogo, de um médico, nutricionista, naturólogo, enfermeiras tomando a possibilidade da detecção dos riscos e vulnerabilidade dos adolescentes. Nos diversos setores por onde passa, o adolescente não estará sendo contatado por apenas um profissional. Dessa forma, ele não é compartimentalizado num dos setores, e sim é oferecido a ele participar dos grupos e das várias atividades da casa. O perfil da clientela tem se ampliado na medida em que mais possibilidades de atendimento têm sido oferecidas. A equipe multiprofissional, trocando conhecimentos e

compartilhando responsabilidades, empenha-se em acolher o adolescente nessa fase de transição cheia de riscos, prevenindo e atuando para que ocorra pleno desenvolvimento físico, psicológico e social, evoluindo como cidadão comprometido, tornando-se multiplicador e protagonista de sua vida. Vários programas especiais foram desenvolvidos com sucesso na Balada da Saúde, com a Fábrica de Cultura da Secretaria de Estado da Cultura de São Paulo e Adolescentes em Medida Socioeducativa (Liberdade Assistida), da Coordenadoria Assistência Social Sul da Prefeitura do Município de São Paulo.

A Casa do Adolescente de Pinheiros do Programa Saúde do Adolescente tem também se destacado como núcleo formador de novas Casas do Adolescente, tendo contribuído para o treinamento e modelo para implantação de outras casas. Compartilhando sua experiência, através dos profissionais no Programa Saúde do Adolescente atuou na formação de recursos humanos por meio de:

1. Treinamentos em adolescência para médicos do Programa de Saúde da Família e para profissionais do Programa Parceiros do Futuro.
2. Cursos para a formação de profissionais de serviços de saúde do Estado de São Paulo para o trabalho em grupo com adolescentes.
3. Participação no treinamento de recursos humanos nos Módulos de Treinamento do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Desenvolveu também parcerias com a Faculdade de Psicologia da PUC, equipe do Sedes Sapientiae, da Unipaulistana, da Unip, Anhembi Morumbi, Faculdade de Mogi das Cruzes, Serviço de Residência Médica da Prefeitura Municipal de São Paulo para atendimento dos adolescentes individualmente e em grupo e recebendo estagiários complementando o seu preparo para atuação na adolescência.

A equipe multiprofissional também participa do atendimento de adolescentes no Ambulatório de Ginecologia da Adolescente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da FMUSP. Profissionais da enfermagem, psicologia e naturologia participam no Hospital Pérola Bygton dos ambulatórios Terça Rosa para adolescentes trabalhadoras em atendimento agilizado, com exames laboratoriais e de imagem no momento do atendimento e do Sábado sem Barreiras para mulheres deficientes, com acolhimento multiprofissional, e do projeto Casa do Adolescente Itinerante, replicando as atividades mensalmente em escolas da periferia em final de semana.

A Casa do Adolescente atuando na Geração de Conhecimento tem recebido profissionais para reali-

zar pesquisas com adolescentes durante sua formação acadêmica (trabalhos de conclusão de cursos de graduação, dissertações de mestrado e teses de doutorado). Participou de projetos desenvolvidos em pesquisa de HPV e Recorrência da Gravidez (Departamento de Ginecologia do Hospital das Clínicas da FMUSP).

Além disso, a equipe multiprofissional tem sido convidada a participar como palestrante de mesas redondas na área de saúde do adolescente e tem apresentado trabalhos em congressos nacionais e internacionais através de pesquisas multicêntricas do Programa. O Programa Saúde Adolescente tem se empenhado e possibilitado a participação de vários profissionais e adolescentes em eventos dessa natureza. Profissionais da Casa do Adolescente têm ministrado participações nas reuniões disponibilizados no Youtube e nas Web conferências coordenadas pelo Programa.

Ilustrando a importância da Casa do Adolescente na atenção integral à saúde do adolescente e na formação de

recursos humanos, destaca-se a crescente procura de serviços de saúde de outras cidades e estados para conhecer o modelo do Programa, visando a implantação em diversas localidades. De particular importância foi o interesse de equipe da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) que organizou a visita de representantes de vários países latino-americanos em dezembro de 2012 para conhecer e avaliar o Programa Saúde do Adolescente, abrindo a possibilidade de novos projetos. Desde a criação do Programa de Saúde do Adolescente (1985) e da Casa do Adolescente de Pinheiros (1994), o esforço e o compromisso dos profissionais são fundamentais para dar suporte ao Programa Saúde do Adolescente e aqui fica o agradecimento pela participação de toda equipe trazendo a sua experiência vivenciada pela composição do presente texto sobre a Casa do Adolescente de Pinheiros.

Projeto Casa de Vivência – Casa do Adolescente de Ivaiporã/PR

37

Equipe multiprofissional

Histórico

Projeto Casa de Vivência/Casa do Adolescente

A Casa de Vivência foi criada em 1988 e há mais de vinte e sete anos vem atendendo centenas de crianças todos os anos desde sua fundação. De forma continuada e programada, tem como objetivo assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique nos territórios a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras. Ainda nesse intuito objetivamos atender as necessidades imediatas e promover o acesso do indivíduo ou família à rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas, na perspectiva da garantia dos direitos.

Já a Casa do Adolescente, criada em novembro de 2013, com o objetivo de atender adolescentes em diversas áreas, é um “Espaço Aberto” para inclusão do Adolescente, em ambiente de integração, interação, valorização da vida, socialização, aprendizado, exercício pleno da cidadania, inter-relações pessoais, reflexões sobre os valores humanos e através da promoção de palestras, oficinas, trabalhos em grupo, excursões e outras atividades, por meio de uma equipe de multiprofissionais e parcerias com secretarias municipais e empresas privadas, vem somando com a Casa de Vivência se tornando uma só em busca de melhorias e novos desenvolvimentos.

Nesse espaço ainda serão criados grupo de gestantes adolescentes, onde essas terão informações. O grupo de gestantes possibilita o intercâmbio de experiências e conhecimentos, para assim promover a compreensão do processo de gestação.

A Casa de Vivência/Casa do Adolescente atende adolescentes de 10 a 19 anos, por demanda espontânea ou encaminhamento de outros serviços. Ao chegar à casa o adolescente é acolhido e apresentado às oficinas oferecidas.

No fim de 2012 o número de crianças matriculadas era de 28. Em 2013 com o início da nova gestão do Prefeito Carlos Gil, o projeto passou por uma reforma com ampliação de todo complexo institucional. Os alunos aumentaram para 140. Já em 2015 a realidade de alunos aumentou para 185 crianças e adolescentes que

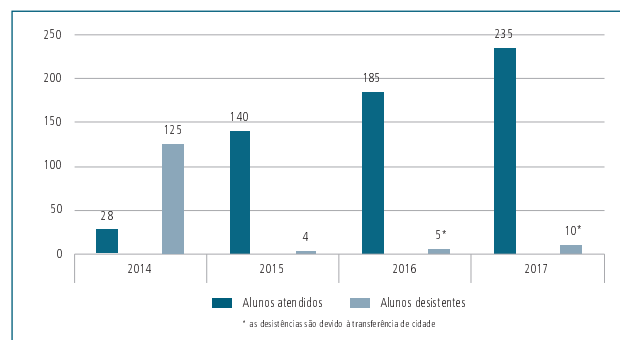
estão em situação de risco e que são acompanhadas pelo CRAS e CREAS.

Em 2016 a realidade continua a mesma, com o aumento de procura de vagas. No ano de 2017 com a Gestão do atual prefeito Prefeito Miguel Amaral tivemos a abertura de mais sala para educação infantil aumentando o número de 30 crianças. Hoje somos em 19 profissionais que atendem diariamente as crianças e adolescentes.

A comunidade também se faz presente no projeto, e tentamos o máximo fazer reuniões mensais com os pais e alunos, promovendo atividades como momentos de lazer, festas típicas, celebrações religiosas e entre outros como a participação em concursos e festas.

- Diretora do Departamento de Assistência Social: Gertrudes Bernardy.
- Diretor da Casa do Adolescente: Clodoaldo de Oliveira.

Tabela de referência de atendimento – 2014 a 2017



Projetos em ação

Projeto Horta – Semeando a Paz em Cada Coração

O Projeto semeando a paz em cada coração refere-se a um projeto da horta comunitária do Projeto Casa de Vivência e que tenta ensinar valores cristãos e valores da sociedade aos participantes das oficinas que ofertamos. São nesses intuitos que ensinamos nossos alunos a se tornarem pessoas capazes de seguir o caminho Cristão em meio à sociedade que sofre por ganância e outros fatores. Semear a paz é semear o caminho da verdade e vida para cada um.

Temos em nosso projeto um terreno que pertence à Prefeitura dessa cidade onde usamos para fazer a horta, porém não temos recursos necessários para que essa obra cresça. O que conseguimos plantar e produzir dá para o consumo de nossas crianças e adolescentes e há casos que alguns levam embora para auxiliar na alimentação da família.

Objetivos

- Objetivo Geral: Aumentar a oferta de alimentos de elevado poder nutritivo e melhorar as condições de vida dos alunos que se encontram em situação de insegurança alimentar, por intermédio da implantação de hortas, viveiros, lavouras e pomares em espaços disponíveis na área explorada.
- Objetivos Específicos: (intenções menores que favorecerão alcançar o propósito maior)
- Valorizar a importância do trabalho e cultura.
- Identificar técnicas de manuseio do solo e manuseio sadio dos vegetais.
- Conhecer técnicas de cultura orgânica.
- Estabelecer relações entre o valor nutritivo dos alimentos cultivados.
- Compreender a relação entre solo, água e nutrientes;
- Identificar processos de semeadura, adubação e colheita.
- Conhecer pela degustação os diferentes alimentos cultivados bem como nomeá-los corretamente.
- Cooperar em projetos coletivos.
- Buscar informações em diferentes fontes de dados para propor avanços a desenvolvimento de técnicas.
- Análise e reflexão sobre prejuízos dos desperdícios alimentares.
- Compreender a importância de uma alimentação equilibrada para a saúde.

Público-alvo

Quem são os beneficiários	Faixa etária	Quantidade	Outras características
Crianças e adolescentes	05 a 17 anos	195	Meninos e meninas

Localização

- Localização da área geográfica: Rua Anhanguera nº 05 Jardim Ouro Preto – Ivaiporã – PR.
- Caracterização do território; Terreno de esquina de frente com a sede do Projeto Casa de Vivência e Casa do Adolescente.

Metodologia

As atividades a serem desenvolvidas pelos alunos com auxílio do professor:

- Irrigar diariamente, observado o melhor horário para sua efetivação.
- Retirar plantas invasoras.
- Afofar a terra próxima às mudas.
- Completar nível de terra em plantas descobertas.
- Observar fitossanidade da horta (insetos e pragas, fungos, bactérias e vírus).
- Colocar esterco nas plantas.

Estratégias: Aulas quinzenais com agrônomo orientando o trabalho do mês; palestras com agricultores regionais auxiliando sobre o manejo da horta. No dia a dia orientações práticas dos professores.

Recursos disponíveis para a implantação do Projeto

Recursos humanos	Recursos materiais	Recursos físicos
<ul style="list-style-type: none"> • 2 professores • 1 Agrônomo Orientador • 1 Nutricionista 	<ul style="list-style-type: none"> • Colher de Jardineiro • Enxada • Garfo de coleta de mato e folha • Regadores pequenos • Sacho • Caixa de água com Bomba de irrigação. • Apostilas e revistas de cultivo de horta e jardins • Caixa de água com Bomba de irrigação. 	Terreno com 30 canteiros

Projeto em ação

Projeto: Construindo Nosso Lugar

O projeto construindo nosso lugar foi criado no ano de 2015 com o intuito de deixar nossas crianças e adolescentes ajudar a tomar decisões dentro do projeto a qual faz parte.

Objetivos

- Objetivo Geral: estimular nos alunos o senso crítico construtivo, valorizando cada ideia e opinião que são colocadas na caixa de sugestão.
- Objetivos Específicos:
 - Valorizar os alunos independentemente de sua ideia ou sugestão.
 - Promover reunião mensais de debate e planejamento de ações de acordo com a sugestão.

Público-alvo

Quem são os beneficiários	Faixa etária	Quantidade	Outras características
Crianças e adolescentes	05 A 17 anos	195	Meninos e meninas

Metodologia

As atividades a serem desenvolvidas pelos alunos com auxílio do professor:

- Reunião mensal de avaliação do comportamento escolar.
- Palestras com diversos profissionais da educação e saúde.

- Incentivar os alunos a dar sugestão e ideias na caixa de sugestão.

Estratégias: os próprios alunos organizam as regras e normas de boas convivência, ajudando a cobrar dos demais que não ajudam.

Durante o ano letivo realizamos quatro reuniões com os pais de nossos alunos. Envolvermos em todas as nossas atividades tanto os pais de alunos e a comunidade. Também atendemos os pais individualmente quando surge algo referente à educação de seus filhos.

Resgatamos nas reuniões laços familiares que muitas vezes estão rompidos, proporcionado um novo olhar, um novo caminho para sair das dificuldades do dia a dia.



Rosani Aparecida de Pontes¹

Atenção à Saúde do Adolescente – A intersetorialidade exitosa

A Casa do Adolescente de Itapeva situa-se no interior do Estado de São Paulo, no Município de Itapeva. Foi inaugurada em 2008 com intuito de atender 370 adolescentes e jovens de 15 a 25 anos, beneficiados pelo programa social do Estado de São Paulo denominado “Ação Jovem”.

Criada com parceria entre as Secretarias de Ação Social e de Saúde com intuito de oferecer além do benefício financeiro mensal, assistência social e oportunidades aos jovens como: práticas esportivas, culturais, lúdicas, profissionalizantes.

Os adolescentes atendidos pela equipe de saúde também eram restritos aos cadastrados no Programa Social (setembro 2008, 370). No decorrer dos anos estudados percebe-se um aumento do número de adolescentes cadastrados: 788 (12/2008); 1.250 (12/2009); 2.260 (12/2010); 3.149 (12/2011); 4.128 (12/2012); 5.010 (12/2013); 5.819 (12/2014); 6.600 (12/2015). Hoje, são 7.553 cadastros/prontuários (agosto/17) tendo em média um aumento 825 adolescentes por ano não mais restrito ao benefício social.

Na Assistência à Saúde empregou-se o modelo da Atenção Integral à Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo.

Os profissionais do serviço dotam como princípios: o acolhimento amigável, a confidencialidade, o acesso fácil (geográfico e horários de agendamento) a equidade, a integralidade, o respeito ao sujeito de direitos (em especial aos direitos sexuais e reprodutivos) bem como a valorização do protagonismo juvenil sendo esses aspectos atrativos para o jovem.

Os adolescentes inserem-se ao serviço pela procura espontânea, indicação de familiares, pela rede de Proteção à Criança e Adolescente do Município como CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Atenção Básica à saúde, Judiciário, CMDCA, Educação e outras entidades da sociedade civil parceiras. Uma intersetorialidade estendida e exitosa.

A intersetorialidade estendeu-se no decorrer dos anos de funcionamento e hoje o serviço é reconhecido pela comunidade adolescente, pais, educadores e outros atores da rede de proteção como referência importante para toda população da faixa etária tanto na prevenção de agravos comuns como gravidez inoportuna, DST, álcool e drogas, e outros como no risco instalado.

A intersetorialidade representa também o forte do serviço e o chamamento dos adolescentes que ao procurar por atividades extraescolares acabam recebendo a oferta para o cuidado em saúde.

As atividades da Secretaria de Desenvolvimento Social são desenvolvidas pelos monitores de esportes, artesanato, aulas de espanhol, cursos profissionalizantes, artes cênicas, e outras atividades lúdicas como gincanas, campeonatos, maratonas, confraternizações. Mesmo quando as cotas do Programa Ação Jovem estão suspensas por motivos burocráticos do Estado o número de cadastrados em outras atividades e no atendimento à saúde continuam o mesmo ou aumentado. Também nos trabalhos em grupo o serviço conta com outros setores parceiros como Conselho Municipal de Álcool e Drogas, Atenção básica, NASF (grupos sobre alimentação saudável). Os adolescentes também são encaminhados por outros serviços como: CRAS, Conselho Tutelar, Saúde Mental, Educação e ONGs. A referência representa a confiança da Rede de Proteção à Criança e Adolescente no serviço. O que é demonstrado também pela família que insiste na continuidade do vínculo aos 20 anos quando deveria acontecer o desligamento.

Algumas constatações

- Perfil entre cadastrados com número de prontuário de 5.000 a 6.000, ou seja em uma amostragem de 1.000, entre 2015 e 2016, mostra: 567 meninas(56,07%) e 433 (43,33%) meninos.
- Meninas sexualmente ativas nesse período: 166 meninas (29, 27) Gravidez na adolescência: 04 (2,4% meninas). A última taxa do Município em final de 2015 era de 26.7%.

¹ Responsável pela equipe de Saúde Casa do Adolescente de Itapeva. Enfermeira de formação pela UFPR, graduada também em Direito pela PUC/SP. Pós graduação em DST/AIDS no quadro das vulnerabilidades e direitos humanos e Saúde Coletiva.

Casos

Mariana L. 14 anos, adolescente participante no Programa “Mãos à Obra” da Casa do Adolescente, programa desenvolvido pela Secretaria de Desenvolvimento Social com a finalidade de desenvolver práticas de artesanato com as gestantes.

A gestante iniciou suas atividades em maio de 2016 com aproximadamente 4 meses de gestação. Ao ser questionada acerca da cor que iria pintar as caixinhas de fralda e potes de seu bebê respondeu que seria preto. A professora associou à resposta ao jeito calado e apático da adolescente. Após a aula encaminhou ML para sala da enfermeira que fez uma abordagem demorada onde descobriu que avó havia expulsado a menina de casa diante da gravidez e que estava então morando com o pai do namorado. A mãe do pai do bebê de Mariana não a aceitava também em sua casa. Os avós do bebê eram separados. Diante da situação de vulnerabilidade a equipe da Casa do Adolescente encaminhou situação de Mariana para Conselho Tutelar, Projeto Viver, Centro Materno Infantil onde faria pré-natal e

atendimento psicológico. Após averiguação da situação domiciliar foram constatados pelos órgãos de acompanhamento maus-tratos com desnutrição e suspeita de violência sexual. Mariana foi acolhida em abrigo-casa de acolhimento – Casa Transitória de Itapeva. Hoje ela e o bebê passam bem.

Não fosse a sensibilidade da professora de artesanato poderia o caso de Mariana ter sido mais um de mortalidade infantil devido ao grau de desnutrição da mãe, relacionado à gravidez na adolescência e violência sexual. Caso relatado demonstra como é importante o trabalho rede, trabalho intersetorial e o olhar sensível dos componentes das equipes.

O mesmo acontecia com as aulas de futsal por onde passou educador físico comprometido, sensível às vulnerabilidades em especial ao uso e abuso de drogas. Por várias vezes conseguiu o resgate dos meninos.

O trabalho dentro da Casa do Adolescente sendo referência mas também encaminhando situações para Rede de Proteção à Criança e Adolescente tem sido de grandes resultados dentro do município.

Fatima Aparecida Noronha Bozelli¹, Mariângela Correa Pinto Bordin², Tânia Marcovicq Costa Fortunato³, Jaqueline Lopes Villa⁴ e Norma Waldeliz Maia⁵

A Casa do Adolescente de Mirassol se localiza na Rua dos Tozzo, 110, Cohab 2. Mirassol é um município do Estado de São Paulo, tem uma população de 53.792 habitantes (segundo dados do IBGE/2010) e uma área de 243,2 km², está localizada no norte do estado, a 453 km da cidade de São Paulo. A cidade conta com 52.433 habitantes na zona urbana e 1.359 na zona rural.

Histórico

A Casa do Adolescente de Mirassol surgiu quando um membro da equipe, em 1997, em uma jornada de Pediatria na FAMERP na cidade de São José do Rio Preto tomou conhecimento por meio da apresentação do Programa feita por um membro da equipe da Dra. Albertina.

Surgindo desde então o interesse em participar do Curso de Capacitação em Adolescência ministrado pela Dra. Albertina Duarte Takiuti, coordenadora estadual desde 1986, para uma possível implantação do Programa na cidade de Mirassol.

A equipe fora treinada com os profissionais da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Após treinamento, fora realizado o Primeiro Fórum da Saúde do Adolescente de Mirassol, estando presente mais de 400 pessoas dentre elas profissionais de vários setores e adolescentes, sendo então oficializado o Programa do Adolescente em Mirassol, no início do ano de 1998.

Os atendimentos do Programa de Saúde do Adolescente eram realizados no Centro de Saúde da cidade, sendo que o atendimento acontecia apenas uma vez na semana, das 7h às 11h.

Em 14 de maio de 2010 foi inaugurada a Casa do Adolescente de Mirassol, onde começaram a ser feitos os atendimentos todos os dias da semana em horário co-

mercial das 7h às 17h, por uma equipe Multidisciplinar e Intersetorial.

Em 20 de dezembro de 2011 foi sancionada e promulgada a Lei nº 3.465 tornando a Casa do Adolescente de Mirassol lei municipal.

A evolução, os resultados e o reconhecimento nacional e internacional alcançados pela Casa do Adolescente tem nos motivado a continuarmos em constante capacitação, de forma a oferecermos cada vez mais um melhor atendimento e serviço de saúde.

Região que atendemos

O atendimento da Casa do Adolescente de Mirassol abrange todo o território municipal, não havendo restrição de atendimentos por bairros, sendo um total de 12.447 adolescentes de 10 a 20 anos (sendo 6.334 do sexo masculino e 6.113 do sexo feminino).

Parcerias

Banco de Leite Humano, Serviço de Equoterapia, Departamento de Educação (projeto janela nas escolas), APAE, CEMCA (oferece cursos profissionalizantes e estágios), Departamento de Ação Social (CREAS, CRAS), Fundação Casa, Fórum, Academias, Hospital de Base (hospital escola, encaminhamentos de gestantes de alto risco), AME (ambulatório médico de especialidades).

O que representa maior vulnerabilidade?

Falta de espaços que ofereçam lazer, esportes, capacitação em diversas áreas expondo-os a riscos como drogas, tráfico, evasão escolar, gestação na adolescência, DSTs, violência entre outros, falta de projetos de saúde pública para adolescentes e suas famílias.

- 1 Médica pela Faculdade FAMERP, pediatra e Hebiatra. Pós-graduação – PUC Paraná. Coordenadora da Casa do Adolescente de Mirassol/SP.
- 2 Médica Ginecologista e Obstetra pela FARMERP/São José do Rio Preto. Pós-graduação – Latu sensu em Sexualidade Humana na FARMERP. Atende na Casa do Adolescente de Mirassol/SP.
- 3 Médica pediatra pela Faculdade FAMECA – Catanduva. Atende na Casa do Adolescente de Mirassol/SP.
- 4 Enfermeira pela Faculdade Universidade Paulista – UNIP. Pós-graduação em Pediatria na FAMERP – São José do Rio Preto. Atende na Casa do Adolescente de Mirassol/SP.
- 5 Psicóloga pela Faculdade Católica de Santos. Pós-graduação FAMERP – Saúde Mental na Infância e Adolescência. Atende na Casa do Adolescente de Mirassol/SP.

Equipe

- 02 Pediatras: realizam atendimentos voltados à saúde integral do adolescente acompanhando o seu crescimento e desenvolvimento de forma resolutiva (promoção e prevenção, introdução de métodos contraceptivos, orientações sobre sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, acompanhamento de deficientes intelectuais, acompanhamento de filhos de mães adolescentes nos 5 primeiros anos de vida – período de maior flexibilidade e vulnerabilidade da criança, realização de oficinas temáticas, cursos de gestantes).
- 01 Ginecologista: realiza atendimentos voltados a saúde integral da mulher adolescente (exames ginecológicos, orientações sobre sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, introdução de métodos contraceptivos, pré natal, realização de oficinas temáticas, cursos de gestantes)
- 01 Psicóloga: realiza acolhimento com acompanhantes dos adolescentes com o objetivo de detectar os fatores de risco e proteção; grupos terapêuticos; oficinas temáticas e grupos de gestantes. Atendimentos individuais em psicoterapia e orientação de pais.
- 01 Enfermeira: realiza acolhimento grupal e individual, realização de oficinas temáticas, cursos de gestantes, orientações sobre DSTs, gravidez na adolescência, inicia o pré natal (1ª consulta da gestante), projeto janela (palestras em escolas e Fundação Casa), visita domiciliar, coleta de exames de sangue, orientações puerperais sobre dificuldades na amamentação, auxilia na terapia em grupo juntamente com a psicóloga.
- 01 Auxiliar de Enfermagem: verificação de pressão arterial, medidas antropométricas, autorização de exames, coleta de exames de sangue, responsável pela organização de todas as salas
- 01 Atendente é responsável por receber os pacientes ao ingressarem na Casa, agendando acolhimento, consultas médicas e ou psicológicas, atender telefone e anotação de recados.
- 01 Escriturária: é responsável pela parte administrativa da casa, receber e enviar documentos, agendar coletas de sangue, auxilia na montagem de apresentações de palestras, fazer contagem e estatística de produções.
- 01 Auxiliar de Serviços Diversos: é responsável por manter a limpeza e organização do espaço, preparar o café e o chá.
- 01 Estagiária: auxilia a atendente no agendamento de acolhimento, consultas médicas e ou psicológicas, atender telefone e anotação de recados.

Principais demandas

Demanda espontânea de adolescentes, gestantes adolescentes, filhos de mães adolescentes e deficientes intelectuais de todo o município e distritos, encaminhamentos de Fórum, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar e Escolas.

Atividades desenvolvidas

Acolhimento (realizado em grupo e individualmente): Primeiro contato dos adolescentes e responsáveis com a Casa, em que são apresentados os serviços desenvolvidos e os profissionais, além da abordagem de diversos temas como forma de detectar fatores de riscos, são distribuídas cadernetas de saúde do adolescente a todos os participantes.

Duas vezes por semana são realizadas consultas hebiátricas, e duas vezes na semana acontecem as consultas de mães adolescentes, onde os bebês e suas mães passam por avaliação médica.

As consultas ginecológicas acontecem duas vezes na semana, um dia é reservado para o atendimento a gestantes (acompanhamento de pré-natal) sendo que o outro dia fica reservado para os atendimentos às demais adolescentes. As consultas psicológicas acontecem todos os dias, com horários previamente agendados, são divididos em terapia individual e terapia grupal, de acordo com as necessidades. Os cursos de gestantes são realizados mensalmente, com temas variados e equipe multidisciplinar. As gestantes são convidadas a participar do curso uma a uma por meio de contato telefônico.

Consultas médicas: acontecem diariamente, sendo que três vezes por semana são realizadas consultas hebiátricas, duas vezes na semana acontecem as consultas de mães adolescentes, onde os bebês e suas mães passam por avaliação médica.

Atendimento psicológico com mãe e filha com a Norma, psicóloga

Oficinas de Adolescentes também acontecem mensalmente, com temas e profissionais variados, os adolescentes são convidados ao serem acolhidos ou em consultas médicas e psicológicas.

Projeto Janela é realizado nas escolas e fundação casa, onde são abordados temas relacionados à adolescência como sexualidade, DST, gravidez na adolescência, direitos sexuais e reprodutivos do adolescente entre outros, com o intuito de promoção e prevenção no serviço de saúde em conjunto com a educação.

Prioridade

Os adolescentes são atendidos, e passam por todos os serviços oferecidos na Casa, sendo essa uma forma de identificar os principais fatores de riscos existentes (violência física, sexual, *bullying*, negligência, dependência química, gestação, dentre outros), sendo então atendidos e acompanhados prioritariamente.

São desenvolvidas atividades para diagnosticar e identificar adolescentes em situação de vulnerabilidade pessoal e social.

Resultados alcançados

Alto índice de amamentação das mães adolescentes da Casa, aumento da demanda devido à capacitação profissional para atendimento aos adolescentes de forma qualificada, ética, resolutiva, sigilosa e confidencial, tornando o Programa de Saúde do Adolescente referência regional, nacional e internacional.

Exemplos de casos emblemáticos

- Adolescente 17 anos encaminhada do Ambulatório de Psicologia com queixa de atraso menstrual. Durante o acolhimento foi detectado que a adolescente deseja engravidar já que sua vida era muito triste e que um filho poderia mudar isso. Adolescente sofria abuso sexual desde os 7 anos de idade. Abusador:

Padrasto. Mãe era conhecedora de tal fato, mas para não presenciar as sequenciais violências fazia uso de Médicações para dormir. Com 12 anos adolescente começou a se envolver com drogas e para alimentar o vício começou a prostituir-se.

Através do vínculo estabelecido entre a Adolescente e os profissionais da Casa do Adolescente conseguimos convencê-la a planejar uma gestação em um momento oportuno.

Há mais de um ano a adolescente faz uso de anticoncepcional injetável administrado pela enfermagem da Casa e não pretende engravidar.

Ações inovadoras

Oficinas com deficientes intelectuais (inclusão), visita domiciliar, acolhimento individual, coleta de sangue, apoio à amamentação.

Almejamos que, em breve, os índices de gravidez não planejada, de DST/HIV e abortos na adolescência caiam em nosso município, assim como nossas unidades realmente sejam amigáveis a esse ciclo da vida.

Comentários finais

Monitoramento deve ser contínuo, assim como as orientações e os atendimentos. Dar vez e voz às pessoas com deficiência intelectual.

Referências

1. BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 01 fev 2015
2. _____. Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o *Estatuto da criança e do adolescente* e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8069>. Acesso em 01 fev 2015
3. _____. Ministério da Saúde. *Marco Legal: saúde, um direito do adolescente*. Brasília, 2007. 58p.
4. _____. Centro de Referência e Treinamento DST/aids. *Prevenção das DST/aids em adolescentes e jovens: brochuras de referência para os profissionais de saúde*, São Paulo, 2007.
5. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília, 2008. 52 p.
6. _____. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde/Ministério da Saúde*. – 1. ed.– Brasília, 2012.(Série E. Legislação de Saúde)
7. ESTADO DE SÃO PAULO. Decreto nº 55.588, de 17 de março de 2010. Dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transsexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. Publicado na Casa Civil, aos 17 de março de 2010.
8. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica; Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso)/Conselho Federal de Medicina* – Brasília, 2010. 70p.; 15 cm.
9. Conselho Federal de Psicologia. *Código de Ética Profissional do Psicólogo: Resolução CFP nº 010/05, de 21 de julho de 2005/Conselho Federal de Psicologia* – Brasília, 2005. 20p.
10. Conselho Federal de Enfermagem. *Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Resolução COFEN nº 311, de 12 de maio de 2007/Conselho Federal de Enfermagem* – Rio de Janeiro, 20.



Vinícius Ghirlinzoni Monsores¹

Atividades extramuros: projeto férias

Breve histórico da Casa do Adolescente

Diante da necessidade de se propor ações de promoção e prevenção à saúde da população adolescente e jovem, formou-se uma equipe multiprofissional que vêm atuando desde 2005. Inicialmente o projeto atuava em parceria com a Escola Estadual do bairro e atendia dentro de uma Unidade Básica de Saúde, e posteriormente o atendimento foi estendido à população adolescente e jovem do município, agregando com isso novas parcerias como: Outras Escolas Parceiras, Conselho Tutelar, Casa Abrigo para Adolescentes, Promotora Pública e Programa DST/aids e Hepatites Virais.

Tendo em vista que a prevenção oferece ao indivíduo melhor qualidade de vida e conseqüentemente reflete na família e sociedade, e, baseado nos dados coletados nos atendimentos realizados dentro do Projeto ADOLEV e na estatística populacional adolescente e jovens do nosso município, sentiu-se a necessidade da construção de um espaço para melhor desenvolvermos nossas ações. Pautado na Lei nº 11.976 que oficializa o Programa do Adolescente do Estado de São Paulo, o Departamento Municipal de Saúde entrou com projeto de lei junto à Câmara Municipal para a criação de tal espaço.

Após a apreciação da Câmara foi aprovada a Lei Municipal nº 4.012 de 07 de junho de 2010, e, em data de 05 de novembro de 2014, foi oficialmente inaugurada a Casa do Adolescente “Dr. Vinícius G. Monsores” ADOLEV – Adolescência e Vida de Mococa.

Atualmente, segundo os dados do IBGE, Mococa conta com uma população de 16.037 adolescentes de 10 a 24 anos, e, a Casa do Adolescente ADOLEV está com 1470 adolescentes inscritos nessa faixa etária, participando das atividades desenvolvidas.

Projeto Férias

A Casa do Adolescente ADOLEV está situada em um bairro periférico da cidade, porém tem como abrangên-

cia o município como um todo, atendendo a faixa etária de 11 a 23 anos, 11 meses e 29 dias.

Desde o início, a Casa do Adolescente ADOLEV desenvolve semestralmente o Projeto Férias que acontece no período de férias escolares (janeiro e julho) com propostas de atividades voltadas para o adolescente e família de acordo com a demanda, visto que os próprios adolescentes que frequentam as atividades da Casa ao longo do ano, auxiliam na escolha dos temas a serem desenvolvidos, através de questionamentos e enquetes lançadas pela equipe multiprofissional.

Dentre as várias oficinas já desenvolvidas semanalmente na Casa, durante o Projeto Férias contamos com oficinas pontuais como, por exemplo, o tradicional Campeonato de Pipas, Campeonato de Futsal, Cine Pipocas, Oficina de Sabores, Zumba Master Class, Oficina de Jardinagem, Oficina de Maquiagem, Oficina de Circo, Oficina de Teatro, Oficina de Hip Hop, entre outras.

Objetivo

Sabe-se que nos períodos de férias escolares os adolescentes tendem a estar em contato com situações mais vulneráveis diante de períodos de maior ociosidade. Dessa forma, a proposta tem como objetivo proporcionar um espaço de maior convivência e integração grupal ao adolescente e família; momentos de recreação, lazer e atividades físicas; informações e conhecimento, fomentando reflexões sobre prevenção e promoção de saúde de maneira atrativa e motivadora aos nossos jovens.

Projeto Férias: Julho de 2017

- Campeonato de Pipas

Em parceria com Programa DST/aids e Hepatites Virais, e com a colaboração de Pe. Celso da Paróquia Santa Luzia, foi realizado Tradicional Campeonato de Pipas em seu 8º ano consecutivo. Os materiais são doados para a confecção das pipas e posteriormente os adolescentes tiveram um momento de lazer despertando a criatividade, o raciocínio, a socialização e o espírito es-

1 ADOLEV – ADOLESCÊNCIA E VIDA DE MOCOCA. Prefeitura Municipal/Departamento Municipal de Saúde. e-mail: casadoadolescente.adolev@gmail.com – telefone: 3665.3075

portivo; assim como orientações quanto aos perigos dos acidentes de trânsito, uso do cerol e linha chilena.

- **Oficina de Sabores: Macarrão Ao Vivo**

Com os adolescentes na cozinha juntamente com os multiplicadores da Casa conduzindo as orientações, literalmente “colocaram as mãos na massa”. Na proposta de proporcionar interação, diálogo, troca de experiências e descontração, foi aberta a oficina de sabores com o Macarrão ao Vivo onde tiveram orientações quanto à alimentação saudável com a entrada de saladas e introdução de legumes (como por exemplo brócolis) no cardápio do dia.

As orientações também foram conduzidas no sentido de higiene, cuidados com as mãos, limpeza de utensílios e ambiente no término da oficina.

- **Oficina Aprendendo a Sonhar**

Tal oficina já existe na programação da Casa e acontece semanalmente, tendo como objetivo fomentar nos adolescentes a perspectiva de sonhos e metas a serem alcançadas. O trabalho é desenvolvido através de técnicas de artesanato aplicado pelos adolescentes multiplicadores, e, dentro do Projeto Férias 2017, confeccionaram cofrinho de depósito de sonhos, máscaras de dormir, amuletos coloridos em pedras e dinâmicas de grupos; temas escolhidos a partir da demanda trazida pelos participantes.

- **Oficina de Maquiagem**

A 3ª Edição da Oficina de Maquiagem se deu a partir do sucesso das primeiras Edições no ano de 2015 e 2016, com a parceria da equipe de O Boticário. No ano de 2016, através de parceria com o Departamento de Cultura, contemplamos as adolescentes com uma visita (Dia da Beleza) em um salão conceituado da cidade possibilitando um momento de cuidados pessoais, visto que muitas delas nunca tinham ido a um salão de beleza.

Esse ano contamos com o trabalho da designer de Sobrancelhas e maquiadora profissional Bruna, que voluntariamente se disponibilizou a ensinar técnicas e dar dicas de como se embelezar às adolescentes que desejam diferentes maneiras de melhorar a autoestima no contexto de: entrevista de emprego, trabalho, festas, diferença de maquiagem para dia e noite, etc.

- **Campeonato de Vôlei**

Com intuito proporcionar momentos para atividade física, socialização, trabalho em equipe, houve proposta dos monitores para o desenvolvimento dessa oficina, que já acontece semanalmente. Durante o Projeto Férias os próprios participantes sugeriram o Campeonato, abrindo para roda de conversas com o tema “Segurança no Esporte”.

- **Cine Mococa**

Com intuito de levar oportunidade de cultura e lazer através de parcerias foi oferecida, pelo segundo ano consecutivo, uma sessão de cinema voltada para a faixa etária pré-adolescente onde no ano de 2016 puderam assistir “Como eu era Antes de Você” e no ano de 2017, com o filme em cartaz no Cinema de Mococa “Meu Malvado Favorito 3”. Em momento de socialização e trocas de experiências, foram envolvidos demais projetos da rede, que fazem parte do Programa da Promotora Pública “Unir para Prevenir” do município de Mococa.

- **Hepa Bingo**

Com intuito de trabalhar o Dia Mundial de Combate às Hepatites, a Casa mobilizou a comunidade a participar de um Bingo com premiações voltadas para a prevenção das Hepatites, como por exemplo kits de manicure. Houve a participação de adolescentes e seus familiares, com uma palestra realizada pela Coordenadora do SAE, Sra. Edite Estevão.

Resultados

Oficinas do Projeto	N.º de participantes/ atendidos
Campeonato de Pipas	27
Oficina de Maquiagem	13
Oficina de Sabores (Macarrão ao Vivo)	11
Cine Mococa – Sessão Pipoca	65
Oficina de Vôlei	24
Oficina Aprendendo a Sonhar	21
Oficina de Gestantes	09
HepaBingo	42
Total	212

Paulo Sergio Leme Quintaes¹, Jéssica Muniz², Joana Silva³, Andréa Batista de Oliveira⁴, Valquíria Francisquini Linhares Antonini⁵ e Viviane Zarpelom Carneiro⁶

Casa do Adolescente de Heliópolis

A Casa do Adolescente de Heliópolis iniciou suas atividades em 20 de janeiro de 2009. Está vinculada administrativa ao AME Barradas – Ambulatório Médico de Especialidades Luiz Roberto Barradas Barata, num contrato de Gestão entre SECONCI-OSS e a Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo e tecnicamente pela Secretária de Estado de Saúde, Divisão de Saúde do Adolescente, integrando o “Programa Saúde do Adolescente”. É a primeira Casa do Adolescente administrada por uma OSS. Nessa nova experiência, adaptações foram necessárias para atender essa parceria.

Seguindo o que preconiza o Programa de Saúde do Adolescente, a Casa do Adolescente de Heliópolis tem por finalidade desenvolver ações fundamentais na atenção primária e secundária, com ênfase na prevenção primordial.

- Público-alvo: adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 10 anos a 20 anos.
- Objetivo Geral: assegurar a melhor assistência aos adolescentes usuários do serviço, desenvolvendo ações e atividades que visam: proteger, recuperar, reabilitar e promover a saúde integral do ponto de vista físico, psicológico e social.

Estrutura física

A Casa do Adolescente de Heliópolis possui 554m² de área construída, distribuídos da seguinte forma:

- 1 recepção
- 6 consultórios médicos

- 1 consultório odontológico com 3 equipes
 - 1 sala do serviço social
 - 1 sala para equipe multiprofissional
 - 1 sala de coordenação administrativa
 - 2 auditórios com capacidade para 50 pessoas cada um (utilizados para oficinas e grupos)
 - 1 cozinha experimental
 - 1 DML
 - 1 Expurgo
- Possui também uma área destinada ao esporte e lazer com um campo de areia, uma quadra poliesportiva e um playground.

Equipe multidisciplinar

- 1 Coordenadora administrativa
- 4 Ginecologistas
- 5 Hebiatras
- 2 Dermatologistas
- 6 Dentistas
- 4 Psicólogos
- 2 Assistentes sociais
- 2 Nutricionistas
- 1 Enfermeira
- 1 Recreacionista
- 2 Auxiliares de enfermagem
- 1 Protética
- 2 Ajudantes de consultório
- 1 Auxiliar administrativo
- 5 Recepcionistas
- 1 Líder de recepção

1 Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina do ABC. Doutor em Nefrologia pela USP. Pós graduação em gestão Hospitalar e Superintendente Ame Barradas.

2 Graduação em Medicina na Faculdade de Medicina do ABC em 1999, pós graduação em Medicina Chinesa Acupuntura 2003, atual Gerente Médica do Ame Barradas.

3 Graduação em Psicologia pela Faculdade Senador Flaquer, pós graduação gestão hospitalar, atualmente Gerente Administrativo do AME Barradas.

4 Graduação Enfermagem/Universidade Mogi das Cruzes, Pós graduação em Gerenciamento de Enfermagem/Universidade São Camilo-MBA em Serviços de Saúde/Uninove. Atualmente Gerente de Enfermagem - AME Barradas.

5 Graduação Administração de Empresas pela Universidade da Cidade de São Paulo/UNICID, Pós Graduação em Administração Hospitalar – Universidade de Ribeirão Preto/UNAERP e MBA: Serviços de Saúde – Universidade Nove de Julho/UNINOVE, atualmente Gerente de Atendimento do Ame Barradas.

6 Graduação em Serviço Social, pela Faculdade Paulista de Serviço Social, pós graduação em Serviço Social Hospitalar pelo INCOR - HC FMUSP, atualmente coordenadora administrativa da Casa do Adolescente de Heliópolis.

- 1 Copeira
- 2 Auxiliares de higienização
- 1 Ajudante de serviços gerais
- 1 Segurança

Parcerias

A Casa do Adolescente de Heliópolis participa do Fórum “Saúde e Educação”, uma iniciativa de órgãos que atuam na saúde e na educação (UBS's, CAP's, ADEFAP, escolas estaduais e municipais, Programa Saúde da Família, ONGs), para discutir casos de crianças e adolescentes moradores da região, em reuniões que acontecem mensalmente. São levados casos para serem acompanhados pela saúde e educação, formando uma parceria entre esses dois setores, fortalecendo e apoiando os cuidados com a criança e o adolescente.

O espaço de lazer anexo a Casa é cedido durante alguns períodos para UNAS (União de Núcleos Associações e Sociedades de Moradores de Heliópolis e São João Clímaco) e projetos ligados a instituições religiosas, tendo como público-alvo crianças e adolescentes.

A Casa do Adolescente vem sendo modelo de referência na região, recebendo convites para participar em Feira de Saúde nas Escolas, palestrar em ONG's, educação continuada do Fórum Saúde e Educação e órgãos públicos. A demanda por visitas é constante, interessados no conhecimento do trabalho por nós desenvolvido.

Fluxo e metodologia do atendimento

O adolescente pode efetuar sua matrícula sem a presença do responsável legal e independentemente de encaminhamento médico e região de moradia. Vale lembrar, que pais ou responsáveis legais são parceiros e co-responsáveis juntamente com a Instituição no cuidado e atenção à saúde de seus filhos. No ato da matrícula é orientado sobre a importância do preenchimento e assinatura do “Termo de Consentimento para Procedimentos Invasivos e Uso de Imagem e Voz”.

Ao chegar à Casa do Adolescente, esse é encaminhado à recepção que formalizará matrícula mediante o preenchimento da BAA (Boletim de Atendimento Ambulatorial) e posteriormente seguirá o seguinte fluxo:

Equipe de acolhimento

Em nosso dia a dia, não lidamos apenas com questões médicas/clínicas, lidamos com pessoas que nos inundam com suas histórias, dores para além do corpo físico. Em especial nosso “cliente” é o adolescente em seu momento peculiar de desenvolvimento. A equipe é composta por enfermeira, psicólogo, nutricionista, assistente social

e recreacionista, compondo um caráter das dimensões bio-psicossocial ao acolhimento.

O adolescente inicialmente participa do Grupo de Novos (apresentação da Casa e do Programa) e em seguida é direcionado para uma triagem individual no consultório. É nesse momento que o profissional tem a oportunidade de ouvir a história do adolescente, bem como suas demandas. A principal demanda do adolescente que procura a Casa de Heliópolis é para tratamento odontológico, seguido do acompanhamento com médico hebiatra. Muitas vezes o profissional da triagem agrega outras demandas de atendimento para o adolescente, que não são percebidas por ele e por seus familiares.

Objetivos

- Fazer o atendimento inicial aos adolescentes, entendendo suas necessidades e expectativas, informando-lhes sobre as possibilidades de atendimento (consultas, grupos, oficinas);
- Encaminhar às especialidades disponíveis na Casa do Adolescente ou para recursos da comunidade quando não houver possibilidade de atendimento.

Grupo miniequipe

Após o Grupo de Novos e Acolhimento individual, o adolescente é agendado em dois grupos iniciais e sequenciais. No primeiro grupo, que chamamos de G1, é abordado o tema “Ser adolescente, Crescimento e Desenvolvimento”, e no G2, finalizamos com “Saúde, Sexualidade e Homofobia”, bem como a entrega dos agendamentos para as especialidades de acordo com a demanda de cada adolescente apontado no momento da triagem com a equipe de acolhimento.

Consultas médicas e não médicas

Após o acolhimento inicial realizada pela equipe de acolhimento e verificada a demanda do adolescente, esse é encaminhado ao especialista para dar início ao seu atendimento, passando por consultas, conforme a necessidade de cada caso e as interconsultas quando necessário.

- Enfermagem – Exame GO geral de rotina e orientações diversas.
- Serviço Social – Orientações diversas sobre direitos e deveres; encaminhamento para órgãos de proteção ao adolescente; e, recursos da comunidade.
- Odontologia – Mal oclusão e cáries da dentina.
- Nutrição – Regime e hábitos alimentares inadequados; e Obesidade devido a excesso de calorias.

- Psicologia – Problema de relacionamento com pais e/ou familiares; dificuldade de aprendizagem; e, comportamento escolar.
- Dermatologia – Acne vulgar e melanocítico não especificado.
- Hebiatria – Exame do adolescente durante o crescimento na puberdade e obesidade devido a excesso de calorias.
- Ginecologia – Supervisão da gravidez e doença inflamatória ao colo do útero.

Mensalmente a equipe se reúne para educação continuada, referente a temas relacionados à adolescência. O registro é feito em livro ata e assinado pela equipe. De acordo com a necessidade, a equipe se reúne para discussão de casos. O registro é feito em livro ata e assinado pela equipe. Semanalmente a equipe se reúne para discussão de rotinas e fluxos para melhoria do serviço. O registro é feito em livro ata e assinado pela equipe. Semanalmente, o setor “Psicologia” se reúne para discussão de casos e fluxos internos.

Grupos e oficinas

O Programa de Saúde do Adolescente vem desde sua implantação incentivando e/ou promovendo a utilização da estrutura grupal como instrumento para promoção de saúde entre os adolescentes. Dessa forma, a Casa do Adolescente de Heliópolis utiliza propostas existentes no Programa e elabora outras estratégias que se somam, chegando ao mesmo objetivo, para garantir a atenção à saúde do adolescente promovendo um local de encontro para o desenvolvimento de características necessárias para a escolha de estilo de vida saudável, conforme estudos realizados pela Secretaria de Estado em parceria com a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde).

Médicos, psicólogos, dentistas, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e recreacionista prestam um atendimento especial e exclusivo aos adolescentes, por meio de atividades grupais, oficinas e palestras, procurando manter uma escuta e olhar diferenciados e atentos para percepção de qualquer vulnerabilidade, desde a entrada do adolescente na Casa, sua participação nas atividades, nas consultas individuais, na passagem pela recepção, até a sua saída.

A equipe multiprofissional atende os adolescentes em grupo, visando utilizar-se da tendência grupal à qual os adolescentes estão propícios nessa fase de desenvolvimento, para promover “encontros” que possibilitem e incentive a reflexão conjunta, a troca de experiência, o fortalecimento na tomada de decisões (autoestima,

auto imagem, plano de vida, juízo crítico, criatividade e cidadania).

Um espaço para os adolescentes se sentirem confortáveis, tirarem suas dúvidas e dividir com outros jovens e com os profissionais suas alegrias, angústias, medos, dores e dúvidas. Um lugar aberto para conversar sobre namoros, paixões, sexualidade, drogas, direitos e deveres. Os nomes dos grupos e as atividades desenvolvidas são elaborados para atraírem o adolescente, ex: Grupo com tema Primeiro Beijo. Objetivo: falar sobre saúde bucal.

- Grupo de Sala de Espera
- Grupo de Acompanhantes
- Grupo de Novos
- “Papo de Meninas” e “Papo de Meninos”
- Grupo Sexualidade
- Espaço da Diversidade Sexual
- Espaço de Recreação
- Grupo de Gestantes
- Grupo “Hora Certa”
- Mães e Pais adolescentes
- Oficina de Nutrição
- Grupo “Peso Saudável”
- Odontologia e Grupo Ortodontia
- Grupo Psicoterapêutico
- Mãos à Horta
- Grupo de Faltas
- Comemorações Gerais

Resultados alcançados

O bairro Cidade Nova Heliópolis pertence à subprefeitura do Ipiranga, abrangendo os bairros: Cursino, Ipiranga e Sacomã. A gravidez na adolescência na região vem apresentando diminuição gradativa, conforme dados retirados do TabNet.

Desde a criação da Casa do Adolescente em 2009 até o ano de 2016, houve uma diminuição, passando de 12% de nascimentos de crianças filhos de mães adolescentes na idade menor de 15 a 19 anos, para 10% no ano de 2016.

Diminuição de 17,7% de nascidos através de parto cesáreo, no mesmo período.

Aumentou o número de grávidas que passaram de 4 a 6 consultas de pré-natal e acima de 07 consultas durante a gestação.⁷

Ações inovadoras

- Inclusão de adolescentes LGBT nos grupos de adolescentes gerais.

7 http://www.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/SMS/nasc_sp.def

- Desenvolvimento de trabalho anti-homofóbico e anti-transfóbico com os adolescentes nos grupos em geral.
- Tratamento ortodôntico e com grupo de conscientização sobre os cuidados durante o uso do aparelho com dentistas e protética.
- Laboratório de Prótese na própria Casa do Adolescente.

Casos emblemáticos

- Nesse período, tivemos alguns casos exitosos que se destacaram, tais como: reconciliação de adolescentes com seus familiares; aceitação de familiares referente à sexualidade; e casos com parcerias Casa do Adolescente, Fórum, Escola e Família alcançando melhora do comportamento, autoestima e mudança de estilo de vida.

Maria Ignez Saito¹

A atenção integral é a resposta que os vários grupos de referência devem dar aos indivíduos considerando sua faixa etária, momento de vida e inserção socio-cultural. Em relação à saúde do adolescente, nos modelos de atendimento até hoje usados, destaca-se, por sua importância a prevenção, assumindo, assim, particular importância a atuação profissional na atenção primária da rede pública.

Percebendo, então, a importância dos profissionais da rede básica, que nem sempre ou na maioria das vezes não recebem o reconhecimento devido, o Ministério da Saúde, através da Área de Atenção da Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), propôs um Laboratório de Inovações, com a intenção de resgatar e dar visibilidade a experiências inovadoras e exitosas por eles construídas, principalmente se apresentam resultados passíveis de replicação.

A proposta do Laboratório de Inovação de Adolescentes e Jovens pretende ser uma estratégia para promover e valorizar o desenvolvimento da gestão dos sistemas de saúde, tornando-se espaço de análise de alguns problemas relevantes e evidenciando soluções plausíveis, vinculadas a outras experiências exitosas, que possam abarcar o incremento de intervenções eficazes, em benefício da saúde desse grupo populacional.

Esses objetivos foram plenamente atingidos nas duas edições do Laboratório (atualmente em desenvolvimento a terceira), que entra para a história como uma proposta de sucesso, que deveria ser mantida.

Em agosto de 2013 surgiu o primeiro edital do Laboratório de Inovação sobre Boas Práticas na Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens.

Foram recebidas 90 propostas de todas as regiões do país, desenvolvidas por profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), em hospitais, ambulatorios, na atenção básica e por entidades vinculadas. Dos trabalhos recebidos 22% se vinculavam a sexualidade e educação sexual; 15% envolviam a parceria escola e saúde; 14,5% tinham cunho intersetorial, muitos dos quais envolviam gesto-

res; 11% ressaltavam o protagonismo de adolescentes e jovens.

Numa primeira etapa, foram selecionadas 32 experiências especificamente exitosas, para serem apresentadas em Brasília, quando foram selecionadas 18 para visita local; dessas as 11 melhores fazem parte de um suplemento especial da Revista Adolescência & Saúde e seguem abaixo nomeadas;

1. Acre – SES (O desafio da Intersetorialidade do Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes em Medidas Socioeducativas do Estado do Acre)
2. Amazonas – SMS de Manaus (Implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente no Município de Manaus)
3. Brasília – Hospital materno infantil – (Formação de Redes de e-mails para Promoção e Educação Continuada e Carta de Serviços de Saúde de Adolescentes)
4. Bahia- Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Promovendo a Sustentabilidade em Comunidades Quilombolas e Ribeirinhas)
5. Bahia – Salvador – Distrito Sanitário Cabula/Beiru (Adolescer com Arte: um exemplo de protagonismo juvenil)
6. Minas Gerais – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais/SES-MG (Projeto Geração Saúde)
7. Minas Gerais – UFMG/Hospital das Clínicas (Projeto Arte na Espera: tecendo uma rede de acolhimento para o adolescente e para a família)
8. Rio Grande do Sul – Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo – RGS (Multiplicadores Adolescentes do Programa Saúde na Escola: a prevenção entre pares)
9. Rio de Janeiro – Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – NESA – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ; Espaço Livre de Orientação em Saúde e Sexualidade (ELOSS) e Programa de Orientação em Sexualidade Prevenção de DST/aids e Distribuição de Preservativos (PROSS)
10. Rio de Janeiro – (Caminhos para a Institucionalização do Protagonismo Juvenil da Secretaria Muni-

1 Professor Livre Docente pelo Departamento de Pediatria da FMUSP. Membro da Comissão Científica do Programa de Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Consultor técnico – Laboratório de Inovação – Área de Saúde do Adolescente e do jovem MS/OPAS.

pal de Saúde no Rio de Janeiro: dos Adolescentes ao RAP da Saúde)– SMS RJ

11. Santa Catarina – Unidade de Saúde da Família Jardim Sofia (Experiência em Saúde da Família: Projeto Jovem Vencedor).

Foram escolhidas para fazer parte da publicação da OPAS NavegadorSUS, Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, por atenderem de maneira irretocável o pré-requisito da inovação, as seguintes experiências inovadoras (sete) colocadas por ordem de excelência:

1. Rio de Janeiro – (Caminhos para a Institucionalização do Protagonismo Juvenil: na Secretaria Municipal de Saúde no Rio de Janeiro: dos Adolescentes ao RAP da Saúde)– SMS RJ
2. Bahia – Salvador – Distrito Sanitário Cabula/Beiru (Adolescer com Arte: um exemplo de protagonismo juvenil)
3. Minas Gerais – UFMG/Hospital das Clínicas (Projeto Arte na Espera: tecendo uma rede de acolhimento para o adolescente e para a família)
4. Santa Catarina – Unidade de Saúde da Família Jardim Sofia (Experiência em Saúde da Família: Projeto Jovem Vencedor)
5. Rio Grande do Sul – Prefeitura Municipal de novo Hamburgo – RGS (Multiplicadores Adolescentes do Programa Saúde na Escola: a prevenção entre pares)
6. Amazonas – SMS de Manaus (Implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente: relato do Município de Manaus)
7. Acre – SES (O Desafio da Intersetorialidade do Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes em Medidas Socioeducativas do Estado do Acre)

Cabe ressaltar que o sucesso obtido garantiu a continuidade dos trabalhos em 2015. Tendo sido já elaborado um segundo edital, com algumas modificações, fruto da experiência vivida, permanecendo viva a esperança da descoberta de outras experiências inovadoras.

Experiências Inovadoras em Saúde de Adolescentes e Jovens do Laboratório de Inovações MS/OPAS selecionadas no ano de 2014/2015

O segundo Laboratório de Inovações, após edital em 2014, recebeu 62 trabalhos de todas as Regiões do país, mostrando a preocupação e a criatividade na realização da atenção integral à saúde de adolescentes e jovens. Foram selecionadas 26 experiências, apresentadas numa reunião em Brasília no mês de julho; 18 delas foram selecionadas para serem visitadas, o que ocorreu entre agosto e outubro de 2015.

Dessas, foram escolhidas 11, que aparecem no quadro a seguir e irão compor as novas publicações relacionadas a esse Laboratório.

Experiências Exitosas por ordem de excelência:

1. São Paulo – São Paulo – OS Santa Casa – Microrregião Jaçanã – Move MRJT Tremembé
2. Bahia – Salvador- Cipó – comunicação interativa – Juventude, comunicação e políticas de saúde: incidência e prevenção contra a violência e o abuso de drogas.
3. Bahia – Campo Bom – Prefeitura Municipal – Projeto multiplicadores da vida
4. Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Departamento geral de ações socioeducativas:
 - Uma experiência de acompanhamento a adolescentes e jovens privados de liberdade a partir de grupos terapêuticos.
 - Uma experiência de enfrentamento ao tabagismo entre adolescentes privados de liberdade.
 - Implantação da PNAISARI no âmbito do novo DEGASE.
 - Ações de gestão facilitadoras de educação permanente em saúde do adolescente e jovem.
5. Minas Gerais – Divinópolis – Universidade Federal de São João Del Rei – Ambulatório de saúde do adolescente na atenção primária à saúde: inovação e tecnologia em espaços tradicionais de atenção à saúde.
6. Rio Grande do Sul – Vacaria – Secretaria Municipal de Saúde.
 - Projeto de revitalização da área onde se encontra a associação de catadores e catadoras dos Campos de Cima da Serra.
 - Oficina de graffiti.
7. São Paulo – São Paulo – CAPS Infantil II Capela do Socorro – Acampadentro – o CAPSI II capela do socorro 24 horas de portas abertas.
8. Acre – Xapuri – Fundo Municipal de Saúde – Protagonismo juvenil: jovens multiplicadores.
9. Brasília – Distrito Federal – Centro de Saúde 01 de Brazlândia.
 - Implementação de um grupo de orientação a pais de adolescentes em um serviço da atenção à saúde de adolescentes.
 - Promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais em um serviço de atenção à saúde de adolescentes.
10. Rio Grande do Sul – Novo Hamburgo – Centro de Atendimento Socioeducativo – Educação permanente e a gincana de saúde.

11. Brasília – Distrito Federal – Centro de Saúde 01 do Paranoá – Uma abordagem inovadora na atenção integral à saúde de criança e do adolescente com dificuldades escolares e suas famílias.

O Laboratório de Inovações transcendeu todas as expectativas que poderiam ser formuladas *a priori*. Participar dessa experiência, desde sua concepção, que culminou com a seleção dos projetos vencedores, tornou-se referência relevante, não só profissional como de vida.

Pode-se constatar que as sementes, há tanto tempo plantadas, deram frutos especiais. Na singularidade de casa projeto ficou evidente a luta dos profissionais de saúde ligados ao SUS, para que adolescentes anônimos, de locais por muitos esquecidos, pudessem ter a oportunidade de sonhar e realizar dentro de perspectivas que ultrapassavam a própria área da saúde.

É importante lembrar que a Nação dependerá, a médio e longo prazo, da formação de adolescentes e jovens com capacidade de liderança, de participação e capacidade de mudar a história, proposta que se sustentará com o acesso à saúde, à educação, ao emprego decente e a outros bens e serviços que tornam possíveis a realização de seus projetos de vida.

As palavras de ordem frente tantas buscas são compromisso e esperança, devendo se tornar clara a nossa crença de que eles são capazes de realizações que transformarão a utopia em realidade palpável.

Muitos autores famosos como Deyse Felix expressaram por meio da poesia o seu desejo de mudar, inovar, realizar. Nossos adolescentes, considerados extremamente desfavorecidos, ou até inseridos em medidas socioeducativas também conseguem assim se expressar:

Quero mudar sem vacilar, esse modo de pensar.

Quero vencer esse meu estranho ser, esse jeito de viver.

Quero amar noutra patamar, e de mim mais gostar.

Referências

É importante salientar que todas as experiências que fizeram parte do Laboratório de Inovações em suas edições podem ser

Quero lutar sem esmorecer, e de mim não esquecer.

Quero estar sem nunca mudar, vivendo para me amar.

Deyse Felix

“Adolescer com Arte

Pra fazer pensar, pra desenvolver

Para isso é necessário com Arte Adolescer

A arte vem somada junto com a saúde,

Fica muito mais fácil se a juventude se une.

Trabalhando juntas pra trazer mudanças

Traz segunda chance a quem não teve na infância

Adolescer com arte pra abrir o mundo e a mente

E o intuito da gente é fazer você pensar

Que as coisas não podem ficar do jeito que está”

Eu sei que ficar parado não vai dar solução

Também, quem só critica não faz revolução.

Pros territórios desmatados nós somos a reação.

Nas ‘mente’ planto as ‘semente’ e refloresto a nação”.

Distrito Sanitário Cabula/Beiru (Adolescer com Arte: um exemplo de protagonismo juvenil)

“Mano entendo o sofrimento

Escuta o que eu vou falar

Porque ontem eu ri

Hoje eu vou chorar

Pensei na coroa

E o que eu tô fazendo

Ver minha família nesse sofrimento

O que passou passou

Passado é pra esquecer

Porque amor de mãe você tem que merecer

A liberdade vai chegar e eu quero me libertar

Paz, amor e alegria, por ela eu vou lutar

Lágrimas caem de meu rosto porque parei pra pensar”

(PNAISARI)/Adolescente Projeto Novo Hamburgo

encontradas nos sites a seguir: Portal da Inovação em Saúde – <www.apsredes.org>; OPAS <www.paho.org/bra>.



Sábado sem barreiras, mulheres invisíveis, desembrulhando seus véus e suas falas caligrafadas

43

Fátima Duarte¹

Nossa história

A saúde é fator básico de cidadania e da dimensão social do desenvolvimento da sociedade. É uma construção social e resulta das condições de vida, de emprego, moradia, acesso à terra, à alimentação adequada, supressão da pobreza, em ambiente saudável e saneado, com segurança pública, lazer, cultura, autoestima, autoconhecimento e informação.

Em 1988 a luta pela redemocratização do país se deu com grande participação dos profissionais de saúde, da sociedade civil, das mulheres e dos movimentos feministas e desaguou na criação do SUS – Sistema Único de Saúde – inscrevendo o direito à saúde como direito universal, sendo responsabilidade do Estado garanti-lo com universalidade, integralidade, equidade e iguais oportunidades de acesso. É de todos os brasileiros e tem controle social através da participação popular em Conferências e Conselhos.

As mulheres brasileiras lutaram por democracia, por sua emancipação, por autonomia sobre o próprio corpo, sexualidade e reprodução, para que a violência doméstica fosse considerada uma questão de saúde pública, para que o aborto legal tivesse atendimento público e humanizado.

O Programa Saúde do Adolescente da Secretaria do Estado de São Paulo implementa e implanta uma política pública universalizada de juventude, com atendimento integral a jovens de ambos os sexos, de 10 a 20 anos de idade, de forma moderna, priorizando a prevenção e sincronizado com os objetivos do milênio da OMS. É atual e inovador, amplia suas portas e com grande sensibilidade inclui populações da sociedade brasileira historicamente marginalizadas. Nesse Programa houve espaço para que fosse criado o “Sábado Sem Barreiras”

O “Sábado Sem Barreiras” é um projeto exitoso do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. É o primeiro ambulatorio de atendimento ginecológico para mulheres deficientes, vem funcionando sempre no último sábado de

cada mês no Hospital Pérola Byington desde julho de 2012 sem interrupções. É gratuito e aberto a mulheres deficientes, que são atendidas por equipe multidisciplinar – psicólogos, médicos, naturólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiras, acadêmicos de medicina, secretárias, atendentes – com acolhimento irrestrito, personalizado, com escuta qualificada dos pacientes e suas famílias, com equipamentos adequados com acessibilidade, respeito e humanização. As pacientes agendam suas consultas por telefone, são recebidas e encaminhadas ao Grupo de Acolhimento Pré-consulta, onde temas como saúde, deficiência, feminilidade, cotidiano de suas vidas, sonhos, conhecimento e consciência do próprio corpo, sexualidade, reprodução e maternidade são abordados. Fazem parte desse grupo pacientes, acompanhantes e a equipe multidisciplinar. É um serviço pioneiro no Estado de São Paulo que, além da consulta ginecológica, realiza exames laboratoriais de sangue, urina, colpocitologia oncótica, ultrassonografias e mamografias, com equipamentos adaptados, mesa ginecológica e mamógrafo reguláveis e equipe de enfermagem treinada.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimento a longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade e igualdade de condições com as demais pessoas (Convenção sobre o direito das pessoas com deficiência, 2008).

De acordo com os dados divulgados pela Organização das Nações Unidas, estima-se que mais de 650 milhões de pessoas no mundo vivem com algum tipo de deficiência. É a maior minoria. No Brasil, 14,5% da população, ou seja, 24,5 milhões de pessoas apresentam algum grau de deficiência ou limitação, desde alguma dificuldade para andar, ouvir ou enxergar, até as graves lesões incapacitantes. Grande parcela dessa população está exposta a situações de marginalização, de privação de liberdade e oportunidades e violação de seus direitos fundamentais.

1 Médica Ginecologista e Obstetra pela FEBRASGO, Pós Graduação pela Associação Paulista de Homeopatia, Aprimoramento em Sexualidade e Terapia Sexual pelo PROSEX da FMUSP; Médica do Projeto Sábado Sem Barreiras, membro da Comissão Científica do Programa Saúde do Adolescente da SESP e da Associação Brasileira de Cosmetoginecologia.

A construção do conceito da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está relacionada de maneira estreita ao esforço de superação das práticas preventivas de saúde apoiadas no conceito de risco, sobretudo no contexto da epidemia do HIV/aids. Conceito amplo e complexo implica considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento e a outros agravos sociais como a resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e programáticos. Nesse sentido, o conceito de vulnerabilidade não “culpabiliza a pessoa”, mas considera-a em seu contexto de vida social e histórico.

A noção de vulnerabilidade vem confirmar a visão de um ser plural, construído nas dimensões social, político-institucional e pessoal e, a partir daí, identificar questões que podem incrementar a vulnerabilidade dos indivíduos e aumentar o risco de exposição ao evento, tais como as desigualdades de gênero e idade que interagem com a discriminação e as desigualdades sociorraciais, étnicas e econômicas, as condições de vida e saúde, o acesso ou não a informação, a insuficiência de políticas públicas em saúde e educação, o acesso restrito aos benefícios dessas políticas.

A deficiência é um fator constituinte ou agravante da vulnerabilidade. A pessoa com deficiência experimenta situações frequentes e variadas de desvantagens pessoais, grupais e sociais, tais como baixa autoestima, rejeição familiar e grupal, baixa escolaridade, desinformação em geral, desemprego ou subemprego, falta de acesso e acessibilidade, consolidando um ciclo de exclusão social.

A saúde sexual é mais um campo onde diferentes fatores de vulnerabilidade se sobrepõem. A invisibilidade social agrava a vulnerabilidade de pessoas com deficiência, razão pela qual ainda hoje se tenha que reiterar o direito das pessoas expressarem seus desejos sexuais e exercerem sua sexualidade.

Mulheres com deficiência apresentam três vezes mais risco de serem estupradas, 70% de jovens com deficiência intelectual sofrem abuso sexual (Banco Mundial/Universidade Yale, 2006). No abuso sexual, a deficiência dá confiança ao agressor, ele sabe que a denúncia, a descoberta e a punição praticamente inexistem (Ferreira, 2008).

Em muitos países são frequentes as crenças de que os homens deficientes não são vítimas de abuso sexual, elas são erradas, pois eles sofrem abuso sexual de agressores de ambos os sexos, masculino e feminino e, por esse motivo, a informação acessível e programas de intervenção são importantes tanto para homens quanto para mulheres com deficiência (United Nations Population Fund, 2008). É preciso evitar que pessoas deficientes se-

jam usadas como objeto sexual, enfatizando-se o direito de preservar sua integridade física e moral. O apoio da família, amigos, profissionais de saúde e sociedade civil é fundamental para sua superação e deve fazer parte de programas de proteção no plano individual e social.

A conduta sexual é aprendida, formada e reforçada por fatores ambientais e os problemas físicos e mentais têm menor influência sobre a sexualidade do que a integração social. Muitos creem que jovens com deficiência não são sexualmente ativos, que problemas quanto à expressão sexual do deficiente ocorrem em função da sua deficiência, que pais de deficientes proporcionam educação sexual para seus filhos. As suas aspirações sociais e sexuais não são diferentes das de seus pares, elas querem casar, ter filhos, ter relações sexuais, mas têm menos oportunidades de explorar a relação com seus semelhantes, dificultando o alcance de suas aspirações.

O conhecimento de atitudes saudáveis em relação ao corpo e às funções desse corpo levam a um comportamento social apropriado. Os deficientes são diferentes na sua capacidade de aprendizado, na sua capacidade de dependência, na sua estabilidade emocional e na sua habilidade social, mas apesar das diferenças quase todos são capazes de aprender e desenvolver algum nível de habilidade social e conhecimento sexual.

Os profissionais de saúde devem conversar sobre a sexualidade do deficiente e reforçar que o isolamento diminui a informação sobre reprodução, contracepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e devem saber que jovens com deficiência são vulneráveis a assédios sexuais.

O corpo é o que possuímos de mais privado, todavia, simultaneamente também é o que temos de mais público. É por meio dele que nos mostramos e nos relacionamos com os outros. Pelo corpo somos percebidos, aprovados ou reprovados (Ana Rita de Paula, 1993).

O corpo é a representação máxima da condição humana. A pessoa com deficiência é vista como incapaz, desprovida de vontade, de gosto, de inteligência e de sexualidade e necessita de ajuda em todos os campos de sua vida, digna de pena e merecedora de ajuda. O homem é visto como impotente, incapaz de amar, a mulher é vulnerável, passiva, dependente, assexuada ou infantilizada. Na mulher o impacto da deficiência atinge a sexualidade na sua imediatividade, ou seja, na aparência.

As mulheres atendidas

No período de janeiro de 2016 a maio de 2017, oitenta e cinco mulheres deficientes atendidas no programa Sábado sem Barreiras foram entrevistadas pela equipe multiprofissional e responderam voluntariamente a um

questionário previamente elaborado, 12 não apresentavam o registro completo para ser aplicada a metodologia; foram analisadas 73 e dessas foram recortadas 31% vinte e três recortadas de 9 a 20 anos. Foram interrogadas sobre idade, cor, estado civil, escolaridade, profissão, se vieram acompanhadas ou não ao serviço, auxílio econômico, tipo e causa da deficiência, relacionamento afetivo e sexual, uso de álcool, cigarro, medicamentos, serviços de referência, queixa ginecológica, exame clínico das mamas, realização de exames como colpocitologia oncótica, mamografia. Foram feitas questões sobre acessibilidade, expectativas em relação ao atendimento e a vida, rotina diária, quem mais as ajuda e escuta, uso de anticoncepcionais.

A análise dos questionários foi feita no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

O que encontramos

Os resultados obtidos são descritos a seguir:

- Idade: 10 a 20 anos: 31%, 21 a 30 anos: 22%, 31 a 40 anos: 26%, 41 a 50 anos: 14%, acima dos 50 anos: 7%.
- Do total de mulheres atendidas, 56% eram brancas, 24% pardas, 12% negras, 8% orientais, 79% solteiras, 11% casadas, 9% viúvas, 2% união estável, 21% declararam terem profissão, enquanto 79% não.
- Em relação a escolaridade, 36% se declaravam analfabetas, 40% não completaram ensino fundamental enquanto 4% sim, 9% completaram o ensino médio, 7% completaram o ensino superior, 4% não.
- 22% das mães se declaravam analfabetas, 42% não completaram ensino fundamental enquanto 16% sim, 16% completaram o ensino médio, 2% não e 2% completaram o ensino superior.
- 29% dos pais se declaravam analfabetos, 35% não completaram ensino fundamental enquanto 6% sim, 24% completaram o ensino médio, 3% não, 3% completaram o ensino superior.
- Os cadeirantes foram encontrados em 12%, 44% são deficientes intelectuais, 2% auditivos e 4% visuais e 38% outras deficiências. Como causa da deficiência interrogada, anóxia apareceu em 15%, genética em 30%, acidente de carro em 8%, 3% arma de fogo, 17% outras causas.
- O uso de medicamentos apareceu em 56% das entrevistadas, enquanto consumo de cigarro em 4% e 2% de álcool.
- Quanto ao serviço de referência, 88% das pacientes estão ligadas a serviço público, 8% vieram ao atendimento sozinhas, 94% acompanhadas, 54% pela mãe, 15% pela irmã (o), 15% por outro familiar, 4% pelo filho(o), 4% pelo marido.

- 58% já realizaram exame ginecológico, 47% já tiveram suas mamas examinadas, 49% realizaram colpocitologia oncótica, e 40% mamografia.
- 17% das mulheres têm relacionamento amoroso e 17% relacionamento sexual, 13% usam métodos anticoncepcionais.
- 54% recebem auxílio econômico por parte do Estado (Loas – R\$ 678,00 ou US 302,07)
- 12% apresentaram dificuldade de acesso a esse atendimento.
- As mães foram as que mais escutavam (39%) e ajudavam (45%).
- Consideram o sábado um bom dia 100%.
- Consideram um dia por mês pouco 100%.
- Avaliação do Serviço 100%.
- As queixas ginecológicas foram estudadas nas mulheres de 10 a 20 anos e eram dismenorrea 69,5%, rotina 3%, cisto de ovário 4,3%, infecção urinária 4,3% Leucorreia 4,3%, puberdade precoce 4,3%.

Discutindo os resultados

Das pacientes estudadas 35% têm idade menor que 30 anos e 61% menor que 40 anos. Esse dado é importante pois uma parcela significativa de mulheres deficientes não se profissionalizou ou escolarizou. Para homens e mulheres, a partir de 30 anos o acesso a políticas educacionais e de profissionalização que determinem a independência econômica é dificultado em um mercado de trabalho cada vez mais jovem e exigente.

A maioria das pacientes estudadas é solteira, 83% não têm relacionamento amoroso, 83% não têm relacionamento sexual e 87% não usam métodos anticoncepcionais, dados que revelam a invisibilidade dessa população de mulheres, que possui maior dificuldade de estar além do espaço privado e de criar novos relacionamentos para que deles surjam novas relações interpessoais.

A maioria das mulheres deficientes atendidas pertence à raça branca, 56%, 24% são pardas, 12% negras e 8% orientais.

Em relação à escolaridade, 76% das pacientes atendidas são analfabetas. 36% ou não completaram o ensino fundamental 40%. Esse mesmo dado nas mães é de 64%, 22% analfabetas e 42% não completaram o ensino fundamental. Inúmeros estudos mostram a escolaridade da mãe como fator modificador na escolaridade das filhas e em nosso estudo vemos a repetição de ciclos de pobreza e imobilidade social; a mãe que não estuda não faz a filha estudar.

4% das pacientes completaram o ensino superior, esse dado é semelhante nas mães com 3%. A população com diploma universitário no Brasil, apesar de ter aumentado

na última década, ainda é menor do que em países com taxas de crescimento econômicos semelhantes.

A escola como espaço público integrador de experiências pessoais e facilitador de novas conquistas está ausente na grande maioria das mulheres estudadas. Como romper sozinhas com um ciclo de exclusão e marginalidade? A universidade é um espaço quase inatingível para elas. Hoje se sabe que o estudo é o fator que mais incide no aumento da expectativa salarial da população. Jovens que ingressam na universidade ganham até dez vezes mais do que seus pais que não o fizeram. Baixa escolaridade e baixos salários perpetuam o ciclo de pobreza, violência, injustiça e marginalidade. O homem reconhece o que ele conhece.

As mulheres estudadas nunca realizaram exame ginecológico em 42% das vezes, não examinaram suas mamas em 53% e não realizaram colpocitologia oncológica em 49% das vezes, apesar de 88% das pacientes estarem ligadas a algum serviço público de referência.

Esses dados levam à reflexão de que as mulheres deficientes, apesar de serem atendidas em sua especificidade, não são vistas em sua totalidade na qual se prevê o atendimento das mulheres em todas as fases da vida, com direito ao conhecimento sobre seu próprio corpo e naturalização dos direitos sexuais e reprodutivos.

58% da população estudada já realizou exames ginecológicos concordando com o dado que 47% tiveram suas mamas palpadas e que 49% realizaram colpocitologia oncológica e 40% mamografia.

Apesar de 44% das pacientes estudadas se declararem deficientes mentais, 12% cadeirantes, 4% deficientes visuais, 2% deficientes auditivos, 56% usarem medicamentos, esses dados não justificam a baixa escolaridade.

Como causa da deficiência chama atenção anóxia do parto presente em 15% das mulheres estudadas e causa genética em 30% delas. A mortalidade materna é um indicador que revela como um país trata as suas mulheres, é evitável em 98% das vezes, como mostra a Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a mortalidade materna em 2006, onde 90% dessas mulheres ganham até dois salários mínimos e vivem na periferia das grandes cidades. O pré-natal e assistência ao parto são peças importantes e interligadas que se refletem na diminuição da mortalidade e morbidade perinatais, por outro lado, vivemos em um momento de grande avanço tecnológico na medicina obstétrica, em que doenças podem ser prevenidas e tratadas antes do nascimento. Como foi o pré-natal e o parto das mães dessas mulheres com deficiência?

O acidente de carro apareceu em 8% das causas de deficiência, enquanto o atropelamento em 3% e acidente

com arma de fogo 3%. No Estado de São Paulo, entre mulheres de 25 a 39 anos, a primeira causa de morte são causas externas, não sendo computado o impacto social daquelas que sobrevivem. No Brasil a desigualdade social na ocupação do espaço urbano é expressa na morte violenta. A primeira causa de morte entre homens jovens de 15 a 29 anos, em todas as regiões é morte violenta, homicídio, acidente de trânsito e violência policial. Entre as mulheres, as maiores taxas de morte por agressão ocorrem entre 15 e 29 anos.

O consumo de cigarros apareceu em 4% das mulheres e 2% de álcool. Apesar de revelarem boas práticas de saúde podem demonstrar a dificuldade de acesso a espaços públicos, às relações interpessoais e à socialização. O consumo de álcool e cigarro é mais frequente em espaços coletivos em todas as idades, relacionado com diversão, alegria, sexualidade, dança e amizades.

54% das mulheres recebem auxílio econômico por parte do Estado e ao mesmo tempo em que são dependentes em relações familiares, também são parte integrante da renda dessas famílias. Quem depende de quem? Em muitas delas é esse auxílio que compõe a maior parte ou a totalidade da renda familiar. Muitas das mães não trabalham e exercem o papel de cuidadoras de outras mulheres. Esse auxílio econômico não as torna empoderadas para realizarem novos projetos. 76% são analfabetas ou não completaram o ensino fundamental e 84% não têm profissão, reforçando o papel assistencialista do Estado brasileiro.

78% das mulheres não apresentaram dificuldade de acesso a esse atendimento, dado que revela o acerto da eleição do projeto Sábado Sem Barreiras como necessário pela Equipe do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. As mulheres deficientes compareceram acompanhadas a esse serviço em 94%, e sozinhas em 6% revelando a ausência de independência desse segmento populacional historicamente marginalizado na sociedade. Compareceram ao Sábado Sem Barreiras acompanhadas pela mãe em 54% e 4% pelo marido.

Avaliação do Serviço ótimo e bom 100%. Consideram o sábado um bom dia 100% e consideram pouco um sábado por mês 100%.

As falas das mulheres

As falas de mulheres deficientes adolescentes de 10 a 20 anos foram destacadas e estão aqui representadas.

Sobre a expectativa do atendimento

... *Que consiga fazer exames para ter uma vida saudável...*

- ... Que seja contínuo ...
- ... Que vá para outros bairros...
- ... Que tenha melhores condições para pessoas especiais...
- ... Apoio médico...
- ... Que tenha diagnóstico precoce...
- ... Que o atendimento seja ótimo...
- ... Só coisas boas...
- ... Atendimento de qualidade com pessoas realmente qualificadas...
- ... Que se mantenha como está ou até melhora...
- ... Sempre que precisar possa vir e ser internada aqui...
- ... Um atendimento específico por ser especial, e a maioria da UBS não querem atender...
- ... Nunca fui examinada antes...

Sobre a expectativa de vida

- ... Ser mais independentemente...
- ... Boas condições de vida, moradia boa, alimentação saudável...
- ... Continuar viva...
- ... Resolver minhas coisas...
- ... Mais condições para as pessoas especiais, escola, dentista e equipe médica...
- ... Mais saúde...
- ... Saúde, sabedoria, paciência e atitude...
- ... Instituição para o meu problema...
- ... Que Deus nos dê mais saúde e paz...
- ... Assim da para continuar viva...
- ... Agora estou ótima...
- ... Ser mais independentemente faz a diferença...
- ... Sonhos são para continuar a viver...
- ... Construir sonhos é preciso....
- ... É difícil mais vou conseguir...
- ... Juntos somos um....
- ... A deficiência está nos olhos de quem vê...

As falas sobre a rotina

- ... Fica em casa o dia inteiro...
- ... Ficar em casa sentada no sofá vendo TV...
- ... Não gosta de ir para escola...
- ... Ficar em casa ouvindo música...
- ... Acompanha a mãe em atividades externas, banco e supermercado...
- ... Não vai para escola...
- ... Vai à igreja...
- ... Vai para a escola...
- ... Viciada em TV...
- ... Faz caminhada...
- ... Faz compras com a mãe...
- ... Folheia revistas...
- ... Pinta e escreve...

- ... Ouve música no celular...
- ... Não gosta de ambientes fechados...
- ... Vai para fonoaudiologia...
- ... Fazer Karetê
- ... Brinca com outras crianças
- ... Brinca com bonecas
- ... Vive como uma adolescente normal apesar de sua deficiência
- ... sem escolaridade, cadeirante...
- ... Fica na janela observando os carros e caminhões
- ... Nunca fui fotografada...

O que ouvimos

São as mães que além de acompanharem suas filhas ao atendimento, as que mais as escutam em 39% e as que mais as ajudam em 45%. Há inegavelmente a feminilização dos cuidados com a mulher deficiente. A mulher deficiente é cuidada na sua casa por outra mulher que em muitas vezes depende economicamente da mulher deficiente. Apesar de almejam ser independentes, continuarem vivas, ter melhores condições de saúde e moradia, as rotinas de suas vidas as distanciam desses sonhos.

As falas da maioria dessas jovens mulheres revelam alegria na criação de serviço de atendimento e exames para diagnóstico precoce em ginecologia. Há uma expectativa positiva em relação a esse atendimento, por qualidade e profissionais treinados. Como esse serviço é inexistente na maioria dos espaços públicos da cidade de São Paulo, UBS (Unidades Básicas de Saúde) ambulatórios e hospitais, há um acerto por parte da equipe do Programa de Saúde do Adolescente em elaborar esse projeto destinado a uma população historicamente excluída e marginalizada e que apresenta dois fatores de vulnerabilidade por serem mulheres e por serem deficientes. As falas também revelam a não intimidade dessa população de mulheres com exames e consultas ginecológicas de rotina, passo fundamental para o seu conhecimento como atores sociais.

Não há por parte dessas mulheres a incorporação da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, com garantia aos direitos sexuais e reprodutivos. Percebe-se receio de que esse atendimento não seja contínuo, como um mutirão, ato isolado, e de que não faça parte de uma política pública mais ampla estendida a diferentes locais e bairros.

O que caracteriza a adolescência é a perda do corpo infantil e a passagem para o mundo adulto. Ser adulto é ter independência física, econômica e afetiva. Como isso se dá no adolescente deficiente, que desde cedo não tem intimidade com o próprio corpo, não se distancia física e afetivamente dos pais, não se relaciona em grupos, tem

dificuldade para ter independência econômica, apesar do auxílio econômico do Estado. Como é esse rito de passagem? Como é essa adolescência? Como a família, a escola e a sociedade estão preparadas para receber? Em quais políticas públicas estão inseridos?

A fala da maioria das mulheres deficientes jovens e adolescentes escancara a dinâmica das ausências. O espaço privado tem significado muito maior do que o espaço público, a maioria não frequenta escola e fica em casa o dia todo.

A ausência da escola como espaço de convívio e troca de conhecimento capaz de gerar novas expectativas afetivas; somente duas vão à escola enquanto as demais não gostam ou não a frequentam. Ausência do amigo, companheiro, namorado, como parte de um projeto afetivo e do exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Nenhuma diz que namora ou sonha namorar, ter filhos, casar.

Há presença da família como cuidadora, pouca ou nenhuma participação masculina, o processo de cuidar se torna eminentemente feminino com papel centrado na figura da mãe ou da irmã estando o cuidador profissionalizado e o Estado ausentes.

Ausência de leitura, de livros, jornais, revistas, visita a museus, teatros, cinemas, internet, somente uma folheia revista. O lazer se dá no espaço privado, na casa, e é focado na atividade solitária de assistir televisão. “A cultura da mídia é a cultura dominante na contemporaneidade, ela nos diz como ser mulher, homem, trabalhar, nos vestir, nos portar; constrói nosso sentido de classe, etnia, raça, nacionalidade e sexualidade” (Kellner, Albrecht, Seelman e Bury – 2001).

“Na cultura contemporânea dominada pela mídia, os meios dominante de informação ditam como nos comportar, o que pensar, o que sentir, em que acreditar, o que temer, o que desejar, o que não”. (Kellner, 2001). Na mídia a mulher pode se reconhecer e reconhecer seu cotidiano. A mulher deficiente, por não ter um corpo considerado desejável, raramente é retratada na televisão. A mídia reforça a ideia de que a mulher deficiente é vulnerável, passiva, dependente, a ser salva por um homem capaz. (Diasbility Studies).

Há poucos atores e apresentadores com deficiência física ou sensorial. Como então a mulher deficiente jovem e adolescente que é atemporal, que vive num mundo mágico se reconhece? Como romper com a imagem de infantilizada e assexuada? Como não ter baixa estima? Como romper com a ideia de que é incapaz, desprovida de vontade, gosto, inteligência, sexualidade e de que necessita ajuda em todos os campos da vida, de que é digna

de pena, merecedora de ajuda? Como não ser passiva, vulnerável, dependente?

Nota-se ausência de projetos pessoais envolvendo o estudo, o conhecimento, a profissionalização. Esse dado, ao lado de baixa escolaridade, dificulta a independência econômica dessas mulheres.

Como romper o ciclo de ausência quando sabemos que assim como para diminuição da mortalidade infantil é fundamental a escolaridade materna, a mesma escolaridade da mãe é o fator que mais incide sobre a escolaridade da mulher, quer seja deficiente ou não. Não há independência afetiva sem independência econômica.

As experiências no campo social que privilegiam o acesso mais equânime ao conhecimento precisam ser conhecidas, reconhecidas e expandidas, de modo a estimularem o surgimento de novas iniciativas e aumentarem as expectativas de resultado a curto prazo.

Os significados são constantemente produzidos e reprodutos e podem também ser modificados. Assim a sociedade que hoje ainda dá um valor negativo à pessoa deficiente pode mudar de ideia através de novas representações que criam novos significados.

O que sentimos

Durante esses anos, o “Sábado Sem Barreiras”, além do atendimento com exame clínico, exames laboratoriais, citologia oncótica, mamografia e ultrassonografia, já conhecidos por nossas pacientes, tem feito atividades especiais em comemoração a datas e campanhas de saúde, vacinação para HPV, Outubro Rosa, conseguimos mobilizar diferentes profissionais voluntários com propostas idealizadas pela equipe de atendimento. São realizadas ações afirmativas múltiplas ao olhar dessas mulheres, aumentando sua autoestima.

O ambulatório foi enfeitado com flores, panos, fitas reforçando o acolhimento e nele se apresentaram músicos flautistas, orquestra de sanfoneiras, contadores de historias e muitas mulheres disseram escutar essas músicas pela primeira vez e uma mãe de uma deficiente de 15 anos com paralisia cerebral ligou para sua mãe no interior de Minas enquanto a escola de sanfoneiros se apresentava e a mãe perguntou? Onde você está? E ela disse em um Hospital “Eu liguei pra ela Dra. porque ela adora música de festa junina”.

Os naturólogos realizaram sessões de relaxamento, massagens, aromaterapia e sessões de escuta qualificada. Psicólogos e fisioterapeutas fizeram grupo de acolhimento onde serão discutidos temas voltados a essas mulheres.

Maquiadoras ensinaram como e por que se maquiar, arrumar o cabelo e as pacientes foram presenteadas com os produtos que desejaram. Uma fotógrafa profissional, voluntária, documentou momentos que ficaram registrados e gravados no coração dessas mulheres, nas suas histórias, nos profissionais de saúde e em todos os participantes.

O “Sábado Sem Barreiras” tem dois bottons, um do início do programa e outro comemorativo dos cinco anos do Programa, são usados pelas pacientes e foram idealizados e executados por uma de nossas pacientes com distrofia muscular e tem um grupo de whatsapp onde participam funcionárias, equipe, pacientes, que foi criado naturalmente e estimula as atividades de troca, conversa e solidariedade, recebe pacientes com os acompanhantes que se sentem muito bem em participar e compartilham bolos artesanais levados pela equipe, frutas, chás e sucos.

Não há exclusão das diferentes deficiências, as dificuldades foram compartilhadas, a união e a solidariedade ressaltadas.

O conhecimento gerado em ambientes formais, informais ou não formais e que tem compromisso social quando é socializado, pode ser capaz de transformar a realidade. (Boaventura de Souza Santos, 2004).

Esse relato das experiências em atendimento de pacientes deficientes do sexo feminino por equipes multiprofissionais, nas salas do Hospital Pérola Byington no Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, na cidade de São Paulo, Brasil, denominado Sábado Sem Barreiras é uma experiência de recursos geradores e socializadores de conhecimento.

Fizeram parte desse atendimento e da elaboração de trabalhos científicos que foram apresentados em diferentes congressos e que contribuíram de maneiras distintas e próprias nesses anos de atendimento. Agradecemos a esses profissionais.

Referências

- Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). Censo Demográfico 2010 – características da população e dos domicílios: resultados do universo:
- Brasil. (2008). Populações sociais no Brasil: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) e Núcleo de Assuntos Estratégicos (NAE) da Presidência da República: Brasil.
- Citelli, A. (2010). Comunicação e educação: convergências educacionais. *Comunicação, mídia e consumo*, vol 7(19), 67-85.
- Organização das Nações Unidas – ONU (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Resumo Executivo. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e HelpAge International.
- Rego, S., Palácios, M. (2006). A finitude humana e a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1755-1760.
- Santos, B. S. (2004). *Conhecimento Prudente para Vida Decente*. São Paulo: Cortez Editora.
- Sabbatini, M. (2004) Alfabetização e Cultura Científica: conceitos convergentes? *Revista Digital Ciência & Comunicação*, 1(1).
- Soares, I. O. (2002b). Metodologia da Educação para a Comunicação e Gestão Comunicativa no Brasil e na América Latina. In Baccega, M. A. *Gestão de Processos Comunicacionais* (p. 113-132). São Paulo: Atlas.
- Vogt, C. (2005). A espiral da cultura científica. In: *Boletim de Ideias 03* (PP. 5-6). FAPESP: São Paulo.
- Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Brasil 2008)
- Paula, Ana Rita (1993). *Sexualidade e Referência Rompendo o Silêncio*.
- Martins, José Alves Barsaglini. *Aspectos da Identidade na experiência da Deficiente Física: Um Olhar Sócio Antropológico*.



Projeto Construção Linha de Cuidado: Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo

44

Mariana Arantes Nasser¹, Sandra Garcia² e Wilson Pereira de Souza³

Apresentação

Apresenta-se neste capítulo o projeto *Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo*, enfocando as parcerias que o constituem, os atores envolvidos, o histórico de sua formulação, os objetivos, os resultados esperados e a metodologia de trabalho. Destaca-se que o projeto está em desenvolvimento entre os meses de novembro de 2016 e fevereiro de 2017 e que seus resultados e desdobramentos poderão ser conhecidos oportunamente em outras publicações e também no site do projeto que contém todo o material elaborado: www.saudeadolescentesejovens.net.br

Esse projeto é desenvolvido em parceria entre o Centro de Saúde Escola Professor Samuel B. Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CSE/FMUSP); o Programa Estadual de Saúde do Adolescente e a Área de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP); o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP); com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (Chamada PPSUS/FAPESP 2016). O projeto tem como objetivo a construção de uma linha de cuidado para saúde na adolescência e juventude para o SUS, no estado de São Paulo (SP).

As linhas de cuidado correspondem à organização de atenção para temas prioritários, com direcionalidade a partir da Atenção Primária à Saúde. No estado de SP, vêm sendo discutidas como forma de orientação programática no processo de descentralização e regionalização da saúde, tendo em vista grupos estratégicos e agravos prevalentes. A relevância da organização de uma linha de cuidado para a saúde de adolescentes e jovens, enquanto grupo populacional e a partir da perspectiva da saúde pública, está em critérios de magnitude dos problemas de saúde, mas sobretudo no impacto social e na permeabili-

dade desse grupo às ações de promoção da saúde. A contemplação desse desafio requer a busca da integralidade, incluindo a relação entre os níveis de atenção à saúde e intersetorial em cada região, o trabalho interprofissional e interdisciplinar e a adoção de tecnologias para o cuidado integral, que considerem os adolescentes e jovens como sujeitos participantes. As etapas previstas no projeto são: a) Diagnóstico sobre a atenção à saúde na adolescência e juventude em SP, a partir de: revisão bibliográfica; identificação dos serviços de níveis primário, secundário e terciário do estado que atendem adolescentes e jovens (pontos de cuidado); elaboração e aplicação de questionário *online* junto a esses serviços para levantamento das experiências de cuidado a adolescentes já realizadas. b) Elaboração de proposta inicial da linha de cuidado e de recomendações de boas práticas, a partir de discussões em entrevistas coletivas com profissionais, gerentes e adolescentes e em grupo de experts. c) Experiência piloto da linha de cuidado em regiões de saúde selecionadas, em parceria com os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e os pontos de cuidado identificados nessas regiões. d) Revisão final da linha de cuidado e das recomendações de boas práticas, resultando em dois documentos formatados para acesso em meio digital. e) Elaboração de indicadores para avaliação e monitoramento da implantação da linha de cuidado, incluindo o desenvolvimento de um sistema informatizado para coleta periódica desses indicadores, baseado no questionário *online* previamente utilizado. Serão elaboradas propostas para pactuação da linha de cuidado enquanto política pública no contexto do estado de SP. Prevê-se, ainda, quatro subprojetos a serem conduzidos por bolsistas de treinamento técnico (PPSUS/FAPESP), voltados para o aprofundamento dos seguintes temas em relação à atenção à saúde de adolescentes e jovens no SUS-SP: Intersetorialidade para a promoção da saúde e dos direitos humanos; Educação em saúde e para a cidadania;

1 Médica sanitária, Doutora em Medicina Preventiva, coordenadora do Programa de Atenção à Saúde na Adolescência do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva, da Universidade Federal de São Paulo.

2 Antropóloga, Doutora em Demografia, pesquisadora sênior e coordenadora do Núcleo de População do Cebap – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.

3 Médico especialista em Pediatria, Saúde Pública e Administração Hospitalar.

Participação social em saúde; Geoprocessamento de pontos da linha de cuidado.

Os autores desse capítulo são os coordenadores da pesquisa, que contam com a participação de outros pesquisadores e apoiadores, referidos na Figura 1.

Introdução

O Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CSE-FMUSP) foi fundado em 1977, com finalidades de ensino, pesquisa e extensão em Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, um de seus papéis é o de centro colaborador para o sistema de saúde, particularmente na proposição de tecnologias para a saúde, na realização de pesquisas para construção de conhecimento e na contribuição para a formação e o treinamento de profissionais. Desde 1989, foi constituído no CSE-FMUSP o Programa de Atenção à Saúde na Adolescência (PASA), que tem como objetivos principais: a promoção da autonomia e do bem-estar de adolescentes e a contribuição para a sua cidadania; a redução de vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e aids; a abordagem da gestação indesejada, do abuso de drogas e da violência. O PASA (CSE-FMUSP), além da assistência direta a essa população, vem desenvolvendo tecnologias para o cuidado, com destaque para as modalidades de encontro entre equipe de saúde e adolescentes (consulta médica, atendimento de enfermagem e grupo educativo na unidade e na comunidade), o fluxo e os instrumentos assistenciais para o diálogo entre adolescentes e equipe, como uma ficha para depoimentos dos adolescentes sobre “Vida e Cuidado com a Saúde”. Destaca-se também a produção de materiais voltados para a educação permanente de profissionais de saúde, como o material educativo “Caminhos da integralidade na atenção primária à saúde: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe” (Ayres *et al.*, 2012a). O CSE-FMUSP tem histórico de parcerias com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP), envolvendo o Programa Estadual de Saúde do Adolescente e a Atenção Básica. O PASA (CSE-FMUSP) integra a Comissão Científica em Saúde do Adolescente do Estado de SP, coordenada pelo Programa Estadual de Saúde do Adolescente da SES-SP.

O Programa Estadual de Saúde do Adolescente da SES-SP iniciou seus trabalhos em 1985 e visa à implantação e implementação de uma política pública universalizada de juventude na área da saúde, com atendimento integral, multiprofissional e intersetorial

para adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 20 anos de idade. Foi inaugurado a partir da percepção da necessidade de uma atenção específica a essa população, por meio de profissionais sensibilizados e em atuação multiprofissional e intersetorial. Um marco histórico foi a criação do primeiro Ambulatório de Ginecologia Infantopuberal, implantado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), em 1971. Depois, já com o Programa constituído, ocorreu a inauguração do primeiro serviço de atenção integral e multiprofissional dedicado à saúde do adolescente na rede pública paulista, no posto de atendimento médico da Várzea do Carmo, em 1986. Sucederam-se a criação de outros serviços, como as Casas do Adolescente, a partir de 1994, com o primeiro serviço em Pinheiros, São Paulo; hoje no estado de SP existem 28 Casas do Adolescente. O Programa também articula a Comissão Científica em Saúde do Adolescente do Estado de SP, com integrantes de diferentes serviços e universidades. Além disso, vem estabelecendo parcerias com outras áreas técnicas e de organização da saúde na SES-SP, como a Saúde da Mulher e a Atenção Básica.

A Atenção Básica da SES-SP tem desempenhado importante papel em relação ao componente primário da assistência à saúde e também tem contribuído para a organização do sistema, dado o papel de coordenação do cuidado da APS. A partir de 2014, começou a ser delineada uma aproximação maior entre o Programa Estadual de Saúde do Adolescente e a Atenção Básica, no sentido de construir uma proposta para o atendimento de saúde de adolescentes no sistema público estadual. Um marco foi o Encontro sobre Adolescentes com o Programa de Articuladores da Atenção Básica⁴, que contou com apresentações sobre: o cuidado integral de adolescentes e jovens na APS, proferida pelo PASA (CSE-FMUSP); a atenção a adolescentes em Casas do Adolescente, a cargo do Programa Estadual de Saúde do Adolescente; cuidados ambulatoriais a adolescentes em hospitais universitários, a cargo da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do HC-FMUSP. Destaca-se que, a partir das apresentações e dos debates nesse encontro, começou-se a delinear a importância de construção de uma linha de cuidado de saúde de adolescentes.

O Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) é uma instituição sem fins lucrativos, ativa há mais de quatro décadas, tendo realizado mais de 500 projetos de pesquisa, e funcionado como fórum de de-

4 Encontro entre articuladores da Atenção Básica e interlocutores da saúde do adolescente, organizado pelo Programa Estadual de Saúde do Adolescente e pela Atenção Básica, SES-SP, agosto de 2014.

bate sobre os grandes problemas nacionais. O foco do CEBRAP é a análise e intervenção na realidade brasileira, com ênfase na comparação, combinando especialização e interdisciplinaridade, em diálogo constante entre as diferentes perspectivas teóricas e metodológicas de seus antropólogos, cientistas políticos, demógrafos, economistas, filósofos, historiadores, juristas e sociólogos. O CEBRAP é hoje um centro de pesquisa globalizado, com parcerias internacionais de longa duração com institutos, universidades, agências de fomento e associações civis, principalmente da Europa e Estados Unidos, como também da Índia, África, China e América Latina. Dentre os vários projetos realizados, na área de jovens e adolescentes destacam-se dois principais: Projeto de Intervenção e Pesquisa “Dar Voz aos Jovens” e “Práticas inovadoras e sustentáveis na atenção à saúde do adolescente no SUS”, sendo o primeiro voltado à educação sexual de adolescentes, a partir de propostas de comunicação que incluíram esse grupo, e o segundo relacionado ao favorecimento de diálogo entre gestores, profissionais de saúde e adolescentes que frequentam as Casas do Adolescente.

O CSE-FMUSP, junto aos três parceiros mencionados acima, propõe esse projeto, que visa à construção da linha de cuidado para saúde na adolescência e juventude, para o Sistema Único de Saúde (SUS), no estado de SP. O projeto vem sendo construído desde o final de 2014 e, em março de 2015, foi apresentada proposta inicial no III Seminário Internacional de Boas Práticas em Saúde do Adolescente nas Américas, intitulado “Linhas de Cuidado na Adolescência”⁵. Na mesma oportunidade, a área técnica de saúde do adolescente do Ministério da Saúde também apresentou proposta de Política Nacional de Saúde na Adolescência. Deste modo, percebe-se que a proposta de construção de uma linha de cuidado para saúde de adolescentes e jovens para o SUS, no estado de SP, está alinhada com o projeto nacional.

Na fase inicial do projeto, constituíram-se ainda parcerias institucionais junto ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP) e a outras áreas da SES-SP: o Programa Estadual de DST/aids e a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Esses parceiros têm contribuído com importantes sugestões que vem sendo incorporadas ao projeto, além de apoio técnico para a viabilização da participação dos municípios e dos diferentes tipos de serviço na construção da linha de cuidado.

A Figura 1 apresenta o logo de todos os parceiros envolvidos, dos apoios financeiros, bem como o nome das pessoas participantes do projeto.

Justificativa e aplicabilidade para o SUS

Adolescência e juventude são construções sociais da nossa cultura: não dependem estritamente da idade ou da maturação biológica. Para Ayres e colaboradores,

“dependendo da condição de vida, nem todo mundo com 14 anos será chamado de adolescente: uma adolescente que engravida pode passar a ser identificada exclusivamente como mãe; um rapaz com poucos recursos ou que comete pequenos furtos, ou ainda os internos da ‘Fundação Casa’, são denominados pejorativamente ‘menores’” (Ayres *et al.*, 2012a, p.11).

Refletindo essa variabilidade social e cultural, as definições de infância, adolescência e juventude variam de acordo com as fontes de referência:

- *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*: considera como criança a pessoa até 11 anos de idade, e adolescentes aquelas entre 12 e 18 anos;
- *Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde (OMS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)*: considera como criança a pessoa de 0 a 9 anos, e adolescentes aquelas entre 10 e 19 anos. Para a OMS, o período de 15 a 25 anos é denominado de juventude, incluindo a fase intermediária e final da adolescência, e o início da vida adulta.

De maneira geral, considera-se que a adolescência tem início com as mudanças físicas da puberdade e segue até a inserção social, profissional e econômica na sociedade adulta. Mas, apesar de intrinsecamente relacionadas, adolescência e puberdade não são a mesma coisa. Enquanto o termo puberdade diz respeito às mudanças fisiológicas que dão início ao processo de maturação biológica e sexual, a definição de adolescência considera a adaptação às novas estruturas físicas, psicológicas e ambientais com as quais esse novo corpo entrará em contato – por isso falamos em “*processos psicossocioculturais da adolescência*” (Ayres *et al.*, 2012a):

“se perguntarmos a eles sobre o que marcou o início de sua adolescência, alguns farão referência às alterações físicas, mas a grande maioria apontará algumas mudanças ou descobertas que remetem

5 Evento organizado pelo Programa Estadual de Saúde do Adolescente da SES-SP, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e de Sogia Br. São Paulo, Palácio do Governo, 27 de março de 2015.



Figura 1 – Instituições parceiras, apoio financeiro, pesquisadores e apoio técnico

às ‘primeiras vezes’: o primeiro beijo, o primeiro emprego, o primeiro desentendimento com a família, a primeira grande decepção, etc.” (Ayres *et al.*, 2012a, p.10).

Os autores ainda mencionam que “as noções de adolescência e, especialmente, de juventude, também cor-

respondem à ideia de movimento de contestação, de instauração do novo e provocação de mudanças” (Ayres *et al.*, 2012a, p.11). Assim, não são apenas os jovens que precisam se adaptar à sociedade: a sociedade também muda com sua participação social.

A história da atenção a adolescentes e jovens no estado de SP pode ser tomada como um testemunho da

construção e das tensões diante do direito à saúde do adolescente e das propostas para a sua efetivação. Vem sendo constituído um campo de saberes e práticas – a atenção integral à saúde do adolescente – em que existem dois núcleos indissociáveis: a clínica, centrada no indivíduo, e a saúde coletiva, focada na dimensão populacional, operados nas experiências de serviços especializados e serviços generalistas (Queiroz *et al.*, 2013).

Dadas as características do sistema e a proximidade ao território, grande parte dos adolescentes brasileiros procura por cuidados de saúde em serviços de APS, de caráter não especializado, seja em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de formato tradicional, seja nas Unidades de Saúde da Família (USF) (Nasser *et al.*, 2014). Por isso, deve-se considerar a importância dos serviços de especialidade e de referência em hebiatria, mas também pensar a atenção à saúde de adolescentes no âmbito da APS (Ayres, 1994; Ayres *et al.*, 2000), como pontos da linha de cuidados a esse grupo.

Os adolescentes demandam aos serviços de saúde, em particular, apoio para seu desenvolvimento físico e psicossocial, e suportes de diversas ordens para a construção de sua identidade e relações como sujeito social e cidadão. Isso é, ainda quando não reclamam ativamente assistência médica, constituem população de grande relevância para as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, tão necessárias aos compromissos de qualquer sistema de saúde. O cuidado em saúde a adolescentes e jovens é um desafio, pois apresentam necessidades de saúde e vida complexas e têm pequena identificação direta seja com os serviços de saúde, seja com a noção de doença; sendo que, em geral, os modelos de oferta de ações de saúde estão centrados em equipamentos de saúde e em explicações terapêuticas e biomédicas (Nasser *et al.*, 2015). A contemplação desse desafio requer a busca da integralidade (Ayres *et al.*, 2012b), incluindo a relação entre os níveis de atenção à saúde e intersetorial em cada região, o trabalho interprofissional e a utilização de conhecimentos interdisciplinares, bem como a adoção de tecnologias para o cuidado integral em cada encontro.

A relevância da organização da atenção à saúde para adolescentes e jovens, enquanto grupo populacio-

nal, está em critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, nos pilares da saúde pública (Ayres e França-Junior, 2000), que justificam a importância e necessidade da organização de uma linha de cuidado para a saúde de adolescentes e jovens, no SUS, no estado de SP. Essa perspectiva considera que por serem um grupo geralmente saudável, a maior parte das causas de morbimortalidade e problemas de saúde são evitáveis (com destaque para as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada, o abuso de álcool e drogas e a violência urbana), de modo que as ações para a saúde na adolescência e juventude podem impactar positivamente a sociedade – tanto em aspectos econômicos como de reprodução social. Além disso, por estarem em formação de suas identidades, os adolescentes e jovens são particularmente permeáveis a ações de promoção à saúde, incluindo educação em saúde e para a cidadania.

Tratando-se de um projeto para a construção de uma linha de cuidado, interessa apresentar brevemente aspectos que favorecem a compreensão do termo e seu emprego na organização da atenção à saúde de indivíduos e populações. As linhas de cuidado correspondem à organização de atenção para temas prioritários, com direcionalidade a partir da APS. No estado de SP, as linhas de cuidado vêm sendo discutidas como forma de orientação programática no processo de descentralização e regionalização da saúde, tendo em vista grupos estratégicos e agravos prevalentes (Ferreira *et al.*, 2011). As linhas de cuidado estão relacionadas às redes temáticas regionais⁶, na medida em que preveem a organização do trabalho na atenção a um grupo populacional ou agravo, que poderia ser tomada como o tema, em uma dada região, por meio da identificação de pontos da rede nos diferentes níveis de complexidade, do estabelecimento e da pactuação de fluxos de referência e contrarreferência.

A “linha de produção do cuidado”, como enunciam Franco e Magalhães, tem como unidade estruturadora o usuário e seu projeto terapêutico. Um importante destaque, e que talvez motive sua adoção no processo de regionalização, é que a linha de cuidado prevê a entrada a partir da APS, e responsabilização pelo caminho e continuidade do cuidado do usuário no sistema (Franco & Magalhães Jr, 2004). Segundo Ferreira *et al.* (2011), devem ser sistemati-

6 Redes regionais são organizações de regiões sanitárias – definidas como uma área geográfica com características epidemiológicas e necessidades de saúde específicas, bem como com os recursos de saúde ali disponíveis – com o objetivo de promover articulações e buscar complementar os recursos de cada uma das partes (Lavras, 2011). Portaria do Ministério da Saúde define as redes de atenção à saúde como: “A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizacionais de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (portaria MS/GM 4279, de 30 de dezembro de 2010)” (Ferreira *et al.*, 2011). Nessa definição há uma aproximação à integralidade no cuidado de problemáticas de saúde. Uma forma de o nível federal e também os estados estimularem as redes é por meio da proposição de redes temáticas regionais, isso é, que se organizam a partir de uma condição ou necessidade específica.

zadas e fomentadas pelo fortalecimento da APS, incluindo propostas como o apoio e o monitoramento.

Vale assinalar que, originalmente, a expressão inclui a palavra “produção” (“linha de produção de cuidado”), uma vez que traz a ideia de processo de trabalho e do envolvimento de trabalhadores. Entretanto, frequentemente tem-se falado em linha de cuidado, apenas salientando o aspecto longitudinal, isso é, de continuidade do cuidado, e no direcionamento de todo o cuidado pela APS, que faria o papel de “puxar” a linha. Ainda que esse aspecto seja importante, é algo que já está dado, pela posição que a APS ocupa enquanto organizadora do sistema, de acordo com as propostas do Ministério da Saúde e da SES-SP. Nesse sentido, a estratégia operacional “linha de produção de cuidado” tem muito em comum com a proposta da ação programática em saúde, a partir da teoria do trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1994)⁷. Pode-se entender a proposta de ação programática como uma máquina de operação matemática, em que de um lado se tem o objeto ou matéria-prima – as necessidades de saúde (de indivíduos e de populações); e, no outro eixo, os produtos, que são as finalidades (individuais, coletivas e do sistema). A operação que a máquina realiza corresponde ao trabalho em saúde, que tem como mediadores o uso de conhecimentos e técnicas da epidemiologia e da clínica, a articulação da equipe multiprofissional, a programação do trabalho e a gerência e o planejamento do serviço, em conformidade com essa proposição⁸.

Por “Cuidado”, entende-se que as ações de saúde não devem ser predefinidas ou limitadas pela busca do “êxito técnico”, mas requerem a construção do “sucesso prático”, que mobiliza e dá sentido ao “encontro cuidador”, orientado pelo projeto de felicidade de quem está sendo cuidado (Ayres, 2004).

Uma característica do conceito de linha de cuidado é abordar a integralidade para além da APS, direcionada por ela, o que traz para a organização do trabalho a abordagem conforme o contexto (Mattos, 2002), exigindo esforço e criatividade da equipe. O conceito de integralidade (Ayres, 2009), orientado pela teoria do trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1994) e pela noção de Cuidado (Ayres, 2004), pressupõe que o trabalho dá-se por meio da distribuição em quatro eixos inter-relacionados: necessidades (qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde);

finalidades (graus e modos de integração entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social); articulação (interdisciplinaridade e intersetorialidade); interações (qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado) (Ayres, 2009).

Outra característica interessante da linha de cuidado é a maior ênfase na clínica, no que guarda semelhanças com a proposta de Clínica Ampliada (Campos, 2005), além do potencial de chamar para o Cuidado compartilhado e para a co-gestão (Campos, 1998). Destaca-se ainda a perspectiva de compreender que o Cuidado na atenção à saúde dá-se no plano individual e também coletivo, uma vez que: “*Não se Cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos*” (Ayres, 2004, p.28).

Objetivos

Objetivo geral

O objetivo geral do projeto é a construção da linha de cuidado para saúde na adolescência e juventude para o SUS, no estado de SP.

Objetivos específicos

Propõe-se:

- Realizar diagnóstico sobre atenção à saúde na adolescência e na juventude em SP.
- Identificar e conhecer experiências dos pontos da linha de cuidado (serviços que atendem adolescentes e jovens em SP).
- Elaborar proposta para linha de cuidado à saúde na adolescência e na juventude, no SUS, em SP.
- Elaborar recomendações de boas práticas de cuidado à saúde na adolescência nos níveis primário, secundário e terciário.
- Desenvolver experiência de linha de cuidado em regiões de saúde selecionadas.
- Contribuir para consolidar a linha de cuidado enquanto política pública no estado de SP.
- Desenvolver indicadores para acompanhamento e avaliação.

7 Teoria que pressupõe compreender as práticas em saúde enquanto intervenção técnica e política na realidade.

8 Considera-se nesse projeto que o título e o conceito operacional também devem favorecer a comunicação com os gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde. Por esse motivo, foi feita a opção por adotar a forma atualmente mais conhecida e de simples comunicação “linha de cuidado”, mesmo tomando a expressão de modo aprofundado, a partir da relação com o trabalho em saúde.

Metodologia

A metodologia combina a abordagem quantitativa e qualitativa, adequada a projetos de pesquisa aplicada e intervenção social, voltados para a saúde pública (Minayo, 1992). Será desenvolvida por meio de seis etapas consecutivas e interdependentes, descritas abaixo, e representadas pela Figura 2. Destaca-se que as etapas de 1 a 5 são relacionadas ao desenvolvimento do projeto e a sexta consiste na elaboração de relatórios e outras publicações dos resultados.

Para aplicação no estado de SP, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAAE: 64912817.5.0000.0065 / Parecer: 1.977.538) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde CEPIS-SP (CAAE: 64912817.5.3001.5469 / Parecer: 2.110.899).

Diagnóstico sobre saúde na adolescência e na juventude em SP e identificação de pontos da linha de cuidado

- Levantamento de políticas, recomendações e literatura sobre adolescência e juventude e temas relacionados à construção da rede de cuidado à saúde dessa população.
- Elaboração, no FormSUS⁹, de questionário estruturado *online* para aplicação junto aos serviços de saúde que atendem adolescentes e jovens em SP, com o objetivo de identificação das experiências realizadas, incluindo temas, abordagens, dificuldades e poten-

cialidades; bem como de pontos da linha de cuidado. Também serão abordadas as relações que cada serviço estabelece com diferentes equipamentos de saúde e intersetoriais, bem como atividades desenvolvidas no território e com a participação da comunidade, particularmente de adolescentes e jovens¹⁰.

- Preenchimento do questionário pelos serviços de saúde que atendem adolescentes e jovens em SP. Para a divulgação e orientação de preenchimento o projeto conta com a estrutura da SES-SP e suas divisões, particularmente do Programa de Saúde do Adolescente, por meio das Casas de Adolescente e da Comissão Científica, e da Atenção Básica, com destaque para o Programa de Articuladores da Atenção Básica.
- Análise dos dados coletados: organização dos bancos de dados e análise estatística, incluindo frequências das atividades realizadas; relações (comparações e associações) entre características dos serviços, das regiões de saúde e sociodemográficas com as atividades realizadas; relações entre serviços de diferentes níveis de atenção.

Elaboração de proposta de linha de cuidado e de recomendações de boas práticas para os diferentes níveis de assistência à saúde

Realização de entrevistas coletivas com gerentes de serviços, profissionais de saúde, adolescentes e grupo de experts, para levantamento e discussão de propostas para a linha de cuidado à saúde na adolescência e na ju-

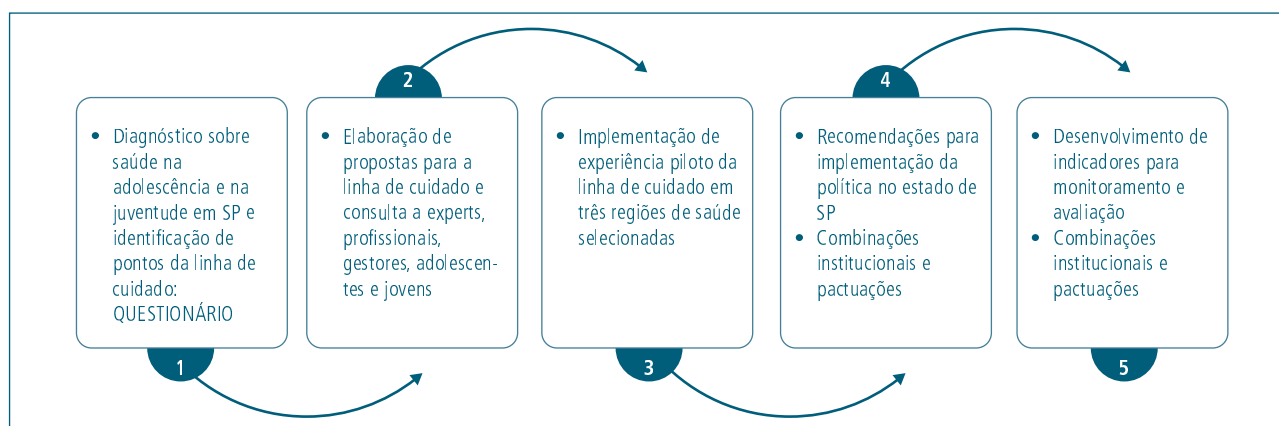


Figura 2 – Etapas do projeto Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo

9 FormSUS é um serviço do DATASUS para a criação de formulários na Web e desenvolvido para atender as finalidades do SUS e de órgãos públicos.

10 A intersetorialidade para a promoção dos direitos humanos de adolescentes e jovens, a educação em saúde e para a cidadania de adolescentes e jovens, e a participação social em saúde de adolescentes e jovens constituem os objetos dos planos de trabalho específicos dos bolsistas de treinamento técnico PPSUS/FAPESP.

ventude, no SUS, no estado de SP; e para recomendações de boas práticas de cuidado à saúde na adolescência e juventude nos níveis primário, secundário e terciário.

- Entrevistas coletivas com profissionais de saúde e gerentes dos serviços.
 - Composição: profissionais de saúde provenientes dos três níveis de atenção aos adolescentes, incluindo: UBS de diferentes tipos organizacionais (UBS tradicional e com Estratégia de Saúde da Família); Casas do Adolescente; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) infantil e adolescente/álcool e drogas; Centro de Referência e Treinamento (CRT), ou Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), ou Serviço de Atenção Especializada (SAE) em DST/Aids, que desenvolvam trabalhos com ênfase em adolescentes e jovens; e ambulatórios de adolescentes em hospitais terciários e/ou universitários.

Serão convidados ao todo 17 participantes, sendo um de cada DRS (Departamento Regional de Saúde) que compõe o estado de SP. Serão divididos em dois grupos, pela recomendação de trabalhar com pequenos grupos. Será tomado o cuidado de incluir profissionais e gerentes, bem como participantes de cada nível de complexidade em cada um dos dois grupos.

Observa-se que por esse projeto ser voltado para a elaboração de uma linha de cuidado para a saúde de adolescentes e jovens, tomada enquanto política de saúde, e também por motivos relacionados à viabilidade, a procedência dos participantes foi restringida a serviços de saúde. Não obstante, temas relativos à intersetorialidade serão parte do conteúdo do questionário *online*, das entrevistas coletivas e do grupo de experts¹¹.

- Entrevistas coletivas com representantes do Conselho da Juventude, de ONGs e de redes de adolescentes e jovens.
 - Composição: representantes de Centros da Juventude, de Organizações Não Governamentais (ONGs) que trabalham com adolescentes, e de redes de movimentos sociais de adolescentes e jovens, entre outros¹². Serão convidados 17 adolescentes e jovens, distribuídos em dois grupos, sendo um de cada DRS, buscando trazer a diversidade regional.

Também serão tomados cuidados para haver participantes de diferentes idades e contemplando diferentes identidade de gênero e orientação sexual, raça, classe social, entre outras características.

- Grupos de experts¹³.
 - Composição: especialistas nas temáticas adolescência e juventude; promoção da saúde; direitos humanos; vulnerabilidades e prevenção de doenças e agravos; violência; drogas; doenças relevantes nessa faixa etária (de acordo com magnitude e transcendência); intersetorialidade (adolescência na saúde, na educação, na assistência social, entre outros setores); tecnologias para cuidado integral em saúde; território; linhas de cuidado; redes temáticas de saúde; redes regionais de saúde.
- Análise do material empírico: transcrição das entrevistas coletivas e do grupo de experts e análise de conteúdo.
- Elaboração da primeira versão da linha de cuidado para a saúde de adolescentes e jovens, para o SUS, em SP.
 - Essa etapa incluirá a representação espacial e gráfica da proposta de linha de cuidado em mapa¹⁴.
- Elaboração de primeira versão das recomendações de boas práticas de cuidado a adolescentes e jovens.

Desenvolvimento de experiência-piloto da linha de cuidado

Serão articuladas, junto às respectivas DRS e CIRs, propostas de experiências-piloto compreendendo três regiões distintas, totalizando quinze municípios: São Sebastião, Ilhabela, Caraguatatuba, Ubatuba (Comissão Intergestora Regional – CIR Litoral Norte, DRS Taubaté); Tatuí, Itapetininga e Capão Bonito (parte da CIR de Itapetininga, DRS Sorocaba); Cotia, Embu das Artes, Embu-Guacu, Itapeverica da Serra, Juquitiba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra, Vargem Grande Paulista (CIR Mananciais, DRS Grande São Paulo).

A CIR Litoral Norte foi selecionada para o desenvolvimento de experiência de linha de cuidado dentre as regiões prioritárias estabelecidas para a atuação da SES-SP para o período de 2016-2017¹⁵, caracterizadas por serem diferentes em termos de localização no território

11 Constituindo importante matéria para o projeto de bolsa de treinamento técnico PPSUS/FAPESP que enfocará o tema da intersetorialidade.

12 Essa atividade fornecerá importantes elementos de análise para o projeto de bolsa de treinamento técnico PPSUS/FAPESP que enfocará a participação social em saúde de adolescentes e jovens para o estabelecimento de sua linha de cuidado.

13 Adicionalmente, os experts serão consultados em outras fases do projeto, por exemplo para opinarem sobre a construção do questionário de diagnóstico, sobre os documentos finais da linha de cuidado e sobre os indicadores para avaliação e monitoramento.

14 Mapa construído por meio de geoprocessamento, conforme projeto de bolsa de treinamento técnico PPSUS/FAPESP.

15 Corresponde às Comissões Intergestoras Regionais da região metropolitana de Campinas, o Litoral Norte, Itapeva, Vale do Jurumirim e Vale do Ribeira.

do estado; por serem, de modo geral, áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica ou com maior dificuldade de organização do sistema de saúde; e por apresentarem diferenças no perfil de morbimortalidade.

O critério adotado combinou a vulnerabilidade de adolescentes e jovens por ser área costeira e de turismo, em que além de situações de risco comuns a outros adolescentes e jovens do estado, somam-se também a exposição diferenciada a exploração sexual, tráfico de drogas e casos de violência urbana entre jovens.

Além disso, trata-se de região composta por apenas quatro municípios – São Sebastião, Ilhabela, Caraguatatuba e Ubatuba – o que favorece a abordagem pelo projeto e a constituição de uma linha de cuidado piloto. Nessa região, já vem sendo desenvolvido um trabalho de apoio da SES-SP. O PASA (CSE-FMUSP) já desenvolveu trabalho de prevenção em DST/aids na adolescência no município de Ilhabela, a convite desse e por meio de articulação entre saúde, educação e ONG com a participação de adolescentes. Essas características podem facilitar operacionalmente a condução de uma experiência-piloto.

Com relação aos pontos da linha de cuidado, tem-se levantamento inicial de que na região do Litoral Norte constam pelo Cadastro Nacional de Serviços de Saúde, em 2016, 54 Unidades Básicas de Saúde e quatro postos de saúde. No DRS de Taubaté há uma Casa do Adolescente em Jacaré, ambulatórios de especialidades e hospitais terciários na rede, universidades com trabalho com adolescentes que integram a Comissão Científica do Programa de Adolescentes da SES-SP em Taubaté, Campos do Jordão e São José dos Campos. Há também serviços relacionados ao Programa Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais, Centros de Atenção Psicossocial, entre outros.

Cada uma das cidades de Tatuí, Itapetininga e Capão Bonito possui uma Casa do Adolescente, marco do Programa Estadual de Saúde do Adolescente. Uma vez que constitui um dos objetivos do presente projeto conhecer e aprimorar as relações entre os níveis do sistema, bem como o conteúdo do trabalho em cada ponto da linha, interessa conhecer atuação dessas unidades e suas formas de integração à rede regional. Por outro lado, nessa região sabe-se que a interação do nível primário com os demais níveis de atenção encontra limites de forma geral, isso é, para além da atenção à saúde de adolescentes e jovens. Por isso mesmo, é relevante para a coordenação da Atenção Básica estudar e investir na integração entre os pontos da linha de cuidado nessa região. Essas três cidades têm porte médio e uma caracte-

rística predominantemente agrícola, com parte da população habitando a zona rural.

A CIR Mananciais foi selecionada no intuito de abarcar uma região metropolitana. Na preparação das oficinas junto a esses municípios, serão convidados também a participar gestores e serviços da Zona Oeste de São Paulo, particularmente no bairro do Butantã e arredores, onde se localiza uma das instituições sede do projeto, o CSE/FMUSP. Assim, além de contemplar vulnerabilidades particulares de uma grande cidade, de seu entorno e periferia, essa experiência-piloto possibilitará discussões e articulações junto à rede local de serviços com os quais o CSE/FMUSP já mantém proximidade como, por exemplo a Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança/HC-FMUSP e a Casa do Adolescente de Pinheiros – primeira Casa do Adolescente inaugurada sob a gestão do Programa Estadual de Saúde do Adolescente.

O levantamento preciso dos pontos de cuidado nessas regiões constará do item 4.1 (Diagnóstico sobre saúde na adolescência e na juventude em SP e identificação de pontos da linha de cuidado).

Com a proposição da experiência-piloto nessas regiões distintas, buscou-se exercitar a linha de cuidado em contextos distintos, abarcando uma maior diversidade no estado de SP.

- Reuniões preparatórias
 - Tem sido realizadas reuniões nas DRS, CIR e municípios das regiões selecionadas para apresentação do projeto e planejamento conjunto das etapas de trabalho.
- Oficinas de trabalho com representantes de cada ponto da linha de cuidado nas regiões escolhidas.
 - Será realizada uma oficina inicial junto a representantes dos pontos de cuidado dos municípios selecionados, em que será exercitada a linha de cuidado. Na oficina também se buscará incluir participantes de outros setores, como educação e assistência social, entre outros, além de representantes de grupos da sociedade civil¹⁶. Após essa etapa, os serviços (pontos da rede) terão tempo para pôr a linha de cuidado em prática, em que contarão com o apoio da equipe técnica do projeto, com relato e discussão em uma segunda oficina.
- Síntese de boas práticas na experiência-piloto.
 - Essa síntese será elaborada pela equipe do projeto e será a base para a etapa seguinte.

16 Desse modo, essa atividade é parte importante dos projetos de bolsa de treinamento técnico PPSUS/FAPESP.

Propostas para implementação da política pública “Linha de cuidado para a saúde na adolescência e juventude, para o SUS, no estado de SP”

- Revisão e elaboração de documento final com a proposta de linha de cuidado na adolescência e juventude, para o SUS, em SP.
- Revisão e elaboração de documento final das recomendações de boas práticas de atenção a adolescentes e jovens nos diferentes níveis assistenciais.
- Consideração das etapas de combinação institucional no contexto do estado de SP para implementação da linha de cuidado, com pactuação na Comissão Intergestora Bipartite e diálogo com o Conselho Estadual de Saúde, com o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), entre outras instâncias.

Desenvolvimento de indicadores para avaliação e monitoramento da implantação da linha de cuidado

- Elaboração de indicadores.
 - Com o objetivo de contribuir para a implementação, manutenção e para as futuras revisões da linha de cuidado à saúde na adolescência serão estabelecidos indicadores para avaliação, a partir de conhecimentos gerados pelas etapas anteriores, incluindo a consulta a experts. Os indicadores serão definidos com base nas respostas ao mesmo questionário *online* utilizado em etapa anterior para conhecimento dos serviços (item 4.1.2). Nessa etapa, as perguntas do questionário serão revisadas e aprimoradas, em busca de verificar a implantação da linha de cuidado. As recomendações de boas práticas deverão estar alinhadas a esses indicadores, servindo como fonte de embasamento para a avaliação.
- Design e programação de sistema informatizado para acesso ao questionário *online*
 - Nessa etapa, a versão inicial do questionário *online* será revista e adaptada para essa finalidade avaliativa, incluindo o design e a programação de um sistema informatizado para acesso pelos serviços e gestores, incluindo: questionário para aplicação periódica, com acesso pelos serviços mediante login e senha; banco das respostas obtidas junto aos serviços, gerado automaticamente, para acesso pelos serviços e por pesquisadores/avaliadores e gestores; relatórios de resultados, de amplo acesso, apresentando frequências de respostas do conjunto de serviços, segundo indicadores selecionados.

Elaboração de materiais de divulgação, relatórios e publicações científicas

- Elaboração de materiais de divulgação.
 - Os documentos resultantes do projeto (linha de cuidado e recomendações de boas práticas) serão divulgados em página específica na web, sediada pelas instituições parceiras. Para isso, serão elaborados projetos gráficos para versão digital dos documentos, podendo ser utilizados futuramente para impressão desses materiais. O sistema do questionário *online* deverá conter também links de acesso a esses documentos.
- Elaboração de relatórios.
- Elaboração de apresentações e publicações científicas. Pretende-se apresentar os resultados do projeto em:
- Encontros e seminários promovidos pelo CSE-FMUSP, pela SES-SP (Programa Estadual de Saúde do Adolescente e Atenção Básica, entre outros) e pelo CEBRAP;
- Seminários e congressos sobre cuidados em saúde na adolescência e juventude, atenção primária, redes regionais e temáticas, linhas de cuidado, gestão e políticas de saúde, entre outros;
- Publicações em periódicos da área, nacionais e internacionais.

Observa-se que ao longo do projeto serão desenvolvidas atividades na instituição proponente, CSE-FMUSP, a partir de seu Programa de Atenção à Saúde na Adolescência (PASA) e contando com a participação de bolsistas de treinamento técnico PPSUS/FAPESP¹⁷, grupo de adolescentes e jovens, voltado para a educação em saúde e para a cidadania. Essas atividades incluirão: apresentação de sugestões para a linha de cuidado e para recomendações de boas práticas; análise das propostas iniciais e do produto final da linha de cuidado e das recomendações de boas práticas; e elaboração de indicadores para a avaliação de serviços amigáveis aos adolescentes e jovens, da perspectiva do usuário.

Resultados e produtos esperados

O projeto apresentado prevê a elaboração e divulgação dos seguintes documentos e instrumentos:

- Documento da linha de cuidado para a saúde de adolescentes e jovens, para o SUS, em SP (formatação de versão digital para acesso de profissionais, gestores e adolescentes);
- Recomendações de boas práticas de cuidado a adolescentes e jovens nos níveis primário, secundário e

17 Especialmente de bolsista que atuará na condução dos grupos para educação em saúde e cidadania para adolescentes e jovens no CSE-FMUSP, e de bolsista que enfocará a participação social em saúde de adolescentes e jovens na linha de cuidado.

terciário de atenção à saúde (formatação de versão digital para acesso de profissionais, gestores e adolescentes);

- Sistema informatizado para coleta periódica de indicadores para avaliação e monitoramento da implantação da linha de cuidado para a saúde de adolescentes e jovens, para o SUS, em SP.

Estão previstas também contribuições para atividades de ensino no escopo do projeto, incluindo a formação de bolsistas de treinamento técnico, a participação de pesquisador que integra programa de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social pelo HC-FMUSP, bem como a participação de outros programas de residentes que fazem estágio no PASA (CSE-FMUSP), incluindo os programas de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária, Pediatria e de especialização em adolescentes.

Indicadores para avaliação do andamento do projeto

Nas diferentes etapas, será observada a contemplação dos objetivos gerais e específicos do projeto de modo a construir uma linha de cuidado para saúde na adolescência e juventude, para o SUS, no estado de SP que tenha: adequação à realidade sociodemográfica, epidemiológica e às necessidades de saúde de adolescentes e jovens no estado de SP; legitimidade e responsividade junto a movimentos organizados de adolescentes e jovens; contextualização com serviços de saúde, sistemas e redes locais regionais concretos; interface com setores de educação, cultura, lazer, esporte, trabalho, assistência social, entre

outros; identificação de finalidades do cuidado em saúde de adolescentes e jovens; identificação de instrumentos tecnológicos para buscar atingir as finalidades de cuidado de adolescentes e jovens, incluindo metodologias para o trabalho das equipes de saúde com os adolescentes e jovens; viabilidade e sustentabilidade do projeto da linha de cuidado para adolescentes e jovens, para o SUS, no estado de SP, por meio de estratégias de gestão para a institucionalização, o acompanhamento e o monitoramento.

A avaliação da execução do projeto se dará por meio de: etapas de discussão intermediária do material em produção com grupos de adolescentes, jovens, profissionais, gerentes e experts; apresentação e discussão dos documentos da linha de cuidado e recomendações de boas práticas com gestores de saúde; reuniões de avaliação entre os parceiros, incluindo os diferentes membros da equipe técnica; elaboração e submissão de relatórios finais.

Continuidade e desdobramentos do projeto

Espera-se que após a construção da linha de cuidado para saúde na adolescência e juventude para o SUS, no estado de São Paulo, suceda-se uma fase de pactuações da linha de cuidado, enquanto política pública e, em seguida, de implantação da proposta, com experiência prática nas regiões, nos municípios e serviços. O acompanhamento da implantação poderá ser feito por meio do sistema de indicadores e avaliação, de modo que o atual projeto possa fornecer subsídio para a manutenção dessa política pública para a saúde de adolescentes e jovens no estado de São Paulo.

Referências

- AYRES JRCM. Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. *Saúde em Debate*, 42(18): 54-8, 1994.
- AYRES JRCM, FRANÇA-JÚNIOR I. Saúde do adolescente. In: SCHRAIBER LB, NEMES MIB, MENDES-GONÇALVES RB (Orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000, p.66-85.
- AYRES JRCM. Organização das ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, 18(Supl.2): 11-23, 2009.
- AYRES JRCM, CARVALHO YM, NASSER MA, SALTÃO RM, MENDES VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*, 16(40): 67-82, 2012b.
- CAMPOS GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.
- _____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4): 863-70, 1998.
- FERREIRA JBB, BOMBARDA FP, FOSTER AC, et al. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: IBÁÑEZ N, ELIAS PEM, SEIXAS PHA. *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011, p.731-61.
- FRANCO TB, MAGALHÃES-JUNIOR HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY EE, et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- LAVRAS CCC. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBÁÑEZ N, ELIAS PEM, SEIXAS PHA. *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011, p.317-31.
- MATTOS RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5): 1411-6, 2004.
- MENDES-GONÇALVES RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

NASSER MA, FIORONI LN, AYRES JRJM. Atenção Primária à Saúde de Adolescentes: Vulnerabilidade e Integralidade na Construção do Cuidado. In: LOURENÇO B, *et al.* (Orgs.). *Medicina de Adolescentes*. Coleção Pediatria do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP. SCHVARTSMAN BGS, MALUF PT (Editores). Barueri: Manole, 2015, p. 68-78.

QUEIROZ LB, AYRES JRJM, SAITO MI, MOTA A. Aspectos históricos da institucionalização da atenção à saúde dos adolescentes no estado de São Paulo, 1970-1990. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 20(1): 49-66, 2013.

AYRES JRJM, CARVALHO YM, NASSER MA, MENDES VM, FIORONI LN, SALTÃO RM, *et al.* Caminhos da Integralidade na atenção primária à Saúde: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe – Adolescência e Juventude. Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Departamento de Medicina

Preventiva-FMUSP, 2012a. Acesso em: <<http://medicina.fm.usp.br/cseb>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Anexo do Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Tabelas Atualizadas. Brasília/DF, 2008. Acesso em: <http://portal.pmfsc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/10_02_2010_9.51.16.41f407d83e652672c75ce698959edca9.pdf>.

CASTANHEIRA ERL (Coord.) Questionário QualiAB: Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica QualiAB. Faculdade de Medicina de Botucatu FMB/UNESP. Acesso em: <<http://www.abasica.fmb.unesp.br>>.

NEMES MIB (Coord.) Questionário Qualiaids: Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/aids no Brasil. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Acesso em: <<http://www.qualiaids.fm.usp.br>>.

Protocolo de orientação para Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes em Serviços da Atenção Básica do município de São José dos Campos

45

Ana Carla Figueiredo Pinto¹

Em cinco de setembro de 2014, o Programa Municipal da Saúde do Adolescente de São José dos Campos recebeu um convite para o *Encontro de Atualização em Legislação de Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes*, promovido pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde/SP, que aconteceu no dia 06 de outubro de 2014, coordenado por Regina Figueiredo². O objetivo seria apresentar e discutir com os articuladores dos Programas de Saúde do Adolescente e da Mulher dos diversos municípios presentes a seguinte pauta:

- panorama e dificuldades de atenção aos adolescentes com menos de 18 anos;
- questões éticas e a questão de privacidade de informações aos adolescentes desacompanhados;
- papel do profissional de saúde com relação à garantia de atenção embasada por legislações e normativas pós-ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente);
- orientações gerais para sugestão de confecção de protocolos municipais que facilitassem a atenção ao adolescente quanto à saúde sexual e reprodutiva.

Os problemas mais frequentes nas pesquisas do Instituto da Saúde sobre essa demanda no Estado de São Paulo versavam sobre:

- dificuldades no acesso às informações sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) de toda população;
- discriminação no agendamento e nas orientações das unidades de saúde assim como realização de teste HCG preventivo ginecológico e teste de HIV;
- acesso e aquisição de materiais educativos e preservativos;
- acesso aos profissionais de saúde desde agentes comunitários de saúde aos enfermeiros e médicos;
- acesso das adolescentes aos métodos contraceptivos e anticoncepção de emergência;
- dificuldades na medicação para SSR de adolescentes desacompanhados nas unidades de saúde;

- exigência de participação/autorização de pais para atenção aos adolescentes e/ou da participação em grupos educativos e/ou da circunscrição geográfica e/ou de cartão SUS/prontuário/comprovante de residência para acesso de adolescentes aos preservativos e materiais educativos;
- encaminhamentos errôneos de adolescentes sexualmente ativos em casos de violência/abuso sexual;
- falta de padronização na atenção em SSR de adolescentes entre os profissionais e entre os serviços da rede de saúde;
- diversidade de atenção em SSR de adolescentes entre parceiras/prestadores/terceirizadas;
- desrespeito a normas e orientações técnicas em SSR;
- influência de fatores de ordem moral/pessoal na atenção em SSR.

Todos esses problemas, elencados nesse Encontro, eram identificados no cotidiano da rede de saúde de São José dos Campos. Portanto, os articuladores do Programa de Saúde do Adolescente voltaram muito motivados a iniciar uma força-tarefa de sensibilização junto aos outros programas municipais parceiros na construção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos dos Adolescentes. Foi acordada a necessidade de embasamento ético e legal de forma resumida pela Secretaria Municipal de Saúde para que a rede de atenção primária fosse mais eficiente na garantia de tais direitos.

Partiu-se do modelo ofertado no referido encontro para adequação à realidade do município. A articulação do Programa Municipal da Saúde do Adolescente com as coordenações locais da atenção básica, do Programa da Saúde da Mulher e do Programa de DST/aids, foi fundamental para a construção de um documento que contemplasse perfis variados de adolescentes, como a população soropositiva e LGBT.

No início de março de 2015, o documento foi aprovado por todos os programas envolvidos e conseguiu-se a aprovação e assinatura do Secretário Municipal de Saúde

1 Pediatra com área de atuação em medicina do adolescente pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Referência técnica do Programa Municipal da Saúde do Adolescente e ex-conselheira de direitos da criança e do adolescente de São José dos Campos/SP (2013/15).

2 Socióloga, mestre em antropologia e doutoranda em Saúde Pública pela USP, pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e coordenadora de Projetos e Treinamentos em Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos.

local. Em doze de março de 2015, reunimos profissionais de saúde da rede de atenção primária e das estratégias de saúde da família para apresentação e debate sobre o *Protocolo de Orientação para Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes em Serviços de Atenção Básica no município de São José dos Campos/SP*. A avaliação do encontro foi registrada pelos participantes, tendo sido muito positiva. A maioria sentiu-se mais esclarecida para atuar no atendimento ao adolescente.

Como nem todos os servidores puderam participar desse encontro e, considerando os vários questionamentos levantados, surgiu a ideia de visitas seriadas, como apoio matricial a todas as unidades básicas de saúde até o final de 2015. Essa etapa foi essencial para esclarecimentos e fortalecimento da uniformidade da assistência aos adolescentes em toda a rede básica de saúde. Durante esse processo, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou um portal da saúde *online* apenas para os servidores municipais de saúde, onde cada programa de política de saúde poderia colocar documentos norteadores e de apoio para as unidades básicas.

O *Protocolo de Orientação para Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes em Serviços de Atenção Básica no município de São José dos Campos/SP* foi aprovado para ser inserido no Portal da Saúde, o que facilitou a consulta e aprimorou as condutas das equipes.

Ao longo desse processo, a Secretaria Municipal de Saúde descentralizou a distribuição de preservativos em dispensadores fixados em lugares de grande trânsito nas unidades básicas e na comunidade com parceiros comerciais.

Após a implantação do protocolo, houve significativo aumento na realização de procedimentos na faixa etária de 10 a 20 anos (ver Tabela 1), com maior acesso dos adolescentes as unidades básicas de saúde. Há maior diálogo com as escolas, que agora encaminham os adolescentes para acolhimento e orientação em saúde, e frequentemente são realizadas ações conjuntas de prevenção em

parceria com os profissionais de saúde. Percebe-se maior acesso dos adolescentes aos preservativos (ver Tabela 1), aos testes de gravidez e exames citopatológicos cervico-vaginais (ver Tabela 2), a testagem sorológica, assim como bem menor recusa de atendimento quando desacompanhados.

Com acesso a diversos documentos legais (como o Marco Legal; Saúde, direito do adolescente) e do *Protocolo de Orientação para Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes em Serviços de Atenção Básica no município de São José dos Campos/SP* no portal da saúde (*online* municipal), observou-se queda na frequência de telefonemas das equipes de saúde com dúvidas sobre o atendimento e o direito à saúde do adolescente.

Tabela 1: Relatório de saída dos preservativos masculinos de 49 mm e 52 mm nas unidades básicas de saúde de São José dos Campos entre 2014 e 2016

Tamanho	1º semestre 2014	1º semestre 2016
49 mm	3.600	16.416
52 mm	563.742	673.684

Tabela 2: Número de procedimentos realizados na faixa etária de 10 a 20 anos de idade, do sexo feminino, nas unidades básicas de saúde de São José dos Campos, entre 2014 e 2016

Procedimento	2014	2015	2016
Pesquisa de Gonadotrofina Corionica (Teste De Gravidez)	234	221	414
Teste Rapido de Gravidez	780	1.243	1.850
Exame Citopatológico Cervico – Vaginal/Microflora	882	1.376	2.089
TOTAL	1.896	2.840	4.353

Almejamos que, em breve, os índices de gravidez não planejada, de DST/HIV e abortos na adolescência caiam em nosso município, assim como nossas unidades realmente sejam amigáveis a esse ciclo da vida.

Referências

- BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 01 fev 2015
- _____. Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o *Estatuto da criança e do adolescente* e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8069>. Acesso em 01 fev 2015
- _____. Ministério da Saúde. *Marco Legal: saúde, um direito do adolescente*. Brasília, 2007. 58p.
- _____. Centro de Referência e Treinamento DST/aids. *Prevenção das DST/aids em adolescentes e jovens: brochuras de referência para os profissionais de saúde*, São Paulo, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília, 2008. 52 p.
- _____. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde/Ministério da Saúde*. – 1. ed.– Brasília, 2012. (Série E. Legislação de Saúde)
- ESTADO DE SÃO PAULO. Decreto nº 55.588, de 17 de março de 2010. Dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transsexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado de São Paulo

- e dá providências correlatas. Publicado na Casa Civil, aos 17 de março de 2010.
8. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso)/ Conselho Federal de Medicina – Brasília, 2010. 70p.; 15 cm.
 9. Conselho Federal de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo; Resolução CFP nº 010/05, de 21 de julho de 2005/ Conselho Federal de Psicologia – Brasília, 2005. 20p.
 10. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Resolução COFEN nº 311, de 12 de maio de 2007/Conselho Federal de Enfermagem – Rio de Janeiro, 2007.
 11. Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. – 10ª ed. rev. e atual. – [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]. 60 p.
 12. Saito MI, Leal MM. Fórum 2002: Contracepção, adolescência e ética. [online].Disponível em: <http://www.nutrociencia.com.br/upload/planejamento%20familiar.pdf>. [2004 fev 13].
 13. Maria Ignez Saito *et al.* Adolescência e contracepção de emergência. Revista Paulista de Pediatria 25(2): 180-6. 2007

Orientações para Atenção a Adolescentes no âmbito da Atenção Básica no município de São José dos Campos

1. Adolescentes devem ser incentivados(as) a procurar serviços de Atenção Básica e outros disponíveis no município para receber orientações preventivas em Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo Educação Sexual, Prevenção de Gravidez Não Planejada (incluindo contracepção) e Prevenção de DST/aids.
2. Adolescentes devem receber materiais educativos e ser incentivados a participar de aconselhamento e atividades educativas em grupo sobre temas relacionados à sexualidade, prevenção de gravidez não planejada e DST/aids (teatros, mímicas, jogos, etc.), que podem ser realizados por qualquer profissional de saúde capacitado para realizar educação em saúde, inclusive agentes comunitários de saúde.
3. As ações da Estratégia de Saúde da Família devem facilitar e englobar a atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes, procurando abordar esse público nos domicílios, comunidades, escolas e outros espaços sociais ou institucionais aonde se concentre.
4. Adolescentes devem ter acesso a orientação, serviços e consultas de saúde sem a necessidade de presença ou autorização de pais ou responsáveis, com direito a privacidade e sigilo de opiniões e condutas, salvo em situações com necessidade de internação ou mediante risco de vida.
5. Os serviços de saúde devem facilitar que adolescentes vinculem seus cuidadores e familiares em seus problemas de saúde, sem exigir esse vínculo como condição de atendimento e acesso a qualquer serviço ou atendimento.
6. Adolescentes devem ter orientação e acesso à realização de todos os exames preventivos em Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo:
 - exame ginecológico clínico;
 - exames de detecção ou confirmação de diagnóstico de infecções ou doenças (papanicolau, exame de HIV, sífilis, hepatites etc.;
 - testes de gravidez.
7. Adolescentes devem receber aconselhamento pós-teste na realização de testagem de gravidez e encaminhamento para grupos de planejamento familiar *específico* e consultas com o médico da Saúde da Família ou com pediatra ou hebiatra ou consultas ginecológicas, com prioridade – de acordo com os critérios de encaminhamento e existência de morbidades – para aquisição de contraceptivos, visando prevenção de gravidez.
8. Adolescentes devem receber aconselhamento pré e pós-teste na realização de testagem para HIV, com incentivo ao uso de preservativos.
9. Adolescentes com situações de gravidez ou sintomas de DST, incluindo presença de HPV e HIV/aids devem receber acompanhamento ativo nos encaminhamentos de exames e/ou medicação e/ou busca de serviços especializados, visando a adesão ao tratamento, considerando a escolha do responsável ou adulto de confiança do adolescente, com quem deverá compartilhar sua situação.
10. Adolescentes devem ter acesso facilitado a tratamentos e medicamentos para problemas relativos à Saúde Sexual e Reprodutiva.
11. Todos os atendimentos, registro de motivo da procura, anamnese e achados do exame clínico inicial e de seguimento, assim como as orientações fornecidas pelo profissional devem ser registradas no prontuário ou ficha de atendimento do usuário (com exceção do fornecimento de preservativos), de forma a resguardar o profissional sobre o seguimento do protocolo e as normas legais que o apoiam.
12. Adolescentes devem ter orientação e acesso a todos os métodos contraceptivos reversíveis, com orientação de profissionais de saúde:
 - a orientação de métodos de barreira (camisinha e diafragma) pode ser feita por qualquer profissional de saúde treinado no tema;

- a orientação de uso de métodos hormonais e do DIU deve ser avaliada por médico (de saúde da família ou ginecologista ou hebiatra) a partir dos critérios de elegibilidade do método e condições comportamentais e físicas da adolescente; a colocação do DIU deverá ser feita por profissional médico capacitado para tal procedimento.
 - o fornecimento de contraceptivos hormonais no próprio serviço para usuárias regulares, que iniciaram seu uso por indicação médica, pode ser continuado nos primeiros 3 meses de adaptação ao método e, na ausência de sinais e sintomas de alerta e da boa adaptação ao seu uso;
 - a orientação e fornecimento da contracepção de emergência devem ser feitas para adolescentes em todas as situações de risco gravídico (até 120 horas após relação sexual desprotegida); podendo ser realizada por qualquer profissional de saúde vinculado às unidades do SUS;
 - a orientação e o fornecimento da contracepção de emergência devem ser realizados sem burocracias ou marcações de consultas que posterguem o seu uso rápido e, portanto, que prejudiquem a eficácia do método;
 - em caso de falta do contraceptivo de emergência, médicos devem prescrever prontamente sua aquisição em farmácias e drogarias particulares para utilização imediata;
 - adolescentes devem ser incentivados ao uso de preservativo, mesmo que juntamente com outros métodos contraceptivos, de forma a incentivar a dupla proteção contra DST/HIV/aids e Hepatites.
13. A dispensa de preservativos masculinos deve ser facilitada para aquisição espontânea, de preferência com a colocação de *dispensers* na entrada de serviços, corredores ou saguões e pode ser feita em ações fora do serviço como abordagens ou facilitação em locais da comunidade.
14. O fornecimento de camisinhas masculinas (e femininas, caso haja dispensa no serviço) deve ser facilitado a todos os adolescentes e deve ser realizado sem a necessidade de:
- informação de idade;
 - apresentação de documentos de identificação;
 - abertura de prontuários ou posse de cartão SUS
 - residência em área de abrangência da unidade;
 - vínculo ou participação em atividades educativas.
- OBS – A planilha nacional de controle de dispensa de preservativos não exige especificação da quantidade de preservativos retirados pela pessoa. Essa definição fica a critério do serviço, que deve adotar um sistema de cota negociada, estabelecendo uma quantidade de preservativos adequada a cada usuário por intervalo de tempo, baseada em suas necessidades e na disponibilidade no estoque.
15. Adolescentes que recorrerem ao método contraceptivo de emergência devem ser orientados sobre:
- sua função para uso pontual/emergência;
 - seus efeitos colaterais;
 - sua ineficácia para uso contínuo e/ou repetido;
 - a escolha de um método contraceptivo para uso regular.
16. A cota de dispensação dos preservativos para qualquer usuário deve ser por livre demanda, sendo sugerida a quantia de 10 preservativos/mês como padrão de uso, conforme planejamento continuado do Programa de DST/aids junto com o Programa de Saúde do Adolescente.
17. Qualquer procedimento mais invasivo ou cirúrgico a ser realizado com adolescentes necessita da comunicação e autorização expressa de pais ou responsáveis.

*São José dos Campos, 05 de março de 2015
Coordenação da Atenção Básica, da Saúde da Mulher,
da Saúde do Adolescente, do Programa Municipal
de DST/aids, Secretário Municipal de Saúde*

A experiência do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB) no atendimento às gestantes adolescentes

46

Corintio Mariani Neto, Renata Robial, Barbara Mondin e Zuleika Aparecida Olivieri Mariani

Características do pré-natal

As gestantes adolescentes são pacientes que, em geral, nunca foram atendidas por um ginecologista. Como não conhecem o exame ginecológico, na primeira consulta chegam um pouco assustadas e tímidas. É importante acolher e tentar estabelecer um vínculo de confiança, evitando-se qualquer juízo de valor. Sempre que possível, o exame ginecológico completo fica para a segunda consulta, depois de explicado na primeira vez com o atendimento e a rotina.

Pacientes com uma boa estrutura familiar costumam frequentar o pré-natal de maneira mais assídua, comparecendo a todas as consultas e exames. Pacientes com vínculo familiar mais fragilizado geralmente faltam com maior frequência ou não comparecem aos retornos para verificação de exames solicitados. Essas adolescentes necessitam de mais atenção ainda e, algumas vezes, de consultas mais próximas, para melhorar a aderência ao pré-natal.

Sempre que possível, deve ser evitado qualquer tipo de confronto com as adolescentes, pois, nessas circunstâncias, elas tendem a abandonar o acompanhamento.

As mães que acompanham as gestantes adolescentes muitas vezes também chegam com uma carga emocional mais forte e, por vezes, com sentimento de culpa da situação da própria filha, chegando a confrontar o atendimento para demonstrar preocupação e zelo. Essa situação pode ser contornada, por exemplo, quando lhes é transferida a responsabilidade pela realização de exames e marcação de consultas, de maneira que essas mães se sintam ajudando no acompanhamento da filha.

O acompanhamento multidisciplinar é fundamental e geralmente é feito com apoio psicológico e de assistentes sociais em nosso serviço.

Conquistar a confiança dessas pacientes pode ser desafiador no início, mas, certamente, o retorno é muito positivo. É durante o acompanhamento pré-natal que a gestante adolescente terá a oportunidade de esclarecer as dúvidas e aliviar as angústias que são alimentadas na fase gestacional.

Visitas à maternidade

São realizadas visitas semanais à maternidade, com o foco primordial de atender a gestante adolescente. Essa

visita, aberta para grávidas com idade gestacional de 30 semanas ou mais, tem duração de uma hora e meia e é dividida em duas etapas.

A primeira é realizada por uma enfermeira do ambulatório, com os seguintes objetivos:

- Incentivo ao parto normal, abordando ansiedade e angústia nessa fase.
- Ampliar o conhecimento da adolescente sobre o desenvolvimento do feto, sinais de parto e tipos de parto.
- Educar a gestante quanto às fases do parto e a terapêutica utilizada para amenizar o processo de dor.
- Orientar sobre as rotinas da instituição no momento da internação em trabalho de parto.

A segunda etapa da visita compreende conhecer as instalações da instituição. Essa etapa é conduzida por voluntária do VOMAT (Associação dos Voluntários do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros), com estímulo à participação na visita da família e/ou companheiro ou namorado.

A visita ao hospital pelo grupo de adolescentes gestantes tem a finalidade de desmistificar angústias e ansiedades que costumam gerar tensões pelo desconhecimento do parto. A familiaridade com o ambiente deixa a jovem mais confiante no processo de parturição, gera um bem estar emocional e representa um acolhimento pelo sistema público de saúde.

As visitas das gestantes à maternidade na visão das voluntárias

Todas as quintas-feiras, desde março/2003, ocorrem “*Visitas de Gestantes ao HMLMB*”, quando atuamos, em parceria com a enfermagem, no acolhimento de grávidas que realizam o pré-natal nessa instituição e seus familiares, principalmente adolescentes e na primeira gestação, que desejam conhecer a maternidade, sua filosofia e suas dependências. A nossa participação consiste em mostrar-lhes o hospital, sempre com a mesma voluntária, treinada para tanto, para que haja uma familiarização com o ambiente. Assim, no momento do parto, a jovem já terá conhecimento do local onde irá ficar. Iniciamos pelo Pronto-Atendimento, a porta de entrada no momento do parto, onde é feita a avaliação de internação,

passamos para onde ficará em trabalho de parto até o nascimento do bebê (Centro de Parto Normal ou Centro Obstétrico), depois para o Alojamento Conjunto, onde, após o parto, ficará alojada com seu bebê 24 horas por dia. Vamos também ao Banco de Leite Humano, onde será orientada pela equipe quanto à importância da amamentação e os principais cuidados com a mama. Por fim, visitamos o Alojamento Canguru, espaço reservado à mãe cujo bebê nasceu prematuro e necessita de cuidados especiais. Aqui, ela e seu companheiro serão de grande valia para o desenvolvimento do bebê, com a prática do método Canguru.

Fazemos um controle da quantidade de visitantes, bem como temos um “Livro de Depoimentos”, onde os visitantes expressam sua opinião. Esse é mais um trabalho prazeroso, pois sentimos o quanto é importante para essas pessoas saber com antecedência como é o local onde irão dar à luz. Entendemos ser esse mais um trabalho diferenciado da instituição, que tanto se preocupa com o bem estar da adolescente e seus familiares, por ocasião da sua internação. Mais uma prova de humanização da assistência, da qual nos sentimos orgulhosas e privilegiadas em participar.

“Com esse trabalho, pudemos observar que é da(o) usuária(o) que vem a nossa recompensa. Todos os dias, sem exceção, nos sentimos gratificadas pelo reconhecimento e pelas palavras de agradecimento e carinho que recebemos tanto das pacientes quanto de seus acompanhantes.”

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada. 2006.

Rennó Jr. J, Ribeiro H. L. Tratado de Saúde Mental da Mulher. Livraria Atheneu p. 350 a 361. 2012.

Assistência ao parto e puerpério

O HMLMB (independentemente das instalações CO e CPN) tem atenção especial à usuária no processo de parto na fase da adolescente. Pela vulnerabilidade dessa usuária, esse olhar detalhado se faz necessário e proporciona uma estrutura emocional, psíquica, de ambiência e processo educativo da evolução do parto. Mediante toda essa dinâmica, a parturiente adolescente está apta a ser protagonista no processo de parturição, o que efetiva o vínculo com o seu bebê.

Lembramos que o HMLMB é referência para gestantes e parturientes de alto risco que dão à luz sempre no seu Centro Obstétrico. Nesse aspecto particular, o Centro de Parto Normal, por acolher exclusivamente parturientes de baixo risco (“sem distócia”), é um local que permite a prática integral da política estadual de saúde no que tange à assistência ao parto humanizado. Com estrutura individualizada, os profissionais da unidade têm um cuidado especial em acolher a parturiente adolescente e seu(sua) acompanhante nessa fase do trabalho de parto, num ambiente mais tranquilo, sem as urgências e emergências próprias do Centro Obstétrico.

No puerpério, as usuárias adolescentes são acompanhadas pela equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas e equipe do Banco de Leite Humano.

Por ocasião da alta hospitalar, essas jovens são encaminhadas ao ambulatório do HMLMB para acompanhamento, orientação e planejamento familiar mais adequado, incluindo métodos de contracepção de longa duração reversível (LARC).

São Paulo. DOE – I de 26/03/2015, p. 1. Lei nº 15.759. “Parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do Estado de São Paulo”.

Manual do VOMAT. 2005

Parceria entre o curso de Psicologia do UniSALESIANO e o Projeto Novos Olhares, Novas Práticas: Educação e Rede de Proteção em Lins/SP

47

Ana Elisa Silva Barbosa de Carvalho¹

Introdução

A Diretoria de Ensino de Lins, em 2015, implantou o Projeto “Novos Olhares, Novas Práticas: Educação e Rede de Proteção em Lins”. O objetivo foi reunir a rede de proteção para que essa pudesse compreender e auxiliar a educação, a fim de promover e/ou alinhar o diálogo entre Conselho Tutelar, Liberdade Assistida, Capes I, CRAS, CREAS e Educação: Escolas da Diretoria de Ensino de Lins. A queixa de todos os diretores era a falta de diálogo existente entre esses segmentos e a necessidade de apoio maior desses na mediação dos conflitos existentes nas escolas.

A partir de 2016, consolidou-se a parceria (iniciada em 2015) da Educação com a Rede de Proteção (Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e a Liberdade Assistida – LA) e firmaram-se importantes parcerias com: o Ministério Público, o Judiciário, o Núcleo de Gestão Assistencial (NGA 27) de Lins e o Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium* – UniSALESIANO – de Lins (cursos de Psicologia, de Pedagogia e de Direito), visando propiciar a formação integral dos alunos (inclusive da competência socioemocional) e criar mecanismos que assegurem sua permanência na escola.

No final de 2016, os estagiários do Curso de Psicologia do UniSALESIANO foram convidados para atender três escolas da rede de ensino. O estágio escolhido para atender as demandas das escolas foi o estágio de ênfase de Formação em Psicologia Escolar. O público-alvo foram os adolescentes do ensino médio com idade entre 15 e 17 anos. Entende-se que a educação em nosso país passa por situações emergenciais em todos os sentidos. As vivências educacionais estão se tornando algo dispensável para a maioria dos adolescentes e assim a formação intelectual vai se tornando obsoleta.

A Psicologia Escolar apresenta um campo de ação predeterminado: o processo de escolarização, sendo o seu objeto a escola e as relações que ali se estabelecem;

fundamentada na psicologia da educação, ela permeia uma atuação junto aos profissionais da educação para atingir objetivos idealizados nesse setor. São temas recorrentes nos discursos dos estagiários em Psicologia Escolar: a dificuldade em que muitos esbarram para a inserção de seus trabalhos junto à comunidade escolar.

Sabe-se que isso é reflexo de uma situação onde a afirmação de papéis e de poder são fortemente estimulados. Cabe aos profissionais tanto da Pedagogia quanto da Psicologia tomar a real consciência dos problemas vivenciados e trabalhar em uma equipe interdisciplinar para a elaboração de projetos que beneficiem os estudantes. Os países desenvolvidos valorizam muito a educação e os países em desenvolvimento devem investir nela, pensando em um futuro melhor. Quando o assunto é educação devemos investir em nossas crianças e adolescentes. “A situação da infância é um fiel espelho de nosso estágio de desenvolvimento econômico, político e social” (DIMENSTEIN, 1994, p. 8-9).

Estudos relacionados ao desenvolvimento psicossocial são indispensáveis para a criação de projetos eficazes para melhorar a realidade do nosso setor educacional. Assim, o psicólogo deve estar inserido nesses projetos, pois sua atuação deve contribuir com a mudança de paradigmas.

Nesse sentido, a proposta desse relato de experiência é apresentar um trabalho realizado em rede cujo objetivo é auxiliar o adolescente, fortalecer e restaurar as relações.

Foi implantado nas três escolas o projeto de Plantão Psicológico. Segundo Bartz (1997), Rosenthal (1999), o Plantão teve seu início no Serviço de Aconselhamento Psicológico do Instituto de Psicologia da USP em 1960, criado pela professora Rachel Lia Rosenberg. Na ocasião foi criado um Pronto Atendimento Psicológico inspirado em experiências norte-americanas.

De acordo com Furigo (2006, p. 24), o principal objetivo é “auxiliar na resolução de conflitos psicológicos, focando em questões emergentes/urgentes, as quais nem sempre precisam de acompanhamento prolongado”.

Rabelo e Santos (2006) salientam que, muitas vezes, o modelo tradicional da psicoterapia clássica simplesmen-

¹ Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento pelo Mackenzie. Psicóloga especialista em Análise Psicodramática. Coordenadora do curso de Psicologia do UniSALESIANO-Lins.

te não “serve” para determinadas pessoas, que buscam uma atenção psicológica somente no momento de crise e depois são capazes de retomar sua vida a partir da ajuda recebida. Muitas dessas pessoas não procuram uma análise profunda de sua personalidade e muito menos possuem recursos financeiros para manter um tratamento desses.

Sendo assim, a proposta do Plantão Psicológico configura-se como uma modalidade de atendimento clínico de caráter emergencial que privilegia a demanda emocional imediata do cliente e funciona como um serviço que não apresenta necessidade de agendamento prévio. Visa atender ao público que recorre a ela de forma espontânea (CURY, 1999).

Segundo Mahfoud (1999), o modelo de acolhimento e escuta psicológica no contexto escolar gera nos alunos certa apreensão uma vez que a presença de psicólogos nesse ambiente remete às concepções tanto da intervenção psicossociológica, incluindo planejamento e diagnóstico institucional, quanto da intervenção de base clínica que visa à superação de dificuldades localizadas no aluno referentes ao seu desenvolvimento e/ou saúde mental.

Na sala de atendimento do plantão, o adolescente fica livre para se expressar completamente sem se preocupar com a autoridade ou qualquer julgamento, de forma que sente que pode ser ela mesma, podendo olhar para si, uma vez que é completamente aceita.

Descrição da experiência

Os adolescentes que participaram desse projeto nas escolas A, B e C, de 15 e 17 anos completos, apresentavam dificuldades emocionais e de aprendizagem. A parceria foi firmada em fevereiro de 2017 e as atividades ocorreram de abril a junho de 2017 nas segundas, quintas e sextas no horário das 13h às 16h.

Foram realizados 30 encontros sendo 10 em cada escola. Apresentou-se em todas as salas de aula da escola o projeto “Plantão Psicológico”. Os alunos demonstraram muito entusiasmo diante da possibilidade da escuta.

Em cada encontro os estagiários do 9º semestre do Curso de Psicologia estavam prontos para realizarem o atendimento psicológico dos adolescentes, de acordo com a demanda espontânea.

No primeiro atendimento as queixas foram os problemas familiares, falta de atenção da figura materna e problema relacionados à autoestima. Nesse contato foram realizados diversos questionamentos provocando questionamento relacionado ao tema família e relacionamentos. O terapeuta indagou os adolescentes sobre: O que é família? O que sente em relação aos membros de sua família? Após essas questões, realizou-se diálogo vi-

sando à diminuição da tensão do primeiro contato entre terapeuta e cliente.

A segunda paciente atendida, dessa vez, por outro estagiário, mencionou a separação dos pais. Contou que seus pais estão separados e toda a sua família inclusive pai, irmão, avós e amigos ficaram na antiga cidade. Hoje, na atual cidade sua mãe se encontra feliz, está namorando e tem um emprego novo e bem remunerado. Porém, a adolescente/paciente disse que sente muita falta de sua família e amigos da antiga cidade e deseja retornar e morar com os avós.

A paciente disse que precisa muito contar a mãe que deseja voltar, pois não aguenta mais guardar isso com ela. Entretanto, não sabe como conversar. Esse sofrimento tem prejudicado seu desenvolvimento em vários aspectos. Foi aplicada uma técnica de dramatização na qual o terapeuta encenou a mãe da paciente e a paciente pôde se preparar para quando fosse contar para ela o que lhe deixa triste. A paciente ficou bastante nervosa e chorou. Começou a imaginar como seria falar com a mãe e “desagradá-la”. Conservou-se sobre cada detalhe do que foi dito e do sofrimento, da importância da liberdade de expressão e exercer sua autonomia.

Nesse primeiro encontro diversos alunos procuraram o Plantão Psicológico no intuito de melhorar seu comportamento em sala de aula. Todos foram acolhidos.

Outra paciente chamou a atenção quando relatou que “a mãe é bem ausente e a deixa fazer de tudo, até em situações necessárias não diz não” (*sic* paciente). A mesma mencionou que isso a incomoda muito. Em algumas ocasiões se colocou em situação de risco para ver se a mãe tomava uma atitude, porém não obteve nenhuma resposta. A paciente relatou que diversos meninos brigam por causa dela. Disse se sentir sufocada porque dizem que é muito bonita. Mencionou ideação suicida, pois “se eu morresse, eles não iriam mais brigar e se machucar por mim” (*sic* paciente). Foi realizada escuta.

No mesmo horário, atendida por outro estagiário, a paciente chegou muito emocionada na sessão e contou sobre tentativas de abuso sexual que sofreu do tio e de um vizinho. Contou também sobre a relação com os pais, que para ela não é muito boa devido a falta de comunicação. Foi orientado que a paciente procurasse ajuda psicológica no Serviço de Psicologia do UniSALESIANO. Ressaltou-se que por ser menor de idade seria importante que o responsável legal a acompanhasse. A coordenadora da escola foi avisada.

Discussão dos resultados

Observou-se que a técnica do reforço positivo da abordagem cognitiva comportamental facilitou alcançar

os objetivos. Os alunos demonstraram no desenvolvimento das atividades resultados significativos.

Alunos que se sentiam desmotivados relataram mudança no comportamento após os atendimentos. No final de cada atendimento foi realizado *feedback* onde pacientes relataram leveza e pensamento positivos.

Do ponto de vista qualitativo os professores relataram mudança de comportamento dos alunos que aceitaram participar do projeto.

Entende-se que o projeto está no início e os dados se apoiam na qualidade e não na quantidade.

Observou-se também a importância do papel da família e a responsabilidade do cuidado. Uma pesquisa realizada pela ONU sobre as razões do crescimento da delinquência entre adolescentes no mundo chegou à conclusão que o sentimento de abandono aparece com frequência nos relatos dos jovens que roubaram, mataram, drogaram-se ou traficaram.

Afirma-se no estudo que a falta de perspectiva, o distanciamento dos pais, a separação e permanente conflito dos pais, a desarmonia ou simplesmente pais ausentes por imperativos profissionais, aparecem como preponderan-

tes nas estatísticas das famílias que geram filhos considerados desajustados (CUNHA, *et al*, 2009). Ressalta-se que de acordo com os estudos da área de psicologia, adolescentes que geram problemas constantes na escola, geralmente, começam a apresentá-los em idade precoce.

Alguns sinais, segundo Oliveira (2009), podem aparecer em crianças a partir dos três anos de idade tais como hiperatividade, instabilidade emocional e agressividade. A transformação histórico-social e as mudanças pedagógicas interferiam nas relações dentro da escola e, conseqüentemente, nas atitudes dos professores, que vão interferir também no comportamento das crianças e adolescentes prejudicando a relação entre professor e aluno e até mesmo na relação entre os alunos e, por vezes, acabam gerando a indisciplina.

Assim, entende-se que são diversos os fatores que levam os alunos a cometer atos de indisciplina, e esses fatores não atuam, necessariamente, com a mesma intensidade no comportamento da criança ou adolescente; alguns podem ser mais ou menos extremos, conforme a circunstância e a realidade de cada aluno e de cada escola. (OLIVEIRA, 2009).

Referências

- BARTZ, S. S. Plantão psicológico: Atendimento criativo à demanda de emergência. *Interações: Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.1, n.3, p. 21-37, 1997.
- CUNHA, *et al*. Indisciplina e a noção de justiça em adolescentes escolares. *Educar*, Curitiba, n. 35, p. 197-210, 2009.
- CURY (1999) Plantão Psicológico na escola: presença que mobiliza. In M. Mahfoud
- (Org.), *Plantão psicológico: novos horizontes* (pp. 49-79). São Paulo: Companhia
- Ilimitada. Mahfoud, M.; Drummond. D. M.; Brandão, J. M. & Silva. R. O. (1999) *Plantão Psicológico na escola: presença que mobiliza*. In M. Mahfoud (Org.), *Plantão psicológico: novos horizontes* (pp. 49-79). São Paulo: Companhia Ilimitada.
- DIMENSTEIN, G. O cidadão de papel: a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil. São Paulo: Ática, 1994.
- FURIGO, R.C.PL. *et al*. Plantão psicológico: uma prática que se consolida. *Boletim de Psicologia*. São Paulo, v. 58, n. 129, dez. 2008.
- MAHFOUD, Miguel; DRUMMOND, Daniel; BRANDÃO, Juliana & SILVA, Roberta
- (2004). Plantão Psicológico na escola: presença que mobiliza. In MAHFOUD, Miguel (Org.), *Plantão psicológico: novos horizontes* (pp. 49-79). São Paulo: Companhia Ilimitada
- OLIVEIRA, M. I. de. Fatores psico-sociais e pedagógicos da indisciplina: da infância à adolescência. *Linhas Críticas*, Brasília, v. 14, n. 27, p. 289-305, jul./dez. 2009.
- RABELO, I. S.; SANTOS, L. M. S. P. O desafio do Plantão Psicológico para o plantonista. In: C. RAMOS; G. G. SILVA; SOUZA, S. (Org). *Práticas psicológicas em instituições: Uma reflexão sobre os serviços-escola*. São Paulo: Editora Vetor, 2006.
- ROSENTHAL, R.W. Plantão de Psicólogos no Instituto Sedes Sapientiae: Uma proposta de atendimento aberto à comunidade. In: Mahfoud, M. (Org.), *Plantão psicológico: Novos horizontes*, pp. 15-28. São Paulo: Companhia Ilimitada, 1999.

