

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Prof.ª Nádia Rodrigues Chagas Alves

Prof. Andrei Valerio Paiva

Prof.ª Glaucia Silva Bierwagen

Prof. Alex Ribeiro Nunes

Prof.ª Aline do Amaral Zils Costa

Prof.ª Paula Xavier Picon

Prof. Paulo José Cauduro Marostica

Prof. Elvino Barros

Prof. Warren Levinson

Prof.ª Talita Helena Monteiro de Moura

Prof. Edemilson Pichek dos Santos

Prof.ª Aline do Amaral Zils Costa

Prof. Alexandre Machado Lehen

Prof. Tiago Cortinaz

Prof.ª Vanessa Cristina de Oliveira Lima

Prof.ª Caroline Costa Nunes Lima



Indaial – 2019

1ª Edição



Copyright © UNIASSELVI 2019

Elaboração:

Prof.^a Nádia Rodrigues Chagas Alves

Prof. Andrei Valerio Paiva

Prof.^a Glaucia Silva Bierwagen

Prof. Alex Ribeiro Nunes

Prof.^a Aline do Amaral Zils Costa

Prof.^a Paula Xavier Picon

Prof. Paulo José Cauduro Marostica

Prof. Elvino Barros

Prof. Warren Levinson

Prof.^a Talita Helena Monteiro de Moura

Prof. Edemilson Pichek dos Santos

Prof.^a Aline do Amaral Zils Costa

Prof. Alexandre Machado Lehnem

Prof. Tiago Cortinaz

Prof.^a Vanessa Cristina de Oliveira Lima

Prof.^a Caroline Costa Nunes Lima

Revisão, Diagramação e Produção:

Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI

Conteúdo produzido

Copyright © Sagah Educação S. A.

APRESENTAÇÃO

Caro acadêmico!

Quando pensamos na Enfermagem, pensamos como profissão e como Ciência. Neste sentido, deixamos evidenciado o desejo de proporcionar a você uma formação prática, realista, cidadã e solidária com as necessidades do meio.

Assim, esse caderno objetiva oferecer diversas formas de conhecer o processo e evidenciar os fluxos de Assistência a Enfermagem na saúde da criança e do adolescente.

A saúde da criança vem sendo estudada e discutida por muitos profissionais ao longo dos anos. No nosso país, já tivemos índices alarmantes de morbimortalidade infantil, mas atualmente vivemos um cenário melhor se comparado a décadas passadas. Resta, no entanto, muito a ser feito, pesquisado e posto em prática. O desafio para melhoria dos indicadores de saúde é enorme, bem como as ações a serem empreendidas.

Os indicadores de saúde voltados para a saúde da criança fornecem importantes informações para nortear e direcionar as ações e serviços de saúde. Por meio dos indicadores de saúde, você verá que é possível entender como está a atenção direcionada à criança e o que precisa ser feito para melhorar.

Esse livro está dividido em três unidades de forma a permitir que você acadêmico, consiga entender a assistência de enfermagem na saúde da criança e do adolescente. A Unidade 1 contempla as políticas públicas e atenção a saúde da criança, bem como as ações e tipos de atividades de enfermagem nas diversas fases de desenvolvimento infantil. Enfatiza que os programas de promoção e prevenção voltados à saúde da criança devem deslocar o foco da assistência com base em patologias para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento e o direito à cidadania.

A Unidade 2 descreve a visão histórica da adolescência, chegando até a concepção atual da definição da adolescência que recebe interpretações e significados diferentes. O contexto social em que o adolescente está inserido tem se tornado palco de grandes discussões e estudos, colocando as dimensões psicológica e sociais que são vivenciadas de maneiras diferentes em cada sociedade e de modo singular por cada indivíduo. Neste capítulo ocorre a análise dos principais aspectos de mudança no tratamento de adolescentes detalhando as alterações hormonais na infância e adolescência, os transtornos alimentares e as doenças infecciosas.

Na terceira e última unidade, será apresentado a você, a interface do adolescente, o adolescente no contexto sexual, a saúde do adolescente e as políticas públicas, as diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual e ações de enfermagem voltadas à saúde integral do adolescente fundamentadas nas políticas públicas.

Desta maneira, queremos que você tenha um olhar diferenciado à população adolescente, assim convidamos você acadêmico a desvendar este processo de Assistência a Enfermagem na saúde da criança e do adolescente.

Tenha bons estudos!



Você já me conhece das outras disciplinas? Não? É calouro? Enfim, tanto para você que está chegando agora à UNIASSELVI quanto para você que já é veterano, há novidades em nosso material.

Na Educação a Distância, o livro impresso, entregue a todos os acadêmicos desde 2005, é o material base da disciplina. A partir de 2017, nossos livros estão de visual novo, com um formato mais prático, que cabe na bolsa e facilita a leitura.

O conteúdo continua na íntegra, mas a estrutura interna foi aperfeiçoada com nova diagramação no texto, aproveitando ao máximo o espaço da página, o que também contribui para diminuir a extração de árvores para produção de folhas de papel, por exemplo.

Assim, a UNIASSELVI, preocupando-se com o impacto de nossas ações sobre o ambiente, apresenta também este livro no formato digital. Assim, você, acadêmico, tem a possibilidade de estudá-lo com versatilidade nas telas do celular, tablet ou computador.

Eu mesmo, UNI, ganhei um novo layout, você me verá frequentemente e surgirei para apresentar dicas de vídeos e outras fontes de conhecimento que complementam o assunto em questão.

Todos esses ajustes foram pensados a partir de relatos que recebemos nas pesquisas institucionais sobre os materiais impressos, para que você, nossa maior prioridade, possa continuar seus estudos com um material de qualidade.

Aproveito o momento para convidá-lo para um bate-papo sobre o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes – ENADE.

Bons estudos!



BATE SOBRE O PAPO ENADE!



Olá, acadêmico!

Você já ouviu falar sobre o **ENADE**?

Se ainda não ouviu falar nada sobre o ENADE, agora você receberá algumas informações sobre o tema.

Ouviu falar? Ótimo, este informativo reforçará o que você já sabe e poderá lhe trazer novidades.



Vamos lá!

Qual é o significado da expressão ENADE?

EXAME NACIONAL DE DESEMPENHO DOS ESTUDANTES

Em algum momento de sua vida acadêmica você precisará fazer a prova ENADE.



Que prova é essa?

É **obrigatória**, organizada pelo INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

Quem determina que esta prova é obrigatória... O **MEC – Ministério da Educação**.

O objetivo do MEC com esta prova é o de avaliar seu desempenho acadêmico assim como a qualidade do seu curso.



Fique atento! Quem não participa da prova fica impedido de se formar e não pode retirar o diploma de conclusão do curso até regularizar sua situação junto ao MEC.

Não se preocupe porque a partir de hoje nós estaremos auxiliando você nesta caminhada.

Você receberá outros informativos como este, complementando as orientações e esclarecendo suas dúvidas.



Você tem uma trilha de aprendizagem do ENADE, receberá e-mails, SMS, seu tutor e os profissionais do polo também estarão orientados.

Participará de webconferências entre outras tantas atividades para que esteja preparado para #mandar bem na prova ENADE.

Nós aqui no NEAD e também a equipe no polo estamos com você para vencermos este desafio.

Conte sempre com a gente, para juntos mandarmos bem no ENADE!





Olá, acadêmico! Iniciamos agora mais uma disciplina e com ela um novo conhecimento.



Com o objetivo de enriquecer teu conhecimento, construímos, além do livro que está em tuas mãos, uma rica trilha de aprendizagem, por meio dela terás contato com o vídeo da disciplina, o objeto de aprendizagem, materiais complementares, entre outros, todos pensados e construídos na intenção de auxiliar teu crescimento.

Acesse o QR Code, que te levará ao AVA, e veja as novidades que preparamos para teu estudo.

Conte conosco, estaremos juntos nessa caminhada!

SUMÁRIO

UNIDADE 1 – ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	1
TÓPICO 1 – POLÍTICAS PÚBLICAS E ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA.....	3
1 INTRODUÇÃO.....	3
2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	3
2.1 Políticas e programas de saúde voltados à criança brasileira	4
2.1.1 Aspectos epidemiológicos e indicadores relacionados à saúde da criança no Brasil	7
2.1.2 Ações de enfermagem nas diversas fases de desenvolvimento infantil	8
2.1.3 Assistência e cuidados de enfermagem no desenvolvimento infantil	9
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	11
3.1 A CRIANÇA, O ADOLESCENTE E AS PECULIARIDADES NO ATENDIMENTO PÚBLICO	11
3.2 TIPOS DE AÇÕES NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E AOS ADOLESCENTES	12
4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A EDUCAÇÃO INFANTIL	16
4.1 Histórico das políticas públicas na educação infantil.....	16
4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E FINANCIAMENTO PARA A EDUCAÇÃO INFANTIL	20
4.3 PROGRAMAS FEDERAIS PARA A EDUCAÇÃO INFANTIL	23
4.3.1 Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil (Proinfância)	23
4.3.2 Programa Brasil Carinhoso	24
4.3.5 Programa Nacional Biblioteca da Escola (PNBE) e PNBE Professor	24
4.3.6 Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE)	25
4.3.7 Política Nacional de Formação Continuada de Professores da Educação Infantil	25
RESUMO DO TÓPICO 1.....	26
AUTOATIVIDADE	27
TÓPICO 2 – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	29
1 INTRODUÇÃO.....	29
2 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	29
2.1 Determinantes sociais e biológicos do crescimento e do desenvolvimento da criança.....	30
2.2 Métodos de monitorização do crescimento e do desenvolvimento da criança	32
2.3 Plano de cuidados para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança.....	36
3 HISTÓRICO DO ATENDIMENTO CLÍNICO COM CRIANÇAS	37
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO ATENDIMENTO CLÍNICO COM CRIANÇAS	37
3.2 ASPECTOS RELEVANTES DO ATENDIMENTO CLÍNICO COM CRIANÇAS.....	40
3.2.1 A brincadeira	40
3.2.2 A motivação.....	41
3.2.3 Os familiares ou responsáveis	41
3.2.4 A importância da afetividade para a vida da criança.....	42
3.3 OS DESAFIOS DO ATENDIMENTO CLÍNICO COM CRIANÇAS.....	43

4 CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	45
4.1 A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA.....	45
4.2 CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA VITIMIZADA	49
4.3 Plano de cuidados de enfermagem à criança vítima de violência	50
RESUMO DO TÓPICO 2.....	52
AUTOATIVIDADE	53
 TÓPICO 3 – IMUNIZAÇÃO E DOENÇAS INFECCIOSAS	 55
1 INTRODUÇÃO	55
2 VACINAÇÃO	55
2.1 CONCEITOS.....	55
2.2 MANUTENÇÃO DAS VACINAS	57
2.3 CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO.....	57
2.4 LOCAIS DE APLICAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS	57
2.5 INTERCÂMBIO DE VACINAS.....	57
2.6 INTERVALOS NA ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS	58
2.7 ATRASO OU ESQUECIMENTO DE DOSES.....	60
2.8 ESTADO IMUNOLÓGICO NÃO SABIDO OU DUVIDOSO.....	60
2.9 INTERFERÊNCIA COM TESTE TUBERCULÍNICO.....	61
2.10 EVENTOS ADVERSOS	61
2.11 PRECAUÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES.....	61
2.12 Situações Especiais.....	61
2.12.1 prematuros.....	61
2.12.2 Convulsões Prévias Ou História De Convulsões Na Família	62
2.11.3 Imunodeficiências.....	62
2.11.4 Asplenia.....	63
2.11.5 Pessoas Com Doenças Crônicas Sem Imunodepressão.....	64
2.11.6 Imunização Pós-Exposição A Doenças	64
3 DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VÍRUS	64
3.1 Prevenção	64
3.2 VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO	65
3.2.1 Doenças	65
3.2.2 Características importantes.....	65
3.2.3 Resumo do ciclo de multiplicação.....	65
3.2.4 Transmissão e epidemiologia.....	65
3.2.5 Patogênese e imunidade	65
3.2.6 Achados clínicos.....	66
3.2.7 Diagnóstico laboratorial.....	66
3.2.8 Tratamento.....	66
3.2.9 Prevenção	67
3.3 VÍRUS DA PARAINFLUENZA	67
3.3.1 Doenças	67
3.3.2 Características importantes.....	67
3.3.3 Resumo do ciclo de multiplicação.....	67
3.3.4 Transmissão e epidemiologia.....	67
3.3.5 Patogênese e imunidade	68
3.3.6 Achados clínicos.....	68
3.3.7 Diagnóstico laboratorial.....	68
3.3.8 Tratamento e prevenção	68
3.4 CORONAVÍRUS	68

3.4.1 Doenças	68
3.4.2 Características importantes	69
3.4.3 Resumo do ciclo de multiplicação.....	69
3.4.4 Transmissão e epidemiologia.....	69
3.4.5 Patogênese e imunidade	70
3.4.6 Achados clínicos.....	70
3.4.7 Diagnóstico laboratorial.....	70
3.4.8 Tratamento e prevenção	70
3.5 TOGAVÍRUS.....	71
3.5.1 Vírus da Rubéola	71
3.5.1.1 Doenças	71
3.5.1.2 Características importantes	71
3.5.1.3 Resumo do ciclo de multiplicação.....	71
3.5.1.3 Transmissão e epidemiologia.....	71
3.5.1.4 Patogênese e imunidade	72
3.6 ACHADOS CLÍNICOS	72
3.6.1 Rubéola.....	72
3.6.2 Síndrome da rubéola congênita.....	73
3.6.3 Diagnóstico laboratorial.....	74
3.6.4 Tratamento.....	74
3.6.5 Prevenção	74
3.6.6 Outros Togavírus.....	75
3.7 RABDOVÍRUS.....	75
3.7.1 Vírus Da Raiva	75
3.7.1.1 Doença.....	75
3.7.1.2 Características importantes	75
3.7.1.3 Resumo do ciclo de multiplicação.....	75
3.7.1.4 Transmissão e epidemiologia.....	76
3.7.1.5 Patogênese e imunidade	76
3.7.1.6 Achados clínicos.....	77
3.7.1.7 Diagnóstico laboratorial.....	78
3.7.1.8 Tratamento.....	78
3.7.1.9 Prevenção	78
4 VARICELA, CAXUMBA, DIFTERIA E SARAMPO	79
4.1 SINAIS E SINTOMAS, ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA VARICELA.....	80
4.1.1 Sinais e sintomas da varicela.....	80
4.1.2 Estratégias de prevenção e tratamento da varicela.....	82
4.2 SINAIS E SINTOMAS, ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA CAXUMBA	83
4.2.1 Estratégias de prevenção e tratamento da caxumba	84
4.3 SINAIS E SINTOMAS, ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DIFTERIA.....	85
4.4 SINAIS E SINTOMAS, ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SARAMPO	86
4.3.1 Estratégias de prevenção e tratamento da difteria.....	86
4.4.1 Prevenção e tratamento do sarampo.....	87
4.5 Plano de cuidados de enfermagem em caso de varicela, caxumba, difteria e sarampo	88
RESUMO DO TÓPICO 3.....	90
AUTOATIVIDADE	91

UNIDADE 2 – SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	93
TÓPICO 1 – TRANSFORMAÇÃO HOLÍSTICA DO ADOLESCENTE	95
1 INTRODUÇÃO	95
2 VISÃO HISTÓRICA E PERSPECTIVA ATUAL DA ADOLESCÊNCIA	95
2.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL DA ADOLESCÊNCIA.....	96
2.2 VISÃO ANTIGA DA ADOLESCÊNCIA VERSUS VISÃO CONTEMPORÂNEA	98
2.3 PRINCIPAIS ASPECTOS DE MUDANÇA NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES	101
3 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PUBERAL	105
3.1 PUBERDADE.....	105
3.2 ALTERAÇÕES FÍSICAS E BIOLÓGICAS ASSOCIADAS À PUBERDADE.....	108
3.2.1 Alterações hormonais.....	109
3.2.2 Ginecomastia	114
3.2.3 Obesidade	115
3.2.4 Irregularidade da imunização	116
3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO PUBERAL	117
4 SÍNDROME DA ADOLESCÊNCIA NORMAL.....	119
4.1 SÍNDROME DA ADOLESCÊNCIA NORMAL.....	119
4.2 INFLUÊNCIA DE FATORES INTERNOS E EXTERNOS	122
4.3 NORMAL OU PATOLÓGICO DA ADOLESCÊNCIA?	124
4.3.1 Depressão	125
4.3.2 Bulimia	127
4.3.3 Anorexia nervosa	127
4.3.4 Síndrome do pânico	128
4.3.5 Transtorno bipolar.....	128
4.3.6 <i>Bullying</i>	128
4.3.7 Desvalorização da família e enaltecimento da crítica dos amigos	129
RESUMO DO TÓPICO 1.....	131
AUTOATIVIDADE	132
TÓPICO 2 – RELAÇÕES INTERSOCIAIS DO ADOLESCENTE	133
1 INTRODUÇÃO	133
1 ADOLESCÊNCIA, CULTURA, VULNERABILIDADE E RISCO	133
1.1 CONCEITOS DE ADOLESCÊNCIA, CULTURA, VULNERABILIDADE E RISCO.....	134
1.2 FATORES CULTURAIS E A VULNERABILIDADE EM ADOLESCENTES	136
1.3 MEDIDAS PREVENTIVAS DE COMPORTAMENTO DE RISCO	142
2 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	147
2.1 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	148
2.2 INADEQUAÇÃO SEXUAL DO ADOLESCENTE: FATORES DE RISCO	150
2.3 MEDIDAS PREVENTIVAS DE AGRAVOS	153
2.4 CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM NA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES.....	154
3 ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIA	158
3.1 A FAMÍLIA NA CONTEMPORANEIDADE.....	158
3.2 O CONTEXTO FAMILIAR NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE.....	161
3.3 A FAMÍLIA NO PAPEL DE PREVENÇÃO	163
RESUMO DO TÓPICO 2.....	168
AUTOATIVIDADE	169

TÓPICO 3 – SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	171
1 INTRODUÇÃO.....	171
1.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA E BULIMIA	171
1.2 SINAIS E SINTOMAS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	171
1.2.1 Anorexia nervosa	172
1.2.2 Bulimia nervosa	173
1.3 FATORES DE DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	175
1.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	176
2 O ADOLESCENTE PORTADOR DE PATOLOGIA CRÔNICA	178
2.1 A ADOLESCÊNCIA E AS PATOLOGIAS CRÔNICAS.....	178
2.2 MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NA ADOLESCÊNCIA	181
2.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE PORTADOR DE PATOLOGIA CRÔNICA.....	183
3 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NOS ADOLESCENTES.....	184
3.1 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	185
3.2 SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	188
3.2.1 Sífilis.....	188
3.2.2 Gonorreia	190
3.2.3 Hepatites virais	190
3.3 TRATAMENTOS DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	191
RESUMO DO TÓPICO 3.....	194
AUTOATIVIDADE	195

UNIDADE 3 – INTERFACES DO ADOLESCENTE197

TÓPICO 1 – ADOLESCENTE NO CONTEXTO SEXUAL.....	199
1 INTRODUÇÃO.....	199
2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	199
2.1 SAÚDE DO ADOLESCENTE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	200
2.2 DIRETRIZES NACIONAIS PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS ADOLESCENTES.....	203
2.3 AÇÕES DE ENFERMAGEM VOLTADAS À SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE FUNDAMENTADAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS	206
3 ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	210
3.1 ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	210
3.2 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	212
3.2.1 Contracepção não hormonal	213
3.2.2 Métodos comportamentais.....	213
3.2.3 Métodos de barreira	214
3.3 CONTRACEPÇÃO HORMONAL	214
3.4 CONTRACEPÇÃO DE LONGA DURAÇÃO	215
3.5 AÇÕES PARA A ORIENTAÇÃO SOBRE ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	215
4 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	217
4.1 FATORES DE RISCO RELACIONADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	217
4.2 A ADOLESCENTE GRÁVIDA	220
4.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE ADOLESCENTE.....	222
RESUMO DO TÓPICO 1.....	224
AUTOATIVIDADE	225

TÓPICO 2 – DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DO ADOLESCENTE	227
1 INTRODUÇÃO	227
2 ADOLESCÊNCIA: DESENVOLVIMENTO FÍSICO, COGNITIVO E PSICOSSOCIAL	227
2.2 OS DIFERENTES ASPECTOS ENVOLVIDOS NOS DESENVOLVIMENTOS FÍSICO, COGNITIVO E PSICOSSOCIAL DURANTE A ADOLESCÊNCIA	227
2.3 ELEMENTOS FUNDAMENTAIS DO DESENVOLVIMENTO DAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA ADOLESCÊNCIA	232
2.4 ATRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO AO DESENVOLVIMENTO FÍSICO, COGNITIVO E PSICOSSOCIAL DURANTE A ADOLESCÊNCIA	237
3 DESENVOLVIMENTO HUMANO: INFÂNCIA ADOLESCENTE E VIDA ADULTA	239
3.1 AS INFLUÊNCIAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NA CONSTITUIÇÃO DE VIDA DOS INDIVÍDUOS	240
3.2 AS ESCOLAS PSICOLÓGICAS E OS CONCEITOS DO DESENVOLVIMENTO	240
3.3 O DESENVOLVIMENTO HUMANO	241
3.3.1 O desenvolvimento humano na infância	243
3.3.2 O desenvolvimento humano na adolescência	244
3.3.3 O desenvolvimento humano na vida adulta	246
4 ÁLCOOL, DROGAS, VIOLÊNCIA E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA	247
4.1 USO DE ÁLCOOL E DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA	247
4.1.3 TIPOS DE DROGAS	249
4.2 FATORES DE RISCO PARA VIOLÊNCIA E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA	250
4.3 PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E DROGAS, DE VIOLÊNCIA E DE SUICÍDIO	253
RESUMO DO TÓPICO 2	255
AUTOATIVIDADE	256
 TÓPICO 3 – ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL E CONTEXTO SOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	 257
1 INTRODUÇÃO	257
2 ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS: CRIANÇAS E ADOLESCENTES	257
2.1 NECESSIDADES E ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	257
2.2 PRÁTICAS ALIMENTARES COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	260
2.3 ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	264
3 PLANEJAMENTO E CÁLCULO DE CARDÁPIO: CRIANÇAS E ADOLESCENTES	267
3.1 CARACTERÍSTICAS DO PLANO ALIMENTAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	268
3.2 DIFICULDADES NA ELABORAÇÃO DE UM CARDÁPIO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	271
3.3 ELABORAÇÃO PLANOS ALIMENTARES PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	274
4 PRINCIPAIS CONTEXTOS SOCIAIS QUE INFLUENCIAM O DESENVOLVIMENTO SOCIOEMOCIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	277
4.1 A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO DESEMPENHO E NO DESENVOLVIMENTO ESCOLAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	278
4.2 AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SEU DESENVOLVIMENTO	281
4.4 ACOMPANHAMENTO, PROTEÇÃO E AUXÍLIO DE EDUCADORES NA INTERAÇÃO DE SEUS ALUNOS	284
RESUMO DO TÓPICO 3	288
AUTOATIVIDADE	289
 REFERÊNCIAS	 291

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir do estudo desta unidade, você deverá ser capaz de:

- descrever as políticas e os programas de saúde voltados à criança brasileira.
- definir os aspectos epidemiológicos e os indicadores relacionados à saúde da criança no Brasil.
- reconhecer as atividades de cuidado de enfermagem à criança nas suas diversas fases de crescimento e de desenvolvimento.
- descrever a definição de criança e de adolescente e as peculiaridades no atendimento
- identificar as ações específicas no atendimento à criança e aos adolescentes
- elencar as medidas de proteção à saúde da criança e do adolescente
- examinar o legado histórico das políticas públicas para educação infantil.
- relacionar as políticas públicas aos financiamentos para educação infantil no Brasil.
- reconhecer o Proinfância (Programa nacional de reestruturação e aquisição para a rede escolar pública de educação infantil) como uma importante política pública criada para a educação infantil no Brasil.
- identificar os determinantes sociais e biológicos no crescimento e no desenvolvimento da criança.
- descrever os métodos de monitorização de crescimento e desenvolvimento da criança.
- elaborar um plano de cuidados de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança.
- definir o histórico do atendimento clínico com crianças
- identificar os aspectos mais relevantes do atendimento clínico com crianças
- analisar os desafios do atendimento clínico com crianças
- identificar os tipos e a natureza da violência contra a criança.
- descrever as características e os sinais que auxiliam na identificação da criança vitimizada.
- elaborar um plano de cuidados de enfermagem à criança vitimizada
- descrever a definição de vacinação
- apresentar os benefícios e as consequências da vacinação para os pacientes
- identificar os principais cuidados de enfermagem, a fim de garantir segurança aos pacientes na vacinação
- expressar as principais características do resfriado comum, caxumba, raiva e rubéola, doenças transmitidas por vírus
- reconhecer os principais sinais e sintomas apresentados pelo paciente portador destas patologias

- sintetizar as formas de transmissão, tratamentos e prevenção destas doenças virais
- identificar os sinais e os sintomas de varicela, caxumba, difteria e sarampo.
- descrever as estratégias de prevenção e de tratamento de varicela, caxumba, difteria e sarampo.
- elaborar um plano de cuidados de enfermagem em casos de varicela, caxumba, difteria e sarampo.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está dividida em três tópicos. No decorrer da unidade você encontrará autoatividades com o objetivo de reforçar o conteúdo apresentado.

TÓPICO 1 – POLÍTICAS PÚBLICAS E ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

TÓPICO 2 – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

TÓPICO 3 – IMUNIZAÇÃO E DOENÇAS INFECCIOSAS



Preparado para ampliar seus conhecimentos? Respire e vamos em frente! Procure um ambiente que facilite a concentração, assim absorverá melhor as informações.

POLÍTICAS PÚBLICAS E ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

1 INTRODUÇÃO

Os altos índices de mortalidade infantil que se mantiveram durante décadas, contribuíram para que políticas públicas passassem a ser elaboradas com vistas a favorecer o desenvolvimento humano durante a infância. Para tanto, a política nacional de atenção integral à saúde da criança foi sendo formulada com a criação de programas de saúde voltados às crianças que vivem na realidade brasileira.

Desde o nascimento até o final da adolescência, as pessoas podem necessitar determinadas ações de enfermagem e de assistência. Ou seja, recém-nascidos, bebês, crianças e adolescentes demonstram peculiaridades quanto ao atendimento que recebem nas organizações de saúde pública.

Além das políticas públicas, existe o financiamento que o país reserva para a educação infantil. Existem diferentes programas federais para a educação infantil, como por exemplo, o Brasil Carinhoso, PNAE, PDDE, PNATE, dentre outros. No que tange à área da saúde, é válido lembrar que existem tipos diferenciados de ações que são realizadas no atendimento público, dependendo da idade da criança que for atendida.

2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

A saúde da criança vem sendo estudada e discutida por muitos profissionais ao longo dos anos. No nosso país, já tivemos índices alarmantes de morbimortalidade infantil, mas atualmente, vivemos um cenário melhor se comparado a décadas passadas. Resta, no entanto, muito a ser feito, pesquisado e posto em prática. O desafio para melhoria dos indicadores de saúde é enorme, bem como as ações a serem empreendidas.

2.1 POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE VOLTADOS À CRIANÇA BRASILEIRA

A saúde no Brasil é direcionada pelas determinações de políticas públicas sob responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), voltadas a todos os segmentos de atenção à saúde em rede nacional. Quanto à saúde da criança, de igual modo, todo o macroplanejamento, visão, propostas e ações advêm das políticas públicas direcionadas à criança. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria Nº 1.130, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em 5 de agosto de 2015 (BRASIL, 2015).

O objetivo da PNAISC, conforme descrito em seu Art. 2º, é promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando a redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.



A Portaria Nº 1.130, em seu Art. 3º, parametriza e define criança da seguinte forma:

Art. 3º. Para fins da PNAISC, considera-se:

I- criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) a 120 (cento e vinte) meses; e

II- primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) a 72 (setenta e dois) meses.

Parágrafo único. Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos.

A PNAISC está fundamentada em sete eixos norteadores para a implantação de programas e a efetividade de suas políticas. Observando esses eixos, os programas e ações de saúde voltados à criança brasileira podem e devem ser implementados e estruturados, assim como indicadores são desenvolvidos e avaliados, parametrizando a saúde da criança no Brasil.

O Quadro 1 mostra os sete eixos determinados pela PNAISC para a integralidade da saúde da criança, assim como as referidas ações específicas para cada eixo, também determinadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. A partir dessas ações, as instituições de saúde devem estabelecer seus programas e suas práticas, consolidando o estabelecido pelos eixos norteadores.

QUADRO 1 – EIXOS NORTEADORES DA PNAISC

Eixo	Ações
Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido	Prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis Atenção humanizada ao parto e ao recém-nascido (RN) com capacitação dos profissionais Atenção humanizada ao RN de baixo peso através do “Método Canguru” Qualificação com especial atenção aos RNs graves ou potencialmente graves Conjunto de ações oferecidas à mãe e ao bebê após alta da maternidade Segmento do RN de alto risco após alta de forma compartilhada Atenção Especializada Atenção Básica Triagens neonatais universais
Alimento materno e alimentação complementar saudável	Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) Projeto Mulher Trabalhadora que Amamenta A rede brasileira de bancos de leite humano A implantação da Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes, para crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras Mobilização social em aleitamento materno
Promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral	Disponibilização da Caderneta de Saúde da Criança atualizada Acompanhamento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica de Saúde O Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância Apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância
Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) Construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado Fomento da atenção e internação domiciliar

Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz	Organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral à criança e suas famílias em situação de violência sexual Implantação da “Linha de cuidado para a atenção integral à saúde da criança, adolescentes e suas famílias em situação de violência” Articulação de ações intra e intersetoriais de prevenção de acidentes e promoção da cultura e paz Apoio à implementação de protocolos e outros compromissos que compõem o Sistema de Garantia de Direitos
Atenção à saúde de crianças com deficiências ou em situações específicas e de vulnerabilidade	Intensificação de ações de inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e das florestas, e em situações de rua, nas redes temáticas Apoio à implementação do protocolo nacional para proteção integral de crianças e adolescentes em situação de riscos e desastres O apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil
Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno	Organização de comitês de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno

FONTE: Adaptado de Brasil (2018)

O governo determina as políticas de saúde que cada ente federativo — federal, estadual e municipal — implanta em suas ações e programas para a realização de tais políticas. Como tais serviços também devem ser complementados uns pelos outros, o cumprimento dos sete eixos voltados à criança deve ocorrer de forma ampla na rede de saúde.



Os serviços de saúde devem trabalhar de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; porém, existe liberdade para implantação de outros programas e ações a serem complementados. Dessa forma, criatividade e inteligência devem ir ao encontro das diversas necessidades regionais e específicas em cada situação.

2.1.1 Aspectos epidemiológicos e indicadores relacionados à saúde da criança no Brasil

Os indicadores de saúde voltados para a saúde da criança fornecem importantes informações para nortear e direcionar as ações e serviços de saúde. Por meio dos indicadores de saúde, é possível entender como está a atenção direcionada à criança e o que precisa ser feito para melhorar.

A seguir, veremos os oito indicadores estabelecidos pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2012).

1. Média de atendimentos de puericultura. Esse indicador avalia o número médio de consultas/atendimentos que a criança teve passando pelo médico ou enfermeiro até seus 2 anos de idade. Segundo o PMAQ, deve-se considerar como preconização sete consultas/atendimentos por ano para crianças menores de um ano; já para crianças entre um ano e dois anos de vida, duas consultas/atendimentos por ano. Portanto, a média de atendimentos de puericultura para crianças de zero até dois anos de idade é de 4,5/criança/ano. Esse indicador avalia crianças acompanhadas em domicílio.
2. Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo. Esse indicador mostra o percentual de crianças acompanhadas em domicílio e que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno desde o nascimento até completar 120 dias de vida.
3. Proporção de crianças menores de um com vacina em dia. Esse indicador aponta o percentual de crianças menores de um ano imunizadas de acordo com o esquema de vacinação vigente para sua região e faixa etária. Considera-se que a meta do Programa Nacional de Imunização (PNI) é vacinar 100% das crianças com menos de um ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico.
4. Proporção de crianças menores de dois anos pesadas. Indica o percentual de crianças menores de dois anos pesadas em relação ao total das crianças acompanhadas em domicílio. A verificação constante do peso da criança favorece a identificação precoce de situações de risco e necessidade de atuações e intervenções relacionadas ao baixo peso, à desnutrição e também ao sobrepeso infantil.
5. Média de consultas médicas para menores de um ano. Esse indicador, que verifica o número médio de consultas médicas por crianças com menos de um ano, permite a análise da suficiência do número de consultas médicas em relação à demanda potencial das crianças nessa mesma faixa etária, acompanhadas em domicílio, considerando o mesmo local e período.
6. Média de consultas médicas para menores de cinco anos. Assim como o indicador anterior, esse também analisa o número médio de consultas médicas por crianças, porém, com menos de cinco anos, permitindo também a análise da suficiência do número de consultas médicas em relação à demanda potencial das crianças nessa mesma faixa etária, (menos de cinco anos) acompanhadas em domicílio, considerando o mesmo local e período.
7. Proporção de crianças com baixo peso ao nascer. Esse indicador mostra

o percentual de crianças com peso inferior a 2.500 gramas ao nascer. Essa primeira pesagem ocorre de preferência na primeira hora de vida, no local do nascimento da criança. O dado pode ser obtido do próprio prontuário, da Caderneta de Saúde da Criança ou da Declaração de Nascido Vivo.

8. Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas em domicílio pelo agente comunitário de saúde. Esse indicador aponta o percentual de crianças menores de um ano que foram acompanhadas por visitas domiciliares, entre as cadastradas pela equipe, considerando o mesmo local e período.

É importante reforçar que em todos esses oito indicadores de saúde da criança segundo a PMAQ, deve-se considerar o determinado local e período da busca dos dados para que o indicador seja fiel e corretamente analisado.

2.1.2 Ações de enfermagem nas diversas fases de desenvolvimento infantil

O desenvolvimento da criança é dividido em fases, e o entendimento dessas fases permite a você uma maior clareza das ações de enfermagem e atuação em cada uma dessas etapas.

Começamos pela primeira infância. Esse é o intervalo de tempo que vai desde a concepção do bebê até os seus seis anos de idade. É um período de extrema importância, pois nele são desenvolvidas áreas cerebrais associadas ao aprendizado, à formação do caráter e à personalidade. Nessa fase também é construída a base para emoção e afeto da criança.

Assim, tudo que a criança vivencia na sua primeira infância é determinante para seu amadurecimento futuro como adulto, para suas potencialidades e tudo mais. Não resta dúvida, portanto, que a criança que sofre traumas e passa por grandes sofrimentos nesse período terá consequências prejudiciais no futuro. Por outro lado, a criança que foi estimulada com importantes benefícios intelectuais e emocionais formará um adulto saudável com potencialidades construtivas.

Segundo Hockenberry, existem fatores que interferem no desenvolvimento da criança em diferentes momentos da sua vida. Dentre esses fatores, três são muito importantes:

- **Aspectos biológicos e psicológicos da própria criança**
 - o Tendências hereditárias (ex.: propensão a determinada doença)
 - o Constituição física, sexo: menino ou menina
 - o Tipo de personalidade: introvertida ou extrovertida
- **Família**
 - o Nível socioeconômico
 - o Religião e cultura
 - o Casamento/Divórcio

- o Forma de comunicação entre pais e filhos
- **Escola:**
 - o Professores
 - o Colegas
 - o Proposta pedagógica e metodologia de ensino
 - o Avaliação da aprendizagem e do comportamento

A seguir, são apresentados detalhes do crescimento e desenvolvimento da criança e como a enfermagem pode atuar nesses momentos.

2.1.3 Assistência e cuidados de enfermagem no desenvolvimento infantil

- **Do nascimento aos 2 meses:**
 - o Ensinar a mãe sobre a importância de estabelecer e firmar o vínculo mãe e filho, fundamental para todo o desenvolvimento do bebê.
 - o Atender a criança fazendo contato visual, conversando de maneira calma e carinhosa. Explicar à mãe a importância da voz dela para a criança.
 - o Identificar diferenças no choro do bebê: choro de fome, de dor, de frio ou calor, ou mesmo choro por necessidade de aconchego, de afeto etc.
 - o Fortalecer os músculos do bebê colocando-o em decúbito ventral e estimulando-o a levantar a cabeça.
 - o Mostrar ao bebê objetos coloridos, brinquedos, promovendo assim estímulos visuais e sensoriais.
- **Crianças de 2 a 4 meses:**
 - o Além de mostrar ao bebê objetos coloridos, deixar que ele os pegue e os manuseie, para explorar formas, texturas e sensações acompanhado da mãe.
 - o Conversar com o bebê estabelecendo contato visual.
 - o Continuar fortalecendo os músculos do bebê colocando-o em decúbito ventral e estimulando-o a levantar a cabeça.
- **Crianças de 4 a 6 meses:**
 - o Ensinar à mãe a importância do sono noturno, que é restaurador para o desenvolvimento.
 - o Brincar com a criança e estimulá-la a ir buscar brinquedos a pequenas distâncias.
 - o Estimular a audição da criança com estímulos sonoros um pouco longe do seu campo visual. Esse estímulo faz com que a criança tente localizar o som, virando a cabeça em busca da fonte sonora.
 - o Ensinar a criança a mudar de posição, promovendo estímulos para ela rolar.
- **Crianças de 6 a 9 meses:**
 - o Estimular brincadeiras com brinquedos fáceis de pegar e manusear.
 - o Estimular a criança a sentar, oferecendo apoio.
 - o Estimular a criança a engatinhar, colocando-a no chão, com segurança.

- o Conversar com a criança, usando palavras de fácil memorização e repetição.
- **Crianças de 9 meses a 1 ano:**
 - o Colocar a criança no chão e estimulá-la a se levantar e andar com apoio.
 - o Conversar com a criança estimulando a repetição das palavras.
 - o Brincar com a criança com variedade de brinquedos e objetos, e estimular movimentos mais finos dos dedos, como pinçar para segurar pequenos brinquedos.
- **Crianças entre 1 ano e 1 ano e meio:**
 - o Estimular a criança a andar sozinha.
 - o Proporcionar variedade de sons, conversando e cantando com a criança.
 - o Contar histórias curtas para a criança.
 - o Dar ordens simples.
 - o Manter-se firme com a criança para ela aprender limites para sua segurança.
- **Crianças entre 1 ano e meio a 2 anos:**
 - o Estimular a produção de frases curtas.
 - o Oferecer e brincar junto com brinquedos de encaixar as peças, de formatos diferentes.
 - o Ler histórias mostrando as figuras e desenhos.
 - o Continuar trabalhando limites para a segurança da criança.
- **Crianças entre 2 anos a 2 anos e meio:**
 - o Ensinar e estimular a independência da criança para pequenas atividades.
 - o Oferecer a colher com alimento para ela tentar se alimentar sozinha.
 - o Dar a roupa nas mãos dela para que tenha a iniciativa de se vestir sozinha (a mãe ajudará, mas a criança tem a iniciativa).
 - o Começar a ensinar o uso do vaso sanitário, de forma tranquila, sem pressionar a criança.
 - o Promover momentos com outras crianças para brincadeiras com amigos.
- **Crianças entre 2 anos e meio a 3 anos:**
 - o Observar atentamente o desenvolvimento esperado para essa fase, para fazer, se necessário, diagnósticos de atraso no desenvolvimento emocional, motor, na comunicação, na realização de tarefas simples e também nas brincadeiras.
 - o Estimular a comunicação e a linguagem da criança pedindo para ela relatar suas experiências com amigos e brincadeiras.
 - o Estimular a criatividade oferecendo desenhos, lápis colorido, giz de cera, papel, figuras coloridas.
 - o Brincar de bola estimulando a iniciativa de buscar a bola e jogar na direção certa.
- **Crianças acima de 3 anos:**
 - o Aumentar a variedade de brincadeiras e atividades lúdicas.
 - o Estimular vocabulário mais rico e com palavras novas.
 - o Perguntar informações mais detalhadas sobre suas atividades e brincadeiras.
 - o Avaliar seu comportamento social, brincadeiras com amigos, observando se há situações de dificuldade social ou outras necessidades.
 - o Estimular independência para cuidados pessoais como higiene e alimentação.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A saúde das crianças sempre teve grande destaque. Primeiro, os focos eram a mortalidade infantil e a prevenção das doenças capazes de levar as crianças a óbito ou de deixar sequelas. Hoje, você percebe a inclusão das ações voltadas ao cuidado dos adolescentes e à promoção da saúde, desde a gestação, envolvendo ações de melhoria da qualidade do pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, desenvolvimento infantil da primeira infância, imunização, nutrição e até mesmo sexualidade. Ações mais amplas englobam, além de ações curativas e de tratamento e reabilitação, a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A equipe de saúde também previne e combate as violências contra crianças e adolescentes.

3.1 A CRIANÇA, O ADOLESCENTE E AS PECULIARIDADES NO ATENDIMENTO PÚBLICO

Nas últimas décadas do século XX, os processos de modernização e democratização experimentados no Brasil permitiram reordenar a política de assistência social para o conjunto da população, estabelecendo novos parâmetros para a intervenção pública. Na assistência pública, a infância e a adolescência foram redefinidas como processos sociais de desenvolvimento humano. A proteção social dirigida aos jovens, pessoas em formação que exigem atenção específica, tornou-se uma prioridade.

A percepção da criança e do adolescente como seres em desenvolvimento no mundo moderno difundiu-se ao longo de um processo social que envolveu transformações na organização social, desde o ponto de vista da esfera privada das famílias até a esfera pública do convívio social.

Em 2002, a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade já era a mais numerosa em toda a história do Brasil, representando um total de 51.429.397 pessoas – 30,3% da população brasileira –, sendo 35.287.882 adolescentes de 10 a 19 anos e 16.141.515 jovens com idades entre 15 e 24 anos (IBGE, 2002 *apud* BRASIL, 2010). A grande maioria (84%) dos adolescentes e jovens brasileiros (10 a 24) vivia em áreas urbanas, enquanto 16% viviam em áreas rurais (IBGE, 2002 *apud* BRASIL, 2010). Existia uma prevalência de homens jovens nas áreas rurais (15-17 anos: 52,90% e de 18-24 anos: 53,16%) e, na zona urbana, de mulheres jovens (15-17: 50,47% e de 18-24: 50,99%).

São esses mesmos jovens os que estão expostos às mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas. A fecundidade das mulheres nessa faixa etária contribui para isso. São necessários serviços de saúde que os acolham em suas necessidades específicas e que sejam eficazes na integralidade da atenção à saúde.

O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29

dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Há, portanto, uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. Adota ainda o termo “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos.

As fronteiras etárias são um marco abstrato útil para a delimitação de políticas e de estratégias, mas na vida concreta e na experiência individual das pessoas, não existem fronteiras fixas e homogêneas para a adolescência e a juventude (BRASIL, 2009b). Assim, parece ser mais adequado falar em adolescências e juventudes, levando-se em conta os diferentes grupos populacionais, porque essa etapa dentro do *continuum* da vida implicará em experiências diferenciadas e em significados específicos. É importante considerar a adolescência e a juventude como processos complexos de emancipação, com fronteiras plásticas e móveis, que não se restringem à passagem da escola para o trabalho.

Você pode notar que esses processos envolvem três dimensões interdependentes: a macrossocial, na qual se situam as desigualdades sociais (classe, gênero e etnia); a dimensão dos dispositivos institucionais que reúne os sistemas de ensino, as relações produtivas e o mercado de trabalho; e, por fim, a dimensão biográfica, ou seja, as particularidades da trajetória pessoal de cada indivíduo.

Duas vertentes das políticas do governo federal voltadas à juventude procuram alterar o quadro descrito. Uma é a Política de Promoção e Proteção Integral da Infância e da Adolescência, apresentada desde 1995, pelo Ministério da Justiça, e a outra vertente é o Programa Comunidade Solidária, que se dirigiu prioritariamente ao jovem vulnerável a situações de risco social, por meio de uma série de programas setoriais com ênfase em saúde, educação, geração de renda e trabalho.

Essas duas vertentes priorizam uma intervenção focalizada e a reversão de situações especiais ou de risco social, que afetam a população-alvo. Essas ações homogêneas não consideram diferenças entre os diversos grupos ou reações em face das intervenções. O que as diferenciava era o local onde elas ocorriam e os agentes que as executavam (VOLPI, 1999).

Para o bem da saúde da criança e do adolescente se priorizou todo um conjunto de ações básicas de saúde, com base nos princípios da integralidade e universalidade, já definidos na saúde pública desde os anos 1980. No novo contexto, essa atenção se voltava a grupos de risco, em sua intercessão com critérios seletivos definidores de pobreza e indigência. Contudo, preservava seu objetivo maior de assegurar as condições necessárias à manutenção e reprodução da vida humana saudável.

3.2 TIPOS DE AÇÕES NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E AOS ADOLESCENTES

A atenção à saúde da criança representa um campo prioritário no cuidado à saúde das populações. Para desenvolver essa área com eficiência, além do conhecimento

sobre as características relacionadas à morbimortalidade, como aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, é importante salientar o papel dos serviços e sistemas de saúde, que incluem as ações desenvolvidas no setor suplementar.

Você percebe hoje que ainda é necessário desenvolver um conjunto de ações de promoção, prevenção e proteção da criança, considerando os aspectos epidemiológicos, sociais, culturais, ecológicos e psicológicos, visando a formulação e a construção de políticas saudáveis para esse segmento populacional.

Os programas de promoção e prevenção voltados à saúde da criança devem deslocar o foco da assistência com base em patologias para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento e o direito à cidadania. Alguns dos grandes eixos estratégicos são: a redução da mortalidade infantil, a humanização e promoção da qualidade da atenção prestada, a mobilização social e política, bem como o estabelecimento de parcerias e a promoção de vida saudável.

A redução da mortalidade infantil continua um grande desafio no país. Apesar da importante queda nas últimas décadas, decorrente da redução da mortalidade infantil pós-neonatal (28 dias a um ano de vida), os índices ainda são elevados. Há uma estagnação da mortalidade infantil neonatal no país (zero a 27 dias de vida) – principal componente da mortalidade infantil desde a década de 1990 – e uma concentração nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais.

Você nota a gravidade da situação ao reconhecer que, em sua maioria, essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis. As causas perinatais, a pneumonia e a diarreia associadas à desnutrição são as principais causas de morte no primeiro ano de vida (BRASIL, 2004). Portanto, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, o desenvolvimento e a alimentação saudáveis, bem como a prevenção de doenças respiratórias não podem deixar de ser realizadas em toda a sua plenitude e em todos os níveis de atenção.

A promoção da saúde integral da criança, o desenvolvimento de ações de prevenção e de assistência e a redução da mortalidade infantil revelam o compromisso de dar qualidade de vida à criança, permitindo que ela cresça e desenvolva o seu potencial.

Na lista a seguir, você encontra as principais ações gerais:

- Promover o nascimento saudável.
- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento e a imunização.
- Promover o aleitamento materno e alimentação saudável: atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais.
- Abordar as doenças respiratórias e infecciosas.
- Realizar visita domiciliar de enfermagem ao recém-nascido na primeira semana.
- Realizar consulta médica.
- Realizar consulta de enfermagem.
- Realizar consulta de nutrição.

- Realizar atividades educativas coletivas para as mães/pais/responsáveis com equipe multiprofissional, com abordagem sobre os fatores de risco e ênfase no desenvolvimento de um estilo de vida saudável.
- Orientar a execução de atividades de vida diária e prevenção de acidentes.
- Orientar a execução de atividades de desenvolvimento psicomotor.
- Sensibilizar sobre o tema do desenvolvimento saudável por meio de palestras ou outras atividades organizadas/patrocinadas pela operadora.
- Realizar atividades físicas coletivas orientadas.
- Elaborar rotina e calendário vacinal.
- Realizar integração com os programas voltados para a prevenção de doenças comuns da infância.
- Realizar exames periódicos.
- Incluir no site da operadora informações sobre fatores de risco e doenças, bem como sobre o Programa de Promoção da Saúde.
- Incluir informações sobre fatores de risco e doenças no serviço de atendimento ao cliente via telefone.
- Elaborar e distribuir material educativo sobre fatores de risco, doenças e o Programa de Promoção da Saúde.

A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta (entre 10 e 19 anos) com intensas transformações biopsicossociais (BRASIL, 2006c). A Saúde do Adolescente tem como características as ações e o enfoque preventivo e educativo. Conhecer os conteúdos da Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes é importante para as equipes de saúde. Para ser bem-sucedido, o programa deve interagir com o público-alvo, respeitar sua cultura e conhecimentos adquiridos, criando condições para o crescimento adequado. A abordagem desses conteúdos aumenta a possibilidade de absorção dos conhecimentos pelos participantes do programa, o que favorece o aperfeiçoamento da sociedade (BRASIL, 2002a). No caso do Brasil, país de dimensões continentais e de formação histórica e social multicultural, considerar a diversidade dos contextos de vida de adolescentes e jovens, mais do que uma ferramenta analítica, é uma condição para a compreensão das adolescências e das juventudes brasileiras (Brasil, 2010).

A seguir, você conheceremos os principais temas a serem abordados em programas de promoção e prevenção voltados à área de atenção à saúde do adolescente:

- Desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos.
- Crescimento e desenvolvimento.
- Alimentação saudável e atividade física.
- Saúde reprodutiva e sexualidade.

3.3 PROTEÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A legislação brasileira vigente reconhece a família como estrutura vital

à humanização e à socialização da criança e do adolescente, espaço ideal para o desenvolvimento integral dos indivíduos.

Crianças e adolescentes têm o direito a uma família, cujos vínculos devem ser protegidos pela sociedade e pelo Estado. Nas situações de risco e enfraquecimento familiar, as estratégias de atendimento deverão esgotar as possibilidades de preservação desses vínculos, aliando o apoio socioeconômico à elaboração de novas formas de interação e referências afetivas no grupo familiar.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (vide Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) estabelece que medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nessa lei forem ameaçados ou violados:

- I- por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
- II- por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;
- III- em razão de sua conduta.

A gradação elencada nos artigos 101 e 129 da Lei nº 8.069/90 reserva a aplicação das medidas mais sérias, que envolvem a separação da criança e do adolescente de sua família, à autoridade judicial. A Lei nº 8.069/90 busca preservar os vínculos familiares originais e evitar rupturas que possam comprometer o seu desenvolvimento. De fato, o ECA tem a relevante função de regulamentar e impedir que o texto constitucional “não se constitua em letra morta”. Mas, para isso, é preciso “[...] uma política social eficaz, que de fato assegure materialmente os direitos já positivados” (HOPPE *apud* VERONESE; COSTA, 2006, p. 132).

Nesse contexto, você percebe a importância das medidas voltadas à inclusão da família em programas de auxílio e proteção, expressas no ECA. Com esses programas disponíveis e bem estruturados, você pode superar as dificuldades vivenciadas pela família e restaurar direitos ameaçados ou violados, sem a necessidade de afastar a criança ou o adolescente do seu núcleo familiar.

Com medidas protetivas em pauta, os programas de apoio sociofamiliar devem fortalecer a família e estabelecer, de maneira participativa, um plano de trabalho ou plano promocional da família que valorize sua capacidade de encontrar soluções para os problemas enfrentados, com apoio técnico e institucional.

A seguir, você pode observar as dimensões dos Programas:

- Superação de vulnerabilidades sociais decorrentes da pobreza e privação incluindo condições de habitabilidade, segurança alimentar, trabalho e geração de renda.
- Fortalecimento de vínculos familiares e de pertencimento social fragilizados.
- Acesso à informação com relação às demandas individuais e coletivas.
- Orientação da família e, especialmente, dos pais, quanto ao adequado exercício das funções parentais, em termos de proteção e cuidados a serem dispensados às crianças e adolescentes em cada etapa do desenvolvimento, mantendo uma

abordagem dialógica e reflexiva.

- Superação de conflitos relacionais e/ou transgeracionais, rompendo o ciclo de violência nas relações intrafamiliares.
- Integração sociocomunitária da família, a partir da mobilização das redes sociais e da identificação de bases comunitárias de apoio.
- Orientação jurídica, quando necessário.

A estruturação desses programas requer teoria e um corpo técnico qualificado, dimensionado para as demandas existentes em cada território. Você também nota a importância de duas características: a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Os programas de apoio sociofamiliar devem articular diferentes políticas sociais básicas (saúde, assistência social e educação) e manter estreita parceria com o SGD e com políticas como habitação, trabalho, esporte, lazer e cultura.

A eficácia dos programas de apoio sociofamiliar é essencial à promoção do direito à convivência familiar e comunitária e constitui um dos pilares deste Plano Nacional, que objetiva ampliar o seu raio de cobertura e incrementar sua qualidade. Isso deverá ocorrer com a consolidação de políticas públicas universais e de qualidade e pela integração entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e o Sistema Educacional.

Quais desafios você pode citar às agências que executam a política de atendimento? Expandir formas alternativas e mais democráticas de agir. Reforçar os vínculos institucionais e a iniciativa dos jovens, para que eles elaborem projetos para seu próprio desenvolvimento. Por fim, valorizar a livre escolha e a vontade do jovem diante das crises socioeconômicas.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A EDUCAÇÃO INFANTIL

As políticas públicas de educação direcionam os investimentos para essa área. Tais políticas mostram quais são as prioridades no âmbito de formação da educação básica. No caso da educação infantil, têm se destacado políticas públicas que privilegiam aspectos como: saúde, alimentação, nutrição, convivência familiar e comunitária, assistência social, cultura, lazer, espaço, meio ambiente e proteção. A formulação de políticas públicas de educação, como você vai ver, envolve diversas lutas, movimentos e discussões da sociedade.

4.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA EDUCAÇÃO INFANTIL

Você sabe o que são políticas públicas? Políticas públicas são um conjunto de ações, programas e atividades realizadas pelo Estado, direta ou indiretamente, com a participação dos entes públicos ou privados, que têm o objetivo de equacionar os

problemas sociais e políticos conforme as demandas da sociedade civil (SECCHI, 2013). As políticas públicas para a educação infantil são aquelas voltadas para equacionar os problemas sociais e políticos relacionados ao público infantil e suas famílias. É importante você notar que a formulação de políticas públicas não é uma tarefa simples. Além disso, ela sempre está atrelada ao cenário político, econômico e social internacional e nacional. Mas como as políticas públicas para a educação infantil foram construídas ao longo da história brasileira?

No século XIX, período em que a população se centralizava na área rural, as mulheres eram responsáveis por cuidar das crianças, enquanto os homens trabalhavam. Havia poucas instituições especializadas em cuidados infantis. No geral, existiam apenas orfanatos e internatos para crianças órfãs e delinquentes. Nas primeiras décadas do século XX, a história da educação infantil foi marcada por uma dicotomia: havia um atendimento específico para crianças das famílias das classes trabalhadoras, realizado pelas creches, e instituições voltadas para alunos de classes sociais mais favorecidas, chamadas de jardins de infância (ROMANELLI, 2012; SOUZA; GARCIA, 2015). Contudo, em ambos os períodos citados, não havia desenvolvimento de políticas públicas específicas para a educação infantil, apenas algumas iniciativas da sociedade civil.

Por volta das décadas de 1970 e 1980, como você sabe, ocorreram mudanças sociais e econômicas, além de modificações na estrutura familiar. As mulheres começaram a trabalhar fora e houveram várias alterações no cenário nacional e internacional, inclusive relacionadas à concepção da infância. Nas universidades e em setores da sociedade civil, por exemplo, surgiram discussões sobre se a educação infantil deveria ter caráter assistencialista ou educacional (ROMANELLI, 2012; SOUZA; GARCIA, 2015). Nesse período, Kuhlmann (2007) destaca que as políticas públicas de educação infantil adquiriram força. Isso ocorreu especialmente devido à promulgação da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a necessidade de proteção à infância e o direito das crianças ao atendimento em creches e pré-escolas. Inicialmente, a proposta de concepção de educação da infância estava relacionada a suprir as “carências culturais” das crianças das classes desfavorecidas, oferecendo a elas serviços e cuidados assistenciais (KUHLMANN, 2007; SOUZA; GARCIA, 2015).

As políticas educacionais elaboradas na década de 1990 tiveram por objetivo favorecer interesses econômicos e contribuir com uma mundialização financeira. As agências multilaterais, entre elas o Banco Mundial, forçaram as políticas sociais a priorizar um processo de “desenvolvimento humano”. O Estado passou a ser promotor de serviços sociais básicos, em especial para a população mais pobre. As políticas educacionais de atendimento da primeira infância foram marcadas por discursos de prioridade do desenvolvimento sustentável dos países, especialmente dos que estavam em desenvolvimento (ABUCHAIM, 2018).

A partir de 1990, esse tema tornou-se recorrente e teve como foco a educação e o cuidado infantil. Segundo Abuchaim (2018), na Conferência Mundial de Educação para Todos, realizada em Jomtien (Tailândia), cerca de 183 países (inclusive o Brasil) assumiram o compromisso de, até 2000, suprir as necessidades básicas de crianças, jovens e adultos, erradicando o analfabetismo e universalizando o acesso à escola para as crianças. Na Declaração de Jomtien, reconheceu-se que a aprendizagem

inicia-se com o nascimento, implicando “[...] cuidados básicos e educação infantil na infância, proporcionados por famílias, comunidades ou programas institucionais [...]” (WORLD CONFERENCE ON EDUCATION FOR ALL, 1990, art. 5º, s.p.).

Em 2000, com a realização do Fórum Mundial de Educação para Todos em Dakar (Senegal), fixou-se que uma das metas para a educação seria “[...] expandir e melhorar o cuidado e educação da criança pequena, especialmente para as crianças pequenas mais vulneráveis e em maior desvantagem [...]” (UNESCO, 2000, p. 2).

Conforme Moreira e Lara (2012), alguns documentos sobre a concepção de infância, a educação infantil e o cuidado com a criança orientaram o Ministério da Educação Cultura (MEC), nos períodos de 2000 a 2005, a implementar diretrizes para a educação infantil. São eles (MOREIRA; LARA, 2012):

- *Marco de Ação Dakar*, da Unesco em 2000.
- *Os serviços para a criança de zero a seis anos no Brasil*, da Unesco em 2003.
- *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial*, do Banco Mundial nos anos de 1990, 1995 e 1996.
- *Romper o ciclo da pobreza: investir na infância*, do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) em 1999.
- *Sobre a CEPAL*, da Comissão Econômica para a América Latina em 2005.

Moreira e Lara (2012, p. 159) destacam que as principais categorias de recomendações políticas desses organismos para a educação infantil foram:

UNESCO: direito humano; qualidade; aprender a aprender, a fazer, a conviver; educação para o trabalho; desenvolvimento sustentável; expansão e melhoria; focalização à educação básica primária, às meninas, aos pobres; equidade.

CEPAL: equidade; transformação produtiva; desenvolvimento sustentável, focalização à pobreza; educação para a competitividade.

BANCO MUNDIAL: desenvolvimento sustentável; focalização à pobreza; capital humano; qualidade; descentralização.

BANCO DE DESENVOLVIMENTO INTERAMERICANO: focalização à pobreza; cuidado infantil; desenvolvimento sustentável; focalização à educação básica; qualidade; descentralização; aumento produtivo.

Momma-Bardela e Passone (2015) apontam que a Constituição de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996 reforçaram os direitos das crianças e indicaram a importância da educação infantil como direito assegurado, devendo ser oferecido pelo poder público. A Lei de Diretrizes e Bases apontou a educação infantil como primeira etapa da educação básica. No entanto, tais legislações não indicaram como ela deveria funcionar no âmbito das instituições escolares. Posteriormente, o Ministério da Educação e da Cultura introduziu os documentos e Referenciais Curriculares para a Educação Infantil (RCNEI), em 1998. Eles consistem em um conjunto de referências e orientações pedagógicas para os docentes.

Em 2001, foi aprovado o Plano Nacional de Educação (PNE) para 2001 a 2011, por meio da Lei nº 10.172/2001. Esse plano estabeleceu metas para a

educação infantil tendo como base as recomendações mundiais e a legislação brasileira. Ele determinou a corresponsabilidade de municípios, estados e União e da família, indicando o regime de colaboração para garantir a educação infantil (MOREIRA; LARA, 2012).

O PNE estabeleceu um conjunto de 26 objetivos e metas para a educação infantil. Entre eles, estão:

[...] a ampliação da oferta de creches e pré-escolas; a elaboração de padrões mínimos de qualidade e infraestrutura para o funcionamento adequado das instituições de educação infantil; a autorização de funcionamento dessas instituições; a formação dos profissionais da área; a garantia da alimentação escolar para as crianças atendidas nos estabelecimentos públicos e conveniados; o fornecimento de materiais adequados às faixas etárias; o estabelecimento de padrões de qualidade como referência para a supervisão; o controle, avaliação e aperfeiçoamento da educação infantil [...] (MOREIRA; LARA, 2012, p. 141).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil (DCNEI) de 1999 e 2009 definiram os princípios para as propostas pedagógicas das instituições de educação infantil. Elas promoveram o reconhecimento pessoal de todos envolvidos, provendo conteúdos básicos para a constituição de conhecimentos e valores, organizando as estratégias de avaliação por meio do acompanhamento e de registros e valorizando um ambiente de gestão democrática e participativa, com profissionais formados como professores (MOREIRA; LARA, 2012).

Por meio da Lei nº 13.005, de 2014, foi aprovado o Plano Nacional de Educação para 2014 a 2024, que inclui, direta ou indiretamente, as seguintes metas para a educação infantil:

Meta 1: universalizar, até 2016, a educação infantil na pré-escola para as crianças de 4 (quatro) a 5 (cinco) anos de idade e ampliar a oferta de educação infantil em creches, de forma a atender, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) das crianças de até 3 (três) anos até o final da vigência deste PNE.

Meta 4: universalizar, para a população de 4 (quatro) a 17 (dezessete) anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, o acesso à educação básica e ao atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados (ABUCHAIM, 2018, s.p.).

Em 2016, o Marco Legal da Primeira Infância ressaltou a importância de políticas públicas que privilegiassem saúde, alimentação, nutrição, educação infantil, convivência familiar e comunitária, assistência social, cultura, brincadeiras, lazer, espaço, meio ambiente e proteção (ABUCHAIM, 2018).



O Plano Nacional de Educação determina diretrizes, metas e estratégias para a política educacional por 10 anos. Ele inclui um grupo de metas que buscam garantir o direito à educação básica de qualidade, a universalização, o ensino obrigatório e a ampliação das oportunidades educacionais. Também conta com um segundo grupo de metas que indicam caminhos para a redução de desigualdades e a valorização da diversidade. Além disso, há um terceiro grupo de metas que tratam da valorização dos profissionais da educação. Por fim, um quarto grupo de metas abrange o ensino superior. O PNE deve ser constantemente acompanhado pela população. Você pode ver alguns dados sobre a educação infantil no link a seguir: <https://goo.gl/ZFqBsY>.

4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E FINANCIAMENTO PARA A EDUCAÇÃO INFANTIL

Você sabe como se financia a educação infantil? A partir da década de 1990, alguns órgãos internacionais, por meio de suas instituições, estimularam políticas externas e internas de financiamento para a expansão econômica e a inserção de países em desenvolvimento no mercado global. Como você sabe, o Brasil é um desses países. Tais órgãos influenciaram as políticas públicas de educação e financiamento naqueles anos e nos anos posteriores. Como exemplos desses órgãos, você pode considerar o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e a Comissão Econômica para a América Latina.

Moreira e Lara (2012) apontam que órgãos como o Banco Mundial, que financiavam projetos e ações educativas por meio de suas instituições, estabeleceram a noção de que para o crescimento de países em desenvolvimento era necessário investir em capital humano. Isso deveria ocorrer por meio de educação básica. Assim, seria possível obter crescimento econômico e produtividade.

O Banco Interamericano de Desenvolvimento buscou desenvolver a América Latina e o Caribe financiando programas e projetos que tivessem como prioridade a redução da pobreza e o incentivo à equidade social. De acordo com Moreira e Lara (2012, p. 111), um discurso que perpassava as orientações políticas do BID era “[...] o de que o investimento na infância contribuía para minimizar ou eliminar a pobreza dos países em desenvolvimento [...]”.

A Comissão Econômica para a América Latina é uma agência criada com o objetivo de auxiliar no crescimento econômico dos países da América Latina, coordenando ações dos países dessa região com os demais países do mundo. Ela propôs programas e projetos que promoviam a transformação produtiva com equidade (MOREIRA; LARA, 2012).

A partir da influência desses órgãos na produção de políticas públicas e financiamento, chega-se à Constituição Federal Brasileira de 1988, que determinou a aplicação na educação de no mínimo 25% das receitas de tributos estaduais, municipais e do Distrito Federal e de 18% dos impostos federais (BRASIL, 1988, art. 212º).

Os recursos dos municípios são orientados às etapas que são suas atribuições — educação infantil e ensino fundamental, especialmente os anos iniciais. Os estados concentram suas despesas nos anos finais do ensino fundamental e do ensino médio. Já a União realiza a oferta, o acompanhamento e a regulação do ensino superior. No Quadro 2, a seguir, você pode ver a organização da educação no Brasil.

QUADRO 2 – ORGANIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO NO BRASIL

Níveis e etapas			Duração	Faixa etária
Educação básica	Educação infantil	Creche	3 anos	De 0 à 3 anos
		Escola	2 anos	De 4 à 5 anos
	Ensino fundamental (obrigatório)		9 anos	De 6 à 14 anos
	Ensino médio		3 anos	De 15 à 17 anos
Educação superior	Cursos e programas (graduação e pós-graduação) por área		Variável	Acima de 17 anos

FONTE: Adaptado de Brasil (2006)



A Lei nº 12.858/2013, conhecida como Lei dos Royalties, destinou à educação (75%) e à saúde (25%) as receitas provenientes de royalties e participações sobre exploração de petróleo e gás natural em campos da plataforma continental, do mar territorial e das áreas do pré-sal (BRASIL, 2013).

Além disso, ainda em 1996, o Ministério da Educação criou o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF) para auxiliar com recursos o ensino fundamental e os profissionais dessa etapa. Em 2007, o FUNDEF foi substituído pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (FUNDEB), cuja regulamentação está na Lei nº 11.494/2007 e que passou a beneficiar todas as etapas da educação básica.

O FUNDEB é um fundo estadual para o qual cada estado e seus municípios contribuem com 20% da arrecadação de impostos e transferências definidos por

lei. A redistribuição dos recursos é calculada de acordo com o número de alunos matriculados por etapa da educação básica, com as modalidades e os tipos de estabelecimento de ensino. Os valores atribuídos a esses itens são definidos por representante do MEC, dirigentes municipais de educação e secretários de educação. O FUNDEB tem vigência de 2007 a 2020 (ABUCHAIM, 2018). Como você pode imaginar, esse fundo é muito importante para que haja menos desigualdade nas redes de ensino. Além disso, ele ajuda os sistemas de ensino a se organizarem melhor no atendimento escolar de toda a educação básica, garantindo segurança financeira aos municípios e estados para expandirem seu número de matrículas e orientando-os no cumprimento de suas responsabilidades com a educação.

Em 2007, buscando relacionar a questão do financiamento com a qualidade de atendimento, foi lançado um estudo sobre o Custo Aluno Qualidade Inicial (CAQi). Esse é um dispositivo que integra em seu cálculo o trabalho educacional de qualidade, a remuneração dos professores e da equipe técnica, a infraestrutura, o número de alunos por turma e o professor. O FNDE é responsável por calcular o valor anual mínimo por aluno. A União é responsável por repassar o valor complementar aos municípios e aos estados caso não seja atingido tal valor. No Quadro 3, a seguir, podemos ver o custo mínimo por aluno.

QUADRO 3 – CUSTO MÍNIMO POR ALUNO (FUNDEB)

Etapa/modalidade	Valor FUNDEB (mínimo)
Creche (tempo integral)	R\$ 3.349,27
Creche (tempo parcial)	R\$ 2.576,36
Pré-escola (tempo integral)	R\$ 3.349,27
Pré-escola (tempo parcial)	R\$ 2.576,36
Ensino fundamental anos iniciais — urbano (parcial)	R\$ 2.576,36
Ensino fundamental anos finais — urbano (parcial)	R\$ 2.834,00
Ensino fundamental anos iniciais — rural (parcial)	R\$ 2.962,82
Ensino fundamental anos finais — rural (parcial)	R\$ 3.091,64
Ensino fundamental (integral)	R\$ 3.349,27
Ensino médio urbano (parcial)	R\$ 3.220,46
Ensino médio rural (parcial)	R\$ 3.349,27
Ensino médio (integral)	R\$ 3.349,27
Ensino médio integrado à educação profissional	R\$ 3.349,27
Educação especial	R\$ 5.668,00
Educação de jovens e adultos	R\$ 2.061,09

FONTE: Adaptado de Taporosky (2016)

O valor investido na educação infantil em todos esses anos é menor do que investido no ensino fundamental, no ensino superior e no ensino médio. Além disso, há grande desigualdade de investimento por aluno nas diferentes regiões

do País (ABUCHAIM, 2018). Há problemas no que diz respeito à infraestrutura das instituições, às propostas pedagógicas, à capacitação de profissionais e à remuneração. Nesse sentido, surgiram programas, patrocinados pela União, que investem na educação infantil. No tópico a seguir, conheceremos alguns desses programas.

4.3 PROGRAMAS FEDERAIS PARA A EDUCAÇÃO INFANTIL

A União dispõe de recursos para a educação infantil que são aplicados por meio de programas federais, conduzidos pelo orçamento do Ministério da Educação. A seguir, conheceremos alguns deles.

4.3.1 Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil (Proinfância)

Foi criado pelo Governo Federal e instituído pela Resolução nº 06, de 24 de abril de 2007. Tem o objetivo de ampliar a rede de educação infantil, prestando assistência técnica e financeira à construção de novas unidades e à aquisição de equipamentos e materiais. Conforme Flores e Mello (2012, p. 1), “[...] trata-se de uma política pública cujo objetivo é ampliar ofertas de vagas na primeira etapa da Educação Básica, a partir do repasse de recursos federais destinados à construção de prédios para o funcionamento de estabelecimentos de Educação Infantil [...]”.

De modo geral, as construções são feitas com base em projetos arquitetônicos disponibilizados pelo FNDE. As escolas construídas obedecem a padrões e ambientes, como: sanitários, fraldários, salas de aula, sala multiuso, recreio coberto, parque e refeitório. A ideia é que possam ser feitas atividades pedagógicas, recreativas, esportivas e de alimentação. Além disso, há espaços administrativos e de serviços. O programa também disponibiliza auxílio para aquisição de móveis e equipamentos como geladeiras, fogões, bebedouros, cadeiras e berços (FLORES; MELLO, 2012).

Para a solicitação dos recursos do Proinfância, os municípios precisam fazer um cadastro em um período predeterminado via Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação no Brasil (SIMEC). Os pré-requisitos para que o município se cadastre no programa são: disponibilidade de terreno em localização adequada; condições de acesso e características técnicas do terreno adequadas para a implantação das unidades, segundo as exigências dos projetos padronizados, oferecidos pelo FNDE (tipos A, B e C); compromisso com a gestão, o funcionamento e a manutenção das unidades; demanda mínima de vagas na educação infantil (FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO, 2018).

O Ministério da Educação assessora municípios participantes do programa tanto técnica quanto pedagogicamente. Para isso, oferece (ABUCHAIM, 2018):

- consultorias especializadas em propor processos de planejamento técnico-pedagógico e de gestão/avaliação da política de educação infantil;
- propostas de utilização dos espaços internos e externos das unidades de educação infantil;
- formação continuada de professores nessa etapa de ensino;
- análise das propostas pedagógicas dos municípios;
- desenvolvimento de material em prol da diversidade da educação infantil;
- cooperação com a educação infantil integral;
- cooperação com a educação infantil no campo;
- proposição de indicadores de avaliação da educação infantil;
- proposição de formulação de literatura na educação infantil;
- rede técnica-pedagógica.

4.3.2 Programa Brasil Carinhoso

Tem como foco a superação da extrema pobreza, a melhoria e a ampliação do acesso à creche, à pré-escola e à saúde. Esse programa possui duas frentes. A primeira consiste na transferência automática de recursos financeiros aos municípios com base no número de matrículas de crianças de 0 a 48 meses que sejam membros de famílias do Bolsa Família. A segunda frente refere-se à antecipação de recursos pelo MEC para custear as novas turmas de alunos da educação infantil ainda não contempladas pelo FUNDEB.

4.3.3 Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)

É um programa que, em caráter suplementar desde a década de 1950, financia a alimentação escolar. O FNDE repassa recursos diretamente aos estados e aos municípios com base no número de alunos informado no censo escolar realizado no ano anterior ao do atendimento.

4.3.4 Programa Nacional de Transporte Escolar (PNATE)

Consiste na transferência automática de recursos financeiros, sem necessidade de convênio, para custear despesas relacionadas à manutenção do veículo ou da embarcação utilizada para o transporte de alunos da educação básica pública residentes em área rural.

4.3.5 Programa Nacional Biblioteca da Escola (PNBE) e PNBE Professor

Fornecem às bibliotecas de escolas obras literárias e demais materiais de apoio à prática da educação básica. Desde 2008, têm distribuído títulos para a

educação infantil.

4.3.6 Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE)

É um programa que funciona em diversas modalidades. Por meio dele, repassa-se dinheiro diretamente às escolas com vistas à melhoria da infraestrutura física e pedagógica e ao reforço da autogestão escolar. Passou a atender a educação infantil a partir de 2009.

4.3.7 Política Nacional de Formação Continuada de Professores da Educação Infantil

É uma política nacional de fomento de cursos de especialização em docência na educação infantil em parcerias com instituições públicas de ensino superior e secretarias municipais de educação.

RESUMO DO TÓPICO 1

Nesse tópico você viu que:

- A política nacional de atenção integral à saúde da criança é composta por programas de saúde voltados à criança brasileira.
- Os dados epidemiológicos e indicadores relacionados à saúde da criança no Brasil são utilizados como um norte para o desenvolvimento de políticas públicas de atenção à saúde da criança e do adolescente.
- Ao longo do desenvolvimento infantil, as crianças podem demandar determinadas ações de enfermagem e de assistência.
- Crianças e adolescentes apresentam especificidades no que toca o atendimento prestado nos estabelecimentos de saúde pública.
- As atuais políticas públicas para a educação infantil no Brasil, não foram formadas do dia para a noite. Elas são resultantes de aspectos históricos, econômicos e culturais que as antecederam e que ainda as perpassam.
- Pensando na proteção à saúde da criança e do adolescente, foram elaboradas no Brasil, políticas públicas e financiamento voltados para a educação infantil.
- Crianças e adolescentes requerem TIPOS específicos DE AÇÕES NO que se refere ao atendimento na área da saúde.
- Existem diferentes programas federais para a educação infantil, como por exemplo, o PNAE, PDDE, PNATE etc.

AUTOATIVIDADE



1 Em relação aos sete eixos norteadores para a implantação de programas e a efetividade de suas políticas da PNAISC. Com relação ao PNAISC analise as afirmativas a seguir:

- I- Alimento materno sem alimentação complementar saudável
- II- Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido.
- III- Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças agudas
- IV- Promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral

É correto o que se afirma em:

- a) () I, II e IV
- b) () I, III e IV
- c) () I e III
- d) () II e IV

2 Quais assistências e cuidados são atribuídos a enfermagem no desenvolvimento infantil do nascimento aos 2 meses:

- I- Ensinar a mãe sobre a importância de estabelecer e firmar o vínculo mãe e filho, fundamental para todo o desenvolvimento do bebê.
- II- Atender a criança fazendo contato visual e conversar sempre em tom de voz alto para obter resposta do bebê
- III- Ensinar à mãe a importância do sono noturno, que é restaurador para o desenvolvimento.
- IV- Identificar diferenças no choro do bebê: choro de fome, de dor, de frio ou calor, ou mesmo choro por necessidade de aconchego, de afeto etc.

Estão corretas as afirmações:

- a) () I e II
- b) () I e IV
- c) () I, II, IV
- d) () II e III

3 Durante as eleições, ou mesmo quando existe a divulgação de uma nova POLÍTICA PÚBLICA de ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA, não é raro que existam debates, e discordâncias. Sobre a formulação de políticas públicas, assinale a alternativa CORRETA:

DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

1 INTRODUÇÃO

Neste tópico discutiremos os determinantes sociais e biológicos do crescimento e do desenvolvimento da criança. Apresentando métodos de monitorização, como o Teste de Triagem de Desenvolvimento (TTDD), e outros fatores determinados pela OMS e que constam, também, na Caderneta de Vacinação. E discutiremos aspectos de planos de cuidados para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança.

Outra discussão importante serão os aspectos do atendimento clínico com crianças vítimas de violência, abordando sua dimensão histórica e alguns desafios deste tipo de atendimento. Serão apresentados, também, aspectos relevantes do atendimento clínico com crianças, tais como: brincadeira, motivação, familiares/responsáveis e a afetividade.

A violência contra a criança é uma realidade que deve ser entendida e enfrentada de diferentes maneiras e através de diversas frentes de trabalho (saúde, educação, lazer, cultura, entre outros). Diferentes estudos mostram o perfil da criança vítima de violência, seja ela: física, sexual, psicológica e/ou negligência/abandono. Para concluir apresentamos características sobre o plano de cuidados de enfermagem às crianças vítimas de violência.

2 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

A monitorização do crescimento é feita por meio de parâmetros. Conhecer os fatores que auxiliam ou comprometem o crescimento e o desenvolvimento da criança é necessário para que seja possível identificá-los e mensurá-los. Dessa forma, é de fundamental relevância entender os determinantes sociais e biológicos que impactam o desenvolvimento da criança.

2.1 DETERMINANTES SOCIAIS E BIOLÓGICOS DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

O crescimento é considerado um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida e é expresso pelo aumento do tamanho corporal. Esse é um dos melhores indicadores de saúde da criança, segundo o Ministério da Saúde (MS), pois reflete as condições de vida, seja do passado ou do momento atual da criança (BRASIL, 2002). Todos os seres humanos nascem com um potencial de crescimento, no entanto, esse potencial será influenciado por fatores conhecidos como determinantes intrínsecos e extrínsecos ao longo da vida.

Ricco, Del Ciampo e Almeida (2008) apresentam tais fatores, dividindo-os em biológicos e sociais. Esses fatores determinam como se dará o crescimento, por essa razão é utilizado o termo *determinante*. De acordo com Ricco, Del Ciampo e Almeida (2008), são considerados como biológicos os fatores genéticos, na medida em que a genética determina o crescimento da criança. Além desse, o gênero também é um fator que é observado de forma fácil como determinante de crescimento. Para os autores, questões de saúde, assim como os fatores hormonais, são também relacionadas aos determinantes biológicos. Os determinantes sociais apontam para a importância do meio ambiente, pois este interfere em todas as etapas do crescimento e do desenvolvimento da criança. A alimentação também é colocada como fundamental na determinação do crescimento, pois o excesso e a sua privação são fatores essenciais nos parâmetros para a avaliação da criança. Romani e Lira (2004) apresentam vários estudos que avaliam e discutem o crescimento da criança associado a diferentes determinantes.

Quanto às questões biológicas, o peso e a estatura ao nascer e o sexo da criança têm grande relevância na determinação do crescimento posterior. O peso ao nascer inferior a 2,5 kg se constitui como um fator de risco ao crescimento. Outros fatores biológicos também são apontados, tais como peso, altura e idade dos pais e morbidades da criança, por exemplo, doenças diarreicas e respiratórias). A alimentação infantil, desde a amamentação, também é considerada um determinante biológico.

Quanto aos determinantes sociais, Romani e Lira (2004) indicam vários temas de grande impacto para o crescimento e o desenvolvimento da criança. Entre eles, estão as questões socioeconômicas, como renda per capita, habitação, tipo de moradia, saneamento básico e escolaridade dos pais, com ênfase à da mãe, pois a escolaridade materna está relacionada ao maior entendimento e conhecimento da prática dos cuidados dispensados à criança. Ainda como fator determinante, existe o acesso à saúde, por exemplo, e as condições de proporcionar vacinação à criança, promovendo imunização contra doenças preveníveis.



Há muito a se considerar sobre fatores biológicos e ambientais que determinam o crescimento e o desenvolvimento da criança, portanto, não se pode pensar de uma forma simplista em como se dará o desenvolvimento da criança. Além dos fatores já relacionados, é preciso considerar as questões geográficas, culturais e também climáticas, pois estas são importantes quando se estuda o desenvolvimento de povos e culturas geograficamente distantes.

As multicausas envolvidas no crescimento e no desenvolvimento da criança devem ser estudadas, analisadas e repensadas para que seja possível desenvolver estratégias cada vez mais completas e eficazes no atendimento à saúde da criança, com um olhar amplo e desenvolvido visando todas as possibilidades de aperfeiçoar a assistência nesse período crucial para a criança e possibilitar uma melhora no seu crescimento e desenvolvimento.

Um olhar simplista para avaliar o crescimento e o desenvolvimento da criança deve ser posto de lado para dar espaço à visão ampla, multicausal, complexa e aberta para novas possibilidades. Somente com a busca por essa visão de inúmeros determinantes é que políticas públicas são formuladas, ações são desenvolvidas e projetos são fortemente implementados, haja vista que é necessário focar em cada uma e em todas as causas e todos os determinantes biológicos e sociais que se relacionam e impactam o crescimento e o desenvolvimento da criança.

Para tornar o tema mais prático, o Quadro 3 apresenta os determinantes, já citados anteriormente, separados em sociais e biológicos (BRASIL, 2002; RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2008; ROMANI; LIRA, 2004).

QUADRO 4 – DETERMINANTES SOCIAIS E BIOLÓGICOS

Determinantes sociais	Determinantes biológicos
• Meio ambiente • Alimentação • Questões socioeconômicas • Renda per capita • Habitação • Tipo de moradia • Saneamento básico • Escolaridade dos pais • Acesso à saúde	• Fatores genéticos • Gênero • Fatores hormonais • Peso ao nascer • Estatura • Peso, altura e idade dos pais • Morbidades da criança

FONTE: Adaptado de Brasil (2002); Ricco, Del Ciampo e Almeida (2008); Romani e Lira (2004)



Questões culturais causam grande impacto no entendimento sobre alimentação da criança. No Norte do Brasil, na região do Pará, o açaí é a base da alimentação da população. Assim que encerram o período da amamentação exclusiva, as crianças já iniciam a alimentação com açaí. O açaí é uma fruta comum da região, a qual é, em geral, extraída pelos pais e preparada pelas mães e oferecida a crianças, adolescentes, jovens e adultos. No Brasil, há muito a ser trabalhado para criar condições favoráveis à alimentação completa e saudável das crianças, o que impacta significativamente o crescimento e o desenvolvimento infantil.

2.2 MÉTODOS DE MONITORIZAÇÃO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Existem formas de verificar o crescimento e o desenvolvimento da criança, por essa razão, monitorar dados e informações se faz necessário para que os profissionais da saúde possam avaliar o crescimento e fazer as intervenções adequadas de acordo com os parâmetros estabelecidos.

Nesse sentido, é possível citar o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver (TTDD), que é utilizado no acompanhamento do desenvolvimento da criança para verificar se há atraso no seu desenvolvimento. Ele foi desenvolvido por Willian K. Frankenburg *et al.*, em 1967, na Universidade do Colorado, em Denver, os quais delimitaram como público-alvo crianças de até seis anos de idade. Trata-se de um instrumento de detecção precoce das condições de desenvolvimento da criança e que avalia quatro áreas/categorias: motor-grosso, motor fino-adaptativo, linguagem e pessoal-social (MORAES *et al.*, 2010). O objetivo do teste é fazer uma triagem em crianças assintomáticas com possíveis problemas de desenvolvimento e também monitorar crianças, como, por exemplo, as prematuras que apresentam risco de anormalidade em seu desenvolvimento (MORAES *et al.*, 2010).

Nessas quatro categorias, a conduta motora está relacionada à maturidade do sistema nervoso, correspondendo ao controle das aquisições motoras. A conduta da linguagem abrange as percepções de sons, imagens e suas respostas, enquanto a conduta adaptativa está relacionada à reação da criança frente a objetos e situações vivenciadas. Por fim, a conduta pessoal-social corresponde ao comportamento da criança diante de estímulos sociais (BRÊTAS; SILVA; SILVA, C., 1995).

A atual versão do Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver Revisado (TTDD-R), ou Denver II, faz a correlação de cada um dos itens com a idade e o percentual da população padronizada que realizou/avaliou o item ou o comportamento (BRÊTAS; SILVA; SILVA, C., 1995). Como parâmetro de respostas,

cada item é avaliado da seguinte forma:

- **Normal** — a criança realiza a atividade prevista para a idade ou não realiza uma atividade feita por menos de 75% das crianças da mesma idade.
- **Cuidado** — a criança não realiza ou se recusa a realizar uma atividade que já é feita por 75 a 90% das crianças das crianças que têm a sua idade.
- **Atraso** — a criança não realiza ou se recusa a realizar uma atividade que já é feita por mais de 90% das crianças que têm a sua idade.

Outro importante parâmetro de avaliação do crescimento infantil é a relação peso e altura. De acordo com o MS, o melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do índice de massa corporal da criança na Caderneta de Saúde da Criança. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o MS recomendam a utilização de valores de referência para o acompanhamento do crescimento e do ganho de peso das curvas da OMS de 2006 (para crianças menores de cinco anos) e 2007 (para a faixa etária de 5 a 19 anos) (BRASIL, 2012). Os gráficos adotados são os recomendados pela OMS para avaliar o crescimento infantil de meninos e meninas.

Segundo o MS, conforme descrito na Caderneta de Vacinação, o crescimento individual das crianças pode ter uma grande variação. Várias medidas de crescimento colocadas como pontos no gráfico ao longo do tempo e unidas entre si formam uma linha. Essa linha representa o crescimento da criança, ou seja, trata-se de sua curva de crescimento que sinaliza se a criança está crescendo da forma esperada conforme os parâmetros para a idade ou não (BRASIL, 2012).

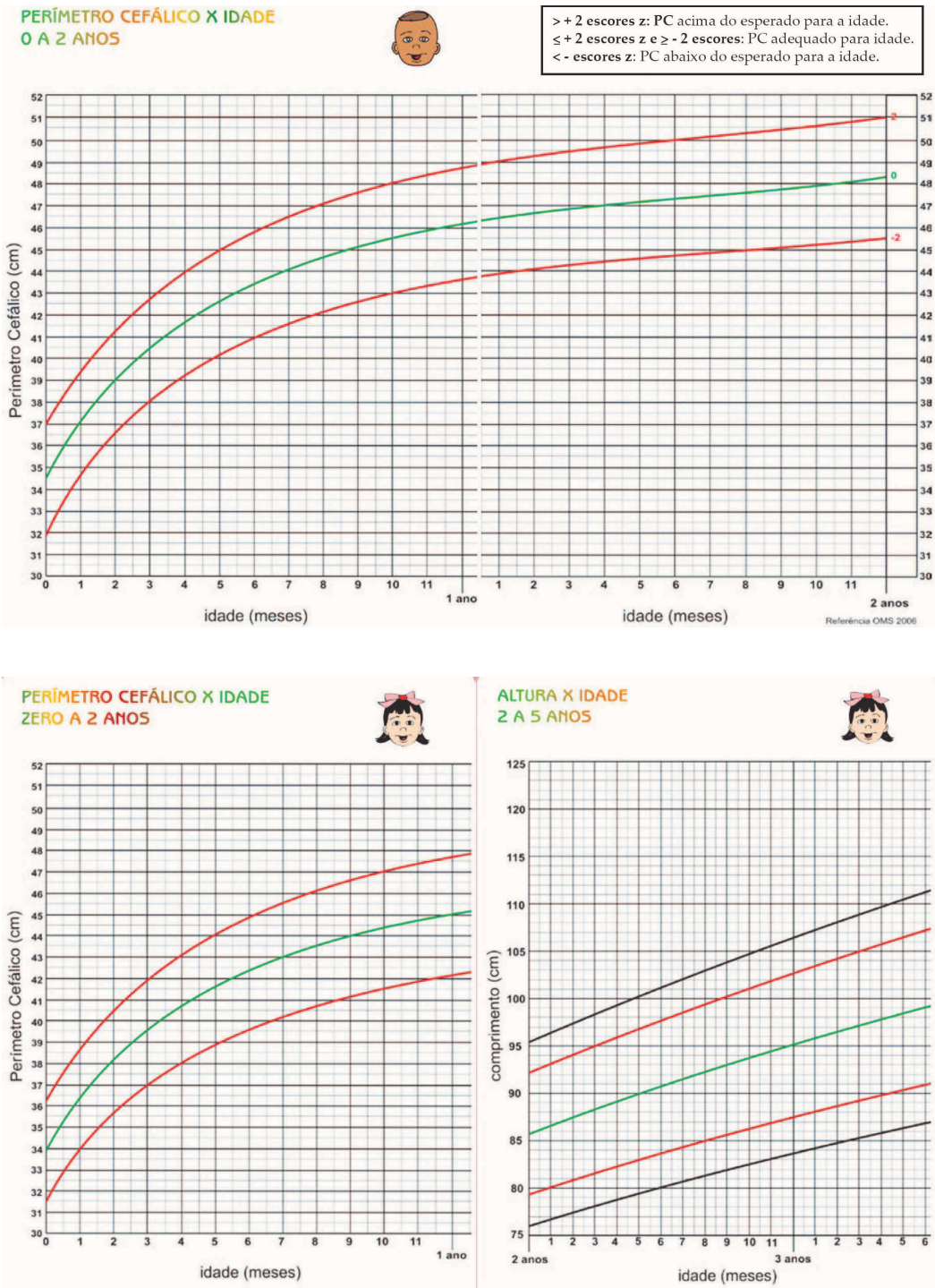
O acompanhamento da criança deve ser contínuo para que os parâmetros sejam avaliados e monitorados por meio de registros contínuos. Uma informação isolada de peso ou altura não fornece dados concretos para avaliar o crescimento da criança, por esse motivo, somente com a continuidade das consultas e o registro das medidas e pesagens é que será possível obter informações significativas sobre o crescimento da criança para que, dessa forma, sejam tomadas decisões pelo profissional quanto à necessidade de intervenção.

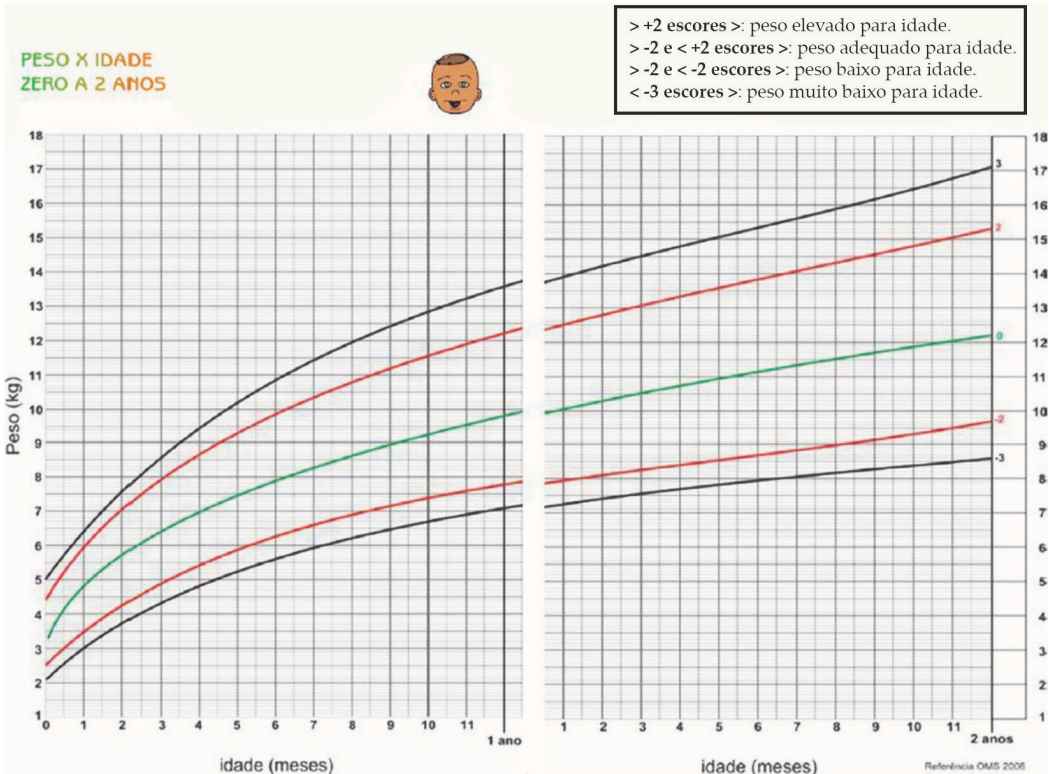
A Caderneta de Vacinação é referência para o registro de inúmeras informações sobre a saúde da criança desde o seu nascimento e, por consequência, sobre o seu desenvolvimento. Além desses registros, ela fornece muitas informações relevantes para os pais sobre os cuidados prestados à criança, como alimentação, prevenção de acidentes, vacinação, entre outros.

A Caderneta de Vacinação é, portanto, um documento para acompanhar a criança em toda a sua assistência à saúde, haja vista que registra todos os fatos ocorridos com a criança e fornece ao profissional de saúde uma ampla gama de dados e informações, em vez de depender apenas dos relatos e das informações ou subinformações fornecidas pelos pais, que podem estar sujeitos ao esquecimento.

Na Figura 1, serão apresentados os gráficos de mensuração do perímetro cefálico e de peso e altura da criança, segundo o MS, na versão 2018.

FIGURA 1 – PARÂMETROS DO MS PARA A MENSURAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO E DA ALTURA DA CRIANÇA CONFORME A IDADE





FONTE: Adaptado de Brasil (2018)

QUADRO 5 – PONTOS DE CORTE DE PESO PARA A IDADE EM CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 97	Escore z > + 2	Peso elevado para a idade
Percentil 3 e 97	Escore z – 2 e + 2	Peso adequado para a idade
Percentil 0,1 e < 3	Escore z – 3 e < – 2	Peso baixo para a idade
Percentil < 0,1	Escore z < – 3	Peso muito baixo para a idade
Percentil 3	Escore z > + 2 Escore z – 2 e + 2	Comprimento/altura adequado para a idade
Percentil 0,1 e < 3	Escore z – 3 e < – 2	Comprimento/altura baixo para a idade
Percentil < 0,1	Escore z < – 3	Comprimento/altura muito baixo para a idade

FONTE: Adaptado de Brasil (2018)

2.3 PLANO DE CUIDADOS PARA ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Planejar a assistência de enfermagem é atribuição do enfermeiro e deve ser feita com base em um levantamento dos problemas e propostas de intervenções. O diagnóstico com foco no problema é um julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo de vida que existe em uma pessoa, família, grupo ou comunidade (DIAGNÓSTICO..., 2018).

Para a assistência de enfermagem ocorrer de forma sistematizada e contínua, faz-se necessário o estabelecimento de um plano de cuidados. Assim, com foco no crescimento e desenvolvimento da criança, o plano de cuidados apresentado no Quadro 5 contém situações-problema com seus respectivos diagnósticos de enfermagem. Para cada diagnóstico de enfermagem, são propostas condutas e planos de enfermagem. Com a implementação dessas condutas, espera-se obter resultados para que a avaliação e a continuidade da assistência possam ocorrer. É importante ressaltar que o plano de cuidados deve ser feito de forma individual, preconizando o atendimento a cada criança, ou seja, o Quadro 5 apresenta um modelo/exemplo a ser estudado para que, a partir dele, sejam desenvolvidos planos específicos e individualizados.

QUADRO 6 – MODELO DE ORGANIZAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS

Situação-problema	Diagnóstico de enfermagem	Conduta/plano de enfermagem	Resultado esperado
Capacidade prejudicada do lactente em sugar	Padrão ineficaz de alimentação do lactente caracterizado por incapacidade de sugar	- Ensinar a mãe sobre técnicas corretas para amamentação - Acompanhar as mamadas - Colocar a criança ao seio materno, ensinando a pegá-la corretamente - Estimular a mãe quanto à amamentação	- Mãe consegue colocar bebê de forma correta ao seio - Mamada eficaz - Posição do lábio correta e sucção efetiva - Mãe se sente motivada e comprometida com a amamentação do filho
Vulnerabilidade a atraso no desenvolvimento	Risco de desenvolvimento atrasado relacionado a questões individuais, ambientais ou do cuidador	- Monitorar parâmetros de peso e altura com regularidade - Avaliar o ambiente onde a criança vive e propor mudanças que permitam seu melhor desenvolvimento - Ensinar ao cuidador (mãe e pai) sobre cuidados específicos com a criança que permitam a naturalidade do crescimento	- Avaliar a curva de crescimento com dados fidedignos e registrados - Eliminação/redução de situações ambientais que comprometam o crescimento da criança - Validar o aprendizado dos cuidadores quanto aos cuidados essenciais para o crescimento da criança

Incapacidade de manter um ambiente seguro para promoção do crescimento	Manutenção do lar prejudicada	- Identificar os motivos que corroboram com a falta de manutenção no lar - Ensinar a importância do cuidado com o ambiente como condicionante para o crescimento da criança	- Conseguir diagnosticar os motivos pelos quais os pais não zelam pela casa - Identificar ações de melhoria no comportamento dos pais, criando um ambiente favorável ao crescimento no lar
Comportamento dos pais que não aderem ao plano de promoção de saúde do seu filho	Falta de adesão	- Explicar o que está proposto para a promoção de saúde do seu filho (consultas, acompanhamentos, orientações etc.) - Orientar sobre os riscos e as consequências da não adesão ao acompanhamento.	- Garantir que as informações sobre os benefícios de a criança ser acompanhada foram passadas - Promover adesão ao tratamento/ acompanhamento da criança.

3 HISTÓRICO DO ATENDIMENTO CLÍNICO COM CRIANÇAS

O conteúdo apresentado neste subtópico vai ao encontro de saberes que, certamente, nos levarão a diferentes aprendizados e múltiplos olhares sobre o histórico do atendimento clínico com crianças. Perpassaremos alguns aspectos já estabelecidos com o objetivo de problematizar para, então, construir novas e inovadoras fontes de saber.

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO ATENDIMENTO CLÍNICO COM CRIANÇAS

De acordo com Araújo *et al.* (2014), se formos reconstituir a história da criança, veremos que a própria ideia de infância foi compreendida diferentemente em cada momento histórico, revelando o quanto tais concepções são marcadas historicamente, além de variáveis no tempo e distribuídas nos diversos espaços. A criança, em todo o seu percurso, foi concebida e tratada de diferentes maneiras em diferentes momentos e lugares da história da humanidade. Podemos dizer que houve tantas infâncias quanto houve ideias, práticas, propostas, discursos e estudos que se criaram e se organizaram acerca da criança, inclusive no que se refere aos processos de atendimento clínico e cuidados com a sua saúde. Todavia, por que se interessar pela criança, que, até então, era considerada um miniadulto e um ser sem “muita utilidade”? A ideia é que a criança, como objeto de estudo, tem sido sempre manipulada pelo adulto que a estuda, organiza e toma decisões por ela.

O histórico da infância e dos processos do ser criança transporta consigo a ideia daquele que não tem opinião, daquele que não tem condições de se perceber,

daquele que não deve falar e que deve sempre ouvir e ser apontado por algum adulto. Ser criança significa ocupar o lugar de terceira pessoa nos discursos criados e impostos a ela. Nesse cenário, marcado por mudanças, violências, pesquisas e descobertas, a criança tem sido alvo de normas traçadas pela família, pelos médicos e pelos teóricos da educação, que prescrevem como atendê-la, tratá-la e educá-la, com a intenção, muitas vezes, de alcançar obediência e subordinação.

As crianças, durante muito tempo, foram tratadas da mesma forma que adultos (miniadultos), sem nenhum olhar ou consideração pelos aspectos relacionados ao crescimento, desenvolvimento e atendimento infantil. Nesse contexto, ficaram invisíveis, sem ação, sem voz, sem serem percebidas, como objetos. A partir dessa perspectiva, a criança não era percebida pela família e nem pelo poder público como um ser em formação, que necessitava de atendimentos e olhares específicos para as singularidades expostas em sua fase – a infância. Contudo, no decorrer dos séculos, a criança e os aspectos da infância passaram a ser enxergados clinicamente e socialmente, com particularidades significativas e necessitando de estudos e pesquisas que percebessem e respeitassem suas dimensões e suas características. Assim, aos poucos, foram se preocupando com a saúde e com a qualidade de vida da criança, bem como com seus aspectos psicológicos, comportamentais e sociais, o que deu lugar aos atendimentos clínicos infantis.

Conforme aponta Rezende (1998), de modo a traçar e apresentar alguns momentos importantes historicamente no que tange ao surgimento do atendimento clínico infantil, cita-se o como o ápice da clínica médica o período que compreende entre o final do século XVIII e o início do século XIX.

O século XIX foi, certamente, um dos séculos mais significativos para os desdobramentos quanto à saúde e ao atendimento clínico com crianças. Houve inúmeras descobertas no ramo das ciências e, além disso, invenções que possibilitaram a instrumentalização médica.

Nessa perspectiva, é importante e urgente fazer um adendo para pensarmos que é fundamental reconhecer e valorizar o desenvolvimento da criança, respeitando suas necessidades, caracterizadas por suas elaborações intelectual, física e emocional, para não incorrermos em enganos de propostas incoerentes e desrespeitosas com a infância e a criança. Desse modo, considerando o atendimento clínico infantil, vale enfatizar a brincadeira como sendo uma possibilidade de integralidade do desenvolvimento das diferentes formas de ser e estar no mundo, visto que ela se configura como princípio de conhecimento sobre o mundo, sobre si mesmo, sobre as coisas e os seres.

Portanto, os profissionais de clínicas e escolas infantis devem perceber que as crianças se constituem em espaços de imitação do mundo, de desenvolvimento de diferentes experiências entre pessoas, a partir de diferentes linguagens, indo muito além da mera linguagem escrita e da repetição adulta.

Retornando ao percurso histórico do atendimento clínico infantil, Rezende (1998) faz o seguinte apontamento:

O filósofo francês Michel Foucault, em seu livro *Nascimento da Clínica*, considera o fim do século XVIII e o início do XIX como a época em que despontou a clínica médica. Creio que seria mais apropriado falar em crescimento, em lugar de nascimento, pois o método clínico já existia desde Hipócrates. O século XIX foi, sem dúvida, o século em que a clínica médica teve o seu período áureo, enriquecendo a Medicina com numerosas descobertas, fruto de observações cuidadosas e da instrumentalização do médico.

Assim, chega-se à ideia de que, na história da clínica no século XX, a medicina se alia aos conhecimentos acumulados, às novas tecnologias, o que, por sua vez, revoluciona a prática médica e, conseqüentemente, reflete no atendimento clínico com crianças (Figura 1).

No atual cenário do atendimento clínico psicológico, com as ações que emergem e se solidificam nessa área, principalmente no atendimento infantil, percebemos uma flexibilização e uma politização cada vez mais crescentes, que se associam ao desenvolvimento do trabalho clínico. Essa conduta surge como fundamental diante da realidade da multiplicidade de fatores que entrelaçam o exercício profissional na diversidade de campos em que o psicólogo se insere, inclusive no atendimento com crianças. Entretanto, vale ressaltar que, quanto mais visibilidade esse profissional está construindo nos processos históricos sociais, mais necessária se torna a realização de análises críticas e pesquisas acerca do impacto de suas intervenções, dada a força do atendimento clínico-psicológico a crianças.

A seguir, Araújo *et al.* (2014) e Silva *et al.* (2009), apresentam resumidamente alguns importantes aspectos sobre a saúde da criança e o atendimento clínico infantil no decorrer da história:

- No século XI, a criança era mundialmente percebida apenas como um adulto em miniatura, sem características ou particularidades individuais, principalmente pelo fato de não possuir a linguagem bem desenvolvida.
- A imagem da criança, por volta do século XV, começou a ser retratada por pintores da época, não por fazer parte de um grupo que necessitasse de atenção específica da sociedade, mas por sua beleza e graciosidade.
- No Brasil, o período colonial, por exemplo, foi marcado por muitas barbáries que contribuíram efetivamente para os altos índices de Mortalidade Infantil (MI), os quais se mantinham próximos a 70%.
- A história da criança abandonada brasileira se dividiu em três fases, a saber, caritativa, até meados do século XIX; filantrópica, até a década de 1960; e Estado do Bem-Estar Social, nas últimas décadas do século XX, fase em que a criança se torna sujeito de direito.
- Na década de 1920, as autoridades públicas e privadas demonstraram preocupação com o adoecimento infantil, deixando de ser apenas preocupação de entidades caritativas.
- Em 1960, a terapia comportamental infantil se firmou como modelo psicoterápico, passando a analisar de forma funcional o comportamento da criança em relação ao ambiente no qual ela está inserida. Nesse momento, a criança passa a participar do processo psicoterápico de forma ativa.

- Com vistas a mudar a assistência à saúde da criança no país e em busca do cuidado integral, por volta dos anos de 1980, identificou-se como necessidade o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças.
- Em 13 de julho de 1990, foi aprovada a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a partir do qual os mesmos passaram a adquirir de amplos direitos de proteção de integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, comunidade e pelo Estado.

3.2 ASPECTOS RELEVANTES DO ATENDIMENTO CLÍNICO COM CRIANÇAS

Neste subtópico, discutiremos a importância do lúdico e da brincadeira nos processos de desenvolvimento e aprendizagem infantil, visto que o lúdico é parte fundamental do universo da criança e, portanto, é necessário compreender a importância dos jogos e das brincadeiras como instrumentos eficazes na construção do conhecimento, no reestabelecimento da saúde, na qualidade de vida e na estruturação infantil.

Serão apresentados, ainda, os conceitos de motivação e afetividade, na perspectiva de percebê-los como aspectos que atravessam a realidade da criança e que necessitam fazer parte dos espaços onde a criança está: escolas, clínica, hospitais etc.

Além disso, será apresentado e discutido o papel da família na vida da criança, cujas ações devem pautar-se na cooperação e assistência frente aos processos infantis, seja em algum tratamento clínico, hospitalar, nas questões de segurança, qualidade de vida, interação social e educação.

3.2.1 A brincadeira

Segundo Mitre (2000), em qualquer atendimento que se realiza com uma criança, inclusive no atendimento clínico, não devemos perder de vista que ela se encontra em uma fase de fantasias, imaginações e brincadeiras – a infância. Nesse contexto, a criança, na tentativa de elaborar a realidade, constrói suas percepções por meio da brincadeira, na qual se expõe a diversas formas de instruções e tem a possibilidade de aprender a segui-las, como também de formular novas instruções. É por meio do brincar que, muitas vezes, o atendimento clínico da criança acontece e proporciona resultados significativos. A criança que apresenta um mínimo de repertório que lhe permita brincar pode desenvolver e variar seu desempenho motor, cognitivo, afetivo, social, verbal e, ainda, superar medos, angústias e desenvolver resistências.

Para o atendimento clínico, é necessário valorizar e considerar que, na

brincadeira, a criança entra em contato com contingências sociais criadas pelo grupo e por ela própria e tem a oportunidade de aprender padrões de comportamentos culturais. Portanto, não é viável dissociar a criança da brincadeira só porque ela está em processo de atendimento; na verdade, é preciso agregar ao atendimento os aspectos lúdicos do brincar infantil.

Vale ressaltar, também, que as relações que compreendem o atendimento clínico ou até mesmo a aprendizagem da criança podem ser criadas, alteradas e agregadas ao brincar. Desse modo, a brincadeira se torna também um meio de se obter dados sobre o comportamento da criança, suas reações, sua motivação, seu quadro clínico, sua hesitação, além de estabelecer condições para a análise funcional, pois permite relacionar os fatos acontecidos com o atendimento proporcionado. Assim, pode-se verificar que a brincadeira se materializa como um instrumento do terapeuta, do médico ou do profissional clínico no processo de avaliação e intervenção e pode ser utilizada na observação, aquisição e alteração de comportamentos.

3.2.2 A motivação

Silva *et al.* (2009) aponta que a motivação é um processo que desencadeia e dirige o comportamento do sujeito, o que pode acontecer no atendimento clínico. Se alguém não estiver motivado, isto é, interessado, pode se negar ao atendimento ou não dar a resposta esperada. No entanto, a motivação nem sempre está presente no sujeito; muitas vezes, ela é motivada pelo outro (pais, professores, amigos, demais profissionais) ou por algo (assunto, desejo, recompensa).

A criança motivada orienta o seu comportamento para os objetivos que possam satisfazer suas necessidades, mas, para que possa atingir seu objetivo, é necessário que ele tenha condição (física, cognitiva, social), ou seja, prontidão.

3.2.3 Os familiares ou responsáveis

Silva *et al.* (2009) reafirma que a presença e o acompanhamento da família na vida de qualquer criança, inclusive para dar prosseguimento aos atendimentos clínicos, é muito importante para o seu desenvolvimento pleno e integral. O papel da família é, além de assistir e cooperar com o devido tratamento, oferecer um lugar onde possam desenvolver-se com segurança, saúde, qualidade de vida e onde consigam aprender a se relacionar em sociedade.

O esforço familiar direcionado ao cuidado clínico e global da criança torna-se um importante diferencial para o sucesso dos atendimentos infantis. Para que isso aconteça, exige-se de cada membro familiar uma redefinição de papéis, cobrando-se deles mudanças de atitudes e novos estilos de vida. Vale considerar que, para a criança mais nova, esse período inicial da vida é um dos mais importantes para o seu futuro e, portanto, deve ser acompanhado de perto.

Seja em qualquer área, uma das questões fundamentais para o processo de atendimento clínico da criança certamente é a influência da família, visto que o lar e a vida familiar proporcionam, na maioria das vezes, por meio de seu ambiente físico e social, as condições necessárias ao desenvolvimento, à reabilitação e à reorganização da criança, dependendo do seu caso específico.

Quando o assunto envolve saúde e atendimento clínico, observa-se que as famílias são, muitas vezes, imprescindíveis no processo de preocupação e cuidado com os filhos, a saber que, nesse cenário, surge a condição de protetora e, ainda, o medo da perda.

Portanto, é preciso considerar que é fator fundamental as parcerias família/profissional de saúde, família/atendimento clínico e família/criança, pois são agentes que atingem e influenciam diretamente os atendimentos clínicos das crianças, podendo favorecer mudanças significativas nas mesmas.

3.2.4 A importância da afetividade para a vida da criança

De acordo com Martins (2009), a afetividade engloba muitos aspectos que pertencem às situações prazer-desprazer. Ao procurar compreender a vida afetiva de uma criança, é necessário adotar as terminologias adequadas, já que se trata de uma área de estudo repleta de nuances. Portanto, se até o século XIX se usavam, indiscriminadamente, termos como emoção e sentimento, hoje, no estudo da vida afetiva, já fazemos a diferenciação entre esses termos:

- **Emoção:** estado agudo e transitório. Exemplo: a empolgação.
- **Sentimento:** estado mais atenuado e duradouro. Exemplo: o saudosismo, a fidelidade.

Para pensar a vida afetiva vamos voltar-nos à fase infantil, visto que a criança, de acordo com a teoria walloniana, é essencialmente emocional e, gradualmente, vai constituindo-se em um ser sociocognitivo; portanto, ao propor uma reflexão sobre o atendimento clínico infantil, é prudente considerar a emoção e a afetividade. Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde reconheçam que a criança necessita estar contextualizada em uma realidade viva, em movimento, em transitoriedade e que tudo isso influencia o conjunto de seus comportamentos, conhecimentos, reações, percepções e suas condições frente à sua existência (dores, causas, perturbações, agressividade etc.).

A vida afetiva da criança emerge, portanto, das trocas relacionais que ela constrói com os outros e isso é fundamental para o seu desenvolvimento e para sua constituição, bem como para ser agregado ao seu tratamento/atendimento em qualquer que seja a especificidade.

Vale ressaltar que as crianças nascem imersas em um mundo cultural e simbólico, no qual ficarão envolvidas em um “sincretismo subjetivo” por pelo menos três anos. Durante esse período de completa indiferenciação entre a criança

e o ambiente humano, sua compreensão das coisas dependerá dos outros, que darão as suas ações e movimentos formato e expressão. Dessa forma, esses e muitos outros conhecimentos deveriam ocupar os espaços dos profissionais clínicos para a compreensão de tal processo e, assim, atuar no atendimento adequado da criança.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que, antes mesmo do aparecimento da linguagem falada, as crianças se comunicam e se constituem como sujeitos com significado, por meio da ação e interpretação do meio entre os seres humanos, construindo suas próprias emoções, suas percepções e seus entendimentos, que é seu primeiro sistema de comunicação expressiva. Esses processos comunicativo-expressivos acontecem em trocas sociais como a imitação: imitando, a criança desdobra, lentamente, a nova capacidade que está construindo (pela participação do outro ela se diferenciara dos outros), formando sua subjetividade e dando início à constituição de si e de sua vida afetiva. Pela imitação, a criança expressa seus desejos de participar e se diferenciar dos outros, construindo-se em sujeito próprio. Esses aspectos, certamente, refletirão no atendimento clínico.

A afetividade e a maneira como a criança se vê no atendimento clínico podem ser fatores aliados ao desenvolvimento; no entanto, o profissional precisa superar a dicotomia entre orgânico e social e entre indivíduo e meio.

As questões da afetividade se referem à capacidade, à disposição do sujeito de ser afetado pelo mundo externo/interno, por sensações relacionadas a situações agradáveis ou desagradáveis. A teoria da afetividade aponta três momentos marcantes e sucessivos na evolução do afeto: emoção, sentimento e paixão. Os três resultam de fatores orgânicos e sociais e correspondem a configurações diferentes. Na emoção, há o predomínio da atividade fisiológica; no sentimento, da ativação representacional; na paixão, da ativação do autocontrole. Todos esses três fatores apontados pela afetividade são importantes marcadores em qualquer que seja o atendimento clínico realizado com a criança.

3.3 OS DESAFIOS DO ATENDIMENTO CLÍNICO COM CRIANÇAS

De acordo com Moreira (2010), o termo desafio, apresentado no título, nos impulsiona a pensar na ideia de resistência e de enfrentamento, com base no esforço e na coragem de algo que desejamos ultrapassar para além do que conhecemos ou vivenciamos. Não seria, então, a psicanálise em si mesma um desafio no qual Freud se jogou e nos lançou anos atrás?

O desafio é uma palavra que parece pequena e vaga diante dos estudos, das pesquisas, dos diversos tipos de atendimentos clínicos, enfim, das inúmeras tentativas de acolher e atender uma criança – parece pequeno diante da grandeza que se pode conseguir – a transformação do ser.

A partir das experiências de atendimentos clínicos, é possível a construção de novos conhecimentos e diferentes descobertas que faz com que surjam, assim,

novos desafios: Rabello (2014), diz que um dos desafios da **psicanálise** está frente ao mundo que parece se apresentar de forma tão elástica e com tantas rupturas de elos que se aproxima de um mundo de dispersão, de excesso de informações que carecem de vivências, com multiplicidades identificatórias que tornam difícil ter um ideal a seguir. Essa multiplicidade de vínculos por vezes dispersos torna difícil a sustentação de focos de atenção, um grande problema apresentado pelas crianças de nossa época e um grande desafio lançado ao atendimento clínico psicanalítico.

Para Mença e Sousa (2011), o grande desafio para os **médicos clínicos infantis** está na certeza/incerteza dos receituários de medicamentos para crianças, visto que os remédios rapidamente aliviam as dores físicas do ser humano, inclusive das crianças. Diagnósticos e remédios são importantes sim, orientam caminhos e aliviam dores, mas também é importante que não encarcerem os sujeitos atrás de rótulos, impedindo-os de se conhecerem para além dessas barreiras. Um exemplo disso são os enigmas que existem acerca do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), no qual a criança, por vezes, é medicada, trazendo, assim, o desafio que nos leva a refletir: a criança não é o TDAH, ela tem o TDAH, portanto, como proceder?

O grande desafio para o **psicoterapeuta clínico infantil**, de acordo com Moreira, Romagnoli e Neves (2007), está no fato de que é fundamental a participação dos pais ou responsáveis para o bom andamento do trabalho psicoterapêutico. Um dos objetivos da clínica com criança é fornecer condições aos pais ou responsáveis de interagir e participar ativamente da vida da criança, com presença, apoio e compreensão. Essas relações familiares muitas vezes estão marcadas por: desobediências, birras, desentendimentos, discussões, punições, acarretando em sofrimentos e ressentimentos em ambos, pais e filhos. Em algumas ocasiões, observa-se nos pais discursos de puro sentimento de culpa, arrependimento e insegurança quanto à educação de seus filhos.

Muitos pais solicitam auxílio, mas, no âmbito escolar, questões familiares tão complexas não alcançam o objetivo pretendido e necessário para a satisfação das necessidades da criança.

A **psicopedagogia clínica**, porém, apresenta como desafio o mistério do fracasso escolar. Quanta perplexidade causa nos professores o fato de alguns alunos conseguirem avançar na aprendizagem e outros não. Definindo-se a psicopedagogia como a área que estuda a aprendizagem, é necessário, em primeiro lugar, ter claro o sentido atribuído à aprendizagem, para assegurar consistência ao campo de estudos e especificidades da psicopedagogia.

Enfim, é importante considerar que os cuidados e a assistência à saúde da criança, bem como a evolução do processo de atendimento clínico infantil, ainda se encontram em construção, juntamente a assistência às questões de qualidade de vida e aprendizagem infantil, em um movimento de mudança paradigmática do modelo centrado na patologia e na criança para um modelo de construção de redes, em prol da inclusão da família, da integralidade do cuidado e do apoio clínico. Assim, ainda existem lacunas e limites na atenção e atendimento à criança, nas relações organizacionais e administrativas, no fortalecimento das políticas públicas em geral, nos estudos e pesquisas sobre atendimento clínico infantil e no processo continuado de

educação em saúde. Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado e atendimento infantil devem desenvolver suas atividades tendo por base implementar as políticas públicas vigentes que garantam a qualidade da atenção à população infantil, bem como devem empenhar-se na superação dos desafios que surgem nesse cenário.

4 CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A violência contra a criança é uma das faces mais perversas dos seres humanos. Pessoas que deveriam cuidar, zelar e proteger são as que praticam atos violentos dos mais diversos tipos contra a criança. A infância é uma faixa etária de grande vulnerabilidade e dependência para a satisfação de suas necessidades básicas. Infelizmente, o domicílio é o local onde mais ocorrem as violências contra as crianças, sendo a mãe a principal agressora.

4.1 A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

A violência contra a criança é um grave problema no nosso país, que vitimiza crianças de 0 a 9 anos de idade e de todas as classes sociais. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é bem claro ao estabelecer: “[...] nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990, s.p.). Contudo, mesmo que a proteção às crianças esteja garantida em lei, a realidade é que diariamente muitas delas vivenciam situações de violência.

A definição de violência contra a criança abrange o uso intencional de força, poder ou posição social contra um ser humano entre 0 e 9 anos de idade, ou contra um grupo de crianças, que ameace a vida, cause lesões, danos psicológicos e morais, deficiências ou prejudique o seu desenvolvimento. A violência é um tema complexo, pois pode apresentar diferentes tipos e naturezas; ademais, um mesmo ato violento pode se caracterizar em mais de uma natureza. Para facilitar sua compreensão, definiremos os conceitos de tipo de violência e natureza da violência.

O **tipo de violência** envolve a dimensão de quem pratica e de quem é vítima da violência. Os principais tipos de violência são: **autoprovocada**, **interpessoal** e **coletiva**. Na violência autoprovocada, a pessoa dirige a si mesma o ato violento, seja por automutilação, tentativa de suicídio ou consumação do suicídio. A violência interpessoal é aquela que ocorre na interação entre pessoas, podendo ser intrafamiliar, quando ocorre entre pessoas com laços de parentesco, ou comunitária, quando ocorre entre pessoas desconhecidas. Já a violência coletiva é aquela praticada por um grupo de pessoas ou instituições e que atinge a coletividade de outras pessoas. Esse tipo de violência envolve aspectos sociais, políticos e econômicos. Um exemplo de violência coletiva é a ocorrência de desvio de verba da merenda escolar por gestores, afetando todas as crianças de uma escola ou de várias escolas, que deixam de receber alimentação adequada durante o horário escolar.

Agora, entenderemos do que se trata a **natureza da violência**. A natureza é o aspecto da vida do ser humana afetado pela violência, englobando: **física, sexual, psicológica, negligência e abandono**. Observe no Quadro 6 a descrição de cada natureza e exemplos de como as crianças são atingidas.

QUADRO 7 – NATUREZA DA VIOLÊNCIA, SUA DESCRIÇÃO E EXEMPLOS

Natureza da violência	Descrição	Exemplos
Física	É o uso da força física de forma intencional e não accidental. Causa ferimentos, dor e pode levar à morte, dependendo da intensidade e frequência das agressões. Pode deixar marcas no corpo da criança.	Tapas, socos, varadas, beliscões, puxão de orelha, chutes, sacudidas, arremesso de objetos, queimaduras, cortes e fraturas.
Sexual	É a estimulação sexual de crianças por meio de ato ou jogo sexual, utilizando a criança como objeto de prazer. Podem ser hétero ou homossexuais.	Manipulação da genitália, ânus e mamas, estupro, pornografia, jogos sexuais, práticas eróticas impostas, ato sexual com penetração e exploração sexual.
Psicológica	É toda a ação que causa dano ao desenvolvimento, identidade e autoestima da criança.	Xingamentos, rejeição, humilhações, cobrança exagerada, discriminação, desrespeito e punições que humilham a criança.
Negligência/abandono	É a omissão praticada que deixa de atender às necessidades físicas, emocionais e sociais da criança.	Privação de alimentos, medicamentos ou atendimentos de saúde, falta de higiene e de roupas adequadas para o clima, não levar a criança para a escola e não dar atenção às suas necessidades como um todo.

FONTE: Adaptado de Brasil (2010)

Outra situação importante a ser considerada é que muitas violências ou injúrias não intencionais contra as crianças são definidas pelos pais e aceitas pela sociedade em geral como “acidentes”. A definição de acidente envolve um evento inesperado e inusitado, o que é bem diferente das injúrias ou das violências. A violência é o uso da força, poder ou posição social de forma intencional para causar dano a uma criança. Já as injúrias, por não serem intencionais, são preveníveis. Nesse sentido, para dar um exemplo, quando uma mãe deixa seu filho de dois anos dentro de casa enquanto sai para estender roupa no varal, deixando na cozinha uma panela cozinhando alimentos, e a criança sofre queimaduras corporais pelo contato com a chama do fogão ou o derramamento do conteúdo da panela, isso não pode ser chamado de acidente (BRASIL, 2018).

No Brasil, desde o ano 2009, as violências passaram a ser notificadas como agravos de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de No-

tificação (Sinan), considerando-se o impacto epidemiológico da violência e a necessidade de planejamento e oferta de serviços adequados no Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a partir desse ano, todos os casos confirmados ou suspeitos de violência, independentemente do tipo, natureza ou faixa etária da vítima, atendidos nos estabelecimentos públicos e privados em todo o território nacional passaram a ser notificados pelos profissionais de saúde.

É claro que as notificações não refletem a totalidade dos casos de violência no Brasil, pois inúmeros casos permanecem “silenciosos”, sem serem descobertos. Outros casos passam despercebidos pelos profissionais de saúde, e ainda há os casos em que o profissional peca por omissão, desconsiderando a obrigatoriedade da notificação e demonstrando falta de preparo técnico e ético para o atendimento em saúde, especialmente com relação a crianças. Outro problema pode ser a falta de compreensão por parte dos profissionais, ao considerarem que o preenchimento da ficha de notificação representa uma “denúncia”, o que os deixa receosos e temerários, especialmente das áreas de maior vulnerabilidade social. Portanto, é fundamental a orientação dos profissionais da saúde a respeito do correto preenchimento, do fluxo de notificação e das responsabilidades de cada instituição na rede de proteção à criança. Além disso, devem estar cientes do sigilo a respeito de sua identidade como profissionais notificadores.

Para você conhecer um panorama geral da situação da violência contra a criança no Brasil, realizamos uma busca de dados no Sinan, tomando o ano de 2016 como referência, e escolhemos aleatoriamente um estado de cada região do país. Para facilitar a compreensão os dados, eles estão organizados em três quadros diferentes: total de notificações de violência por faixa etária, local de ocorrência da violência contra a criança por faixa etária e o último quadro apresenta o total de notificações por natureza de violência contra crianças por faixa etária. Observe atentamente os dados no Quadro 7.

QUADRO 8 – NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA POR FAIXA ETÁRIA DA INFÂNCIA E O TOTAL DE NOTIFICAÇÕES, EM 5 ESTADOS BRASILEIROS, EM 2016

UF	< 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	Total de notificações em todas as faixas etárias
Rio Grande do Sul	665	1.421	977	16.418
Minas Gerais	454	1.047	1.351	38.731
Mato Grosso do Sul	347	674	375	7.102
Ceará	260	408	322	4.703
Pará	34	287	601	5.200

FONTE: Adaptado de Brasil ([2019?]).

Quanto ao local onde ocorre a violência, observe que, na maioria dos casos, se dá justamente no ambiente domiciliar, o qual deveria oferecer condições físicas e sociais adequadas para o crescimento e desenvolvimento das crianças. Além da residência, escola e via pública na ficha de notificação, existem outras opções possíveis para o local de ocorrência da violência, como comércio, indústria e bares. Considerando a baixa frequência de violência contra a criança nas demais opções disponíveis, registrei o resultado da busca considerando apenas esses três locais com maior ocorrência (Quadro 8).

QUADRO 9 – LOCAL DE OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA POR FAIXA ETÁRIA DA INFÂNCIA, EM 5 ESTADOS BRASILEIROS, EM 2016

UF	< 1 ano			1-4 anos			5-9 anos		
	Residência	Escola	Via pública	Residência	Escola	Via pública	Residência	Escola	Via pública
Rio Grande do Sul	478	1	13	1.048	35	42	732	31	57
Minas Gerais	285	12	55	738	48	32	927	102	101
Mato Grosso do Sul	221	2	20	490	7	10	257	18	21
Ceará	172	0	19	215	6	55	175	11	65
Pará	28	0	1	218	15	12	489	15	21

FONTE: Adaptado de Brasil ([2019?]).

Agora observe atentamente os dados sobre o tipo de violência autoprovo-
cada e sua natureza física, sexual e psicológica/moral. Os dados foram organizados
no Quadro 9 considerando as faixas etárias da infância.

QUADRO 10 – NATUREZA DAS VIOLÊNCIAS NOTIFICADAS POR FAIXA ETÁRIA DA INFÂNCIA, EM 5 ESTADOS BRASILEIROS, EM 2016

< 1 ano				
UF	Autoprovocada	Violência física	Violência sexual	Violência psicológica/moral
Rio Grande do Sul	5	109	15	35
Minas Gerais	57	281	44	108
Mato Grosso do Sul	7	61	4	9
Ceará	5	38	8	22
Pará	0	13	8	9
1-4 anos				
UF	Autoprovocada	Violência física	Violência sexual	Violência psicológica/moral
Rio Grande do Sul	2	319	246	174
Minas Gerais	44	409	414	241
Mato Grosso do Sul	22	78	60	25
Ceará	19	95	51	59
Pará	1	102	188	100

5-9 anos				
UF	Autoprovocada	Violência física	Violência sexual	Violência psicológica/moral
Rio Grande do Sul	18	279	407	308
Minas Gerais	42	636	566	448
Mato Grosso do Sul	14	87	62	46
Ceará	20	82	76	54
Pará	0	251	472	319

FONTE: Adaptado de Brasil ([2019?]).

Você também ficou assustado com os números da violência contra as crianças brasileiras? Pois então, o ideal seria “zero” notificações para se garantir os direitos fundamentais das crianças previsto no ECA (BRASIL, 1990). Lamentavelmente, o que ainda presenciamos é uma situação assustadora de violência contra as crianças. Contudo, enquanto profissionais de saúde, temos o dever de conhecer as faces da violência e saber identificar as características da criança vitimizada e implementar um plano de cuidados que atenda as suas necessidades de forma integral.

4.2 CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA VITIMIZADA

A avaliação da criança pelo enfermeiro é realizada por meio da entrevista (anamnese ou coleta de dados) e do exame físico completo. Para isso, é fundamental que o profissional esteja atento para que os sinais de violência não passem despercebidos. Considerando que a violência contra a criança enquadra-se em diversos tipos e naturezas, é importante ter esse olhar ampliado e investigativo. O ponto de partida para a avaliação criteriosa é o profissional considerar a vulnerabilidade da criança e se colocar como fator de proteção para ela.

As características apresentadas pelas crianças dependem do tipo e natureza da violência, da etapa do desenvolvimento, da frequência e continuidade do ato violento. Quanto menor for a idade da vítima e quanto maior a intensidade e situação de violência recorrente, maiores serão os prejuízos para a criança. De acordo com a “Linha de cuidado integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências” (BRASIL, 2010), os sinais de violência geralmente são manifestados por alterações no comportamento da criança, variando de acordo com a faixa etária e etapa do desenvolvimento.

As alterações de comportamento que requerem atenção por parte dos profissionais, apresentadas por todas as faixas etárias na infância (0 a 9 anos), são:

- choro sem motivo específico;
- irritabilidade sem motivo específico;
- apatia e olhar “vago, perdido”;

- problemas com o sono;
- isolamento e dificuldade de interação social;
- adoecimento frequente e sem causa patológica determinada, principalmente problemas alérgicos e dermatológicos;
- atraso no desenvolvimento.

As alterações comportamentais específicas nos lactentes (crianças menores de um ano) são:

- dificuldades na amamentação e aceitação alimentar;
- desconforto ou choro intenso quando acomodado no colo.

As principais alterações de comportamento apresentadas a partir de um ano de idade, além das já citadas anteriormente, são:

- tristeza;
- reações negativas exageradas em situações comuns;
- problemas alimentares, especialmente a recusa alimentar ou compulsão;
- atraso e dificuldade na fala;
- ansiedade relacionada a presença de pessoas, objetos ou determinados locais;
- hiperatividade.

Há também alterações comportamentais mais características nas crianças-maiores de cinco anos, como, por exemplo:

- enurese e encoprese (dificuldade de controlar os esfíncteres urinário e anal);
- baixo rendimento escolar e dificuldade de aprendizado;
- déficit de atenção;
- baixa autoestima;
- automutilação;
- comportamentos de risco, como praticar esportes radicais sem uso de equipamento de proteção;
- consumo de álcool e drogas ilícitas.

Além disso, com relação aos sinais corporais, o profissional deve observar atentamente no exame físico a presença de marcas e lesões compatíveis com a violência física e sexual.

4.3 PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

O plano de cuidados de enfermagem à criança vitimizada deve considerar as etapas previstas na Linha de Cuidado preconizada pelo Ministério da Saúde. O enfermeiro é um profissional da equipe de saúde que atua nos três níveis de atenção: primário (atenção básica), secundário (atenção especializada) e terciário

(atenção hospitalar). Portanto, a atuação do enfermeiro junto à criança dependerá do nível de atenção com que ele prestará a assistência.

A Linha de Cuidado preconiza a ordem a seguir para atenção à criança vítima de violência (BRASIL, 2010).

1. Acolhimento: receber a criança de forma acolhedora e identificar o caso ou suspeita de violência. Ouvir atentamente e sem julgamentos. Acionar a equipe multidisciplinar para dar continuidade à abordagem da situação.
2. Atendimento: realizar a consulta de enfermagem com a entrevista e exame físico completo, encaminhar para o atendimento médico e implementar os cuidados e tratamentos prescritos para cada caso. Em caso de violência sexual, por exemplo, deverá ser prescrita e administrada a profilaxia para o HIV. Cada caso será avaliado individualmente, sendo implementadas as ações pertinentes.
3. Notificação: realizar o preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência, encaminhá-la para a Secretaria Municipal de Saúde e comunicar o Conselho Tutelar. Deixar anexado ao prontuário uma cópia da ficha de notificação.
4. Acompanhamento na rede de cuidado e proteção social: em alguns casos, após o atendimento clínico e alta hospitalar, a criança vitimizada deverá ter suas necessidades acompanhadas pela rede de cuidado, que é composta pela equipe de atenção básica/equipe de saúde da família, ambulatorios especializados, hospitais e centros de atenção psicossocial infantil; e pela rede de proteção social, que é composta pelos centros de referência de assistência social, escolas, Conselho Tutelar, Ministério Público, Varas da Infância e da Juventude, dentre outras.

Seja qual for o cenário de atuação do enfermeiro (hospital, ambulatório ou Unidade Básica de Saúde) na atenção às crianças vitimizadas, é fundamental garantir a **privacidade** durante o atendimento, evitando exposições desnecessárias, repetição do exame físico e questionamento por diversos profissionais. Sobretudo, é preciso fornecer um atendimento guiado pelos **preceitos éticos** e pela **confidencialidade e sigilo**, sem omissões ou negligência às situações de violência contra a criança.

RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico, você aprendeu que:

- O crescimento é considerado um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida e é expresso pelo aumento do tamanho corporal.
- A Caderneta de Vacinação é referência para o registro de inúmeras informações sobre a saúde da criança desde o seu nascimento e, por consequência, sobre o seu desenvolvimento.
- Planejar a assistência de enfermagem é atribuição do enfermeiro e deve ser feita com base em um levantamento dos problemas e propostas de intervenções.
- A avaliação da criança pelo enfermeiro é realizada por meio da entrevista (anamnese ou coleta de dados) e do exame físico completo.
- Há muito a se considerar sobre fatores biológicos e ambientais que determinam o crescimento e o desenvolvimento da criança, portanto, não se pode pensar de uma forma simplista em como se dará o desenvolvimento da criança.
- As crianças, durante muito tempo, foram tratadas da mesma forma que adultos (miniadultos), sem nenhum olhar ou consideração pelos aspectos relacionados ao crescimento, desenvolvimento e atendimento infantil. Nesse contexto, ficaram invisíveis, sem ação, sem voz, sem serem percebidas, como objetos.

AUTOATIVIDADE



- 1 Quando o assunto envolve saúde e atendimento clínico, observa-se que as famílias são, muitas vezes, imprescindíveis no processo de preocupação e cuidado com os filhos, a saber que, nesse cenário, surge a condição de protetora e, ainda, o medo da perda. Portanto, é preciso considerar que:
 - a) () Nesse período completa indiferenciação entre a criança e o ambiente humano, sua compreensão das coisas não dependerá dos outros.
 - b) () O carinho e atenção familiar é suficiente para o desenvolvimento da criança.
 - c) () O fator fundamental as parcerias família/ profissional de saúde, família/ atendimento clínico e família/criança, pois são agentes que atingem e influenciam diretamente os atendimentos clínicos das crianças, podendo favorecer mudanças significativas nas mesmas
 - d) () Não se faz necessário o acompanhamento dos pais em atendimentos clínicos.
- 2 Ao procurar compreender a vida afetiva de uma criança, é necessário adotar as terminologias adequadas, já que se trata de uma área de estudo repleta de nuances. Neste sentido, até o século XIX era recorrente o uso dos termos emoção e sentimento. Com base no exposto, disserte sobre a diferença entre emoção e sentimento.
- 3 Existem diversas formas de verificar o crescimento e o desenvolvimento da criança, por essa razão, monitorar dados e informações se faz necessário para que os profissionais da saúde possam avaliar o crescimento e fazer as intervenções adequadas de acordo com os parâmetros estabelecidos. Nesse sentido, é possível citar o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver (TTDD), que é utilizado no acompanhamento do desenvolvimento da criança para verificar se há atraso no seu desenvolvimento.

Com relação ao Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver (TTDD), analise as afirmativas a seguir:

- I- Normal — a criança realiza a atividade prevista para a idade ou não realiza uma atividade feita por menos de 75% das crianças da mesma idade.
- II- Cuidado — a criança não realiza ou se recusa a realizar uma atividade que já é feita por 75 a 90% das crianças das crianças que têm a sua idade.
- III- Atraso — Risco de desenvolvimento atrasado relacionado a questões individuais, ambientais ou do cuidador.
- IV- Atraso — a criança não realiza ou se recusa a realizar uma atividade que já é feita por mais de 90% das crianças que têm a sua idade.

É correto o que se afirma em:

- a) () I, II e III
- b) () I, III e IV
- c) () I e III
- d) () I, II e IV

IMUNIZAÇÃO E DOENÇAS INFECCIOSAS

1 INTRODUÇÃO

O processo de imunização engloba diversos conceitos, atores e procedimentos e possui muitas especificidades. No que se refere às doenças infecciosas aspectos como calendário de imunização, locais de aplicação, intervalos na administração de vacinas, atrasos ou esquecimentos de doses, estado imunológico não sabido ou duvidoso, interferência com teste tuberculínico, eventos adversos devem ser observados. Além de uma maior atenção aos casos especiais (prematturos, histórico de convulsões, imunodeficiência, asplenia, doenças crônicas e imunização pós-exposição).

Abordaremos diferentes doenças, apresentando características importantes, sistema de imunização, estratégias de prevenção, tratamentos, epidemiologia, imunidade entre outros aspectos.

2 VACINAÇÃO

2.1 CONCEITOS

Antígenos: Partículas ou moléculas capazes de provocar uma resposta imune. Exemplos: cápsulas, fímbrias, flagelos e toxinas de bactérias, e componentes de células virais, como capsídeos, envoltórios e componentes internos.

Vacinação: Administração de qualquer vacina.

Imunização: Processo de indução de imunidade por meio da administração de antígenos (imunização ativa) ou anticorpos (imunização passiva).

- Imunização ativa: situação na qual a pessoa é estimulada a desenvolver anticorpos por meio da administração de antígenos. Algumas vezes, a proteção alcançada é permanente; em outras, parcial, necessitando de reforços.
- Imunização passiva: transferência de anticorpos produzidos de maneira exógena para proteção temporária. O indivíduo exposto ou com probabilidade de entrar em contato com certos agentes infecciosos recebe anticorpos já formados, de

origem humana ou animal, com o objetivo de prevenção ou atenuação da doença em potencial.

- **Vacina atenuada:** Composta por bactérias ou vírus vivos que perderam a virulência após cultivo sob condições adversas, mas que retiveram as propriedades imunogênicas. A resposta imunológica obtida é, em geral, intensa e de longa duração, semelhante à originada pela infecção natural.
- **Vacina inativada:** Composta por bactérias ou vírus mortos, inteiros ou em partes, inativados por procedimentos químicos ou físicos. Em geral, esse tipo de vacina induz uma resposta imunológica de intensidade e duração menores do que as obtidas com vacinas atenuadas, sendo necessárias várias doses para a primovacinação e dose(s) de reforço para manter uma concentração adequada de anticorpos séricos.
- **Imunidade humoral:** Sistema de defesa mediado por anticorpos específicos que atuam contra bactérias e vírus; nestes últimos, antes de penetrarem nas células.
- **Imunidade celular:** Sistema de defesa direto mediado por linfócitos T, que atuam contra microrganismos que penetram nas células hospedeiras, onde os anticorpos não podem alcançar. Aqui estão incluídas todas as infecções virais e algumas bacterianas, como a tuberculose.
- **Vacina combinada:** Vacina composta por antígenos de vários agentes infecciosos diferentes na mesma apresentação.
- **Vacina conjugada:** Vacina de antígeno polissacarídico ao qual se une (conjugua) uma proteína com capacidade de estimular a resposta imune timo-dependente, tornando-a, assim, capaz de induzir memória imunológica, inclusive em lactentes.
- **Vacina recombinante:** Vacina obtida por engenharia genética por meio da inserção do gene que produz a proteína imunogênica em um microrganismo.
- **Soroconversão:** Aparecimento no soro de anticorpos específicos em resposta à vacinação.
- **Imunogenicidade:** Capacidade de uma vacina estimular o sistema imune induzindo resposta imunológica, que pode ser avaliada pela detecção de anticorpos específicos contra o antígeno administrado. Não deve ser confundida com eficácia.
- **Eficácia:** Proteção conferida pela vacina em condições ideais. Apenas são considerados os dados dos pacientes que permaneceram no estudo até o final, realizando as visitas conforme o protocolo, descartando aqueles que desistiram ou que foram perdidos. É, em geral, o objetivo dos estudos clínicos randomizados e controlados (estudos de fase III). Não confundir com imunogenicidade.
- **Efetividade:** Proteção conferida pela vacina em condições reais, nas quais múltiplos fatores podem interferir na resposta. Os modelos de estudos que têm esse objetivo são ensaios clínicos de efetividade e estudos de fase V. Esses modelos analisam por

intenção de tratar, ou seja, os dados dos pacientes que não seguiram o tratamento designado ou que abandonaram o estudo são analisados em conjunto com os dados dos pacientes que completaram o período de observação.

- **Eficiência:** É a confirmação da efetividade sob custos razoáveis; é sinônimo de custo-efetividade.

2.2 MANUTENÇÃO DAS VACINAS

O controle rigoroso da temperatura à qual as vacinas estão expostas desde sua origem, no laboratório fabricante, até o consumidor final, incluindo todo o manuseio e transporte, é essencial para a preservação desses produtos. Esse processo é chamado de rede de frio. As vacinas com componentes vivos são mais sensíveis a temperaturas elevadas, enquanto outras podem perder eficácia com o calor ou o congelamento. Como regra geral, os produtos devem ser mantidos entre 2°C e 8°C.

2.3 CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO

A Tabela 9.1 apresenta o calendário de imunização da criança e do adolescente. As indicações e contraindicações de cada vacina podem, muitas vezes, alterar a forma de uso preconizada no calendário de rotina. Ver, nos textos específicos, as particularidades de cada uma delas.

2.4 LOCAIS DE APLICAÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS

É recomendado que se utilize o músculo ântero-lateral da coxa para as aplicações intramusculares (IM) em menores de 2 anos, e, a partir dessa idade, o músculo deltoide. Evita-se, em qualquer faixa etária, a administração de vacinas no glúteo, principalmente a vacina contra a hepatite B, pois a absorção pode ser menor em decorrência da maior quantidade de gordura nesse local, com consequente diminuição da imunogenicidade. Já para as imunoglobulinas, que devem ser aplicadas em grandes músculos, prefere-se a região glútea. As vacinas de uso subcutâneo (SC) são aplicadas, em geral, na região do deltoide, podendo ser utilizado qualquer outro local. As vacinas e imunoglobulinas abordadas neste capítulo não podem ser aplicadas pela via intravenosa.

2.5 INTERCÂMBIO DE VACINAS

Produtos de diferentes laboratórios podem ser utilizados para completar o esquema de imunização de qualquer vacina. A exceção, segundo o Center for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos, é a tríplice bacteriana acelular contra difteria, tétano e coqueluche (DTPa), para a qual existem poucos

estudos mostrando a segurança, a eficácia e a imunogenicidade no uso de vacinas de diferentes fabricantes para as doses subsequentes. Sempre que possível, a mesma marca de vacina deve ser utilizada em todas as doses do esquema vacinal. Caso essa informação não seja conhecida, a vacinação não deve ser atrasada e pode-se utilizar o produto que estiver disponível.

2.6 INTERVALOS NA ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS

As vacinas inativadas e as de vírus vivos atenuados podem ser aplicadas simultaneamente, em locais diferentes, sem aumento de eventos adversos ou diminuição de eficácia. Quando não são aplicadas no mesmo dia, as vacinas de vírus vivos atenuados devem ser aplicadas com um intervalo mínimo de quatro semanas. Se esse intervalo não for respeitado, repetir a segunda vacina aplicada. Após a administração da primeira vacina, há liberação de interferon como resposta à replicação do vírus vacinal, o que interfere na replicação viral e na imunogenicidade da segunda vacina administrada. Já as vacinas inativadas podem ser administradas com qualquer intervalo, tanto entre elas, como em relação às de vírus vivos.

QUADRO 11 – CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

As indicações e contraindicações de cada vacina podem, muitas vezes, alterar a forma de uso preconizada no calendário de rotina. Ver, nos textos específicos, as particularidades de cada uma delas.	
Idade	Vacina
RN	BCGa, hepatite B ^b
1 mês	Hepatite B ^b
2 mês	Poliomielite ^c , difteria, tétano e coqueluche ^d , Hibe ^e , rotavírus ^f , pneumococo 7-valente ^g
3 mês	Meningococo C ^h
4 mês	Poliomielite ^c , difteria, tétano e coqueluche ^d , Hibe ^e , rotavírus ^f , pneumococo 7-valente ^g
5 mês	Meningococo C ^h
6 mês	Poliomielite ^c , difteria, tétano e coqueluche ^d , Hibe ^e , hepatite B ^b , pneumococo 7-valente ^g , influenza ⁱ
9 meses	Febre amarela ^j
12 meses	Sarampo, caxumba e rubéola ^k , varicela ^l , hepatite A ^m , meningococo C ^h
15 meses	Poliomielite ^c , difteria, tétano e coqueluche ^d , Hibe ^e , pneumococo 7-valente ^g

18 meses	Hepatite A ^m
4-6 anos	Difteria, tétano e coqueluche ^d , sarampo, caxumba e rubéola ^k e varicela ^l
9-19 anos ⁿ	Febre amarela ^j , difteria, tétano e coqueluche ^o , HPVP

Vacinas recomendadas como rotina pelo Ministério da Saúde (MS).

Obs.: São utilizados, como principais referências, os calendários vacinais preconizados para a infância e adolescência pelo MS, Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

- Vacina contra a tuberculose (BCG): RN com peso < 2.000 g; aguardar completar esse peso para vacinar.
- Vacina contra a hepatite B: aplicar a primeira dose da vacina dentro das primeiras 12 horas de vida. Se a mãe for comprovadamente negativa para o teste de detecção do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg), a primeira dose da vacina contra a hepatite B pode, com autorização médica, ser administrada aos 2 meses de idade. Nesses casos, existe a possibilidade de utilizar as apresentações combinadas que contenham a vacina contra a hepatite e outras recomendadas para a idade.
- Vacinas contra a poliomielite: utilizar, de preferência, a vacina inativada (IPV).
- Vacina tríplice bacteriana acelular contra difteria, tétano e pertússis (coqueluche): utilizar, de preferência, a apresentação acelular (DTPa).
- Vacina contra o *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib): o MS disponibiliza a vacina tetravalente (DTP+Hib) nas três primeiras doses (2, 4 e 6 meses) e não indica a dose de reforço. A SBP e a SBIIm recomendam que, se forem utilizadas, no primeiro ano de vida, vacinas combinadas que contenham DTPa e Hib, deve ser aplicada uma dose de reforço da Hib aos 15 meses de vida. O CDC indica o reforço para todos, entre 12 e 15 meses de idade.
- Vacina contra o rotavírus: administrada VO, em duas doses. A idade máxima para aplicação da primeira dose é de 3 meses e 7 dias (14 semanas) e, para a segunda dose, de 5 meses e meio (24 semanas). Apesar de ser acondicionada em seringa, não pode ser administrada de forma injetável, somente por via oral. A vacina da Merck Sharp & Dohme (MSD), já licenciada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), será aplicada no esquema de três doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade.
- Vacina conjugada 7-valente contra o pneumococo: o número de doses depende da idade de início do esquema vacinal (ver texto específico na p. 103).
- Vacina conjugada contra o meningococo do tipo C: é recomendada em duas doses no primeiro ano de vida, com uma dose de reforço entre 12 e 18 meses. Quando iniciada a partir de 1 ano de idade, administrar em dose única. Avaliar situação epidemiológica local.
- Vacina contra o vírus influenza (gripe): recomendada pela SBP, anualmente,

no outono, para crianças saudáveis entre 6-24 meses de idade, e pelo CDC, dos 6 meses aos 18 anos de idade. Crianças menores de 9 anos de idade, no primeiro ano de aplicação, recebem duas doses com um mês de intervalo.

- j) Vacina contra a febre amarela: indicada para pessoas que residem ou que irão viajar para área endêmica (estados AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos seguintes estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos seguintes estados: BA, ES e MG). Verificar atualizações no site do MS. Vacinar 10 (dez) dias antes da viagem. Reforços a cada 10 anos.
- k) Vacina tríplice viral contra sarampo, caxumba e rubéola (SCR) ou dupla viral contra sarampo e rubéola: recomendada pelo MS para mulheres de 12-49 anos e para homens até os 39 anos de idade que não tiverem comprovação de vacinação anterior.
- l) Vacina contra a varicela: é recomendada como rotina a partir de 1 ano de idade, com um reforço entre 4 e 6 anos de idade.
- m) Vacina contra a hepatite A: é recomendada como rotina a partir de 1 ano de idade.
- n) O início da adolescência é um momento importante para revisar a suscetibilidade/imunidade à hepatite B, varicela, sarampo, rubéola e caxumba e atualizar o calendário vacinal. Conforme fatores de risco e epidemiologia local, também se deve avaliar a indicação das vacinas contra hepatite A e meningococo C.
- o) Vacina tríplice bacteriana acelular contra difteria, tétano e pertússis (coqueluche) para uso em adolescentes e adultos (dTPa): vacina preconizada como rotina no reforço da adolescência, entre 14 e 16 anos, como alternativa à vacina dupla para adultos contra difteria e tétano (dT).
- p) Vacina contra o papilomavírus humano (HPV): a vacina da MSD é administrada nos intervalos 0, 2 e 6 meses, na faixa etária de 9-26 anos de idade, e a da GlaxoSmithKline (GSK), aos 0, 1 e 6 meses, de 10-25 anos de idade. Até o momento, está liberada apenas para mulheres.

2.7 ATRASO OU ESQUECIMENTO DE DOSES

Independentemente do período de atraso, não é necessário reiniciar os esquemas vacinais, somente completá-los.

2.8 ESTADO IMUNOLÓGICO NÃO SABIDO OU DUVIDOSO

Em geral, o estado imune em relação à determinada doença pode ser avaliado laboratorialmente. Se não for possível, a vacinação de uma pessoa já imune não apresenta riscos adicionais além dos possíveis eventos adversos descritos após a administração de vacinas.

2.9 INTERFERÊNCIA COM TESTE TUBERCULÍNICO

A vacina contra o sarampo (monovalente ou combinada) pode suprimir temporariamente a resposta tuberculínica. O teste, quando necessário, deve ser realizado antes da administração da vacina, no mesmo momento ou 4-6 semanas após.

2.10 EVENTOS ADVERSOS

Após o uso de imunobiológicos, podem ocorrer eventos adversos de leves a graves (raros). Os mais frequentes, comuns à maioria dos produtos, são dor local, edema, eritema, enduração e febre, que podem se manifestar algumas horas após a administração da vacina e persistir por 48 horas ou mais. Independentemente da gravidade, os eventos adversos devem ser notificados para o serviço de saúde onde a vacina foi aplicada. A síncope, também chamada de reação vasovagal, é uma situação de início súbito que pode ocorrer após a aplicação de qualquer produto injetável. É causada por uma reação emocional que estimula o sistema nervoso neurovegetativo, levando à hipotensão com perda temporária de consciência. Recomenda-se cuidados gerais até a recuperação. A equipe que administra produtos imunobiológicos tem que estar capacitada para reconhecer e tratar reações alérgicas, principalmente a anafilaxia, que é rara.

2.11 PRECAUÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

Em geral, reação alérgica grave ou anafilaxia após a aplicação de algum imunobiológico contraindicam seu uso posterior. Uma exceção à regra é a vacina da raiva, para a qual, pela gravidade do quadro, não existem contraindicações. Evita-se aplicar qualquer imunobiológico na presença de doenças agudas e febre alta. Nas pessoas imunodeprimidas, as vacinas com componentes vivos atenuados, em geral, são contraindicadas. Pessoas com severa trombocitopenia ou distúrbio da coagulação, que possam contraindicar injeções IM, devem receber os imunobiológicos por via SC, desde que essa forma de administração seja liberada pelo fabricante (ver a bula do produto). As indicações e contraindicações de cada vacina estão descritas no texto específico de cada uma delas.

2.12 SITUAÇÕES ESPECIAIS

2.12.1 prematuros

A maioria das vacinas deve ser utilizada, nos prematuros, nas doses usuais e na idade cronológica. Exceções à regra são as vacinas BCG e contra a

hepatite B, para as quais se deve aguardar até a criança atingir 2 kg. No caso da vacina contra a hepatite B, esse adiamento só é possível se o teste materno para detecção do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) for comprovadamente negativo; nesse caso, a vacina pode ser administrada na alta hospitalar ou aos 2 meses de idade, juntamente às vacinas recomendadas para essa idade, nas apresentações combinadas. Se a mãe for HBsAg-positivo, o recém-nascido (RN), independentemente do seu peso, deve receber a vacina e a imunoglobulina humana da hepatite B (HBIG) nas primeiras 12 horas de vida, completando o esquema posteriormente. No caso do resultado do HBsAg materno ser desconhecido e não houver condições de determiná-lo rapidamente, o RN deve receber a primeira dose da vacina nas primeiras 12 horas de vida. Se o HBsAg materno resultar positivo, o RN deve receber também HBIG o mais cedo possível, dentro dos primeiros 7 dias de vida. Caso o RN tenha menos de 2 kg ou menos de 33 semanas de idade gestacional ao receber a primeira dose da vacina, deve receber mais três nos intervalos 1, 2 e 6 meses, totalizando quatro doses. Sempre que a mãe for HBsAg-positivo, deve-se realizar testes no lactente entre os 9 e os 18 meses de idade, após o término do esquema vacinal. A finalidade é detectar a presença de anticorpos contra o antígeno de superfície (anti-HBs), ou seja, a resposta vacinal, ou a presença do HBsAg, que identifica aqueles que foram infectados. Em relação à vacina contra a poliomielite, se a criança ainda estiver hospitalizada aos 2 meses de idade, utilizar a vacina inativada em substituição à vacina oral (vírus vivos) para evitar a transmissão nosocomial do vírus vacinal. Tanto os prematuros que desenvolvem doença crônica de pulmão como seus contatos devem receber a vacina contra o vírus influenza anualmente, a partir dos 6 meses de idade.

2.1.2.2 Convulsões Prévias Ou História De Convulsões Na Família

É relatada uma maior possibilidade de convulsões após a realização da vacina tríplice bacteriana de células inteiras contra difteria, tétano e coqueluche (DTP), tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), dupla viral (sarampo e rubéola) e sarampo monovalente. As convulsões, em geral, são de origem febril e não deixam sequelas. As vacinas posteriores somente são contraindicadas quando a convulsão tiver sido causada por um quadro neurológico em progressão. Para diminuir a possibilidade de ocorrência de eventos adversos com a vacina tríplice bacteriana de células inteiras, pode-se indicar o uso de paracetamol profilático para febre ou, idealmente, a utilização da vacina tríplice bacteriana acelular.

2.1.1.3 Imunodeficiências

Como regra geral, as vacinas inativadas e as imunoglobulinas não oferecem riscos para pessoas com imunodepressão, porém a resposta imunológica das vacinas

pode ser inadequada. As vacinas com componentes vivos atenuados são contraindicadas para a maioria dos pacientes com alteração da imunidade humoral e para todos com deficiência na imunidade celular. Nas doenças potencialmente imunodepressoras, as vacinas costumam ser mais imunogênicas no início do quadro, portanto, tanto a revisão do status vacinal quanto a da imunidade devem fazer parte da avaliação inicial do paciente. Quando for possível, deve-se testar laboratorialmente a imunidade desses pacientes em relação à hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba e varicela, vacinando os suscetíveis. Para candidatos a transplante de órgãos sólidos (TOS), que podem ter uma evolução rápida da sua doença de base, alguns serviços recomendam iniciar todas as vacinas de forma precoce, respeitando as idades mínimas e os intervalos mínimos entre as doses preconizados pelo CDC. Outros autores sugerem iniciar a vacinação mesmo antes desses prazos, sem avaliação sorológica, já que esta, em menores de 1 ano de idade, pode ser afetada pelos anticorpos maternos circulantes. Recomendam, por exemplo, administrar já a partir dos 6 meses de idade, e no mínimo um mês antes do transplante, vacina contra sarampo, rubéola, caxumba e varicela. As pessoas que apresentam esquema vacinal incompleto por ocasião do transplante ou terapia imunossupressora devem completá-los posteriormente. O CDC sugere aguardar seis meses após o TOS para reiniciar a vacinação, quando a imunodepressão se torna menos intensa. Para os receptores de transplante de célula tronco hematopoiéticas (TCTH), que perdem a memória imune acumulada durante a vida, adquirida por meio do contato com agentes infecciosos, antígenos ambientais e vacinas, o CDC preconiza a revacinação com as vacinas inativadas um ano após o procedimento e, com as atenuadas, dois anos após, desde que a pessoa não esteja recebendo terapia imunossupressora e não apresente doença do enxerto versus hospedeiro (GVHD). Em relação ao uso de corticoides, doses altas de prednisona (≥ 2 mg/kg/dia, ou ≥ 20 mg/dia, se > 10 kg) ou equivalente, administradas diariamente ou em dias alternados, por 14 dias ou mais, contraindicam o uso de vacinas contendo agentes vivos por até um mês após o término do tratamento. O uso de corticoide tópico (cutâneo, aerossol, ocular ou intraarticular) não resulta em imunossupressão. Além disso, a utilização de corticoide sistêmico em doses baixas, moderadas ou altas (diárias ou em dias alternados), mas por menos de 14 dias, também não resulta em imunossupressão. Nesses casos, essas vacinas podem ser seguramente utilizadas. Os contatos suscetíveis de indivíduos imunodeprimidos devem receber vacinas contra o vírus influenza, sarampo, rubéola e caxumba, hepatite A e varicela. As vacinas recomendadas para imunodeprimidos e não oferecidas na rede básica de saúde encontram-se disponíveis nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIEs) (ver indicações das vacinas na Tab. 9.2).

2.1.1.4 Asplenia

Os pacientes asplênicos funcionais ou anatômicos têm maior risco de bacteremia fulminante por germes encapsulados, com altas taxas de mortalidade. Recomendase, portanto, além das vacinas de rotina, a imunoprevenção com as vacinas contra o pneumococo, *Haemophilus influenzae* tipo b e meningococo C. Em caso de esplenectomia eletiva, as vacinas devem ser aplicadas, de preferência, 14 dias antes da cirurgia (ver indicações das vacinas na Tab. 9.2).

2.1.1.5 Pessoas Com Doenças Crônicas Sem Imunodepressão

Essas pessoas devem receber as vacinas de rotina. Além delas, podem estar indicadas outras vacinas, dependendo da doença de base (ver indicações das vacinas na Tab. 9.2). Esta tabela e as notas de rodapé detalham as vacinas recomendadas em situações especiais. A forma de administrá-las está detalhada nos textos específicos de cada vacina. O CRIE disponibiliza todas as vacinas comentadas, mas as indicações, mesmo que citadas aqui, nem sempre são as mesmas da literatura (ver site do CRIE).

2.1.1.6 Imunização Pós-Exposição A Doenças

As imunoglobulinas, se administradas no prazo adequado, podem evitar ou atenuar as manifestações clínicas de diversas doenças. Pode-se utilizar imunização ativa e/ou passiva na pós-exposição de tétano (Tab. 9.3), hepatite A, sarampo, rubéola e varicela (Tab. 9.4), hepatite B (Tab. 9.5) e raiva (Tab. 9.6). Pacientes que apresentem história de eventos adversos ao utilizarem imunoglobulinas somente devem recebê-las (qualquer delas) sob supervisão médica direta e em local onde a anafilaxia possa ser tratada.

3 DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VÍRUS

3.1 PREVENÇÃO

A prevenção consiste na imunização com a **vacina viva atenuada**. A vacina é eficaz e de longa duração (pelo menos 10 anos) e provoca poucos efeitos colaterais. São recomendadas duas imunizações, uma aos 15 meses e uma dose de reforço dos 4 aos 6 anos, geralmente em combinação com as vacinas contra sarampo e rubéola. Por ser uma vacina viva, não deve ser administrada a indivíduos imunocomprometidos ou mulheres grávidas. A imunoglobulina não é útil para prevenir ou mitigar a orquite por caxumba. No fim dos anos 1980, surtos de caxumba ocorreram tanto em indivíduos imunizados quanto não imunizados. Isso provocou, em 1989, a recomendação da administração de uma segunda dose da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola). A incidência da caxumba caiu, e não houve surtos até 2006, quando 6.584 casos ocorreram, principalmente em indivíduos com idade universitária que, surpreendentemente, receberam duas doses da vacina. O enfraquecimento da imunidade após a segunda dose e a imunização com um genótipo diferente do genótipo que causou o surto são explicações sugeridas.

3.2 VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO

3.2.1 Doenças

O vírus sincicial respiratório (RSV) é a causa mais importante de pneumonia e bronquiolite em bebês. É também uma causa importante de otite média em crianças e de pneumonia em idosos e pacientes com doenças cardiopulmonares crônicas.

3.2.2 Características importantes

O RNA genômico e o nucleocapsídeo são os de um paramixovírus típico (Tabela 39-1). Suas espículas de superfície são **proteínas de fusão**, e não hemaglutininas ou neuraminidases (Tabela 39-4). A proteína de fusão causa fusão das células, formando **células gigantes multinucleadas (sincícios)**, as quais dão origem à denominação do vírus.

Os seres humanos são os hospedeiros naturais do RSV. Durante vários anos, acreditou-se que o RSV tinha um sorotipo; todavia, dois sorotipos, denominados subgrupo A e subgrupo B, foram detectados por testes com anticorpos monoclonais. Anticorpos contra a proteína de fusão neutralizam a infectividade.

3.2.3 Resumo do ciclo de multiplicação

A replicação é similar àquela do vírus do sarampo (ver Vírus do sarampo).

3.2.4 Transmissão e epidemiologia

A transmissão ocorre por **gotículas respiratórias** e pelo contato direto de mãos contaminadas com o nariz ou com a boca. O RSV causa **surtos** de infecções respiratórias a cada inverno, ao contrário de vários outros vírus de “resfriados”, que retornam à comunidade a cada poucos anos. Ocorre em todo o mundo e praticamente todos os indivíduos já foram infectados por volta dos 3 anos de idade. O RSV também causa surtos de infecções respiratórias em **crianças hospitalizadas**; esses surtos podem ser controlados pela lavagem das mãos e pelo uso de luvas, que interrompem a transmissão pelos profissionais da saúde.

3.2.5 Patogênese e imunidade

A infecção por RSV em **bebês é mais grave** e, frequentemente, envolve o trato respiratório inferior, em comparação a crianças maiores e adultos. A infecção

é localizada no trato respiratório e a viremia não ocorre.

A doença grave em bebês pode apresentar um mecanismo **imunopatogênico**. Anticorpos maternos transmitidos à criança podem reagir com o vírus, formar imunocomplexos e danificar as células do trato respiratório. Testes com uma vacina inativada resultaram em doença mais grave, uma descoberta inesperada que suporta esse mecanismo.

A maioria dos indivíduos apresenta múltiplas infecções causadas por RSV, indicando que a imunidade é incompleta. A razão para esse fato é desconhecida, mas não se deve à variação antigênica do vírus. Anticorpos IgA respiratórios reduzem a frequência de infecção por RSV conforme o indivíduo envelhece.

3.2.6 Achados clínicos

Em bebês, o RSV é uma importante causa de doenças do trato respiratório inferior, como bronquiolite e pneumonia. O RSV é também uma importante causa de otite média em crianças pequenas. Em crianças maiores e adultos jovens saudáveis, o RSV causa infecções do trato respiratório, como o resfriado comum e a bronquite. Entretanto, em idosos (indivíduos com idade superior a 65 anos) e em adultos com doenças cardiopulmonares crônicas, RSV causa doença grave do trato respiratório inferior, incluindo pneumonia.

3.2.7 Diagnóstico laboratorial

Um imunoensaio enzimático (“teste antigênico rápido”) que detecta a presença de antígenos de RSV em secreções respiratórias é comumente utilizado. A presença do vírus pode ser detectada por imunofluorescência em esfregaços do epitélio respiratório ou pelo isolamento em cultura celular. O efeito citopático em cultura celular é caracterizado pela formação de células gigantes multinucleadas. Um aumento de quatro vezes ou mais no título de anticorpos é também diagnóstico. Um teste de reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa (RT-PCR) também se encontra disponível.

3.2.8 Tratamento

A ribavirina em aerossol é recomendada para bebês hospitalizados gravemente doentes, mas há incertezas quanto à sua eficácia. Uma combinação de ribavirina e globulinas hiperimunes contra RSV pode ser mais eficaz.

3.2.9 Prevenção

Não há vacina. Tentativas prévias de proteção com uma vacina inativada resultaram em um aumento na gravidade dos sintomas. A imunização passiva com anticorpos monoclonais direcionados contra a proteína de fusão de RSV (palivizumabe) pode ser utilizada como profilaxia em bebês prematuros ou imunocomprometidos. Globulinas hiperimunes (RespiGam) também estão disponíveis como profilaxia para esses bebês e para crianças com doença pulmonar crônica. Surto nosocomiais podem ser limitados pela lavagem das mãos e pelo uso de luvas.

3.3 VIRUS DA PARAINFLUENZA

3.3.1 Doenças

Esses vírus causam crupe (laringotraqueobronquite aguda), laringite, bronquiolite e pneumonia em crianças e uma doença semelhante ao resfriado comum em adultos.

3.3.2 Características importantes

O RNA genômico e o nucleocapsídeo são os de um paramixovírus típico (Tabela 39-1). As espículas de superfície consistem nas proteínas hemaglutinina (H), neuraminidase (N) e de fusão (F) (Tabela 39-4). A proteína de fusão medeia a formação de células gigantes multinucleadas. As proteínas H e N estão na mesma espícula; a proteína F situa-se em uma espícula separada. Seres humanos e animais são infectados pelos vírus da *parainfluenza*, mas as cepas animais não infectam seres humanos. Há quatro tipos que são diferenciados pela antigenicidade, efeito citopático e patogenicidade (ver a seguir). Anticorpos contra a proteína H ou proteína F neutralizam a infectividade.

3.3.3 Resumo do ciclo de multiplicação

A replicação é similar àquela do vírus do sarampo (ver Vírus do sarampo).

3.3.4 Transmissão e epidemiologia

Esses vírus são transmitidos por **gotículas respiratórias**. Causam doença em todo o mundo, sobretudo nos meses de inverno.

3.3.5 Patogênese e imunidade

Esses vírus causam doença dos tratos respiratório superior e inferior sem viremia. Uma grande proporção das infecções é subclínica. Os vírus da *parainfluenza* 1 e 2 são a **principal causa de crupe**. O vírus da *parainfluenza* 3 é o vírus mais comum isolado de crianças com infecção do trato respiratório inferior nos Estados Unidos. O vírus da *parainfluenza* 4 raramente causa doença, exceto o resfriado comum.

3.3.6 Achados clínicos

Os vírus da *parainfluenza* são mais conhecidos como a principal causa de crupe em crianças menores de 5 anos de idade. O crupe é caracterizado por tosse intensa e rouquidão. Além de crupe, esses vírus causam uma variedade de doenças respiratórias, como resfriado comum, faringite, laringite, otite média, bronquite e pneumonia.

3.3.7 Diagnóstico laboratorial

A maioria das infecções é diagnosticada clinicamente. O diagnóstico pode ser realizado em laboratório pelo isolamento do vírus em cultura celular ou pela observação de um aumento de quatro vezes ou mais no título de anticorpos. Ensaios de PCR também podem ser utilizados.

3.3.8 Tratamento e prevenção

Não há terapia antiviral ou vacina disponível.

3.4 CORONAVIRUS

3.4.1 Doenças

Os coronavírus são uma importante causa do resfriado comum, provavelmente perdendo apenas para os rinovírus em frequência. Em 2002, uma nova doença caracterizada como uma pneumonia atípica, denominada síndrome respiratória severa aguda (SARS, *severe acute respiratory syndrome*) surgiu. Em 2012, outra pneumonia grave surgiu, denominada síndrome respiratória do Oriente Médio.

3.4.2 Características importantes

Os coronavírus apresentam um genoma de RNA não segmentado, de fita simples e polaridade positiva. São vírus envelopados, com nucleocapsídeo helicoidal. Não existe polimerase do vírion. Ao microscópio eletrônico, podem ser observadas espículas proeminentes, em forma de clava e com aspecto de coroa (halo). Existem dois sorotipos, nomeados 229E e OC43. A sequência genômica do coronavírus que causou o surto de SARS (CoV-SARS) difere das cepas humanas existentes. A sequência genômica de diferentes isolados de CoV-SARS é muito similar, de forma que a antigenicidade do vírus é provavelmente bastante estável. O receptor para o coronavírus SARS na superfície das células é a enzima 2 de conversão da angiotensina.

3.4.3 Resumo do ciclo de multiplicação

O vírus adsorve-se a células por meio de suas espículas de superfície (hemaglutinina) e, em seguida, penetra no citoplasma, onde é desnudado. O genoma de fita positiva é traduzido em dois polipeptídeos grandes, que são autoclivados pela protease codificada pelo vírus. Dois desses peptídeos agregam-se para formar a RNA-polimerase que replica o genoma. Além disso, mRNAs são sintetizados e, então, traduzidos em proteínas estruturais. O vírus é montado e adquire seu envelope a partir do retículo endoplasmático, e não da membrana plasmática. A multiplicação ocorre no citoplasma.

3.4.4 Transmissão e epidemiologia

Os coronavírus são transmitidos por aerossóis respiratórios. A infecção ocorre mundialmente e no início da vida, conforme evidenciado pela descoberta de anticorpos em mais de metade das crianças. Surto ocorrem principalmente no inverno, a cada dois a três anos.

A SARS originou-se na China, em novembro de 2002, e disseminou-se rapidamente para outros países. Até 2009, houve 8.300 casos e 785 mortes – uma taxa de mortalidade de aproximadamente 9%. A transmissão pessoa a pessoa ocorre, e alguns pacientes com SARS são considerados “superdisseminadores”. No início do surto, vários profissionais de saúde foram afetados, mas procedimentos de controle das infecções respiratórias reduziram significativamente a disseminação nos hospitais. Existem vários coronavírus de animais, e eles são suspeitos de serem a fonte de CoV-SARS. O morcego-ferradura parece ser o reservatório natural do CoV-SARS, sendo a civeta um hospedeiro intermediário.

Em 2012 a 2013, um novo coronavírus humano causou um surto de pneumonia grave, frequentemente fatal, na Arábia Saudita e em outros países daquela região. A doença foi denominada síndrome respiratória do oriente médio (MERS, *Middle East respiratory syndrome*) e o vírus denominado coronavírus MERS (MERS-CoV). O vírus mais proximamente relacionado é um coronavírus de morcegos, animais

considerados como possíveis reservatórios. A transmissão pessoa a pessoa é baixa. Outra nomenclatura comum para esse vírus é coronavírus-EMC (HCoV-EMC).

3.4.5 Patogênese e imunidade

A infecção por coronavírus é, em geral, limitada às células mucosas do trato respiratório. Aproximadamente 50% das infecções são assintomáticas e é incerto o papel que desempenham na disseminação da infecção. A imunidade após a infecção parece ser breve e reinfeções podem ocorrer.

A pneumonia causada pelo coronavírus SARS é caracterizada por edema difuso, resultando em hipóxia. A ligação do vírus à enzima 2 de conversão da angiotensina na superfície do epitélio do trato respiratório pode contribuir para o descontrole do equilíbrio de fluidos, que causa edema no espaço alveolar. O MERS-CoV se liga ao CD-26 na mucosa respiratória, não a ACE-2.

3.4.6 Achados clínicos

O resfriado comum causado por coronavírus é caracterizado por coriza (rinorreia, corrimento nasal), dor e ardência na garganta e febre baixa. Essa doença normalmente dura vários dias e não possui sequelas de longo prazo. Os coronavírus também causam bronquite.

A SARS é uma pneumonia atípica grave, caracterizada por febre de pelo menos 38°C, tosse não produtiva, dispneia e hipóxia. Arrepios, calafrios, mal-estar e dor de cabeça comumente ocorrem, mas dor de garganta e rinorreia são incomuns. Radiografias de tórax revelam infiltrados intersticiais com aparência de “vidro fosco”, que não cavitam. São observadas leucopenia e trombocitopenia. O período de incubação da SARS varia de dois a 10 dias, com média de cinco dias. Os achados clínicos relativos à MERS são similares àqueles vistos na SARS.

3.4.7 Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico do “resfriado comum” é principalmente um diagnóstico clínico. Se há a suspeita de SARS ou MERS, testes baseados em anticorpos ou PCR podem ser utilizados.

3.4.8 Tratamento e prevenção

Não existe terapia antiviral ou vacina disponível. Uma combinação de ribavirina e esteroides foi testada no tratamento de casos de SARS com risco à vida, porém sua eficácia é incerta.

3.5 TOGAVIRUS

3.5.1 Virus da Rubéola

3.5.1.1 Doenças

Esse vírus causa a rubéola e a síndrome da rubéola congênita. A síndrome da rubéola congênita caracteriza-se por **malformações congênitas**.

3.5.1.2 Características importantes

O vírus da rubéola é um membro da família dos togavírus. É composto por um segmento de RNA de fita simples, um nucleocapsídeo **icosaédrico** e um **envelope** lipoproteico. Entretanto, ao contrário dos paramixovírus, como os vírus do sarampo e da caxumba, o vírus da rubéola possui RNA de **fita positiva** e, portanto, não possui uma polimerase no vírion. Suas espículas de superfície contêm hemaglutinina. O vírus apresenta um único tipo antigênico. Anticorpos contra a hemaglutinina neutralizam a infectividade. Os seres humanos são os hospedeiros naturais.

3.5.1.3 Resumo do ciclo de multiplicação

Uma vez que o conhecimento sobre a multiplicação do vírus da rubéola é incompleto, o ciclo a seguir se baseia na multiplicação de outros togavírus. Após a penetração na célula e o desnudamento, o genoma de RNA de fita positiva é traduzido em diversas proteínas estruturais e não estruturais. Pode ser observada a diferença entre togavírus e poliovírus, que também possuem genoma de RNA com fita positiva, mas traduzem seu RNA em uma única poliproteína grande, posteriormente clivada. Uma das proteínas não estruturais do vírus da rubéola é uma RNA-polimerase RNA-dependente, que inicialmente replica o genoma, sintetizando um molde de fita negativa e, a partir daí, as fitas positivas da progênie. Tanto a multiplicação quanto a montagem ocorrem no citoplasma, e o envelope é adquirido da membrana citoplasmática quando o vírion sai da célula.

3.5.1.3 Transmissão e epidemiologia

O vírus é transmitido por meio de **gotículas respiratórias** e da mãe para o feto, por via **transplacentária**. A doença ocorre mundialmente. Em regiões onde a vacina não é utilizada, ocorrem epidemias a cada 6 a 9 anos.

Em 2005, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) declarou a rubéola erradicada dos Estados Unidos. Os poucos casos que ocorreram nos Estados

Unidos foram adquiridos no exterior e importados ao país. A eliminação foi possível pelo amplo uso da vacina. Como resultado, o citomegalovírus é uma causa mais comum de malformações congênitas nos Estados Unidos do que o vírus da rubéola.*

3.5.1.4 Patogênese e imunidade

A multiplicação inicial do vírus ocorre na parte nasal da faringe e nos linfonodos locais. A partir daí, o vírus se dissemina pela corrente sanguínea aos órgãos internos e à pele. A origem da erupção é incerta, podendo ser devida à vasculite mediada por complexos antígeno-anticorpo.

A infecção natural leva à **imunidade permanente**. Não ocorrem segundos casos de rubéola; erupções similares são causadas por outros vírus, como vírus de Coxsackie e ecovírus. Os anticorpos cruzam a placenta e protegem o recém-nascido.

3.6 Achados clínicos

3.6.1 Rubéola

A rubéola é uma doença mais branda e curta que o sarampo. Após um período de incubação de 14 a 21 dias, um breve período prodrômico, apresentando febre e mal-estar, é seguido por uma erupção maculopapular, que inicia na face e progride de forma descendente, envolvendo as extremidades (Figura 39-4). Linfadenopatia auricular posterior é característica. A erupção dura, em geral, três dias. Quando a rubéola ocorre em adultos, sobretudo em mulheres, a poliartrite causada por imuno-complexos ocorre com frequência.

FIGURA 2 – RUBÉOLA – OBSERVE AS ERUPÇÕES MACULOPAPULARES FINAS E QUASE CONFLUENTES. (CORTESIA DE STEPHEN E. GELLIS, MD.)



3.6.2 Síndrome da rubéola congênita

O vírus da rubéola não é importante como causa de uma doença branda da infância, mas sim por ser **teratogênico**. Quando uma gestante não imune é **infectada durante o primeiro trimestre**, principalmente no primeiro mês, importantes malformações congênitas podem ocorrer como resultado da viremia materna e da infecção fetal. A taxa aumentada de anomalias durante as primeiras semanas de gravidez é atribuída ao desenvolvimento muito sensível de órgãos que ocorre nesse período. As malformações são generalizadas e envolvem principalmente o coração (p. ex., ducto arterial patente), os olhos (p. ex., cataratas) e o encéfalo (p. ex., surdez e deficiência intelectual).

Além disso, algumas crianças infectadas no útero podem **continuar a excretar** o vírus da rubéola durante meses após o nascimento, o que representa um importante risco à saúde pública, já que o vírus pode ser transmitido a mulheres grávidas. Alguns eliminadores congênitos são assintomáticos e não apresentam malformações e, portanto, só podem ser diagnosticados se o vírus for isolado. Bebês infectados congenitamente também apresentam títulos de IgM significativos e títulos de IgG persistentes por longo período após o desaparecimento dos anticorpos maternos.

3.6.3 Diagnóstico laboratorial

O vírus da rubéola pode ser cultivado em culturas celulares, no entanto, produz pouco efeito citopático (ECP). É, portanto, geralmente identificado por sua capacidade de interferir no ECP de ecovírus. Quando o vírus da rubéola está presente no espécime do paciente e cresceu na cultura celular, não haverá ECP quando a cultura for superinfectada com um ecovírus. O diagnóstico também pode ser realizado pela observação de um aumento de quatro vezes ou mais no título de anticorpos entre os soros da fase aguda e da fase convalescente no teste de inibição da hemaglutinação ou no ELISA, bem como pela observação da presença de anticorpos IgM em uma única amostra de soro da fase aguda. Ensaios de PCR também podem ser utilizados.

Em uma gestante exposta ao vírus da rubéola, a presença de **anticorpos IgM indica infecção recente**, ao passo que um título de 1:8 ou superior de anticorpos IgG indica imunidade e, conseqüentemente proteção do feto. Se houve infecção recente, uma **amniocentese** pode revelar a presença do vírus da rubéola no líquido amniótico, indicando infecção fetal definitiva.

3.6.4 Tratamento

Não há terapia antiviral.

3.6.5 Prevenção

A prevenção envolve imunização com a **vacina viva atenuada**. A vacina é eficiente e de longa duração (pelo menos 10 anos) e causa poucos efeitos colaterais, exceto por artralgias transientes em algumas mulheres. É administrada por via subcutânea a crianças com 15 meses de idade (geralmente em combinação com a vacina contra sarampo e caxumba), bem como a mulheres adultas jovens, se elas não estiverem grávidas e forem usar contraceptivos nos próximos três meses. Não há evidências de que o vírus vacinal cause malformações. Uma vez que é uma vacina viva, não deve ser administrada a pacientes imunocomprometidos ou a mulheres grávidas.

A vacina foi responsável por uma redução significativa na incidência de rubéola e da síndrome da rubéola congênita. Ela induz a formação de IgA respiratória, interrompendo, assim, a disseminação de vírus virulentos por transporte nasal.

Imunoglobulinas (Ig) séricas podem ser administradas a mulheres grávidas no primeiro trimestre, caso tenham sido expostas a um caso diagnosticado de rubéola e a interrupção da gravidez não seja uma opção. Os principais problemas

relacionados à administração de Ig são o fato de que existem circunstâncias em que esse método falha em prevenir a infecção fetal e, então, isso pode confundir a interpretação dos testes sorológicos. Quando a interrupção da gestação é uma opção, recomenda-se tentar determinar se a mãe e o feto foram infectados, como descrito na seção anterior, “Diagnóstico laboratorial”.

Para proteger mulheres grávidas da exposição ao vírus da rubéola, vários hospitais requerem que seus profissionais comprovem sua imunidade por testes sorológicos ou por provas de imunização.

3.6.6 Outros Togavírus

Outros tipos de togavírus de importância médica são descritos no capítulo sobre arbovírus (ver Capítulo 42).

3.7 RABDOVÍRUS

3.7.1 Vírus Da Raiva

3.7.1.1 Doença

Esse vírus causa a raiva, uma encefalite.

3.7.1.2 Características importantes

O vírus da raiva é o único membro de importância médica da família dos rabdovírus. Possui um RNA de fita simples envolto por um capsídeo em forma de projétil circundado por um envelope lipoproteico. Uma vez que o RNA genômico possui polaridade negativa, o vírion contém uma RNA-polimerase RNA--dependente. O vírus da raiva possui um único tipo antigênico. A antigenicidade reside nas espículas glicoproteicas do envelope.

O vírus da raiva apresenta uma ampla gama de hospedeiros: ele pode infectar todos os mamíferos, mas apenas certos mamíferos são importantes fontes de infecções humanas (ver adiante).

3.7.1.3 Resumo do ciclo de multiplicação

O vírus da raiva liga-se ao receptor de acetilcolina na superfície celular. Após a entrada na célula, a RNA-polimerase do vírion sintetiza cinco mRNAs

que codificam para proteínas virais. Após a replicação do RNA genômico viral pela RNA-polimerase codificada pelo vírus, o RNA progênie é montado com proteínas virais para formar o nucleocapsídeo, e o envelope é adquirido quando o vírion brota através da membrana celular.

3.7.1.4 Transmissão e epidemiologia

O vírus é transmitido pela mordida de um animal raivoso, que manifesta comportamento agressivo e com tendência a morder, o que é induzido pela encefalite viral. O vírus está na saliva do animal raivoso. Nos Estados Unidos, a transmissão geralmente ocorre a partir da mordida de animais silvestres, como gambás, gua-xinins e morcegos; cães e gatos são imunizados com frequência e, portanto, raramente são fontes de infecção humana. Recentemente, morcegos foram a fonte da maioria dos casos de raiva humana nos Estados Unidos. Roedores e coelhos não transmitem a raiva.*

A raiva humana também ocorreu nos Estados Unidos em indivíduos que não foram mordidos, e esses casos foram denominados exposições “sem mordida”. O exemplo mais importante desse tipo de transmissão é a exposição a aerossóis de secreções de morcegos contendo o vírus da raiva. Outro exemplo raro é a transmissão em transplantes de córneas obtidas de pacientes que morreram por raiva não diagnosticada.

Nos Estados Unidos, ocorrem menos de 10 casos de raiva a cada ano (sobretudo importados), ao passo que em países em desenvolvimento ocorrem centenas de casos, principalmente devido a cães raivosos. Em 2007, os Estados Unidos foram declarados “livres da raiva canina” – resultado da ampla imunização de cães. Mundialmente, cerca de 50 mil pessoas morrem de raiva a cada ano.**

O país de origem e o hospedeiro reservatório de uma cepa do vírus da raiva podem ser frequentemente identificados pela determinação da sequência de bases do RNA genômico. Por exemplo, um indivíduo desenvolveu raiva clínica nos Estados Unidos, porém, o sequenciamento do RNA genômico revelou que o vírus pertencia à cepa mexicana. Foi, posteriormente, descoberto que o homem foi mordido por um cão enquanto esteve no México, alguns meses antes.

3.7.1.5 Patogênese e imunidade

O vírus se multiplica localmente no local da mordida, infecta os neurônios sensitivos e se desloca por transporte axônico ao sistema nervoso central. Durante esse transporte no interior do nervo, o vírus é protegido do sistema imune e ocorre pouca ou nenhuma resposta imune. O vírus multiplica-se no sistema nervoso central e, então, se desloca pelos nervos periféricos até as glândulas salivares e outros órgãos.

A partir das glândulas salivares, penetra na saliva para ser transmitido pela mordida. Não há estágio virêmico.

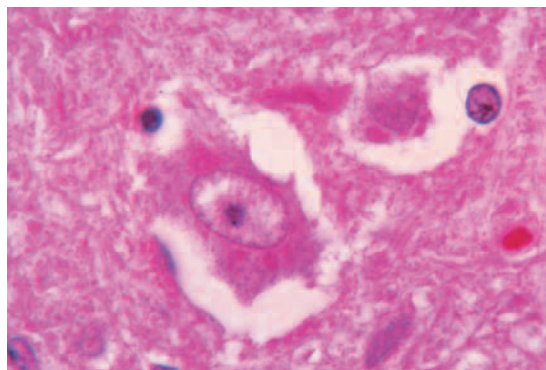
No sistema nervoso central, desenvolve-se a encefalite, com a morte de neurônios e desmielinização. Neurônios infectados contêm uma inclusão citoplasmática eosinofílica, denominada corpúsculo de Negri, que é importante no diagnóstico laboratorial da raiva (Figura 39-5). Uma vez que poucos indivíduos sobreviveram à raiva, não há informação sobre a imunidade à doença ao ser mordido novamente.

3.7.1.6 Achados clínicos

O período de incubação varia de 2 a 16 semanas ou mais, de acordo com a localização da mordida. É mais curto quando as mordidas ocorrem na cabeça, em vez de na perna, uma vez que o vírus tem uma distância mais curta para percorrer até alcançar o sistema nervoso central.

Clinicamente, os pacientes acometidos apresentam um pró-dromo caracterizado por sintomas inespecíficos, os quais incluem febre, anorexia e mudanças da sensibilidade na região da mordida, denominadas parestesias. Depois do pródromo, a raiva pode se manifestar de duas formas: a “furiosa” (encefáltica) ou a “estúpida” (paralítica). A forma furiosa ocorre em cerca de 80% dos casos. Na forma furiosa, ocorrem agitação, delírios, convulsões e **hidrofobia**. A hidrofobia se caracteriza como uma aversão à deglutição de água em razão dos espasmos dolorosos dos músculos da faringe. Em contrapartida, na forma estúpida esses sintomas não ocorrem. Nesse caso, a medula espinal é primeiramente envolvida, gerando uma paralisia ascendente. A morte ocorre quase invariavelmente após ambas as formas, mas com a evolução dos sistemas artificiais de suporte vitais, alguns poucos indivíduos têm sobrevivido.

FIGURA 3 – VÍRUS DA RAIVA – CORPÚSCULO DE NEGRI. A SETA APONTA PARA UM “CORPÚSCULO DE NEGRI”, UM CORPÚSCULO DE INCLUSÃO NO CITOPLASMA DE UM NEURÔNIO INFECTADO. (FIGURA CORTESIA DE PUBLIC HEALTH IMAGE LIBRARY, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION.)



3.7.1.7 Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico rápido de infecções por raiva no animal é, em geral, realizado pelo exame do tecido cerebral pela utilização de ensaios de PCR, anticorpos fluorescentes contra o vírus da raiva ou pela coloração histológica dos corpúsculos de Negri no citoplasma de neurônios do hipocampo (Figura 39-5). O vírus pode ser isolado do encéfalo animal pelo crescimento em cultura celular, mas isso demanda muito tempo para ser considerado útil na decisão quanto à administração da vacina.

A raiva em seres humanos pode ser diagnosticada por ensaios de PCR; marcação por anticorpos fluorescentes de um espécime de biópsia, geralmente obtido da pele da nuca, na base dos cabelos; isolamento do vírus a partir de fontes como saliva, líquido espinal e tecido cerebral; ou por um aumento no título de anticorpos contra o vírus. Corpúsculos de Negri podem ser revelados em raspados de córnea e em necropsia de espécimes cerebrais.

3.7.1.8 Tratamento

Não há terapia antiviral para um paciente com raiva. Apenas o tratamento de suporte está disponível.

3.7.1.9 Prevenção

Nos Estados Unidos, a **vacina contra raiva** contém vírus inativados multiplicados em células diploides humanas. (Vacinas multiplicadas em células pulmonares de macaco ou células de embrião de galinha também se encontram disponíveis.)* Em outros países, a vacina em embrião de pato ou em diversos tecidos nervosos também estão disponíveis. A vacina produzida em embrião de pato apresenta baixa imunogenicidade, ao passo que a vacina produzida em tecidos nervosos pode causar uma encefalite alérgica como resultado de reações cruzadas com a mielina humana. Por essas razões, a vacina de células diploides humanas (HDCV) é a preferida.

Existem duas abordagens para a prevenção da raiva em seres humanos: **a imunização pré-exposição** e **a imunização pós-imunização**. A imunização pré-exposição com a vacina contra a raiva deve ser administrada a indivíduos em grupos de alto risco, como veterinários, tratadores de zoológicos e viajantes a regiões de infecção hiperendêmica (p. ex., membros do Corpo da Paz). A imunização pré-exposição consiste em três doses, administradas nos dias 0, 7 e 21 ou 28. Doses de reforço são administradas de acordo com a necessidade para manter um título de anticorpos de 1:5.

A vacina contra a raiva é também rotineiramente utilizada na pós-exposição (i.e., após o indivíduo ter sido exposto ao vírus pela mordida do animal). O longo período de incubação da doença concede ao vírus da vacina

tempo suficiente para induzir imunidade protetora.

A imunização pós-exposição envolve o uso da **vacina e da imunoglobulina humana contra raiva** (RIG, obtida de indivíduos hiperimunizados) junto da limpeza imediata da ferida. Esse é um exemplo de imunização passiva-ativa. A imunização contra o tétano também deve ser considerada. A decisão de administrar a imunização pós-exposição depende de vários fatores, como (1) o tipo do animal (todos os ataques por animais silvestres requerem imunização); (2) se um ataque por um animal doméstico foi provocado, se o animal foi imunizado adequadamente e se o animal encontra-se disponível para ser observado; e (3) se a raiva é endêmica na região. Deve ser solicitada a recomendação das autoridades locais de saúde pública. Profissionais hospitalares expostos a um paciente com raiva não precisam ser imunizados, exceto se ocorreu uma exposição significativa (p. ex., um ferimento traumático em um profissional da saúde).

Se a decisão for imunizar, são recomendadas HDCV e RIG. Cinco doses de HDCV são administradas (nos dias 0, 3, 7, 14 e 28), no entanto, RIG é administrada apenas uma vez, juntamente com a primeira dose de HDCV (em um local diferente). HDCV e RIG são administradas em locais distintos para prevenir a neutralização do vírus na vacina pelos anticorpos na RIG. A maior quantidade possível de RIG é administrada no local da mordida, e o restante é administrado por via intramuscular. Se o animal foi capturado, deve ser observado por 10 dias e sacrificado caso desenvolva os sintomas. O encéfalo do animal deve ser examinado por imunofluorescência.

A vacina para a imunização de cães e gatos consiste em vírus da raiva inativados. A primeira imunização geralmente é administrada aos 3 meses de idade, com doses de reforço administradas anualmente, ou a intervalos de três anos. Nos Estados Unidos, uma vacina alternativa utilizada em cães e gatos contém vírus canaripox vivos geneticamente modificados para conter o gene para proteína do envelope do vírus da raiva.

4 VARICELA, CAXUMBA, DIFTERIA E SARAMPO

Algumas doenças evitáveis por vacinação, especialmente o sarampo e a difteria, estão representando um sério desafio no campo da saúde, em razão dos surtos ocorridos nos últimos anos. Por esse motivo, fazem parte do Plano Estratégico da Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo objetivo é garantir que 1 bilhão de pessoas a mais se beneficiem do acesso universal à saúde, estejam protegidas de emergências e, conseqüentemente, obtenham melhores condições de saúde. Você sabe quais ações devem ser desenvolvidas para o controle e/ ou a erradicação de doenças imunopreveníveis? Em todas as situações que definem as doenças imunopreveníveis que serão estudadas neste capítulo, o profissional de saúde deve incluir no plano de cuidados as orientações sobre o risco de transmissão, as manifestações clínicas, os sintomas de complicações e a diversidade de tratamento, considerando os sintomas desenvolvidos.

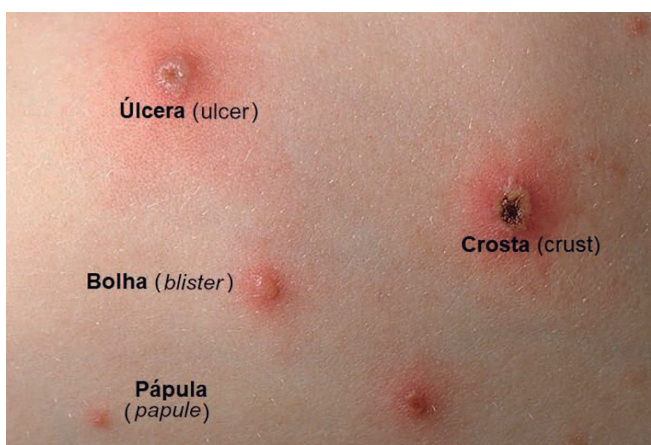
As informações a seguir descrevem as estratégias que a equipe de saúde precisa desenvolver para orientar à população sobre a prevenção de varicela, caxumba, difteria e sarampo, além de nortear o plano de cuidados às pessoas com diagnóstico confirmado e evitar a continuidade da cadeia de transmissão.

4.1 SINAIS E SINTOMAS, ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA VARICELA

4.1.1 Sinais e sintomas da varicela

A **varicela**, também conhecida como **catapora**, é uma infecção viral contagiosa. Em relação aos sintomas, pode ocorrer febre moderada, cansaço, dor de cabeça e perda de apetite. Entretanto, a principal característica clínica está na evolução de lesões cutâneas que começam com aspecto de **pápula** e, paulatinamente, se manifestam em **vesícula/bolha**, **pústula/úlcer**a até a formação de **crosta** (Figura 1), acompanhada de prurido (KASPER, 2017).

FIGURA 4 – VARICELA – EVOLUÇÃO DA LESÃO CUTÂNEA.



Os sintomas começam entre 10 e 21 dias após o contato com o vírus, portanto, este é considerado o período de incubação. Manifestam-se em períodos, iniciando pelo prodromico com duração de três horas até três dias, cujo sintomas podem ser febre baixa, cefaleia e perda de apetite. Porém, nas crianças o sintoma é definido na evolução das lesões cutâneas. O período exantemático é caracterizado pelas lesões na pele (pápula, vesícula, pústula e crosta), geralmente no couro cabeludo, na parte superior das axilas e/ou nas membranas mucosas das vias aéreas superiores (BRASIL, 2017).

O processo de evolução das lesões cutâneas acompanhado de prurido pode resultar em infecções associadas nas lesões em razão das bactérias das unhas ou de objetos utilizados para coçar. As manifestações sistêmicas podem ocorrer nos casos graves ou quando o tratamento for inadequado. Pode apresentar encefalite (inflamação do sistema nervoso central), pneumonia ou infecções na pele e no ouvido (BRASIL, 2017).



Está contraindicado o uso de ácido acetilsalicílico mediante o diagnóstico da varicela. Durante a fase aguda dessa doença, se a criança ou o adolescente apresentar vômito seguido de irritabilidade, inquietude e diminuição paulatina do nível da consciência e edema cerebral, está ocorrendo comprometimento cerebral e hepático. Portanto, a varicela está associada à síndrome de Reye, que ocorre principalmente em crianças e adolescentes quando utilizam ácido acetilsalicílico durante a fase aguda da doença.

O diagnóstico da varicela é definido pelo quadro clínico, mas, se houver recurso laboratorial, pode se detectar o vírus por PCR no líquido das vesículas, ou utilizar reações sorológicas IgM ou IgG. A transmissão do vírus entre as pessoas acontece por contato direto (líquido da vesícula – lesão de pele) ou por secreções respiratórias (tosse, espirro, saliva e objetos contaminados). A transmissão por secreções respiratórias ocorre entre um a dois dias antes do aparecimento das lesões de pele e até seis dias depois, quando todas as lesões estiverem na fase de crostas (KASPER, 2017).



O herpes-zóster, conhecido como cobreiro, é decorrente da reativação do vírus da varicela que estava em latência. Isso pode ocorrer em adultos ou em situação de comprometimento imunológico (doenças crônicas, neoplasias, AIDS e outras). Após a disseminação hematogênica, o vírus progride pelos nervos periféricos até os gânglios nervosos, onde poderá ficar em latência, por toda a vida.



Não é recomendado que as pessoas com varicela tenham contato com recém-nascidos, mulheres grávidas e pessoas com imunidade baixa (com AIDS ou realizando quimioterapia), pois a doença pode ser mais grave nesses grupos. Para conhecer mais sobre microbiologia, patogênese e manifestações clínicas do herpes-zóster, você pode verificar as recomendações contidas no capítulo 219, escrito por Kotton e Hirsch, *Citomegalovírus e herpes-vírus humanos tipos 6, 7 e 8*, do livro *Medicina interna de Harrison*, 19ª edição.

4.1.2 Estratégias de prevenção e tratamento da varicela

As principais recomendações para a prevenção e o controle da varicela estão apresentadas na Figura 2:

FIGURA 5 – MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA VARICELA. (A) VACINAÇÃO; (B) HIGIENIZAR MÃOS, VESTIMENTAS, ROUPAS DE CAMA E DEMAIS OBJETOS PASSÍVEIS DE CONTAMINAÇÃO; (C) AFASTAR TEMPORARIAMENTE CRIANÇA OU ADULTO COM VARICELA DE LOCAIS PÚBLICOS. APENAS RETORNAR AS ATIVIDADES APÓS TODAS AS LESÕES TEREM CICATRIZADO.



FONTE: (A) RAVIPAT/SHUTTERSTOCK.COM; (B) OLENA YAKOBCHUK/SHUTTERSTOCK.COM; (C) MT PHOTOLIFE/SHUTTERSTOCK.COM.

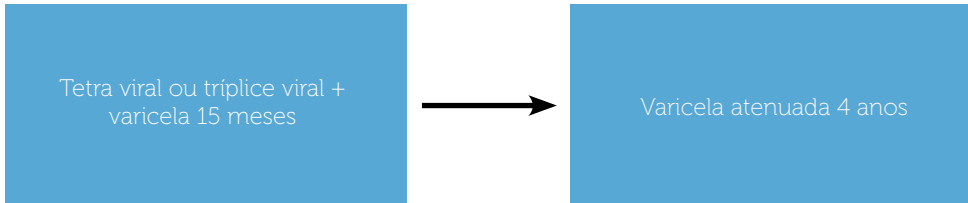
Os cuidados de higiene são essenciais para minimizar o risco de infecções cutâneas secundárias, visto que as principais complicações da doença são as infecções bacterianas secundárias de pele, mais frequentes, como otites, pneumonias, meningite e sépsis, causadas principalmente por *Streptococcus* do grupo A e *Staphylococcus aureus*, e o comprometimento visceral causado pelo vírus, manifestando-se com pneumonite, hepatite e meningoencefalite (BRASIL, 2013).

A introdução da vacina tetra viral no Calendário Básico de Vacinação da Criança teve como objetivo evitar complicações, casos graves e óbitos no grupo-alvo para varicela, além de prevenção, controle e eliminação das demais doenças virais: sarampo, caxumba e rubéola. A vacina tetra viral substituiu a tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) para as crianças de 15 meses de idade. A vacina combinada apresenta pó liofilizado para reconstituição com diluente para administração. As embalagens contêm 10 frascos-ampola mais 10 seringas preenchidas com diluente (0,5 mL) e 20 agulhas para a reconstituição e administração (BRASIL, 2013). A Figura 3 apresenta a faixa etária recomendada para receber esta vacina e outras indicações:



Faixa etária recomendada para tetra viral ou tríplice viral + varicela.

FIGURA 6 – VACINAS QUE PREVINEM A VARICELA.



FONTE: BRASIL ([2019], DOCUMENTO ON-LINE).

- População indígena a partir de quatro anos de idade.
- Surto hospitalar da doença: vacinar, até cinco dias após o surto, crianças maiores de nove meses de idade que tenham imunidade baixa e que estejam no hospital e demais pessoas que estejam suscetíveis.
- Profissionais de saúde, cuidadores e familiares suscetíveis à doença que estejam em convívio domiciliar ou hospitalar com pacientes com maior risco de contrair a doença com consequências graves (crianças com câncer, pessoas submetidas a cirurgias, doadores de órgãos e células-tronco, entre outros).
- Pacientes com doenças renais crônicas.
- Crianças, adolescentes e adultos infectados pelo HIV.
- Doenças dermatológicas graves.
- Pessoas que fazem uso crônico de ácido acetilsalicílico (aspirina). Recomenda-se suspender o uso por seis semanas após a vacinação.

O tratamento dos sintomas da varicela deverá ser específico a cada manifestação, por exemplo, para tratar o prurido existem soluções e cremes tópicos e antialérgicos orais, mas é fundamental enfatizar os cuidados de higiene para reduzir o risco de infecções cutâneas secundárias. A terapia antiviral pode ser útil se iniciada em até 24 horas do aparecimento dos sintomas. Em crianças menores de 12 anos de idade, recomenda-se aciclovir (20 mg/kg VO a cada 6 horas). Em adolescentes e adultos, recomenda-se aciclovir (800 mg VO 5x/ dia), valaciclovir (1 g VO 3x/dia) ou fanciclovir (250 mg VO 3x/dia) por cinco a sete dias (BRASIL, 2017).

4.2 SINAIS E SINTOMAS, ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA CAXUMBA

A **caxumba**, também conhecida como “papeira”, é uma infecção viral contagiosa, cuja principal característica clínica é o aumento do volume de uma ou ambas as glândulas parótidas, embora também possa atingir qualquer tecido glandular e nervoso (KASPER, 2017).

Cerca de metade das infecções tem característica assintomática, outra parte apresenta sintomas respiratórios inespecíficos. A parotidite, por exemplo, pode ocorrer com duração de mais de dois dias, sendo antecedida por febre baixa, mal-estar, mialgia, cefaleia e falta de apetite durante um a sete dias. Os sintomas da parotidite são marcados por dificuldade para se alimentar, deglutir e falar, além de edema, dor nas glândulas salivares, febre, cefaleia e fadiga.

O diagnóstico da caxumba é essencialmente clínico, mas, se for necessário, o profissional de saúde pode coletar uma amostra de sangue que, mediante análise, nesse caso irá apresentar anticorpos contra o paramixovírus, responsável por causar esse agravo.



Existem alguns sintomas que precisam ser identificados com atenção para subsidiar a tomada de decisão no tratamento da caxumba. Você pode conferir os exemplos a seguir:

- A orquiepididimite (infecção no testículo e epidídimo) é a segunda manifestação mais comum da caxumba.
- A orquite (inflamação no testículo) é bilateral em 10 a 30% dos casos.
- A ooforite (infamação no ovário, dor em baixo-ventre e vômitos) ocorre em aproximadamente 5% das mulheres com caxumba.

4.2.1 Estratégias de prevenção e tratamento da caxumba

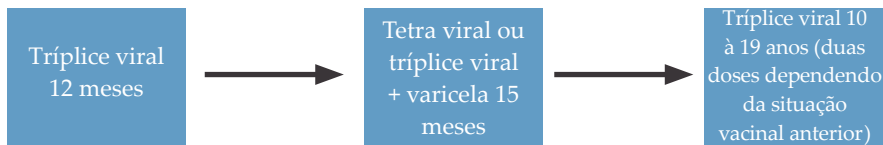
Considerando que o vírus é transmitido principalmente por contato direto, por via aérea, disseminação de gotículas, ou saliva de pessoas infectadas. A transmissão indireta é menos frequente, nesse caso, decorre do contato com objetos e/ou utensílios contaminados com secreção do nariz e/ou boca. Diante disso, é importante orientar as pessoas quanto aos cuidados com a higiene. A forma mais efetiva de evitar a caxumba é manter o calendário de vacinação atualizado. A seguir, verifique a faixa etária preconizada para receber a vacina que previne a caxumba.



Adultos que não foram infectados pelo vírus da caxumba na infância ou na adolescência têm indicação de ser imunizados, com exceção de gestantes e imunodeprimidos graves. Na faixa etária de 20 a 59 anos é recomendada a triplice viral, caso a pessoa não tenha recebido essa vacina antes, deverá tomar duas doses. Se estiver na faixa etária de 30 a 49 anos, deverá tomar apenas uma dose (Figura 4).

Faixa etária recomendada para Tetra viral ou triplice viral + varicela

FIGURA 7 – VACINAS QUE PREVINEM A CAXUMBA.



FONTE: BRASIL (2013, DOCUMENTO ON-LINE).

O tratamento da caxumba deve ser com base nos sintomas clínicos do paciente, portanto, deve ser recomendada a terapia sintomática e de suporte. Geralmente são indicados repouso, medicamentos para dor e temperatura e observação cuidadosa em razão da possibilidade de evoluir para complicações.

4.3 SINAIS E SINTOMAS, ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DIFTERIA

A difteria, também conhecida como “crupe”, é uma doença transmissível causada por bactéria, cujo principal sítio de infecção está nas amígdalas, na faringe, na laringe e no nariz, mas raramente alcança outras mucosas e pele. As manifestações clínicas mais comuns são placas pseudomembranosas branco-acinzentadas, que se aderem nas amígdalas. Em situações que se agravam, pode ocorrer edema no pescoço, com aumento dos gânglios linfáticos e, conseqüentemente, dificuldade para respirar.

A transmissão da difteria ocorre por meio de tosse e espirro, que espalham gotículas de secreção respiratória, ou por lesões na pele. A contaminação por objetos infectados é um tipo de transmissão que não ocorre com frequência. O diagnóstico da difteria é clínico, mas, se houver necessidade, pode ser feita coleta de secreção de nasofaringe para cultura. Em casos de suspeita de difteria cutânea, devem ser coletadas amostras das lesões da pele.

4.3.1 Estratégias de prevenção e tratamento da difteria

A principal medida de controle e prevenção da difteria é a vacinação (Figura 5).

Faixa etária recomendada para vacinas que previnem difteria e outros agravos.

FIGURA 8 – VACINAS QUE PREVINEM A DIFTERIA.



FONTE: BRASIL ([2019], DOCUMENTO ON-LINE).

Em relação à gestante, deve ser administrada a partir da 20ª semana de gestação a vacina dTpa, que previne difteria, tétano e coqueluche.

A antitoxina diftérica é recomendada para o tratamento da difteria em unidade hospitalar. É importante que seja administrada logo que possível, para inativar a toxina circulante e permitir que anticorpos em quantidade suficiente neutralizem a toxina produzida pelas bactérias. Para prevenir a transmissão aos contatos, é recomendada antibioticoterapia por 14 dias. Após 14 dias dessa etapa, é necessário realizar cultura para atestar a erradicação do microrganismo; caso não tenha sido erradicado após duas semanas de terapia, recomenda-se um curso adicional de 10 dias seguido pela repetição da cultura (KASPER, 2017).

4.4 SINAIS E SINTOMAS, ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SARAMPO

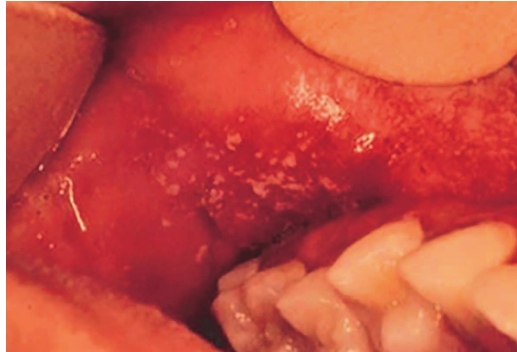
O sarampo é uma doença viral infecciosa cuja transmissão ocorre após contato com secreções contaminadas, provenientes das vias aéreas superiores. Os sintomas, que se manifestam após 10 dias da infecção do vírus, são febre e mal-estar, tosse, coriza e conjuntivite. Outro sintoma que requer atenção do profissional de saúde mediante a anamnese é o exantema eritematoso, maculopapular e não pruriginoso que começa no couro cabeludo e atrás das orelhas e espalha-se no tronco e nos membros.

Um sinal patognomônico do sarampo são as manchas de Koplik, que são pontos branco-azulados de cerca de 1 mm de diâmetro circundados por eritema, que se localizam na mucosa bucal aproximadamente dois dias antes do aparecimento do exantema. Portanto, as manchas de Koplik definem o diagnóstico do sarampo. Se for necessário realizar exame laboratorial, a testagem sorológica é o método mais comum (BRASIL, 2014).



Patognomônico é um sinal que permite caracterizar com precisão uma infecção, por exemplo, ao identificar as manchas de Koplik na mucosa bucal, significa que a pessoa está com sarampo (Figura 6).

FIGURA 9 – MANCHAS DE KOPLIK.



Fonte: Marques e Succi (1998, p. 169).

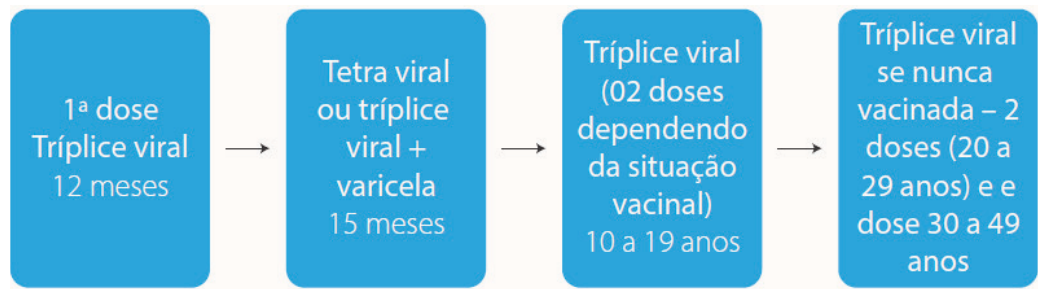
4.4.1 Prevenção e tratamento do sarampo

Considerando que a transmissão do vírus causador do sarampo ocorre por meio de secreções expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar, a incidência desse agravo é influenciada pelas condições socioeconômicas, nutricionais e imunitárias. A aglomeração em lugares públicos e em pequenas residências são situações favoráveis à transmissão.

A prevenção é garantida por meio da vacinação (Figura 7).

Faixa etária recomendada para vacinas que previnem o sarampo e outros agravos.

FIGURA 10 – VACINAS QUE PREVINEM O SARAMPO.



Fonte: Brasil ([2019], documento *on-line*).

Considerando que não existe tratamento específico para o sarampo, as medidas de suporte são necessárias. Portanto, incluem hidratação, suporte nutricional e diminuir a hipertermia. A terapia antibiótica imediata em pacientes com infecções bacterianas secundárias ajuda a reduzir a morbidade e a mortalidade. A OMS recomenda vitamina A para todas as crianças com sarampo (KASPER, 2017).

4.5 Plano de cuidados de enfermagem em caso de varicela, caxumba, difteria e sarampo

A equipe de enfermagem desempenha importantes papéis no controle e na erradicação de doenças imunopreveníveis. Essas ações, inclusive, estão fundamentadas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que legitima sua atuação nas políticas públicas de saúde.

O diagnóstico das doenças imunopreveníveis é definido principalmente a partir das manifestações clínicas, por isso, a anamnese deve subsidiar o plano de cuidados. O Quadro 1 apresenta uma proposta de plano de cuidados de enfermagem em caso de varicela, caxumba, difteria e sarampo e associa a etapa do processo de enfermagem a cada ação.

QUADRO 12 – PROPOSTA DE PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CASO DE VARICELA, CAXUMBA, DIFTERIA E SARAMPO

1. Realizar acolhimento com escuta qualificada (demanda espontânea e/ou programada) para obter informações que irão compor o histórico de enfermagem.	Histórico de enfermagem
2. Realizar a coleta de informações sobre a família e o paciente, anamnese, história pregressa, cobertura vacinal, condições socioeconômicas, nível de escolaridade, redes sociais e verificar como ele acessa a rede de serviços de saúde.	

3. Identificar os diagnósticos de enfermagem, de acordo com a situação clínica do paciente. Por exemplo, a pessoa com varicela tem risco de infecção secundária, portanto, este é considerado um diagnóstico de risco. Outro exemplo seria a integridade da pele prejudicada.	Diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados e evolução
4. Se o diagnóstico clínico for confirmado, orientar o paciente e a família sobre os cuidados para aliviar os sintomas (específicos de cada infecção).	
5. Propor um plano de cuidados singularizado para cada situação.	
6. Estimular adesão às vacinas que previnem esses agravos.	
7. Quando for necessário, executar a coleta do material para exame.	
8. Desenvolver atividades educativas por meio de grupos com profissionais e pacientes, rodas de conversas e/ou durante as consultas clínicas.	
9. Apoiar nas ações de busca ativa e identificação de riscos, controle epidemiológico e notificação dos casos.	
10. Compartilhar informações sobre as medidas de proteção e cuidados com a higiene, evitar contato próximo com pessoas em fase de transmissão.	Avaliação de enfermagem
11. Orientar consulta de retorno (dependendo da rotina do serviço em que estiver trabalhando) e alertar os sinais de complicações, dependendo do tipo de infecção.	
12. Avaliar as mudanças que ocorreram no paciente, em virtude dos cuidados prescritos anteriormente.	
13. Revisar o planejamento de enfermagem com base nos problemas que já foram resolvidos e identificar outros diagnósticos dependendo da situação clínica.	

Portanto, o plano de cuidados de enfermagem deve ser elaborado de acordo com as necessidades do paciente, considerando também seu contexto social, econômico e cultural. No contexto das doenças imunopreveníveis estudadas neste capítulo, a atuação do enfermeiro tem papel singular na prevenção, especialmente nas ações relacionadas ao Programa Nacional de Imunização. O diálogo com o paciente e, se possível, também com as pessoas da sua rede social pode potencializar a adesão ao tratamento e às medidas de prevenção (TAVARES; TOCANTINS, 2015).

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico, você aprendeu que:

- O controle rigoroso da temperatura à qual as vacinas estão expostas desde sua origem, no laboratório fabricante, até o consumidor final, incluindo todo o manuseio e transporte, é essencial para a preservação desses produtos.
- Sempre que possível, a mesma marca de vacina deve ser utilizada em todas as doses do esquema vacinal. Caso essa informação não seja conhecida, a vacinação não deve ser atrasada e pode-se utilizar o produto que estiver disponível.
- Antígenos são partículas ou moléculas capazes de provocar uma resposta imune. Exemplos: cápsulas, fímbrias, flagelos e toxinas de bactérias, e componentes de células virais, como capsídeos, envoltórios e componentes internos.
- Vacinação é a administração de qualquer vacina.
- Imunização é o processo de indução de imunidade por meio da administração de antígenos (imunização ativa) ou anticorpos (imunização passiva).
- Os coronavírus apresentam um genoma de RNA não segmentado, de fita simples e polaridade positiva. São vírus envelopados, com nucleocapsídeo helicoidal.



Ficou alguma dúvida? Construímos uma trilha de aprendizagem pensando em facilitar sua compreensão. Acesse o QR Code, que levará ao AVA, e veja as novidades que preparamos para seu estudo.



AUTOATIVIDADE



1 Quando falamos em vacina deve ser feito um controle rigoroso da temperatura à qual as mesmas serão expostas desde sua origem, no laboratório fabricante, até o consumidor final, incluindo todo o manuseio e transporte, é essencial para a preservação desses produtos. As vacinas com componentes vivos são mais sensíveis a temperaturas elevadas, enquanto outras podem perder eficácia com o calor ou o congelamento. Considerando a regra geral de temperatura utilizada na conservação de vacinas com componentes vivos, assinale a alternativa CORRETA:

- a) () 0°C e 5°C .
- b) () 1°C e 7°C .
- c) () 2°C e 8°C .
- d) () 2°C e 4°C .

2 Considerando o calendário de vacinas infantil, as vacinas que devem ser aplicadas no 4 mês são:

- a) () Poliomielite, difteria, tétano e coqueluche, Hibe, rotavírus, pneumococo 7-valenteg.
- b) () Hepatite Bb.
- c) () Febre amarela.
- d) () Difteria, tétano e coqueluche, sarampo, caxumba e rubéola e varicela.

3 Com relação à vacina contra a febre amarela, é correto afirmar que:

- a) () A estratégia de fracionamento da vacina é utilizada quando há aumento de casos de febre amarela silvestre de forma intensa, com risco de expansão da doença em cidades com elevado índice populacional.
- b) () A dose fracionada tem sua eficácia discretamente menor do que a vacina na dose padrão, além do tempo de proteção também ser considerado, por ora, menor.
- c) () Ela é uma vacina segura e eficaz, ofertando imunidade em 100% dos casos.
- d) () O Ministério da Saúde, desde 2017, recomenda que ela seja aplicada em todo o país, em dose única.

SAÚDE DO ADOLESCENTE

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Esta unidade tem por objetivos:

- descrever a construção histórica e social da adolescência;
- diferenciar a visão antiga da adolescência da visão contemporânea;
- listar os principais aspectos de mudança no tratamento de adolescentes;
- reconhecer o conceito de puberdade;
- identificar as alterações físicas e biológicas associadas à puberdade;
- descrever os cuidados de enfermagem associados ao desenvolvimento puberal;
- reconhecer o conceito de síndrome da adolescência normal;
- identificar os fatores internos e externos que influenciam o adolescente;
- diferenciar normalidade e patologia na adolescência;
- reconhecer os conceitos de adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco;
- identificar fatores culturais associados à vulnerabilidade em adolescentes;
- descrever medidas preventivas para evitar comportamento de risco na adolescência;
- reconhecer as características da sexualidade na adolescência;
- identificar os fatores de risco para a inadequação sexual do adolescente;
- descrever medidas preventivas de agravos relacionados à sexualidade na adolescência;
- explicar o conceito contemporâneo de família;
- descrever a importância do contexto familiar no desenvolvimento do adolescente;
- identificar fatores associados ao afastamento familiar do adolescente e sua prevenção;
- identificar patologias crônicas de prevalência na adolescência;
- reconhecer medidas de prevenção de ocorrência de agravos crônicos à saúde do adolescente;
- descrever cuidados de enfermagem voltados ao adolescente com patologia crônica;
- listar as diferentes infecções sexualmente transmissíveis;
- descrever sinais e sintomas das infecções sexualmente transmissíveis;
- explicar as formas de tratamento das infecções sexualmente transmissíveis;

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está organizada em três tópicos. Em cada um deles você encontrará diversas atividades que o(a) ajudarão na compreensão das informações apresentadas.

TÓPICO 1 – TRANSFORMAÇÃO HOLÍSTICA DO ADOLESCENTE

TÓPICO 2 –RELAÇÕES INTERSOCIAIS DO ADOLESCENTE

TÓPICO 3 – SAÚDE DO ADOLESCENTE



Preparado para ampliar seus conhecimentos? Respire e vamos em frente! Procure um ambiente que facilite a concentração, assim absorverá melhor as informações.

TRANSFORMAÇÃO HOLÍSTICA DO ADOLESCENTE

1 INTRODUÇÃO

Nessa seção estudaremos sobre a saúde do adolescente, por conseguinte, aprenderemos sobre crescimento e desenvolvimento puberal, e sobre os aspectos que fazem parte desse momento do ciclo vital humano.

Primeiramente é necessário esclarecer que adolescência e puberdade não são palavras sinônimas. A puberdade diz respeito às alterações físicas e biológicas, inclusive as alterações hormonais – que acontecem de modo muito similar com as pessoas nessa fase do desenvolvimento humano independente do lugar em que vivem.

Quanto à adolescência, é válido lembrar que o que convencionamos chamar de adolescência em nossa sociedade, e o modo pelo qual a caracterizamos, não ocorre da mesma forma em todos os países.

Imagine como é a vida da maioria dos adolescentes na capital do Rio de Janeiro, e nos grupos de pessoas com idades correspondentes a eles, mas, que vivem em países da África, ou da Europa, da Austrália. Eles têm todos os mesmos objetivos, interesses, estilos de vestimenta, hábitos e responsabilidades? E o que dizer dos ritos de passagem? Algumas comunidades fazem bailes de debutantes, formaturas escolares, que têm significados relacionadas aos processos que vão demarcando o fechamento da fase da infância. Em outras culturas, os ritos de passagem são muito diferentes dos nossos, incluindo mostras de força física, com o carregamento de pedras, por exemplo. Tendo atravessado esse rito, ele já recebe as mesmas responsabilidades que possuem os adultos daquele grupo. É por isso que se diz que existe a construção histórica e social da adolescência. Com esse exemplo, você já consegue perceber porque ser adolescente não é igual em todos os países? Vamos continuar a leitura, para ter maior clareza dessas diferenças?

2 VISÃO HISTÓRICA E PERSPECTIVA ATUAL DA ADOLESCÊNCIA

A concepção atual da definição da adolescência recebe interpretações e significados diferentes. O contexto social em que o adolescente está inserido tem

se tornado palco de grandes discussões e estudos, pois as dimensões psicológica e sociais são vivenciadas de maneiras diferentes em cada sociedade e de modo singular por cada indivíduo. Assim, a adolescência, atualmente é conhecida como uma etapa da vida humana, mas que nem sempre foi assim compreendida.

2.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL DA ADOLESCÊNCIA

Existem diversas concepções para o termo “adolescência”, por exemplo, se utilizarmos o critério cronológico, encontramos definições divergentes. (PATIAS *et al.*, 2011). A Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010) compreende a adolescência como o período de faixa etária entre os 10 e 19 anos de idade; já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece o período dos 12 aos 18 anos de idade. Mesmo com essas distintas representações, na sociedade contemporânea, parece existir um consenso em relação à definição do conceito “adolescência”, que refere-se a um período de transição entre a infância e a vida adulta e que compreende diferentes transformações biopsicossociais. (PATIAS *et al.*, 2011).

O termo “adolescência” foi utilizado somente em meados do século XIX, e só veio a ser introduzido como objeto de estudo científico, no campo da Psicologia, no século XX, por um viés estritamente psicológico pautado em perspectivas analíticas. Foram ganhando destaque os estudos que investigavam o desenvolvimento humano. Pretendia-se compreender esses indivíduos em sua singularidade, com ênfase para o seu modo individual de pensar, de agir, de falar, de reagir, de produzir e de se relacionar. (DIAS, 2011; SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010; FRANCISCO; GROPPPO, 2016).

Alguns autores afirmam que o conceito de adolescência aparece apenas ao final do século XVIII, entretanto, o aprofundamento na temática se deu a partir de meados do século XIX e do século XX, conforme citado anteriormente. Antes desse período, as crianças eram incluídas no mundo do trabalho a partir dos 7 anos de idade. Poucas delas estudavam e as que o faziam, permaneciam na escola por tempo inexpressivo. Os adolescentes eram tratados como adultos em miniatura que deveriam conhecer e se preparar para o trabalho. (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

Na época retratada, a escola não apresentava as características atuais de atender ao sujeito e de prepará-lo para a sociedade de acordo com suas idades cronológicas. Em decorrência da complexidade das sociedades modernas industrializadas, a partir do século XVIII, surgiram as concepções, mesmo que incipientes, de um espaço intermediário entre a infância e a idade adulta, entre a maturidade biofisiológica e a maturidade psicossocial, como resultados dos padrões de mudança na sociedade. (PATIAS *et al.*, 2011).

Com a **Revolução Industrial**, ao final do século XIX, surgiram novas exigências aos jovens para a sua inserção no mercado de trabalho em função

da necessidade de profissionalização na sociedade industrial, que tinha como requisitos a capacitação, a formação e o estudo mais qualificado. Assim, houve maior permanência do sujeito na escola, o que atrasou a sua inserção no mundo do trabalho e a aquisição do *status* adulto. A partir de então, formou-se uma nova fase de desenvolvimento com características próprias, que provocou um adiamento de responsabilidades adultas. Dessa forma, o período da adolescência tornou-se solidamente institucionalizado como um período de mudanças e de conflitos, em que não se é mais criança, mas ainda não se é adulto. Com isso, a adolescência passou a ser representada como um período de imaturidade e a ser tratada dessa forma no contexto social. (PATIAS *et al.*, 2011).

Um dos aspectos relevantes para a construção histórica da adolescência foi o impacto gerado pelo desenvolvimento científico sobre a prolongação da vida, assim como o aumento de adultos jovens em idade de trabalho. A partir de então, além do aumento do tempo de permanência nas escolas em razão da necessidade de profissionalização, a **escolarização prolongada** promoveu menores taxas de desemprego dos estágios iniciais do desenvolvimento industrial. Esse processo exigiu que os filhos passassem a viver mais tempo sob a tutela dos pais, sem ingressar no mercado de trabalho, ao mesmo tempo em que surgiam as oportunidades para que encontrassem empregos. Dessa maneira, mesmo sendo possível assumir um papel diverso na sociedade como outrora, o jovem se distancia do mundo do trabalho e das possibilidades de obter autonomia e condições de sustento. Essas condições sociais desafiavam os jovens a desenvolverem uma série de características que, no contexto atual, são frequentemente concebidas como naturais. (BOCK, 2007; BAROCELLI, 2012).

O processo de construção da adolescência, no Brasil, foi mais lento e recente. Era comum o hábito de meninos a partir de 10 anos de idade ingressarem na vida adulta a partir de sua inserção em atividades laborais, e de meninas casarem aos 12, 13 anos de idade, procriando com essa mesma idade. Somente, a partir do século XX, percebeu-se que a adolescência, no Brasil, é dotada de características próprias, detentora de um estatuto social e legal próprio. Essa fase passou a ser considerada uma etapa do desenvolvimento que propicia a escolarização, a profissionalização, a experimentação e a potencialização da sexualidade. (GROSSMAN, 2010).

Ao analisar alguns aspectos que tratam da historicidade dos conceitos de infância e de adolescência, verifica-se a interrelação entre adolescência e mercado. Diante desse processo, em alguns níveis, a adolescência se torna um discurso de mercado e concomitantemente revela e produz visões e experiências de ser adolescente. Esses aspectos históricos são raramente tratados em estudos clássicos sobre a temática. Ao contrário disso, a adolescência tem sido descrita de forma tradicional como um período inerentemente problemático em que a irresponsabilidade, a rebeldia gratuita e as identificações massificadas com grupos e tribos predominam não como consequência de tais forças, mas como um efeito previsível em uma adolescência dita normal. (BAROCELLI, 2012).



Ao tratar do termo “adolescência” como construção histórica, social e cultural, permite-se a compreensão das especificidades determinadas pelo modo de organização social e pelo contexto histórico e cultural no qual se inserem os adolescentes, superando os aspectos biológicos e entendendo-os como participantes das transformações que ocorrem na sociedade.

2.2 VISÃO ANTIGA DA ADOLESCÊNCIA VERSUS VISÃO CONTEMPORÂNEA

Atualmente, há uma visão hegemônica sobre a adolescência, que é contemporânea ao surgimento da sociedade moderna industrial. Por meio da inserção e da maior permanência dos jovens nas escolas, assim como o retardamento da profissionalização no contexto sociocultural e econômico, é que se conforma a adolescência com as características que conhecemos hoje. No entanto, para isso é necessária a compreensão de que a adolescência não é simplesmente uma fase natural do desenvolvimento humano e uma etapa natural entre a infância e a vida adulta.

A visão atual que se tem da adolescência é uma construção social com repercussões na subjetividade e no desenvolvimento do homem moderno e não um período natural do desenvolvimento. Por isso, trata-se de um momento significativo e interpretado e construído pelos homens. Estão associadas a ela marcas do desenvolvimento do corpo, que constituem também a adolescência como **fenômeno social**, mas o fato de existirem marcas do corpo não deve fazer da adolescência um fato natural. (BOCK, 2007).



Puberdade não é sinônimo de adolescência, entretanto, faz parte dela. A puberdade é caracterizada pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários (broto mamário, aumento do testículo ou desenvolvimento de pelos pubianos) até o completo desenvolvimento físico, a parada do crescimento e a aquisição da capacidade reprodutiva.

Ao rever os aspectos que avaliam a visão sócio-histórica, apresentam-se indicações claras da conformação histórica da adolescência revelada no discurso das gerações anteriores. Por exemplo, as pessoas nascidas por volta da década de 1940, costumam declarar que, no seu tempo, não havia adolescência, denotação

de um período intermediário entre a infância e a idade adulta. Por meio desses discursos, evidencia-se que, há cerca de 80 anos, as pessoas passavam da condição de criança diretamente para a de adulto. Diante disso, verifica-se o **forte vínculo à presença do trabalho**, principalmente no caso dos homens, e em relação às mulheres, uma vez que eram chamadas a cuidar da casa ou mesmo de uma nova família. Somente a partir das novas configurações da sociedade, diante da necessidade de prolongar o tempo de formação dos jovens para prepará-los às novas demandas de trabalho geradas pela industrialização emergente, é que a ideia, os discursos e, em muitos sentidos, a própria experiência da adolescência começou a se constituir. (BARONCELLI, 2012).

A literatura aponta que não há comportamento humano que tenha sido recebido por hereditariedade biológica, mas, sim, pelos seus processos culturais. Dessa forma, tem sido contraposto que a adolescência seja compreendida pelas perspectivas e concepções naturais (BOCK, 2004; DIAS, 2011), principalmente pelos estudos da psicologia e da antropologia social, da pedagogia e da sociologia, que dão destaque aos contextos sociais, aos processos educativos e culturais peculiares à adolescência. O que coloca a **adolescência como um resultante social**, trata-se de uma criação histórica, pois ela não é estática, repercute na subjetividade das pessoas, ou seja, ela não é predeterminada (FRANCISCO; GROPPPO, 2016).

Assim, as ciências humanas e sociais, em contraposição à universalização da adolescência, colocam que os indivíduos dependem de uma inserção histórica e cultural para que ganhem significados em si mesmos. Trata-se de algo além das transformações da puberdade, que evidencia as vivências de diferentes maneiras de acordo com os grupos e classes sociais, geração, etnia/raça, gênero. (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010). No percurso histórico, os fatos sociais vão se delineando, tomando forma na consciência dos sujeitos e criando seus novos paradigmas. Dessa forma, a concepção atual da adolescência, diferentemente de seus primórdios, pode ser que amanhã, talvez, nem exista, ou então, tomará novos contornos, significados e representações. (FRANCISCO; GROPPPO, 2016).

Ao tratar a adolescência sob uma visão naturalizante e desconsiderar todo o ambiente cultural, se dá destaque à ótica de que a adolescência é decorrente, sobretudo, de um acelerado processo de mudanças biológicas, principalmente por meio do despertar da sexualidade no nível da maturidade genital, que, por si só, acarreta as mudanças supostamente inerentes ao desenvolvimento adolescente. Entretanto, separa a participação da cultura na conformação das visões e experiências da adolescência, tal perspectiva naturalizante subestima não apenas as raízes históricas do período, como também os interesses subjacentes de mercado que se beneficiam de uma delimitação precisa de características, hábitos e interesses nessa época da vida. (BARONCELLI, 2012).

Além dos aspectos que naturalizam a adolescência, a concepção vigente de adolescência ainda é permeada por estigmas e estereótipos, como, por exemplo, fase de conturbações e conflitos com os pais, de tormentos vinculados

à emergência da sexualidade e de desequilíbrios e instabilidades que levam a uma vulnerabilidade especial. Segundo os estudos dentro da área da antropologia social, as fases de desenvolvimento humano dos adolescentes não precisam, necessariamente, ser um período turbulento, assim como os aspectos sociais e psicológicos não são idênticos para todos. Dessa forma, há possibilidades de inserção social e de desenvolvimento da adolescência, em sua diversidade, de maneira relativamente livre de estresse, de modo tranquilo. (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010). Contudo, ressalta-se que não significa que as práticas sociais e os processos de aprendizagens para os adolescentes serão sempre isentas de conflitos, pois esse fator é importantíssimo para as transformações da sociedade, na construção de relações humanas mais dignas e justas (BARONCELLI, 2012).



A adolescência, facilmente rotulada como o tempo em que acontecem conflitos de diversas ordens, de desgaste para os responsáveis/pais/familiares e uma fase de aborrecimentos, é uma etapa crucial na vida do ser humano, em que ocorrem profundas mudanças físicas, incluindo puberdade, mudanças psíquicas e sociais.

O Estado, de modo muito frequente, busca novas formas para garantir os direitos conquistados a essa população por meio de políticas públicas, que são muito recentes. Somente nas conquistas ao longo do século XX, é que buscou-se garantir atendimento adequado para os adolescentes, com a criação de uma legislação especial, o **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**, como objetivo à proteção integral da criança e do adolescente, em substituição ao Código de Menores, de modo a evitar o abandono, as exclusões e os estigmas sociais aos adolescentes.



O ECA assegura que todas as crianças e adolescentes são sujeitos com direitos (civis, humanos e sociais), porque são pessoas em processo de desenvolvimento. O atendimento de suas necessidades e direitos deve ser prioridade absoluta nas políticas públicas do País, permitindo a participação popular no estabelecimento e na fiscalização dessas políticas.

Ressalta-se que, tanto o Ministério da Saúde (MS) quanto o ECA, abordam a adolescência como uma etapa do desenvolvimento humano circunscrita à segunda década de vida. Embora essa delimitação etária seja útil para o desenvolvimento de políticas e estratégias voltadas a essa população, é necessário compreender que a adolescência é, sobretudo, uma **construção histórica, social e cultural**. Essa visão pautada na adolescência como uma etapa da vida, ainda predomina na abordagem ao adolescente presente nas políticas públicas de saúde do Brasil. Esses dados são apontados em estudo de revisão documental, no qual foram analisados 12 documentos oficiais publicados pelo MS, no período de 1989 a 2008. (BARONCELLI, 2012).

Reconhecer a adolescência somente como uma etapa da vida é simplesmente reduzi-la a um fenômeno natural e universal, uma vez que enfatizados apenas os fenômenos biológicos que ocorrem durante essa etapa. Dessa forma, desarticula o contexto histórico e social no qual estão inseridos, como se o crescimento e o desenvolvimento humano ocorressem de forma isolada e independente da organização social. Assim, compreender a adolescência como construção histórica, social e cultural pressupõe que ela necessita ser analisada à luz do contexto histórico e social considerado, uma vez que o modo de organização social impacta diretamente nas características específicas à adolescência.

2.3 PRINCIPAIS ASPECTOS DE MUDANÇA NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES

Frente ao reconhecimento das diferentes adolescências, bem como ao reconhecimento das particularidades de cada sujeito, há uma repercussão na sociedade contemporânea neoliberal que, por vezes, conduz suas forças sociais, culturais e institucionais para a manutenção de um sistema que conforma e consolida os indivíduos para comportamentos homogêneos. Há uma tendência cultural, própria do modo neoliberal, de padronização dos comportamentos vividos pelos indivíduos. Desde cedo, os adolescentes recebem essa cultura como processo de adaptação às exigências da sociedade, pautada na manutenção do paradigma e dos interesses sociais, primeiramente dentro de casa, com seus familiares, buscando referências e parâmetros para seu modo de agir, pensar, produzir, e de se colocar diante do mundo, por meio de um projeto educativo individualizado e previamente pensado e organizado na esfera familiar. (FRANCISCO; GROPPPO, 2016).

Além dos processos educativos transmitidos no âmbito familiar, também há as vivências comunitárias e em outros espaços de socialização, que apresentam novas e velhas formas de ser e viver a cultura dominante (FRANCISCO; GROPPPO, 2016). Entre esses ambientes, destaca-se o sistema escolar de ensino que, por vezes, suas concepções de educação apontam para perspectivas de indivíduos não críticos (SAVIANI, 2010). Em resultado às exigências criadas na sociedade pautada pelas leis do mercado, a adolescência começa cada vez mais a ser tratada sob pressões de diferentes lados, de modo a adaptar-se ao **modelo de desenvolvimento produtivo e cultural hegemônico** (FRANCISCO; GROPPPO, 2016).

Frente a esse cenário, cada adolescente reage e sente de forma diferente essas pressões da cultura e dos padrões socialmente aceitos e validados. Francisco e Groppo (2016) afirmam que essas pressões podem ser apresentadas de diferentes modos, como:

- escolarização para atingir níveis básicos para atividades profissionais técnicas; consumismo impulsionado pela indústria cultural.
- necessidades criadas para se ajustar aos padrões estéticos que ora servem como requisitos para incluir, ora são justamente, e concomitantemente, fatores de segregação;
- busca por *status* de prestígio como forma de ser bem (re)conhecido entre seus pares;
- padronização sexual com valorização da heterossexualidade;
- constituição tradicional de família.

O número expressivo de exigências faz com que as pessoas tenham cada vez menos tempo, enquanto buscam atingir níveis de sucesso e realização que são forjadas pela ideologia neoliberal e pela cultura industrial, que valorizam a dita qualidade total, em detrimento da qualidade social. Essas complexas exigências confundem e sobrecarregam os adolescentes, principalmente porque, de um lado, perdem a ingenuidade, são forçados cada vez mais a perder também a sensibilidade do brincar, do ser infantil, da inocência; mas que, por outro lado, também não possuem o tempo de maturidade suficiente para minimizar as angústias do viver diante de tantas situações complexas e contraditórias, tendo que lidar com responsabilidades, padrões, preconceitos, corrupções, inseguranças, carências afetivas e socioculturais (ROSA, 2002).

Ressalta-se que muitos adolescentes, em determinadas condições adversas da vida, desde cedo são encarregados de responsabilidade de garantir o sustento familiar, de trabalhar, de tomar para si as funções que se esperam de adultos. Esse processo se torna ainda mais preocupante entre grupos de vulnerabilidades sociais. Nesse sentido, esses tipos de problemas se assemelham ao período da Idade Média, em que crianças e adolescentes viviam em comunidades, em ambiente familiar, nas quais as responsabilidades laborais, valores e crenças típicas do adulto eram aprendidos desde muito cedo (FRANCISCO; GROPPPO, 2016).

A Figura 1 apresenta os principais aspectos de mudança no tratamento de adolescentes.

FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO DOS PRINCIPAIS ASPECTOS DE MUDANÇA NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES.



Alguns autores afirmam que a representação social da adolescência, na contemporaneidade, se apresenta de forma ambígua: ora como liberdade, rebeldia, sexo, namoro e etc.; ora como responsabilidade nos estudos, justiça social, solidariedade e etc. (PAIXÃO, 2011; SANTOS; ACIOLI NETO; SOUZA, 2011).

Se olharmos mais atentamente, a ambiguidade presente nessas representações reflete as transformações sociais e históricas do momento, visto que, no primeiro ponto, inscrevem-se em um período histórico de liberdade de expressão pós-regimes totalitários, associados a essa ideia as representações mais demarcadas da anarquia juvenil, do uso de substâncias tóxicas e da liberação sexual; e no segundo, associado às transformações do mundo no cenário econômico e político mais atual, isto é, a ideia da responsabilidade sobre o meio ambiente, o uso consciente da água, a tolerância étnica e sexual (QUIROGA; VITALE, 2013).

Reconhecer a adolescência como etapa de incertezas e de projeção de uma fase de transição entre dois períodos da vida, o da infância e o da vida adulta, demonstra a necessidade que esse período tem de referências próprias e legítimas para essa etapa. Ademais, como demonstrado, as representações sociais dessa fase da vida não são rígidas, mas determinadas pelas mudanças e condicionantes sociais e históricos do contexto em que se encontra. A expressão “crise de identidade” não somente sugere uma ideia ultrapassada da adolescência, como promove uma representação associada à ideia de crise, sem forma determinada, tanto do ponto de vista biológico quanto do social; e caótico, cuja saída inevitável resulta em outro pressuposto clássico conhecido como a rebeldia (QUIROGA; VITALE, 2013).

Procuramos mostrar que, no decorrer do processo histórico até os dias atuais, a adolescência passou de uma etapa de alienação e desconhecimento para outra de reconhecimento e criação de identidades próprias. O reconhecimento desse espaço intermediário entre a infância e a idade adulta, na atualidade, passa a ser reconhecido por uma onda de simbologia própria. Essas simbologias podem ser observadas na sociedade, como, por exemplo, na mídia, nas redes sociais, no cinema e nos esportes.

Se o período da adolescência necessitava de referências e representações sociais positivas, quando olhado na perspectiva mais contemporânea, adquire seu próprio sentido simbólico. Com isso, a ideia de crise, assim como de instabilidade ou turbulência, talvez não seja mais a melhor expressão para falar desse período de transformações. O adolescente destaca sua aprovação e possui representatividade específica. Dessa forma, caminhamos para a afirmação de que a adolescência corresponde a uma etapa do desenvolvimento do sujeito, mas sem deixar de lado a constatação de que o adolescente encontra-se agora situado, não mais lhe restando o papel passivo e alienado, até o momento de sua fase adulta, mas como uma parte da vida repleta de significados, de protagonismo e de produção própria de cultura.



O ECA pôs fim a situações que ameaçavam os direitos das crianças e dos adolescentes, suscitando, no seu conjunto de medidas, uma nova postura a ser tomada tanto pela família quanto pela escola, pelas entidades de atendimento, pela sociedade e pelo Estado, objetivando resguardar os direitos das crianças e dos adolescentes e zelando para que não sejam sequer ameaçados.

3 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PUBERAL

A adolescência é uma etapa comum a todos os seres humanos, compreendida pela transição da infância ao início da vida adulta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como período da faixa etária entre os 10 e 19 anos de idade; já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece o período dos 12 aos 18 anos de idade. Na adolescência, o indivíduo vivencia diversas mudanças em seu crescimento e desenvolvimento. Essas transformações físicas, cognitivas e biopsicossociais são importantes, visto que o desenvolvimento humano é impulsionado por interações entre fatores individuais e ambientais (SILVA; LOPES, 2009).

3.1 PUBERDADE

Na adolescência, ocorrem diversas mudanças, entre elas as modificações corporais, que marcam esse período com maior intensidade, pois o desenvolvimento físico ocorre de forma muito rápida e profunda. As transformações físicas são marcadas pelo início da puberdade, um acontecimento importante dentro da perspectiva biopsicossocial e marcante na vida do indivíduo, caracterizada como uma fase do desenvolvimento que prepara o ser humano para a maturação sexual e para a reprodução. A puberdade expressa o conjunto de transformações somáticas da adolescência, as quais (BRASIL, 2017):

- aceleração e desaceleração do crescimento ponderal e estatural que ocorrem em estreita ligação com as alterações puberais;
- modificações da composição e da proporção corporal como resultado do crescimento esquelético e muscular e a redistribuição do tecido adiposo;
- desenvolvimento de todos os sistemas do organismo, especialmente o circulatório e o respiratório;
- maturação sexual com a emergência de caracteres sexuais secundários.

Na puberdade acontecem várias mudanças hormonais que aceleram o crescimento físico, principalmente o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Esse período é marcado por mudanças aceleradas e desiguais, claramente representadas no corpo, em que algumas partes se desenvolvem mais rápido do que outras. Isso acaba surpreendendo o adolescente que passa a não se reconhecer, pois esse processo acelerado e transformador influencia principalmente o esquema corporal, por isso o adolescente precisa de novas adaptações para essa fase de crescimento e desenvolvimento. Os reflexos desse acontecimento são evidenciados no cotidiano dos adolescentes, em que começam a esbarrar em objetos e a derrubar coisas, ou seja, tornam-se desajeitados com relação à micro e à macromotricidade. Ocorrem alterações na percepção do espaço, do tempo e do tônus diante do novo corpo que o indivíduo passa a ter (FERNANDES, 2017).



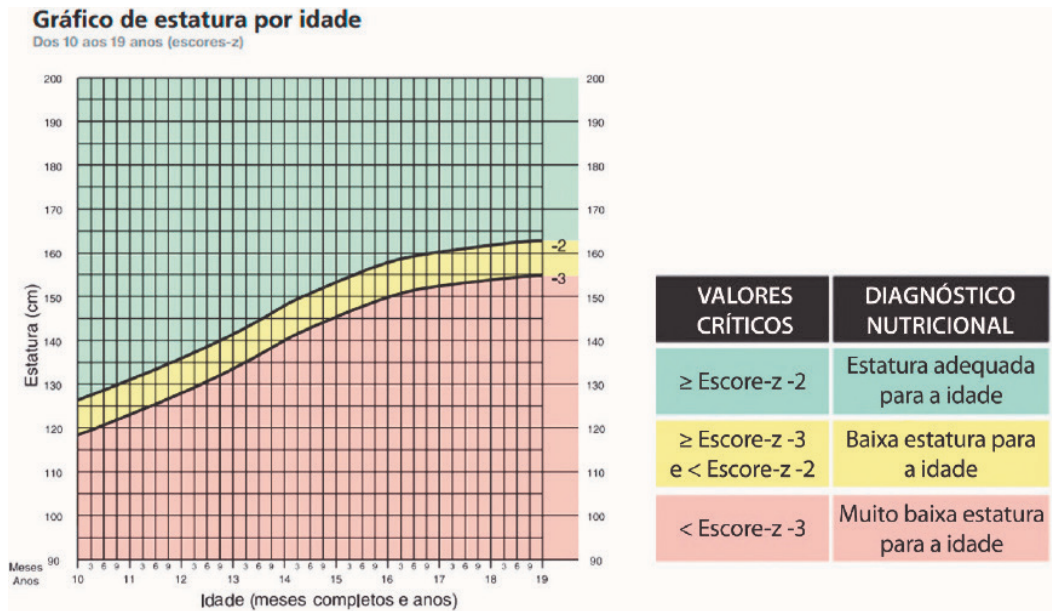
Os termos “adolescência” e “puberdade” não podem ser considerados sinônimos, pois a puberdade trata-se do processo biológico que faz surgir os “caracteres sexuais secundários”, que vão permitir que o ser humano esteja sexualmente apto para se reproduzir; já a adolescência é um fenômeno psicológico, social e cultural que não começa necessariamente junto com a puberdade. São utilizados como critérios para o início da adolescência os dados referentes à idade. A puberdade trata-se de fenômeno biológico que sofre uma grande variabilidade entre as populações, podendo ter início entre os 8 a 13 anos nas meninas e dos 9 a 14 anos de idade nos meninos (PICANÇO *et al.*, 2014).

Os primeiros indícios de modificações preparatórias específicas para a adolescência aparecem ao redor dos 7 a 8 anos de idade, a depender de cada indivíduo. Nesse período, a aparência caracteriza-se pela baixa estatura e um grande acúmulo de tecido adiposo em algumas regiões do corpo, como, por exemplo, na cintura e nas coxas, conhecida como a **fase de repleção puberal**. Posteriormente, ocorre outro fenômeno do crescimento conhecido como **estirão**, em que há uma aceleração do crescimento e uma rápida transformação na vida do adolescente, caracterizado pelo alteração do esquema corporal (BRASIL, 2017).

O **processo de crescimento estatural** é a dinâmica de evolução da altura de um indivíduo em função do tempo. Para acompanhar esse crescimento é necessária a realização das medidas antropométricas, pois é somente por intermédio de repetidas determinações da estatura, realizadas em intervalos regulares, em média a cada 6 meses e inscritas em gráficos padronizados, que se pode avaliar de forma adequada o crescimento. A velocidade e o padrão do crescimento constituem um indicador importante de normalidade, que auxilia o profissional de saúde a esclarecer o diagnóstico de qualquer transtorno, visto que, em geral, o crescimento de adolescentes normais tem um padrão linear previsível (BRASIL, 2017).

Durante a puberdade, o adolescente cresce um total de 10 a 30 cm, com média de 20 cm. Atingida a velocidade máxima de crescimento, segue-se uma gradual desaceleração até a parada de crescimento, com duração em torno de 3 a 4 anos. Após a menarca, as meninas crescem, no máximo, de 5 a 7 cm. As curvas de crescimento individual seguem um determinado percentil desenhado no gráfico de crescimento, conforme estabelecido pela OMS, e representado na Figura 1. Na adolescência, podem ocorrer variações no padrão de velocidade de crescimento, ocasionando mudanças de percentil, mas nem sempre refletem uma condição patológica. De um modo geral, o adolescente termina o seu desenvolvimento físico com cerca de 20% da estatura final do adulto em um período de 18 a 36 meses (BRASIL, 2017).

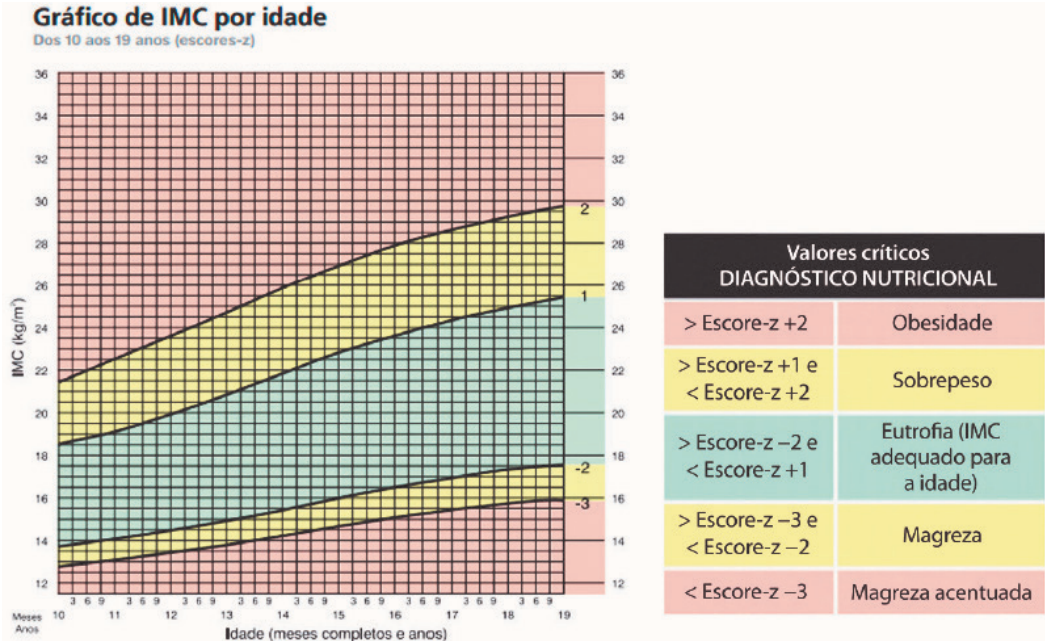
FIGURA 2 – GRÁFICO DE ESTATURA POR IDADE (MASCULINO E FEMININO).



FONTE: BRASIL (2013, DOCUMENTO ON-LINE).

Na adolescência, a **evolução do peso** segue uma curva semelhante à da altura. Na puberdade, a velocidade de crescimento ponderal acompanha a do crescimento em altura, com a incorporação final de 50% do peso do adulto e deve ser utilizada para avaliar o índice de massa corporal (IMC), com base nos parâmetros da OMS, conforme apresentado na Figura 2. O máximo do ganho ponderal coincide com o estirão puberal nos homens, mas ocorre 6 a 9 meses após o estirão puberal nas mulheres. Os adolescentes podem apresentar um aspecto de excesso de peso no período anterior sem que seja necessária a rotulagem de risco de obesidade. Porém, o valor de excesso de peso não pode ultrapassar 20% em relação ao esperado para a altura/idade. No início do estágio do estirão pubertário, o adolescente pode apresentar um aspecto longilíneo e emagrecido podendo ser classificado como de baixo peso pelos indicadores peso e altura (BRASIL, 2017).

FIGURA 3 – GRÁFICO DO IMC POR IDADE (MASCULINO E FEMININO).



Fonte: Brasil (2013, documento *on-line*).

3.2 ALTERAÇÕES FÍSICAS E BIOLÓGICAS ASSOCIADAS À PUBERDADE

Na adolescência, as mudanças físicas e biológicas são marcantes por levarem à perda do aspecto infantil e constituírem a possibilidade da reprodução. É por meio do corpo que os jovens podem se expressar, por intermédio da vestimenta, do uso de tatuagens, das primeiras experiências sexuais e na realização do jogo da sedução. Por meio de seu corpo o adolescente pode sentir orgulho ou vergonha, se há conflito com suas expectativas. Marcam essa fase as seguintes alterações (FERNANDES, 2017):

- incremento no tamanho e na fisiologia do coração, dos pulmões, do baço, dos rins, do pâncreas, da tireoide, das glândulas suprarrenais e gônadas;
- involução do tecido linfóide;
- aumento de peso e de estatura (estirão);
- maturação sexual;
- modificação da quantidade e da distribuição de gordura e da musculatura;
- mudanças na face:
- crescimento do globo ocular, da fronte e do nariz, da mandíbula e do maxilar superior;
- aparecimento de pelos;
- espessamento das cordas vocais que alteram o tom de voz, principalmente nos rapazes.

Mesmo que os fatores que iniciam a puberdade ainda não estejam bem definidos pela literatura, são apontadas causas interativas: genéticas, neuroendócrinas e externas. Os fatores genéticos estão relacionados às características determinadas por transmissão genética, como, por exemplo, o tamanho e o formato das mamas e do pênis, a quantidade de pelos, a estatura, a época da menarca (FERNANDES, 2017).

3.2.1 Alterações hormonais

No processo de crescimento, ocorre uma **secreção do GnRH hipotalâmico** que causa a liberação noturna e em pulsos do hormônio luteinizante (LH) e do hormônio folículo-estimulante (FSH), que têm origem na hipófise e são responsáveis pela estimulação das gônadas (testículos e ovários). Estimuladas, as gônadas produzem hormônios esteroides sexuais: testosterona, responsável pela formação dos espermatozoides; estradiol e progesterona, que são relacionados à maturação dos óvulos e do ciclo menstrual. O resultado desse início de função das gônadas (gonadarca) é o aparecimento dos caracteres sexuais secundários.

As glândulas suprarrenais secretam andrógenos (adrenarca), que também estão envolvidos com o desenvolvimento de pilificação puberal e axillar. Ocorre a aparição da primeira menstruação na menina (menarca) e da primeira ejaculação com espermatozoide no menino (espermarca) (FERNANDES, 2017).

No sexo feminino, a primeira manifestação é o surgimento do broto mamário, em geral aos 9 anos de idade, que pode ser doloroso e unilateral e demorar até 6 meses para o crescimento do contralateral. No mesmo ano, há o aparecimento dos pelos pubianos. Aproximadamente, aos 10 anos de idade, começam a aparecer os pelos axilares acompanhados pelo desenvolvimento das glândulas sudoríparas, o que pode proporcionar o odor característico do adulto. A primeira menstruação, denominada menarca, pode vir prescindida por uma secreção vaginal clara e pode ocorrer entre os 9 e 15 anos de idade. Os primeiros ciclos menstruais geralmente são anovulatórios e irregulares, por até 3 anos após a menarca. Conforme os critérios de Tanner, o **desenvolvimento das mamas** possui cinco estágios (BRASIL, 2013):

- estágio 1 — mamas pré-adolescentes e elevação somente da papila;
- estágio 2 — broto mamário, elevação da mama e papila, aumento do diâmetro da aréola;
- estágio 3 — continuação do aumento da mama e da aréola sem separação do seus contornos;
- estágio 4 — projeção da aréola e da papila formando elevação acima do nível da mama;
- estágio 5 — mama adulta em estágio cinco.

O **desenvolvimento dos pelos pubianos** tanto no sexo feminino quanto no masculino segue o seguintes estágios (BRASIL, 2013):

- estágio 1 — ausência de pelos pubianos;
- estágio 2 — crescimento esparsos de pêlos longos, finos, discretamente pigmentados, lisos ou discretamente encaracolados (pubarca);
- estágio 3 — pelos mais pigmentados, mais espessos e mais encaracolados, estendendo-se pela sínfise pubiana;
- estágio 4 — pelos do tipo adulto, porém em quantidade menor;
- estágio 5 — pelos adultos em quantidade e tipo.

A Figura 3 apresenta o desenvolvimento puberal feminino de acordo com Tanner.

FIGURA 4 – DESENVOLVIMENTO PUBERAL FEMININO DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE TANNER.



Fonte: Brasil (2015, documento on-line).

No sexo masculino, a primeira manifestação de maturação sexual é o aumento do volume testicular, por volta dos 10 anos de idade. O crescimento peniano ocorre, em geral, 1 ano após o crescimento dos testículos, sendo que primeiro o pênis cresce em comprimento e depois em diâmetro. Os pelos pubianos aparecem em torno dos 11 anos de idade; em seguida, são os pelos axilares, faciais e os do restante do corpo. A espermarca ocorre em média aos 12 anos, e a mudança da voz acontece mais tarde. É comum identificar, no adolescente do sexo masculino entre os 13 e 14 anos de idade, a ginecomastia púbere (aumento do tecido mamário), com frequência bilateral, com consistência firme e móvel e, às vezes, pode apresentar dor. No entanto, há uma regressão espontânea em até 2 anos, quando não evolui em 24 meses, deverá ser avaliada pelo médico da equipe/unidade para possível encaminhamento. A polução noturna é a ejaculação noturna involuntária, ou seja, saída de sêmen durante o sono decorrente de um estímulo cerebral para sonhos eróticos que levam ao orgasmo. É um evento fisiológico normal, mas, às vezes, pode causar constrangimentos e dúvidas aos adolescentes, que devem ser orientados e tranquilizados pelo enfermeiro ou por outro profissional de saúde (BRASIL, 2013; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Na Figura 4, são ilustrados o **desenvolvimento da genitália masculina** (BRASIL, 2013; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010):

- estágio 1 — pênis, testículos e escroto ainda em tamanhos infantis;
- estágio 2 — começam aumentar e a pele escrotal fica mais fina e avermelhada;
- estágio 3 — aumento do comprimento do pênis (o aumento dos testículos, de escroto e de pênis é contínuo ao longo das fases do desenvolvimento);
- estágio 4 — aumento do pênis em diâmetro, ocorre uma pigmentação da pele do escroto;
- estágio 5 — o genital já tem características semelhantes ao de um adulto.

FIGURA 5 – DESENVOLVIMENTO PUBERAL MASCULINO DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE TANNER.



Fonte: Brasil (2015, documento on-line).

De forma sintetizada e simplista, podemos utilizar uma sequência para lembrar dos eventos pubertários femininos, uma vez que, em geral, ocorrem na seguinte ordem:

- telarca;
- pubarca;
- estirão;
- menarca.

Já para o sexo masculino, podemos também traçar a seguinte linha de eventos:

- aumento de testículos;
- pubarca;
- estirão;
- espermarca (ou semenarca).

O Quadro 1 apresenta de forma resumida as principais mudanças puberais do sexo feminino e do sexo masculino.

QUADRO 1 – PRINCIPAIS MUDANÇAS PUBERAIS NO SEXO FEMININO E NO MASCULINO

	Mudança puberal	Características
Sexo feminino	Mamas	Telarca, aparecimento de broto mamário, é a primeira manifestação da puberdade feminina. De forma inicial, pode ser doloroso e unilateral, ocorrendo, em média, aos 9 anos e meio, mas podendo variar entre 8 a 13 anos de idade.
	Pelos	Os pelos pubianos desenvolvem-se gradativamente em cerca de 4 anos. Os axilares surgem um pouco depois, acompanhados pelo desenvolvimento das glândulas sudoríparas e pelo aparecimento de odor acentuado.
	Menarca	Denominação da primeira menstruação, ocorre cerca de 2 anos e meio após aparecer o broto mamário, em média aos 12 anos. Os primeiros ciclos podem ter fluxo escasso ou intenso (hemorragia uterina disfuncional) e necessitar de intervenção ginecológica.
	Primeiros ciclos menstruais	Costumam ser anovulatórios, havendo irregularidade nos primeiros 12 – 24 meses de ciclos. Na completa maturação do eixo neuroendócrino, há pico de LH no meio do ciclo, acarretando a ovulação.
	Útero, trompas, vagina e vulva	O desenvolvimento decorre principalmente da produção de estrógenos e de forma concomitante ao crescimento mamário.
	Leucorreia fisiológica	Frequente corrimento vaginal, sem odor específico e aspecto de clara de ovo. Resulta da estimulação estrogênica e leva à secreção de muco cervical e à maior descamação das células da mucosa vaginal. Não requer tratamento, apenas esclarecimento à adolescente e reforço da higiene local.
Sexo masculino	Testículos	Gonadarca, ou aumento testicular, é a primeira manifestação da puberdade masculina; os testículos apresentam valor igual ou superior a 4 mL.
	Pênis	Desenvolve-se após os testículos, inicialmente em comprimento e, depois, em largura.
	Espermarca ou semenarca	Denominação da primeira ejaculação. A emissão espontânea de esperma acontece durante o sono, causando incômodo no adolescente, que precisa ser orientado para esse evento.

	Pelos	O aumento de testosterona faz crescer os pelos pubianos (início em torno dos 11 anos). Os axilares se desenvolvem em geral 2 anos após os pubianos, seguindo-se o aparecimento dos pelos faciais e, posteriormente, dos pelos do restante do corpo.
	Timbre da voz	A mudança é observada geralmente durante o estirão, por ação da testosterona sobre as cartilagens da laringe, em média entre 13 e 14 anos de idade.
	Próstata, glândulas bulbouretrais, vesículas seminais e epidídimo	Esses órgãos sexuais também apresentam crescimento a partir do desenvolvimento testicular.

Fonte: Adaptado de Fernades (2017).

É importante que o profissional de saúde atente para as alterações que ocorrem durante a puberdade, que observe o crescimento e o desenvolvimento adequado. Deve estar atento às alterações fora do normal que podem demonstrar sinal de anormalidade ou de alguma patologia. Nesse processo, podem surgir problemas como a puberdade precoce ou tardia, a ginecomastia e a obesidade. Além disso, é de extrema importância que o profissional verifique e acompanhe o calendário vacinal do adolescente.

Considera-se **puberdade precoce** os casos em que os primeiros sinais de maturação sexual ocorrem antes dos 9 anos em meninos e antes dos 8 anos de idade em meninas. Existem numerosas causas para tais alterações que devem ser cuidadosamente investigadas por endocrinologistas e até mesmo por geneticistas. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento do adolescente deve ser feito com regularidade e com uma periodicidade de, pelo menos, duas consultas ao ano, pois possibilita o diagnóstico precoce e a conduta de tratamento oportuna em situações anormais (BRASIL, 2013; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Para o sexo feminino, **puberdade tardia** é considerada quando a telarca e a pubarca ocorrem em idades superiores a 13 e a 14 anos de idade, respectivamente; e a menarca em idades maiores de 16 anos. Para o sexo masculino é quando há persistência do estágio pré-puberal após a idade cronológica de 16 anos de idade.

3.2.2 Ginecomastia

A ginecomastia tem como substrato etiológico provável a existência de um desequilíbrio na relação hormonal, em que os androgênios (ação inibidora do crescimento mamário) estão em proporção menor do que os estrogênios, que estimulam o tecido mamário (Figura 5). Esse fenômeno pode ser transitório ou permanente, fisiológico ou patológico (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010; PICANÇO *et al.* 2014). As formas fisiológicas de ginecomastia incluem a neonatal, a puberal e a senil. Cerca de 40% dos meninos desenvolvem ginecomastia transitória em algum momento da puberdade, com pico de incidência por volta dos 13 ou 14 anos, coincidindo com o es-

tágio 3 de Tanner. Pode revelar um achado ocasional da consulta do adolescente (aumentos discretos não são percebidos à inspeção, somente à palpação) ou ser referido pelo paciente ou por familiares. Algumas vezes, entretanto, pode levar ao incômodo estético e o adolescente pode referir dor e aumento da sensibilidade local ao contato com a roupa. Entre as causas patológicas, destacam-se (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010; PICANÇO *et al.*, 2014):

- drogas;
- endocrinopatias;
- tumores;
- doenças crônicas.

FIGURA 6 – GINECOMASTIA PUBERAL



FONTE: ALVES (2004, DOCUMENTO ON-LINE).

3.2.3 Obesidade

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, potencialmente determinada por fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais, que irão interferir diretamente na formação dos hábitos alimentares do adolescente. Os cuidados com a alimentação tornam-se fundamentais para o desenvolvimento adequado exigido nessa fase, com isso, a **nutrição** tem papel crítico no desenvolvimento do adolescente. O consumo de dieta inadequada é uma influência desfavorável sobre o crescimento somático e a maturação.

Soma-se às necessidades nutricionais a realização de exercício físico. Na sociedade contemporânea, a preferência dos adolescentes por lanches rápidos, substitutos das grandes refeições e, principalmente, do jantar, em geral, favorece o desequilíbrio da dieta. A combinação dos alimentos nem sempre é variada, o que resulta em cardápios muito calóricos e pouco nutritivos (BRASIL, 2017).

A **obesidade** constitui um problema prioritário de saúde pública, inclusive no grupo etário de adolescentes. Esse problema deriva da associação entre o

estilo de vida pouco saudável, acarretando em surgimento elevado do número de pessoas com sobrepeso e/ou obesidade, com o aumento de doenças crônico-degenerativas (hipertensão arterial, diabetes, alteração nos níveis de colesterol e triglicéridos, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares). Para realizar a avaliação nutricional de adolescentes, o método mais adequado é o IMC (BRASIL, 2017).

São inúmeras as consequências que a obesidade por acarretar, entre outras:

- hipertensão arterial;
- hiperlipidemia;
- doença cardiovascular;
- cálculos biliares;
- diabetes melito;
- diminuição dos níveis de testosterona;
- maior chance de desenvolver a ginecomastia púbere;
- irregularidades menstruais;
- infertilidade;
- gravidez de risco;
- eclâmpsia e pré-eclâmpsia;
- maior possibilidade de infecção no puerpério;
- isolamento social;
- baixa autoestima;
- depressão;
- dificuldade de aceitação pelo grupo.

3.2.4 Irregularidade da imunização

Outro problema que deve ser acompanhado pelos profissionais de saúde é a **falta de regularização da imunização**. Com frequência, a maioria dos adolescentes apresenta carteira de vacinação incompleta, com o esquema básico de vacinação interrompido. Nesse caso, não é necessário reiniciar o esquema e sim completá-lo. Outra situação comum é aquela em que não há informação disponível sobre vacinação anterior. Se a informação for muito duvidosa, recomenda-se considerar como não vacinado. A manutenção da saúde, a partir da prevenção das doenças imunopreveníveis é importante, por isso há um calendário específico para essa faixa etária, associado aos riscos que impõem algumas doenças de prevalência nesse período, e que podem ser evitados por meio da vacinação. O Ministério da Saúde criou a Portaria n.º 1602, de 17 de julho de 2006, que normatiza diferentes calendários vacinais de acordo com a faixa etária. Entre os grupos contemplados, encontram-se os adolescentes e entre as vacinas preconizadas para essa faixa etária, destacam-se a vacina contra hepatite B, a vacina tríplice viral, a dupla bacteriana e a vacina contra a febre amarela nas áreas endêmicas (BRASIL, 2006).

3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO PUBERAL

O enfermeiro tem papel primordial e relevante na atenção à saúde do adolescente, sobretudo quando realiza a consulta de enfermagem de qualidade e inclui as práticas educativas em saúde de modo individual ou coletivo. No atendimento à saúde de adolescente, devem ser levados em consideração alguns pontos na abordagem clínica, destacando-se o estabelecimento do vínculo de confiança entre a equipe de saúde da família, o adolescente e sua família. Uma atitude acolhedora e compreensiva também possibilitará a continuidade de um trabalho com objetivos específicos e resultados satisfatórios no dia a dia.



Na assistência em saúde, a privacidade deve viabilizar o estabelecimento do diálogo e da confiança necessária ao desenvolvimento das ações de saúde. Garantir, portanto, a privacidade, pressupõe o respeito à confidencialidade das informações geradas na assistência em saúde, na relação com o usuário. A confidencialidade e o sigilo são a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos pais e/ou responsáveis, bem como aos pares, sem a concordância explícita, exceto em situações que requerem quebra de sigilo.

São considerados como possibilidades de rompimento do segredo quando a não revelação de informação possa prejudicar o coletivo, como, por exemplo, no caso de propagação de algumas patologias que são consideradas de notificação compulsória. No Brasil, o Código Penal, em seu artigo 269, obriga os profissionais de saúde a revelarem a ocorrência de moléstias compulsórias, sob pena de estarem cometendo delito penal. A comunicação aos Conselhos Tutelares da localidade dos casos confirmados ou suspeitos de abuso ou maus-tratos (Lei Federal nº. 8.069, de 13 de julho de 1990, artigos 13 e 245) é também obrigação legal de profissionais da saúde, conforme o ECA (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

A consulta de enfermagem, fundamentada no **Processo de Enfermagem (PE)**, deve ter base em uma relação de confiança e empatia em que o enfermeiro deve manter uma postura de compreensão e atenção a todas as informações, queixas e necessidades que levaram o adolescente a procurar o atendimento. A consulta de enfermagem no desenvolvimento puberal tem como objetivo monitorar o processo de crescimento e o desenvolvimento púbere e psíquico do adolescente.

A consulta de enfermagem na saúde do adolescente deve contemplar:

- higiene e alimentação;
- orientações sobre os métodos anticoncepcionais;
- orientações preventivas para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)/aids, gravidez precoce não planejada e aborto;
- avaliação e fornecimento de anticoncepção de emergência;
- vacinação;
- orientação sobre sexualidade e informações sobre diferentes orientações sexuais;
- identificação da influência familiar, do grupo cultural e social, da mídia;
- observação de risco para exploração sexual, violência doméstica e fugas;
- vinculação escolar e *bullying*;
- orientações sobre álcool, drogas, uso de *piercings* e tatuagens;
- efetuar convites para grupos existentes na unidade de saúde e na comunidade;
- encaminhamentos para acompanhamento médico, psicológico e odontológico.

A seguir, são apresentadas informações importantes para realização da consulta de enfermagem ao adolescente (SÃO PAULO, 2016).

- Na primeira consulta, é importante estabelecer um “pacto” ou um “contrato” com o adolescente e sua família, informando sobre o sigilo da consulta, a partir do qual, o que for dito pelo adolescente só será repassado aos pais com o consentimento deste, exceto em situações de risco de vida próprio ou de terceiros.
- O adolescente não precisa de acompanhantes para passar em consulta em qualquer instituição de saúde, e a presença dos pais (em que há conflitos familiares presentes) associa os “contratos” ao adulto e não ao próprio adolescente. Pode ser verificado o ECA para mais informações.
- É fundamental dispor de um tempo adequado para cada atendimento, principalmente para a realização de uma abordagem integral e de orientações preventivas. Alguns retornos podem ser necessários para estabelecer um vínculo de confiança e esclarecer situações mais complexas.
- O enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), ao identificar um adolescente com questões de risco ou de saúde mais complexa, tem a necessidade de tentar expandir seu vínculo por meio do agente comunitário de saúde para auxiliá-lo no acompanhamento, incentivá-lo a buscar mais vezes esse profissional para discutir e refletir sobre seus problemas, como também envolver toda a família.
- É importante fazer o levantamento de dados/histórico de enfermagem, abordar como ele está se sentindo em relação às mudanças corporais e emocionais pelas quais está passando; o seu relacionamento com a família e com seus pares; a forma como utiliza as horas de lazer; as suas vivências anteriores no serviço de saúde; as expectativas quanto ao atendimento atual; seus planos para o futuro; e se conhece a rede da região.
- A menarca, a espermarca, o ciclo menstrual, a tristeza, a melancolia, a dificuldade em lidar com as frustrações, não se sentir compreendido, as rejeições, o uso de drogas e a ideia ou a tentativa de suicídio, são temas que podem estar

presentes na vida de alguns adolescentes e o fato de perguntar (se preocupar) é importante e estratégico, pois abre uma possibilidade de identificação e pode reforçar a empatia entre o profissional e o adolescente.

- Se o adolescente não estiver à vontade para responder, o profissional poderá postergar essas questões para outro encontro. O atendimento do enfermeiro deve favorecer a autonomia do adolescente e facilitar a criação do vínculo de confiança entre paciente e profissional. Ao adolescente deve ser dado espaço na tomada de decisões desde o planejamento até o desenvolvimento de ações para si e para seus pares (quando for o caso), tornando-o agente multiplicador do seu próprio cuidado.

4 SÍNDROME DA ADOLESCÊNCIA NORMAL

Caracterizar a fase do desenvolvimento humano chamada adolescência é tarefa complexa, pois existem diferentes parâmetros para sua definição. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica adolescência como a fase que compreende a faixa dos 10 aos 19 anos de idade, já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) compreende a faixa etária dos 12 até os 18 anos de idade (BRASIL, 2010). Essas definições de faixa etária das fases do desenvolvimento são delimitadas por uma concepção médica e biológica; no entanto, devemos levar em conta as significações sociais que contribuem nos processos de subjetivação, valorizando os aspectos biológicos e as transformações desse período (SILVA; RODRIGUES; GOMES, 2015). Esse período da vida e do desenvolvimento humano, de forma histórica e social, apresenta conflitos e instabilidades, pois o adolescente passa por mudanças físicas, psicológicas, sexuais, emocionais e sociais na adolescência. Os conflitos e as contestações fazem parte de um processo que possibilita ao adolescente tomar decisões e escolhas para atingir sua maturidade. A caracterização da adolescência está pautada nos valores e nos códigos culturais da sociedade contemporânea e, por vezes, as concepções sobre essa fase revelam uma tendência naturalizante e patologizante, desconsiderando as contradições sociais, as marcas e as significações construídas nas relações intersubjetivas (SILVA; RODRIGUES; GOMES, 2015).

4.1 SÍNDROME DA ADOLESCÊNCIA NORMAL

No processo de crescimento e desenvolvimento, as mudanças são impostas ao corpo e à mente do adolescente, assim, o nível de conscientização sobre tais transformações o impulsionam a também apresentar modificações comportamentais. Para compreender a adolescência é necessário considerá-la como um estágio com características bem definidas do processo evolutivo. Para isso, é preciso analisar a adolescência sob uma **perspectiva holística**, considerando seus componentes biológicos, psicológicos e sociais, que se encontram em permanente interação, ou seja, se manifestam de acordo com o ambiente social, econômico e cultural do adolescente, mesmo considerada um processo universal, assume particularidades de

acordo com a cultura presente (BRAGA, 2011).

A síndrome da adolescência normal foi denominada nos anos 1970 pelos psicanalistas Aberastury e Knobel, a partir da reunião das peculiaridades do comportamento dos jovens. Os autores classificaram como síndrome porque as condutas seriam consideradas patológicas em outras fases de vida, mas esperadas no adolescente. O título foi bem aceito e é utilizado até os dias atuais (ABERASTURY; KNOBEL, 1992). Entretanto, após serem constatadas significativas mudanças na interação família-indivíduo-sociedade, os próprios autores atualizaram os itens e a sintomatologia, contudo, os 10 itens que caracterizam a síndrome da adolescência normal foram mantidos. São eles (ABERASTURY; KNOBEL, 1992):

1. **Elaboração dos lutos característicos da fase** — na adolescência, é preciso elaborar três lutos simbólicos: luto pelo corpo de criança, pela identidade e papel infantil e luto pelos pais da infância. O vagaroso processo de autoconhecimento e de reestruturação da identidade, denominado de busca de si mesmo e da identidade adulta, só é possível com a elaboração desses lutos.
2. **Necessidade de integrar-se a grupos de coetâneos** — a busca de individualidade faz o adolescente deslocar o sentimento de dependência dos pais para os amigos. Nesse momento, o jovem pertence mais ao grupo de companheiros do que à família. Pertencer a um grupo leva ao sentimento de ser, pelas intensas identificações de uns com outros. As identificações revelam-se na repetição das vestes, nas formas de comunicar-se, nas gírias e nas preferências musicais, no uso de *piercings*, tatuagens e na conduta, muitas vezes violenta. No grupo, cada participante desempenha um papel, o que funciona como exercício para alcançar a identidade adulta.
3. **Fantasiar a saída do presente com o imaginário** — utilizar a imaginação é uma das mais típicas condutas de adolescentes, outra defesa às perdas simbólicas. Funciona como reajuste emocional, uma vez que o jovem se transporta em pensamento, levando-o à sensação, imaginária, de que pode controlar as situações. Isso se manifesta em devaneios e na forma intelectualizada das conversas filosóficas sobre princípios éticos, problemas sociais e políticos, permitindo teorizar sobre reformas que deveriam acontecer para a melhora do mundo. Nesses momentos, o jovem exerce o poder de sua criatividade em projetos e sonhos com os quais adultos muitas vezes se frustram pelo medo do novo. A intelectualização e o devaneio precisam ser bem compreendidos, pois são mecanismos psíquicos que impulsionam a cultura e modificam comportamentos, o que pode contribuir para a evolução humana.
4. **Questionamento crítico das religiões, especialmente da religião dos pais, e da religiosidade em geral** — o adolescente pode apresentar atitudes tanto de negação quanto de exaltação a crenças e religiosidade, o que revela a situação mutável de seu mundo interno, muitas vezes guiada pelo fanatismo, com atitudes extremas. Assim, o jovem pode transitar por diferentes religiosidades, ser indiferente ou tornar-se bastante crítico, principalmente em se tratando da religião dos pais.
5. **Distemporalidade** — na adolescência, há certa desorientação temporal em que urgências são enormes ou prorrogações são descabidas. Dependendo do interesse e da necessidade, as tarefas ou as diversões podem existir em um permanente, como se o adolescente fosse detentor do poder de manipular as horas. A real dimensão temporal vai sendo adquirida de forma lenta, o presente e o futuro são assimilados e usados para melhor distribuição de deveres e lazer.

6. **Desenvolvimento da sexualidade** — o adolescente passa a ter identidade sexual definida. A aceitação da genitalidade é, de certa forma, imposta pelas mudanças pubertárias, culminando com a menarca ou com a ejaculação espontânea, fatos que demarcam a possibilidade de procriação. Ao aceitar a genitalidade, o adolescente também está abrindo mão da bissexualidade que tinha na infância, pois caminhará para a definição da sexualidade. Assim, há evolução desde o autoerotismo, atividades masturbatórias, até a genitalidade, esta exercida inicialmente por meio de contatos exploratórios e tímidos. Nessa fase, pode haver experiências com pessoas do mesmo sexo, muitas vezes em forma de amizade especial ou em grupos constituídos apenas de rapazes ou de moças. A esse tipo de comportamento dá-se o nome de pseudo-homossexualismo, uma vez que não significa a cristalização do homoerotismo, mas apenas experiências esporádicas até o amadurecimento heterossexual.
7. **Agressividade, violência, condutas sadomasoquistas, com ou sem reivindicações sociais** — na sociedade contemporânea, muito da realidade frustrante vai ao encontro dos pensamentos onipotentes do jovem, que se põe a idealizar uma sociedade mais justa. A partir dissosurgem os grandes movimentos sociais que, muitas vezes, mudam o curso da humanidade. De outra forma, nem sempre o componente agressivo inerente à personalidade do jovem está sendo canalizado para reivindicar melhora do mundo, mas, sim, usado em comportamentos em que imperam o domínio emocional ou físico e a energia destruidora de uns sobre outros.
8. **Contradições frequentes nas manifestações da conduta** — o comportamento do adolescente está dominado pela ação, forma mais comum de expressar os sentimentos. Isso acontece por ele não manter uma linha de conduta rígida, pois sua personalidade é permeável e há instabilidade necessária, dessa forma tem que lidar permanentemente com os impulsos de seu mundo interno, além de receber contínuas estimulações externas. Assim, fica configurado o comportamento instável que parece contraditório e, embora sejam as condutas as mais variáveis, são adequadas a esse complexo momento evolutivo. Apenas o adolescente com desequilíbrio psíquico mostra uma conduta rígida, reflexo de seu estado patológico.
9. **Separação progressiva ou brusca dos pais e do grupo familiar** — uma das tarefas básicas da adolescência é elaborar o luto pelos pais da infância. Para tanto, o jovem precisa separar-se deles, simbolicamente, adquirindo, então, identidade própria. Assim, pouco a pouco, ele busca fora da família outros modelos, deprecia os pais com atitudes ou opiniões, pois os percebe como figuras exageradas e intolerantes. Com certa frequência, pode acontecer a separação brusca pro meio de atuações que fazem o jovem romper de forma drástica com familiares, seja por uma escolha totalmente contrária aos genitores, ou por valores distintos deles. Portanto, a ambivalência dual, ou seja, as reações de ambas as partes, é fonte do conflito intergeracional, tão necessário para a evolução tanto dos filhos adolescentes quanto dos pais.
10. **Flutuações do estado de ânimo, do humor, com uma base de predomínio depressivo** — sentimentos de entristecimento e dor acompanham o processo de elaboração dos lutos e são acompanhados também de ansiedade. Conforme as flutuações desses sentimentos, o jovem apresenta rápidas modificações no estado de ânimo, variando de total entusiasmo a completo desânimo, irritabilidade e aborrecimento. Embora não sejam fáceis de suportar, especialmente para os genitores, tais variações de humor são reflexo dos mecanismos de elaboração emocional nesse período.



A adolescência é uma fase de intensas mudanças físicas e psicológicas desencadeantes de alterações neurológicas que vão acontecendo nas diferentes trajetórias do desenvolvimento de regiões límbicas subcorticais (área da emoção) e, de forma progressiva, mudam de controle para a região cortical, mais precisamente o córtex pré-frontal (área da razão). O córtex é responsável pelo controle cognitivo e pelas funções executivas e isso implica em inúmeros sentimentos e emoções que causam os mais variados tipos de comportamentos, sentimentos, sensações e sintomas, podendo desencadear sofrimento psíquico de maneira singular para cada adolescente.

A vivência dessas características é absolutamente necessária, para o adolescente que, nesse processo, vai estabelecer a sua identidade, objetivo fundamental desse momento da vida. Além disso, o adolescente começa a enfrentar o mundo adulto e inicia um período de perdas que são os denominados lutos. É uma fase muito importante que deve ser minuciosamente vivida pelos adolescentes, pois é por meio dela que o indivíduo consegue descobrir o seu papel social, adquirindo subsídios como valores, atitudes, crenças, princípios e vontades que serão organizados e assumidos pelo adolescente, servindo de bases para a consolidação do seu processo natural de desenvolvimento psíquico. Os **lutos vivenciados pelos adolescentes** durante a fase de liminaridade do processo de ritual de passagem para a adolescência, podem ser identificados como demonstrado a seguir (BRÊTAS *et al.*, 2008).

- Luto pela perda do corpo infantil e aceitação das transformações corporais, como controle dos impulsos da sexualidade e perda da bissexualidade infantil.
- Luto pela perda dos pais da infância, transição da dependência infantil para a independência adulta e busca da identificação fora do âmbito familiar, o que é necessário para o processo de socialização.
- Luto pela perda da identidade e do papel infantil, dificuldade de definir-se como criança ou como adulto, buscando apoio do grupo em que está inserido.

4.2 INFLUÊNCIA DE FATORES INTERNOS E EXTERNOS

Uma das características da adolescência é a presença de conflitos que fazem parte do seu processo de desenvolvimento. É necessário verificar que, além dos fatores comportamentais e físicos que caracterizam a adolescência, existem as particularidades que caracterizam os indivíduos. Nesse sentido, é comum encontrar adolescentes que enfrentam problemas como (ZANIN, 2010):

- ansiedade;
- depressão;
- solidão;
- inferioridade;
- pais divorciados;
- pornografia;
- raiva;
- revolta;
- vícios;
- timidez.

Os conflitos internos podem ocorrer nos níveis físico e mental. No âmbito físico, existem os problemas relacionados a questões corporais ou biológicas, os problemas sexuais e os problemas hormonais, que ocorrem de maneira simultânea. Nos conflitos mentais, é importante destacar as **crises relacionadas à identidade do adolescente**, com os problemas intelectuais e conflitos emocionais, como, por exemplo, os relacionamentos que são de grande influência no aspecto emocional. Contudo, fatores físicos e emocionais são intimamente ligados (RESTA, 2006; ZANIN, 2010).

Os conflitos por fatores externos envolvem vários aspectos. A **família** é o primeiro e/ou principal aspecto em que há, em geral, conflitos relacionados aos pais e, em segundo lugar, aos irmãos. Depois vêm os problemas relacionados a namoro, escola, amigos, trabalho, igreja etc. (RESTA, 2006; ZANIN, 2010).

Na adolescência, a influência da família no processo de desenvolvimento perde espaço para outras fontes de fatores de risco e fatores (forças de vulnerabilidade) e de proteção (forças de resiliência). Cada indivíduo irá se autoproduzir na confluência dessas linhas de força e na forma como elas lhe são apresentadas. Uma mesma força poderá ser vivida de forma radicalmente diferente por diferentes sujeitos, cada um em sua singularidade. Para cada situação singular, poderíamos redimensionar o espaço de cada uma das principais fontes de fatores de risco e de fatores de proteção. No ambiente comunitário, que pode ser a rua sem a mínima monitoração da família (fator de risco) ou a possibilidade de convivência comunitária em ambiente de apoio, tipo núcleo comunitário ou vizinhança que ofereça cuidado e atenção nos períodos complementares à escola (fator de proteção) (BRASIL, 2017).

De qualquer forma, os espaços familiar e escolar são reduzidos. Podem ser tanto insuficientes em termos de proteção levando o(a) adolescente a enfrentar a vida sozinho(as), quanto podem ser qualitativamente significativos, produzindo jovens mais autônomos com mais precocidade. No entanto, a ausência da influência da família e da escola antes dos 15 anos de idade leva a crer mais na possibilidade de vulnerabilidade intensa do que na resiliência da criança e do adolescente em uma perspectiva geral.

A maior parte das causas dos problemas está relacionada às **mudanças inevitáveis e necessárias da adolescência**, diante das mudanças físicas, ocorrem as mudanças na área sexual, as alterações no relacionamento interpessoal, as mudanças nos valores, a moral e as crenças religiosas, a caminhada em direção à independência e o fato de os adolescentes estarem adquirindo habilidades e construindo a autoestima que proporcionam tantos conflitos. Os meios pelos quais são desenvolvidos os conflitos na adolescência podem ser inúmeros, nesse aspecto, é interessante destacar que, para cada tipo de conflito, existem diversas formas pelas quais pode se concretizar um conflito. Esse aspecto é tão subjetivo que um mesmo meio pode levar a diferentes problemas ou a vários ao mesmo tempo. Problemas de relacionamento com os pais, por exemplo, podem levar um adolescente a ter um senso de inferioridade até buscar na violência a solução para seus problemas. Os efeitos dessas situações podem levá-lo a tomar três posturas diferentes (BRASIL, 2017):

- **Guardar os problemas para si** — há aqueles que guardam os problemas para si mesmos e tentam lutar sozinhos com suas dificuldades. Em geral, os que tomam esse tipo de atitude acabam causando mais problemas para si, como depressão, por exemplo.
- **Exteriorizar os problemas** — alguns adolescentes exteriorizam os problemas, muitas vezes tornando-se difícil de controlar, pois as formas de exteriorização de um adolescente são inúmeras e inesperadas.
- **Fugir** — um terceiro modo é a fuga. Os adolescentes são “mestres” em buscar ou construir subterfúgios para que a fuga de suas crises possa ser uma oportunidade de conforto momentâneo.

4.3 NORMAL OU PATOLÓGICO DA ADOLESCÊNCIA?

A adolescência é caracterizada por grandes transformações biológicas, emocionais e sociais verificadas na segunda década da vida, quando o indivíduo passa a adotar comportamentos e práticas diferenciados, caracterizados principalmente pela autonomia e maior exposição às situações do cotidiano. Nessa perspectiva, faz-se necessário compreender a tênue linha entre **comportamentos próprios** (normais) da fase e os **anômalos** (patológicos). Indicam a necessidade de ajuda especializada a presença dos seguintes comportamentos (FERNANDES, 2015):

- frieza e indiferença intensas para com familiares;
- predomínio de agressividade e impulsividade que dificultam a vida social e escolar;
- consumo cada vez mais frequente de drogas, incluindo álcool, especialmente quando feito de forma isolada de amigos e com interferência nas atividades rotineiras;
- automutilação, irritabilidade, desinteresse por atividades antes preferidas, exposição a riscos intensos ou repetidos (acidentes, esportes radicais sem o devido preparo);
- direção de veículos e outros transportes sem habilitação ou antes da maioridade;
- destruição de patrimônio, maus-tratos a animais, tentativa de suicídio, fuga de casa, comportamento infrator.

O aumento da diferenciação psicológica durante a adolescência é necessariamente acompanhado de um aumento da instabilidade psíquica, sendo que essa condição reflete-se nos distúrbios emocionais dos adolescentes, cuja gravidade e efeitos mutilantes, transitórios ou permanentes são variáveis. Considera-se assim que os **distúrbios do equilíbrio mental próprios da adolescência não configuram exatamente uma patologia**, mas representam a própria condição de normalidade, uma vez que a sustentação do processo de adolescência é em si anormal. Alguns indivíduos não têm condições de responder positivamente a determinando sofrimento psíquico e a eclosão de quadros passa a ser considerada psicopatológica. Entretanto, cabe ressaltar que traçar uma linha entre a normalidade e a patologia nessa fase é constatar que a adolescência é normalmente patológica, exigindo, assim, controle e acompanhamento dos pais e de um profissional psicólogo frente a transitoriedade e a intensidade dos sintomas para que sejam tomadas medidas para auxiliar na simbolização dos conflitos e no consequente alívio do sofrimento psíquico ou, finalmente, constatar que se trata de alguma psicopatologia e que assim deve ser tratada (MODELSKI; MIRANDA, 2015).

É fundamental compreender todos os aspectos inerentes e normais que acontecem nesse período e deve-se atentar para as mudanças bruscas de comportamento, como, por exemplo, um adolescente que era calmo passa a ter um comportamento persistentemente agressivo; ou que sempre foi sociável e, de repente, rompe seus laços sociais. É necessário atentar para comportamento agressivo persistente isolamento social.

4.3.1 Depressão

A depressão, de forma diferente dos sintomas depressivos, costuma ser recorrente na adolescência. Dessa forma, se faz necessária atenção ao comportamento e aos sintomas que, se forem prolongados, podem indicar uma depressão e deve ser acompanhada por um profissional. As preocupações excessivas com o corpo, de forma exagerada ou muito precoce, deve ser observada, para isso é preciso atentar para a supervalorização da sua imagem, o abandono de atividades consideradas prazerosas, os transtornos alimentares, o isolamento social, a visão corporal errada e as tentativas de esconder o corpo. Nesse período, também podem surgir problemas como a **anorexia** e a **bulimia** (BRASIL, 2017).



Os sintomas da depressão, como tristeza, desesperança, falta de motivação e de interesse pela vida, fazem com que esse transtorno seja um dos principais fatores de risco ao suicídio entre os adolescentes. É necessário que os profissionais da área da saúde sejam capacitados para a identificação e para o manejo de sintomas depressivos. Além disso, eles devem conhecer a dinâmica do suicídio e as características de gênero envolvidas nesse comportamento.

Entre os principais fatores de risco ao comportamento suicida na adolescência, encontram-se os predisponentes, os precipitantes internos e os precipitantes ambientais, conforme apresentado no Quadro 1.

QUADRO 2 – FATORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES INTERNOS E PRECIPITANTES AMBIENTAIS AO COMPORTAMENTO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA

Fatores predisponentes	São caracterizados pela herança biológica e social da criança ou do adolescente e englobam: • histórico de suicídio na família; • transtornos psiquiátricos (transtornos do humor, ansiedade, depressão, esquizofrenia, abuso de drogas e distintas comorbidades); • agressividade parental; • distúrbios do desenvolvimento físico; • nível socioeconômico baixo.
Fatores precipitantes internos	São expressos pela criança ou pelo adolescente durante sua vida, como: • transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade, déficit de atenção/hiperatividade, transtorno de conduta, abuso de álcool e drogas); • tentativa de suicídio prévia; • autoagressão deliberada; • alta hospitalar recente; • mudança no tratamento psiquiátrico; • impulsividade ou comportamento agressivo; • autoestima baixa; • capacidade reduzida de solução de problemas sociais; • sensação de enclausuramento, de falta de conexão, de ser um peso; • perfeccionismo; • imaturidade cognitiva (desesperança e mau julgamento dos fatos); • orientação sexual (homossexual, bissexual, transgênero).
Fatores precipitantes ambientais	São os que atingem a criança ou o adolescente, como: • estressores familiares — separação ou divórcio dos pais, • morte de um genitor, discórdia familiar, disfunções familiares; • fatores escolares — sentir-se humilhado por ter sofrido ações disciplinares, punições escolares, medo da reação parental; • eventos adversos — abuso físico ou sexual; • processos cognitivos de imitação; • <i>bullying</i> — vítima ou perpetrador; dificuldade em relacionamentos interpessoais.

Os adolescentes que tentam suicídio sentem-se sós e desesperados. O desespero é o desejo de que ocorram mudanças urgentes na sua vida, somado à desesperança de que essas modificações possam realmente ocorrer, e à crença de que a vida é impossível se não acontecerem tais mudanças. Os principais acontecimentos vitais que costumam desencadear uma tentativa de suicídio são as perdas ou os rompimentos de relacionamentos afetivos, os desentendimentos familiares e as experiências de humilhação que diminuem a autoestima, como o fracasso escolar (BRASIL, 2017).

4.3.2 Bulimia

Os critérios para o diagnóstico de bulimia pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) incluem os seguintes itens:

- Episódios de ingestão excessiva com sensação de perda de controle (às vezes, em períodos de 2 horas, ingerem quantidades consideradas muito grandes, que outras pessoas não afetadas não ingeririam nesse mesmo período nem nessas circunstâncias).
- A ingestão excessiva é compensada por comportamento de expurgo (vômitos autoinduzidos, laxantes ou diuréticos) ou não expurgo.
- A ingestão excessiva e os comportamentos compensatórios ocorrem pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses. A insatisfação com a forma do corpo e com o peso e esses acessos incontrolláveis de ingestão alimentar ocasionam sentimentos de baixa autoestima, culpa, vergonha, depressão, levam ao isolamento social e evitam reuniões sociais ou viagens (SÃO PAULO, 2016).

4.3.3 Anorexia nervosa

A anorexia nervosa é caracterizada como perda do apetite e requer quatro critérios diagnósticos definidos no DSM – 5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014):

- Recusa em manter o peso dentro dos limites considerados normais para altura e idade (abaixo de 15% do peso considerado ideal).
- Medo de ganhar peso.
- Distúrbio grave da imagem corporal, medida predominante da autoavaliação, com negação da gravidade da doença.
- Ausências de ciclos menstruais ou amenorreia (mais do que três ciclos).

A anorexia nervosa afeta principalmente jovens adolescentes entre 13 e 17 anos de idade, do sexo feminino, que voluntariamente reduzem a ingestão alimentar por um medo mórbido de engordar, com perda progressiva e desejada de peso, chegando a graus extremos de caquexia, inanição e até à morte. As

estimativas de mortalidade giram em torno de 15% a 20 %. Em geral, o quadro é desencadeado por um fator estressante como, por exemplo, comentários sobre o peso, pressão profissional ou uma ruptura afetiva. Apesar de emagrecido, o adolescente costuma perceber-se gordo ou desproporcional, o que denomina-se insatisfação ou distorção da imagem corporal (SÃO PAULO, 2016).

4.3.4 Síndrome do pânico

A adolescência é caracterizada pela ocorrência de frequentes e inesperados ataques de pânico, considerado um transtorno de ansiedade, assim como o transtorno obsessivo. Esses transtornos podem acarretar em baixo rendimento escolar, mudança de comportamento e o retraimento social. A síndrome do pânico pode ser influenciada pelos seguintes fatores genéticos e biológicos:

- mudança repentina nos batimentos cardíacos;
- desequilíbrio;
- dispneia;
- vertigem;
- palpitações e tremores;
- taquicardia;
- sudorese ou calafrios;
- sensação contínua de aproximação da morte;
- crises de pânico.

4.3.5 Transtorno bipolar

Marcado principalmente pelos sintomas de ansiedade e de preocupação excessiva, o adolescente com transtorno bipolar, fica hiperativo, excitável à tarde, tem sono agitado, dificuldade para conciliar o sono, tem terror noturno, ou acorda muitas vezes no meio da noite, tem dificuldades em organizar as tarefas, reclama de sentir-se aborrecido, distrair-se com facilidade com estímulos externos, tem mudança de humor brusca e rápida, excessos de raiva ou fúria explosiva e prolongada (BRASIL, 2017).

4.3.6 *Bullying*

O *bullying* começa, com frequência, pela recusa de aceitação de uma diferença, seja ela qual for, mas sempre notória e abrangente, e envolve religião, raça, estatura física, peso, cor dos cabelos, deficiências visuais, auditivas e vocais; ou é uma diferença de ordem psicológica e social, sexual e física, ou está relacionada a aspectos como força, coragem e habilidades desportivas intelectuais. Ele é o responsável pelo estabelecimento de um clima de medo e de perplexidade em torno das vítimas, bem como dos demais membros da comunidade educativa que indiretamente se envolvem no fenômeno sem saber o que fazer (BRASIL, 2017; FANTE, 2005).

Mesmo com a identificação do fenômeno e de seus participantes, muitos diretores e professores negam sua existência e/ou não enxergam meios de coibir e/ou de prevenir seu desenvolvimento. Enquanto isso, resta àqueles que sofrem ações do *bullying*, as opções de deixar a escola carregando o peso das tensões infligidas, suportar em silêncio as agressões que os tornarão rancorosos em relação a toda imagem ou a pessoa associada ao ambiente escolar ou reproduzir em outras pessoas a humilhação e a violência que sofreram, ampliando, dessa maneira, o seu alcance, limitando seu desenvolvimento como cidadão (BRASIL, 2017; FANTE, 2005).



Quando for detectada uma situação de *bullying*, a equipe de saúde deve procurar o diretor da escola e propor um trabalho em conjunto, por meio de formação de grupos em que os pais têm uma fundamental importância na participação. Esses grupos têm o objetivo de estimular a curiosidade em relação ao *bullying*, suas implicações no universo escolar e, como consequência, na sociedade. Nesses encontros, é importante apresentar alguns depoimentos que são encontrados em comunidades de redes sociais. Quanto às crianças e aos adolescentes, estes devem receber um atendimento com especial atenção e ser encaminhados para o serviço de psicologia (SÃO PAULO, 2016).

4.3.7 Desvalorização da família e enaltecimento da crítica dos amigos

É normal que, com a adolescência, a maioria dos jovens comece a formar suas próprias opiniões, passe a não escutar mais os pais e imponha a sua vontade, assim, assuntos como estudos, namoro, diversão passam a ser fonte de discordância entre família, podendo levar a grandes desentendimentos. É nesse momento que as amizades e as relações românticas se tornam mais intensas, o contato e as atividades familiares são diminuídos e, por vezes, alguns valores familiares são rejeitados. O adolescente se revolta contra a autoridade paterna, embora muitos não passem por aspectos turbulentos nesse sentido, quase todos se distanciam de algum modo do seus pais durante esse período (KNOBEL, 1981).



Percebe-se que o conceito de normalidade não pode ser definido a partir de uma única perspectiva e, mesmo combinando-se as diferentes concepções disponíveis pelos mais diversos estudiosos, não é possível obter um parâmetro do normal que não considere características individuais e do contexto do indivíduo. Dessa forma, é necessário atentar para o fato de que comportamentos considerados patológicos podem estar sendo classificados de forma errada, devido ao olhar isolado sobre eles, sem levar em consideração todos os possíveis fatores que levam o adolescente a tomar tal conduta. Uma atitude vista como anormal pode, na verdade, ser a melhor forma que o adolescente encontrou para resolver um conflito que o está incomodando (DALATORRE; SANTOS; DIAS, 2011).

Com isso, não se quer dizer que atitudes hostis e comprometedoras como, por exemplo, comportamentos agressivos, não devam ser cuidadosamente analisados; entretanto, deve-se tomar a precaução de que tal análise não seja superficial, a fim de não se tornar taxativo para o adolescente. Sendo assim, não há uma classificação exata de fatos ou de comportamentos inerentemente patológicos, fazendo-se necessária a consideração de uma gama de fatores que incidem sobre o crescimento e o desenvolvimento para avaliar a normalidade ou a anormalidade de determinado sujeito ou conduta.

RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico, você aprendeu que:

- Aspectos sociais e culturais interferem no desenrolar da adolescência.
- A perspectiva histórica relacionada com a adolescência, dá ênfase às influências dos processos históricos, que antecederam e que perpassam o momento contemporâneo.
- Muitas das perspectivas atuais, não consideram a adolescência com uma perspectiva naturalizante, com maior ligação com aspectos biológicos, orgânicos – e sim, com aspectos culturais, sociais, psicológicos, históricos.
- Em várias localidades tem ocorrido o aumento de casos de Obesidade na adolescência. Isso é preocupante, principalmente porque crianças e adolescentes obesos têm maiores chances de se tornarem adultos obesos.
- A irregularidade da imunização gera consequências ao desenvolvimento da adolescência.
- Existem cuidados de enfermagem específicos à pessoa que está vivenciando o desenvolvimento puberal.
- Vimos alguns pontos de vista sobre o que é considerado normal ou patológico na adolescência.
- O desenvolvimento humano sofre influência de fatores internos e externos, inclusive na adolescência.
- No Brasil, têm acontecido com expressividade casos de depressão, anorexia nervosa, síndrome do pânico, transtorno bipolar e bullying.
- Desvalorização da família e enaltecimento da crítica dos amigos costumam fazer parte da vida dos adolescentes que vivem no Brasil.

AUTOATIVIDADE



- 1 Bowlby afirma que o apego ocorre a partir dos primeiros contatos entre o bebê e sua mãe ou cuidador, no sentido de assegurar a satisfação do bebê. Em relação ao comportamento de apego na perspectiva de sua teoria, é correto afirmar que:
 - a) ☐ uma das maneiras de avaliar o comportamento de apego de um bebê é por meio da técnica de laboratório situação estranha.
 - b) ☐ o primeiro estágio do desenvolvimento é o de confiança básica versus desconfiança.
 - c) ☐ a ansiedade de separação que surge na criança por volta dos oito meses é um indicador de que o bebê está submetido a alguma situação de estresse.
 - d) ☐ quando o bebê apresenta um apego desorganizado demonstra pouca emoção e não se mobiliza em relação a ausência e retorno da mãe ou cuidador.
 - e) ☐ um ciclo de apego inseguro é muito difícil de ser interrompido, uma vez os bebês têm dificuldade de lidar com situações estressantes.
- 2 A respeito do desenvolvimento humano, julgue os itens a seguir. Variáveis socioeconômicas, acesso à tecnologia, tempo livre e situação educacional influenciam a transição da adolescência para a vida adulta, no que se pode considerar uma ampliação da adolescência.
 - ☐ Verdadeiro
 - ☐ Falso
- 3 A respeito do desenvolvimento humano, julgue os itens a seguir. Atualmente, há uma tendência de desconstruir a ideia de que a adolescência é uma fase do desenvolvimento marcada por tensões e conflitos provenientes de alterações cognitivas, sociais e de perspectiva de vida.
 - ☐ Verdadeiro
 - ☐ Falso

RELAÇÕES INTERSOCIAIS DO ADOLESCENTE

1 INTRODUÇÃO

Ao estudar sobre relações intersociais do adolescente brasileiro, iremos inevitavelmente refletir sobre o contexto familiar dele. Vale lembrar que a família é o primeiro grupo que a pessoa integra ao nascer, e é o grupo que exerce maior influência na vida da pessoa, durante vários anos. É somente a partir da adolescência que a pessoa passa a dar maior atenção às coisas que outras pessoas lhe dizem e fazem.

No Brasil existem vários fatores culturais que podem tornar o adolescente mais vulnerável a riscos. O uso abusivo de álcool em festas, é um deles. Além dos prejuízos que o álcool traz para a saúde do adolescente, ainda aumenta o risco de acidentes de trânsito. Por isso, os profissionais de saúde necessitam adotar medidas preventivas de comportamento de risco do adolescente.

2 ADOLESCÊNCIA, CULTURA, VULNERABILIDADE E RISCO

No cenário contemporâneo, a adolescência é marcada por um período de alto índice de vulnerabilidade e de exposição às múltiplas situações de risco. Verifica-se a existência de alguns fatores que, combinados, predispõem à maior vulnerabilidade. As sociedades pós-modernas, pautadas pelo neoliberalismo e pela cultura da globalização, organizadas a partir do modelo capitalista de produção, desvalorizam muitas dimensões dos estágios da vida, principalmente a adolescência, as quais são tomadas como improdutivas e problemáticas, a partir de uma perspectiva que valoriza a fase adulta produtivista. Pensar a adolescência sob uma perspectiva universalizante e naturalizante significa minimizá-la. Com isso, há a necessidade de superação desses aspectos para que, por meio do conhecimento, haja possibilidade e contribuição na modificação das condições negativas que são atreladas à adolescência.

2.1 CONCEITOS DE ADOLESCÊNCIA, CULTURA, VULNERABILIDADE E RISCO

A adolescência precisa ser entendida como etapa fundamental do processo de crescimento e desenvolvimento marcada, principalmente, pelas transformações e ligada aos aspectos físicos e psíquicos do ser humano inserido nos mais diversos contextos sociais. As modificações físicas constituem a parte da adolescência denominada **puberdade**, caracterizada, em especial, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico. Há mudança da composição corporal, eclosão hormonal, que envolve hormônios sexuais, e evolução da maturação sexual, além do desenvolvimento de caracteres sexuais secundários masculinos e femininos. Além disso, nessa fase, evoluem as mudanças de ordem psicoemocional, caracterizadas como **síndrome da adolescência normal** (VASQUES, 2014). Essa síndrome é constituída pelos seguintes aspectos (KNOBEL, 1981):

- busca da identidade;
- tendência grupal;
- desenvolvimento do pensamento conceitual;
- vivência temporal singular;
- evolução da sexualidade;
- atitudes sociais reivindicatórias;
- contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta;
- separação progressiva dos pais;
- constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.

Enquanto a puberdade é parâmetro universal e se repete de maneira muito semelhante para todos os indivíduos, a adolescência é praticamente única, singular para cada indivíduo, que é influenciado pelo contexto sociocultural no qual está inserido. Para que possam ser analisadas as relações entre adolescência e cultura, faz-se necessário o entendimento da cultura como a maneira pela qual um grupo se estrutura e configura suas relações sociais. A cultura faz com que a conduta humana seja previsível dentro de um certo leque de possibilidades, variável em cada sociedade. O conceito de adolescência não nasceu com o início dos tempos, mas delineou-se como resultado da reflexão humana sobre a singularidade dessa etapa de passagem entre a infância e a vida adulta (SAITO, 2014).

A adolescência é um período extremamente relevante para a construção do sujeito individual e social e deve ser considerada sua vulnerabilidade e risco. Por meio da cultura, o adolescente perpassa pelo processo de socialização. A resposta a esse processo se dará conforme sua história de vida e seu grau de adaptação à sociedade em transformação. Nessa fase, está muito presente o binômio vulnerabilidade-risco, sustentado pela transformação interna perante a externa, tornando urgente as propostas de prevenção (SAITO, 2014).

Para a compreensão da vulnerabilidade, procura-se particularizar as diferentes situações dos sujeitos em três planos analíticos (SILVA *et al.*, 2014):

- **vulnerabilidade individual** — está relacionada aos aspectos que dependem diretamente das ações individuais, configurando o comportamento e as atitudes do sujeito, a partir de um determinado grau de consciência que ele manifesta;
- **vulnerabilidade social** — é caracterizada pelos contextos econômico, político e social, que dizem respeito à estrutura disponível de acesso a informações, financiamentos, serviços, bens culturais, liberdade de expressão, entre outros;
- **vulnerabilidade programática** — se refere às ações comandadas pelo poder público, iniciativa privada e agências da sociedade civil, que visam ao enfrentamento das situações que causam vulnerabilidade, proposição de ações e destinação de recursos com essa finalidade.

Esses três planos analíticos dão embasamento para a compreensão conceitual da vulnerabilidade, sintetizados em contraste analítico do conceito de risco, ou seja, compreendem olhares para múltiplos planos e, em particular, para estruturas sociais vulnerabilizantes ou condicionamentos de vulnerabilidades. Essa abordagem destaca a renovação das práticas de saúde, como sociais e históricas, envolvendo diferentes setores da sociedade (SILVA *et al.*, 2014).

Em geral, o termo "risco" está associado ao conceito de "vulnerabilidade" como probabilidade de dano ou resultado indesejado. De forma paralela, surge o conceito de fator protetor utilizado como mecanismo básico de prevenção, mas que pode visar também à qualidade de vida (SAITO, 2014). Para o autor, os fatores de risco e de proteção podem ser apresentados das seguinte formas:

- Nos adolescentes, por meio de mecanismos ainda não totalmente esclarecidos e vinculados à singularidade de cada fase da vida e às particularidades de cada um.
- Na sociedade como um todo, dentro dos variados grupos de referência, entre os quais destacam-se a família, a escola, o grupo de amigos, as áreas de saúde, a mídia, as políticas governamentais, entre outros.

As **condições de risco são multicausais**, assim como os desdobramentos para a sua prevenção. Para os adolescentes, os riscos e as vulnerabilidades, por vezes, estão ligados às características próprias do desenvolvimento psicoemocional dessa fase. O Quadro 1 apresenta uma síntese dos principais riscos de ordem biológica, ambiental e psicossocial que podem afetar o desenvolvimento, a dignidade e a segurança das crianças e dos adolescentes.

QUADRO 3 – PRINCIPAIS RISCOS DE ORDEM BIOLÓGICA, AMBIENTAL E PSICOSSOCIAL AO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Riscos inerentes à dinâmica familiar	São os problemas relacionados ao alcoolismo e aos conflitos entre casais, que fazem do adolescente a testemunha de ofensas e agressões. Compreendem toda forma de violência doméstica, traumas, abusos sexuais, carências afetivas etc.
Riscos relacionados ao lugar de moradia	A precariedade da oferta de instituições e de serviços públicos, a disponibilidade dos espaços destinados ao lazer, as relações de vizinhança, a proximidade à localização dos pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas.

Riscos relacionados à forma de repressão policial	Repressão policial às atividades do tráfico de drogas e à violência urbana.
Risco do trabalho realizado pelas instituições que os recebem	Constituem os abusos praticados por profissionais que são encobertos por uma estratégia de funcionamento que exclui a participação social.
Riscos à saúde	Compreende a ausência de um trabalho de prevenção e o acesso ao atendimento médico e hospitalar.
Riscos do trabalho infantil	Muitos adolescentes são explorados até pela própria família e trabalham na informalidade.
Riscos da exploração da prostituição	Adolescentes provenientes de famílias pobres que se prostituem por dinheiro.
Riscos inerentes à própria adolescência	A personalidade e o comportamento podem torná-los mais vulneráveis aos riscos do envolvimento com drogas, da gravidez precoce, da prática do roubo, do furto etc.

Fonte: Adaptado de Sierra e Mesquita (2006).

A importância da identificação das condições de saúde para a planificação da gestão do trabalho em saúde é a de permitir, a partir da análise de indicadores, a identificação e a priorização de grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade social, considerada a predisposição a desenvolver doenças ou agravos, em que os diversos fenômenos possuem causas e implicações distintas. Nesse sentido, o trabalho dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, torna-se fundamental para a identificação de fatores de riscos e de fatores protetores que influenciam o processo de desenvolvimento e de crescimento do adolescente. O enfermeiro busca intervenções mais efetivas para o apoio ao adolescente e à família, para o controle e a prevenção dos fatores de agravos à saúde, articulados com outros setores para o fortalecimento e a promoção de fatores protetivos de saúde, aumentando, assim, a resiliência dos adolescentes e dos familiares.

2.2 FATORES CULTURAIS E A VULNERABILIDADE EM ADOLESCENTES

Na busca de sua identidade, o adolescente começa a questionar os padrões adultos e, portanto, as autoridades de pais e de professores. A exposição ao novo funciona como um grande desafio vinculado à onipotência do adolescente que se julga sempre vencedor; por outro lado, a timidez e a baixa autoestima podem torná-lo potencialmente frágil. Esses aspectos, por vezes, podem levar o adolescente à vinculação com soluções externas inadequadas para os seus problemas, como, por exemplo, o uso de drogas.

Ao juntar-se em grupos, muitos jovens acabam assumindo comportamentos para os quais não estão preparados, como experimentar drogas, iniciar relacionamento sexual, entre outros. Na vivência temporal singular, misturam-se ansiedade, desejo de viver tudo de forma rápida e intensa, sem lugar para espera ou julgamento. As vivências da sexualidade, trazem também possibilidades de risco, como a gravidez precoce, a exposição às infecções sexualmente transmissíveis, o aborto, que podem comprometer o projeto de vida ou até a própria vida (SAITO, 2014).



Fatores de risco são diversas situações ou problemas sociais, como as condições de pobreza, rupturas na família, vivência de algum tipo de violência, experiências de doença crônica ou aguda do próprio indivíduo ou da família e outras perdas importantes, que poderiam afetar a capacidade de resiliência em indivíduos e famílias.

Fatores de proteção abrangem os aspectos orgânicos do indivíduo; em seguida, envolvem aspectos subjetivos que pesarão na forma como o indivíduo vai administrar a situação vivenciada no presente e, posteriormente, envolvem as redes de apoio e amparo parentais ou não, que possam se fazer presentes. Enfocam ainda a importância das condições do ambiente, econômicas, psicológicas e familiares, fornecidas pelas relações construídas por meio das redes de apoio social na comunidade.

Resiliência é a capacidade de o sujeito, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, lidar com a adversidade sem sucumbir a ela, alertando para a necessidade de relativizar, em função do indivíduo e do contexto, o aspecto de superação de eventos potencialmente estressores apontado em algumas definições de resiliência (PICANÇO *et al.*, 2014).

A família é o primeiro grupo de referência para os adolescentes, por esse motivo, famílias desestruturadas podem contribuir para situações de perigo, pois tornam as pessoas frágeis e vulneráveis, podendo, assim, favorecer a inserção do risco. A ausência do afeto impossibilita a introjeção desse sentimento e cria um vazio a ser preenchido das mais diferentes maneiras, que podem envolver inclusive a gravidez precoce e seus desdobramentos. A família também funciona como fator de proteção, principalmente em ambientes em que estão presentes o amor, o compromisso, o respeito, o diálogo, assim como, os limites; entretanto, devem ser colocados com autoridade e afeto e nunca com autoritarismo. É por isso que destacamos a importância de os ensinamentos serem transmitidos com o uso da liberdade vinculado à responsabilidade (SAITO, 2014).

Ao longo da adolescência, é natural que os jovens se envolvam com outros grupos de referências e, conforme vão sendo vivenciadas as experiências, esses grupos vão se tornando importantes. Dentro da proposta preventiva, destacamos a escola. Se a meta é informar, ou melhor, formar, a escola deve ter clara a sua função primordial. Nesse espaço pedagógico, torna-se legal a discussão sobre sexualidade, drogas, violência, projeto de vida e demais necessidades que possam emergir dos adolescentes. Existem deveres e direitos das escolas e dos alunos, contudo, é muito positivo se a acolhida do aluno usuário de drogas for proposta pela escola, expulsando a droga e não o aluno por ela vitimizado. A mesma situação se aplica à adolescente grávida, tantas vezes estigmatizada pela escola e pela sociedade. Nesse contexto, a pedagogia moderna discute e busca, por meio de suas avaliações, o acesso da escola às famílias, a possibilidade de trocas e orientação para além dos muros, para que possa desenvolver o seu papel educativo (SAITO, 2014).

A participação dos profissionais da saúde tem papel fundamental nesse cenário, principalmente pelo fato de que essas pessoas têm livre acesso às famílias, às

crianças e, posteriormente, aos adolescentes, mas que, com frequência, se omitem em realizar discussões — sobre sexualidade, drogas, violência, influências dos meios de comunicação — imprescindíveis ao exercício da sua profissão à atenção à saúde do adolescente (SAITO, 2014). A atenção integral à saúde do adolescente requer uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional, com isso, a enfermagem assume um papel importante, tanto na relação de organização do processo de trabalho quanto na sistematização da assistência à saúde do adolescente, por meio da busca de melhor acesso e acessibilidade, do desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e promoção de saúde, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-o um sistema mais igualitário, para possibilitar modificações nas condições de vida e de saúde dos adolescentes.

Nas abordagens que envolvem os adolescentes, devem ser consideradas as características e as singularidades desse momento, tendo em vista a concretização de comportamentos adequados que permitam eliminar ou diminuir os eventos de risco. Essas orientações devem estar pautadas pelos princípios básicos da atenção integral à saúde dos adolescentes, que estão relacionados aos seguintes aspectos:

- privacidade;
- confidencialidade;
- sigilo médico;
- respeito à autonomia;
- maturidade;
- capacidade de julgamento por parte do cliente adolescente.

Apesar de reconhecerem que a informação mais completa e fidedigna só pode ser obtida com o adolescente em entrevista privada, para muitos profissionais persistem dúvidas e inseguranças se esse é o procedimento correto para uma prática apropriada (SAITO, 2014). Ressalta-se que é preciso reconhecer que a proposta de confidencialidade deve ser flexível e baseada nos níveis de maturidade, de autonomia e de risco, o que, desde o início, será colocado para o adolescente. A adesão cega à confidencialidade ou a sua ausência total são pré-requisitos indesejáveis para o exercício da ética.

Para evitar o agravamento das vulnerabilidades e dos riscos aos adolescentes e para possam ser identificadas estratégias de gestão e ações estratégicas com o objetivo de melhorar e/ou de minimizar os problemas relacionados a esse grupo populacional, a discussão de alguns fatores psicossociais, nos diversos âmbitos sociais (família, escola, serviços de saúde, comunidade), é de extrema importância. Alguns desses fatores são:

- uso de drogas;
- ansiedade e implicações para a saúde mental;
- gravidez na adolescência;
- violências contra crianças e adolescentes;
- bullying.

A ansiedade é inerente a qualquer pessoa, é importante para processos adaptativos e para o desenvolvimento integral das pessoas. Assim, a forma como a criança e o adolescente são atendidos em suas necessidades, nos ambientes onde circulam e desenvolvem a sua sociabilidade e individuação, pode possibilitar o aprendizado de habilidades para lidar com as adversidades e o fortalecimento de sua capacidade de resiliência.



Ansiedade é um sinal normal de alerta que prepara o indivíduo para o perigo, um estado de humor desagradável, apreensão negativa em relação ao futuro e inquietação des-confortável. É constituída por manifestações somáticas (cefaleia, dispneia, taquicardia, tremores, vertigem, sudorese, parestesias, náuseas, diarreia etc.) e psíquicas (inquietação interna, insegurança, insônia, irritabilidade, desconforto mental, dificuldade para se concentrar etc.) e configura um transtorno quando sua intensidade, duração, frequência e repercussão sintomática extrapolam a normalidade, segundo desenvolvimento e vivências de cada adolescente (PICANÇO *et al.*, 2014)

Adolescentes que se encontram em condições de vulnerabilidade e risco podem buscar o alívio e/ou a proteção para as situações de estresse, de ansiedade ou de angústia vivenciadas nessa fase, na utilização de substâncias psicoativas, podendo desenvolver relação de dependência ou uso abusivo. No entanto, os programas preventivos devem ir além do controle de situações de uso de drogas, precisam considerar o sujeito como capaz de estabelecer suas próprias escolhas, por meio de práticas reflexivas, para buscar formas e apoio na redução de suas vulnerabilidades (SODELLI, 2015).

O consumo de drogas é um fenômeno universal, histórico e social. Entre os principais problemas de combate a essa condição está o fato de a sociedade sempre ter sido ambígua e incoerente frente ao seu consumo. A utilização de drogas obedece a uma série de fatores que estão relacionados com as práticas culturais típicas de determinado povo, compondo uma realidade complexa e repleta de contradições e experimentações. Essa deformação da realidade é assimilada com facilidade pelos adolescentes e jovens, porque, em seu processo de desenvolvimento, buscam experimentar sem discriminação todas as possibilidades desse pretenso mundo novo. As implicações decorrentes do uso de drogas são complexas e diversas, um importante problema de saúde pública, de diversas naturezas — médica, econômica, política e sociocultural — e possui estreita relação com a violência estrutural. Em razão complexidade multifatorial que envolve o uso abusivo de drogas, a sua abordagem deve ser realizada de forma interdisciplinar, pois trata-se de um problema humano, que envolve o indivíduo, a família, a escola, a sociedade e a cultura (BRASIL, 2017).



Uso abusivo é todo consumo de droga que causa dano físico, psicológico, econômico, legal ou social ao indivíduo que a usa ou a outros afetados pelo seu comportamento.

Intoxicação é a mudança no funcionamento fisiológico, psicológico, afetivo, cognitivo ou de todos eles como consequência do consumo excessivo de alguma substância.

Dependência é o estado emocional e físico caracterizado pela necessidade urgente da substância, seja pelo seu efeito positivo ou para evitar o efeito negativo associado à sua ausência (BRASIL, 2017).

Nas avaliações de enfermagem, os profissionais de saúde têm a oportunidade única de intervir na prevenção e no tratamento do abuso de substâncias. É importante que as intervenções nos problemas comportamentais sejam abordadas em uma fase inicial e que confirmem aos pais a permissão para estabelecer limites e readquirir o controle de seus próprios lares, e o esclarecimento do comportamento de alto risco do adolescente, que pode melhorar a vida dos filhos. O diagnóstico de abuso de substâncias envolve alto nível de suspeição. É fundamental que os profissionais de saúde não deixem de ver o paciente fora do contexto de sua família, visto que, muitas vezes, o comportamento dele reflete uma disfunção familiar (ou consumo de álcool e drogas por familiares), além de períodos de estresse, sentimento de tristeza e redução da autoestima que, em geral, estão associados aos conflitos familiares e/ou com colegas e dificuldades escolares. É importante estabelecer o sentido do sigilo com o paciente e esclarecer que ele poderá ser quebrado em nome de sua segurança ou proteção. O reconhecimento imediato e a intervenção precoce aumentam as chances de reduzir as complicações conhecidas de morbidade e de mortalidade ligadas ao abuso de substâncias, bem como implica redução considerável do custo ao sistema de saúde (PASSOS, 2008). No Quadro 2, estão presentes alguns indícios clínicos de abuso crônico de substâncias pelos adolescentes.

QUADRO 4 – INDÍCIOS CLÍNICOS DE ABUSO CRÔNICO DE SUBSTÂNCIAS PELOS ADOLESCENTES

Alterações físicas	• Emagrecimento • Hipertensão • Olhos vermelhos • Irritação nasal • Resfriados ou alergias/sibilos • Rouquidão/tosse crônica • Picada de agulha
Hábitos pessoais	• Uso de colírios • Alterações do padrão de sono e apetite • Menos atenção com a higiene • Perda de interesse por esportes • Amigos/interesse; novos • Mudança no vestuário • Interesses musicais novos
Desempenho acadêmico	• Redução da memória para fatos recentes • Raciocínio prejudicado • Repetência • Falta às aulas • Problemas com os professores • Suspensão • Expulsão
Comportamento psicológico	• Comportamento arriscado • Oscilações do humor • Depressão • Reação de pânico • Furtos • Problemas com amigos ou família • Paranoia

Fonte: Adaptado de Passos (2008).

O abuso de substâncias está entre os problemas de saúde mais complexos e difíceis de diagnosticar e de abordar. A história cuidadosa, o exame físico completo e habilidoso, um índice elevado de suspeita e uma relação de confiança com o paciente são fundamentais para a avaliação de um adolescente que possa estar desenvolvendo os efeitos do abuso de substâncias (PASSOS, 2008).

Outro fator de vulnerabilidade na adolescência é a gravidez precoce. Sabe-se que a gravidez na adolescência pode implicar na alteração de seus processos de vida, contribuindo para o abandono escolar e a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão. Outro aspecto importante a ser destacado é a possibilidade de risco biológico dessa gravidez quando associada a outros fatores, como desnutrição e acompanhamento tardio, entre outros. Se presente, esse risco não está especificamente ligado ao fato de a gestante ser adolescente, pois pode ser minimizado por meio de um acompanhamento pré-natal adequado e iniciado o mais cedo possível. Além disso há um risco psicossocial, uma vez que a maternidade pode influenciar no abandono escolar e dificultar o acesso ao mercado de trabalho. No entanto, a análise dessa questão é complexa, já que outros fatores também participam na evasão escolar e na exclusão social de adolescentes (BRASIL, 2017).

Sobre as vulnerabilidades e os fatores de risco psicossociais dos adolescentes, conforme descrito anteriormente, é importante reafirmar que, uma vez privadas das condições adequadas para o melhor desenvolvimento, elas se constituem em diferentes expressões de violências contra o adolescente. (PICANÇO *et al.*, 2014). A violência contra a criança e ao adolescente é todo:

[...] ato ou omissão cometido por pais, parentes, outras pessoas e instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; e de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2017).

Entre as violências presentes, por vezes presentes nos ambientes escolares, está o bullying escolar. É um fenômeno que se caracteriza por atos de violência física ou verbal que ocorrem de forma repetitiva e intencional contra uma ou mais vítimas. Pode estar presente nas relações de modo explícito, mas também pode manifestar-se de maneira sutil, podendo ser confundido com brincadeiras típicas da idade. Existem dois tipos de bullying (OLIVEIRA–MENEGOTTO; PASINI; LEVANDOWSKI, 2013):

- Bullying direto — caracterizado, sobretudo, por agressões físicas e intimidações. A grande maioria dos agressores é do sexo masculino.
- Bullying indireto — envolve agressões mais sutis, em geral, praticadas pelas meninas, e manifesta-se de forma verbal, por meio de boatos maldosos, exclusões do grupo, entre outros.

2.3 MEDIDAS PREVENTIVAS DE COMPORTAMENTO DE RISCO

Estudos apontam para uma dificuldade dos serviços de saúde e, de forma particular, dos serviços de atenção básica, em organizar serviços e ofertar práticas de saúde para a população infantojuvenil que levem em conta a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, a vulnerabilidade social e dos fatores de riscos psicossociais, a integralidade do cuidado e a territorialidade. Observa-se que a oferta de ações ainda é ancorada nos modelos tradicionais de atenção médica e de saúde pública. De maneira geral, menores de 12 anos de idade são atendidos por ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e a população juvenil busca o serviço para investigação de problemas clínicos, gravidez, oferta de preservativo, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, vacinação e problemas odontológicos (SIERRA; MESQUITA, 2006).

O MS lançou em 2010, afinado com as políticas de promoção e da Atenção Básica, o documento “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”, com orientação para gestores e profissionais de saúde, com ênfase na integralidade na produção do cuidado, articulado aos demais sistemas, na perspectiva da garantia de direitos,

proteção e defesa de crianças e adolescentes, exigindo, ainda, a interação com os demais sistemas (BRASIL, 2010).

Em situações de violência sexual, é fundamental que os adolescentes e suas famílias sejam orientados sobre os órgãos de proteção que devem ser acionados e os serviços de atendimento existentes. No âmbito da saúde, é importante que as vítimas sejam direcionadas ao serviço de referência para atenção integral a pessoas em situação de violência sexual, onde poderão acessar o conjunto de procedimentos necessários, serão atendidas por uma equipe multiprofissional, realizarão exames e profilaxias indicadas, receberão acompanhamento ambulatorial, entre outros. Quando a situação de violência sexual resultar em gravidez, é preciso garantir à adolescente o acesso ao serviço de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei. Nessas situações, a atenção deverá levar em consideração o conjunto de procedimentos previstos nas normativas em vigor, o contexto em que a adolescente está inserida, assim como a sua autonomia e decisão (BRASIL, 2017).

No que se refere ao suicídio na adolescência, verifica-se que mais da metade dos adolescentes e jovens que morreram por essa causa já haviam experimentado a tentativa de suicídio pelo menos uma vez. A ingestão de altas doses de medicamentos constitui o método mais comum de tentativas de suicídio entre as mulheres; já a maioria dos adolescentes do sexo masculino usa armas de fogo e tenta o enforcamento. O MS aponta algumas condutas que são essenciais como medidas preventivas ao suicídio (BRASIL, 2017):

- Abordar com o adolescente o tema do suicídio, independentemente de ele parecer ou apresentar sintomas de depressão.
- Observar aspectos individuais como autoestima baixa, fracasso escolar, isolamento, sinais de transtornos orgânicos e psicológicos, uso e abuso de drogas, dificuldades com a própria identidade de gênero, sentimentos de exclusão.
- Observar aspectos familiares como dissociação familiar, relacionamento desarmônico entre os pais, comunicação comprometida com a família, falta de apoio dos pais e violência na família.
- Observar características do grupo de companheiros, que podem apresentar valores em conflito com a realidade pessoal e social, além das dificuldades de se integrar nas normas culturais.
- Realizar interconsulta, quando necessário, ou atenção conjunta aos profissionais da Saúde Mental da Atenção Básica e/ou referenciar para centro de especialidades em saúde mental.

Para Saito (2014), as propostas de prevenção aos riscos nas escolas devem ser desenvolvidas dentro de uma relação educador e aluno que deverá contemplar algumas premissas para que se efetive a sua eficácia, que são as seguintes:

- Não imaginar o outro como conteúdo vazio a ser preenchido com os valores do orientador. Lembrar que educadores e educandos têm valores, histórias de vida e propostas diferentes que incluem, inclusive, o exercício da sexualidade.

- Abandonar critérios morais de julgamento, substituindo-os por outros de proteção ao indivíduo, à sua saúde e a seu projeto de vida.
- Esquecer do autoritarismo e dar lugar à autoridade como sinônimo de competência, que admite o diálogo e a troca como proposições básicas na construção do outro.
- De forma específica, o pediatra jamais deverá esquecer que, por trás da doença, por mais grave que ela seja, estará sempre presente o adolescente, portador, por vezes, de riscos ainda mais significativos que exigirão atenção e preparo do profissional cada vez maiores na difícil tarefa de, pelo menos, minorar os agravos.

Na atenção integral e no cuidado à saúde desse segmento populacional, deve-se considerar um conjunto de fatores causais que apontam para a necessidade de integração das políticas de saúde e de outras políticas sociais que considerem os padrões de conduta e de valores sociais historicamente construídos, as iniquidades sociais e seus fatores constitutivos, entre outras questões que influenciam nas diferenças de expectativas e de papéis sociais de adolescentes e, como consequência, em suas trajetórias de vida e suas decisões (BRASIL, 2017).



Cabe aos profissionais de saúde, em particular ao enfermeiro, estabelecer estratégias de cuidado compartilhadas, construídas a partir da perspectiva e das necessidades dos adolescentes.

No acolhimento, deve ser favorecida a formação de vínculos e o exercício do cuidado, proporcionando segurança e tranquilidade para que adolescentes e suas famílias possam falar de angústias, dúvidas e aflições e que se sintam acolhidos pela unidade de saúde. Com relação ao uso de drogas, é importante atentar que o profissional deve estar apto para identificar os adolescentes com problemas relacionados com a ingestão aguda ou crônica de drogas, bem como reconhecer suas possibilidades e limites no manejo e encaminhar adequadamente aos serviços de referência (BRASIL, 2017). Para isso, o enfermeiro deve seguir e observar as seguintes ações:

- Atuar nas escolas do bairro, em organizações juvenis e junto às famílias, buscando entender o que leva ao uso, as regras de convivência, as regras sociais da comunidade, as possibilidades de autocuidado e promover, de forma sistemática, atividades de prevenção. Essas atividades devem ser criativas, bem-humoradas e de fácil assimilação para que os adolescentes se sintam envolvidos.
- Estar bem informado quanto à farmacologia, efeitos e complicações das principais drogas usadas na região, e procurar saber os tipos mais frequentes de drogas usadas pelos adolescentes.
- Conhecer as leis municipais, os serviços judiciários e os conselhos tutelares para o encaminhamento, sempre que necessário.

- Desenvolver atividades de promoção de saúde com a participação de adolescentes na decisão de não fumar. Deve-se ficar atento ao fato de que o indivíduo pode evoluir da sua condição de fumante experimental para dependente da nicotina em um período de 1 ano ou menos.

É importante destacar a importância dos espaços construídos para a emergência das contradições sociais, das discussões e reflexões sobre a temática no cotidiano. No desenvolvimento das ações de promoção da saúde, é preciso demonstrar e discutir conflitos vivenciados com a participação dos adolescentes, expondo seus pontos de vista e sentimentos. A construção de um vínculo de confiança, a escuta sem julgamento e o envolvimento nas atividades de rotina podem propiciar a livre expressão e uma reflexão sobre as situações de vulnerabilidade e riscos. Nesse sentido, propostas de prevenção devem conter liberdade, responsabilidade e compromisso, fazendo com que a informação funcione como instrumento para que adolescentes de ambos os sexos possam ponderar decisões e fazer escolhas mais adequadas (BRASIL, 2017).



Cabe aos profissionais de saúde, em particular ao enfermeiro, estabelecer estratégias de cuidado compartilhadas, construídas a partir da perspectiva e das necessidades dos adolescentes.

No acolhimento, deve ser favorecida a formação de vínculos e o exercício do cuidado, proporcionando segurança e tranquilidade para que adolescentes e suas famílias possam falar de angústias, dúvidas e aflições e que se sintam acolhidos pela unidade de saúde. Com relação ao uso de drogas, é importante atentar que o profissional deve estar apto para identificar os adolescentes com problemas relacionados com a ingestão aguda ou crônica de drogas, bem como reconhecer suas possibilidades e limites no manejo e encaminhar adequadamente aos serviços de referência (BRASIL, 2017). Para isso, o enfermeiro deve seguir e observar as seguintes ações:

- Atuar nas escolas do bairro, em organizações juvenis e junto às famílias, buscando entender o que leva ao uso, as regras de convivência, as regras sociais da comunidade, as possibilidades de autocuidado e promover, de forma sistemática, atividades de prevenção. Essas atividades devem ser criativas, bem-humoradas e de fácil assimilação para que os adolescentes se sintam envolvidos.
- Estar bem informado quanto à farmacologia, efeitos e complicações das principais drogas usadas na região, e procurar saber os tipos mais frequentes de drogas usadas pelos adolescentes.

- Conhecer as leis municipais, os serviços judiciários e os conselhos tutelares para o encaminhamento, sempre que necessário.
- Desenvolver atividades de promoção de saúde com a participação de adolescentes na decisão de não fumar. Deve-se ficar atento ao fato de que o indivíduo pode evoluir da sua condição de fumante experimental para dependente da nicotina em um período de 1 ano ou menos.

É importante destacar a importância dos espaços construídos para a emergência das contradições sociais, das discussões e reflexões sobre a temática no cotidiano. No desenvolvimento das ações de promoção da saúde, é preciso demonstrar e discutir conflitos vivenciados com a participação dos adolescentes, expondo seus pontos de vista e sentimentos. A construção de um vínculo de confiança, a escuta sem julgamento e o envolvimento nas atividades de rotina podem propiciar a livre expressão e uma reflexão sobre as situações de vulnerabilidade e riscos. Nesse sentido, propostas de prevenção devem conter liberdade, responsabilidade e compromisso, fazendo com que a informação funcione como instrumento para que adolescentes de ambos os sexos possam ponderar decisões e fazer escolhas mais adequadas (BRASIL, 2017).



As práticas educativas voltadas para a promoção da saúde buscam despertar os adolescentes para o esclarecimento de suas dúvidas de forma clara e aberta, possibilitando a sua participação na decisão de seu futuro e autonomia e fortalecimento da autoestima e da assertividade, diminuindo a incidência de fatores de vulnerabilidade e riscos, como a gravidez na adolescência e infecções sexualmente transmissíveis, o uso de substâncias químicas etc.

As ações educativas para adolescentes são as principais medidas preventivas para evitar comportamento de risco na adolescência. Elas devem ser desenvolvidas a partir das principais necessidades psicossociais e físicas do adolescente, sempre respeitando seus direitos como cidadãos. Devem contribuir para que eles desenvolvam uma reflexão crítica de sua vida, objetivando aumentar sua autoestima, autoconfiança e autocuidado. Para a realização e o alcance de ações educativas contínuas, sugere-se um planejamento das temáticas que proponham estimular o adolescente a refletir sobre seu processo de socialização, o cuidado com seu corpo, as possíveis vulnerabilidades sociais, reprodutivas e sexuais, sua sexualidade e a promoção de sua saúde. Por meio dessas reflexões são possibilitados o autoconhecimento, o conhecimento do papel social, do seu corpo e das modificações oriundas da puberdade, da apresentação social e de sua sexualidade, das questões relativas ao gênero e de sua autoestima (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2010).

As ações educativas têm como base o paradigma da integralidade e da humanização da assistência ao adolescente. Algumas temáticas aparecem de forma recorrente na abordagem com adolescentes, entre elas:

- corpo na adolescência;
- sexualidade;
- gênero;
- direitos dos adolescentes;
- violência;
- drogas;
- relação familiar e social;
- saúde sexual e reprodutiva, como a gravidez na adolescência;
- cuidado com o corpo, sexo protegido e métodos contraceptivos.

O profissional precisa estar preparado a discutir tais temáticas, não no sentido de conhecer para prescrever condutas e comportamentos adequados como respostas prontas para os problemas, mas sim na perspectiva de ampliação das percepções, das representações e das múltiplas facetas que as envolvem como reconhecimento do contexto vivido pelos adolescentes (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2010). Para isso, é fundamental um reconhecimento prévio do contexto vivido pelos adolescentes para constituir uma sensibilização e instrumentalização para a ação educativa. Contudo, o profissional não determina quais temáticas devem ser abordadas com os adolescentes. Seria importante levar em consideração os princípios da ação educativa dialógica, na qual os adolescentes são sujeitos do processo, logo, participam ativamente da escolha do tema a ser abordado, assim como do planejamento da atividade, conforme seus interesses e demandas (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2010).

As ações previamente formatadas, apesar de bem intencionadas e bem planejadas, fornecem informações aparentemente relevantes para evitar comportamentos de risco, mas tendem a não alcançar o objetivo de transformação da realidade, pois não tiveram como ponto de partida o sujeito da ação, logo, não fazem sentido para seu público-alvo, evidenciando a necessidade dos sujeitos no processo ativo na escolha do tema a ser abordado para que se garanta uma ação de forma concreta e efetiva.

3 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A sexualidade é uma das dimensões inerentes à vida e à saúde do ser humano que se manifesta desde o nascimento. Trata-se de um fenômeno multifatorial, com aspectos biológicos, psicológicos, culturais, históricos e sociais, que influencia na sua maneira de ser, de compreender e de viver no mundo como homem ou mulher. A sexualidade não é um fenômeno apenas da natureza, não se remete somente à reprodução biológica. Dentro de uma determinada sociedade e cultura, suas expressões nas condutas e nas práticas sexuais, nos sentimentos, nos vínculos amorosos e nos desejos pessoais são influenciadas pela forma como essa sociedade se organiza, pelas relações constituídas entre as pessoas que dela fazem parte, além de receber as influências dos mitos e tabus culturais (BRASIL, 2017).

3.1 Sexualidade na adolescência

Para que a sexualidade seja exercida de maneira equânime nas relações pessoais é preciso que os direitos de cidadania estejam presentes e sejam respeitados. A Constituição Federativa do Brasil de 1988 garante como direitos fundamentais o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto e aos direitos sexuais e reprodutivos. Estes últimos contemplam os princípios da diversidade humana, especialmente a sexual, além do princípio da saúde, da igualdade, da autonomia e o princípio da integridade corporal, que estão fundamentados nos macro princípios éticos previstos na Constituição (BRASIL, 2017). São direitos sexuais:

- viver a sexualidade com respeito pelo próprio corpo e pelo do parceiro;
- escolher o parceiro sexual sem medo, culpa, vergonha ou falsas crenças;
- escolher se quer ou não ter uma relação sexual sem fins reprodutivos;
- expressar livremente sua orientação sexual;
- ter acesso à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Os direitos reprodutivos evidenciam o direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas os terão. Compreendem o direito de os indivíduos acessarem informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos e o direito de exercerem a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, coerção e violência (BRASIL, 2017).

A sexualidade na adolescência, ocasionada pela puberdade, se manifesta em diferentes e surpreendentes sensações corporais, em desejos ainda desconhecidos e em novas necessidades de relacionamento interpessoal, tornando-se um foco importante de preocupação e de curiosidade para os adolescentes. Nesse âmbito, os valores, as atitudes, os hábitos e os comportamentos estão em processo de formação e solidificação. A forma como os adolescentes expressam e vivem a sua sexualidade é influenciada por vários fatores entre os quais estão os seguintes (BRASIL, 2017):

- qualidade das relações, emocional e afetiva, que viveram com as pessoas significativas na infância e na sua vivência atual;
- relações com seus grupos de pares;
- transformações físicas, psicológicas, cognitivas e sociais trazidas pelo crescimento e desenvolvimento e pelo início da capacidade reprodutiva;
- valores, crenças, normas morais, mitos e tabus, e tradições da família e da sociedade na qual estão inseridos.

Ao assumirem a sua sexualidade, os adolescentes começam a conhecer e a experimentar o corpo por meio das atividades autoeróticas. No grupo de companheiros e companheiras, vivenciam novos papéis e assimilam novos valores. Esses valores e o comportamento dos amigos se tornam importantes para os adolescentes pelo natural distanciamento dos pais em direção a uma maior independência. Esses novos grupos oferecem uma nova estrutura de padrões sociais e sexuais que se somarão aos outros fatores, já assimilados, na adoção de comportamentos e na

maneira de viver e de expressar a sexualidade. É nesse momento, que eclodem as primeiras paixões, o relacionamento com outros adolescentes acontecem de diferentes maneiras, de acordo com os comportamentos prevalentes e mais aceitos no grupo e na sociedade a que pertencem, construindo a sua rede de experimentações da sexualidade genital e das trocas afetivas, modelando as suas necessidades em saúde sexual e em saúde reprodutiva (BRASIL, 2017).



A sexualidade é um aspecto central da vida das pessoas e envolve sexo, papéis sexuais, orientação sexual, erotismo, prazer, envolvimento emocional, amor e reprodução. É experimentada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Assim como para um adulto, na adolescência, a sexualidade envolve, além do corpo, a história, os costumes, as relações afetivas e a cultura. (BRASIL, 2013).

Frente a esse novo mundo de possibilidades e de experimentação da sexualidade e da reprodução, o adolescente, ao vivenciá-las com inseguranças, dúvidas e desconhecimentos sobre a própria sexualidade, em vergonhas, estereótipos, medos e preconceitos, aumenta a vulnerabilidade dos problemas nesse campo, principalmente quando não encontram apoio familiar e social e políticas que esclareçam e informem sobre as questões da sexualidade.

A sexualidade e a reprodução são dimensões fundamentais da saúde que condicionam a qualidade de vida; o bem-estar físico, psicológico, social; a satisfação e o prazer. Com isso, evidencia-se a necessidade de pautas pelo direito à saúde, de um largo suporte de políticas dos setores sociais na realização de processos de trabalho intersetoriais, interdisciplinares e participativos, para uma atenção integral direcionada para as singularidades e apropriada à vida atual e às demandas dos adolescentes, principalmente no cenário contemporâneo (BRASIL, 2017).

As políticas e os programas de saúde voltados para pessoas jovens nem sempre levam em consideração que a sexualidade é parte do desenvolvimento humano e os conceitos de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo, com frequência, não se incluem nas intervenções de saúde sexual e de saúde reprodutiva (BRASIL, 2013). Além disso, os serviços de saúde nem sempre estão preparados para entender as singularidades e para uma visão integral das necessidades em saúde dos adolescentes, como preconizado pelo artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Verifica-se que ainda não há espaços e suportes adequados e resolutivos às demandas necessárias para a atenção à saúde sexual na adolescência, como, por

exemplo, orientação, proteção ou recuperação da sua saúde sexual e da saúde reprodutiva. As desigualdades e as diferenças, assim como a percepção do crescimento e do desenvolvimento do corpo, na maioria das vezes, não são considerados no trabalho com os adolescentes, o que acaba por definir procedimentos de homogeneização e de simplificação no atendimento à saúde dessa população (BRASIL, 2017).

O adolescente que vive a evolução da sexualidade é, em geral, imaturo para lidar com impulso sexual voltado para a genitalidade dentro de um corpo em todo momento renovado por mudanças marcantes. Muitas vezes, existirá um conflito paradoxal entre o físico totalmente pronto para reprodução e o psíquico despreparado. Ou o adolescente poderá se apresentar, ao mesmo tempo, onipotente e impotente para enfrentar o novo; tímido e ousado para viver a sexualidade, em que estão igualmente colocados prazer e risco. Cabe ainda mencionar o amor, pois os adolescentes são amadores na arte de amar, talvez ainda lhes falte a clareza de sentimentos, talvez estejam em busca do grande amor único e perfeito. O tempo lhes dará a maior intimidade com as escolhas mais definitivas que envolvem construção, constância, lealdade profundidade e parcerias (BRASIL, 2007).



Todo adolescente tem o direito e o dever à realização pessoal e social. É preciso ter em mente que ele é um ser sexuado e que não deve existir liberdade sem responsabilidade; porém, entraves socioculturais podem dificultar a aquisição dessas responsabilidades. É por isso que a informação é um bom instrumento, embora haja necessidade de introjetá-la, em conjunto com a reflexão, que é imprescindível para alterar valores e crenças.

Dessa forma, ao discutir a sexualidade na adolescência, a primeira preocupação será não encará-la como sinônimo de sexo ou de relação sexual, mas sim de entendê-la como parte inerente do processo de desenvolvimento da personalidade. Assim, a sexualidade apresenta-se de forma singular em cada momento da vida, desde a concepção até a morte, e deve-se ter o entendimento de que não existe uma sexualidade da criança, outra do adolescente, e outra do adulto ou do idoso.

3.2 INADEQUAÇÃO SEXUAL DO ADOLESCENTE: FATORES DE RISCO

A adolescência é o grupo etário que mais mobiliza preocupações quanto ao comportamento sexual de risco. No Brasil, a atenção integral ao adolescente ainda é um desafio para as políticas públicas, nas áreas da saúde e da educação, por não atingirem de forma satisfatória a grande maioria dessa população. Segundo o censo de 2010, o País conta com cerca de 34 milhões de jovens de 10 a 19 anos de

idade, representando cerca de 17,9% da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019) que, em sua maior parte, ainda é carente de condições mínimas que atendam às necessidades de alimentação, moradia, saneamento, emprego e salário digno para garantir as condições de vida saudável. Todo esse cenário somado às mudanças sociais vividas nas últimas décadas relacionadas à maior liberdade para o comportamento sexual, tem influenciado de forma direta nas relações de saúde dos adolescentes em razão dos seguintes aspectos:

- início cada vez mais precoce da vida sexual;
- não uso ou uso inadequado de preservativos;
- aumento de casos de infecção pelo HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- altos índices de gravidez precoce, abortos e casos de violência sexual.

Muitos desses problemas ocorrem pelo fato de as políticas públicas para essa população, além dos serviços de saúde e de educação, demonstrarem dificuldade em tratar esse tema (SILVA *et al.*, 2015).

Uma pesquisa sobre a saúde escolar realizada pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), em 2012, em escolas brasileiras, públicas e privadas, demonstrou que 28,7% dos estudantes do 9º ano (13 a 15 anos de idade) já tinham iniciado sua vida sexual; desses, 26% não usaram nenhum método de prevenção de gravidez ou de ISTs na última relação. Como resultado desses comportamentos, os adolescentes ficam expostos à gravidez não planejada, aos abortos e às ISTs. Em outro estudo realizado por Silva *et al.* (2015) com 323 adolescentes, os dados mostraram que praticamente metade dos jovens já havia iniciado sua vida sexual (48,9%), cuja idade média de início era de cerca de 14 anos. O início precoce pode estar relacionado aos vários fatores típicos vivenciados na adolescência:

- conflitos e questionamentos;
- mudanças físicas, emocionais e sociais;
- influência dos veículos de informação e a mídia que, por vezes, tratam a sexualidade com excesso de naturalidade ou oferecem informações distorcidas sobre o assunto.

Esses fatores somados à liberdade e à sensação de autonomia dos jovens, além da carência de informações e orientações seguras sobre o sexo e a sexualidade, contribuem para comportamentos de risco entre os adolescentes. A literatura apresenta que as características dos jovens, com frequência, associadas ao comportamento sexual de risco são (CRUZEIRO *et al.*, 2010):

- uso de drogas ilícitas, de cigarro e de álcool;
- atraso escolar;
- história de abuso sexual;
- sexo;
- nível socioeconômico;
- escolaridade;

- idade;
- idade e estado civil dos pais.

O fator de risco mais observado é o não/raro uso de preservativos nas relações sexuais. Tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, observa-se uma tendência da ocorrência, cada vez mais precoce, da menarca, o que expõe as jovens ao risco de gravidez. Aos 14 anos de idade, aproximadamente, 90% das meninas já apresentaram a menarca. Paralelamente a isso, verifica-se que o início da vida sexual também é precoce e grande parte desses jovens não utiliza proteção adequada, expondo-se à gravidez e às ISTs (GONÇALVES *et al.*, 2015).



ISTs são as doenças causadas por vírus, por bactérias ou por outros micróbios, e transmitidas principalmente nas relações sexuais. Algumas das principais ISTs são: HIV/aids, sífilis, sífilis congênita, hepatite B, gonorreia, herpes genital, infecção pelo papilomavírus humano e carcinoma.

A gravidez nessa fase etária é considerada um problema de saúde pública, em razão do aumento no número de casos. Envolve um processo de transformação pelo qual passam as jovens brasileiras e representa um desafio para equipe multiprofissional, entre os quais destacam-se a saúde e a educação, que acarretam consequências biológicas, sociais e emocionais. A atenção adequada às necessidades sociais em saúde de adolescentes grávidas torna-se imprescindível na identificação e no conhecimento preciso da magnitude dos problemas, no intuito de estabelecer as prioridades na elaboração de projetos que viabilize uma assistência integral à saúde das adolescentes (CÔRTEZ, 2012).

A gravidez na adolescência pode gerar as mais diversas repercussões psicossociais, emocionais, biológicas e perinatais, como, por exemplo:

- baixa escolaridade;
- condições socioeconômicas desfavoráveis;
- ausência do companheiro;
- uso de drogas lícitas ou ilícitas.

Outras repercussões negativas são o aborto provocado, que se deve ao temor da reação dos pais diante da gravidez inesperada, e a falta de condição financeira para manutenção da vida do filho com qualidade, principalmente quanto à oferta de alimentação e de educação, contudo, as adolescentes que mais recorrem ao aborto estão inseridas nas classes sociais de níveis mais elevados e com melhores perspec-

tivas de vida. Além disso, entre os agravos sociais vivenciados com a gravidez na adolescência estão a limitação na escolha da vocação, o abandono escolar, a pobreza persistente, a superação dos pais e a reincidência da gravidez (NERY *et al.*, 2011).



A gravidez na adolescência nem sempre é fruto de irresponsabilidade, de atos inconsequentes ou de falta de instrução. Para muitos adolescentes, engravidar faz parte do projeto de vida atual, não é um acidente no percurso, mas sim o desejo concreto.

Para ressignificar o sentido da gravidez na adolescência, é preciso compreender que esse significado é variável conforme as circunstâncias nas quais a gravidez acontece. Ela será diferente conforme o momento em que ocorre — no início ou no fim da adolescência — e também conforme o extrato social ao qual a adolescente pertence — classe média, classe trabalhadora urbana, meio rural ou populações de alto risco, como, por exemplo, meninas de rua. Nesse sentido, a assistência ao pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, por meio de um diálogo franco, com sensibilidade e capacidade de percepção do profissional que acompanha o pré-natal. Essas são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da adolescente e da sua família (NERY *et al.*, 2011).

3.3 MEDIDAS PREVENTIVAS DE AGRAVOS

Para promover a saúde sexual e a saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, é fundamental realizar ações educativas sobre sexualidade, gênero, saúde sexual e saúde reprodutiva. Nesse contexto, essas ações tornam-se essenciais, por ser esse o período em que os jovens se mostram mais curiosos sobre a temática. Porém, o desenvolvimento dessas ações ainda enfrenta alguns obstáculos, como:

- despreparo de muitos professores para abordar e esclarecer dúvidas sobre o tema, enquanto outros ainda esperam que esse papel seja realizado pelos pais dos adolescentes;
- outros pais e até mesmo professores se mostram contrários à educação sexual nas escolas, pois temem que o aumento do conhecimento dos alunos incentive a experimentação e a promiscuidade;
- baixa inserção dos adolescentes nos serviços públicos de saúde.

Apesar das iniciativas para a inserção dos profissionais de saúde da atenção primária na realização dessas atividades educativas nas escolas, elas ainda são pouco frequentes e descontínuas. Um dos motivos é que há interesses conflitantes entre os

professores, pais e alunos sobre a educação sexual no ambiente escolar. Muitas vezes, os pais requerem que os professores tenham a didática voltada mais para a educação moral (SILVA *et al.*, 2015).

As ações educativas devem ter como princípio a igualdade entre homens e mulheres, incentivar o respeito mútuo nas relações e rejeitar todas as formas de violência, bem como atitudes discriminatórias, como a discriminação contra homossexuais ou a ridicularização dos adolescentes e jovens que não sejam sexualmente ativos. As informações oferecidas devem ser completas e precisas sobre sexualidade, anticoncepção, gravidez e proteção contra ISTs. É importante que as ações educativas se desenvolvam em diferentes espaços, nas escolas, nas associações comunitárias, nos serviços de saúde, no domicílio, entre outros, buscando-se o envolvimento dos pais e familiares. A garantia dos direitos sexuais, dos direitos reprodutivos e da atenção integral à saúde dessa população é uma questão de direitos humanos (BRASIL, 2013).

É importante valorizar, promover e incentivar o autoconhecimento, que implica buscar conhecer a si próprio, os valores, o modo de ver e viver a vida e as relações com os outros, em tomar contato com os sentimentos, conhecer corpo e identificar as suas potencialidades e dificuldades. Nesse sentido, as ações educativas que promovem o autoconhecimento e que buscam dialogar sobre a prática sexual e a sexualidade de adolescentes, com vistas à promoção da saúde sexual, são cada vez mais necessárias para a construção de projetos de vida que buscam lidar com a sexualidade de forma responsável e prazerosa por meio do conhecimento de seu corpo, suas formas de obter prazer e compreensão dos riscos a que alguns comportamentos os expõem (BUSS, 2014).

No entanto, as práticas educativas para a saúde de adolescentes precisam incorporar ações no combate às desigualdades e iniquidades relacionadas à raça, à etnia, ao gênero e à orientação sexual e a outras formas de exclusão e de discriminação. Assim, as ações educativas, seja na atenção básica, de média ou alta complexidade, devem possibilitar que os adolescentes assumam um papel de sujeito de sua história, o próprio agente de mudanças, em termos individuais e sociais. Ao compreenderem as questões de saúde sexual presentes no seu cotidiano, os adolescentes poderão realizar o autocuidado com base em uma prática que lhes faça sentido, permitindo-lhes desenvolver ações de cuidado mais plausíveis e concretas. Dessa forma, as práticas educativas para a saúde dos adolescentes devem contribuir para que eles desenvolvam uma reflexão crítica de sua vida, objetivando aumentar sua autoestima, autoconfiança e autocuidado (BUSS, 2014).

3.4 CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM NA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES

Considerando que as práticas educativas em saúde direcionadas aos adolescentes têm seu primeiro passo no acolhimento das demandas específicas dessa população jovem, é necessário reorganizar os serviços e o papel dos diversos atores envolvidos no atendimento dessa população. O desafio do acolhimento das

demandas específicas dos adolescentes é imposto por dois motivos, pelo menos. Os adolescentes tendem a se agrupar para fortalecimento da pertença e da afirmação como sujeitos sociais. Logo, a formação de atividade educativa coletiva é facilitada dessa forma, em que as experiências são socializadas e o conhecimento consolidado. Por outro lado, há que se oferecer espaço individual para a privacidade do compartilhamento de questões particulares que não convém ao adolescente dividir de forma coletiva.

Outro aspecto que merece destaque é a tendência dos adolescentes em não procurar as unidades de saúde, sendo necessária uma busca ativa para estabelecer uma ação educativa nesses espaços. Ou, de forma mais eficiente, conhecer o território, levantar os espaços de maior circulação e atração para os adolescentes e estabelecer a atividade no espaço que lhe é familiar (escola, associação de moradores, quadra esportiva, praça, entre outros espaços de convivência), favorecendo sua adesão (CARINHANHA; PENNA, 2012).



O atendimento em enfermagem não pode ser apenas um momento de realização de vacina ou de outro procedimento técnico, ou ainda, um local para esclarecer algumas informações que o médico não fez, mas sim um local de realização da prática educativa.

Por tratar-se de adolescentes há a necessidade de os profissionais, em particular os enfermeiros envolvidos no atendimento a essa população, conhecerem as especificidades da atenção a adolescentes e compreenderem os determinantes sociais que permeiam a vida desses jovens. As necessidades de saúde dos jovens não podem ser encaradas de forma isolada, uma vez que estão diretamente relacionadas ao contexto no qual estão inseridos. Ao se lidar com os adolescentes, é necessário que se compreenda o seu funcionamento em seu processo de sobrevivência, seus mecanismos de manejo em relação a tantas situações adversas, para promover ações de cuidado que alcancem suas reais necessidades.

O Quadro 1, a seguir, apresenta algumas ações que podem ser realizadas pelo enfermeiro no atendimento clínico ao adolescente, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

QUADRO 5 – AÇÕES DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO CLÍNICO AO ADOLESCENTE

Adolescentes em geral	Adolescentes vítimas de violência sexual e de outros tipos de violência	Gestantes adolescentes	Adolescentes com ISTs
• Realizar consultas clínicas • Encaminhar para as referências, se necessário • Incluir adolescentes e jovens nas ações coletivas, individuais de prevenção e acompanhamento de ISTs/aids, se for necessário • Ofertar e/ou encaminhar para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites • Fornecer preservativos sem barreiras, (independentemente de estar cadastrado no programa da unidade básica de saúde ou ter prescrição médica, entre outros entraves burocráticos) • Disponibilizar métodos anticoncepcionais de emergência • Reforçar a dupla proteção • Realizar aconselhamento, priorizando os passos de reflexão sobre o contexto de vulnerabilidade de adolescentes e jovens • Incluir os/as adolescentes e jovens nas ações coletivas e individuais de planejamento sexual e reprodutivo • Orientar os pais ou responsáveis legais de adolescentes que buscam orientações • pertinentes sobre saúde sexual, garantindo o direito ao sigilo e autonomia do adolescente • Verificar as razões da recusa de adolescentes em terem os pais na consulta sobre saúde sexual se for o caso	• Realizar consultas clínicas • Realizar todas as ações previstas no protocolo básico e realizar os exames necessários • Tratar as iSTs/aids e acompanhar a evolução clínica • Evitar a gravidez indesejada pós-estupro, com a anticoncepção de emergência • Preencher a ficha de notificação compulsória de violência sexual e encaminhar uma cópia ao Conselho Tutelar, ao Ministério Público, à Vara da Infância e da Juventude, às Delegacias da Criança e Adolescentes ou às delegacias locais • Orientar os pais ou os responsáveis sobre os direitos de adolescentes e suas responsabilidades de proteção sobre os adolescentes.	• Realizar consultas clínicas, incluindo pré-natal e puerpério • Realizar exames de rotina, incluindo testes para HIV • Incluir os adolescentes nas ações de planejamento sexual e reprodutivo • Incentivar a formação de grupo de adolescentes grávidas em conjunto com seus parceiros • Notificar, dependendo do caso, a gravidez de adolescente de 10 a 14 anos de idade, guardadas as recomendações sobre o sigilo	• Curar as infecções possíveis • Interromper os sintomas das doença • Evitar as complicações advindas das ISTs • Interromper a cadeia de transmissão

Ao reconhecer as dificuldades de procura do adolescente ao serviço de saúde, que são motivados, muitas vezes, por vergonha ou por medo, ou então pela presença dos responsáveis ao lado, o profissional de enfermagem não deve perder tempo em relação ao acolhimento e aproveitar para realizar a educação em saúde individual e coletiva, podendo utilizar vídeos, dinâmicas de grupo, abordagem sobre cidadania, entre outras. É importante destacar que, em relação aos métodos anticoncepcionais, alguns são mais apropriados que outros na adolescência como podemos verificar a seguir.

- Camisinha masculina ou feminina — devem ser usados em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional, pois a camisinha é o único anticoncepcional que oferece dupla proteção, ou seja, protege das ISTs/aids e da gravidez não desejada.
- Métodos da tabela do muco cervical e da temperatura basal — são pouco recomendados, pois exigem disciplina e planejamento do adolescente, mas, nessa fases as relações sexuais, em geral, não são planejadas.
- Pílulas combinadas e injeção mensal — podem ser usadas na adolescência desde a primeira menstruação.
- Minipílula e injeção trimestral — não devem ser usadas antes dos 16 anos de idade.
- Dispositivo intrauterino — pode ser usado pelas adolescentes, entretanto as que nunca tiveram filhos correm mais risco de expulsão. Não é indicado para adolescentes que tenham mais de um parceiro sexual, ou cujos parceiros têm outros parceiros que não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois nessas situações, existe um risco maior de contrair ISTs.
- Ligadura das trompas e vasectomia — não são indicados para adolescentes.

O profissional deve orientar o adolescente e a sua família que, durante o exame físico, poderá haver outro profissional presente, como medida de segurança e de resguardo para o profissional e para o adolescente em relação a possíveis interpretações, por parte do próprio adolescente, de parentes ou de responsáveis, que possam colocar em dúvida a integridade ética e deontológica de conduta e procedimentos seguidos no atendimento. É importante esclarecer ao adolescente, antes do exame, tudo o que vai ser realizado (PENNA *et al.*, 2015; SOARES *et al.*, 2015).

Além desses aspectos abordados na consulta do adolescente, é preciso criar uma rede de cuidados que envolva parceiros comprometidos com o desenvolvimento da saúde integral dos adolescentes, portanto, engajados em um trabalho em equipe, interdisciplinar e intersetorial. Assim, a parceria com a família e os diversos setores não só da saúde, mas também da educação, da assistência social, do judiciário, da gestão, os quais têm relação direta com o adolescente, pode promover/possibilitar a construção da rede de cuidados necessária para atender às demandas de adolescentes. A atuação da equipe de enfermagem de forma direta nas ruas também pode constituir uma estratégia interessante para mobilizar e atender os adolescentes nas questões relativas à sua saúde no âmbito da integralidade (PENNA *et al.*, 2015; SOARES *et al.*, 2015).

A atenção à saúde do adolescente, pautada pelas políticas públicas, tem por objetivo resgatar a cidadania da população jovem e facilitar o processo de cons-

cientização dos adolescentes sobre si mesmos e de sua inserção no mundo como potencial transformador de uma realidade de vulnerabilidade para promotor de saúde. O papel do profissional de saúde, em particular o do enfermeiro, no contexto de promoção da saúde dos adolescentes, sobretudo nas ações educativas em saúde, deve considerar fundamental para o êxito de sua prática as seguintes ações (PENNA *et al.*, 2015; SOARES *et al.*, 2015):

- aproximar-se da realidade da vida do adolescente e de seus aspectos psicossociais e culturais;
- conhecer seus valores e princípios, bem como seus hábitos;
- compreender que os comportamentos e as atitudes dos jovens têm raízes histórico-sociais (gênero, classe, etnia).

No desenvolvimento de suas ações, o enfermeiro tem a missão fundamental de educar, de facilitar o processo de promoção da saúde, de auxiliar no autocuidado, na compreensão dos fatos, das situações, bem como de promover indagações que gerem reflexões e ações transformadoras direcionadas ao alcance da qualidade de vida. No que diz respeito à saúde de adolescentes, é necessário desenvolver práticas educativas que promovam a construção compartilhada do conhecimento, desvelar o cuidado dialógico em busca de uma adolescência saudável e, sobretudo, cidadã. É preciso considerar que os problemas de saúde, inclusive nos adolescentes, possuem componentes inter-relacionados que não podem ser tratados de forma isolada (ROSA *et al.*, 2006; BURGATTI *et al.*, 2013). É necessário utilizar estratégias de intervenção que não se preocupem somente em definir comportamentos corretos para todos os adolescentes, mas sim criar oportunidades para reflexão e interação dialógica entre esses atores sociais e seus respectivos contextos.

4 ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIA

Desde os tempos mais antigos, a família corresponde a um grupo social que exerce marcada influência sobre a vida das pessoas e é encarada como um grupo com uma organização complexa, inserido em um contexto social mais amplo com o qual mantém constante interação. O grupo familiar tem um papel fundamental na constituição dos indivíduos, é importante para determinar e organizar a personalidade, além de influenciar de forma significativa o comportamento individual por meio das ações e medidas educativas tomadas no âmbito familiar (PRATTA; SANTOS, 2007). A instituição família é responsável pelo processo de socialização primária dos adolescentes. Nessa perspectiva, tem como finalidade definir formas e limites para as relações estabelecidas entre as gerações mais novas e as mais velhas, propiciando a adaptação dos indivíduos às exigências do convívio em sociedade.

4.1 A FAMÍLIA NA CONTEMPORANEIDADE

A configuração nuclear formada por pai, mãe e filhos que vivem juntos no mesmo espaço e obedecem papéis sociais e culturais masculinos e femininos,

denominada família, é um fenômeno recente na história da humanidade. Em razão de importantes transformações que ocorreram com o advento da industrialização, na segunda metade do século XVIII, na Inglaterra, e de uma necessidade política de constituição de um espaço privado separado do espaço público, esse formato de família surgiu. A partir de então, a família foi incumbida da tarefa de assegurar a ordem social burguesa e de promover a formação das crianças em futuros cidadãos e trabalhadores. Dessa forma, o modelo nuclear heteronormativo, a família, foi erigida como a matriz de identidade na constituição dos sujeitos (ARÁN, 2003; RODRIGUEZ; GOMES; OLIVEIRA, 2017).

Embora esse modelo familiar tenha se mantido ao longo do tempo, tem passado por mudanças de grande importância nas últimas décadas, que marca uma passagem da família tradicional-patriarcal à família plural contemporânea. Esse novo modelo familiar vem se configurando de forma paralela a um intenso processo de transformações nas relações entre os sexos, os gêneros e as identificações, além de um novo papel das funções de pai e de mãe (RODRIGUEZ; GOMES; OLIVEIRA, 2017).

Frente a essa flexibilidade dinâmica e estrutural, acompanhada da perda do sentido da tradição, vincula-se, nessa reflexão acerca da família, a abertura que ela promove ao tratar dos vínculos intersubjetivos, possibilitando a compreensão dos novos arranjos familiares e relacionais como legítimas formas de vinculação. A reformulação do significado da palavra “família”, da nova edição do dicionário Houaiss (2016) acerca da definição mais apropriada para o termo, ficou assim estabelecida “Família: é o núcleo social de pessoas unidas por laços afetivos, que geralmente compartilham o mesmo espaço e mantêm entre si uma relação solidária”. Essa definição mostra-se mais completa do que a anterior: “Família: é um grupo de pessoas vivendo sob o mesmo teto, pai, a mãe e os filhos” (RODRIGUEZ; GOMES; OLIVEIRA, 2017).

Entretanto, revela-se que as transformações relacionais e vinculares que estão ocorrendo na contemporaneidade não são, no entanto, acompanhadas na mesma velocidade por uma alteração das representações sociais, conhecidas como realidades sociais ou ficções sociais (BOURDIEU, 2005). O que gera um descompasso entre as vivências, pois podem ser bastante diversificadas, sujeitas a muitas mudanças e representações e, ao mesmo tempo, podem ser enrijecidas e cristalizadas, incapazes de abranger a multiplicidade dos acontecimentos contemporâneos. Mesmo com o aparecimento crescente de novos arranjos familiares, atualmente, permanece no imaginário social um modelo de família regido pela heteronormatividade. A ampliação do conceito de família e suas múltiplas possibilidades resulta na dificuldade de concentrar um sentido único a ela. Perdem os sentidos os lugares masculinos e femininos na família ocupados pelos homens e pelas mulheres; eles circulam e com mais intensidade, instigando-nos a repensar algumas fórmulas acerca da norma e do gênero.

Considerando todas essas mudanças que tem ocorrido, a busca pela preservação da família como uma instituição natural, a-histórica e sagrada, parece ainda perdurar, mesmo se tornando a família nuclear cada vez mais uma experiência minoritária. Com isso, juntamente com os avanços da tecnologia e com as novas

legislações, aumentam os questionamentos dessa ordem simbólica, o que tem gerado controvérsias acerca do conceito família, resultando em uma batalha política e psicanalítica (RODRIGUEZ; GOMES; OLIVEIRA, 2017).



No âmbito família, nos deparamos com arranjos diversos na contemporaneidade, como, por exemplo, as famílias monoparentais por opção, as pluriparentais, as formadas por casais sem filhos por opção, a família homoparental, entre outras (RODRIGUEZ; GOMES; OLIVEIRA, 2017).

Essas transformações no contexto familiar começaram a partir de meados do século XX, e continuam até os dias atuais, principalmente nos aspectos econômicos, sociais e trabalhistas. São vários os fatores que corroboram essas mudanças, tais como:

- processo de urbanização e industrialização;
- avanço tecnológico;
- incremento das demandas de cada fase do ciclo vital;
- maior participação da mulher no mercado de trabalho;
- aumento no número de separações e divórcios;
- diminuição das famílias numerosas;
- empobrecimento acelerado;
- diminuição das taxas de mortalidade infantil e de natalidade;
- elevação do nível de vida da população;
- transformações nos modos de vida e nos comportamentos das pessoas;
- novas concepções em relação ao casamento;
- alterações na dinâmica dos papéis parentais e de gênero.

Esses fatores, entre outros, tiveram um impacto direto no âmbito familiar, contribuíram para o surgimento de novos arranjos que mudaram a “cara” dessa instituição (PRATTA; SANTOS, 2007). Essas transformações levaram ao surgimento de configurações da organização familiar diferentes do modelo anterior. Começa, assim, a emergir uma nova concepção de família, denominada de família igualitária. A partir dessa nova estruturação, homens e mulheres estão atuando em condições mais ou menos semelhantes no mercado de trabalho formalmente remunerado, começando a dividir as tarefas domésticas e a educação dos filhos, ainda que a maior parte dessas tarefas se mantenha a cargo da mulher, que vem confrontando os desafios do mundo do trabalho procurando conciliar a vida profissional e a familiar. Além disso, a maior participação da mulher no mercado de trabalho formalmente remunerado, provocou mudanças nos padrões conjugais e familiares social e culturalmente estabelecidos,

levando a uma reorganização dos papéis familiares tradicionais referentes a homens e mulheres, ressignificando a importância dos papéis do homem na família. O homem passa a ser incentivado a manter um maior envolvimento afetivo com os filhos, terminando com a distância da figura paterna, figura de autoridade, e mãe próxima, figura de afeto. Ele deve, portanto, ter uma participação ativa na criação dos filhos, percebendo que pode contribuir para o desenvolvimento destes de uma forma mais agradável e satisfatória do que a concebida pelo papel tradicional disciplinar (PRATTA; SANTOS, 2007).

Frente a essas alterações, a tendência atual da família moderna é ser cada vez mais simétrica na distribuição dos papéis e obrigações, ou seja, uma família marcada pela divisão, entre os seus membros, referente às tarefas domésticas, aos cuidados com os filhos e às atribuições externas, sujeita a transformações constantes, devendo ser, portanto, flexível para poder enfrentar e se adaptar às rápidas mudanças sociais inerentes ao momento histórico em que vivemos.

No que diz respeito às relações entre pais e filhos, esse padrão também se modificou, não sendo mais baseado na imposição da autoridade e sim na valorização de um relacionamento aberto, pautado na possibilidade de diálogo, o qual é considerado um elemento importante dentro do contexto familiar, principalmente no que se refere à convivência entre os membros da família. A educação dos filhos perdeu, portanto, seus aspectos autoritários, acrescentando mais questões relacionadas à afetividade (PRATTA; SANTOS, 2007).

Assim, a sociedade contemporânea abre questionamentos constantes sobre a funcionalidade da instituição familiar (ALMEIDA, 2012; RODRIGUEZ; GOMES; OLIVEIRA, 2017), que nos impele a refletir sobre sua viabilidade como instância de proteção e de apoio emocional para seus membros. Diante das rupturas e dos deslocamentos nas relações de sexo e gênero, a família não pode mais ser considerada a única base para a construção identitária, mas sim um espaço relacional, mais do que como uma instituição, na qual se verifica uma demanda, explícita ou não, de autonomia pessoal (LIMA, 2012; RODRIGUEZ; GOMES; OLIVEIRA, 2017).

4.2 O CONTEXTO FAMILIAR NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

Nas últimas décadas, a configuração familiar tem passado por transformações, apresenta-se em diversos arranjos e ultrapassa a estrutura familiar tradicional. Contudo, considera-se que a família é a base da formação do indivíduo, sendo um lugar de aquisição e de aprimoramento dos valores, hábitos e costumes, independentemente dos tipos de laços constituídos, seja por ligações consanguíneas ou por ligações de aliança, por convivência ou de escolha (ROZEMBERG, *et al.*; 2014). As vivências familiares têm a função de integrar e organizar o desenvolvimento do adolescente. O contexto de convivência familiar tem impacto direto no processo de desen-

volvimento do indivíduo, uma vez que o pleno desenvolvimento humano depende de um entorno no ambiente em que a pessoa está. Outros fatores familiares podem afetar o contexto familiar (ROZEMBERG, *et al.*; 2014):

- características sociodemográficas, como baixa escolaridade dos pais e baixo status socioeconômico;
- estrutura familiar que acarreta estresse e instabilidade emocional para os seus membros;
- pouca supervisão dos pais sobre o comportamento dos filhos;
- precário relacionamento familiar;
- morte de entes queridos.

Além disso, é necessário ressaltar que o processo de adolescência não afeta apenas os indivíduos que estão passando por esse período, mas também as pessoas que convivem diretamente com eles, principalmente a família. A adolescência favorece as condições necessárias para a emergência de uma série de problemas e conflitos dentro do contexto familiar, visto que a necessidade de negociação constante, inerente a essa etapa, aumenta o potencial de conflitos entre as gerações. O aumento desses conflitos, em geral, está acompanhado de uma diminuição na proximidade do convívio, principalmente em relação ao tempo que adolescentes e pais passam juntos; entretanto, um conflito bem negociado pode levar a um crescimento para os filhos e para os pais. Por esse motivo, o diálogo nessa etapa do desenvolvimento assume um papel ainda mais importante, apesar de, muitas vezes, os adolescentes buscarem se fechar em seu próprio espaço. Mesmo que todo o legado que a família transmitiu aos jovens desde a infância continue sendo relevante, com esse afastamento e a busca de refúgio na fantasia e no devaneio, o diálogo com os membros da família é essencial, pois é justamente nesse período que eles mais necessitam da orientação e da compreensão dos pais. A falta de diálogo no ambiente familiar pode, portanto, acarretar ou, em certos casos, acentuar algumas dificuldades, principalmente em termos de relacionamento, podendo afetar até mesmo o bem-estar e a saúde psíquica dos adolescentes, com isso, além do recurso do diálogo, quando a família busca desde cedo estabelecer relações de respeito, confiança, afeto e civilidade entre seus membros, pode lidar com essa fase do desenvolvimento de uma maneira mais adequada e com menos dificuldades do que uma outra família na qual tais valores não foram praticados (ROZEMBERG, *et al.*; 2014).



A Constituição Federal de 1988 representa juridicamente a transição democrática e a institucionalização dos Direitos Humanos no Brasil em que, no artigo nº. 227, preconiza que: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” Esse mandato constitucional e democrático, unido aos novos parâmetros internacionais, institucionaliza e reordena juridicamente as novas leis que se destacam no apoio aos direitos de crianças e adolescentes (BRASIL, 2017).

Quando um grupo familiar possui um filho adolescente, o grupo como um todo parece adolecer. Os pais vivenciam sentimentos variados em decorrência da adolescência de seus filhos e as respostas que são capazes de dar aos adolescentes estão condicionadas à forma pela qual eles resolveram o seu processo adolescente. Assim, pode-se dizer que, frente à adolescência dos filhos, os pais apresentam uma angústia intensa, tanto em função de suas próprias inseguranças quanto por evocações conscientes ou inconscientes de suas fantasias e/ou atitudes vivenciadas durante o seu próprio processo adolescente.

Além das preocupações gerais dos pais com a questão de como lidar com a adolescência dos filhos, existem alguns aspectos que se destacam na pauta de preocupações parentais, uma vez que as influências do contexto no qual os adolescentes se desenvolvem, tanto no que diz respeito à família quanto no que concerne ao ambiente macrossocial, associadas às características de imaturidade emocional, impulsividade e comportamento desafiador que com frequência estão presentes na fase da adolescência, resultam no engajamento em comportamentos considerados de risco, como, por exemplo, a iniciação sexual precoce, a ausência de proteção durante o ato sexual, o uso de substâncias psicoativas e baixos níveis de atividade física e relação com o mundo digital (ROZEMBERG, *et al.*; 2014).

4.3 A FAMÍLIA NO PAPEL DE PREVENÇÃO

A família possui um papel primordial no amadurecimento e no desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos e apresenta algumas funções primordiais, as quais podem ser agrupadas em três categorias que se relacionam entre si: funções biológicas, funções psicológicas e funções sociais.

A função biológica principal da família é garantir a sobrevivência da espécie humana, fornecendo os cuidados necessários para que o bebê humano possa se desenvolver de forma adequada. As funções psicológicas agrupam-se em três grupos centrais:

- a) Proporcionar afeto ao recém-nascido, aspecto fundamental para garantir a sobrevivência emocional do indivíduo.
- b) Servir de suporte e continência para as ansiedades existenciais dos indivíduos durante o seu desenvolvimento, auxiliando-os na superação das “crises vitais” pelas quais todos os seres humanos passam no decorrer do seu ciclo vital, como, por exemplo, a adolescência.
- c) Criar um ambiente adequado que permita a aprendizagem empírica que sustenta o processo de desenvolvimento cognitivo dos seres humanos.

A família corresponde a um lugar privilegiado de afeto, no qual estão inseridos relacionamentos íntimos, expressão de emoções e de sentimentos. Portanto, pode-se dizer que é no interior da família que o indivíduo mantém seus primeiros relacionamentos interpessoais com pessoas significativas, estabelecendo trocas emocionais que funcionam como um suporte afetivo importante quando os indivíduos atingem a idade adulta. Essas trocas emocionais estabelecidas ao longo da vida são essenciais para o desenvolvimento dos indivíduos e para a aquisição de condições físicas e mentais centrais para cada etapa do desenvolvimento psicológico.

Com relação à função social da família, ela envolve a transmissão da cultura de uma dada sociedade aos indivíduos, bem como a sua preparação para o exercício da cidadania. É a partir do processo socializador que o indivíduo elabora sua identidade e sua subjetividade, adquirindo, no interior da família, os valores, as normas, as crenças, as ideias, os modelos e os padrões de comportamento necessários para a sua atuação na sociedade (ROZEMBERG, *et al.*; 2014).

As normas e os valores que introjetamos no interior da família permanecem com o indivíduo durante toda a vida, atuando como base para a tomada de decisões e atitudes que apresentamos no decorrer da fase adulta. Além disso, a família continua, mesmo na etapa adulta, a dar sentido às relações entre os indivíduos, funcionando como um espaço no qual as experiências vividas são elaboradas. Muitos autores caracterizam a família dentro de uma perspectiva sistêmica, considerando-a como um sistema ativo que está em constante processo de transformação e de evolução, e que se move por conforme a evolução e a dinâmica familiar (ROZEMBERG, *et al.*; 2014).

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

Na adolescência, a influência da família no processo de desenvolvimento perde espaço para outras fontes de fatores de risco e fatores de proteção. Os fatores internos da família (condição emocional, valores, talentos, habilidades, desejos, projetos, autoestima, humor etc.) ganham força quando expostos a fatores de riscos oriundos da comunidade onde está inserido o adolescente. São forças compostas por fatores de proteção (forças de resiliência) e por fatores de risco (forças de vulnerabilidade). Cada sujeito irá se autoproduzir na confluência dessas linhas de força e na

forma como elas lhe são apresentadas. Uma mesma força poderá ser vivida de forma radicalmente diferente por diferentes sujeitos, cada um em sua singularidade. Para cada situação singular poderíamos redimensionar o espaço de cada uma das principais fontes de fatores de risco e de fatores de proteção. Além disso, a fonte que se sobrepõe é a do ambiente comunitário, que pode ser a rua sem a mínima monitoração da família (fator de risco) como pode ser a possibilidade de convivência comunitária em ambiente de apoio, tipo núcleo comunitário ou vizinhança que ofereça cuidado e atenção nos períodos complementares à escola (fator de proteção). De qualquer forma, os espaços familiar e escolar são reduzidos. Podem ser tanto insuficientes em termos de proteção, levando o adolescente a enfrentar a vida sozinho, como podem ser qualitativamente significativos, produzindo jovens mais autônomos com mais precocidade. No entanto, a ausência da influência da família e da escola antes dos 15 anos de idade leva a crer mais na possibilidade de vulnerabilidade intensa do que na resiliência (BRASIL, 2017). O grau de conflito entre adolescentes e família está relacionado, em boa parte, ao estilo de relação e comunicação entre eles. No Quadro 1 podemos ver uma classificação dos estilos de parentalidade que se associam a diferenças no comportamento social dos adolescentes.

QUADRO 6 – ESTILOS DE PARENTALIDADE E COMPORTAMENTO SOCIAL NA ADOLESCÊNCIA

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

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

O papel da família como parte da rede de apoio de um adolescente poderá significar mais proteção ou mais risco, dependendo do vínculo adulto provedor/cuidador com o adolescente, da capacidade de comunicação entre eles, do estilo de parentalidade e da relação que as forças oriundas da comunidade e da escola (grupos de amigos, relações com o desempenho escolar, segurança do bairro em que vivem, oportunidades de acesso à cultura e ao lazer etc.) intervêm no processo. Adolescentes que, em boa parte do tempo cuidam de si mesmos, ou seja, vivem com pouca monitoração de seus adultos cuidadores/provedores, ficam mais suscetíveis às forças do ambiente externo à família. A qualidade do tempo e do cuidado complementar à escola e ao convívio familiar são significativos no processo de constituição de autonomia desses jovens e de suas escolhas (BRASIL, 2017).



Na cartilha criada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) “Famílias e adolescentes”, são apontadas algumas sugestões para a educação desses jovens:

- Compreenda a “idade da contestação” e da “revolução hormonal”.
- Evite “brigas” desnecessárias e procure compreender seus filhos adolescentes.
- Reconheça que a chave para chegar a acordos é sempre a negociação.
- Entenda que filhos(as) precisam que pais sejam pais, não só amigos(as).
- Use regras claras, com autoridade e sem autoritarismo. Estabeleça e esclareça os limites desde cedo, de acordo com os valores e referenciais de sua família.
- Não quebre as manifestações de afeto. Abraços, beijos, elogios, agradecimentos e um ombro amigo nunca são demais!
- Pense como eram as suas reações quando você tinha essa idade.
- Entenda e aceite seu(sua) filho(a) como é e não como você quer que ele(a) seja.
- Cada filho(a) é único(a).

A educação começa na infância e continua na adolescência, mas de forma diferente, pois, nessa fase, os jovens precisam aprender a refletir, a tomar decisões e a assumir responsabilidades. A sociedade passa por muitas e rápidas modificações de valores e de costumes, que influenciam de diversas maneiras nas vidas das famílias e dos filhos adolescentes, levando à construção de diferentes trajetórias de vida induzidas pelos contextos de uma sociedade desigual. Os resultados são comportamentos, atitudes, maneiras de entender e de se colocar no mundo adotados pelas variadas expressões das adolescências, que, dependendo do contexto de vida, muitas vezes podem vulnerabilizá-los. Nesse cenário, os adolescentes, como sujeitos de direitos, podem sair da posição de atores para serem autores de si próprios construindo novas formas de ser adolescente, criando novas possibilidades existenciais, sociais e políticas. Para que isso aconteça, é fundamental que eles encontrem nas suas famílias — nuclear e em outras configurações familiares que se organizam na sociedade — a confiança para falar de suas inseguranças e de suas dúvidas, pedir orientação,

esclarecimento, pedir para ser ouvido e, se necessário, terem o apoio que estejam precisando para realizar a grande trajetória de construir seu projeto de futuro e uma vida saudável. O diálogo familiar aproxima os membros familiares, criando um ambiente de confiança para que os adolescentes se sintam apoiados e em segurança e aprendam os valores humanitários e éticos indispensáveis para viver em sociedade (BRASIL, 2016).

Na literatura, há evidências consistentes de que a família, nos dias de hoje, ainda exerce um papel importante no desenvolvimento de seus membros, principalmente no período da adolescência. Considerando-se as mudanças ocorridas na organização social e na estrutura e funcionamento das famílias nos últimos tempos, bem como o papel crucial que a instituição familiar continua exercendo no processo de desenvolvimento dos indivíduos, verifica-se que essas transformações estão na base de diversos problemas psicológicos contemporâneos. A emergência de novas composições familiares, associadas à forma específica como os pais foram educados e à influência de novos padrões de relacionamento interpessoal que vigoram na atualidade, tendem a desencadear dificuldades na educação dos filhos, sendo que a preocupação com o desenvolvimento de crianças e adolescentes, com o modo de educá-los e de orientá-los, e as maneiras de conduzi-los com segurança rumo a uma vida adulta saudável, nunca estiveram tão presentes nas discussões, científicas ou não, como nos dias atuais.

Considerando que o adolescente se desenvolve no contexto familiar e nele permanece por um período que tem se expandido cada vez mais, torna-se essencial considerar a situação familiar e o meio social nos estudos sobre adolescência. Dessa forma, pode-se dizer que, apesar das transformações significativas vivenciadas pela família nas últimas décadas do século XX e no início do século XXI, o homem continua depositando nessa instituição a base de sua segurança e bem-estar, o que por si só é um indicador da valorização da família como contexto de desenvolvimento humano (PRATTA; SANTOS, 2007).

RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico, você aprendeu que:

- No contexto brasileiro pode-se notar diferentes práticas realizadas pelos adolescentes no que concerne à sexualidade, nas últimas décadas.
- Os adolescentes têm aumentado expressivamente a quantidade de parceiros sexuais. A internet tem favorecido essa situação.
- O profissional de saúde pode incentivar o adolescente a adotar métodos de prevenção para que o adolescente não contraia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).
- A inadequação sexual do adolescente contribui para o aumento de risco de gravidez precoce.
- O profissional de saúde precisa se aprofundar sobre medidas preventivas de agravos na adolescência, a fim influenciar o adolescente a evitar situações de risco.
- O profissional da enfermagem tem um papel importante na promoção de saúde de adolescentes, sobretudo quando atua alinhado com a proposta de educação em saúde para adolescentes.
- É mister que o enfermeiro conheça as influências que o contexto familiar exerce no processo de desenvolvimento do adolescente. Para compreender a situação e poder intervir com mais eficácia.
- O profissional de saúde também pode incentivar a família a participar do processo de PREVENÇÃO do adolescente.

AUTOATIVIDADE



- 1 O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Em relação a esse vírus, pode-se afirmar que ele é constituído de:
 - a) () DNA e ataca os linfócitos T
 - b) () RNA e ataca os linfócitos T
 - c) () RNA e ataca as hemácias
 - d) () DNA e ataca as hemácias
 - e) () RNA e ataca as plaquetas

- 2 (FUVEST) Uma dificuldade enfrentada pelos pesquisadores que buscam uma vacina contra o vírus da Aids deve-se ao fato dele:
 - a) () Não possuir a enzima transcriptase reversa
 - b) () Alternar seu material genético entre DNA e RNA
 - c) () Ser um vírus de RNAr, para os quais é impossível fazer vacinas
 - d) () Ter seu material genético sofrendo constantes mutações
 - e) () Possuir uma cápsula lipídica que impede a ação da vacina

- 3 Diversas doenças virais apresentam sintomas bastante semelhantes entre si, muitas vezes muito parecidos aos da gripe ou aos de um resfriado comum. O sarampo é um exemplo de doença que inicialmente lembra um resfriado. Entretanto, como o tempo, aparecem erupções na face que se espalham progressivamente para outras partes do corpo. É uma doença grave, transmitida através:
 - a) () da ingestão de alimentos e água contaminados pelo vírus.
 - b) () do contato sexual com pessoas contaminadas.
 - c) () da ingestão de carne mal passada contaminada.
 - d) () das secreções nasofaríngeas de pessoas contaminadas.
 - e) () da mordida de animais contaminados.

SAÚDE DO ADOLESCENTE

1 INTRODUÇÃO

Na seção anterior, vimos vários comportamentos que os adolescentes tendem a adotar, estimulados por questões culturais, como o consumo abusivo de álcool, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e práticas que envolvem a sexualidade. Portanto, nessa seção, iremos aprofundar os estudos sobre a saúde do adolescente, no que toca as consequências dos comportamentos de risco do adolescente.

Muitos adolescentes brasileiros têm apresentado transtornos alimentares, sobretudo a anorexia (a recusa repetitiva e prolongada por ingestão de alimentos) e bulimia (vômitos provocados com vistas a evitar o aumento de peso). Existem fatores culturais que favorecem o aumento de casos de transtornos alimentares, como, por exemplo, a valorização de formas corporais que condizem com a magreza (muitas vezes até com IMC abaixo do saudável), nas mídias. Logo, iremos aprender sobre transtornos alimentares, patologias crônicas e infecções sexualmente transmissíveis.

2 TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA E BULIMIA

2.2 SINAIS E SINTOMAS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

A adolescência é um período do ciclo vital caracterizado por intensas transformações físicas, emocionais e sociais. Diversos problemas e transtornos podem se desenvolver nesse período e repercutir na vida adulta. Entre os principais estão o uso de drogas, a delinquência juvenil, a depressão e o suicídio e os transtornos da alimentação.

Considerando a relevância dos impactos dos transtornos alimentares na adolescência, vamos tratar dos principais sinais e sintomas da anorexia nervosa e da bulimia nervosa.

2.2.1 Anorexia nervosa

A anorexia nervosa é definida como um transtorno da alimentação que envolve a busca incessante da magreza por meio da fome. De acordo com Santrock (2014), a anorexia nervosa possui três características fundamentais, as quais:

1. Peso corporal abaixo de 85% do que é considerando normal para a idade e altura, por causa da restrição de ingestão calórica.
2. Temor intenso de ganhar peso, que não diminui mesmo com a perda de peso.
3. Percepção da imagem distorcida da forma corporal, mesmo quando já estão extremamente magras, as pessoas se enxergam como muito gordas.



A anorexia nervosa é o transtorno que restringe a comida ingerida.

Após o diagnóstico da anorexia nervosa, é necessário determinar a gravidade do transtorno. Essa determinação é realizada pelo índice de massa corpórea (IMC). O IMC é calculado a partir dos dados antropométricos, peso e altura, com a aplicação da seguinte fórmula:

$$IMC = \frac{\text{peso}}{\text{altura}^2}$$

A partir do resultado do IMC, a gravidade será determinada pelas seguintes categorias (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015):

- **leve** — IMC maior ou igual a 17 kg/m²;
- **moderada** — IMC entre 16 e 16,99 kg/m²;
- **grave** — IMC entre 15 e 15,99 kg/m²;
- **extrema** — IMC menor do que 15 kg/m².



As pessoas anoréxicas nunca aceitam que estão magras o suficiente. Elas costumam se pesar com frequência, tirar medidas, especialmente do abdome, do quadril e das coxas, e gastar tempo em frente ao espelho fazendo uma observação crítica do seu corpo.

A anorexia nervosa geralmente se desenvolve no começo ou na metade da adolescência, podendo ter alguma ligação com uma dieta ou algum tipo de experiência de estresse grave e, em geral, acomete as pessoas do sexo feminino. Existem poucas informações publicadas a respeito de anorexia em homens, em razão da baixa prevalência encontrada nesse público.

As principais complicações clínicas da anorexia são decorrentes da inanição (magreza extrema). As alterações na atividade elétrica cardíaca, em especial as arritmias causadas pelo desequilíbrio eletrolítico, podem levar à morte.

Outras complicações são:

- sequelas endócrinas — hipotireoidismo, hipogonadismo (que causa amenorreia) e diminuição dos níveis dos hormônios do crescimento;
- sequelas esqueléticas — osteopenia e osteoporose. Após a melhora na alimentação e a recuperação do peso corporal, os níveis de hormônios tendem a retornar à faixa de normalidade, bem como aumentar a densidade óssea. Contudo, mesmo com a recuperação óssea, a osteopenia permanece. Considerando os transtornos psiquiátricos, a anorexia nervosa possui alta taxa de mortalidade e suicídio (YAGER; POWERS, 2010).

Após o tratamento e a melhora na alimentação, é necessário também classificar o estado de remissão da anorexia nervosa. Segundo o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015), os pacientes se enquadram em duas categorias:

- **em remissão parcial** — o paciente retomou a alimentação, porém permanece com medo intenso de engordar e com a autopercepção corporal distorcida. Os pacientes em remissão parcial tendem a desenvolver a bulimia nervosa.
- **em remissão completa** — o paciente retomou a alimentação, equilibrou o medo de engordar e ajustou sua autopercepção corporal.

2.2.2 Bulimia nervosa

A bulimia nervosa é um transtorno da alimentação, em que há um padrão alimentar compulsivo seguido de expulsão (purga) do conteúdo alimentar. A

pessoa com bulimia, após a compulsão alimentar, purga a comida por meio da autoindução do vômito ou pelo uso de laxativos. O critério para o diagnóstico da bulimia nervosa é que a pessoa apresente a purgação pelo menos uma vez por semana, durante 3 meses.



Diferentemente do que ocorre com as pessoas com anorexia, as com bulimia normalmente se encontram dentro da faixa de normalidade para o peso corporal. Tal fato torna mais difícil e complexo o diagnóstico da bulimia nervosa.

Além da autoindução do vômito e do uso de laxantes, as pessoas com bulimia podem utilizar outros mecanismos compensatórios para a compulsão alimentar, como, por exemplo, o uso indevido de diuréticos e de hormônios da tireoide, jejum prolongado, enemas e a prática de exercício físico excessivo. A bulimia nervosa possui dois tipos distintos:

- tipo purgativo — após a compulsão alimentar, a pessoa autoinduz o vômito ou faz uso de laxantes;
- tipo não purgativo — após a compulsão alimentar, a pessoa utiliza outros mecanismos compensatórios como o jejum e a atividade física excessiva, mas não se utiliza da autoindução do vômito com frequência.

Após o diagnóstico da bulimia nervosa, é necessário determinar a gravidade do transtorno. Essa determinação é realizada pelos seguintes critérios (DSM-5) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015):

- leve — o paciente apresenta, em média, de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados (por exemplo, vômito autoprovocado, uso de laxantes e diuréticos, enema e exercícios físicos excessivos) por semana;
- moderada — o paciente apresenta, em média, de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana;
- grave — o paciente apresenta, em média, de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana;
- extrema — o paciente apresenta, em média, 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.



A bulimia nervosa é o transtorno que combina compulsão com purgação.

A bulimia nervosa também é um transtorno psiquiátrico e por isso existem outros sinais e sintomas associados à compulsão alimentar e à purga, como a depressão, a ansiedade, a baixa autoestima e o temor intenso de ganhar peso.

As complicações causadas pela bulimia estão relacionadas à purgação e à subnutrição. A purgação ocasiona desequilíbrios acidobásicos e eletrolíticos, arritmias e fragilidade muscular.

As consequências no sistema gastrointestinal envolvem distúrbios esofágicos, dor no peito, azia (dispepsia), doença do refluxo gastroesofágico, ruptura do esôfago, hérnia de hiato e esôfago de Barrett. O uso excessivo de laxantes pode desenvolver síndrome do intestino irritável e colo atônico. Há, também, complicações orais em razão da regurgitação crônica do conteúdo gástrico (ácido), como erosão do esmalte dos dentes e retração da gengiva. Existem estudos que associam a bulimia a um aumento no risco de aborto, de recém-nascidos de baixo peso e de depressão pós-parto. Em comparação com a anorexia, a taxa de mortalidade é significativamente mais baixa (YAGER; POWERS, 2010).

Após o tratamento e a melhora na alimentação, com a redução dos episódios compulsivos seguidos de purgação, é necessário também classificar o estado de remissão da bulimia nervosa. Segundo o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIA-TRIC ASSOCIATION, 2015), os pacientes se enquadram em duas categorias:

em remissão parcial — o paciente apresenta a remissão dos sinais e sintomas por um período de tempo, porém não sustenta em longo prazo e retorna com episódios de compulsão e purgação;

em remissão completa — o paciente apresenta a remissão dos sinais e sintomas por um período de tempo e sustenta em longo prazo a ausência dos episódios de compulsão e purgação.

2.3 FATORES DE DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares, embora não sejam exclusividade desses indivíduos, tendem a se desenvolver em pessoas que se caracterizam como competitivas e exitosas. É possível que, inicialmente, os pacientes determinem metas de emagrecimento muito altas e não consigam atingi-las. Por não conseguirem

alcançar essas metas, ficam estressados e preocupados com sua forma física. Essas altas exigências em relação a si mesmos não se restringem ao peso, mas em todas as demais áreas da vida. Contudo, com o fracasso em alcançar metas tão rigorosas acabam se concentrando naquilo que podem controlar: o peso.

Segundo Santrock (2014), problemas familiares e relações conflituosas estão também relacionados ao desenvolvimento de transtornos alimentares. A moda, a mídia e as redes sociais contribuem muito para a incidência da anorexia e da bulimia, pois a magreza é retratada como um padrão de beleza a ser alcançado.



A internet e as redes sociais ocupam cada vez mais o tempo e a atenção dos adolescentes. Há um mundo de informações e relacionamentos disponíveis em um clique. Existem muitos estudos publicados, que podem ser encontrados facilmente na internet pelas palavras-chaves "anorexia" e "bulimia". Contudo, há uma área "silenciosa e invisível" para a sociedade em geral. Ao realizar a mesma busca, porém utilizando as palavras-chaves que os pacientes utilizam como códigos secretos, a pesquisa resulta em conteúdos de apoio e de incentivo aos transtornos da alimentação. São publicadas fotos, dicas, relatos de experiências que conectam os enfermos e fortalecem os transtornos.

A bulimia nervosa geralmente se desenvolve no final da adolescência e no início da vida adulta do sexo feminino. Fatores relacionados ao desenvolvimento da bulimia podem ser o sobrepeso e os episódios de compulsão alimentar. Os indivíduos acabam se impondo dietas rígidas para controle da compulsão e da perda de peso. Sintomas de depressão, de baixa autoestima e relações sociais e familiares conflituosas também favorecem o desenvolvimento da bulimia nervosa. Portanto, os fatores de desenvolvimento dos transtornos alimentares envolvem os aspectos temperamentais, ambientais, fisiológicos e genéticos.

A baixa autoestima e a necessidade de aceitação nos grupos de amigos são fatores que desencadeiam uma série de problemas na adolescência, não somente transtornos alimentares.

2.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

O profissional de enfermagem que atua com adolescentes necessita conhecer os principais problemas enfrentados nessa etapa da vida. Entre esses problemas, enfermeiro deve focar medidas educativas a respeito dos transtornos da alimentação, bem como observar de forma criteriosa os adolescentes em risco de desenvolvê-los.

Os cuidados de enfermagem aos adolescentes com transtornos da alimentação devem se concentrar na identificação dos sinais e sintomas da anorexia e da bulimia nervosas para apoiar o diagnóstico dos transtornos. A partir da confirmação diagnóstica, um plano de cuidados necessita ser traçado individualmente e implementado pela equipe de enfermagem. A inclusão dos contextos familiar, domiciliar e comunitário deve ser considerada, pois representam fatores importantes tanto no apoio para a recuperação quanto para o agravamento dos transtornos.

Segundo a Classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA International, Inc. (NANDA-I) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), o diagnóstico aplicado para adolescentes com transtornos da alimentação é Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente. Esse diagnóstico envolve atitudes e comportamentos alimentares alterados nos adolescentes, que resulta em padrões de alimentação excessivos ou insuficientes. A NANDA-I apresenta como características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico citado os seguintes:

- características definidoras — alimentação insuficiente, esquiva de participação nos horários regulares de refeição, pouco apetite, recusa do alimento.
- fatores relacionados — abuso psicológico, ansiedade, controle excessivo da família durante as refeições, depressão, dinâmica familiar alterada, estresse excessivo, influência negativa dos pais nos comportamentos alimentares, mudança na autoestima ao iniciar a puberdade, negligência psicológica e transtorno alimentar.

As metas das intervenções propostas envolverão os aspectos nutricionais, fisiológicos, psíquicos e sociais. Dependendo do grau de gravidade do transtorno, em alguns casos, será necessária a internação hospitalar. O enfermeiro assistirá o paciente nos cuidados para a estabilização clínica, implementando o plano terapêutico médico, garantindo nutrição e hidratação adequados, administração de medicamentos, cuidados de higiene, conforto e segurança. Atuará juntamente com os demais membros da equipe de saúde para a recuperação do paciente que sofre de transtorno mental.



Segundo Santrock (2014) algumas ações para melhorar a autoestima são:

- reconhecer as causas da baixa autoestima;
- promover apoio emocional e aprovação social;
- estimular as realizações pessoais e o alcance de metas factíveis.

3 O ADOLESCENTE PORTADOR DE PATOLOGIA CRÔNICA

A enfermagem tem por responsabilidade fornecer cuidados de qualidade e contextualizados para os adolescentes que vivenciam um processo de adoecimento crônico, bem como implementar medidas para a prevenção e o controle dessas patologias.

3.1 A ADOLESCÊNCIA E AS PATOLOGIAS CRÔNICAS

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta que ocorre dos 12 aos 18 anos de idade. Nesse período, os indivíduos se desenvolvem nos aspectos físicos, psicológicos e sociais, se preparam para assumir novos papéis e para vivenciar a sua sexualidade e autonomia. Também, nesses anos, muitos hábitos são adquiridos e permanecem ao longo da vida, influenciando nas condições de saúde.

As patologias crônicas são originadas por diversas causas, como, por exemplo:

- metabólicas;
- autoimunes;
- degenerativas;
- congênitas;
- hereditárias;
- complicações de doenças infecciosas.

Essas patologias repercutem na qualidade de vida dos adolescentes de formas distintas e com intensidades variadas. Geram limitações, retardos no crescimento e no desenvolvimento, incapacidades e até mesmo a morte.



Patologias crônicas são aquelas doenças de longa duração, em alguns casos, com desenvolvimento lento. Em geral, não têm cura, apenas controle.

Independentemente da causa, as doenças crônicas, no geral, levam os adolescentes a dependerem de uma atenção médica especializada e do suporte de uma equipe de saúde, necessitando do uso contínuo de medicamentos, de dietas especiais, de aparelhos médicos e até de internação hospitalar.

Outro fator importante a se considerar quando falamos de um adolescente com doença crônica é o início da doença. Diversas patologias são congênitas, ou seja, o recém-nascido já nasce portador da doença. Considerando o avanço nos tratamentos e nas tecnologias, muitas crianças superam a infância e chegam à adolescência portando patologias controladas, porém sem possibilidade de cura. Outros adolescentes adquirem uma doença crônica durante a adolescência, seja por hábitos não saudáveis ou até mesmo pela manifestação tardia de uma doença hereditária. Saber sobre o início do adoecimento é importante para os enfermeiros e demais membros da equipe, pois é um aspecto que influencia na compreensão do estado de saúde, no prognóstico e na adesão ao tratamento.

O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) realiza a coleta de dados de todos os óbitos ocorridos no Brasil e identifica as causas registradas nessas declarações. As informações geradas pelo SIM não se restringem somente aos óbitos, mas também nos auxiliam a entender o motivo da morte das pessoas e o impacto que a morbidade (adoecimento) tem na mortalidade.

O Instituto Nacional do Câncer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016) realizou a consolidação dos dados das dez principais causas de morte em crianças e adolescentes, no Brasil, entre 2009 e 2013. Veja, no Quadro 1, a apresentação dos dados referentes às faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, por sexo. Cabe destacar o impacto das patologias crônicas na mortalidade nessa faixa etária. As neoplasias ocupam a segunda causa de morte nos adolescentes, sendo as mais prevalentes as leucemias, os linfomas e os tumores do sistema nervoso central.

QUADRO 7 – DISTRIBUIÇÃO DAS DEZ PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE, POR SEXO, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NO BRASIL (2009–2013)

	10–14 anos		15–19 anos	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
1º	Causas externas 8.823	Causas externas 3.450	Causas externas 64.353	Causas externas 8.881
2º	Neoplasias 1.903	Neoplasias 1.535	Neoplasias 2.901	Neoplasias 1.942
3º	Sistema nervoso 1.392	Sistema nervoso 1.101	Mal definidas 2.757	Aparelho circulatório 1.256
4º	Aparelho respiratório 967	Aparelho respiratório 814	Aparelho circu- latório 2.047	Aparelho respiratório 1.201
5º	Mal definidas 912	Mal definidas 680	Sistema nervoso 1.949	Gravidez, parto e puerpério 1.192
6º	Infecciosas e parasitárias 880	Infecciosas e parasitárias 673	Aparelho respi- ratório 1.706	Sistema nervoso 1.159
7º	Aparelho circulatório 816	Aparelho circulatório 621	Infecciosas e pa- rasitárias 1.256	Mal definidas 1.134

8º	Malformações congênicas 439	Malformações congênicas 455	Aparelho digestivo 640	Infecciosas e parasitárias 1.039
9º	Aparelho digestivo 316	Aparelho digestivo 313	Doenças hema-topoiéticas 447	Aparelho digestivo 551
10º	Doenças endócrinas 301	Doenças endócrinas 259	Malformações congênicas 435	Doenças endócrinas 467

FONTE: Adaptado de Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2016, documento *on-line*).

No Brasil, há escassez de dados de prevalência de doenças crônicas considerando a faixa etária dos adolescentes, pois, com frequência, esse perfil de doenças é considerado “doença de adulto”. Um estudo de base populacional realizado no interior de São Paulo, na cidade de Campinas, revelou que a prevalência de doenças crônicas em adolescentes foi 19,17%, na população estudada. A patologia crônica mais prevalente foi a asma (7,9%), seguida de hipertensão arterial (1,07%) e de diabetes (0,21%). Os adolescentes estudados também relataram algumas queixas crônicas que interferem na saúde como alergias (40,39%) e dor de cabeça (24,3%) (BRAZ; BARROS FILHO, BARROS, 2013).



Embora as manifestações clínicas das doenças cardiovasculares (DCV) normalmente ocorram após os 40 anos de idade, nos últimos anos, muitos adolescentes já vêm manifestando os sintomas das doenças. É justamente na infância e na adolescência que começam esses problemas de saúde especialmente relacionados aos hábitos de vida. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCVs se relacionam à falta de atividade física (sedentarismo), aos hábitos alimentares, ao tabagismo e ao consumo de álcool (NOBRE *et al.*, 2011).

As doenças crônicas têm múltiplas causas. As patologias podem ser:

- congênicas — como exemplo, a espinha bífida;
- hereditárias — como a anemia falciforme;
- metabólicas — como o diabetes melito (DM) do tipo I;
- autoimunes — como a dermatite atópica;
- degenerativas — a exemplo do câncer.

Todos esses tipos de doenças não são passíveis de prevenção, mas de tratamento e de controle para a melhora da qualidade de vida dos adolescentes. Levando isso em consideração, vamos tratar das patologias crônicas passíveis de

medidas de prevenção, como a obesidade, as DCVs e o DM do tipo II.

3.2 MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NA ADOLESCÊNCIA

As DCVs constituem um grupo de doenças de desenvolvimento lento e progressivo. São elas:

- doença isquêmica do coração — angina e infarto;
- doença cerebrovascular — “derrame”, acidente vascular cerebral (AVC);
- doença hipertensiva — hipertensão.

Essas doenças constituem a principal causa de morte nos adultos e trazem grande impacto social (NOBRE *et al.*, 2011).

As DCV se desenvolvem gradualmente dependendo de alguns fatores de risco como fatores genéticos (hereditários) e estilo de vida. Os fatores hereditários não são modificáveis, pois são a história familiar do adolescente, ou seja, a ocorrência de DCV em seus familiares. Já os fatores de estilo de vida são modificáveis, pois se referem aos hábitos de vida desenvolvidos.

Dados de pesquisas recentes mostram que a prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre adolescentes brasileiros tem aumentado, bem como há a tendência de aumento de excesso de peso, de inatividade física e de alimentação inadequada. Considerando a população geral de adolescentes brasileiros estima-se que 8% apresentem hipertensão arterial, porém, em outras populações estudadas, a prevalência alcançou 16,5%. A HAS geralmente é assintomática na adolescência, o que dificulta o diagnóstico. Por isso, ações para detecção, tratamento e controle são fundamentais para a redução de complicações cardiovasculares na vida adulta (GONÇALVES *et al.*, 2016).



A HAS é uma doença em que os níveis de pressão arterial se mantêm elevados, o que causa sobrecarga e compromete as funções do coração, do cérebro, dos rins e dos vasos sanguíneos.

O excesso de peso e a obesidade na adolescência vêm crescendo rapidamente nos últimos anos. Segundo o Fundo Internacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas (UNICEF) (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2018), um em cada dois brasileiros tem excesso de peso e, entre os adolescentes, o número de pessoas obesas aumentou mais do que cinco vezes em 20 anos. Nos Estados Unidos, a taxa de obesidade em adolescentes, no ano de 2012, já atingia 20,5% da população entre 12 e 19 anos de idade. A obesidade é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, como as DCV, o diabetes e o câncer. Pode causar, também, dificuldades respiratórias, problemas no crescimento, alterações vasculares, distúrbios na pele, entre outros.

As medidas de prevenção de doenças crônicas na adolescência devem enfocar alguns aspectos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2018):

- Atividade física — praticada regularmente, em média 300 minutos por semana. É importante na prevenção da obesidade e na melhora nos níveis sanguíneos da lipoproteína de alta densidade (HDL) (colesterol bom).
- Alimentação saudável — consumo diário de frutas e verduras, de grãos, de leguminosas, de leite e de proteínas magras. Importante redução do consumo de açúcares e de alimentos industrializados, em geral.
- Redução do consumo de álcool, de tabaco e de outras drogas — são substâncias químicas que geram dependência. O abuso delas agrava as complicações de doenças crônicas.



Quando se trata de medidas de prevenção de doenças crônicas em adolescentes, essas ações devem ser contextualizadas para que façam sentido no “universo do adolescente”. O ambiente escolar e comunitário devem ser explorados para a implementação de ações preventivas devido ao seu potencial de efetividade.

No desenvolvimento de atividades educativas para a prevenção de DCVs nas escolas, Nobre *et al.* (2011) identificaram que, para muitos adolescentes, uma alimentação saudável é vista como uma obrigação imposta pelos pais. Em sua lógica, se os doces dão energia, então, não fazem mal à saúde. Outra particularidade da adolescência é a percepção de que se deve comer o que é “bom”, ou seja, o que é gostoso para o paladar. Além da alimentação, quando questionados, a maioria dos adolescentes reconhece os malefícios do uso do álcool, mas também entende que ele é importante para deixar as pessoas “alegres” e auxiliar nos relacionamentos.

3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE PORTADOR DE PATOLOGIA CRÔNICA

Para os adolescentes com doenças crônicas, assim como para todos os demais indivíduos, o plano de cuidados de enfermagem deve ser planejado de forma individual, ou seja, personalizado, pois adolescentes com a mesma patologia podem apresentar necessidades de cuidados distintas.

O enfermeiro responsável pelo cuidado de adolescentes portadores de patologias crônicas necessita aplicar o Processo de Enfermagem (PE) como metodologia de atuação. Os dados subjetivos coletados na entrevista e complementados pelos dados objetivos do exame físico subsidiam o diagnóstico das necessidades. Há que se considerar o contexto familiar e comunitário em que o adolescente está inserido, a história atual da doença e o grau de incapacidade relacionada a ela. As necessidades de cuidado também variam em relação ao contexto de atuação do enfermeiro, como, por exemplo, se o atendimento é prestado no âmbito hospitalar, domiciliar, escolar ou na Atenção Primária à Saúde (APS).



As etapas do PE compreendem:

1. Histórico de enfermagem (entrevista, anamnese)
 2. Diagnóstico de enfermagem
 3. Planejamento de enfermagem
 4. Intervenção de enfermagem
 5. Avaliação de enfermagem
- A partir da implementação do PE, é possível realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Com base nos dados coletados, emergirão as necessidades de cuidado. Segundo a taxonomia da NANDA-I para os Diagnósticos de enfermagem, alguns diagnósticos possíveis para adolescentes com doenças crônicas estão elencados a seguir (HERDMAN; KAMITSURU, 2018):

- Estilo de vida sedentário.
- Comportamento de saúde propenso a risco.
- Controle ineficaz da saúde.
- Disposição para controle da saúde melhorado.
- Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente.
- Obesidade.
- Sobrepeso.
- Risco de glicemia instável.
- Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico.

- Autonegligência.
- Disposição para o autoconceito melhorado.
- Desesperança.
- Distúrbio na identidade pessoal.
- Risco de baixa autoestima crônica.
- Ansiedade.
- Ansiedade relacionada à morte.
- Enfrentamento defensivo.
- Enfrentamento ineficaz.
- Disposição para o enfrentamento melhorado.
- Resiliência prejudicada.
- Disposição para a resiliência melhorada.
- Risco de infecção.
- Risco de suicídio.
- Dor crônica.
- Risco de desenvolvimento atrasado.
-

A partir do diagnóstico de enfermagem, as intervenções deverão ser detalhadamente planejadas e implementadas, sempre monitorando os resultados esperados e os resultados de fato encontrados.

Um cuidado de enfermagem fundamental é focado nas habilidades educativas do profissional. É de extrema importância uma comunicação clara e objetiva, que forneça os subsídios necessários para o adolescente conhecer a sua situação clínica, os prognósticos e os tratamentos necessários. Nesse sentido, como afirmam Nobre *et al.* (2011), a promoção da saúde por meio de ações de educação em saúde tem por objetivo promover a autonomia das pessoas para que elas possam dirigir suas próprias vidas.

4 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NOS ADOLESCENTES

A adolescência, na essência, corresponde às reestruturações de caráter social, sexual, ideológico e vocacional, deflagradas pela transformação fisiológica e corporal, para introduzir o indivíduo na fase da vida adulta. Nessa fase, também ocorre o desenvolvimento sexual dos adolescentes, influenciado por ele próprio, pela sociedade e pela família (BRASIL, 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989). Os adolescentes se encontram na fase de identificação de sua feminilidade/masculinidade, o que pode causar efeitos indesejáveis à prática de sua sexualidade, resultando em gravidez indesejada, desconhecimento ou uso indevido de métodos contraceptivos, bem como em ISTs e aids. Os adolescentes constituem o grupo bastante vulnerável para as ISTs e isso ocorre porque muitos jovens iniciam a vida sexual muito cedo e com pouco conhecimento sobre a importância da prevenção a essas doenças. Além disso, é uma faixa etária que pouco acessa os serviços de saúde e, muitas vezes por vergonha ou por desconhecimento, não procuram ajuda em caso de sinais e sintomas de ISTs.

4.1 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As infecções sexualmente transmissíveis compõem um grupo de patologias, com muitas causas (bactérias, vírus, fungos e protozoários) e manifestações clínicas. Elas são transmitidas por contato sexual principalmente, mas também podem ser transmitidas durante a gestação ou parto da mãe para o bebê. O tratamento dos portadores e de suas parcerias sexuais interrompe a cadeia de transmissão, prevenindo o contágio de outras pessoas, as reinfeções do mesmo agente causador na mesma pessoa e complicações.



O Ministério da Saúde alerta para o fato de as ISTs serem um importante problema de saúde pública, devendo assim ser priorizadas as ações de prevenção e controle. As ISTs caracterizam-se como um problema relevante em razão de:

- Magnitude: dimensão do problema.
- Transcendência: medida de relevância social.
- Vulnerabilidade: condição de fragilidade à exposição.
- Factibilidade de controle: medidas de prevenção existentes.

Considerando que as ISTs são causadas por mais de 30 agentes etiológicos diferentes, porém apresentando manifestações clínicas semelhantes. Sendo assim, as infecções sexualmente transmissíveis se apresentam na forma de síndromes, sendo elas:

- Úlceras genitais.
- Corrimento uretral.
- Corrimento vaginal.
- Doença inflamatória pélvica (DIP).
- Verrugas anogenitais.

O Quadro 1 a seguir apresenta cada uma das síndromes, que se trata da manifestação clínica da infecção, os agentes etiológicos (agentes causadores) e a infecção causada. Leia atentamente para facilitar a sua compreensão do restante do conteúdo.

QUADRO 8 – MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DAS IST E OS AGENTES CAUSADORES

Síndrome (manifestação clínica)	Agente etiológico	Infecção
Úlcera anogenital	Chlamydia trachomatis	LGV (linfogranuloma venéreo)
	Haemophilus ducrey	Cancroide
	Herpes simplex vírus	Herpes genital
	Klebsiela granulomatis	Donovanose
	Treponema pallidum	Sífilis
Corrimento uretral e vaginal	Candida spp.	Candidíase vulvovaginal
	Chlamydia trachomatis	Infecção por clamídia
	Neisseria gonorrhoeae	Gonorreia
	Trichomonas vaginalis	Tricomoniase
	Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana
Doença inflamatória pélvica (DIP)	Chlamydia trachomatis Neisseria gonorrhoeae Bactérias facultativas anaeróbias (ex.: Gardnerella vaginalis, Haemophilus influenza, Streptococcus agalactiae) Outros microrganismos	Endometrite, anexite, salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelvipерitonite e abscesso tubo-ovariano.
Verruga anogenital	Papilomavírus humano (HPV)	Condiloma acuminado

Fonte: Adaptado de Brasil (2015).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), a transmissão das ISTs e a manutenção de uma epidemia estão relacionadas principalmente à interação de três fatores:

- Eficácia da transmissão: agente causador ativo para novas infecções.
- Taxas de variação de parceria sexual: influenciadas por aspectos comportamentais e socioeconômicos.
- Duração da infecção: influenciada especialmente pelos aspectos socioeconômicos e a qualidade da rede de saúde e acesso aos serviços.



Os fatores de transmissão de IST não impactam a população uniformemente. Existem alguns grupos que se caracterizam como grupos de risco, apresentando a transmissão de IST de modo mais frequente. Esse **grupo de risco**, ou população-chave, é composto por: gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo, travestis/transsexuais e usuários de drogas.

Como as ISTs se tratam de um sério problema de saúde pública, elas são alvo da vigilância epidemiológica. De acordo com a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2016), as ISTs que a notificação é obrigatória, em todo o território nacional, em estabelecimentos de saúde públicos e privados, são: sífilis adquirida, sífilis em gestantes, sífilis congênita, hepatites virais B e C, Aids, infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puerpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV. As demais ISTs podem ser acrescentadas na lista de notificação dos estados/municípios se forem doenças de relevância epidemiológica local.



Ações de prevenção das IST

É recomendada a **vacinação contra o HPV** (tipos 6, 11, 16 e 18), disponível no SUS, para adolescentes entre 9 e 13 anos e para mulheres HIV-positivas de 9 a 26 anos de idade, como medida de prevenção do HPV.

Para todas as ISTs, a medida de prevenção a ser adotada é o uso de **preservativo**, masculino ou feminino, durante o ato sexual. Por isso, é necessário que os profissionais de saúde realizem ações educativas para a orientação e a conscientização da população a respeito da importância dessa medida preventiva. Além disso, os preservativos devem estar disponíveis gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde e outros serviços pertinentes do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.2 SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Os sinais e sintomas das infecções sexualmente transmissíveis são as manifestações clínicas da doença, ou seja, a forma como ela se apresenta. Lembre-se de que muitas ISTs permanecem assintomáticas por algum tempo, contudo, mesmo assintomáticas, a transmissão da infecção ocorre. A partir daqui, trataremos das situações em que as manifestações clínicas estão presentes e identificadas durante a consulta clínica do paciente, com a coleta de dados (anamnese) e exame físico.

As ISTs são agrupadas de acordo com as principais manifestações clínicas: corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais, DIP e verrugas ano-genitais. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST) é o documento publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) no qual constam as descrições das manifestações clínicas das síndromes, bem como os métodos diagnósticos e o tratamento adequado. As informações contidas no protocolo devem ser seguidas por todos os profissionais de saúde no Brasil, tanto na rede pública quanto na rede privada.

3.2.1 Sífilis

A sífilis se trata de uma infecção causada pela bactéria Gram negativa, a *T. pallidum*. Essa infecção caracteriza-se por manifestar sintomas sistêmicos, ou seja, além da região genital, atinge outros órgãos e sistemas do corpo humano. A transmissão da sífilis ocorre por via sexual e por transmissão vertical da mãe para o feto durante a gestação. Pode ser transmitida pelo sangue, porém ocorre raramente em razão da qualidade e da segurança no manejo de hemocomponentes no Brasil. A classificação da sífilis ocorre de acordo com as manifestações clínicas e o tempo de infecção assintomática.



Sífilis latente

É uma variação clínica da sífilis na qual os sinais e sintomas clínicos não se manifestam. O diagnóstico é realizado somente por meio de exame laboratorial. A sífilis latente é classificada em dois grupos, considerando o tempo de infecção:

- Sífilis latente recente (até um ano de infecção).
- Sífilis latente tardia (mais de um ano de infecção).

- **Sífilis primária:** após a infecção, ocorre um período de incubação, que varia entre 10 e 90 dias. A primeira manifestação clínica é o aparecimento de uma úlcera no local de entrada do agente causador, podendo ocorrer na região genital (vulva, vagina, colo do útero e pênis), anal e oral. Essa úlcera é chamada de “cancro duro”, pois apresenta a base da lesão endurecida. A principal característica é que a úlcera é indolor, por isso pode passar despercebida por algumas pessoas. A lesão permanece por dois a seis semanas e tende a desaparecer espontaneamente.
- **Sífilis secundária:** as manifestações ocorrem entre 6 semanas a 8 meses após a infecção. Podem ocorrer erupções na pele em forma de máculas ou pápulas, especialmente no tronco. Ocorre, também, lesões eritematosas e escamosas nas palmas das mãos e plantas dos pés, placas brancas acinzentadas nas mucosas, queda dos pelos das sobrancelhas, linfadenopatias e mal-estar geral.
- **Sífilis terciária:** as manifestações clínicas podem ocorrer entre 2 a 40 anos depois da infecção. A sífilis terciária é rara, pois a maioria da população em algum momento da vida utiliza algum antibiótico com ação contra o *T. pallidum* que cura a infecção. A sífilis terciária se manifesta na forma de inflamação e destruição dos tecidos. Os sistemas do corpo humano mais afetados são o cardiovascular e nervoso, mas podem aparecer lesões também na pele e nos ossos.



O diagnóstico da sífilis pode ser realizado na população em geral, sendo considerada **sífilis adquirida**. Já a **sífilis em gestante** é aquela que é diagnosticada na triagem pré-natal e a **sífilis congênita** é a infecção transmitida da mãe para o feto.



N e u r o s s í f i l i s

Afeta o sistema nervoso central (SNC) por uma reação inflamatória na bainha de mielina que recobrem as estruturas neurais, podendo ocorrer já nas fases iniciais da infecção. Ocorre em 10 a 40% das pessoas infectadas e não tratadas. O diagnóstico é realizado pela sorologia do líquido cefalorraquidiano (líquor).

4.2.2 Gonorréia

A gonorreia é uma doença causada pela infecção por *N. gonorrhoeae*, sendo transmitida por via sexual. A ocorrência da gonorreia está associada aos seguintes fatores: idade menor que 25 anos, baixo nível socioeconômico, novas ou múltiplas parcerias sexuais, história prévia ou atual de outra IST e prática de sexo inseguro (sem preservativo). A manifestação clínica da gonorreia nas mulheres se dá pela eliminação de secreção vaginal mucopurulenta, esbranquiçada com grumos (semelhante a leite talhado), em razão da inflamação da mucosa endocervical. Também pode ocorrer sangramento intermenstrual e dor no colo do útero. Se a doença não for tratada, ela pode levar à dor pélvica, DIP, infertilidade e gravidez ectópica.



Quando a infecção por *N. gonorrhoeae* ocorre durante a gestação, a mulher corre o risco de trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, óbito fetal, retardo do crescimento fetal e febre puerperal. Na criança, a manifestação clínica mais comum é a conjuntivite, mas também pode levar o recém-nascido a quadros de sepse neonatal, artrite, pneumonia, meningite, estomatite e endocardite.

Nos homens, a gonorreia se manifesta pela drenagem de secreção mucopurulenta pela uretra, em quantidades variáveis. Geralmente é acompanhada por eritema e prurido no meato uretral e dor à micção.

4.2.3 Hepatites virais

As hepatites virais são causadas por diferentes vírus, que têm afinidade pelo tecido hepático. As hepatites virais B e C são classificadas como IST, pois sua transmissão ocorre por via sexual e pelo sangue (parenteral).

Após a infecção com o vírus da hepatite B, a pessoa pode desenvolver um quadro de hepatite aguda, apresentando manifestações clínicas assintomática (sintomas inexistentes ou leves, como semelhantes a um resfriado) ou sintomáticas. Os principais sinais e sintomas da hepatite aguda são: febre, icterícia (“amarelão”) e colúria (urina com coloração marrom). Se o vírus permanecer ativo na corrente sanguínea, a doença pode adquirir um perfil de cronicidade.

A hepatite C apresenta um curso natural da doença marcada pela evolução “silenciosa”. Isso em razão do seu perfil de cronicidade e porque o diagnóstico geralmente ocorre após décadas da infecção. As manifestações clínicas estão relacionadas ao comprometimento hepáticos, como a cirrose e hepatocarcinoma.

4.3 TRATAMENTOS DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A maioria das pessoas com IST não buscam tratamento porque são assintomáticas ou têm sinais e sintomas leves e não percebem as alterações ou até mesmo porque se automedicam. As infecções, como a sífilis, a gonorreia, as hepatites virais B e C e a infecção pelo HIV quando não diagnosticadas e tratadas, levam a complicações graves, como sífilis congênita, DIP, infertilidade, cirrose hepática e Aids.

Para uma adequada abordagem às ISTs, é necessário que o profissional estabeleça uma relação de confiança com seus pacientes. Dessa forma, eles se sentirão mais seguros e conscientes dos riscos, aderindo, assim, ao tratamento. Aspectos como uma boa comunicação e um ambiente adequado para o atendimento, que garanta a privacidade para o exame físico e a confidencialidade das informações coletadas na anamnese, são fundamentais.

Outro ponto importante em relação ao tratamento das ISTs é a implementação imediata do tratamento. Durante a consulta clínica de uma pessoa com queixas e exame físico indicativo das síndromes das IST, deve-se imediatamente iniciar o tratamento, mesmo que o serviço não disponha de laboratório no local. O tratamento jamais deverá ser adiado para aguardar resultados de exames. Outro aspecto fundamental para interromper a transmissão das ISTs é realizar o tratamento também das parcerias sexuais da pessoa infectada. Dessa forma, será possível prevenir a infecção de outras pessoas, a reinfecção do paciente e prevenir complicações das ISTs. Os profissionais de saúde devem utilizar estratégias para a convocação de todas as parcerias sexuais, respeitando o sigilo e a confidencialidade de informações. Caso as parcerias não compareçam para o tratamento, é importante realizar a busca ativa dessas pessoas.



Convocação para tratamento das parcerias sexuais

Para a implementação do tratamento, são consideradas parcerias sexuais aquelas pessoas com as quais o paciente infectado tenha tido relações sexuais, considerando:

- **Tricomoníase:** parceria atual.
- **Corrimento uretral ou infecção cervical:** nos últimos dois meses.
- **DIP:** nos últimos dois meses.
- **Úlceras:** nos últimos três meses.
- **Sífilis secundária:** nos últimos seis meses.
- **Sífilis latente:** no último ano.

Para o manejo clínico das ISTs, os profissionais de saúde devem se nortear pelo PCDT-IST. No documento, são apresentados os fluxogramas para o atendimento de cada uma das abordagens sindrômicas, indicando o modo de diagnóstico, considerando a presença ou não de serviço de laboratório disponível. Após o diagnóstico, de acordo com o fluxograma, implementa-se imediatamente o tratamento medicamentoso do paciente e a convocação das suas parcerias sexuais (BRASIL, 2015).

A seguir, são apresentados os Quadros 2 e 3, contendo os tratamentos medicamentosos indicados para a sífilis e a gonorreia, segundo o PCDT-IST.

QUADRO 9 – TRATAMENTO INDICADO PARA A INFECÇÃO POR T. PALLIDUM (SÍFILIS)

Estadiamento	Esquema terapêutico
Sífilis primária, sífilis secundária e sífilis latente recente	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)
Sífilis latente tardia, sífilis com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, semanal, por 3 semanas (1,2 milhão UI em cada glúteo a cada aplicação). Dose total 7,2 milhões UI.
Neurossífilis	Penicilina cristalina 18 a 24 milhões UI por dia, por via intravenosa, administrada em doses de 3 a 4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.

FONTE: ADAPTADO DE BRASIL (2015).

QUADRO 10 – TRATAMENTO INDICADO PARA AS INFECÇÕES POR N. GONORRHOEAE (GONORREIA)

Infecção	Tratamento de escolha
Infecção gonocócica anogenital não complicada (uretra, colo do útero e reto)	Ciprofloxacina 500 mg, por via oral, dose única + azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, por via oral, dose única. Ou Ceftriaxona 500 mg, por via intramuscular, dose única + azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, por via oral, dose única. Atenção: a ciprofloxacina é contraindicada em menores de 18 anos e em gestantes, sendo a ceftriaxona o medicamento indicado.
Infecção gonocócica na faringe não complicada	Ceftriaxona 500 mg, por via intramuscular, dose única + azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, por via oral, dose única.

Infecção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1 g, por via intramuscular ou intravenosa, por dia. Manter até 24 ou 48 horas após a melhora do quadro clínico, quando o tratamento pode ser continuado com ciprofloxacino 500 mg, por via oral, 2 vezes por dia, por no mínimo 7 dias.
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1 g, por via intramuscular, dose única.

Fonte: Adaptado de Brasil (2015).

Para o tratamento das hepatites virais, o PCDT-IST não indica esquemas terapêuticos, pois não há tratamento específico para as manifestações agudas da hepatite. Os profissionais devem orientar os pacientes a realizarem repouso relativo e utilizarem medicamentos sintomáticos para o tratamento de náuseas, vômitos e prurido. Manter uma alimentação pobre em gordura e rica em carboidratos. A ingestão de álcool deve ser suspensa por no mínimo seis meses. Em relação ao tratamento da hepatite crônica, o paciente deverá ser encaminhado para atendimento em serviços especializados em infectologia, em razão da necessidade de realização de biópsia hepática e indicação de tratamento específico.



O PCDT-IST destaca a importância da atuação do(a) enfermeiro(a) no manejo das ISTs. Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017), o enfermeiro tem como atribuições específicas:

Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2017, documento on-line, grifo nosso).

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico, você aprendeu que:

- O enfermeiro precisa estar atento aos sinais e sintomas dos transtornos alimentares, para que possa intervir com antecedência.
- O enfermeiro necessita ter cuidados específicos ao prestar atendimento aos adolescentes com transtornos alimentares.
- Existem vários adolescentes que têm apresentado patologias crônicas.
- As patologias crônicas são geradas por vários motivos, dentre eles: metabólicas; autoimunes; degenerativas; congênitas; hereditárias e complicações de doenças infecciosas.
- Existem diferentes medidas de prevenção de doenças crônicas na adolescência, as quais o enfermeiro precisa ter conhecimento para que possa realizá-las.
- Vimos que existem vários cuidados de enfermagem destinados ao adolescente que apresenta patologia crônica.
- Os adolescentes precisam receber informações sobre infecções sexualmente transmissíveis, a fim de poderem prevenir o contágio.
- Algumas das infecções sexualmente transmissíveis são sífilis, gonorreia e hepatites virais.
- As infecções sexualmente transmissíveis podem ser diagnosticadas, porque apresentam sinais e sintomas característicos.



Ficou alguma dúvida? Construímos uma trilha de aprendizagem pensando em facilitar sua compreensão. Acesse o QR Code, que levará ao AVA, e veja as novidades que preparamos para seu estudo.



AUTOATIVIDADE



- 1 A glândula tireoide, localizada em uma região na base do pescoço, está relacionada com o controle do metabolismo de quase todo o corpo. Ela é responsável pela produção de três hormônios denominados:
 - a) () Tireotrófico, tiroxina e tri-iodotironina.
 - b) () Tireotrófico, tiroxina e ocitocina.
 - c) () Tiroxina, tri-iodotironina e ocitocina.
 - d) () Tireotrófico, tri-iodotironina e calcitonina.
 - e) () Tiroxina, tri-iodotironina e calcitonina.

- 2 Quando uma criança apresenta uma deficiência nos hormônios da tireoide, ocorre um retardo no seu desenvolvimento caracterizado por um baixo crescimento dos ossos e retardo mental. Essa doença recebe o nome de:
 - a) () Hipertireoidismo.
 - b) () Hipotireoidismo.
 - c) () Cretinismo.
 - d) () Bócio endêmico.
 - e) () Bócio carencial.

- 3 Para o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS recomenda-se a avaliação de pressão arterial em pelo menos três dias diferentes, com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. O diagnóstico da HAS consiste em
 - a) () considerar válido o menor valor obtido nas três medidas, desde que superiores a 130/85 mmHg.
 - b) () considerar válido o maior valor obtido nas três medidas, desde que igual ou maior a 140/90 mmHg.
 - c) () desprezar o maior e menor valor obtido nas três medidas.
 - d) () considerar a diferença entre o maior e menor valor obtido nas três medidas.
 - e) () considerar a média aritmética da PA se for maior ou igual a 140/90 mmHg.

INTERFACES DO ADOLESCENTE

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Esta unidade tem por objetivos:

- caracterizar as políticas públicas voltadas à saúde do adolescente;
- identificar as diretrizes nacionais para atenção integral à saúde dos adolescentes;
- descrever ações de enfermagem voltadas à saúde integral do adolescente fundamentadas nas políticas públicas;
- conceituar anticoncepção, mostrando as características da sexualidade na adolescência;
- descrever os métodos contraceptivos possíveis de serem utilizados pelos adolescentes;
- reproduzir ações de orientação para a anticoncepção na adolescência;
- reconhecer os fatores de risco relacionados à gravidez na adolescência;
- identificar as características de uma adolescente grávida;
- descrever cuidados de enfermagem para a adolescente grávida;
- reconhecer os diferentes aspectos envolvidos nos desenvolvimentos físico, cognitivo e psicossocial durante a adolescência;
- listar os elementos fundamentais do desenvolvimento das principais características da adolescência;
- identificar as atribuições da educação física na atenção aos desenvolvimentos físico, cognitivo e psicossocial durante a adolescência;
- ao finalizar os seus estudos, você será capaz de apresentar as seguintes habilidades: Constatar como o desenvolvimento humano contribui e interfere na trajetória do ser humano;
- identificar como as Escolas Psicológicas trataram os conceitos de desenvolvimento;
- relacionar as fases do desenvolvimento humano com a infância, a adolescência e a idade adulta;
- identificar os fatores associados ao uso de álcool e drogas na adolescência;
- explicar os fatores de risco para a violência e o suicídio na adolescência;
- descrever medidas preventivas associadas ao uso de álcool e drogas, violência e suicídio;
- identificar as necessidades e as alterações fisiológicas de acordo com o ciclo de vida;
- reconhecer as principais práticas alimentares inerentes à infância e à adolescência;
- desenvolver orientações nutricionais específicas para esses estágios de vida;
- identificar as características do plano alimentar para crianças e adolescentes;

- listar as principais dificuldades na criação do plano alimentar;
- elaborar planos alimentares direcionados a crianças e adolescentes;
- reconhecer a influência da família e dos fatores familiares no desempenho escolar e no desenvolvimento das crianças e adolescentes;
- identificar os tipos de relação que as crianças e adolescentes desenvolvem com seus pares e como isso afeta seu desenvolvimento;
- listar ações de acompanhamento, proteção e auxílio que os educadores podem oferecer aos seus alunos, diante das muitas adversidades, provenientes dos contextos sociais com os quais interagem;

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade está organizada em três tópicos. Em cada um deles você encontrará diversas atividades que o(a) ajudarão na compreensão das informações apresentadas.

TÓPICO 1 – ADOLESCENTE NO CONTEXTO SEXUAL

TÓPICO 2 – DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DO ADOLESCENTE

TÓPICO 3 – ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL E CONTEXTO SOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES



Preparado para ampliar seus conhecimentos? Respire e vamos em frente! Procure um ambiente que facilite a concentração, assim absorverá melhor as informações.

ADOLESCENTE NO CONTEXTO SEXUAL

1 INTRODUÇÃO

Neste tópico será abordado todo o processo do adolescente no contexto sexual, sendo que as evidências mostram que 80% dos problemas de saúde podem ser solucionados na Atenção Básica. É fato, no entanto, que os serviços de saúde encontram dificuldades em atender adolescentes e jovens que passam pelo SUS “invisibilizados” por não serem reconhecidos em sua especificidade etária.

Vamos ter destaque nos três eixos que são fundamentais para viabilizar a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; a atenção integral à saúde sexual e à saúde reprodutiva e a atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens.

Também será abordado como enxergar a pessoa jovem na integralidade de seu ser e de sua vida, buscando identificar outras necessidades para seu bem-estar, e envidar esforços para engajá-la em outras ações e em outros serviços locais, além dos serviços de saúde, independentemente da demanda inicial que a levou à unidade de saúde.

2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Nas últimas décadas, a temática da promoção de saúde tem recebido destaque. A partir de um entendimento ampliado do conceito de saúde, da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a efetivação dos seus princípios — a universalidade, a integralidade e a equidade — e das discussões acerca de novas políticas públicas no setor, diversas áreas do conhecimento começaram a estruturar suas práticas em torno da prevenção e da promoção de saúde. Promover a saúde de adolescentes exige a compreensão de que os comportamentos iniciados nessa idade são cruciais para o restante da vida, pois repercutem no desenvolvimento integral da pessoa. A saúde, nessa faixa etária, está diretamente relacionada à promoção da participação juvenil no exercício da cidadania, em especial, no fortalecimento dos seus vínculos familiares e comunitários por meio de ações de educação em saúde e de prevenção de agravos.

2.1 SAÚDE DO ADOLESCENTE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Os direitos humanos, no Brasil, são considerados como direitos fundamentais e são reconhecidos nas leis com proteção e garantia (BRASIL, 2017). O modelo de atenção integral, conforme explicitado na Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetiva ampliar a possibilidade de atuação dos profissionais, tem como preocupação não só a singularidade do sujeito, mas também a organização do serviço que lhe é prestado. Nesse modelo, a saúde é entendida como um requisito para a cidadania e envolve inter-relações entre o indivíduo, a coletividade e o meio ambiente. Assim, ao se tratar do acesso ao serviço de saúde, é fundamental que o adolescente busque o serviço e compreenda que os profissionais da saúde são importantes mediadores no cuidado à sua saúde. Dessa forma, destaca-se que a maneira com que o adolescente é recebido no serviço de saúde pode cativá-lo ou simplesmente afastá-lo imediatamente da busca pelo atendimento (SANTOS; RESSEL, 2013).

Nesse contexto, serão apresentadas, no Quadro 1, com base nas orientações do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2017), algumas leis e outras normas legais importantes na efetivação da atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens.

QUADRO 1 – LEIS E OUTRAS NORMAS LEGAIS IMPORTANTES NA EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E DE JOVENS

Leis/normas	Descrição
Constituição Federal de 1988	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 (ECA) (Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990)	Regulamenta o artigo nº. 227 da Constituição Federal.
Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990)	Regulamenta a disposição constitucional que concebeu a saúde como um direito social, independente de contribuição, criando o SUS.
Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993)	Regulamenta o direito constitucional (artigo nº. 203) a assistência social do Estado, independente de contribuição, e que, de forma expressa, garante a proteção especial à adolescência e ao amparo aos adolescentes carentes.
Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) (Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996)	Regulamenta o direito à educação também como direito público subjetivo de todo cidadão. Essas legislações possuem um traço comum: a descentralização política e administrativa, com ênfase nos municípios, e a participação da sociedade na formulação das políticas. Esse novo marco conceitual e legal de política pública vem instrumentalizar e possibilitar melhor articulação institucional e desenvolvimento de programas e ações que deem conta da realidade local, sem perder de vista a proposta nacional.

Lei nº. 6.202, de 17 de abril de 1975	Estabelece que a gestante estudante tem direito de receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os 3 meses após o parto, esse período pode, de acordo com indicação médica, ser prolongado. A prestação dos exames escolares é garantida por “regime de exercícios domiciliares”, e seu aproveitamento escolar poderá ser aferido por meio de trabalhos feitos em casa. Além disso, também é garantido pela Constituição Federal Brasileira de 1988 a licença à gestante sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias; a licença paternidade pelo período de 5 dias, a contar do dia do nascimento do filho, e o direito ao recebimento do salário-família, de acordo com o número de filhos.
Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (planejamento familiar)	Essa lei regulariza o conjunto de ações para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Essa lei não trata, de forma expressa, sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva dos adolescentes, o que não constitui uma barreira para o acesso aos serviços de saúde; ao contrário, é direito do adolescente o atendimento integral e incondicional, decorrente dos princípios e diretrizes adotados pela Constituição Federal, pelo ECA, pelo SUS e pela própria lei sobre o tema.
Lei nº. 12.015, de 7 de agosto de 2009	Essa lei altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal, e o artigo 1º da Lei nº. 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do artigo 5º da Constituição Federal, e revoga a Lei nº. 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.
Portaria MS/Gabinete do Ministro (GM) nº. 104, de 25 de janeiro de 2011	Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional de 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 aos serviços de saúde. A notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências passou a ser considerada de caráter universal, ou seja, realizada em todos os serviços de saúde, públicos ou privados.
Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011	Institui a Rede Cegonha, no âmbito do SUS.
Decreto nº. 7.958, de 13 de março de 2013	Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS.
Lei nº. 12.845, de 1º de agosto de 2013	Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
Portaria nº. 485, de 1º de abril de 2014	Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.
Portaria Interministerial nº. 1.082, de 23 de maio de 2014	Aprova as diretrizes para a implantação e a implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória e dá outras providências.
Portaria nº. 618, de 18 de julho de 2014	Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165, Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual, e dispõe sobre regras para seu cadastramento.
Portaria nº. 2.415, de 7 de novembro de 2014	Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



Foi publicada em 26 de outubro de 2017 a Súmula nº. 593 aprovada pelo Superior Tribunal de Justiça com o seguinte enunciado:

O crime de estupro de vulnerável configura-se com a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com menor de 14 anos, sendo irrelevante eventual consentimento da vítima para a prática do ato, experiência sexual anterior ou a existência de relacionamento amoroso com o agente.

Desta forma, a notificação de gravidez ou relação sexual até 13 anos, 11 meses e 29 dias é obrigatória para os serviços de saúde. E ainda, a despeito de que possa ter havido sexo consentido, ou seja sem violência ou grave ameaça, ou um envolvimento amoroso, mesmo que a vítima e o autor fossem “namorados” ou “ficantes”; e mesmo se a vítima já fosse sexualmente ativa, por exemplo: o sexo só ocorreu porque a vítima já se prostituía, antes mesmo de completar quatorze anos, se relaciona com a Lei do estupro de vulnerável (BRASIL, 2017).

A partir da Constituição de 1988 (artigos nº. 226 e 227), crianças e adolescentes obtêm o reconhecimento diante da lei como sujeitos de direitos, dando fim ao caráter tutelar do Código de Menores e a doutrina de situação irregular. A história muda de forma significativa o olhar assistencialista e arbitrário dos códigos anteriores (1927 e 1979) e coloca crianças e adolescentes como prioridade nas políticas públicas com caráter universal.

Em 1990, com a implantação do ECA (Lei nº. 8.069/1990), as conquistas por dignidade, liberdade, respeito e a garantia das condições necessárias para o desenvolvimento físico, psíquico e moral foram asseguradas por lei, por meio de um sistema de garantia de direitos. Nesse contexto, o SUS (Lei nº. 8.080/1990) a partir do amplo conceito de saúde que considera os fatores sociais como condicionantes e determinantes para o seu pleno exercício, cria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), em 2006, direcionado para uma concepção de saúde como direito a ser garantido pelo Estado, tendo como pilares os princípios do SUS. Tomando em consideração as especificidades e pluralidades dos adolescentes e jovens que advêm de suas características socioeconômicas e culturais, bem como as diferenças de gênero, raça e etnia (LIMA; SILVA; NAKA, 2015).

A PNAISAJ reflete uma nova linha de reflexão da atenção à saúde do adolescente, principalmente por evidenciar a integralidade da atenção em consonância com um dos princípios do SUS, o que pressupõe o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais, e a organização de serviços para a execução dessas práticas de saúde, destacando a importância da promoção da saúde e a necessidade de estabelecer processos de trabalho interseoriais e interdisciplinares (LIMA; SILVA; NAKA, 2015; RAPOSO, 2009). A mudança de paradigma que a referida política traz, ressalta a importância das ações de promo-

ção da saúde que busca contribuir para a efetivação da saúde como bem-estar geral, na promoção de mudanças que reflitam em condições de vida saudáveis, a partir de uma abordagem intersetorial. A política propõe que elas "[...] sejam permeadas por práticas educativas numa perspectiva participativa, emancipatória, multiprofissional, voltadas a equidade e cidadania". Apesar dos avanços legais impressos nas Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRA-SIL, 2010,) alguns autores (BOAS *et al.*, 2010; RAPOSO 2009) elencaram os entraves sobre a realidade do público jovem, considerando-os ainda à margem dos serviços de saúde, especialmente da atenção básica. Entre esses entraves estão (LIMA; SILVA; NAKA, 2015):

- escassez de recursos materiais;
- estrutura física inadequada;
- ausência de profissionais capacitados para o atendimento dos jovens;
- má organização e gestão dos serviços;
- representações sociais que os próprios adolescentes carregam e que influenciam nas práticas de saúde.

2.2 DIRETRIZES NACIONAIS PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS ADOLESCENTES

A integralidade da atenção, como uma das diretrizes do SUS, pressupõe a organização de serviços e a execução de práticas de saúde que integrem um conjunto de estratégias para a prevenção de agravos e promoção da saúde e para as ações curativas e de reabilitação, perpassando todo o processo de produção da saúde, quer seja individual ou coletivo. Envolver sujeitos e coletivos, desenvolvendo a autonomia e a participação conjunta na construção de ambientes saudáveis que reduzam o adoecimento e comprometam a todos na integração e no desenvolvimento das ações de promoção, favorecem a sustentabilidade e a efetividade das ações intersetoriais que podem se configurar, no SUS, conforme o MS (BRASIL, 2010), dentro das proposições a seguir.

- Adotar o planejamento das ações de promoção da saúde, a partir de um território sanitário ou região de saúde, que tenha como centro a articulação entre os atores sociais, incluindo atores sociais jovens, e a consolidação das sinergias já em desenvolvimento, ampliando as redes de compromisso e de corresponsabilização na construção conjunta da equidade no modo de viver saudável.
- Levar em conta, nas ações de promoção para a saúde das pessoas jovens, os projetos de vida e o contexto sociocultural e econômico em que eles se realizarão, e o desenvolvimento da cultura de paz promovida em trabalhos articulados a escolas e com as comunidades e famílias. As escolas, por excelência, concentram grandes números de adolescentes e jovens, mas o setor da saúde não deve limitar-se apenas a essa parceria.
- Os serviços de saúde devem apoiar e valorizar iniciativas, governamentais ou não, que fomentem a participação juvenil, a convivência comunitária, a inserção

social, as atividades culturais e esportivas que podem constituir-se em excelentes parceiros das equipes de saúde que atuam no mesmo território. Para isso é preciso estabelecer mecanismos de referência e contrarreferência.

- Favorecer o exercício da cidadania de adolescentes e jovens integrantes de grupos comunitários, esportivos, culturais, religiosos, entre outros, assim como estudantes com características de liderança, capacitando-os como promotores de saúde junto a seus pares, e para participarem no planejamento, na execução e na avaliação das ações de saúde relacionadas ao seu bem-estar, assim como nas instâncias de controle social do SUS.
- Incorporar, nas ações desenvolvidas no serviço de saúde e nas ações intersetoriais, a abordagem transversal dos temas estruturantes recomendados, para a reflexão sobre as desigualdades e iniquidades relacionadas a raça, etnia, gênero e orientação sexual e a outras formas de exclusão e de discriminação;
- Abordar a ética e a cidadania na promoção da saúde, o que significa criar oportunidades para que os adolescentes e jovens possam discutir, reconhecer, refletir, vivenciar e praticar princípios éticos, em bases universais, plurais, transreligiosas e transculturais, sem qualquer fundamentalismo, dogmatismo ou proselitismo.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é a reordenadora da rede de atenção, a partir dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Atualmente, demandam a atenção do setor saúde, novas sintomatologias que estão na fronteira entre os problemas de vida e as patologias, como aquelas trazidas pela violência em geral, pela exploração sexual, pelas síndromes de confinamento, a gravidez na adolescência, entre outras, que atingem de forma especial as pessoas jovens, e que desafiam o arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina e a maneira de trabalhar com a ortodoxia da medicina, demandando investigação e inovação nos cuidados em saúde tanto na atenção básica quanto na média e alta complexidade.

Evidências mostram que 80% dos problemas de saúde podem ser solucionados na Atenção Básica. É fato, no entanto, que os serviços de saúde encontram dificuldades em atender adolescentes e jovens que passam pelo SUS “invisibilizados” por não serem reconhecidos em sua especificidade etária (BRASIL, 2010).

A garantia da atenção integral às pessoas jovens é condição primordial para a assistência desse grupo populacional compreendendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde do sujeito, inserido em contextos social, cultural e familiar e em um território. Assim como é primordial a integralidade da atenção definida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

Para a adoção de um olhar diferenciado à população adolescente e jovem são necessárias algumas ações:

- Fazer o melhor acolhimento possível em espaços humanizados, de responsabilização e de formação de vínculos como um recurso terapêutico, aliados a projetos terapêuticos formulados, implementados e avaliados pelos profissionais da equipe de saúde sem que haja, como diz Oliveira (2008), a subalternização de papéis e de proposições.
- Melhorar o acesso aos serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis.
- Ter sensibilidade para com as demandas e necessidades desse segmento populacional em acordo com as diversidades individuais, sociais, étnicas e territoriais. Desse modo, pode-se estabelecer um vínculo de confiança e respeito, fundamental para a continuidade do acompanhamento e êxito do tratamento.
- Enxergar a pessoa jovem na integralidade de seu ser e de sua vida, buscando identificar outras necessidades para seu bem-estar, e envidar esforços para engajá-la em outras ações e em outros serviços locais, além dos serviços de saúde, independentemente da demanda inicial que a levou à unidade de saúde.
- Levar em conta a vulnerabilidade de adolescentes e jovens, principalmente daqueles privados de condições básicas para uma vida digna, que sofrem violações de direitos e trazem novas sintomatologias, que estão na fronteira entre os problemas de vida e as patologias.

Entre as características do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010) fundamentais na atenção integral à saúde de adolescentes e jovens destacam-se:

- A prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que busca propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade, incluídos nesse contexto adolescentes e jovens da área adstrita.
- As atividades grupais de Educação em Saúde têm preferência, nessa faixa etária, embora o atendimento individual seja importante e necessário.
- O estabelecimento de parcerias intersetoriais e as atividades extramuros são de fundamental importância, mas não devem ser motivo de desatenção para com as competências específicas e exclusivas do setor saúde, tal como a assistência à saúde.
- A inclusão da saúde desse segmento populacional nas análises de situação sanitária das regiões de saúde para orientar a construção de estratégias integradas, setoriais e intersetoriais de produção de saúde por meio de processos singulares de atenção à saúde.
- Produzir saúde com adolescentes e jovens é considerar seus projetos de vida, é valorizar sua participação e o desenvolvimento de sua autonomia, é acreditar que eles e elas aprendem a lidar com os seus problemas e com seu contexto de vida tendo o apoio e a corresponsabilidade dos trabalhadores da saúde, sem moralismos, controle e opressão.

- Promover a participação desse grupo populacional em redes intersetoriais que lhes garanta proteção e a garantia de seus direitos. A educação em saúde, voltada para adolescentes e jovens, deve favorecer a autonomia, a liberdade e a dignidade humanas, estimulando a reflexão e o posicionamento frente a relações sociais que dificultam ou facilitam assumir comportamentos saudáveis, ao mesmo tempo em que estimula o desenvolvimento da curiosidade crítica, como sinal de atenção que é integrante da vida.

Ainda nessas diretrizes, três eixos são fundamentais para viabilizar a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens:

- a) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- b) atenção integral à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- c) atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens.

2.3 AÇÕES DE ENFERMAGEM VOLTADAS À SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE FUNDAMENTADAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

No atendimento ao adolescente, deve-se levar em consideração, entre outras variáveis, o processo de crescimento e desenvolvimento e sua vulnerabilidade a inúmeros agravos físicos, psíquicos e sociais, cuja análise permitirá a identificação dos fatores protetores que devam ser promovidos e os riscos que deverão ser afastados e/ou atenuados. Envolve ações interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais, voltadas para a prevenção e a promoção da saúde, para o atendimento local e para o encaminhamento de situações e problemas específicos dessa faixa etária. A própria condição de ausência de oportunidade para refletir, construir um projeto de vida e concretizá-lo, pode colocar qualquer adolescente em situação de risco, independentemente da situação social em que se encontre (SÃO PAULO, 2015). O Quadro 2 apresenta os tipos de riscos aos quais os adolescentes estão expostos.

QUADRO 2 – RISCOS AOS QUAIS OS ADOLESCENTES ESTÃO EXPOSTOS

Risco	Características
Risco biológico	Obesidade, doenças crônicas etc.
Risco emocional	Depressão, uso e abuso de drogas etc.
Risco familiar	Famílias alcoólatras, com transtornos mentais etc.
Risco social	Moradias em áreas de tráfico de drogas, pobreza extrema etc.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).



O enfoque de risco auxilia a equipe a planejar o acompanhamento do adolescente priorizando as ações preventivas e assistenciais.

A organização da unidade de saúde deve levar em conta a garantia de privacidade do adolescente. Havendo possibilidades, é interessante pedir para que os adolescentes contribuam com o preparo do ambiente de acordo com as suas características, isso facilitará a identificação com o espaço, além de construir junto com os adolescentes as atividades e os temas a serem abordados nos grupos. A entrada do adolescente na unidade, na medida do possível, deve fugir aos esquemas tradicionais de marcação de consulta, o que contribui também para a prevenção da doença, bem como para promoção, manutenção e restabelecimento da saúde e uma continuidade do cuidado. Para isso, destaca-se a consulta de enfermagem para a elaboração de um plano de cuidados, para ajudar a assegurar a continuidade e a totalidade da assistência (SÃO PAULO, 2015).

A consulta de enfermagem fundamenta-se no processo de interação, de investigação, de diagnóstico, de educação e de intervenção, baseada em uma relação de confiança e empatia em que o enfermeiro deve manter uma postura de compreensão e atenção a todas as informações, queixas e necessidades que levaram o adolescente a procurar esse atendimento. Nesse contexto, a consulta de enfermagem tem os seguintes objetivos (SÃO PAULO, 2015):

- Monitorar o processo de crescimento, desenvolvimento púber e psíquico.
- Identificar e promover os fatores de proteção.
- Identificar os fatores de risco que deverão ser afastados e/ou atenuados.
- Realizar a busca de possível uso de álcool, crack e outras drogas; portanto é necessário um olhar atento para investigar o padrão de uso, realizar orientações sobre os danos nocivos do uso dessas substâncias nessa fase do crescimento, negociar e estabelecer conjuntamente metas de redução de uso, promovendo assim a redução de danos e, quando necessário, trabalhar conjuntamente com o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas tipo III (CAPS AD), para formular e estabelecer as melhores e mais adaptadas estratégias de redução de danos.
- Esclarecer sobre o direito de assistência à saúde.
- Incentivar a responsabilizar-se por seu próprio cuidado e discutir o plano ou a estratégia para o cuidado.
- A consulta não deve ter a abordagem tradicional com formatos rígidos, pré-concebidos, unidirecional e informativa. É importante respeitar a singularidade de cada um, considerando sempre as especificidades relativas à idade, ao gênero, à orientação sexual, à raça, à etnia, ao meio familiar, às condições de vida, à escolaridade, ao trabalho, entre outros aspectos, abordando sempre o adolescente em sua integralidade.

- Não existe um jeito único para se trabalhar com o adolescente.
- O enfermeiro, durante a consulta, deve abordar temas de interesse do adolescente, estimulando-o, dessa forma, a expor seus problemas e angústias, estabelecendo uma troca de informações de maneira franca e aberta, sem expressar julgamentos. Sugere-se que a primeira consulta de enfermagem possa ser dividida em duas etapas, não necessariamente no mesmo dia.
- A primeira etapa acontece com o adolescente onde ele possa sentir-se acolhido e ter confiança no profissional. A questão da confiança/vínculo é muito tênue no adolescente, que estabelece empatia e confiança de forma muito forte (extremos), que aprecia e acredita que seu modo de ver a vida é o certo e que não precisa de interlocutores para falar de si.
- A segunda etapa é inserir a família de maneira gradual, de forma que não atinja a autonomia e que não iniba o adolescente na presença deles. A participação familiar tem como objetivo o fornecimento de informações sobre o relacionamento familiar e a história pregressa do adolescente (parto, doenças, vacinas, vida escolar, relacionamento), bem como a orientação quanto ao tratamento, esclarecimento de possíveis dúvidas e estabelecimento de vínculo com o adolescente e sua família.

Durante a primeira consulta, é importante que o enfermeiro estabeleça um pacto e/ou contrato com o adolescente e sua família, e os informe sobre sigilo da consulta, a partir do qual, o que for dito pelo adolescente, só será repassado aos pais com o consentimento dele, exceto em situações de risco de vida próprio ou de terceiros. É fato que qualquer criança ou adolescente não precisa de acompanhantes para passar em consulta em qualquer instituição de saúde, e a presença dos pais (em que há conflitos familiares presentes) associa os “contratos” ao adulto e não ao próprio adolescente. Quando o adolescente procurar o atendimento sozinho e mostrar maturidade para se responsabilizar por seu tratamento, seus pais serão convidados a comparecer somente se ele estiver de acordo. É importante dispor de um tempo adequado para cada atendimento, principalmente para a realização de uma abordagem integral e de orientações preventivas. Alguns retornos podem ser necessários para estabelecer um vínculo de confiança e esclarecer situações mais complexas. No caso do enfermeiro da ESF, ao identificar um adolescente com questões de risco ou de saúde mais complexa, tem a necessidade de tentar expandir seu vínculo por meio do Agente Comunitário de Saúde para auxiliá-lo no acompanhamento, incentivá-lo a buscar mais vezes esse profissional para discutir e refletir sobre seus problemas e também envolver toda a família (SÃO PAULO, 2015).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o atendimento à saúde do adolescente, deve considerar alguns pontos durante a abordagem clínica, destacando-se o estabelecimento do vínculo de confiança entre ESF, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os adolescentes, suas famílias e os estabelecimentos escolares. Uma atitude acolhedora e compreensiva também possibilitará a continuidade de um trabalho com objetivos específicos e resultados satisfatórios no dia a dia. Para uma abordagem de forma integral, o Quadro 3 apresenta o atendimento clínico na atenção à saúde, a ser realizado pelo enfermeiro e pelos demais profissionais de saúde na UBS. A inclusão de outros profissionais que não compõem a Equipe de Saúde da Família (eSF) também é importante (BRASIL, 2013)

QUADRO 3 – ATENDIMENTO CLÍNICO E AÇÕES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Necessidade clínica	Ações
Saúde sexual e saúde reprodutiva	5. Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência sexual e encaminhamento de uma cópia ao Conselho Tutelar, ao Ministério Público, à Vara da Infância e Juventude, a Delegacias da Criança e Adolescentes ou a delegacias locais. 6. Orientação dos pais ou responsáveis sobre os direitos de adolescentes e suas responsabilidades de proteção sobre eles. Em casos de gravidez: 1. Realização de consultas clínicas, incluindo o pré-natal e o puerpério. 2. Realização de exames de rotina, incluindo dois testes para HIV; 3. Inclusão dos adolescentes nas ações de planejamento sexual e reprodutivo. 4. Incentivo à formação de grupo de adolescentes grávidas, incluindo seus parceiros. 5. Notificação, dependendo do caso, da gravidez de adolescente de 10 a 14 anos de idade, guardada as recomendações sobre o sigilo. Ressalta-se que a notificação deverá ser feita após uma análise de cada caso, respeitando os direitos de cidadã daquela adolescente, garantidos pelo ECA e pelo SUS. Nessa análise, deverão ser avaliados os contextos social, familiar e econômico em que se deu a gravidez e o grau de vulnerabilidade (pessoal, familiar e social da adolescente), assim como, os seguintes aspectos: • se a gravidez é resultado de incesto; • se a adolescente está em situação grave de vulnerabilidade familiar e social; • se a adolescente é vítima de exploração sexual ou de tráfico de pessoas; • se a adolescente apresenta sinais e sintomas físicos e psíquicos de violência e outras características de contexto de violência; • se a adolescente tem deficiências.
Prevenção de violências e acidentes	1. Identificação de fatores de risco e de proteção para violências, incluindo violência doméstica, urbana e sexual, e para acidentes, incluindo acidentes domésticos e de trânsito. 2. Prestação de esclarecimentos, promoção de ações educativas e preventivas e ações de promoção da saúde e da cultura de paz. 3. Promoção de ambientes e entornos seguros e saudáveis na UBS, na escola e junto à comunidade escolar por meio de articulações e parcerias intersetoriais 4. Realização da notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências nas situações de violências contra adolescentes e enviar cópia dessa notificação ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, conforme preconiza o ECA, e para a UBS/ESF. Enviar cópia da notificação para a vigilância epidemiológica do município. 5. Encaminhamento para serviços de referência, CAPS e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos casos que necessitem de atendimento especializado, seguindo-se os princípios da integralidade da atenção e da humanização. 6. Encaminhamento dos casos identificados de adolescentes em situação de vulnerabilidade ou que sofreram violências para a rede de proteção social e de garantia de direitos, incluindo Conselhos Tutelares, Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e Centros de Referências de Assistência Social (CRAS).

FONTE: ADAPTADO DE MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013)..

No âmbito das políticas públicas da saúde, segundo o estudo realizado por Silva *et al.* (2016), existem deficiências na assistência ao adolescente, e mesmo com a existência de programas e políticas públicas específicas para atender esse grupo, não são efetivamente executados. Alguns fatores são apontados como relevantes para a deficiência dessas práticas, no qual destacam-se a falta de preparo, a capacitação dos profissionais e as deficiências físicas das unidades para acolhimento dos adolescentes, associada a não inserção do adolescente no planejamento, na execução e na avaliação das atividades. Atualmente, a ESF vem se deparando com novos desafios e com a necessidade de oferecer uma atenção mais abrangente. Torna-se campo propício para a afirmação desse novo modo de pensar em fazer saúde para os adolescentes. Essa estratégia, considerada núcleo da APS, coloca-se como um recurso relevante para a resolução de vários e importantes problemas relacionados à saúde desse público. Dessa forma, deve-se buscar a consolidação de ações que atendam a essa população de forma integral. Faz-se necessário, portanto, repensar as práticas atualmente utilizadas, com resquícios do modelo biomédico, tecnicista, visto que, a atenção não deve estar voltada somente para problemas orgânicos, deve-se compreender o desenvolvimento psicossocial dessa população.

3 ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A sexualidade faz parte da vida humana, desde o nascimento até a morte. Embora muitos pensem que a sexualidade se inicia na puberdade, isso não é verdadeiro. O que ocorre é que, na adolescência, há transformação corporal e aumento da libido, por isso, a maioria das pessoas têm a iniciação sexual nesse período. Em razão desse tempo de transformação e de experimentação de novas vivências, os adolescentes tornam-se um público vulnerável para a gravidez não planejada.

3.1 ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

De acordo com Reis (2012), a sexualidade é uma característica básica dos seres humanos. Ela influencia sentimentos, emoções, pensamentos e ações e envolve aspectos físicos, orientação sexual, prazer, intimidade e reprodução.

A sexualidade na adolescência ganha um foco especial em razão da **puberdade**, com a “explosão” de hormônios e a maturação sexual. As meninas vivenciam a menarca, primeira menstruação e marco biológico da capacidade de reprodução, e os meninos a primeira ejaculação, que ocorre, em geral, no período do sono, o que demonstra a capacidade de produção dos espermatozoides e, logo, a possibilidade de reprodução.

Os adolescentes apresentam a necessidade de experimentar o afeto e o prazer a partir do contato físico consigo mesmo, na masturbação, e com o outro. Nessa fase, os jovens iniciam seus primeiros relacionamentos amorosos e, a maioria deles,

inicia a vida sexual. Por ser uma fase de experimentação, é considerado um público de extrema vulnerabilidade tanto para a ocorrência de uma gravidez não planejada quanto para o contágio com uma IST.



Todos os adolescentes têm o direito de receber orientações adequadas sobre o uso de preservativos e de contraceptivos.

A gravidez na adolescência ocorre em decorrência da prática sexual insegura e desprotegida. No Brasil, é considerada um problema de saúde pública considerando a alta ocorrência de nascimentos de bebês filhos de mães entre 10 e 19 anos de idade. As consequências dessa gravidez atingem a mulher, o bebê, a família como um todo e a sociedade.

Veja no Quadro 1, a seguir, os dados coletados no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SI-NASC), sobre a proporção de nascimentos de bebês de mães adolescentes em cinco Estados brasileiros, nos anos de 2014, 2015 e 2016. Foram escolhidos aleatoriamente um Estado de cada região geográfica do País. Embora haja uma pequena diminuição da proporção em todos os Estados, os resultados encontrados ainda são considerados altos e sinalizam a necessidade de investimentos na orientação desse público.

QUADRO 4 – PROPORÇÃO DE NASCIMENTOS DE BEBÊS DE MÃES ADOLESCENTES EM ALGUNS ESTADOS DO BRASIL NOS ANOS 2014, 2015 E 2016

Estado	2014	2015	2016
Rio Grande do Sul	15,66%	14,54%	13,95%
São Paulo	14,56%	13,82%	13,18%
Mato Grosso do Sul	20,51%	19,97%	19,03%
Pernambuco	21,37%	20,58%	20,69%
Pará	27,27%	26,53%	25,73%

Fonte: Adaptado de Datasus (2008, documento on-line).

A contracepção ou a anticoncepção significa a adoção de métodos que impedem a ocorrência de uma gravidez e são considerados métodos preventivos. No Sistema Único de Saúde (SUS) são ofertados oito métodos diferentes para a anticoncepção, que devem ser orientados e disponibilizados para a população adolescente. Infelizmente, existem alguns fatores como receio ético ou julgamento de valores por parte dos profissionais de saúde que negligenciam e não prescrevem e orientam a contracepção. O julgamento do início precoce da vida sexual de um adolescente não o impede de se relacionar sexualmente e, ainda, de se relacionar de forma insegura e desprotegida.



O único método contraceptivo contraindicado para adolescentes é o definitivo (esterilização).

Os profissionais de saúde devem estar comprometidos com a educação sexual dos adolescentes e orientá-los sobre a prática do sexo seguro e sobre os métodos contraceptivos disponíveis. É fundamental o esclarecimento de dúvidas e o apoio para a escolha do método que será adotado. Um aspecto importante é a conscientização de ambos os sexos de que a contracepção é responsabilidade dos parceiros sexuais e não somente das meninas. A utilização de preservativos (camisinha) em todas as relações sexuais deve ser sempre enfocada, pois somente a camisinha confere a dupla proteção: contracepção e prevenção de infecção por ISTs.

3.2 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Os métodos contraceptivos são divididos em algumas categorias, são elas:

- métodos definitivos (irreversíveis);
- não hormonais (comportamentais e de barreira);
- hormonais;
- métodos de longa duração.

A seguir, serão abordados cada um desses métodos, com exceção dos métodos definitivos (laqueadura tubária e vasectomia), pois eles não são recomendados para os adolescentes (PASSOS *et al.*, 2017).



A Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, trata do planejamento familiar. Ela proíbe a realização de métodos contraceptivos definitivos, ou seja a esterilização masculina ou feminina, em pessoas menores de 25 anos de idade com menos de dois filhos.

3.2.1 Contracepção não hormonal

A contracepção não hormonal pode ser dividida em dois tipos:

- métodos comportamentais;
- métodos de barreira.

3.2.2 Métodos comportamentais

Fazem parte dos métodos comportamentais:

- curva de temperatura basal;
- avaliação do muco cervical;
- tabela de Ogino-Knauss (tabelinha);
- coito interrompido.

Esses métodos exigem determinação precisa do ciclo menstrual e do período fértil, disciplina e conhecimento aprofundado do seu próprio corpo. Tais competências são uma exigência alta para os adolescentes. Durante o período puberal, ocorre o desenvolvimento das características sexuais e os adolescentes necessitam lidar com essas mudanças físicas e aprender sobre o próprio corpo. Além disso, outros fatores que podem atrapalhar essa observação são a menarca, nas meninas, e a ejaculação precoce, nos meninos. Nos primeiros anos após a menarca, muitas meninas têm ciclos anovulatórios e sangramentos irregulares e os meninos, no início da atividade sexual, apresentam maior dificuldade em controlar o momento da ejaculação.



Os métodos comportamentais não são recomendados para os adolescentes, pois exigem disciplina e planejamento.

3.2.3 Métodos de barreira

O grupo dos métodos de barreira é composto por:

- Preservativo masculino (camisinha) — é uma capa feita de borracha que recobre o pênis e impede o seu contato direto com a vagina durante a relação sexual. Ele retém o esperma após a ejaculação e deve ser colocado com o pênis ereto, antes do ato sexual e retirado após a ejaculação. A camisinha masculina é de uso único e deve ser descartada no lixo após o uso.
- Preservativo feminino (camisinha) — é um tubo de borracha, flexível, que é adaptado dentro do canal vaginal e protege a vagina do contato direto com o pênis. Pode ser colocado horas antes da relação sexual, mas deve ser retirado após a relação e descartado no lixo. A camisinha feminina também é de uso único.
- Diafragma — é um dispositivo de borracha ou de silicone em forma de “capuz” que protege o colo do útero e impede a entrada dos espermatozoides. Ele pode ser usado sozinho ou com espermicidas. Pode ser colocado imediatamente antes da relação sexual, porém deve-se esperar 8 horas, após a relação, para retirá-lo.
- Espermicida — é uma substância química que é aplicada na vagina antes da relação sexual. Em contato com o esperma esse produto irá matar ou paralisar os espermatozoides. Após a aplicação, o espermicida mantém sua ação por cerca de 1 hora.

3.3 CONTRACEPÇÃO HORMONAL

A contracepção hormonal impede a ovulação. Fazem parte desse grupo de contraceptivos:

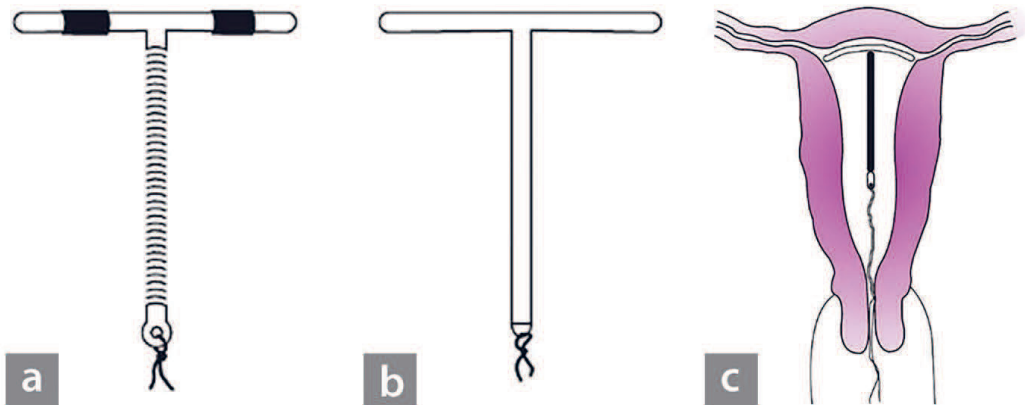
- Anticoncepcionais orais combinados — pílulas com hormônios pro-gesterona e estrogênio que devem ser tomados por via oral diariamente.
- Anel vaginal — anel flexível inserido dentro da vagina, que libera diariamente as dosagens de hormônios necessários para a contracepção.
- Adesivo transdérmico — adesivo impregnado de hormônios que, em contato com a pele, libera diariamente a quantidade necessária para impedir a ovulação. Deve ser usado por 3 semanas consecutivas seguidas por 1 semana sem uso. O adesivo precisa ser trocado semanalmente.
- Anticoncepcional injetável mensal — anticoncepcional administrado por via intramuscular uma vez ao mês, que causa o espessamento do muco cervical e inibe a ovulação.
- Anticoncepcional injetável trimestral — anticoncepcional administrado por via intramuscular a cada 3 meses, que atua no organismo impedindo a ovulação e espessando o muco cervical.
- Anticoncepcional de emergência — trata-se de um comprimido hormonal ingerido por via oral, em dose única, após a relação sexual desprotegida. Como o próprio nome diz é pra ser usado em casos de emergência, como rompimento do preservativo durante a relação, casos de violência sexual etc.. Não deve ser usado como um contraceptivo de rotina.

3.4 CONTRACEPÇÃO DE LONGA DURAÇÃO

São considerados métodos de longa duração (LARC, do inglês long acting reversible contraception):

- Dispositivo intrauterino (DIU) — há dois tipos de DIUs: um hormonal e o outro não. O DIU não hormonal possui formato da letra “T” e é composto de cobre. O DIU hormonal também possui formato da letra “T”, porém é de vinil e impregnado com hormônio. A ação de ambos os DIUs é semelhante, causam uma reação no endométrico como um corpo estranho, atrofiam o endométrio e espessam o muco cervical. O DIU de cobre tem validade de 10 anos e o DIU hormonal de 5 anos, ambos devem ser substituídos após esse período caso a mulher deseje continuar utilizando esse método. Observe, na Figura 1, as ilustrações dos dois tipos de DIU e a localização de um DIU inserido no útero.
- Implante subdérmico — é uma pequena haste de vinil com 4cm de comprimento, impregnada de hormônio, que deve ser implantada no tecido subcutâneo do braço. O procedimento pode ser realizado no consultório médico com anestesia local. A validade do implante é de 3 anos, e precisa ser substituído caso a mulher deseje continuar utilizando esse método. A sua ação inibe a ovulação e espessa o muco cervical.

FIGURA 1 – DISPOSITIVOS DE CONTRACEPÇÃO DE LONGA DURAÇÃO. (A) DISPOSITIVO NÃO HORMONAL, (B) DISPOSITIVO HORMONAL E (C) DIU INSERIDO NO ÚTERO.



Fonte: DeCherney *et al.* (2014, p. 941).

3.5 AÇÕES PARA A ORIENTAÇÃO SOBRE ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Os adolescentes recebem diversas informações pela internet, pelas redes sociais, pelos círculos de amigos e colegas, pela família, pela escola e pelos profissionais de saúde. Mas, se há tanta informação, por que a incidência de gravidez na adolescência permanece tão alta? Essa pergunta revela o desafiador papel do enfermeiro(a) na orientação e no cuidado a essa população.

A informação está disponível, porém é necessário desenvolver um processo de aprendizado para que esse conhecimento seja apreendido e se manifeste no autocuidado e na autonomia. Todo adolescente tem direito a ter privacidade no atendimento de saúde e sigilo das informações confidenciais durante a consulta.

A escola e os outros espaços comunitários devem ser explorados pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para o desenvolvimento de atividades educativas contextualizadas e para a distribuição de preservativos. As atividades com a metodologia de roda de conversa parecem ser mais efetivas por serem espaços de fala aberta para todos os participantes e não somente um momento de transmissão de conteúdos.

Nos contatos com os adolescentes, deve ser enfocada a importância da utilização da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, pois somente esse método garante a dupla proteção.

Outra orientação fundamental para as adolescentes na escolha do método contraceptivo é sobre a necessidade da adesão e de compromisso com o método. Anticoncepcionais orais devem ser tomados por via oral diariamente, os injetáveis administrados no tempo adequado (mensal ou trimestral), o adesivo transdérmico substituído no intervalo adequado e o diafragma aplicado e retirado respeitando o tempo necessário em todas as relações.

Considerando esse compromisso com a adesão e a grande ocorrência de falhas nos métodos por esquecimento ou por negligência, os métodos de longa duração são indicados para as adolescentes. Ainda existe bastante preconceito, mas não há nenhuma contraindicação para a inserção de DIU ou de implante intradérmico. Esses são métodos eficazes e devem ser ofertados para as meninas.

Para finalizar, segue uma lista de orientações importantes a serem repassadas para os adolescentes a respeito dos cuidados necessários com a camisinha masculina e feminina:

- armazenar a camisinha em local seco e arejado;
- não expor a camisinha ao sol;
- não guardar o preservativo em locais que possam danificar sua embalagem, como, por exemplo, carteira, bolso, agenda e mochila;
- não utilizar objetos cortantes para a abertura da embalagem; deve-se utilizar o picote na lateral do pacote;
- não utilizar lubrificantes oleosos (vaselina e manteiga) junto com a camisinha;
- não usar duas camisinhas ao mesmo tempo (duas masculinas, duas femininas ou uma masculina + uma feminina), pois o risco de rompimento é aumentado;
- verificar o prazo de validade do preservativo;
- observar, antes do uso, se a embalagem não está furada.

4 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência é considerada problema mundial de saúde pública, pois acarreta consequências biológicas, psicológicas, econômicas, educacionais e familiares e impacta nos indicadores socioeconômicos e de saúde de um país. São diversos os fatores que contribuem para que a gravidez na adolescência ocorra, porém um dos fatores que se mostrou mais impactante é a desinformação sobre a sexualidade e os direitos sexuais e reprodutivos. Essa constatação reforça a importância das ações de educação sexual para os adolescentes.

4.1 FATORES DE RISCO RELACIONADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Antes de compreender os riscos relacionados à gravidez na adolescência, é necessário que você entenda a dimensão do problema na realidade brasileira. Embora as taxas desse tipo de gestação venham decrescendo anualmente, ainda representam uma grande porcentagem dos nascimentos.

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) faz o levantamento dessas taxas por meio da coleta de dados nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV) sobre o nascimento, a mãe, a realização do pré-natal, entre outros dados. O Ministério da Saúde publiciza os dados do SINASC no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A porcentagem de 17,5%, no País, foi obtida ao realizar a busca do número de nascimentos de filhos de mães adolescentes (10 a 14 anos e 15 a 19 anos de idade), por Estado/Unidade Federativa [UF], no ano de 2016. Essa porcentagem varia em cada Estado, sendo o Distrito Federal o que tem menor ocorrência (11,9%), e o Acre (26,1%) a maior taxa no Brasil. (BRASIL, 2008).

Acompanhe no Quadro 1, a seguir, o número absoluto de nascimentos por faixa etária da adolescência, o total de nascimentos e a porcentagem que os nascimentos de filhos de mães adolescentes representam, no total, para cada um dos estados brasileiros. Observe que as maiores taxas são dos Estados das regiões Norte e Nordeste; porém, mesmo nas regiões com menores taxas, a gravidez na adolescência ainda representa um desafio para o SUS, que necessita fortalecer as ações de prevenção da gravidez na adolescência.

QUADRO 5 – PROPORÇÃO DE NASCIMENTOS DE FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES POR FAIXA ETÁRIA E POR UF, EM 2016

UF	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total de nascimentos	% nascimento de filhos de mães adolescentes
Distrito Federal	171	4.988	601.437 43.340	11,90%
Santa Catarina	451	12.051	95.313	13,12%
São Paulo	2.690	76.607	601.437	13,18%
Rio Grande do Sul	765	18.968	141.411	13,95%
Minas Gerais	1.401	35.660	253.520	14,62%
Paraná	943	23.063	155.066	15,48%
Espírito Santo	418	8.191	53.413	16,12%
Rio de Janeiro	1.558	34.813	219.129	16,60%
Goiás	738	15.751	95.563	17,25%
Mato Grosso	544	9.504	53.531	18,77%
Mato Grosso do Sul	463	7.613	42.432	19,03%
Ceará	1.336	22.698	126.246	19,04%
Paraíba	581	10.098	56.083	19,04%
Rio Grande do Norte	478	8.258	45.366	19,26%
Bahia	2.192	37.663	199.830	19,94%
Rondônia	249	5.086	26.602	20,05%
Pernambuco	1.298	25.751	130.733	20,69%
Sergipe	379	6.413	32.218	21,08%
Piauí	576	9.554	46.986	21,56%
Tocantins	300	4.936	23.870	21,94%
Amapá	211	3.623	15.521	24,70%
Roraima	235	2.576	11.376	24,71%
Amazonas	1.302	18.134	76.703	25,34%
Maranhão	1.634	26.523	110.493	25,48%
Pará	2.178	33.254	137.681	25,73%
Alagoas	739	11.657	48.164	25,74%
Acre	305	3.813	15.773	26,11%
Total	24.135	477.246	2.857.800	17,54%

Fonte: Adaptado de Brasil (2008, documento on-line).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a gravidez em adolescentes é uma condição preocupante, pois aumenta de forma significativa as chances de complicações e os riscos para a mãe, para o feto e, posteriormente, para o nascido vivo. Esses fatores de risco são classificados em três categorias. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019).

1. Riscos para a adolescente:

- idade menor do que 16 anos;
- gravidez ocorrida há menos de 2 anos da primeira menstruação;
- peso menor do que 45 kg;
- altura menor do que 150 cm;
- uso de drogas lícitas ou ilícitas;
- gestação proveniente de abuso, de estupro ou de violência;
- rejeição da gestação;
- tentativas de abortamento;
- dificuldade de acesso ao pré-natal;
- não realização do pré-natal;
- adolescente portadora de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doenças renais ou cardíacas;
- adolescente com infecção sexualmente transmissível (IST) como sífilis, aids, hepatite B ou C;
- adolescente com doenças como dengue, doença aguda pelo vírus zika, toxoplasmose ou outras doenças virais;
- ocorrência de pré-eclampsia, desproporção pélvica fetal ou gravidez gemelar;
- complicações obstétricas durante o parto;
- falta de apoio familiar;
- falta de apoio do pai do bebê.



Quando a gravidez ocorre em menos de 2 anos da primeira menstruação (menarca), ocorre o fenômeno de **duplo anabolismo**, ou seja, a competição biológica entre mãe e feto por nutrientes. Isso ocorre porque a adolescente ainda está em fase de crescimento e maturação final.

2. Riscos para recém-nascidos e lactentes filhos de mães adolescentes:

- prematuridade;
- baixo peso (menos do que 2.500 g) ou pequeno para a idade gestacional (PIG);
- comprimento menor do que 48 cm;
- Apgar inferior a 5;
- parto sem assistência médica ou em condições desfavoráveis;
- malformações congênitas ou síndromes;

- alteração das circunferências cefálica, torácica e abdominal;
 - dificuldade de sucção (aleitamento materno);
 - doença por transmissão vertical: aids, sífilis, hepatites B ou C, toxoplasmose, herpes, zika;
 - condições sanitárias inadequadas no domicílio;
 - falta de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento (atenção primária à saúde);
 - falha no esquema de vacinação.
3. Riscos para o binômio mãe adolescente-bebê:
- recém-nascido com anomalia grave ou malformações congênitas;
 - recém-nascido com traumatismo durante o parto;
 - recém-nascido entregue em instituições para adoção ou abandonado;
 - recém-nascido não amamentado;
 - abandono pelo pai biológico ou recusa da paternidade;
 - adolescente com transtorno mental durante ou após o nascimento do bebê;
 - rejeição e abandono da adolescente e do recém-nascido por parte da família;
 - família com pessoas com doença psiquiátrica, abuso de álcool e drogas ou violência intrafamiliar;
 - situações sociais de risco, como no caso dos refugiados, de pessoas em situação de rua e de imigrantes;
 - evasão escolar por parte da adolescente e consequente não colocação no mercado de trabalho.

4.2 A ADOLESCENTE GRÁVIDA

A adolescência corresponde ao período da vida entre 10 e 19 anos de idade, no qual ocorrem alterações, caracterizadas principalmente por:

- crescimento rápido;
- surgimento das características sexuais secundárias;
- conscientização da sexualidade;
- estruturação da personalidade;
- adaptação ambiental;
- integração social.



A saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é motivo de constante preocupação para pais, educadores, profissionais de saúde e governantes, uma vez que suas consequências são de alto impacto individual e social.

É sabido que o fato de alguns adolescentes não conhecerem métodos contraceptivos e não praticarem o sexo seguro tem resultado na gravidez na adolescência e no contágio de doenças sexualmente transmissíveis (BRA-SIL, 2012; YAZLLE, 2006). Ou seja, em muitas situações, a gravidez na adolescência ocorre sem planejamento, seja por falta de informações ou pelo não conhecimento aos métodos anticoncepcionais e, muitas vezes, devido à experimentação sexual.

É preciso compreender que a adolescente não pode assumir sozinha o risco social de uma gravidez não planejada, por isso, são necessárias políticas de educação reprodutiva e sexual nas escolas, bem como equipe multidisciplinar envolvida com a educação em saúde ao adolescente (BRASIL, 1996).

A gravidez neste grupo populacional vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e para o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos. Além disso, a gravidez na adolescência também interfere no crescimento pessoal e profissional, pois muitas jovens abandonam a escola, o que dificulta a sua qualificação profissional e o consequente ingresso ao mercado de trabalho (YAZLLE, 2006).

Alguns autores sustentam a ideia de que a gravidez pode ser bem tolerada pelas adolescentes, desde que elas recebam assistência pré-natal adequada, ou seja, de forma precoce e regular, durante todo o período gestacional. Porém, isso nem sempre acontece por causa de vários fatores, que vão desde a dificuldade de reconhecimento e aceitação da gestação pela jovem até a dificuldade para o agendamento da consulta inicial do pré-natal (QUEIROZ *et al.*, 2016; YAZLLE, 2006).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Sistema Único de Saúde (SUS) deve prestar atendimento integral à adolescente grávida, que inclui a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação em todos os níveis de atenção à saúde.

No Brasil, o ECA foi criado em 1990 para tratar, entre outros aspectos, da proteção global desse público. No seu artigo 8º, o estatuto aborda a questão da gravidez na adolescência e os direitos garantidos às meninas (BRASIL, 1990, documento on-line):

Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal.

§ 1º A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema.

§ 2º A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal.

§ 3º Incumbe ao poder público propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem.

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal.

§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser também prestada a gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção”

No dia 3 de janeiro de 2019, foi publicada a Lei nº. 13.798 que institui a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Atividades especiais, com informações sobre medidas preventivas e educativas voltadas ao tema devem ser amplamente realizadas em todo o território nacional na semana que incluir o dia 1 de fevereiro.



Você sabia que, muitas vezes, a adolescente deseja estar grávida? Diversos são os motivos que levam uma adolescente a desejar ter um filho, como pensamentos mágicos e fantasiosos, a busca pela aceitação social e a reprodução da experiência vivida por sua mãe ou irmãs que geraram filhos na adolescência. A desinformação sobre sexualidade somada a fatores socioeconômicos, como a pobreza, a evasão escolar e a falta de um projeto de vida, influencia na ocorrência da gravidez em adolescentes.

4.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE ADOLESCENTE

O profissional enfermeiro trabalha na atenção à gestante adolescente de maneira bem abrangente, pois os cuidados de enfermagem são direcionados às jovens em diversos momentos e nos diferentes serviços de saúde. Essa atuação inclui as ações educativas e preventivas e também as ações assistenciais.

Os cuidados de enfermagem preventivos e educativos incluem:

- educação sexual de adolescentes;
- orientação sobre a prevenção da gravidez pelo uso correto dos métodos contraceptivos;
- prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- identificação precoce dos fatores de risco maternos e fetais para a implementação da assistência adequada e precoce.

Os cuidados de enfermagem assistenciais são ofertados à adolescente grávida desde o diagnóstico da gravidez, no acompanhamento pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS); no momento do parto na maternidade; no acolhimento da mãe e do bebê para a realização da rotina de puerpério (período pós-parto) e no início da puericultura (acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança). A consulta de enfermagem no pré-natal é uma ação privativa do enfermeiro. As consultas devem ser intercaladas com médico da atenção primária à saúde.



O calendário das consultas de pré-natal é organizado da seguinte forma:

- até a 28ª semana de gestação, realizar uma consulta por mês;
- da 28ª até a 36ª semana de gestação, realizar uma consulta a cada 15 dias;
- da 36ª até a 41ª semana de gestação, realizar uma consulta por semana.

As responsabilidades do enfermeiro no pré-natal incluem as seguintes atividades (BRASIL, 2012):

- orientar sobre a importância da realização do pré-natal;
- realizar a consulta de enfermagem de pré-natal de gestação de baixo risco;
- solicitar os exames laboratoriais conforme o protocolo do Ministério da Saúde ou do município;
- coletar e interpretar os resultados dos testes rápidos;
- prescrever os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso, 40 mg por dia, e ácido fólico, 5 mg ao dia);
- acompanhar a situação vacinal e orientar a imunização da gestante;
- identificar gestantes com fatores de risco de complicações e sinais de alteração clínica que justifiquem o encaminhamento para o atendimento médico especializado;
- coletar o material para o exame citopatológico do colo do útero;
- realizar atividades educativas, individuais e em grupos;
- realizar visitas domiciliares durante a gestação e no pós-parto.



O Ministério da Saúde recomenda a coleta dos seguintes exames laboratoriais na primeira consulta de pré-natal:

- hemograma;
 - tipagem sanguínea e fator Rh;
 - teste de Coombs indireto (se for Rh negativo);
 - glicemia de jejum;
 - teste rápido de triagem para sífilis e/ou o Venereal Disease Research Laboratory VDRL/ teste de reagina plasmática rápido (RPR);
 - teste rápido diagnóstico anti-HIV;
 - anti-HIV;
 - toxoplasmose imunoglobulina M (IgM) e imunoglobulina G (IgG);
 - sorologia para hepatite B (HbsAg);
 - exame de urina e urocultura;
- Outros exames podem ser indicados de acordo com a realidade do município e a disponibilidade dos exames no SUS.

RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico, você aprendeu que:

- Com a implantação do ECA (Lei nº. 8.069/1990), as conquistas por dignidade, liberdade, respeito e a garantia das condições necessárias para o desenvolvimento físico, psíquico e moral foram asseguradas por lei, por meio de um sistema de garantia de direitos.
- O estabelecimento de parcerias intersetoriais e as atividades extramuros são de fundamental importância mas não devem ser motivo de desatenção para com as competências específicas e exclusivas do setor saúde, tal como a assistência à saúde.
- Produzir saúde com adolescentes e jovens é considerar seus projetos de vida, é valorizar sua participação e o desenvolvimento de sua autonomia.
- A organização da unidade de saúde deve levar em conta a garantia de privacidade do adolescente.
- A contracepção ou a anticoncepção significa a adoção de métodos que impedem a ocorrência de uma gravidez e são considerados métodos preventivos.

AUTOATIVIDADE



- 1 A Organização Mundial da Saúde (OMS) define segurança do paciente como a ausência de danos preveníveis ao paciente, durante o processo de assistência à saúde, visto que é sabido que o paciente, ao procurar um serviço de assistência à saúde, espera estar seguro, nas mãos dos profissionais e ter sua integridade e sua vida preservadas. Sobre Atenção Básica e Segurança do Paciente, é CORRETO afirmar:
 - a) () A segurança do paciente é mais discutida em instituições hospitalares, pois é onde os riscos realmente estão presentes.
 - b) () A segurança do paciente deve ser abordada em nível de complexidade do sistema de saúde, logo em hospitais.
 - c) () Dado ao volume e diversidade de serviços oferecidos na Atenção Primária, a segurança do paciente é um aspecto importante e essencial que deve ser considerado, carecendo da atenção de gestores e profissionais.
 - d) () Raros são os eventos com danos não intencionais que ocorrem na Atenção Primária.
 - e) () O tema avaliação de qualidade na área da saúde começou a ser abordado, no início do ano 2000, por isso, ainda é incipiente na Atenção Primária.
- 2 Assinale a alternativa que inclui princípios e diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
 - a) () Propiciar um processo de educação de forma que o usuário se convença a abandonar crenças religiosas e hábitos negativos a sua saúde e estimular a participação e controle social dos usuários sobre os serviços.
 - b) () Propiciar o acesso e o acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção e buscar a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde.
 - c) () Garantir a implantação de um modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais e propiciar a autonomia dos usuários, por meio de cursos profissionalizantes.
 - d) () Garantir a formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado e propiciar a humanização da atenção, com demonstrações de familiaridade e intimidade com o usuário.
 - e) () Garantir a atuação territorial, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas e fortalecer a articulação interfederativa entre os gestores, definindo atribuições exclusivas a cada um deles.

3 A qual princípio da Política Nacional de Atenção Básica o texto a seguir se refere?

“Ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.”

- a) () Universalidade.
- b) () Equidade.
- c) () Integralidade.
- d) () Resolutividade.

DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DO ADOLESCENTE

1 INTRODUÇÃO

No segundo tópico desta unidade, será conhecido o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial no processo da adolescência. Será apresentado A maturação biológica e as características baseadas nas teorias cognitivistas de Jean Piaget, Lev Vygotsky e Henri Wallon.

De forma correlacionada faremos apontamentos fundamentais e atuais sobre os transtornos alimentares mais comuns que são a anorexia, a bulimia nervosa e o transtorno de comer compulsivamente.

Também será abordado a relação com a família, mais precisamente com os pais, o apego aos pais, o surgimento dos conflitos familiares, as drogas e a alimentação saudável.

2 ADOLESCÊNCIA: DESENVOLVIMENTO FÍSICO, COGNITIVO E PSICOSSOCIAL

Cronologicamente, a adolescência é caracterizada entre os 12 e 18 anos de idade. Essa fase do desenvolvimento é permeada por grandes transformações cognitivas, psicológicas, sociais e físicas, e todas elas estão associadas à maturação biológica. As relações com o próprio corpo, a mudança física e de imagem, a inter-relação social e todas as demais características parecem ser mais pungentes. Há, ainda, uma diferença no tempo de maturação biológica, psicossocial e física entre meninos e meninas, o que por vezes é um fator a ser considerado.

2.2 OS DIFERENTES ASPECTOS ENVOLVIDOS NOS DESENVOLVIMENTOS FÍSICO, COGNITIVO E PSICOSSOCIAL DURANTE A ADOLESCÊNCIA

À época dos filósofos gregos, já se notava que em certo período da vida as crianças tornavam-se indisciplinadas, questionadoras da autoridade e

apresentavam um comportamento sexual que se aproximava de características dos adultos — eram as características da adolescência. Contudo, há uma confusão entre adolescência, puberdade e maturação biológica. Muitas vezes, esses conceitos são tratados erroneamente como similares, embora haja uma associação entre os termos. Vejamos: a adolescência é um marco do desenvolvimento humano que é representado por uma série de mudanças, principalmente, psicossociais. Já a puberdade refere-se ao fenômeno biológico que resulta na sexualidade, fertilidade e capacidade reprodutiva, impulsionada pelo amadurecimento hormonal. A maturação biológica é mais ampla que a puberdade, pois representa o estágio “adulto e maduro” de uma função biológica qualquer. Assim, você verá a seguir as características cognitivas, psicossociais e físicas baseadas nas teorias cognitivistas de Jean Piaget, Lev Vygotsky e Henri Wallon.



Os hormônios sexuais são responsáveis por grande parte das alterações corporais e de imagem na adolescência. Na menina, o aumento dos estrógenos (hormônio secretado pelas gônadas femininas, os ovários) resalta as características femininas, tais como: direcionamento da gordura para os quadris, aumento dos seios e lábios vaginais, pelos pubianos etc. O evento característico que define a maturação sexual é a menarca (primeira menstruação). Nos meninos, o hormônio cujo efeito resulta nas características masculinas é a testosterona, secretado pelas gônadas masculinas, os testículos. A testosterona é responsável pelo aumento de pelos (barba, axilas e pelos pubianos), alteração na voz, incremento da massa muscular e pela espermatogênese (produção e amadurecimento dos espermatozoides). Contudo, para os meninos não há um marco definido que represente a maturação sexual, tal como ocorre nas meninas. A maturação puberal pode ser avaliada, visualmente, por uma ferramenta denominada “Estagiamento de Tanner”.

Na teoria piagetiana, o pensamento operacional formal é o quarto e último estágio do desenvolvimento cognitivo (na ordem: sensório-motor, pré-operatório, operatório concreto e operatório formal). Na adolescência, esse estágio começa a ser alcançado e aprimorado a partir de uma combinação de fatores maturacionais (desenvolvimento neurológico, por exemplo) e de experiências vividas (ambiente mais amplo e diversificado em relação às outras fases da vida), ou seja, as mudanças na sistemática escolar, tais como professores e turmas diferentes, trabalhos de casa com pesquisas, mudanças na vida social, na relação com a família e grupo levam ao acúmulo de melhorias no processamento cognitivo e na memória. Para Piaget, o crescimento cognitivo só ocorre com a combinação entre um ambiente mais rico em experiências e a maturação neurológica — uma das características marcantes de Piaget é o desenvolvimento biológico impulsionando o aprendizado.

Uma característica marcante da fase operatório formal é a capacidade de pensar na possibilidade, e não apenas na realidade. As crianças da terceira infância tendem a uma abordagem simples, direta e concreta de resolver problemas. Então,

os adolescentes partem da análise de possibilidades, especulam hipóteses e aplicam à realidade. No entanto, isso só é possível a partir dos conteúdos operatórios empregados no período anterior como as categorizações, seriações, enumerações, medidas, deslocamentos no tempo e no espaço.

Vygotsky tem como característica a zona de desenvolvimento proximal (ZDP), ou seja, uma área à frente do indivíduo que representa as possibilidades de aprendizado. Então, uma pessoa mais experiente (mediador ou facilitador) ajuda o indivíduo para alcançar a ZDP com troca de informações e busca dos conhecimentos já adquiridos. Assim, o mediador desempenha não só o papel de ensinar, mas também o de aprender. Nesse sentido, o meio social e cultural no qual o adolescente está inserido é primordial, além da relação homem–história, uma vez que não há senso cultural sem o movimento dialético do homem na história. Isso significa que o adolescente de 1970 se desenvolveu diferentemente do adolescente dos anos 1990 e da década de 2010, haja vista que a história e a cultura desses anos eram substancialmente distintas. Portanto, o desenvolvimento cognitivo do adolescente, segundo Vygotsky, tem uma associação entre a maturação biológica e o meio sociocultural envolvido, o que garante o sentido de interacionismo.

Pensando nas teorias de Henri Wallon, a característica mais presente é a afetividade e o emocional como base para o desenvolvimento e a aprendizagem. Uma segunda característica, assim como Vygotsky, é a importância do meio sociocultural em questão. Na fase da adolescência (ou puberdade, como Wallon denomina), a afetividade e o emocional podem estar estremecidos, a partir dos conflitos naturais que o adolescente tem em resposta à maturação biológica (aprimoramento hormonal). A mudança na imagem imposta pelo aumento de gordura corporal, aumento dos seios nas meninas, início da barba (ainda penugem) nos meninos, acne etc. invocam os conflitos e crises dos indivíduos e, geralmente, ofuscam a amabilidade e afetividade; os sentimentos mais intensos permeiam a sensação de revolta e indignação. Os adolescentes tornam-se intolerantes e críticos frente às regras geralmente impostas pelos pais e atribuições escolares, e eles necessitam identificar-se com o seu “grupo de amigos”, como uma espécie de fuga social. É notório que adolescentes cuja afetividade está fortemente presente no seio familiar têm menor necessidade de identificar-se com “grupos de amigos”. A afetividade distorcida pode trazer consequências no processo de aprendizagem e desenvolvimento, segundo Wallon. Assim, os mediadores no processo, principalmente, pais e professores, devem reconquistar a afetividade do adolescente, e não confrontá-la.

Embora seja uma tarefa árdua, os processos de crises e conflitos nesse marco de desenvolvimento são indispensáveis para a transição da adolescência para fase adulta. De forma geral, a adolescência é um fenômeno cultural, inerente aos tempos atuais cujas alterações são visíveis no campo biológico, maturacional, físico e psicossocial.

O desenvolvimento psicossocial dos adolescentes é, em grande parte, uma resposta ao sentimento de negatividade — o indivíduo não é mais criança, mas

ainda não é um adulto. Esse fato produz um sentimento de “estar no limbo” e, por isso, os processos de rejeição são naturalmente mais latentes. Esse cenário é apoiado pelas mudanças físicas da puberdade e pela distorção da imagem corporal.

Piaget apoia o desenvolvimento afetivo em dois pilares: os sentimentos idealistas e a continuação da formação da personalidade. O primeiro está intimamente ligado às características do pensamento formal (desenvolvimento cognitivo). Os adolescentes valorizam acima de tudo os esquemas lógicos, exaltando os extremos (ou tudo é certo ou tudo é errado). Como analisam a realidade com base no raciocínio, suas conclusões parecem idealistas porque são lógicas. Em consequência, tornam-se extremamente críticos das ideias sociais e dos comportamentos. Piaget chama essa linha de pensamento de “egocentrismo do adolescente”. O desenvolvimento psicossocial acontecerá a partir do entendimento que o comportamento humano, muitas vezes, não é uma questão de lógica. A partir disso, começam, então, os traços de ponderação nas ações e opiniões — transição paulatina para a fase adulta.

Nas características que circundam o desenvolvimento psicossocial, a relação com os amigos é um processo que toma importância fundamental. A partir de Piaget, mas mais presente nas teorias de Vygotsky e Wallon, o desenvolvimento é produto da forte interação com o meio sociocultural em questão. O estado de negatividade do adolescente força a procura da identificação do seu “eu” em grupos os quais ele toma um sentido de importância e aceitabilidade. Assim, suas relações com colegas e amigos são mais significativas, influentes e intensas do que nas etapas anteriores, e a importância de opinião dos pais passa por momentos de turbulência; esse fato é devidamente agravado se os pais resolvem enfrentar o conflito dos filhos adolescentes.

Geralmente, as amizades são estáveis e tornam-se mais complexas e psicologicamente mais ricas, impulsionando o aprendizado e o desenvolvimento psicossocial. Em uma visão walloniana, a ajuda, a interação e o afeto mútuos dos adolescentes formam o núcleo central da amizade. A “força da pressão” que um grupo pode exercer sobre um adolescente pode ser positiva, como a adoção de um comportamento mais adulto ou um comportamento pró-sociocultural, estímulo aos estudos e a aprendizagem, participação de equipes esportivas e bons hábitos de saúde, mas também pode ser negativa, tais como: uso de drogas, “pegas” e “corridas” de carro, relações sexuais desprotegidas, abuso de álcool, tabaco e etc. Nesse panorama, os conceitos de Vygotsky são absolutamente visíveis: o meio sociocultural enquadra o psicológico, ou seja, o desenvolvimento psicossocial de um adolescente é construído ao longo do tempo e mediado pelo meio social em que o adolescente está inserido.

O desenvolvimento físico é um dos pontos-chave na fase da adolescência. As dimensões corporais aumentam de acordo com a maturação hormonal, mais visivelmente nos meninos. A partir dessa fase da vida, e com as habilidades motoras aprimoradas, os adolescentes se sentem mais seguros para arriscar em esportes radicais ou exercícios físicos com maior grau de exigência. É bem sabido que o indivíduo é produto do seu genótipo e fenótipo. Entenda-se por genótipo a carga hereditária que traduz nas possibilidades de uma característica. Fenótipo refere-se às influências e estímulos do meio sobre os indivíduos que podem ou não maximizar

o genótipo. Assim, você pode ter uma “pré-disposição” para a obesidade, mas, em grande parte, o que determina essa condição são os fatores ambientais, ou seja, as características fenotípicas. Um parâmetro físico pode ser mais ou menos suscetível ao genótipo ou ao fenótipo. Por exemplo, a massa corporal (comumente chamada de peso) é mais suscetível ao fenótipo, ou seja, aos fatores ambientais. Em contrapartida, a estatura é mais influenciada pela carga genética do que pelos fatores ambientais.

De forma geral, a saúde é de boa à excelente em grande parte dos adolescentes. Contudo, a maior preocupação passa a ser a combinação de uma má alimentação com o comportamento sedentário. Em termos da massa corporal, a adolescência apresenta uma grande variação dos 12 aos 17 anos (Quadro 1), portanto, analisar somente a massa corporal perde o sentido. O mais razoável seria a relação entre o desenvolvimento da estatura e a massa corporal, registrada, à priori, pelo IMC [massa corporal (kg) / estatura (em metros)²] ou IMC ajustado pela idade e sexo (Escore-Z). Uma alternativa pode ser prever a massa corporal, partindo da estatura média da idade e sexo, com a indicação adequada de IMC — você pode consultar o IMC por percentil na Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Por exemplo, em um menino de 14 anos cuja estatura é 1,68 m (percentil 50º), com um IMC de 15 kg/m² (borda inferior da classificação eutrófica) a 22 kg/m² (borda superior da classificação eutrófica), espera-se uma massa corporal entre 42 e 62 kg para os respectivos IMCs [$42 \text{ kg} = 15 (\text{IMC}) \times 1,682 (\text{estatura}^2)$ e $62 \text{ kg} = 22 (\text{IMC}) \times 1,682 (\text{estatura}^2)$].

Como a adolescência é pautada por incertezas e sentimentos de insegurança e rejeição, é comum os distúrbios de imagem corporal, principalmente, nas meninas. A psicopatologia dos transtornos alimentares tem sua gênese no ato de comer, mais precisamente, em um desequilíbrio entre a ingestão de alimentos, seja excessiva/compulsiva, ou na restrição alimentar severa. Nesse sentido, os transtornos alimentares mais comuns são a anorexia, a bulimia nervosa e o transtorno de comer compulsivamente. Em grande parte, esses transtornos são associados às meninas. Já os meninos trazem o culto distorcido à massa corporal ou porte físico e estão mais sujeitos ao uso de esteroides anabolizantes, principalmente, no final da adolescência.

QUADRO 6 – ESTATURA EM CENTÍMETROS DE ADOLESCENTES ENTRE 12 E 17 ANOS POR SEXO

	Idade	Média (%)	5º	10º	25º	50º	75º	90º	95º
Masculino	12 anos	152,4	138,7	141,5	146,8	152,4	157,2	162,6	165,6
	13 anos	159,8	145,3	148,1	153,5	159,5	166,1	172,7	174,5
	14 anos	166,6	152,1	154,7	160,5	167,9	173,0	177,3	179,6
	15 anos	171,5	158,5	161,8	166,9	172,2	176,0	180,3	183,1
	16 anos	174,2	162,8	165,6	170,2	174,5	178,8	183,1	185,7
	17 anos	175,5	162,8	166,9	170,7	175,8	180,1	184,4	187,2
Feminino	12 anos	155,2	141,7	145,8	151,1	155,4	160,0	164,1	167,4
	13 anos	159,8	146,8	149,6	154,2	159,0	163,6	167,6	169,9
	14 anos	161,3	151,4	153,7	157,2	161,3	165,6	169,4	171,2
	15 anos	162,3	151,4	153,2	157,5	162,3	167,1	170,7	173,0
	16 anos	162,6	151,6	154,2	158,5	163,1	166,6	170,7	173,0
	17 anos	162,8	152,4	154,7	158,5	163,3	167,4	171,2	173,0

Fonte: Adaptado de Gallahue e Ozmun (2005).

É interessante observar que os transtornos alimentares são fortemente influenciados pela sociedade e grupo de amigos no qual o adolescente se encontra, e é potencializado em uma janela de rejeição própria da adolescência. Nesse sentido, os pais devem ficar atentos ao comportamento dos filhos, não a fim de vigiá-los e invadir sua privacidade, mas para conquistar a afetividade e confiança, um traço claro das teorias de Wallon.

Um dos estudos mais importante dos últimos tempos, no Brasil, é o “Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes” ou simplesmente, ERICA. Trata-se de um estudo seccional, nacional e de base escolar, com adolescentes de 12 a 17 anos de idade, no qual foram obtidos dados completos de antropometria e outros fatores de risco em 73.399 estudantes de um total de 102.327 elegíveis na faixa etária em questão. Você pode observar, no Quadro 2, que 17,1% dos adolescentes estão com sobrepeso, impulsionados pela região Sul (18,7%). Ainda, 8,4% encontram-se na condição de obesidade, com grande participação da região Sul (11,1%). Se você considerar “excesso de peso” como sobrepeso + obesidade, são 25,5% dos adolescentes do Brasil nessa condição; um panorama preocupante e que poderia ser atenuado com a aplicação mais efetiva da educação física escolar.

2.3 ELEMENTOS FUNDAMENTAIS DO DESENVOLVIMENTO DAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA ADOLESCÊNCIA

As características que marcam o desenvolvimento humano sofrem influência direta ora da maturação biológica, ora do meio sociocultural em questão e, na maior parte das vezes, de ambos. Assim, conhecer os elementos fundamentais que exercem força sobre o aspecto cognitivo, psicossocial e físico pode nortear as diretrizes para

um melhor desenvolvimento nessa faixa etária. É consenso que a escola, a relação com seus pares (amigos e colegas), e a família formam a base desses elementos. O adolescente é produto deles e da maturação biológica inerente ao ser humano.

A partir do entendimento interacionista de Piaget, Vygotsky e Wallon sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e físico, o meio sociocultural tem influência sobre os processos de aprendizagem e desenvolvimento humano.

QUADRO 7 – PREVALÊNCIA E INTERVALO DE CONFIANÇA 95% (IC95%) DE SOBREPESO E OBESIDADE NOS MUNICÍPIOS MÉDIOS E GRANDES PORTE POR MACRORREGIÃO E BRASIL, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO (ERICA 2013-2014)

Sexo/Idade	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Sobrepeso												
Feminino	17,6	16,4–18,9	15,5	14,1–16,9	17,7	16,2–19,2	16,4	15,0–17,8	17,5	15,3–19,9	20,3	18,0–22,9
12 a 14 anos	19,2	17,5–21,0	17,1	15,1–19,4	20,6	18,0–23,6	18,4	16,4–20,7	18,4	15,5–21,6	21,8	17,7–26,6
15 a 17 anos	15,9	14,6–17,3	13,6	12,1–15,3	14,4	13,1–15,9	14,1	12,5–15,9	16,5	14,1–19,2	18,7	16,7–20,9
Masculino	16,6	15,6–17,8	15,1	13,9–16,4	15,9	14,4–17,4	16,1	14,6–17,7	17,2	15,4–19,2	17,0	14,4–19,9
12 a 14 anos	17,6	15,9–19,3	16,5	14,6–18,7	19,7	17,3–22,5	16,7	14,4–19,2	17,1	14,3–20,3	17,0	13,7–20,9
15 a 17 anos	15,6	14,1–17,2	13,6	12,1–15,2	11,5	10,2–13,0	15,4	12,9–18,3	17,4	14,7–20,4	17,0	13,6–21,0
Total	17,1	16,3–18,0	15,3	14,4–16,2	16,8	15,6–18,0	16,2	15,1–17,4	17,4	15,8–19,0	18,7	17,4–20

Sexo/Idade	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Obesidade												
Feminino	7,6	7,1-8,3	5,6	4,9-6,4	6,8	6,0-7,6	5,9	5,3-6,6	8,1	7,1-9,2	9,8	8,1-11,7
12 a 14 anos	8,5	7,7-9,4	6,4	5,3-7,7	7,4	6,3-8,6	6,2	5,2-7,3	8,9	7,6-10,3	12,1	9,5-15,4
15 a 17 anos	6,7	5,8-7,7	4,7	4,0-5,5	6,1	5,1-7,2	5,6	4,7-6,7	7,3	5,7-9,3	7,1	5,5-9,0
Masculino	9,2	8,4-9,9	7,6	6,6-8,8	8,1	6,7-9,9	8,9	7,4-10,6	9,1	8,0-10,4	12,4	11-13,9
12 a 14 anos	10,8	9,7-12,0	7,9	6,7-9,3	9,4	7,3-12,0	11,4	8,9-14,6	10,7	9,0-12,6	15,6	13,2-18,3
15 a 17 anos	7,3	6,6-8,1	7,3	5,9-9,0	6,8	5,6-8,1	6,1	4,8-7,7	7,4	6,2-8,8	8,7	7,2-10,5
Total	8,4	7,9-8,9	6,6	6,0-7,2	7,4	6,5-8,5	7,4	6,6-8,3	8,6	7,8-9,5	11,1	10,0-12,3

Fonte: Adaptado de Block et al. (2016).

Ainda, o adolescente encontra-se em um momento de dúvidas e incertezas, em um estágio cujo próximo passo é tornar-se adulto, com todas as suas responsabilidades. Então, a escola agrega papel fundamental nesse processo porque é lá que surgem questionamentos como: Qual o meu plano para o futuro? Como fazer para executar esse plano? Como posso me preparar?

Checchia (2010) relata que muitos adolescentes se queixam da mudança no tratamento dos professores da terceira infância e de adolescentes. Segundo eles, as relações dos professores com as crianças são repletas de carinho e atenção, ao passo que o tratamento com os adolescentes é por meio de hostilidade, xingamentos e desrespeito. Os professores acabam por descarregar atitudes duras nos adolescentes com o pretexto de prepará-los para a “vida dura” e o “mundo cruel” em que vivemos. Na verdade, essa é apenas uma desculpa para o despreparo desses profissionais. Os adolescentes são questionadores e provocam os adultos que não encontram respostas nem possibilidades de respostas, principalmente, nas escolhas amorosas, sexuais e profissionais — tudo que o adolescente quer é sentir-se seguro. A falta de resposta do adulto (pais ou professores) deixa-o ainda mais vulnerável e suscetível a forças de pressão de seus pares (grupos de amigos), que nem sempre têm a experiência adequada para direcionar esses questionamentos. Portanto, a escola desempenha um papel fundamental na orientação desses adolescentes, fornecendo espaço de questionamento e debates, para que a ausência desses diálogos não resulte na formação de um adolescente vulnerável. Da mesma forma, os pais assumem papéis primordiais.

A relação com a família, mais precisamente com os pais, ganha novos ares e é repleta de intensidade. Para os adolescentes, o assunto “sexualidade” está diretamente ligado à busca de sua identidade, de sua afirmação. Tornar-se homem ou mulher relaciona-se à forma como o sujeito se projeta no mundo. A partir desse cenário, Bee e Boyd (2011) acreditam que as relações dos adolescentes com seus pais são pautadas por duas tarefas que, aparentemente, são contraditórias. A primeira é a busca pela autonomia, que se manifesta pelo aumento dos conflitos tradicionais da faixa etária. Consistem em discussões leves, questões sobre regras, padrões e regulamentos (vestuário, encontros, notas da escola, distribuição das tarefas domésticas). Muitos autores sugerem que as mudanças hormonais, necessidade de autoafirmação e a força de pressão de grupos de amigos são apontadas como causas principais das discussões com os pais. Pelo lado dos pais, os argumentos mais comuns são baseados no controle dos adolescentes associado às preocupações com segurança e perspectivas futuras. Enquanto os pais consideram que as normas paternas são necessárias e comprovam seu amor, sua preocupação e sua proteção, os adolescentes encaram esse cenário como uma tentativa de controle e dominação. A segunda tarefa é o apego aos pais. Contraditoriamente, o surgimento dos conflitos familiares e de um possível “distanciamento” parece não diminuir ou enfraquecer o apego emocional do adolescente para com seus pais. O problema, muitas vezes incompreendido, é que os adolescentes não expressam de forma consistente, ou expressam ao seu modo, a afetividade familiar. Então, apesar da relação sólida com seus amigos, as evidências mostram que os jovens têm, em seus pais, a fonte consistente de carinho e atenção.

Na fase da adolescência, o indivíduo ganha espaço para a experimentação de outra realidade. O álcool, tabaco, drogas ilícitas, entre outros, são produtos da

sociedade em um adolescente vulnerável e afetivamente carente. Nesse cenário, a alimentação saudável fica aquém do desejável em detrimento de uma alimentação praticamente toda industrializada. A possibilidade de tomar as próprias decisões, apoiada em um aspecto financeiro factível, leva o adolescente ao estilo de vida “não muito saudável”. Esse panorama, à priori, não traz consequências marcantes para a maioria dos adolescentes, pois caracteriza-se por um estado transitório, em grande parte no final da adolescência. Assim, no início da fase adulta, onde o indivíduo encontra-se conscientemente mais maduro, essas ações são deixadas de lado. Obviamente que, se persistirem na fase adulta, as consequências cognitivas, psicossociais e físicas serão pungentes.

Um aspecto relevante sobre o contexto cognitivo, psicossocial e físico, em todos marcos do desenvolvimento humano, e, portanto, nos adolescentes, é o benefício que a prática regular de atividade física traz ao ser humano.

2.4 ATRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO AO DESENVOLVIMENTO FÍSICO, COGNITIVO E PSICOSSOCIAL DURANTE A ADOLESCÊNCIA

Alguns conceitos serão necessários para o entendimento das atribuições da educação sobre o desenvolvimento humano na adolescência — estágio das habilidades especializadas e esportivas. Primeiramente, os conceitos de “padrão de movimento” e “habilidades motoras” são diferentes, mas muitos tratam como similares. Então, o padrão de movimento refere-se à capacidade de execução de movimentos básicos de locomoção, manipulação e estabilização. Já as habilidades motoras são os padrões de movimentos executados com precisão, exatidão e controle. Assim, uma criança pode ter certo padrão de movimento, mas como ele ainda não é executado com precisão, exatidão e controle, não pode, portanto, ser considerado uma habilidade motora. As habilidades motoras fundamentais mais comuns na locomoção são: caminhar, correr, pular, saltar, entre outros; as habilidades motoras fundamentais manipulativas mais comuns são: arremessar, chutar, impedir, rebater, quicar e etc.; por fim, as habilidades motoras fundamentais estabilizadoras são: incluir, alongar, girar, balançar, rolar, iniciar e parar um movimento, entre outras.

Por sua vez, as habilidades motoras especializadas são as habilidades motoras fundamentais maduras que são combinadas e refinadas a fim de processar uma habilidade esportiva, ou seja, um movimento específico de um determinado esporte ou atividade de lazer. A relação entre a educação física e o desenvolvimento humano é marcada pela transição dos padrões de movimento para as respectivas habilidades motoras de locomoção, atividades manipulativas e de estabilização. Em outro cenário, indivíduos que querem alcançar habilidades esportivas devem, obrigatoriamente, ter sucesso nas habilidades motoras fundamentais.

A mudança de estágios, ou seja, a evolução dos movimentos sob a luz da precisão, exatidão e controle envolvem três etapas (GALLAHUE; OZMUN, 2005), a

saber: estágio (ou etapa) de transição, a fase de aplicação e a utilização permanente. O estágio de transição é caracterizado pelas primeiras tentativas do indivíduo de refinar e combinar padrões motores maduros. É classicamente visível entre o final da segunda infância e por grande parte da terceira infância. É quando as crianças são atraídas por diversos esportes pela motivação de conseguir realizar os movimentos referentes a ele, claramente sem o desempenho adequado. Nessa etapa, o fator limitante é a habilidade, e não aspectos fisiológicos ou anatômicos (estatura, por exemplo). O cerne é a compreensão do movimento. O estágio da aplicação é quando o indivíduo se torna consciente de seus recursos e pode aplicá-los em habilidades motoras. A repetição é a chave para o incremento de habilidades superiores, um estágio clássico entre a metade da terceira infância e o início da adolescência. Por fim, o estágio de utilização permanente diz respeito à aplicação permanente das habilidades motoras fundamentais em habilidades motoras especializadas, de acordo com cada esporte ou atividade. Em grande parte, os adolescentes não transitam para esse estágio, salvo aquele com definições mais concretas na escolha dos esportes.

A inserção precoce de crianças ou adolescentes em esportes competitivos pode ser um erro no desenvolvimento psicomotor geral. Embora o processo antecipe os estágios de transição para as habilidades fundamentais e especializadas do esporte, em outros padrões de movimento ficará abaixo da média. Portanto, os professores de educação física têm a obrigação moral e ética de esclarecer essas etapas para as crianças ou adolescentes, juntamente com os pais ou responsáveis. É importante ressaltar que, embora tenha uma relação de marco do desenvolvimento humano com as habilidades motoras fundamentais, a transição para habilidades especializadas não depende da idade.

A partir do entendimento que um movimento corporal isolado não é fruto de uma interação neuromuscular, admite-se que o desafio das habilidades motoras produz atividade cerebral. Essa atividade tem como objetivo “pensar e entender”, baseado na experiência e memória: qual(is) músculo(s) deve(m) ser contraído(s) ou qual(is) deve(m) ser relaxados(s), no momento e intensidade correta. Esse fenômeno produz uma consequência cognitiva, ou seja, a educação física, através do movimento corporal, interagindo no desenvolvimento cognitivo. Se você inserir os movimentos corporais sobre a perspectiva sociocultural e histórica, a educação física abrange as teorias interacionistas de Piaget, Vygotsky e Wallon.

Existem dois problemas marcantes da educação física escolar na adolescência. O primeiro é a descrença que o componente curricular Educação Física pode exercer e produzir benefícios sobre aspectos cognitivos envolvendo matérias tradicionais. Mostrar que, através da educação física, uma criança ou adolescente entenderá melhor o português, a matemática, a biologia etc. é praticamente uma epopeia. Diversos exemplos deveriam ser seguidos na inter e transdisciplinaridade envolvendo a educação física como integrante do currículo. O segundo problema refere-se à conquista do adolescente, pelo professor de educação física, em realizar as aulas. Isso porque é uma fase

de negação, dúvidas e mudanças corporais; justamente, aspectos marcantes nessas aulas (maior exposição do corpo, maior exposição às habilidades motoras fundamentais etc.). Desta forma, o professor de educação física deve entender, inserir-se no contexto dos adolescentes, expor os benefícios e conquistar os alunos.

Os parâmetros de saúde envolvendo a adolescência são aqueles preconizados sobre a aptidão física relacionada à saúde, a saber: capacidade cardiorrespiratória, força e resistência muscular, flexibilidade e composição corporal. Assim, o planejamento das aulas, seja em periodizações mensais ou semestrais, deve pautar a melhora dessas aptidões. As normas e critérios, bem como os pontos de cortes para essas aptidões, por faixa etária e sexo, estão detalhadas no Projeto Esporte Brasil (Proesp-BR).



Tatiana, professora de educação física do ensino médio, planejou a inserção de esportes tradicionais, como o voleibol, handebol, basquete e futebol, para estimular o desenvolvimento psicomotor, cognitivo e social, além da melhora nos indicadores de saúde, em uma turma de adolescentes de 14 a 16 anos de idade. Após o início do ano letivo, observou que muitos alunos não tinham habilidades motoras fundamentais consolidadas; a maioria das meninas não conseguia executar um salto horizontal; a relação de tempo e espaço para acertar a bola era praticamente inexistente; os meninos não entendiam as explicações de rotação do voleibol. Tatiana, então, teve de “retornar à base” e planejar a educação física voltada para habilidades motoras fundamentais. Foram periodizados exercícios de locomoção, manipulação e estabilização, no formato de estafetas, para motivá-los com um desafio. Tatiana também se preocupou em conhecer melhor cada aluno, especialmente sobre a convivência com a família. Embora não tenha completado seu objetivo inicial, Tatiana contribuiu sobremaneira para o desenvolvimento dos adolescentes. Infelizmente, esse é um cenário relativamente comum nas escolas. Existem professores que não fariam o trabalho de replanejar as aulas para estágios anteriores, pois é uma tarefa dispendiosa; e existem professores como a Tatiana, preocupados com o indivíduo e seu desenvolvimento.

3 DESENVOLVIMENTO HUMANO: INFÂNCIA ADOLESCENTE E VIDA ADULTA

Neste capítulo, você vai estudar as influências do desenvolvimento humano na constituição de vida dos indivíduos, bem como a importância das escolas psicológicas e de seus conceitos acerca do desenvolvimento humano. Ao final, o capítulo aborda o desenvolvimento humano da infância à vida adulta.

3.1 AS INFLUÊNCIAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NA CONSTITUIÇÃO DE VIDA DOS INDIVÍDUOS

O desenvolvimento humano se destaca como determinante na trajetória de vida de cada um. Sendo assim, há necessidade de estarmos atentos aos fatores que de certa forma influenciam no desenvolvimento dos indivíduos. Entre eles podemos citar dois que são de extrema importância no desenvolvimento dos sujeitos:

Todo o ser humano, ao nascer, traz uma carga genética herdada de seus pais biológicos, a qual possui importantes vínculos com o desenvolvimento humano de cada indivíduo. No entanto, tais heranças podem ou não serem desenvolvidas de acordo com as intervenções do meio ambiente. Conforme Consolaro (2009) afirma,

[...] as características dos seres vivos são determinadas por unidades hereditárias chamadas genes. Esse conceito, por ser muito incisivo e fechado, acabou por ser dogmaticamente utilizado. A transmissibilidade das características de um ser para outras gerações não depende exclusivamente dos genes; devemos considerar a célula como um todo – com o seu citoplasma, suas mitocôndrias e o material genético que carrega em sua estrutura –, assim como o organismo como um todo, e a complexidade do meio ambiente (CONSOLARO, 2009, p.14).

De acordo com as palavras do autor a hereditariedade é importante para desenvolvimento dos seres humanos. Porém, não é definitiva sendo que as questões externas, relacionadas ao meio ambiente no qual cada indivíduo está inserido, também, são fundamentais na trajetória de vida de cada um. O meio ambiente é um fator de extrema importância no desenvolvimento dos seres humanos, pois é através das relações e interações dos sujeitos com o meio que esses se constituem.

[...] o desenvolvimento do ser humano está subordinado a dois grupos e fatores: os fatores da hereditariedade e adaptação biológica, dos quais depende a evolução do sistema nervoso e dos mecanismos psíquicos elementares, e os fatores de transmissão ou de interação sociais, que intervêm desde o berço e desempenham um papel de progressiva importância, durante todo o crescimento, na constituição dos comportamentos e da vida mental (PIAGET, 1998, p. 17).

Nesse sentido, quanto estímulos oferecidos pelo meio ambiente, maiores serão as condições de desenvolvimento e de aprendizagem dos seres humanos.

3.2 AS ESCOLAS PSICOLÓGICAS E OS CONCEITOS DO DESENVOLVIMENTO

As primeiras escolas psicológicas surgiram no século XIX, tornando a psicologia uma ciência independente da biologia, formulando seus próprios conceitos e teorias sobre o desenvolvimento humano (GERRIG; ZIMBARDO, 2005). Dentre as mais importantes podemos citar:

- **Estruturalismo:** o estruturalismo foi a primeira escola psicológica, que tinha como principal objetivo de estudo a consciência (mente). Seus principais estudiosos foram Wilhelm Wundt e Edward Titchener e os métodos de pesquisa utilizados tiveram destaque na observação, a experimentação e a mediação. Dessa forma, faziam uso da introspecção como método indicado para a realização dos estudos sobre a mente humana (GERRIG; ZIMBARDO, 2005).
- **Funcionalismo:** contrariando as ideias de estruturalismo, emerge o funcionalismo, influenciado fortemente por Willian James. De acordo com Gerrig e Zimbardo (2005), a teoria funcionalista contrapõe-se a te-oria estruturalista, pois procurava focar nos processos mentais de forma sistemática, observando as reações funcionais dos comportamentos.
- **Behaviorismo:** tornou-se a escola psicológica dominante da década de 1950, tendo como seu principal objetivo de estudo o comportamento. O behaviorismo estuda as influências ambientais no comportamento dos indivíduos. Para os behavioristas o comportamento definia-se pelo ambiente, ou seja, os fatores ambientais influenciavam diretamente na conduta dos seres humanos. Como principais teóricos do behaviorismo podemos citar John Watson e Skinner. Os behavioristas defendiam a experiência no estudo do comportamento humano realizado através dos estímulos oferecidos pelo ambiente e das respostas observadas a partir dos comportamentos dos indivíduos estudados (GERRIG; ZIMBARDO, 2005).
- **Gestalt:** o objetivo da Gestalt é a percepção, tendo como principais teóricos Wolfgang Kohler, Kurt Koffa e Max Westheimer. A prática da Psicologia da Gestalt surgiu contra a prática de reduzir experiências de complexas a experiências simples, ou seja, acreditavam que as ex-periências deveriam ser representadas pela totalidade da percepção do campo de observação. Isso quer dizer o todo é maior do que a soma de cada uma das partes (GERRIG; ZIMBARDO, 2005). Para a Gestalt a mente percebe o mundo através de uma forma organizada sem divisões dos elementos que o constituem.
- **Psicanálise:** seu objeto de estudo é o inconsciente, e Sigmund Freud é considerado seu principal teórico. Freud desenvolveu a técnica da Psicanálise baseada na livre associação das ideias, na interpretação dos sonhos e na análise dos atos falhos (GERRIG; ZIMBARDO, 2005). Para Freud a mente humana era formada por três elementos: id (princípio do prazer, dos instintos primitivos/inatos/inconscientes; ego (princípio da realidade, da parte racional da personalidade/consciente); e superego (princípio das normas/regras criadas pela sociedade, que julgam as ações conscientes dos indivíduos).

3.3 O DESENVOLVIMENTO HUMANO

A psicologia do desenvolvimento estuda e pesquisa os diferentes estágios da maturação e desenvolvimento humano; analisa as mudanças e estabilidades que ocorrem nos seres humanos desde o nascimento até a maturidade. Essa área da psicologia busca encontrar características universais dessas mudanças e permanências que contribuam para uma melhor compreensão dos seres humanos.

O campo do desenvolvimento humano concentra-se no estudo científico dos processos sistemáticos de mudança e estabilidade que ocorrem nas pessoas. Os cientistas do desenvolvimento (ou desenvolvimentistas) – indivíduos empenhados no estudo profissional do desenvolvimento humano – observam os aspectos em que as pessoas se transformam desde a concepção até a maturidade, bem como as características que permanecem razoavelmente estáveis. Quais são as características com mais chances de perdurar? Quais têm mais chances de mudar, e por quê? Essas são algumas das perguntas que os cientistas do desenvolvimento procuram responder. (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 36).

No início de sua história, a psicologia do desenvolvimento dedicou-se ao estudo da infância – período em que muitas mudanças são observáveis – e, após algum tempo, passou a dedicar-se também ao estudo de outros períodos do desenvolvimento humano. Atualmente, é possível organizar o desenvolvimento humano em oito diferentes períodos (PAPALIA; FELDMAN, 2013):

- período pré-natal (da concepção ao nascimento);
- primeira infância (do nascimento aos 3 anos de idade);
- segunda infância (dos 3 aos 6 anos de idade);
- terceira infância (dos 6 aos 11 anos de idade);
- adolescência (até aos 20 anos de idade, aproximadamente);
- início da vida adulta (dos 20 aos 40 anos de idade);
- vida adulta intermediária (dos 40 aos 65 e anos de idade);
- vida adulta tardia (dos 65 em diante).

Esses períodos referidos não são inquestionáveis, portanto, é possível que haja variações para diferentes indivíduos, diferentes culturas e diferentes sociedades. Porém, ainda que um pouco arbitrárias, são faixas etárias aproximadas em que é possível observar características comuns para melhor compreender desenvolvimento humano.

A divisão do ciclo de vida em períodos é uma construção social: um conceito ou prática que pode parecer natural e óbvio àqueles que o aceitam, mas na realidade é uma invenção de uma determinada cultura ou sociedade. Não há nenhum momento objetivamente definível em que uma criança se torna adulta ou um jovem torna-se velho. De fato, o próprio conceito de infância pode ser visto como uma construção social. Ao contrário da relativa liberdade que têm as crianças hoje [...], as crianças pequenas no período colonial eram tratadas até certo ponto como pequenos adultos [...] (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 38, grifo das autoras).

O desenvolvimento humano, para fins de estudo e pesquisa, pode ser organizado em três diferentes âmbitos: desenvolvimento físico, desenvolvimento cognitivo e desenvolvimento psicossocial. O desenvolvimento físico engloba o crescimento do corpo humano, as capacidades sensoriais e as habilidades motoras. O desenvolvimento cognitivo é composto pelos processos de aprendizagem, pela memória, pela

linguagem e pelo raciocínio. Por último, o desenvolvimento psicossocial inclui as emoções, a personalidade e as relações sociais (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Essa organização é bastante útil para fins de estudo e pesquisa, como referido anteriormente, mas esses diferentes âmbitos do desenvolvimento humano estão inter-relacionados e afetam uns aos outros.

3.3.1 O desenvolvimento humano na infância

Na primeira infância, período que vai do nascimento aos 3 anos de idade, aproximadamente, pode-se destacar, em relação ao desenvolvimento físico, que o crescimento do corpo e o desenvolvimento das habilidades motoras se dão em um ritmo rápido e facilmente observável. O cérebro das crianças, nesse período, está sensível às influências do ambiente e se torna mais complexo em seu desenvolvimento. Em relação ao desenvolvimento cognitivo, pode-se destacar que, desde as primeiras semanas de vida, as capacidades de aprendizagem e de memória estão presentes, há um rápido desenvolvimento do uso e da compreensão da linguagem (ainda que de forma incipiente) e, por volta do segundo ano de vida, desenvolve-se a capacidade de usar símbolos e solucionar alguns problemas simples. Já em relação ao desenvolvimento psicossocial, é possível observar a formação de vínculos afetivos com a família e outras pessoas, há um aumento do interesse por outras crianças e há uma diminuição da dependência dos adultos e o desenvolvimento de um pouco de autonomia (Figura 1).

FIGURA 2 – AS HABILIDADES MOTORAS SE APRIMORAM NA PRIMEIRA INFÂNCIA.



FONTE: MOZAKIM/SHUTTERSTOCK.COM.

Na segunda infância, período que vai dos três aos seis anos de idade, aproximadamente, pode-se destacar, em relação ao desenvolvimento físico, que há uma constância no crescimento do corpo humano e um desenvolvimento significativo das habilidades motoras. Em relação ao desenvolvimento cognitivo, é possível observar avanços no uso da memória e da linguagem. Já em relação ao desenvolvimento psicossocial, a compreensão das emoções se torna mais complexa, há um aumento da independência, a criança toma mais iniciativas e tem mais autocontrole. Nesse período, em geral, observa-se o desenvolvimento da identidade de gênero (PAPALIA; FELDMAN, 2013). A família ainda é o centro da vida social, mas outras crianças se tornam cada vez mais importantes na vida da criança.

Por último, na terceira infância, período que vai dos seis aos onze anos de idade, aproximadamente, observa-se, em relação ao desenvolvimento físico, que o crescimento do corpo humano se torna mais lento se comparado aos períodos anteriores, mas a força física aumenta. Em relação ao desenvolvimento cognitivo, o raciocínio lógico apresenta avanços que permitem à criança acessar o ensino formal da escola. Já em relação ao desenvolvimento psicossocial, o autoconceito se torna mais complexo e afeta a autoestima das crianças, os colegas e amigos assumem uma relevância cada vez maior e a regulação das famílias sobre as crianças diminui, pois essas passam a regular-se mais.



A infância se divide em três períodos, que, por sua vez, estão organizados em três diferentes âmbitos. Você já é capaz de identificar quais são esses períodos e as principais características de seus diferentes âmbitos?

3.3.2 O desenvolvimento humano na adolescência

A adolescência pode ser circunscrita no período que vai desde os onze até os vinte anos de idade, aproximadamente (PAPALIA; FELDMAN, 2013), mas

[...] a caracterização da adolescência não constitui tarefa muito fácil, porque aos fatores biológicos específicos, atuantes na faixa etária, se somam as determinantes socioculturais, advindas do ambiente onde o fenômeno da adolescência ocorre [...]. (CAMPOS, 1987, p. 28)

Além dos fatores biológicos, então, o ambiente familiar, cultural e social influencia o desenvolvimento humano na adolescência.

Assim como durante a infância, o desenvolvimento humano na adolescência é acompanhado pelo crescimento do corpo humano. Em relação ao de-

envolvimento físico, destaca-se que as mudanças físicas são rápidas e intensas, e a maturidade reprodutiva é o marco desse período. É nesse período que ocorre de forma mais acentuada o crescimento dos seios e dos órgãos genitais, além do crescimento de pelos na face, nas axilas e no púbis. Podem-se observar, também, mudanças no tom de voz, no desenvolvimento do esqueleto e na estatura. Esse conjunto de ocorrências também pode ser denominado de puberdade. Todas essas mudanças podem acarretar algumas inseguranças no período da adolescência: a perda do corpo e da identidade infantil faz com que o adolescente, muitas vezes, não se reconheça mais no seu próprio corpo, compare-se com os outros e questione sua identidade.

Em relação ao desenvolvimento cognitivo, pode-se destacar o aprimoramento das capacidades de pensamento abstrato e raciocínio científico (PA-PALIA; FELDMAN, 2013).

O instrumento do pensamento do adolescente é a linguagem ou qualquer outro sistema simbólico, como, por exemplo, a matemática. Nesta medida, ele é capaz de formular hipóteses e, a partir delas, de chegar a conclusões que independem da verdade fatural ou da observação (RAPAPORT, 1981, p. 69).

Como afirma Rappaport, a partir do pensamento e da reflexão, o adolescente submete o meio aos seus esquemas mentais. Inicialmente, o adolescente pode se incomodar com as contradições entre o que pensa e o meio em que vive, mas, aos poucos, percebe que a função do pensamento e da reflexão não é tão somente contradizer, mas também interpretar a experiência (Figura 2). Assim, o adolescente compreende a importância do pensamento e da reflexão para a sua ação sobre o meio.

FIGURA 3 – A ADOLESCÊNCIA É UMA FASE MARCADA PELA CAPACIDADE DE INTERPRETAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS.



Fonte: Leszek Glasner/Shutterstock.com

Já em relação ao desenvolvimento psicossocial, esse período é marcado pela busca de uma identidade, incluindo a identidade sexual (PAPALIA; FELDMAN, 2013). O grupo de amigos é uma importante expressão do meio para o adolescente, influenciando seu vocabulário, modo de vestir e outros aspectos do comportamento. A identidade do adolescente se consolida e tem relação com a identidade do grupo com o qual se relaciona ou ao qual pertence. É importante destacar que os interesses dos adolescentes são diversos e mutáveis e uma maior estabilidade será observada quando chegar à vida adulta.



Para aprofundar o tema, recomenda-se a leitura de Neuropsicologia do desenvolvimento (SALLES; HAASE; MALLOY-DINIZ, 2016), uma obra que reúne capítulos conceituais e sobre aplicações da neuropsicologia à compreensão tanto do desenvolvimento típico quanto dos transtornos do desenvolvimento do sistema nervoso na infância e na adolescência.

3.3.3 O desenvolvimento humano na vida adulta

O início da vida adulta se estende dos vinte aos quarenta anos de idade, aproximadamente. Nesse período, o desenvolvimento físico alcança o ápice desse processo e, próximo ao fim desse período, o desenvolvimento físico apresenta um ligeiro declínio. Em relação ao desenvolvimento cognitivo, é possível destacar que os pensamentos e julgamentos morais se tornam mais complexos se comparados aos períodos anteriores. Já em relação ao desenvolvimento psicossocial, é nesse período que identidade e personalidade se tornam estáveis (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Os indivíduos, em geral, tomam decisões sobre relacionamentos e estilo de vida, como, por exemplo, casar-se e/ou ter filhos.

A vida adulta intermediária se estende do período que vai dos quarenta aos sessenta e cinco anos de idade, aproximadamente. Em relação ao desenvolvimento físico, pode ocorrer o início de uma lenta deterioração das habilidades sensoriais, assim como do vigor e da força física, mas são grandes as diferenças individuais. É nesse período que, normalmente, as mulheres entram na menopausa. Em relação ao desenvolvimento cognitivo, as capacidades mentais atingem o seu auge. Já em relação ao desenvolvimento psicossocial, pode haver uma redução da vida social mais ativa e um sentimento de ausência em relação aos amigos e familiares (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Por último, a vida adulta tardia se estende dos sessenta e cinco anos de idade até o fim da vida. Em relação ao desenvolvimento físico, pode ser observado um declínio das capacidades físicas, assim como um tempo de reação mais lento em relação aos estímulos e interações. Em relação ao desenvolvimento cognitivo, pode-se obser-

var a deterioração da inteligência e da memória. Já em relação ao desenvolvimento psicossocial, a busca de significado para a vida pode assumir uma grande importância (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Muitos pesquisadores têm se dedicado ao estudo da vida adulta, buscando identificar padrões comuns a esse período da vida.



A exploração e o conhecimento do próprio corpo, assim como o desenvolvimento da sexualidade, são processos determinantes para o desenvolvimento humano, especialmente na infância e na adolescência. Assim sendo, para que as alunas e os alunos se desenvolvam plenamente e de maneira saudável, é fundamental que a escola seja um espaço de acolhimento dessas questões. A psicologia do desenvolvimento contribui para a compreensão das transformações pelas quais alunas e alunos passam nesses períodos da vida.

4 ÁLCOOL, DROGAS, VIOLÊNCIA E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

Os adolescentes são pessoas entre 12 e 18 anos de idade, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Brasil. Já para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende o período dos 10 aos 19 anos de idade. Independentemente da classificação adotada, o que é fato a respeito da adolescência é que ela se caracteriza como um período de grande vulnerabilidade. Isso acontece porque a curiosidade e a influência de outras pessoas levam os adolescentes a se exporem e a praticarem diversos comportamentos de risco prejudiciais para a sua saúde. Os comportamentos mais frequentes entre os adolescentes estão o uso de álcool e de outras drogas ilícitas.

4.1 USO DE ÁLCOOL E DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA

O álcool é uma substância psicotrópica, considerada a droga lícita mais consumida em todo o mundo. As consequências do uso abusivo dessa substância não se restringem aos aspectos psíquicos, mas também aos físicos, intelectuais e sociais. Infelizmente, o consumo de álcool geralmente se inicia na infância e na adolescência, no ambiente familiar, sendo a atitude dos pais um dos fatores mais influenciadores.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2017), para a avaliação do risco dos adolescentes que consomem álcool é necessário considerar dois aspectos importantes: a **idade de início** do consumo de álcool e a **forma de**

beber. Quanto mais cedo o adolescente iniciar o consumo de álcool maiores serão as consequências para a sua saúde. Em relação à forma, os adolescentes têm a tendência a já iniciar o consumo de maneira abusiva, causada pela imaturidade de reconhecer os seus próprios limites.



O consumo de álcool é classificado como abusivo quando o adolescente ingere mais de cinco doses de bebida alcoólica na mesma ocasião. O uso abusivo não se relaciona com a frequência com que o adolescente ingere a bebida ou com o tipo.

Em geral, os adolescentes iniciam o uso do álcool por influência do ambiente familiar, comunitário e escolar. A relação com o grupo de amigos é de grande impacto, pois a tendência é que adolescentes que usam álcool se relacionem com outros adolescentes com os mesmos hábitos. Outros fatores de grande influência são a facilidade de acesso ao álcool e a propaganda de bebidas alcoólicas, que normalmente apresentam jovens bem-sucedidos, “livres” e sem limites.

No Brasil, existem leis rígidas a respeito da comercialização de álcool para adolescentes e em relação às propagandas; no entanto ainda há uma grande deficiência na fiscalização. Inclusive o ECA considera uma ação criminosa oferecer, vender ou entregar bebidas alcoólicas e outras drogas que geram dependência para menores de 18 anos de idade.



O uso de álcool por adolescentes tem uma grande influência da cultura. Em muitas sociedades, o ato de beber álcool identifica que os indivíduos não são mais crianças e que têm comportamentos de adultos. Mas nem todos os adolescentes ingerem bebidas alcoólicas. Um estudo foi realizado para determinar quais são os principais motivos para a **não ingestão do álcool**, são eles:

- medo das consequências;
- medo da família;
- influência da religião;
- sentimento de que álcool e as drogas não são importantes na sua vida.

O consumo de álcool é um ponto de partida para a prática de alguns comportamentos de risco, como, por exemplo, o tabagismo, o uso de drogas ilícitas, a prática de sexo desprotegido (sem uso de preservativo), o envolvimento em brigas e outras formas de violência, a participação em “rachas” e acidentes de trânsito. Nem todo adolescente que ingere bebidas alcoólicas irá usar drogas; porém, podemos afirmar que, entre aqueles que usam drogas, a maioria consome álcool. Os principais motivos que levam os adolescentes a consumirem álcool são:

- curiosidade;
- influência dos amigos;
- necessidade de aceitação e pertencimento;
- impulsividade;
- ansiedade;
- baixa autoestima;
- diversão;
- desejo de desafiar as estruturas familiar e social;
- sentimento de onipotência.

As drogas são substâncias psicotrópicas, ou seja, que causam efeitos no sistema nervoso. Elas possuem diversas apresentações podendo ser tragadas, inaladas, ingeridas e injetadas na corrente sanguínea. Se por um lado elas trazem sensações prazerosas, desinibição, euforia, relaxamento, por outro lado elas geram dependência, compulsão, prejuízos cognitivos, biológicos e sociais.

4.1.3 Tipos de drogas

As drogas são classificadas em três tipos diferentes, de acordo com o efeito que causam no sistema nervoso. Veja, a seguir, a classificação, os efeitos e os exemplos de drogas de cada tipo e que são as mais usadas pelos adolescentes.

- depressoras — causam diminuição do nível de consciência, relaxamento corporal e diminuição da atenção e da concentração. Exemplos: álcool, morfina, tóner e clorofórmio;
- estimulantes — causam euforia, agitação e desinibição. Exemplos: cocaína, crack, ecstasy e anfetaminas (arrebite);
- alucinógenas — causam sensação prazerosa acompanhada de alucinações visuais e auditivas. Exemplos: maconha, heroína e dietilamida do ácido lisérgico (LSD).

São diversos os motivos que levam os adolescentes a experimentarem drogas e seguirem utilizando, seja pela influência dos amigos, pelo uso de álcool, pela depressão, pela situação de pobreza e por diversas outras vulnerabilidades, como ser vítima de violência. A droga funciona como uma fuga da realidade e dos problemas. A principal consequência biológica do uso de drogas, por causa da dependência que elas causam, é o prejuízo do desenvolvimento cognitivo e, em relação aos aspectos sociais, as principais consequências são a evasão escolar, a delinquência juvenil, a vitimização por violências, a gravidez na adolescência, entre outros.

4.2 FATORES DE RISCO PARA VIOLÊNCIA E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

A violência possui um caráter multifatorial, pois envolve diversos determinantes individuais e coletivos. Ela também é complexa em sua manifestação, pois atinge os aspectos físicos, sexuais, emocionais e sociais. Os danos causados nas vítimas são difíceis de serem reparados, por esse motivo é que a prevenção contra os atos de violência e o estímulo à cultura de paz são tão importantes.



Os adolescentes que fazem uso de álcool e drogas têm um risco maior de se envolver em atos violentos e de sofrer violências. O risco de suicídio também é aumentado nesse grupo, bem como as lesões intencionais e autoprovocadas.

Em relação à violência na adolescência, existem dois aspectos a se destacar: as vítimas de violência e os que praticam atos violentos. Porém, muitas vezes, esses aspectos se entrelaçam em um ciclo de violência, em que, por vezes, o mesmo adolescente é vítima e se torna também um agressor. Como a violência está presente nos mais variados contextos, ela se manifesta em diferentes ambientes: domiciliar, escolar, público etc.. Um exemplo de violência no ambiente escolar é o bullying, que se trata de uma violência de repetição e com intencionalidade, que pode ser psicológica, física e social, por causa das relações de poder.

No Brasil, existe um sistema de informação chamado Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que registra, além de outras doenças e agravos, todos os casos de violências atendidas pelos profissionais nos estabelecimentos de saúde públicos e privados. As notificações de violência são realizadas para todas as idades e todos os tipos de violência (física, sexual, psicológica, por negligência etc.). É um sistema de grande relevância para a avaliação da situação do problema no País e para se realizar medidas preventivas e de apoio às vítimas. Porém, a violência é um “mal silencioso” que se esconde em diversos casos, por isso, não é possível estimar quantos casos de fato ocorreram, somente ter uma noção da magnitude por meio das notificações.

O Quadro 1, a seguir, apresenta um levantamento de dados a respeito da notificação compulsória de violência em adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, em duas capitais brasileiras, no ano de 2016. A pesquisa foi realizada utilizando como referência as cidades de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e Recife, em Pernambuco. A escolha dessas duas cidades se deu por elas terem populações aproximadamente semelhantes, segundo o Censo de 2010, 1.409.351 habitantes e 1.537.704 habitantes, respectivamente, e por serem capitais em regiões distintas do País.

QUADRO 8 – NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS EM ADOLES-CENTES ENTRE 10 E 19 ANOS DE IDADE, EM DUAS CAPITAIS BRASILEIRAS, EM 2016

Variáveis	Categorias	Porto Alegre	Recife
Casos de violência notificados entre 10 – 19 anos		929	937
Sexo	Feminino	625	557
	Masculino	304	380
Raça	Branca	661	116
	Preta	137	108
	Amarela	5	7
	Parda	88	475
	Indígena	0	4
	Ignorada	38	227
Local	Residência	539	248
	Habitação coletiva	15	6
	Escola	19	16
	Local de prática esportiva	15	5
	Bar ou similar	17	12
	Via pública	208	253
	Comércio	56	3
	Indústria	2	0
	Outros	9	91
	Ignorado	61	303
Lesão autoprovocada	Sim	140	72
	Não	782	696
	Ignorado	7	169
Violência física	Sim	271	601
	Não	642	248
	Ignorado	16	88
Violência psicológica/moral	Sim	260	137
	Não	654	617
	Ignorado	15	183
Violência sexual	Sim	401	327
	Não	523	486
	Ignorado	5	124
Negligência/Abandono	Sim	131	73
	Não	792	694
	Ignorado	6	170
Enforcamento	Sim	18	17
	Não	888	701
	Ignorado	23	219

Fonte: Adaptado de Brasil (2008).

Podemos observar que, em ambas as capitais, a maioria das vítimas de violência notificadas é de adolescentes do sexo feminino. Em Porto Alegre, destacam-se as violências do tipo psicológica/moral, sexual e autoprovocadas, que ocorrem no ambiente familiar com adolescentes da raça branca. Já em Recife destaca-se a violência física, que ocorre em vias públicas, nos adolescentes da raça parda. As duas capitais apresentam dados preocupantes em relação à violência cometida com adolescentes.

O sofrimento causado pela violência pode ser um dos fatores que favorecem o suicídio na adolescência. O jovem procura respostas imediatas para resolver seus problemas e demonstra isso por meio de comportamentos suicidas, agressivos ou depressivos. Aproximadamente 90% dos adolescentes suicidas apresentavam algum transtorno psiquiátrico no momento em que realizaram o ato, sendo os transtornos psiquiátricos o principal fator de risco para o suicídio. O comportamento suicida nos adolescentes é caracterizado como desejo, atitudes e planos para se matar, e é classificado em três fases, são elas:

- ideação suicida;
- tentativa de suicídio;
- consumação do suicídio.

A ideação suicida é o primeiro passo para o adolescente consumir o suicídio. Nesse momento, surgem pensamentos de que morrer seria uma boa solução para acabar com o sofrimento, então o indivíduo inicia um processo de “planejamento” da morte. Durante o período em que o adolescente apresentar ideação suicida, ele não deve permanecer sozinho. Esse cuidado é fundamental, tanto no ambiente hospitalar quanto no escolar e no domiciliar. É nessa fase que o adolescente procura por objetos “letais” que possam auxiliar na tentativa ou na consumação do suicídio (OLIVEIRA *et al.*, 2017).



Todas as manifestações de ideação suicida (ameaças) devem ser consideradas. Embora muitas vezes pareça manipulação, exagero ou falsidade, o profissional não deve ignorar pedido de socorro.

O enfermeiro necessita estar atento a alguns sinais de ideação suicida, porque nem sempre o adolescente irá verbalizar sua intenção. Veja, a seguir, exemplos de manifestações a serem observadas diretamente e orientadas para os pais e/ou responsáveis:

- diminuição do rendimento escolar;
- alterações do comportamento, como agressividade, irritabilidade, “ex-plosões de raiva”;
- transtornos do sono;
- transtornos da alimentação, como a anorexia nervosa e bulimia nervosa;
- desfazer-se de pertences;
- ausência de planos para o futuro;
- abuso de álcool e drogas;
- isolamento social;
- humor deprimido;
- falas depreciativas e autodestrutivas.

A internet e as redes sociais estão presentes na vida dos adolescentes e exercem grande influência em seu comportamento. Assim como os jovens podem encontrar apoio e fortalecimento de vínculos saudáveis, podem também encontrar apoio e incentivo ao suicídio como solução para o sofrimento.



As autoras Costa, Silva e Vedana (2019) realizaram uma interessante pesquisa sobre pos-tagens na internet que incentivavam o comportamento suicida na realidade dos jovens brasileiros. Os resultados encontrados foram impactantes. Veja a transcrição de algumas dessas postagens:

- “Então ela fechou os olhos e encontrou alívio em uma faca. O sangue fluiu como ela chora;”
- “Meu coração já está rouco de tanto gritar e ninguém ouvir;”
- “Eu tô morrendo, mas tá demorando e eu só queria saber como acelerar esse final — eu mesmo;”
- “Eles disseram que eu ia para o inferno, mas como ir para um lugar no qual já estou?.”

A enfermagem, como profissão comprometida com o cuidado humano, precisa estar atenta aos pedidos de ajuda dos adolescentes que sofrem e que, muitas vezes, não conseguem nem mesmo verbalizar sua situação, pois todo suicídio é uma morte evitável.

4.3 PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E DROGAS, DE VIOLÊNCIA E DE SUICÍDIO

O enfermeiro é um ator importante na aplicação de medidas preventivas para os adolescentes. Ações isoladas costumam ter uma efetividade menor, por isso,

o ideal é que seja colocada em prática a atuação multidisciplinar com a família e com a escola. A educação em saúde é a principal medida preventiva para conscientizar os adolescentes a respeito do uso de álcool e de drogas e sobre as violências e o suicídio.

Para educar o adolescente nesses aspectos é preciso que o profissional mantenha uma comunicação clara e com linguagem acessível. O diálogo franco deve ser objetivo e, para isso, o profissional deve deixar de lado todos os preconceitos e julgamentos. Somente dessa forma poderá ser criado um vínculo seguro e de confiança.

O ambiente escolar é considerado um dos ambientes mais influenciadores e transformadores na vida dos adolescentes, portanto, é um ambiente favorável para o desenvolvimento das ações de educação em saúde. Os assuntos que precisam ser abordados com os adolescentes são os seguintes:

- os efeitos do álcool e das drogas no organismo;
- as consequências do abuso do álcool e de outras drogas;
- os comportamentos de risco e como eles prejudicam a saúde dos adolescentes;
- a identificação dos riscos para as violências e o suicídio;
- a identificação de outras formas de resolver e de compreender seus sofrimentos.

A família deve ser inserida em todas as etapas do cuidado ao adolescente, pois representa um importante fator de proteção. Nos casos em que as relações familiares estão desestruturadas ou disfuncionais é necessário olhar atentamente para o adolescente que sofre e para a família pois o cuidado à família representará uma etapa importante para a superação dos problemas e para a criação de um ambiente que promova a vida.

RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico, você aprendeu que:

- O problema, muitas vezes incompreendido, é que os adolescentes não expressam de forma consistente, ou expressam ao seu modo, a afetividade familiar.
- A relação entre a educação física e o desenvolvimento humano é marcada pela transição dos padrões de movimento para as respectivas habilidades motoras de locomoção, atividades manipulativas e de estabilização.
- Um aspecto relevante sobre o contexto cognitivo, psicossocial e físico, em todos marcos do desenvolvimento humano, e, portanto, nos adolescentes, é o benefício que a prática regular de atividade física traz ao ser humano.
- Todo o ser humano, ao nascer, traz uma carga genética herdada de seus pais biológicos, a qual possui importantes vínculos com o desenvolvimento humano de cada indivíduo. No entanto, tais heranças podem ou não serem desenvolvidas de acordo com as intervenções do meio ambiente.

AUTOATIVIDADE



1 Crianças em situação de abrigo devem ter especial atenção no que se refere à constituição psíquica e aos vínculos da primeira infância. São ações que visam essa atenção:

- I. Contato físico com a criança acompanhado de falas do cuidador que atribuam sentido ao que está ocorrendo, principalmente nos momentos de cuidados básicos.
- II. Realizar um diário da criança, uma vez que este pode complementar a sua história.
- III. Um bom treinamento com a equipe, para que a rotatividade dos cuidadores não impacte significativamente na qualidade das relações estabelecidas com a criança, fazendo com que não perceba a troca de pessoas.
- IV. Um trabalho com os pais, com encontros sistemáticos, no sentido de conversar sobre o desenvolvimento e planejar o retorno da criança para casa.

Está correta o que se afirma APENAS em

- a) ☐ I, II e III.
- b) ☐ II, III e IV.
- c) ☐ I, II e IV.
- d) ☐ III e IV.
- e) ☐ II e III.

2 Quanto à adolescência, assinale a alternativa incorreta.

- a) ☐ É uma fase evolutiva em que se identificam mudanças significativas do ponto de vista biológico, social e psicológico.
- b) ☐ Dura dos doze aos dezoito anos de idade em todas as culturas.
- c) ☐ É uma fase essencial para o desenvolvimento humano, cuja manifestação sofre influência da cultura, mas apresenta aspectos psicodinâmicos importantes.
- d) ☐ As transformações corporais características da adolescência exigem uma reformulação do esquema corporal e a elaboração da perda do corpo infantil.
- e) ☐ Segundo a abordagem psicanalítica, identifica-se, nesse período, a fase genital.

3 Emagrecimento e crescimento rápido; necessidade de dormir menos; maior probabilidade de desenvolver problemas do sono; melhoria da capacidade para correr, saltitar, pular, jogar bola, dar laços em calçados, desenhar com lápis de cor e despejar caixas de cereais em flocos. Esses são alguns aspectos de que fase do desenvolvimento físico?

- a) ☐ Primeira Infância.
- b) ☐ Segunda Infância.
- c) ☐ Terceira Infância.
- d) ☐ Adolescência.
- e) ☐ Juventude.

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL E CONTEXTO SOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

1 INTRODUÇÃO

No terceiro tópico desta unidade, abordaremos a orientação nutricional com uma importante ferramenta de aconselhamento e educação para diferentes grupos populacionais. De forma correlacionada faremos apontamentos sobre a divisão do crescimento humano e as alterações fisiológicas, que ocorrem na infância e adolescência e são dependentes de inúmeros fatores internos e externos. Também será abordado como são desenvolvidos os hábitos alimentares e quais são as boas ou más práticas alimentares.

2 ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS: CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A orientação nutricional é uma importante ferramenta de aconselhamento e educação para diferentes grupos populacionais. Possui uma estrutura comum e se volta às necessidades específicas de um ciclo de vida ou para distúrbios nutricionais. Baseia-se em comandos com frases curtas que visam a mudanças alimentares do indivíduo. Crianças e adolescentes são um público cujo acompanhamento nutricional deve ser intensivo, justamente para evitar distúrbios de crescimento e riscos à manutenção da saúde que possam atrapalhar um indivíduo de alcançar seu potencial genético. Logo, elaborar orientações para crianças e adolescentes exige conhecimento das especificidades desses estágios, além de domínio para a construção de orientações adequadas.

2.1 NECESSIDADES E ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

O ser humano não é biologicamente estático, vivencia alterações em seus sistemas e na composição corporal desde o momento de sua concepção até a morte. Estas mudanças são bem estabelecidas e configuram transformações quantitativas e qualitativas, tanto no sentido evolutivo, quanto no involutivo. Durante as duas primeiras décadas de vida, a principal atividade do organismo humano é crescer

e se desenvolver, fenômenos constantes, simultâneos e condicionados à maior ou à menor velocidade do processo maturacional, bem como a sua interação com as possibilidades oferecidas pelo meio em que o organismo está inserido. Por conta da existência de forte interação entre o crescimento e o desenvolvimento, muitas vezes, ambos os conceitos são empregados de forma indiscriminada com o mesmo significado. Todavia, crescimento e desenvolvimento referem-se a processos que, embora indissociáveis, suas ocorrências isoladas seriam impossíveis, pois são fenômenos diferentes que sempre demonstram correspondência direta entre si (GUEDES, 2011).

O crescimento diz respeito às mudanças na quantidade de substância viva do organismo, assim como a um aspecto quantitativo medido em unidades de tempo, que enfatiza as mudanças normais de dimensão e que pode resultar em aumento ou diminuição de tamanho, aspectos que variam em forma e/ou proporção. O crescimento é resultante de um complexo mecanismo celular que envolve, basicamente, três fenômenos diferentes: a hiperplasia, a hipertrofia e a agregação. A hiperplasia corresponde ao aumento do número de células a partir da divisão celular; a hipertrofia é o aumento do tamanho das células a partir de suas elevações funcionais, particularmente, em relação às proteínas e aos seus substratos; já a agregação é relativa ao aumento da capacidade de substâncias intercelulares de agrupar as células. Pode ocorrer predomínio de um desses fenômenos, apesar de os três se apresentarem como características básicas do crescimento, em dado momento varia em função da idade da pessoa e do tecido envolvido. Ainda, a presença de um quarto fenômeno no processo de crescimento, a chamada destruição celular que pode ter origem natural ou patológica, fazendo-se presente no crescimento negativo, em que o decréscimo excede o aumento celular. Já, no crescimento estável, ocorre o equilíbrio entre decréscimo e o aumento celular, enquanto que no crescimento positivo o aumento excede o decréscimo celular (FUNDAÇÃO VALE, 2013).

O crescimento humano é didaticamente dividido em diversas fases, mas mantém padrão semelhante na maioria dos indivíduos.

- Fase 1 (lactância): fase de crescimento rápido, porém desacelerado. A velocidade de crescimento do primeiro ano de vida é a mais alta da vida extrauterina e é cerca de 25 cm ao ano, reduzindo-se drasticamente nos dois primeiros anos de vida.
- Fase 2 (infância propriamente dita): fase de crescimento lento, mais estável e constante. São comuns queixas familiares devido a esse crescimento alentecido, por ser um momento de baixa velocidade, particularmente, quando comparada à fase pregressa. A velocidade média varia de 4 a 6 cm ao ano e é chamada infantil ou pré-puberal, pois somente se modifica na fase seguinte.
- Fase 3 (puberdade): novamente uma fase de crescimento rápido, com aceleração e posterior desaceleração, até que, finalmente, o processo de crescimento chega ao fim. Período de intenso crescimento esquelético. A adolescência é considerada como uma fase de grande vulnerabilidade ao desenvolvimento humano, em que a suscetibilidade aos agravos externos pode ocasionar prejuízos irreparáveis à estatura final do indivíduo. Portanto, o adolescente

merece um enfoque preventivo de saúde e uma atenção diagnóstica especial em relação à apresentação de doenças crônicas, transtornos alimentares e distúrbios nutricionais. O estirão de crescimento ou estirão puberal característico dessa fase é composto pelo período de aceleração da velocidade de crescimento até atingir um valor de pico e, subsequente desaceleração ao término do crescimento. O pico da velocidade de crescimento, no sexo masculino, pode chegar a valores de 10–12 cm ao ano e, no sexo feminino, de 8–10 cm ao ano. Assim, o estirão puberal não ocorre de maneira uniforme, inicia-se pelos membros, seguindo uma direção distal-proximal, ou seja, pés e mãos, seguindo para as pernas e membros superiores, conferindo ao corpo do adolescente um aspecto desarmonioso ou de desproporcionalidade, que volta a ser harmônico e proporcional ao término do estirão, após o crescimento do tronco, principal responsável pela estatura final do indivíduo.

Como apresentado, a velocidade de crescimento, elevada no primeiro ano de vida pós-natal, desacelera gradualmente e atinge valores estáveis por volta dos quatro anos de idade. Um novo período de elevada velocidade de ganho estatural ocorre durante a puberdade, seguido de nova desaceleração, à medida que a maturação óssea se completa e o indivíduo atinge sua estatura final. Os hormônios, particularmente, os componentes do eixo GH-sistema IGF (hormônio de crescimento — fatores de crescimento semelhantes à insulina ou insulin-like growth factors), juntamente à herança genética constituem o grupo de fatores que diretamente influencia o crescimento. O eixo GH-sistema IGF constitui a via final mediante a maioria dos fatores que atuam no processo de crescimento (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010; MARTINELLI JÚNIOR; CUSTÓDIO; AGUIAR-OLIVEIRA, 2008).

A infância é o período de crescimento que vai do nascimento à puberdade, ou seja, de zero a doze anos de idade. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se como criança a pessoa com até doze anos incompletos. A adolescência compreende a faixa etária situada entre os dez e vinte anos incompletos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), e se constitui como uma fase crítica do processo de crescimento e desenvolvimento humano, marcada por numerosas transformações relacionadas aos aspectos físicos, psíquicos e sociais do indivíduo. Também, a puberdade é caracterizada pelas mudanças biológicas que se manifestam na adolescência e representam, para o ser humano, o início da capacidade reprodutiva. Contudo, ela não é sinônimo de adolescência, mas, sim, uma parte dela. Constitui-se por um período relativamente curto, de cerca de dois a quatro anos, no qual ocorrem todas as modificações físicas desse momento de transição da infância para a idade adulta. Estas transformações somáticas que ocorrem na adolescência têm caráter universal, ou seja, representam um fenômeno comum a todos os indivíduos nessa fase da vida. Embora, ainda, persistam dúvidas sobre a complexa dinâmica da ativação puberal, sabe-se que este momento se inicia após a reativação de neurônios hipotalâmicos que secretam, de uma maneira pulsátil e bastante específica, o hormônio liberador de gonadotrofinas (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

As alterações fisiológicas, que ocorrem na infância e adolescência, são dependentes de inúmeros fatores internos e externos. Os fatores internos são aqueles inerentes ao indivíduo e estão relacionados à genética e hereditariedade, abordando as informações contidas no material genético de um indivíduo que determinam características inerentes ao crescimento, como estatura, composição corporal, desenvolvimento de caracteres sexuais e a velocidade com que esses fenômenos ocorreram. Já, os fatores externos dizem respeito às condições externas em que o indivíduo está submetido, destacando-se o meio ambiente, a higiene, o contexto socioeconômico e a alimentação. A interação dos fatores externos em seus genes determinará se um indivíduo conseguirá atingir o potencial de crescimento máximo permitido pelas suas possibilidades genéticas. A alimentação ocupa papel central nesse processo, pois é entendido que as fases de vida do ser humano formam demandas específicas e o atendimento delas é condição indispensável para a garantir um crescimento e desenvolvimento completos. A energia e os nutrientes, ofertados durante o crescimento e desenvolvimento, devem ser suficientes para assegurar esses processos. Logo, o fornecimento nutricional inadequado pode causar alterações fisiológicas terão repercussões a médio e a longo prazo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

2.2 PRÁTICAS ALIMENTARES COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Nos cuidados com a criança e o adolescente, a alimentação é um aspecto fundamental para a promoção de sua saúde. A alimentação saudável, além de proporcionar prazer, fornece energia e outros nutrientes que o corpo precisa para crescer, se desenvolver e manter suas funções biológicas essenciais em pleno funcionamento. Assim, a alimentação deve ser a mais variada possível para que o organismo receba todos os tipos de nutrientes. Porém, entende-se que a nutrição e as práticas alimentares, na verdade, são práticas sociais não podendo ser abordadas por uma única perspectiva disciplinar, uma vez que o significado dos atos de nutrir e o de comer ultrapassam o mero ato biológico. Nesta perspectiva, compreende-se como práticas alimentares a seleção, o consumo, a produção da refeição, o modo de preparação, de distribuição, de ingestão, isto é, o que se planta, o que se compra, o que se come, como se come, onde se come, com quem se come, em que frequência, horário e combinação, tudo isso conjugado como parte integrante das práticas sociais (ROTENBERG; VARGAS, 2004).

Durante a infância e adolescência, são desenvolvidos os hábitos alimentares que tendem a persistir na idade adulta. Um hábito é a disposição duradoura adquirida pela repetição frequente de um comportamento. Assim, um hábito alimentar será o que as pessoas costumam comer, relacionando-se com a forma como selecionam, consomem e utilizam os alimentos. Desta forma, os hábitos alimentares das crianças pré-escolares são, maioritariamente, determinados pelos adultos, sejam eles pais ou responsáveis. Elas terão as suas preferências influenciadas, em grande parte, pelas escolhas feitas pelos adultos, aliada às suas

preferências individuais, o que determinará, de fato, a sua ingestão, dentre o que lhe é oferecido nas refeições. As crianças aprendem o que devem comer, quando comer e as quantidades que precisam comer por meio de experiências diretas com a comida e pela observação dos hábitos alimentares das pessoas próximas, no decorrer das refeições. Após consolidados, esses hábitos são, muitas vezes, difíceis de serem mudados (VALLE; EUCLYDES, 2007).

Boas ou más práticas alimentares, principalmente, nos primeiros 1.000 dias, que vão desde a gestação até os dois anos de idade, têm repercussões por toda a vida. Apesar de estar bem estabelecido que o leite materno é suficiente como única fonte alimentar até os seis meses de idade, uma pesquisa do Ministério da Saúde, em 2009, demonstrou que a duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 1,8 meses no país. Todavia, nos últimos anos, fortes investimentos, iniciativas de incentivo, apoio e proteção melhoraram progressivamente os indicadores e fizeram com que o Brasil fosse considerado referência em aleitamento materno em 2016. Da mesma forma, a introdução adequada da alimentação complementar, a partir dos seis meses, é fator incontestável para a manutenção do estado nutricional e da saúde da criança. Há relatos da associação entre duração reduzida do aleitamento materno e introdução precoce de alimentação complementar no desenvolvimento de seletividade alimentar na infância, mais conhecida como *picky eating*. Assim, a combinação entre o aleitamento materno exclusivo por seis meses e a introdução da alimentação complementar após essa idade reduz as chances de a criança desenvolver comportamento alimentar seletivo na fase dos dois aos três anos (MARANHÃO *et al.*, 2018).

A transição da dieta láctea, da primeira infância, para a alimentação da família requer que a criança aprenda a aceitar, pelo menos, alguns dos novos alimentos oferecidos a ela. A relutância em consumir novos alimentos recebe nome de neofobia. Muitos alimentos, que as crianças rejeitam inicialmente, terminarão sendo aceitos, se ela tiver ampla oportunidade de prová-los novamente em condições favoráveis. A aprendizagem é fator importante na aceitação dos novos alimentos e está, cientificamente, provado que existe relação direta entre a frequência das exposições e a preferência pelo alimento. A exposição repetida a alimentos não familiares é uma estratégia de sucesso para promover preferências e prevenir rejeições alimentares. São necessárias de 5 a 10 exposições a um novo alimento para se perceber um aumento pela sua preferência. A rejeição inicial ao alimento, muitas vezes, é erroneamente interpretada como uma aversão permanente, e ele acaba sendo excluído da dieta da criança. Pesquisas têm mostrado que quanto mais cedo for a experiência de introdução dos alimentos, menor será a neofobia por alimentos (VALLE; EUCLYDES, 2007).

O período da infância apresenta um risco aumentado de distúrbios nutricionais que podem afetar o crescimento e trazer riscos à saúde. A desnutrição proteico-energética é uma comorbidade e corresponde ao conjunto de condições patológicas que resulta da deficiência concomitante de calorias e proteínas, ocorre com maior frequência em lactentes e pré-escolares, geral mente,

associada a infecções repetidas e a outro déficit nutricional. Por ser associada às precárias condições socioeconômicas, sanitárias e ambientais, a desnutrição é uma doença social, determinada pelo modelo de desenvolvimento econômico, político, social e cultural de um país. Ela é uma condição de elevada prevalência em países em desenvolvimento, sendo responsável, direta ou indiretamente, pelas altas taxas de morbidade e mortalidade em menores de cinco anos de idade. Calcula-se que nessa faixa etária, em todo o mundo, mais da metade dos óbitos está relacionada à desnutrição. As repercussões da desnutrição, especialmente, nas crianças, são gerais, afetando todos os sistemas, impedindo o adequado crescimento e desenvolvimento, diminuindo a qualidade de vida e restringindo consideravelmente as chances de elas se tornarem adultos saudáveis. Além da desnutrição, as crianças são mais suscetíveis a deficiências de micronutrientes, levando ao desenvolvimento de muitas condições comuns na infância, como anemia ferropriva e a hipovitaminose A (GOULART; VIANA, 2008).

Enquanto isso, as práticas alimentares e o hábito alimentar de adolescentes são muito influenciados pelas relações sociais que se estabelecem fora do ambiente familiar. É comum que os adolescentes deixem de fazer as refeições em casa e, com frequência, não apresentem uma regularidade na realização das refeições, pulando o café da manhã ou ligando-o ao almoço. Isto, porque com o aumento da idade, eles passam gradativamente maior tempo na escola e com os amigos que, também, influenciam na escolha dos alimentos e estabelecem o que é socialmente aceito pelo grupo do qual desejam fazer parte. Entre os principais fatores que influenciam a formação de hábitos alimentares entre os adolescentes, destacam-se os motivos sociais, os fatores geográficos e os modismos (TV, rádio, revistas etc.) que possuem fortes influências sobre o comportamento, de modo geral, e, especificamente, sobre o comportamento alimentar. Não se pode desconsiderar os fatores econômicos que restringem o acesso à alimentação saudável, mas podem facilitar o acesso a alimentos com alta densidade energética e baixo valor nutricional (LEMOS; DALLA-COSTA, 2008).

Devido às fortes influências do meio externo e a necessidade de inserção em um determinado seguimento social, os adolescentes são mais propensos a desenvolver práticas alimentares nocivas em busca de uma determinada imagem corporal ou, ainda, pela distorção da forma como ele se vê. Entre as doenças de etiologia desconhecida que relacionam à imagem corporal e às perturbações alimentares destacam-se a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Ambas são caracterizadas por padrões anormais de comportamento alimentar e de controle do peso por percepções alteradas sobre o próprio peso e corpo, assim, são entendidas como transtornos alimentares.

A anorexia reflete o desejo pela magreza, que leva ao comportamento alimentar monótono e ritualizado e à perda de peso significativa, especialmente, em adolescentes do sexo feminino. A baixa ingestão calórica se reflete em atraso no desenvolvimento. Os critérios para diagnosticar a anorexia estão definidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – IV (DETM-IV) e incluem: amenorreia, peso abaixo de 85% do mínimo esperado para a idade e

altura, distúrbios no reconhecimento do próprio peso e medo intenso de ganhar peso. A anorexia nervosa, do tipo restritiva, limita a ingestão energética e o consumo de carboidratos e lipídios, enquanto que a do tipo purgativa ocorrem episódios frequentes de compulsão alimentar e purgação. Os métodos purgativos utilizados são o uso de laxantes, diuréticos, enemas e a indução do vômito (GONÇALVES *et al.*, 2013).

O portador de bulimia nervosa, igualmente, sente um grande medo de ganhar peso e, normalmente tem uma visão distorcida do próprio corpo. Estes indivíduos, também, tendem a restringir sua ingestão alimentar, porém, após certo tempo seguindo uma dieta restritiva, perdem o controle e têm episódios de compulsão alimentar. Após a compulsão, o bulímico procura compensar a alta ingestão calórica. A bulimia nervosa pode ser classificada em purgativa ou não purgativa, de acordo com o método compensatório adotado. O subtipo não purgativo é marcado pela prática de atividade física intensa ou por jejuns. Já, o purgativo, mais prevalente, caracteriza-se pela indução do vômito ou abuso de laxantes e diuréticos. Segundo o DETM-IV, para que o indivíduo seja diagnosticado com bulimia nervosa, ele deve apresentar episódios de compulsão e compensação duas vezes por semana, em um período mínimo de três meses. Entretanto, a bulimia nervosa foi encontrada com maior frequência na faixa etária dos 16 aos 20 anos (GONÇALVES *et al.*, 2013).

Atualmente, uma condição que afeta tanto crianças, quanto adolescentes é a obesidade. A adoção de hábitos alimentares conhecidos como ocidentais, consiste em uma alimentação rica em gorduras, especialmente de origem animal, açúcar refinado e reduzida ingestão de carboidratos complexos e fibras. Assim, este tipo de alimentação tem sido apontado como condição favorecedora para o estoque energético. As práticas alimentares são conhecidas como determinantes diretos do aumento da obesidade em inúmeros estudos. Em crianças e adolescentes, a alimentação inadequada, caracterizada pelo consumo excessivo de açúcares simples e gorduras, associada à ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, contribui para o ganho de peso nesse grupo populacional. No entanto, acredita-se que mudanças recentes no padrão alimentar, como maior consumo de refeições fora de casa, aumento do consumo de bebidas com açúcar, consumo de porções de alimentos cada vez maiores e frequência das refeições foram decisivos para a instalação de uma epidemia de obesidade. Existe a associação positiva entre sobrepeso/obesidade e consumo de bebidas com adição de açúcar, ingestão de grandes porções de alimentos, refeições realizadas concomitantemente com outra atividade e tempo despendido assistindo televisão. Em contrapartida, o aumento do consumo de frutas e hortaliças têm apresentado associação negativa ao ganho de peso (ENES; SLATER, 2010).



A orientação nutricional é uma forma de educação e como tal deve ser inclusiva. Neste sentido, alguns materiais vêm sendo desenvolvidos para a confecção um glossário em libras, no sentido de aprimorar a comunicação com crianças e adolescentes surdos.

2.3 ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

As orientações nutricionais são recomendações simples e diretas, construídas com verbos no imperativo e que objetivam complementar a prescrição dietética, direcionando o paciente a fazer escolhas saudáveis, contornar sintomas gastrointestinais ou de fundo nutricional. Elas podem ser formuladas, no sentido de orientar preferências ou coibir consumos, podendo trazer, ainda, exemplos de alimentos para que a orientação se torne mais efetiva, ou para mostrar alimentos fontes de um determinado nutriente. Às crianças e aos adolescentes, o principal objetivo de uma orientação nutricional é a adoção de práticas alimentares saudáveis. Estas práticas visam a garantir o consumo de nutrientes necessários ao crescimento e ao desenvolvimento, ao mesmo tempo, desenvolver um hábito alimentar saudável. Elas também atuam como um instrumento de educação nutricional, direcionando o indivíduo para escolhas saudáveis em diferentes situações. No caso de crianças, as orientações serão direcionadas ao responsável. Deste modo, as orientações para uma alimentação saudável devem compor todo o acompanhamento nutricional, independente do objetivo do ciclo de vida. Elas abordam sobre a escolha de alimentos, a realização de refeições e incentivo ao consumo de nutrientes específicos. Veja algumas delas:

- escolher locais tranquilos para o momento das refeições;
- evitar comer com distrações, como em frente à televisão ou mexendo no celular;
- mastigar bem os alimentos;
- estabelecer e respeitar os horários para as refeições;
- evitar passar muito tempo sem se alimentar;
- sempre que possível, provar novos alimentos;
- preferir alimentos in natura ou minimamente processados, como frutas, hortaliças, raízes, arroz, feijões, carnes frescas etc;
- evitar alimentos ultraprocessados, como produtos enlatados, embutidos, biscoitos industrializados etc;
- consumir, pelo menos, três porções de frutas, além de três porções de legumes e verduras diariamente;
- preferir cereais integrais, como arroz integral, pão integral e macarrão integral;
- usar sal com moderação;
- evitar o consumo frequente de guloseimas, como salgadinhos, frituras, bolos e

fast-foods;

- evitar o consumo de açúcar ou alimentos ricos em açúcar, como doces, chocolates e balas;
- preferir alimentos preparados com temperos naturais: temperos verdes, alho, cebola, pimentão, tomate, gengibre;
- ingerir água, de acordo com a sua necessidade.

Para crianças e adolescentes, as demais orientações devem ser produzidas conforme a especificidade de cada fase. Crianças em aleitamento materno exclusivo precisam apenas mamar em livre demanda, sem a necessidade da ingestão de qualquer outro tipo de líquido. Quando se inicia a alimentação complementar, é preciso orientar os cuidadores quanto a esse momento, no intuito de sanar as principais dúvidas, conduzir corretamente a evolução das texturas, estimular a introdução de alimentos variados e saudáveis. Além de alertar para os cuidados, quanto aos alimentos que devem ser evitados ou que seu consumo deva ser desestimulado. Observe alguns exemplos de orientações nutricionais para crianças em alimentação complementar:

- a partir de seis meses, introduzir de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais;
- após os seis meses, oferecer alimentação complementar (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada;
- a alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando a vontade da criança;
- a alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com colher; começar com consistência pastosa (papas e purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família;
- oferecer à criança diferentes alimentos ao dia e com diferentes cores;
- estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;
- evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida;
- evitar o consumo de mel até um ano de idade;
- usar sal com moderação;
- cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados;
- estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo as suas comidas habituais e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Crianças apresentam, comumente, a neofobia alimentar. Ocorre quando a criança se nega a provar um alimento oferecido. A negação de ingeri-lo, o que de alguma forma caracteriza a neofobia, é definida como o medo ou falta de vontade de experimentar alimentos novos ou tendência a rejeitá-los. A não inserção do alimento, no ambiente familiar, pode ser um dos principais motivos para a negativa, já que, em geral, a criança tem mais interesse pelos alimentos consumidos pelos adultos da casa. O estresse em torno da refeição cria um clima que dificulta a descoberta. Acompanhe algumas orientações para crianças que apresentam neofobia alimentar:

- ofertar entre 5 e 10 vezes um alimento antes de considerar que este não faz parte das preferências alimentares da criança;
- utilizar de diferentes técnicas de preparo ao ofertar um determinado alimento sem, no entanto, mascarar seu sabor;
- evitar coagir a criança a comer um determinado alimento, fazendo da experiência de provar novos alimentos estressante e traumática;
- transformar o ato de provar um novo alimento em um momento de descoberta, sem depositar na criança a pressão de, obrigatoriamente, gostar;
- consumir alimentos na frente da criança, no intuito de estimular sua curiosidade;
- envolver a criança no preparo das refeições, de acordo com suas capacidades;
- respeitar a rejeição da criança a algum alimento.

Como visto, a desnutrição infantil se configura um dos maiores problemas mundiais de saúde pública, sendo suas causas multifatoriais, como condições socioeconômicas e culturais, doenças, desmame precoce, entre outras. Logo, as orientações nutricionais podem servir para a prevenção ou recuperação da desnutrição. Alguns exemplos de orientações nutricionais para desnutrição em crianças:

- ofertar alimentos ricos em carboidratos, como biscoito maisena, polvilho, torradas, pão de leite, doces de frutas (bananada, goiabada etc.) ou geleias;
- enriquecer preparações de leite com adição de leite em pó e azeite ou óleo em preparações salgadas;
- ofertar hortaliças com pouca fibra e modificadas pela cocção: batata, cenoura, chuchu e abóbora;
- evitar alimentos com baixa concentração de nutrientes, como sucos ou caldos ralos;
- adicionar alimentos com alta concentração energética, como queijos frescos ou ralados e ovos;
- aumentar o fracionamento das refeições;
- ofertar alimentos que façam parte das preferências alimentares da criança.

A anemia ferropriva, por sua vez, se caracteriza pela diminuição ou ausência das reservas de ferro, baixa concentração férrica no soro, fraca saturação de transferrina, concentração escassa de hemoglobina e redução do hematócrito. Devido às particularidades da alimentação infantil, o consumo de alimentos como fontes de ferro pode limitar as reservas desse mineral, que tendem a reduzir após o fim da alimentação. Assim, as orientações se voltam para:

- consumir alimentos ricos em ferro de origem animal, como carnes vermelhas, em geral, e miúdos;
- consumir fontes de ferro de origem vegetal, como verduras verdes escuras (espinafre, couve, brócolis) e leguminosas (feijão, lentilha, ervilha, soja e grão de bico);
- evitar nas refeições contendo fontes de ferro, ingerir chás e cafés imediatamente após o almoço ou jantar;
- evitar nas refeições com alimentos fontes de ferro, consumir alimentos ricos em cálcio, como leite e derivados;

- ingerir com as fontes vegetais de ferro, sucos ou frutas fontes de vitamina C (laranja, acerola, goiaba, abacaxi, limão);
- evitar consumir farelos ou cereais integrais, em grandes quantidades, com alimentos fonte de ferro.

A obesidade é uma doença crônica e, por essa característica, deve ser acompanhada ao longo da vida. Com o aumento desse problema entre crianças e adolescentes, o cuidado com a alimentação precisa ser reforçado de forma preventiva. As diretrizes para a orientação nutricional envolvem, basicamente, a adoção de práticas alimentares saudáveis. Veja alguns exemplos:

- estimule a percepção de saciedade na criança, para que no momento em que ela estiver satisfeita, finalize a refeição, sem a obrigação de ingerir todos os alimentos oferecidos;
- evite ambientes de fast-foods;
- evite porções gigantes e/ou extragrandes;
- evite oferecer alimentos, como achocolatados, refrigerantes, sucos em pó e sucos de caixinha, pois eles contêm grandes quantidades de açúcar adicionado;
- ofereça alimentos ricos em fibras, como frutas, legumes, verduras e cereais integrais (arroz integral, macarrão integral, pães integrais);
- insira nas refeições legumes, verduras e frutas;
- evite bolachas recheadas, salgadinhos, bolinhos de pacote, iogurtes com sabor, queijo tipo petit suisse, macarrão instantâneo, cereal matinal, balas de goma, gelatina e nugget;
- estimule as habilidades culinárias. Conhecer os alimentos e saber prepará-los são os melhores caminhos para a boa alimentação;
- envolva toda a família no processo de reeducação alimentar e cuidado nutricional;
- não imponha dietas restritivas ou reduzidas em calorias.

3 PLANEJAMENTO E CÁLCULO DE CARDÁPIO: CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O planejamento e cálculo de cardápios são os produtos finais da anamnese nutricional, constituindo as principais ferramentas de intervenção nutricional. O planejamento de um cardápio exige do profissional um conhecimento sobre alimentação que vai além de seu caráter técnico. É preciso ter ciência de todos os aspectos socioculturais que envolvem a alimentação, pois comer é uma prática relacionada a hábitos e à cultura alimentar de uma região. Desta forma, as preferências, as aversões e os tabus alimentares devem ser considerados ao longo do processo. Ainda, para o cálculo de um cardápio, é preciso o domínio das ferramentas de estimativa das necessidades calóricas e nutricionais, seja de um indivíduo ou de uma coletividade, e o entendimento das recomendações específicas para cada ciclo de vida.

3.1 CARACTERÍSTICAS DO PLANO ALIMENTAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Um cardápio é a lista de alimentos ou preparações que compõe uma ou mais refeições, de um ou vários dias, podendo ser direcionado a indivíduos ou coletividades. Um cardápio adequado é balanceado e considera características individuais ou do público a que se destina, como idade, estágio do desenvolvimento, preferências alimentares, de paladar e hábitos alimentares. Além desses fatores, um bom cardápio precisa levar em consideração a disponibilidade de alimentos, as condições socioeconômicas, as práticas culturais e tradições familiares, instalações para preparação e armazenamento de alimentos. Um cardápio bem elaborado atende às carências nutricionais de um indivíduo ou grupo de pessoas para manutenção, reparo, processos vitais, crescimento e desenvolvimento. Ele deve incluir todos os nutrientes em quantidades apropriadas e em proporção entre si.

Assim, para isso, é preciso escolher uma variedade de alimentos. Uma dieta variada, além de assegurar o aporte adequado de nutrientes, auxilia no consumo de produtos bioativos que, apesar de não possuírem uma meta de recomendação, possuem efeitos biológicos importantes, podendo influenciar tanto na saúde, quanto suscetibilidade a doenças. Desta maneira, um cardápio deve obedecer às leis de Escudeiro ou leis da alimentação (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2013).

As leis de Escudeiro expressam, de forma simples, as orientações para uma dieta que garanta crescimento, manutenção e desenvolvimento saudáveis. Elas são quatro: lei da quantidade, lei da qualidade, lei da harmonia e lei da adequação. A lei da quantidade corresponde ao total de calorias e de nutrientes consumidos. A quantidade de alimentos deve suprir as necessidades de cada indivíduo. Logo, é preciso atentar para excessos e restrições, pois ambas as situações são prejudiciais ao organismo. A lei da qualidade refere-se aos nutrientes essenciais ao indivíduo. Uma alimentação completa inclui todos os nutrientes para formação e manutenção do organismo. As refeições devem ser variadas, contemplando todos os grupos de nutrientes para o bom funcionamento do corpo. A lei da harmonia abrange a distribuição e proporcionalidade entre os nutrientes, resultando no equilíbrio. Para que o organismo consiga aproveitar os nutrientes, eles devem se encontrar em proporções adequadas nas refeições, uma vez que as substâncias não agem sozinhas e, sim, em conjunto. Por fim, a lei da adequação orienta que a alimentação deve se adequar às necessidades do organismo de cada indivíduo, ou seja, às especificidades de quem está consumindo. Os ciclos da vida (infância, adolescência, adulto e idoso), o estado fisiológico (gestação e lactação), o estado de saúde (doenças), os hábitos alimentares (deficiência de nutrientes) e as condições socioeconômicas e culturais (acesso aos alimentos) são fatores que devem ser considerados, pois resultam em diferentes necessidades nutricionais.

As relações entre nutrição, crescimento e desenvolvimento são essenciais na vida de todas as crianças e adolescentes, pois comer, crescer e desenvolver são fenômenos diferentes em suas concepções fisiológicas, mas, totalmente interativos, interdependentes e inseparáveis, expressando a potencialidade do ser humano. Por isso, mudanças de crescimento, maturação e diferenciação em tempo, forma e

tamanho corporal têm sido, também, marcadas pelas transições históricas, políticas, socioeconômicas e culturais, assim como pelas epidemias, múltiplas doenças, problemas ecológicos causados pela urbanização e industrialização, além de avanços tecnológicos e científicos da atual globalização (PETROSKI; SILVA; PELEGRINI, 2008).

Quando o cardápio é voltado para crianças e adolescentes, precisa ter por objetivo garantir crescimento e desenvolvimento adequados, favorecendo o alcance dos potenciais genéticos. Os alimentos têm importâncias específicas para essas etapas da vida. Sem um adequado suprimento de alimentos e nutrientes, um organismo vivo não pode crescer e se desenvolver de maneira correta, podendo resultar em déficit estatural, ponderal e cognitivo, processos de adoecimento, ou, até mesmo, morte. Contudo, um fornecimento alimentar apropriado pode ser alcançado por meio de atendimento das recomendações nutricionais, que são prescrições quantitativas aplicáveis a indivíduos, determinando a ingestão diária de nutrientes, conforme as suas necessidades nutricionais. Estas recomendações nutricionais, em relação ao crescimento, refletem as alterações inerentes ao desenvolvimento das funções orgânicas e na composição corporal (VASCONCELOS *et al.*, 2011).

Logo, as recomendações nutricionais se referem às quantidades de energia e de nutrientes que devem estar os alimentos consumidos para que sejam satisfeitas as necessidades da maioria dos indivíduos de uma população sadia. Com isso, os cardápios individuais são baseados na Reference Dietary Allowance (RDA). A RDA é relativa à média de ingestão diária de nutrientes suficientes para atender à recomendação de praticamente todos os indivíduos saudáveis (entre 97 e 98%), em um estágio particular da vida e sexo. Já, para a elaboração de cardápios para as coletividades, utiliza-se como base a Estimated Average Requirement (EAR). A EAR refere-se à ingestão de nutrientes que visa a atender à recomendação de 50% dos indivíduos saudáveis, em um estágio particular da vida e sexo (GIANNINI *et al.*, 2007).

Estas recomendações dizem respeito ao consumo de energia, macronutrientes, micronutrientes e fibras. Os macronutrientes constituem o suporte energético para a manutenção das funções básicas e diárias do organismo que atuam no fornecimento de calorias. Além disso, os macronutrientes possuem importante função estrutural, participando da formação de tecidos e construção de macromoléculas. Já, os micronutrientes apresentam-se como componentes, desempenhando funções específicas nas reações do metabolismo humano. São representados pelas vitaminas e minerais em que necessidade diária de ingestão é de pequenas quantidades, porém suas carências podem gerar sérias repercussões no organismo. As fibras não possuem função direcionada ao suporte de energia ou nutrientes, mas são essenciais à manutenção de um processo digestório saudável. Também, são capazes de intermediar a formação de compostos bioativos e servem, ao mesmo tempo, para o crescimento e manutenção de uma microbiota saudável (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2013).

Destamaneira, é preciso que o cardápio leve em consideração o hábito alimentar da criança ou do adolescente em questão. Além disso, é importante a compreensão da

origem desses hábitos alimentares para, se necessário, corrigi-los. Entende-se hábito como sendo um ato, uso, costume ou padrão de reação adquirido por frequente repetição da atividade (aprendizagem). Este termo, ainda, pode ser aplicado como uma generalização das normas de comportamento. Assim, os alimentos ou tipo de alimentação que as pessoas consomem rotineiramente e repetidamente caracterizam o seu hábito ou comportamento alimentar. No entanto, não é simplesmente a repetição do consumo de alimento que desenvolve o comportamento alimentar. Existe um quantum de fatores inter-relacionados, de origem interna e externa ao organismo, que influenciam a aquisição desse comportamento (RAMOS; STEIN, 2000).

O comportamento alimentar da criança é determinado, primeiramente, pela família da qual ela depende e, secundariamente, pelas outras interações psicossociais e culturais. Com isso, o padrão da alimentação da criança é determinado por suas preferências alimentares. A dificuldade está em fazer com que a criança aceite uma alimentação variada, aumentando suas preferências e adquirindo um hábito alimentar mais apropriado, uma vez que muitas delas têm medo de experimentar novos alimentos e sabores, fenômeno denominado neofobia alimentar. A neofobia alimentar pode ser reduzida por métodos de aprendizagem na alimentação que permitem que a criança aprenda sobre fome e saciedade, substâncias comestíveis, sabores dos alimentos e quantidade de alimentos que deve ser consumida. A aprendizagem é central no contexto social alimentar e desenvolvimento do padrão alimentar da criança, que é estabelecido pelo processo de condicionamento e associa a sugestão sensorial dos alimentos à consequência pós-ingestão da alimentação (RAMOS; STEIN, 2000).

Já, para o adolescente, a qualidade da relação familiar tem impacto relevante em vários aspectos da sua vida, como também, as dinâmicas estabelecidas pela família parecem associar-se à autoestima. O fato de os adolescentes realizarem suas refeições junto à família foi considerado um prognóstico na prevenção de distúrbios de comportamento. O comer excessivo e o beliscar entre as refeições devem ser considerados na avaliação do comportamento alimentar, uma vez que a hiperalimentação está associada ao aspecto ansioso ou afetivo que pode estar relacionado à desorganização na dinâmica familiar.

Também, a hiperfagia representa o resultado de situações de estresse e/ou de compensação quanto às dificuldades na interação social e conflitos sexuais. Neste sentido, a obesidade que surge na adolescência pode surgir como resultado de causas de cunho psicossocial dessa fase da vida. Por ser a adolescência um período de autoafirmação e marcado pela busca de identidade, a dimensão social do comportamento alimentar reflete a tentativa de redução da influência familiar. É comum que o adolescente procure novas amizades não só na escola, mas também, em outros ambientes do meio social em que vive, fazendo surgir reflexos sobre o seu comportamento alimentar (COSTA; DUARTE; KUSCHNIR, 2010).

Assim, um cardápio deve cumprir o papel de prevenção, promoção ou recuperação da saúde. Em crianças e adolescentes, a fase de crescimento é crítica do ponto de vista nutricional, e os distúrbios que se desenvolvem nessas fases podem ter

repercussões para o resto da vida. Quando crianças e adolescentes recebem nutrientes abaixo de suas necessidades, eles podem desenvolver desnutrição proteico-energética. Ela é o conjunto de condições patológicas que resulta da deficiência concomitante de calorias e de proteínas e que ocorre, com maior frequência, em lactentes e pré-escolares, geralmente, associada a infecções repetidas e a outro deficit nutricional. Por ser associada às precárias condições socioeconômicas, sanitárias e ambientais, a desnutrição é uma doença social, determinada pelo modelo de desenvolvimento econômico, político, social e cultural de um país. Todavia, em uma situação com excesso na oferta de nutrientes, pode-se estabelecer uma condição de sobrepeso ou obesidade. A obesidade tem relação com diversas outras doenças crônicas e risco aumentado de morbimortalidade (GOULART; VIANA, 2008).

3.2 DIFICULDADES NA ELABORAÇÃO DE UM CARDÁPIO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Produzir um cardápio para crianças e adolescentes é desafiante em razão do comportamento alimentar e das peculiaridades do padrão inerentes a essa fase. Crianças estão em formação dos hábitos alimentares, por isso, buscam descobrir novos alimentos, com diferentes texturas, cores e sabores. Devido a isso, esta etapa é fundamental para produzir um padrão alimentar saudável na vida adulta. A influência mais importantes para as crianças é, principalmente, o núcleo familiar. Enquanto que o adolescente, por estar em maior contato com o mundo, tem nas influências externas ao seu meio familiar, as interferências mais relevantes em sua dieta.

Uma das primeiras dificuldades encontradas na elaboração de cardápios para crianças e adolescentes é a implementação de frutas, legumes e verduras. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda consumo mínimo diário de 400g de frutas e vegetais. Não há limite superior para a ingestão desse grupo de alimentos. A base principal para aconselhar o aumento do consumo de frutas legumes e verduras está na possibilidade destes alimentos substituírem outros de alto valor energético e baixo valor nutritivo. Além de sua contribuição no balanço energético, eles podem introduzir nutrientes com efeitos significativos na saúde geral dos indivíduos e, especificamente, na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, diabetes melito II, doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer. Estudos sobre a frequência alimentar de frutas, legumes e verduras por adolescentes brasileiros indicam baixa ingestão habitual. Por sua vez, o consumo insuficiente desses alimentos está entre os 10 principais fatores de risco para a carga total de doenças no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Também, a adequação de micronutrientes é uma das principais dificuldades na composição de cardápios. Isto se reflete em algumas deficiências de dimensão epidemiológica, como deficiência de vitamina A, ferro e zinco. A deficiência crônica de vitamina A, ainda, é um dos mais persistentes problemas nutricionais nos países em desenvolvimento, apesar dos sintomas não serem de difícil identificação, da etiologia ser bem conhecida, do tratamento ser disponível e, em grande parte das

situações, existir fontes alimentares disponíveis e acessíveis de vitamina A, seja na forma de carotenoides ou como retinol 2. Sabe-se, há muito tempo, que a deficiência de vitamina A pode levar à cegueira, carência que afeta milhões de crianças no mundo. Mesmo nos casos de deficiência leve, pode haver comprometimento do sistema imunológico, o que reduz a resistência à diarreia, que causa a morte de 2,2 milhões de crianças, e ao sarampo, que contribui para o óbito de 1 milhão por ano no mundo (BRASIL, 2007).

Identifica-se a primeira infância como uma das fases de maior risco em razão de alguns fatores relacionados às necessidades de ferro do lactente, como as reservas de ferro ao nascer, a velocidade de crescimento, a ingestão e as perdas do mineral. Os elevados requerimentos fisiológicos de ferro nesse período tornam a criança, especialmente, vulnerável à anemia por deficiência de ferro entre o segundo semestre e o segundo ano de vida. Neste sentido, atenção especial deve ser dada ao período de amamentação e posterior fase de introdução de alimentos complementares, quando deverá ocorrer a introdução oportuna, correta e apropriada dos alimentos ricos em ferro e outros micronutrientes, igualmente, essenciais ao crescimento e desenvolvimento adequado. As questões relativas à biodisponibilidade de ferro na dieta devem ser levadas em consideração no cardápio, pois podem tornar a recomendação meramente teórica. Inserir alimentos com fonte de ferro em horários diferentes dos alimentos fontes de cálcio, ou introduzir fontes de vitamina C em refeições com fontes de ferro vegetais são cuidados que precisam ser tomados (BRASIL, 2007).

A deficiência de zinco está associada ao aumento da mortalidade, crescimento da morbidade, gravidade das enfermidades infecciosas, déficit de crescimento, alterações fisiológicas (anorexia, hipogonadismo, hipogeusia, dermatites, modificações do sistema imune, danos oxidativos e neuropsicológicos), além do comprometimento da capacidade cognitiva. Estima-se que a carência de zinco acometa cerca de um terço da população mundial, afetando igualmente grupos populacionais em países desenvolvidos e em desenvolvimento. O Brasil ainda não dispõe de estudos nacionais, logo não conhece a real magnitude dessa deficiência no país, embora estudos com crianças, por exemplo, mostrem prevalências de falta de zinco de 16,2% e 11,2% caracterizando um problema de saúde pública (PEDRAZA; SALES, 2015).

Da mesma forma, adequar a ingestão de líquidos é um dos principais desafios de um cardápio, principalmente, quando está voltado para crianças e adolescentes. A água é um nutriente essencial à vida. A água está de 50 a 70% presente na composição corporal. Ela é fundamental para as reações do metabolismo, eliminação de excretas corporais, manutenção de uma temperatura corporal adequada, entre outras funções. É difícil estabelecer uma recomendação geral de líquidos, especialmente, água, pois esse elemento depende de fatores muito específicos, como idade, composição corporal, clima local e nível de atividade física.

O consumo de líquidos, em um cardápio, pode ser estimulado a partir da adição de bebidas ou inserção dos horários de consumo de água e quantidades definidas. É comum que crianças e adolescentes realizem um baixo consumo de

líquidos, o que compromete todas as funções citadas, principalmente, para aqueles fisicamente ativos. Além disso, é comum que o consumo de líquidos seja oriundo de bebidas açucaradas, de baixo valor nutricional (HERNÁNDEZ *et al.*, 20012).

Um paladar com predileção para alimentos com adição de açúcar é um traço comum do hábito alimentar de crianças e adolescentes o que, muitas vezes, dificulta a adesão a um dieta equilibrada, em que o consumo de açúcares simples é restrito a um baixo percentual calórico. Estes alimentos podem ser exemplificados por refrigerantes, sucos de caixa, bolos, doces e chocolates. O consumo excessivo de alimentos com adição açúcares pode reduzir a ingestão de alimentos que contenham calorias mais adequadas, do ponto de vista nutricional. Além de contribuir com a baixa densidade nutricional, favorece desenvolvimento de agravos à saúde, como cárie dentária na dentição em transição e ganho excessivo de peso, levando à obesidade e, conseqüentemente, à síndrome metabólica, a diabetes melito tipo II e às doenças cardiovasculares. Já, os açúcares livres contribuem para a densidade calórica geral do regime alimentar e promovem um equilíbrio calórico positivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Inserir alimentos in natura no cardápio de crianças e adolescentes é essencial. Porém, a adesão a uma dieta rica nesses alimentos é de difícil sucesso. É comum que a ingestão desses grupos seja pautada pelo alto consumo de produtos industrializados, que tem como uma das principais características a classificação dentro do grupo de alimentos ultraprocessados. Alimentos ultraprocessados têm uma forte associação ao alto teor de gorduras saturadas, gorduras trans e açúcares livres, mas, uma baixa associação às fibras e proteínas. Assim, a ingestão desses alimentos é uma das principais causas de obesidade, como também, de doenças e agravos não transmissíveis. Estudos têm apontado que na infância há um maior predomínio de consumo de alimentos com alta quantidade de açúcar e gordura, em contraponto a uma baixa ingestão de frutas, legumes e verduras. As crianças e os adolescentes têm sido estimulados ao consumo de alimentos inadequados e uma diminuição de atividades físicas, prevalecendo o sedentarismo, muitas vezes, devido à falta de espaço para essas tarefas ou outros fatores, como o pouco estímulo dos pais, pressão dos colegas e da mídia. Na versão mais atual do guia alimentar para a população brasileira, é recomendada a redução da ingestão de alimentos ultraprocessados e o aumento do consumo de alimentos in natura ou minimamente processados (LEITE *et al.*, 2012).

Apesar de um aporte energético ser fundamental para proporcionar um crescimento equilibrado, muitas questões comportamentais que envolvem, em particular os adolescentes, podem atrapalhar um consumo calórico adequado. Muitas vezes, ele busca uma imagem corporal idealizada e, quando isso está associado à alimentação inadequada, leva a desequilíbrios nutricionais que interferem em sua saúde e desenvolvimento. Como já mencionado, na adolescência, o hábito alimentar reflete valores da família, amigos e mídia. Além disso, vários aspectos interferem no consumo alimentar, como cultura, estética, situação econômica, alimentos semipreparados, consumo fora de casa, preço, prestígio do alimento, religião, geografia, conveniência, entre outros. A insatisfação corporal envolve preocupações com peso, forma do corpo e gordura corporal. A percepção da imagem corporal pode

ser uma ilustração na mente quanto à forma e ao tamanho do corpo, bem como de sentimentos relacionados a essas características, por exemplo, componentes afetivos, cognitivos, perceptivos e comportamentais. A percepção da imagem corporal na adolescência desencadeia grande parte dos comportamentos alimentares anormais (CARAM; LOMAZI, 2012).



Como se constroem as preferências e aversões alimentares?

A consolidação destas preferências inatas ou a aprendizagem de novas vem de consequências fisiológicas associadas à ingestão. As crianças podem ter experiências positivas após a ingestão dos alimentos, como por exemplo, os sinais de prazer gerados pelo sentimento de saciedade e o sabor agradável dos alimentos ou, ainda, experiências negativas, como o sabor desagradável e sentir náuseas. À medida que os alimentos são ingeridos e manifestadas associações repetidas de sensações positivas, então, ocorre a consolidação ou a aprendizagem de preferências por esses alimentos. Se ao contrário, são criadas relações repetidas de sensações negativas, acontece o declínio das preferências ou a aprendizagem da aversão por esses alimentos, passando a serem evitados.

3.3 ELABORAÇÃO PLANOS ALIMENTARES PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Será exemplificada a elaboração de um plano alimentar com cardápio individual para um adolescente. Inicialmente, é preciso traçar os objetivos dele. Estes objetivos são pautados na avaliação nutricional. A avaliação nutricional consiste na pesquisa de parâmetros relacionados ao estado nutricional, tais como medidas antropométricas, aplicação de inquéritos alimentares, pesquisa de preferência alimentares, aversões e tabus alimentares, pesquisa de sintomas gastrointestinais e exame físico. Em indivíduos saudáveis, o objetivo do cardápio é cumprir a função de manutenção da saúde e prevenção de doenças. Para o planejamento, se deve estimar as necessidades energéticas do adolescente. Algumas fórmulas para o cálculo estado disponíveis. Cada uma fórmula possui sua especificidade, percentual de variação em relação a um método-padrão, pontos positivos e negativos. Caso haja dúvida quanto à escolha, se pode usar mais que uma fórmula aplicar a média dos resultados. A partir da obtenção da necessidade energética diária, é possível fazer a distribuição dos macronutrientes em percentual, tendo como base o valor calórico total da dieta. Esta distribuição é feita de acordo com a diretrizes de recomendação de macronutrientes e, em algumas situações, pode variar conforme as necessidades do indivíduo e suas preferências alimentares.

Para fixar melhor o conteúdo, pratique com o exemplo a seguir. Determine as necessidades energéticas e recomendações de macronutrientes para um adolescente do sexo masculino de 17 anos de idade, pesando 78kg, com 1,75 m de altura e com um nível de atividade ativo ou moderado. Veja no Quadro 1 a fórmula da FAO/OMS.

QUADRO 9 – FÓRMULA DA FAO/OMS (1985)

Idade em anos	Feminino	Masculino
0–3	$61,0 \times \text{Peso (kg)} + 51$	$60,9 \times \text{Peso (kg)} + 51$
3–9	$22,5 \times \text{Peso (kg)} + 499$	$22,7 \times \text{Peso (kg)} + 495$
10–17	$12,5 \times \text{Peso (kg)} + 746$	$17,5 \times \text{Peso (kg)} + 651$

- Taxa metabólica basal: $17,5 \times \text{Peso (kg)} + 651$
- Taxa metabólica basal: $17,5 \times 78 + 651$
- Taxa metabólica basal: 1626 kcal

Para obter o gasto energético total, multiplica-se a taxa metabólica basal pelo fator atividade. Utilizando o fator atividade moderado, de 1,7, tem-se:

- Gasto energético total: taxa metabólica basal x fator atividade
- Gasto energético total: $1626 \times 1,7 = 2764,2$ kcal

A partir da necessidade calórica, irá ser distribuído os macronutrientes, de acordo com as recomendações das DRIs. Observe o Quadro 2.

QUADRO 10 – DISTRIBUIÇÃO DE MACRONUTRIENTES CONFORME RECOMENDAÇÕES DA DRI

Macronutrientes			
Proteínas			
	EAR (g/kg/d)	AI* ou RDA (g/d)	AMDR (%)
14 a 18 anos	0,73	52	10-30
Homens	0,71	46	10-30
Mulheres			
Carboidratos			
	EAR (g/kg/d)	AI* ou RDA (g/d)	AMDR (%)
14 a 18 anos	100	130	45-65
Homens	100	130	45-65
Mulheres			
Lipídios			
	AI* ou RDA (g)		AMDR (%)
14 a 18 anos	ND		25-35
Homens	ND		25-35
Mulheres			
Fibras			
14 a 18 anos	38*		
Homens	26*		
Mulheres			

Como exemplo, pode-se fazer a seguinte distribuição, de modo que a soma dos percentuais de proteínas, carboidratos e lipídios seja igual a 100% do valor energético diário. Assim, analise o Quadro 3.

QUADRO 11 – NUTRIENTES COM 100% DO VALOR ENERGÉTICO DIÁRIO

Nutriente	Recomendação	Distribuição
Proteínas	10–30%	20%
Carboidratos	45–65%	50%
Lipídios	25–35%	30%
Fibras	38g	38g

A partir do percentual escolhido de cada nutriente, pode ser calculada a contribuição calórica de cada nutriente, com base no valor calórico total (de 2764,2 kcal). Agora, veja no Quadro 4 a referida contribuição calórica.

QUADRO 12 – CONTRIBUIÇÃO CALÓRICA DE CADA NUTRIENTE

Nutriente	Distribuição	Contribuição calórica
Proteínas	20%	552,84 kcal
Carboidratos	50%	1382,1 kcal
Lipídios	30%	829,26 kcal

A partir disso, com o uso do fator de *Atwater*, pode ser calculada a quantidade, em gramas, a ser consumida de cada macronutrientes. A gramatura é determinada dividindo-se o fator da cada nutriente pela sua contribuição calórica. Desta forma, analise o Quadro 5.

QUADRO 13 – QUANTIDADE EM GRAMAS A SER CONSUMIDA DE CADA MACRONUTRIENTES

Nutriente	Contribuição calórica	Distribuição	Contribuição em gramas
Proteínas	552,84 kcal	4	138,21g
Carboidratos	1382,1 kcal	4	345,53g
Lipídios	829,26 kcal	9	92,14g

De posse das recomendações de macronutrientes e fibras em gramatura, é possível, com auxílio de tabelas de composição, escolher os alimentos, em porções e tamanhos adequados, que irão compor o cardápio. Que seleção possa atender às preferências, aversões e tabus alimentares, além de contribuir para o acesso ao alimento e estimular cultura alimentar.

Os micronutrientes podem ser determinados de acordo com o valor da RDA, que traz uma recomendação de caráter individual. Desta forma, a escolha de alimentos que farão parte de um ou mais dias no cardápio precisam contemplar as recomendações estabelecidas. Uma variação de 3% para mais ou para menos é aceitável. Assim, o cardápio elaborado pode dar uma cobertura entre 97 e 103% do que foi proposto.

Entretanto, para evitar uma monotonia alimentar, recomenda-se a elaboração cardápios alternativos ou uma lista de substituição. Os cardápios alternativos são cardápios equivalentes ao principal. Eles possuem o mesmo número de refeições de um dia. Elas não precisam ser necessariamente semelhantes, mas o total de macronutrientes e micronutrientes precisa ser muito próximo das recomendações definidas, dentro da variação aceitável de 3% para mais ou para menos.

A lista de substitutos traz porções de alimentos dos mesmos grupos alimentares, tornando-a, de forma nutricional, semelhante ao alimento que compõe o cardápio. Por exemplo, se o cardápio traz uma fatia de pão de forma comum de 25g, este pode ser substituído por um pedaço de aproximadamente de 50g de batata doce. Esta substituição é feita por base da caloria do alimento ou do grupo alimentar.

Portanto, na elaboração de um cardápio, é preciso observar os indivíduos. Por exemplo, para um grupo de crianças, em uma escola, podem ser trabalhados cardápios por faixas etárias semelhantes. Uma creche que possui berçário e crianças em idade pré-escolar necessita de dois cardápios com características distintas. Agora, para coletividades, é essencial que se faça uma avaliação nutricional da clientela e se use a média dos dados obtidos para propor as recomendações. Na determinação de micronutrientes, é primordial o uso da EAR como base de recomendação, uma vez que ela se ajusta melhor às coletividades. E os seus cardápios, geralmente, são elaborados para diferentes dias.

4 PRINCIPAIS CONTEXTOS SOCIAIS QUE INFLUENCIAM O DESENVOLVIMENTO SOCIOEMOCIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Neste capítulo, você conhecerá: a influência de fatores familiares no desempenho escolar e no desenvolvimento de crianças e adolescentes, identificando os diferentes modos de concepção de educação dos núcleos familiares; os tipos de relações que crianças e adolescentes desenvolvem com seus pares, como seres que influenciam e são influenciados, por meio dessas relações, refletindo sobre como esses vínculos podem afetar no seu desenvolvimento; a relevância dos espaços escolares e das práticas pedagógicas dos educandos, no que tange ao acompanhamento, à proteção e ao auxílio aos seus alunos que defrontam com variadas adversidades a partir de suas experiências em diferentes ambientes e espaços sociais.

4.1 A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO DESEMPENHO E NO DESENVOLVIMENTO ESCOLAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Sabemos que o desenvolvimento da aprendizagem envolve diferentes dimensões e fatores, tais como os relacionados à criança, à escola e à família, que são o objeto de nossos estudos.

Crianças nascem e se desenvolvem em diferentes formações familiares. Cada núcleo carrega crenças e visões a respeito da educação. Encontramos situações de crianças que recebem apoio, outras que são ignoradas. Temos as que passam por rupturas familiares devido a divórcio ou à morte em diferentes etapas da vida. Há as que foram adotadas, trazendo diferentes bagagens e experiências emocionais. De acordo com Oliveira (2010, p. 84):

A família é o primeiro modelo para a criança: educadora, incentivadora, apoiadora e nutridora do seu desenvolvimento. Nos primeiros anos de vida, os atributos de personalidade dos pais, sua forma de agir e criar os filhos, o ambiente do lar e a forma de relacionamento são elementos de influência no desenvolvimento do potencial criativo. Se a família provê à criança experiências favorecedoras ao seu desenvolvimento criativo, estimuladoras de sua curiosidade natural e fortalecedoras de sua autoestima, certamente a criatividade aflorará com maior facilidade.

Assim, existem as crianças que crescem em lares onde os cuidadores têm uma situação econômica favorável, outras que enfrentam sérios problemas financeiros graves. Umas vivem em comunidades estruturadas, enquanto outras convivem com a violência extrema. E esses são alguns poucos dos muitos fatores que influenciarão a construção da identidade e o desenvolvimento das crianças em sua aprendizagem e seu desempenho educacional.

Família e escola são elementos essenciais para o modo como o educando lidará com a vida escolar, devendo estar integradas e ser parceiras, visto que os ambientes familiares e escolares fazem parte dos espaços habitados por crianças e adolescentes, que sofrem influências mútuas das experiências nesses dois cenários.

A estrutura que compõe núcleos familiares carrega exigências funcionais que influenciam em sua organização e seu modo pelos quais esse grupo interage (MINUCHIN, 1982; MINUCHIN; COLAPINTO; MINUCHIN, 1999). A partir dessas interações, são construídos padrões que determinarão os papéis exercidos por esses membros e modo como essas relações se entre-laçam e se desenvolvem num convívio entre esses componentes (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007). Assim, essas vivências afetarão significativamente no cotidiano escolar dos educandos em diferentes etapas. O Quadro 1 apresenta os principais elementos que se relacionam com a aprendizagem escolar de crianças e adolescente.

QUADRO 14 – PRINCIPAIS ELEMENTOS QUE SE RELACIONAM COM A APRENDIZAGEM ESCOLAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Fatores familiares que influenciam na aprendizagem do educando	Características
Escolaridade dos pais	Principalmente a escolaridade das mães, em diferentes pesquisas, desempenha um papel fundamental na estimulação da criança para um melhor envolvimento com os estudos. O hábito da leitura na família, sem dúvida, constitui um diferencial na estimulação pedagógica do escolar.
História familiar de alcoolismo e uso de drogas, pais desempregados ou com comportamento antissocial	Costumam fazer parte de relatos narrados pelos educandos e, não raro, constituem um fator determinante ou um reforço para o insucesso da criança na escola.
Desagregação familiar	Pais separados ou em constantes litígios também podem influenciar negativamente o desempenho escolar da criança. É importante que os pais estejam atentos às rotinas de estudo, de alimentação, de lazer e de sono da criança, de tal forma que as atividades escolares sejam vistas em um contexto normal, e não como um castigo.

Fonte: Adaptado de Rotta, Ohlweiler e Riesgo (2016, p. 99).

Observamos, por meio do quadro acima, o quanto os comportamentos familiares refletem na educação de crianças e adolescentes, trazendo consequências significativas para a aprendizagem. Assim, é fundamental que os problemas e conflitos sejam enfrentados com transparência e diálogo para que haja um fortalecimento dos membros familiares, oferecendo à criança um ambiente saudável e equilibrado.

Outro ponto a ser analisado diz respeito aos diferentes estilos de educação parental. De acordo com Baumrind (1971, 1996 apud SANTROCK, 2009), existem tipos de modelos de educação parental que se enquadram em quatro principais formas, conforme mostrado no Quadro 2.

QUADRO 15 – TIPOS DE MODELOS DE EDUCAÇÃO PARENTAL

Educação parental	Modelo
Educação parental autoritária	Um estilo de criação restritivo e punitivo no qual há pouca troca verbal entre pais e crianças; associado com incompetência social das crianças.
Educação parental autoritativa	Um estilo de criação positivo que encoraja as crianças a serem independentes, mas que também impõe limite e controle sobre suas ações. Dar e tomar verbal extensivo são permitidos; associado com competência social das crianças.
Educação parental negligente	Um estilo de educação de não envolvimento no qual os pais gastam pouco tempo com seus filhos; associado com incompetência social dos filhos.
Educação parental indulgente	Um estilo de criação de envolvimento, mas poucos limites ou restrições com relação ao comportamento das crianças; associado à incompetência social das crianças.

Fonte: Adaptado de Baumrind (1971, 1996 apud SANTROCK, 2009, p. 76-77).

Agora que você conheceu os principais modelos, veremos as possibilidades de consequências dessas configurações comportamentais: crianças educadas por pais autoritários têm possibilidades de se tornarem ansiosas e terem dificuldades de comunicação; as que são educadas no modelo autoritativo têm propensão a se tornarem autoconfiantes, costumam desenvolver boas relações interpessoais e a construir uma autoestima elevada. No modelo de educação parental negligente, há uma inclinação para um fraco autocontrole, as crianças não se relacionam bem com a independência e não são incentivadas para serem bem-sucedidas. Os resultados comumente apresentados do modelo da educação parental indulgente acarretam em uma tendência à dificuldade em controlar seu próprio comportamento, afetando significativamente seu desenvolvimento integral (BAUMRIND, 1971, 1996 apud SANTROCK, 2009).



Quando a criança e/ou o adolescente vivem em um ambiente com responsáveis passando por relações desestruturadas, as consequências são evidentes e passíveis de preocupação. Assim, é fundamental haver um planejamento para a vinda de uma nova criança. De acordo com Casarin e Ramos (2007, p.184-185):

O papel da família vai além de prover os meios necessários à sobrevivência. Para o casal que decide ter filhos, a responsabilidade é ampla. A criança deve ter suas necessidades básicas satisfeitas, receber afeto, usufruir do aprendizado que permita tornar-se um ser capaz de viver em sociedade. Se a família não oferecer a base necessária ao desenvolvimento da criança, ou do adolescente, este irá buscá-la em outros grupos. O perigo se instala nesse momento, pois, se o sujeito não encontrar apoio e atenção nos membros do seu grupo mais próximo, certamente irá buscá-los fora. Assim, a fragilidade do adolescente aflora quando não vislumbra expectativas de crescimento e autonomia no futuro. As palavras têm um significado, pois uma comunicação eficiente diminui a chance de desvios de compreensão. Portanto, é necessário o diálogo na tarefa de educar. Poderíamos dizer que as relações parentais, regidas pelo comprometimento e diálogo, são essenciais para uma situação confortável entre as pessoas na família.

Concluimos, por meio do aprofundamento dessas relações, que a influência da família é fator determinante no desenvolvimento do desempenho escolar de crianças e adolescentes. Sabemos que o mundo contemporâneo enfrenta desafios impostos por uma sociedade tecida por relações complexas e circunstâncias, tais como aumento da violência, cobranças e exigências. É notório, também, o quanto algumas configurações familiares, que coexistem com os modelos tradicionais, são formadas. Contudo, não importa o modo como o seu núcleo é formado: é nesse ambiente que se constroem os laços afetivos, os vínculos e uma base segura para que os educandos tenham condições de se socializar e se desenvolver integralmente nos espaços destinados à educação.

4.2 AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SEU DESENVOLVIMENTO

O ser humano influencia e é influenciado pelo meio em que vive, dotado de potencialidades e maneiras diferentes de resposta a estímulos. Assim, além da família e dos educadores, as relações que crianças e adolescentes desenvolvem com seus pares exercem grande influência no seu desenvolvimento. O convívio com

pessoas de faixas etárias aproximadas (chamadas, de acordo com esse contexto, de “pares”), em diferentes ambientes, afeta nas vivências relacionadas às competências socioemocionais (SANTROCK, 2009).

Esse convívio promove uma troca de informações e reflexões comparativas entre as relações familiares e sociais. Essas experiências são naturais e importantes, visto que o isolamento social é um fator de preocupação, podendo estar relacionado a diversos problemas, distúrbios que podem trazer como consequências comportamentos delinquentes e, até mesmo, uso abusivo de bebidas e sintomas depressivos (KUPERSMIDT; COIE, 1990 apud SAN-TROCK, 2009).

O relacionamento com seus pares com idades aproximadas favorece a aquisição de senso de identidade, a ampliação de capacidades de liderança, comunicação e cooperação, e o partilhamento de regras. Há marcas que permeiam trocas que oportunizam a socialização e intimidade, com senso de pertencimento e afiliação (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Ao passo que as crianças passam a sofrer influências além das relações familiares, há uma nova abertura para descobertas de diferentes perspectivas, escolhas e julgamentos. Segundo Papalia e Feldman (2013, p. 368):

O grupo de pares ajuda as crianças a aprender como se relacionar em sociedade – como ajustar suas necessidades e seus desejos às necessidades e desejos dos outros, quando ceder e quando permanecer firme. O grupo de pares oferece segurança emocional. É reconfortante para as crianças perceber que não estão sozinhas quando nutrem pensamentos que poderiam ofender um adulto.

Agora que já abordamos essa temática de modo mais abrangente, verificaremos algumas especificidades relacionadas aos diferentes períodos de vida. Na primeira infância, por exemplo, há diferenças na regulação das emoções e existência de limites no que diz respeito a si e ao outro, “[...] sendo que as diferenças individuais têm também grande influência, na medida em que algumas crianças são relativamente mais sociáveis e dispostas a interagir com os pares que outras [...]” (AREZES; COLAÇO, 2014, p. 113).

Outro fator determinante na participação satisfatória da criança nas relações que se estabelecem com seus pares tem relação com a base do que foi conquistado nos primeiros anos de vida, onde as competências cognitivas e de autorregulação favorecerão a criança a sustentar a socialização com os grupos que convive (HAY; PAYNE; CHADWICK, 2004). Ainda que o nível de desenvolvimento das competências relacionadas à comunicação ainda seja relativamente limitado, as crianças já se esforçam para interagir com o outro (BROWNELL; HAZEN, 1999).

Nos primeiros anos de vida, as crianças são capazes de verificar o quanto o outro está disponível para essa relação de interação, se podem ofertar algo, imitar ou compartilhar uma ação por meio de contato visual, gestos e vocalizações, na busca de construir mensagens claras (BROWNELL; HAZEN, 1999). De acordo com Bronson

(2000, p. 175), essas experiências “[...] estabelecem a base para futuras atitudes e comportamentos sociais ou antissociais. Desde o início, as experiências sociais moldam a compreensão social da criança e as suas expectativas [...]”.

Assim, é fundamental que haja um esforço por parte dos cuidadores e educadores para compreenderem a criança como um ser que, desde seu nascimento, tem a capacidade de construir sua compreensão sobre o ambiente de acordo com suas próprias experiências (VASCONCELOS, 2009), sendo essencial proporcionar e estimular vivências para que ela interaja com seus pares para adquirir, assim, novas aprendizagens.

Quanto aos impactos que as relações entre pares na infância terão ao longo prazo no desenvolvimento da criança, estudos apontam que (HAY, 2005, p. 3):

Há associações claras entre as relações entre pares no início da vida e aquelas que ocorrem em fases posteriores da infância. Por exemplo, crianças pequenas que se envolveram em brincadeiras complexas com seus pares mostraram-se mais competentes na interação com outras crianças nos anos pré-escolares e na média infância. Ser aceito pelos pares na primeira infância é um preditor de relações posteriores com pares. Crianças que não tinham amigos no jardim de infância ainda tinham dificuldades com pares aos 10 anos de idade. Não está claro, no entanto, se os problemas precoces com pares efetivamente causam os problemas posteriores, ou se são ambos causados por outros fatores de risco na família e na escola e por tendências comportamentais e déficits de habilidades que dificultam a aceitação pelos pares. No entanto, as raízes da rejeição pelos pares estão nos primeiros anos da infância, e essa rejeição associa-se a menos realizações educacionais, mesmo quando são levadas em consideração muitas outras influências causais. Dito de outra forma, ter amigos na primeira infância parece proteger as crianças contra o desenvolvimento de problemas psicológicos mais tarde.

Quando tratamos mais especificamente das relações entre adolescentes (compreendidos como seres singulares e sociais) e seus pares, verificaremos que a identidade dos adolescentes deve ser analisada por meio dos grupos aos quais eles pertencem, dotados de normas e experiências internalizadas que se tornam referências para sua formação (ROUCHY, 2001). É por meio dessas experiências transitórias que os jovens vivenciam o sentimento de ser aceito e aceitar os membros dos grupos ao qual fazem parte (KEHL, 2004). Paradoxalmente, o adolescente deseja ser igual e, ao mesmo tempo, diferente (CIAMPA, 1989, 1998), onde essa identificação e diferenciação fazem parte do processo de construção de sua identidade, “[...] assim, a influência do grupo de pares não está dependente da participação do adolescente no grupo, pois a afiliação ao grupo já é suficiente para afetar as suas atitudes, crenças e comportamentos [...]” (CASACA, 2009, p. 19).

Partindo dessas reflexões, constatamos que, para que possamos compreender como o adolescente se desenvolve por meio dessas relações, é necessário refletir sobre como ele se enxerga e acredita que as pessoas o percebem estando à sua volta, como afirma Lane (1996, p. 31):

Quando se procura resgatar a subjetividade, esta implica necessariamente em identidade, categoria que leva ao conhecimento da singularidade do indivíduo que se exprime em termos afetivos, motivacionais, através das relações com os outros – ou seja, na vida grupal.

Nas relações de amizade construídas na convivência com seus pares, as influências benéficas se evidenciam quando os vínculos são saudáveis. Para Parker e Asher (1987, p. 357-389, tradução nossa), são identificados os seguintes benefícios:

Companheirismo. A amizade dá às crianças um companheiro familiar, alguém que deseja passar tempo com elas e que se envolve em atividades colaborativas. Apoio físico. Amizade provê recursos e assistência em tempos de necessidade.

Apoio ao ego. Amizades ajudam crianças a sentirem que são competentes, valorosas. Especialmente importante nesta consideração é a aprovação social dos amigos.

Intimidade/afeição. Amizade proporciona às crianças relacionamento carinhoso, confiante, próximo com outros. Nesse relacionamento, crianças se sentem confortáveis para revelar informações pessoais e íntimas.

No entanto, é importante destacar que amizades coercitivas e conflitantes podem influenciar comportamentos com tendências para transgressões e desvios. Comportamentos tais como o uso abusivo de drogas e furtos, por exemplo, podem demonstrar tentativa de se manter em determinados grupos formados por outros adolescentes com comportamentos desviantes, na intenção de serem aceitos. Jovens que têm conflito em relação aos valores familiares tendem a se distanciar e buscar em grupos a compensação desse afastamento (PALMONARI; KIRCHLER, POMBENI, 1991).

Concluimos essa abordagem enfatizando que, independentemente do período de vida de um indivíduo em formação, é fundamental estimular a interação familiar para que crianças e adolescentes tenham como base um vínculo sólido e estruturado. Ao longo de seu período de desenvolvimento, eles se defrontarão com diferentes cenários, convivendo com uma diversidade cultural, com pessoas de diferentes contextos, histórias e modos de expressão. Assim, com uma base educacional sólida em seu núcleo familiar, crianças e adolescentes poderão estabelecer relações saudáveis com seus pares, influenciando e sendo influenciados por comportamentos favoráveis ao seu desenvolvimento e à construção de sua identidade.

4.4 ACOMPANHAMENTO, PROTEÇÃO E AUXÍLIO DE EDUCADORES NA INTERAÇÃO DE SEUS ALUNOS

As escolas devem acompanhar as transformações sociais advindas da globalização que ressignificou diferentes dimensões, tais como as temporais e espaciais, e tem as missões de acompanhar, proteger e auxiliar seus educandos. Se, na educação de décadas atrás, o foco estava na avaliação e classificação, com tendências excludentes, hoje, há uma preocupação nas relações interpessoais que se desenvolvem nesses espaços (DESSEN; POLONIA, 2007).

Nesse sentido, encontramos, nos ambientes destinados à educação formal, um contexto diversificado quanto a informações, atividades, regras, valores e, também, conflitos, problemas e diferenças (MAHONEY, 2002). De acordo com Rego (2003 apud DESSEN; POLONIA, 2007, p. 25), “[...] é nesse espaço físico, psicológico, social e cultural que os indivíduos processam o seu desenvolvimento global, mediante as atividades programadas e realizadas em sala de aula e fora dela [...]”.

O educador contemporâneo encontra em algumas de suas funções o planejamento de atividades que se articulam com conteúdos culturais que possibilitam a construção de saberes, a valorização da experiência e do conhecimento prévio dos alunos e a interação com o mundo que os cerca. Com essa conscientização, pauta sua prática na observação atenta das especificidades do grupo de educandos com quem trabalha, visando à integração e ao acolhimento de indivíduos com diferentes histórias e condutas.

A sala de aula oportuniza a realização de ações estruturadas por meio da organização curricular e outras, inserindo práticas que promovam e estimulem as relações interpessoais entre os alunos e seus pares. A partir das considerações de Dessen e Polonia (2007, p. 27):

[...] a escola é uma instituição em que se priorizam as atividades educativas formais, sendo identificada como um espaço de desenvolvimento e aprendizagem, e o currículo, no seu sentido mais amplo, deve envolver todas as experiências realizadas nesse contexto. Isto significa considerar os padrões relacionais, aspectos culturais, cognitivos, afetivos, sociais e históricos que estão presentes nas interações e relações entre os diferentes segmentos. Dessa forma, os conhecimentos oriundos da vivência familiar podem ser empregados como mediadores para a construção dos conhecimentos científicos trabalhados na escola.

Além da responsabilidade dos familiares, a escola também deve considerar que, para que crianças e adolescentes se desenvolvam de modo integral, há que se redefinir sobre os papéis e as funções que desempenham nos processos desse desenvolvimento.

Dando continuidade aos nossos estudos, observamos que, para cada período educacional, há uma variação no contexto social (MINUCHIN; SHAPIRO, 1983). O primeiro espaço a ser frequentado quando uma criança ingressa em uma instituição escolar é a sala de aula, que transmite uma sensação de proteção, onde a interação se dá com seus pares e o professor. O educador assume o papel de autoridade responsável por promover as condições necessárias para a interação do grupo de alunos (SANTROCK, 2009).

À medida que o educando passa para outras etapas, como a do ensino médio, aumenta a complexidade das relações interpessoais construídas nas instituições educacionais. Os adolescentes convivem com grupos que têm bagagens culturais diversificadas, frequentam diferentes espaços sociais e convivem com outros grupos (SANTROCK, 2009).

A partir desses esclarecimentos, constatamos que existem diferentes metodologias e estratégias para se adequar as especificidades de diferentes períodos do desenvolvimento de crianças e adolescentes. Assim, listaremos, no Quadro 3, alguns temas relacionados às práticas de ensino apropriadas ao nível do desenvolvimento de educando, propostas por Santrock (2009).

QUADRO 16 – PRÁTICAS DE ENSINO APROPRIADAS AO NÍVEL DO DESENVOLVIMENTO DE EDUCANDO

Temas relacionados às práticas de ensino apropriadas ao nível do desenvolvimento de educando	Descrição
Domínios do desenvolvimento das crianças – físico, cognitivo e socioemocional	Estão intimamente ligados, e o desenvolvimento em um domínio pode influenciar e ser influenciado pelo desenvolvimento em outros domínios. Por meio do reconhecimento das relações entre domínios, pode-se planejar experiências de aprendizagem para as crianças.
Formas de desenvolvimento	Ocorrem numa sequência relativamente ordenada com capacidades, habilidades e conhecimento construídos posteriormente sobre aqueles já adquiridos. O conhecimento do desenvolvimento típico dentro de uma faixa etária apresentado pelo programa traz uma estrutura geral para guiar professores no preparo do ambiente de aprendizagem.
Variação individual	Caracteriza o desenvolvimento das crianças. Cada criança é um indivíduo único, e todas as crianças têm seus próprios pontos fortes, necessidades e interesses. Reconhecer essas variações individuais é um aspecto-chave para ser um professor competente.
Influências do desenvolvimento	É influenciado por múltiplos contextos sociais e culturais. Os professores precisam entender de que maneira contextos sociais – tais como pobreza e etnicidade – afetam o desenvolvimento das crianças na primeira infância. Os professores devem aprender sobre a cultura da maioria das crianças a que lecionam, caso a cultura seja diferente de sua própria.
Quanto ao papel das crianças	As crianças são aprendizes ativos e devem ser estimuladas a construir um entendimento do mundo ao seu redor. As crianças contribuem para sua própria aprendizagem à medida que se esforçam para construir significado a partir de suas experiências diárias.
Evolução do desenvolvimento	O desenvolvimento avança quando as crianças têm oportunidades de praticar habilidades recém-adquiridas, bem como quando experienciam um desafio pouco além do seu atual nível de domínio. Em tarefas que estão um pouco além do alcance, independente da criança, o adulto e os pares mais competentes podem fornecer andaimes que permitem à criança aprender.
Facilitadores do desenvolvimento infantil	As crianças se desenvolvem melhor no contexto de uma comunidade onde suas necessidades físicas são atendidas e elas se sentem psicologicamente seguras e valorizadas. As crianças são beneficiadas quando têm professores preocupados, que querem ajudá-las de verdade a aprender e a se desenvolver de maneira positiva.

Fonte: Adaptado de Bredekamp e Copple (1997 apud SANTROCK, 2009, p. 89).

Os conhecimentos acerca dos processos explicitados acima oportunizam educadores a desempenhar a função de mediar um ambiente propício para que as relações interpessoais dos educandos possam se desenvolver favoravelmente. Adotar uma metodologia que vise à construção de relações interativas entre alunos, seus pares e professores favorecerá uma aprendizagem que vai além da exploração de conteúdos curriculares, visto que, aos espaços educacionais, cabe também o desenvolvimento de habilidades e competências socioemocionais.

Acima de tudo, as práticas pedagógicas dos educadores têm estreitas relações com o desenvolvimento social, oportunizando aos seus alunos a ampliação de suas competências comunicativas e interativas que lhe favoreçam o desenvolvimento como cidadãos protagonistas de suas histórias e relações pessoais e profissionais que se defrontarão no decorrer de suas vidas.

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico, você aprendeu que:

- A orientação nutricional é uma importante ferramenta de aconselhamento e educação para diferentes grupos populacionais.
- O ser humano não é biologicamente estático, vivencia alterações em seus sistemas e na composição corporal desde o momento de sua concepção até a morte.
- O crescimento humano é didaticamente dividido em diversas fases, mas mantém padrão semelhante na maioria dos indivíduos.
- A infância é o período de crescimento que vai do nascimento à puberdade, ou seja, de zero a doze anos de idade.



Ficou alguma dúvida? Construímos uma trilha de aprendizagem pensando em facilitar sua compreensão. Acesse o QR Code, que levará ao AVA, e veja as novidades que preparamos para seu estudo.



AUTOATIVIDADE



1 Sobre a avaliação nutricional na infância e na adolescência, é **CORRETO** afirmar:

- a) () Os parâmetros antropométricos usualmente utilizados para avaliar a condição nutricional de crianças são o peso e a estatura.
- b) () Ao avaliar o crescimento de crianças nascidas pré-termo e/ou com baixo peso para a idade gestacional, é indicada a utilização das mesmas tabelas e curvas de crescimento das crianças nascidas a termo e com peso adequado.
- c) () A relação peso/estatura (P/E) é um parâmetro indicativo do estado nutricional atual do adolescente, mas não distingue a desnutrição atual da pregressa.
- d) () O comprometimento do índice peso/estatura (P/E) indica que a criança tem o crescimento comprometido em processo de longa duração (crônico).
- e) () O índice peso/idade (P/I) corresponde à relação entre o peso real e o peso ideal. Esse índice não distingue massa magra de massa gorda e, na adolescência, essa informação é muito importante.

2 A idade da menarca é um marcador importante da desaceleração do crescimento para meninas. Esse evento ocorre em qual intervalo de tempo após o estirão de crescimento?

- a) () Entre 01 e 06 meses.
- b) () Entre 06 e 12 meses.
- c) () Entre 06 e 18 meses.
- d) () Entre 12 e 18 meses.
- e) () Entre 12 e 24 meses.

3 É uma das principais consequências da desnutrição em adolescentes:

- a) () fratura lombar e de quadril.
- b) () obesidade.
- c) () doença cardíaca.
- d) () desenvolvimento intelectual retardado/atrasado.
- e) () dano cerebral

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 17 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de ado-lescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de ado-lescentes e jovens na promoção da saúde**, prevenção de doenças e agravos e na assistência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crian-ças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília, DF: [s.n.], 2006.

MENDONÇA, M. H. M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 113-120, 2002.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Pro-gramas e Políticas de Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006.

VERONESE, J. R. P.; COSTA, M. M. M. da. **Violência doméstica: quando a vítima é criança ou adolescente**. Florianópolis: OAB, 2006.

VOLPI, M. A ação do governo federal na defesa dos direitos da criança e do adolescente. In: ROCHA, P.E. (Org.). **Políticas Públicas Sociais: um novo olhar sobre o orçamento da União, 1995/98**. Brasília, DF: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 1999. p. 131-143.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/823-as-suntos/saude-para-voce/40777-caderneta-de-saude-da-crianca>. Acesso em: 07 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 33). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 07 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, 11. Série A: Normas e manuais técnicos, 173). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 07 jul. 2019.

BRÊTAS, J. R. S.; SILVA, M. G. B.; SILVA, C. V. A aplicação do teste de triagem do desenvolvimento de Denver pelo enfermeiro pediatra: relato de caso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 9–18, 1995.

DIAGNÓSTICO de enfermagem da NANDA I: definições e classificação 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

MORAES, M. W. *et al.* Teste de Denver II: avaliação do desenvolvimento de crianças atendidas no ambulatório do Projeto Einstein na Comunidade de Paraisópolis. **Einstein**, v. 8, n. 2, pt. 1, p. 149–153, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt_1679-4508-eins-8-2-0149.pdf. Acesso em: 07 jul. 2019.

RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, C. A. N. **Puericultura princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

ROMANI, A. S. M.; LIRA, P. I. C. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 1, p. 15–23, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19978.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2019.

BARONCELLI, L. Adolescência: fenômeno singular e de campo. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 18, n. 2, p. 188–196, jul./dez. 2012.

BOCK, A. M. B. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: adolescência em questão. **Cadernos CEDES**. Campinas, v. 24, n. 62, p. 26–43, abr. 2004.

BOCK, A. M. B. Adolescence as a social construction: a research on the concept on books applied to parents and educators. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, p. 63–76, jan./jun. 2007.

DIAS, A. F. **O jovem autor de ato infracional e a educação escolar: significados, desafios e caminhos para a permanência na escola**. 2011. 169 f. Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

FRANCISCO, J. C.; GROPPPO, L. A. Adolescence and youth: considerations from a legal coexistence. **Crítica Educativa**, v. 2, n. 2, p. 275–294, jul./dez. 2016.

GROSSMAN, E. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. **Adolescência e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 47–51, jul. 2010.

PAIXÃO, D. L. L. A representação da adolescência e as políticas sociais de educação e justiça. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO — EDUCERE, 10., 7 a 10 nov. 2011, Curitiba, 2011.

PATIAS, N. D. *et al.* Construção histórico-social da adolescência: implicação na percepção da gravidez na adolescência como um problema. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 205–214, jan./jun. 2011.

QUIROGA, F. L.; VITALE, M. S. S. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 863–878, 2013.

ROSA, M. D. Adolescência: da cena familiar à cena política. **Psicologia USP**, v. 13, n. 2, p. 227–241, jan. 2002.

ANTOS, M. F. S.; ACIOLI NETO, M. L.; SOUZA, Y. S. O. Adolescência em revistas: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n. 2, p. 103–113, ago. 2011.

SAVIANI, D. **Interlocuções pedagógicas: conversa com Paulo Freire e Adriano Nogueira e 30 entrevista sobre educação**. Campinas: Autores Associados, 2010.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. Adolescência através dos séculos. **Psicologia: teoria e prática**, v. 26, n. 2, p. 227–234, abr./jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strengthening the health sector response to adolescent health and development**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cah_adh_flyer_2010_12_en.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

ALMEIDA, M. R. **Os processos subjetivos no acolhimento e na adoção de crianças por casal homoafetivo**: um estudo de caso. 2012. 225 f. Tese (Doutorado) — Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ARÁN, M. Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. **Revista Estudos Feministas**, v. 11, n. 2, p. 399–422, 2003.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Famílias e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

LIMA, Maria Galvão Rios. **Um estudo sobre o adiamento da maternidade em mulheres contemporâneas**. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) — Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 2, p. 247–256, 2007.

RODRIGUEZ, B. C.; GOMES, I. C.; OLIVEIRA, D. P. Família e nomeação na contemporaneidade: uma reflexão psicanalítica. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 135–150, 2017.

ROZEMBERG, L. *et al.* Resiliência, gênero e família na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 673–684, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018–2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

SANTROCK, J. W. **Adolescência**. 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

YAGER, J.; POWERS, P. S. **Manual clínico dos transtornos da alimentação**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BRAZ, M.; BARROS FILHO, A. A.; BARROS, M. B. A. Saúde dos adolescentes: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1877–1888, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900026. Acesso em: 21 mar. 2019.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Comer bem e melhor:** dicas para pro-mover alimentação saudável entre crianças e adolescentes Brasil. 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/Guia_Alimentacao_Sau-davel_PCU_2018.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.

GONÇALVES, V. S. S. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial entre adolescentes: revisão sistemática e metanálise. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006236.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018–2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Incidência, mor-talidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil:** informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro: Inca, 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//incidencia-mortalidade-morbidade-hospitalar-por-cancer.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

NOBRE, M. *et al.* **Multiplicadores do estilo de vida saudável:** prevenção de doença car-diovascular na adolescência. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes> Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 dez. 2018.

BEE, H.; BOYD, D. **A criança em desenvolvimento**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 568 p.

BLOCH, K. V. *et al.* ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 1, 9s, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/114202/>. Acesso em: 27 mar. 2019.

CHECCHIA, A. K. A. **Adolescência e escolarização**: numa perspectiva crítica em psicologia escolar. Campinas: Alínea, 2010. 155 p.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor**: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3. ed. São Paulo: Phorte, 2005. 585 p.

CAMPOS, D. M. S. **Psicologia da adolescência**: normalidade e psicologia. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

CONSOLARO, A. **O gene e a epigenética**: as características dentárias e maxilares estão relacionadas com fatores ambientais ou os genes não comandam tudo ou o determinismo genético acabou. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá, v.14, n. 6, p. 14-18, nov./dez.2009.

GERRIG, R. J.; ZIMBRADO, P. G. **A Psicologia da Vida**. Artmed. 16. ed. Porto Alegre, 2005.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PIAGET, J. **Para onde vai a educação?** Tradução de Ivete Braga. 14. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

RAPPAPORT, C. R. **Psicologia do desenvolvimento**. São Paulo: EPU, 1981.

SALLES, J. F.; HAASE, V. G.; MALLOY-DINIZ, L. F. (Org.). **Neuropsicologia do desenvolvimento**: infância e adolescência. Porto Alegre: Artmed, 2016. (Série Temas em Neuropsicologia).

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Informações de Saúde (TABNET). Violência doméstica, sexual e/ou outras violências. **Portal de Saúde**, 2008. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29892332&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/viole>. Acesso em: 27 abr. 2019.

COSTA, J. S.; SILVA, A. C.; VEDANA, K. G. G. Postagens sobre autolesão não suicida na internet. **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-12, jan./mar. 2019. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=766. Acesso em: 27 abr. 2019.

OLIVEIRA, A. M. *et al.* Comportamento suicida entre adolescentes: revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 88-96, jan./mar. 2017. Disponível em: http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=639. Acesso em: 27 abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Bebidas alcoólicas são prejudiciais à saúde da criança e do adolescente. **Manual de Orientação**, n. 2, fev. 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/N-ManOrient-Alcoolismo.pdf. Acesso em: 27 abr. 2019.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 1, p. 163-171, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n1/15.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019.

FUNDAÇÃO VALE. **Crescimento, desenvolvimento e maturação**. Brasília, DF: Fundação Vale; UNESCO, 2013. (Cadernos de referência de esporte; 3).

GONÇALVES, J. *et al.* Transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 1, p. 96-103, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n1/17.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019.

GOULART, L. M. H. F.; VIANA, M. R. de A. **Saúde da criança e do adolescente: agravos nutricionais**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

GUEDES, D. P. Crescimento e desenvolvimento aplicado à educação física e ao esporte. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 25, nesp., p. 127-140, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v25nspe/13.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019.

LEMOS, M. C. M.; DALLACOSTA, M. C. Hábitos alimentares de adolescentes: conceitos e práticas. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 9, n. 1, p. 3-10, 2008. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/212/186>. Acesso em: 08 jan. 2019.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Revista de Medicina**, v. 89, n. 2, p. 70-75, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46276>. Acesso em: 08 jan. 2019.

MARANHÃO, H. D. S. *et al.* Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares pregressas e estado nutricional. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 1, p. 45-51, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n1/0103-0582-rpp-2018-36-1-00004.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019.

MARTINELLI JR, C. E.; CUSTÓDIO, R. J.; AGUIAR-OLIVEIRA, M. H. Fisiologia do eixo GH--sistema IGF. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 52, n. 5, p. 717-725, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n5/02.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde, da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 1, p. 85-94, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19984.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019.

VALLE, J. M. N.; EUCLYDES, M. P. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. **Revista APS**, v. 10, n. 1, p. 56-65, 2007. Disponível em: <<https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Hinfancia.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical Status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: Report of a WHO Expert Committee, 1995. (WHO Technical Report Series, 854).