

PROSAD
Programa Saúde do Adolescente

BLMS
B
FNISA

Bases Programáticas

MT
WS460
B823p
2ºed.
1996

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Executiva
Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente

Programa Saúde do Adolescente

Bases Programáticas

2ª edição - Revista

Brasília
1996

Copyright 1996, Ministério da Saúde
1ª edição, 1989
2ª edição, 1996

Só é permitida a reprodução total com citação da fonte
Tiragem: 10.000 exemplares

Edição: Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente -
COSAD/SE/MS

Endereço: SEPN 510 - Bloco A - Edifício INAN - Sala 208
CEP 70750-515 - BRASÍLIA-DF
Telefones: (061) 273-9247 e 347-2525 - Ramal 210
Fax: (061) 347-6538

Impresso no Brasil - Printed in Brazil

ISBN: 85-334-0118-3

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva.
Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente.

Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas.
2ª Edição. Brasília; Ministério da Saúde, 1996.

p. 32

1. Adolescente. I. Brasil - Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1 – Introdução	5
2 - Sumário diagnóstico	6
3 - Diretrizes gerais e objetivos	12
4 - Áreas prioritárias	13
4.1 - Crescimento e desenvolvimento	14
4.2 – Sexualidade	17
4.3 - Saúde bucal.....	19
4.4 - Saúde mental	20
4.5 - Saúde reprodutiva	21
4.6 - Saúde do escolar adolescente	23
4.7 - Prevenção de acidentes.....	24
4.8 - Violência e maus tratos	26
4.9 – Família	27
5 – Estratégias	29
Referências bibliográficas	31

1 – INTRODUÇÃO

O conhecimento sobre a necessidade da transformação da sociedade brasileira no sentido da real e justa distribuição de renda, acesso universal à educação e saúde, política adequada de empregos e todos os benefícios aos quais a população tem direito e que a Constituição contempla em muitos aspectos, levará o país ao caminho do desenvolvimento e da paz, com a participação de todos, visando reverter o estado de saúde em que se encontra o Brasil.

Assim sendo, em cumprimento a Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988, o Ministério da Saúde oficializou o Programa do Adolescente e apresenta as suas Bases Programáticas através da Coordenação Materno-Infantil (COMIN).

A adolescência, faixa etária entre 10 e 19 anos, é o período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.

A importância demográfica desse grupo, que corresponde a 21,84% da população do País conforme o Censo Demográfico de 1991, e sua vulnerabilidade aos agravos de saúde, bem como as questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros, determinam a necessidade de atenção mais específica e abrangente. Os adolescentes brasileiros tem, como cidadãos, direito à saúde, e é dever do Estado possibilitar esse acesso de forma universalizada,

hierarquizada e regionalizada, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, o Ministério da Saúde define objetivos, diretrizes e estratégias para o Programa "Saúde do Adolescente" (PROSAD) que tem a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde será feita a implantação e onde essas atividades já vem sendo desenvolvidas, seja nos estados, municípios, universidades, organizações não-governamentais e outras instituições. Deve interagir com outros setores no sentido da promoção da saúde, da identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos dessa faixa etária, sempre de forma integral, multisetorial e interdisciplinar.

Sabedores de que a solução para os problemas de todos os segmentos populacionais passa pela reestruturação das políticas sociais e econômicas e pela verdadeira participação comunitária, reitera-se a importância do trabalho da equipe multidisciplinar nesse processo de integração com instituições e comunidades.

2 – SUMÁRIO DIAGNÓSTICO

Segundo dados do Censo Demográfico/IBGE-1991, o Brasil possui 146.825.475 habitantes, dos quais 21,84% são da faixa etária de 10 a 19 anos de idade, o que equivale em números absolutos a 32.064.631 de adolescentes. Desses, 50,04% são do sexo masculino e 49,96% do sexo feminino.

Ainda de acordo com o mesmo Censo Demográfico, 72,63% das pessoas de 10 a 14 anos e 74,3% das 15 a 19 anos residem

na área urbana; na zona rural os percentuais são de 27,37% e 25,7% respectivamente.

A população urbana de 10 a 19 anos triplicou nos últimos 25 anos. A proporção ligeiramente mais alta de residentes em áreas urbanas entre a faixa etária mais velha poderia ser parcialmente explicada pelo fato de os adolescentes de 15 a 19 anos apresentarem uma probabilidade mais alta do que os mais jovens de se dirigirem às cidades em busca de trabalho.

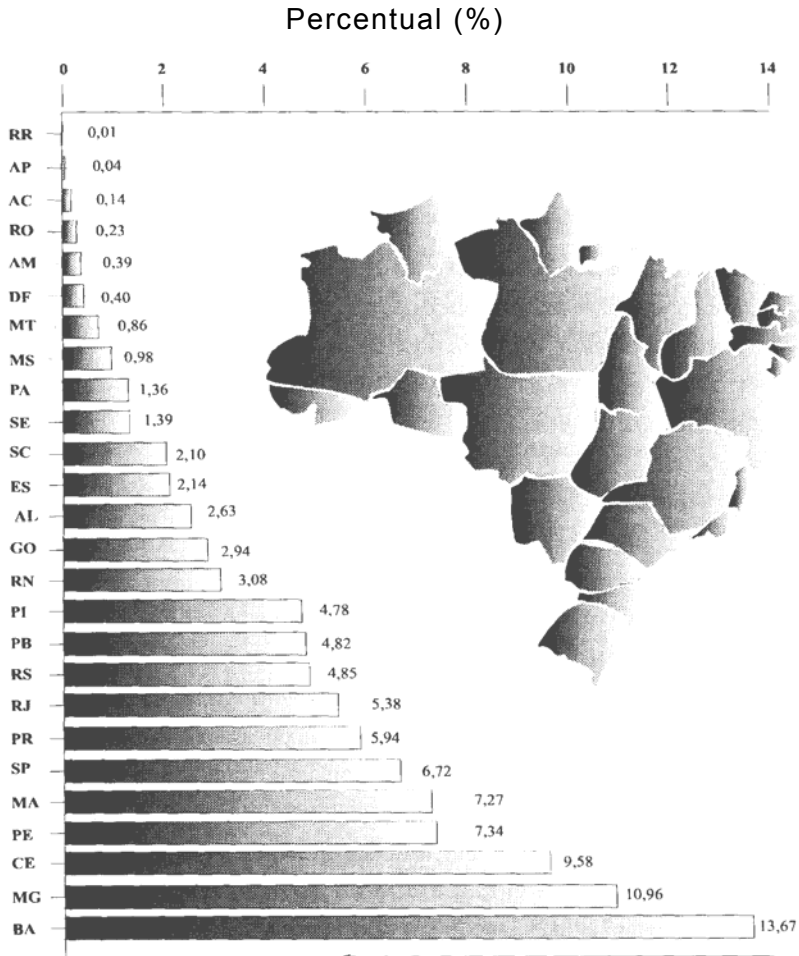
A população brasileira, apresenta, segundo o Mapa da Fome/IPEA/CPS-Brasil-1993, um total de 31.679.096 pessoas indigentes (cuja renda familiar corresponde, no máximo, ao valor de aquisição da cesta básica que atenda os requerimentos nutricionais, recomendados pela FAO/OMS/ONU, para família como um todo), distribuídas nos estados da Federação conforme o gráfico seguinte:

Pelos dados do gráfico, verifica-se a gravidade da situação sócio-econômica de grande parte da população brasileira, e o enorme contingente de adolescentes inseridos nesse contexto de pobreza e indigência, com todas as suas conseqüências biológicas e psicossociais.

Quanto à *educação*, os dados demonstram que em 1991 (Censo IBGE) 84,9% dos adolescentes do sexo masculino de 15 a 19 anos eram alfabetizados. Quanto as adolescentes, também na faixa etária de 15 a 19 anos, esse percentual de alfabetização estava em 91%. Vale dizer, entretanto, que, segundo inquéritos realizados, um percentual em torno de 12% das jovens que se diziam alfabetizadas declaram que "apenas conseguiam ler com muita dificuldade". Os índices citados são piores nas áreas rurais.

Distribuição da População de Indigentes

Segundo Unidades da Federação, em relação ao total de 31.679.096 indigentes do país, 1990.



Fonte: IPEA/CPS - BRASIL Estimativas de pessoas indigentes por situação de domicílio, segundo unidades da federação, 1990

Com relação à *adequação idade/série*, de acordo com a SEEC/MEC (1993), aos 10 anos de idade o percentual de estudantes que freqüentavam escola na série adequada era de 27,42% e aos 17 anos a porcentagem era de 21,86%. Ainda de acordo com dados da SEEC/MEC (1993), 59% dos alunos que ingressam no ensino fundamental concluem a quarta série e 34% concluem a oitava série.

Pelo exposto, verifica-se que a grande deficiência do sistema educacional, político e econômico-social traduz-se pelo elevado índice de evasão escolar e pela precária qualidade da educação.

No que se refere ao *trabalho* nota-se, diante do dramático quadro econômico-social do país, cada vez mais a necessidade de os adolescentes ingressarem no mercado de trabalho enfrentando várias dificuldades, como a falta de experiência anterior, as extensas jornadas, recebendo remuneração mais baixa, atividades impróprias à sua idade sendo, muitas vezes, vítimas de doenças do trabalho e/ou acidentes. Os ramos de atividade econômica que concentram mão-de-obra jovem são: agricultura, prestação de serviços, comércio, indústria de transformação e construção civil, sendo comum a inobservância da legislação trabalhista, principalmente no mercado informal do qual não se tem uma dimensão aproximada.

Os itens *esporte, cultura e lazer*, embora não se tenha dados sobre o número de adolescentes que freqüentam museus, bibliotecas, cinemas, teatros, centros culturais e desportivos e outros, crê-se ser de uma elite minoritária esse privilégio que deveria ser de todos. Outro aspecto que merece destaque e maiores estudos é a relação do adolescente com os meios de

comunicação de massa, em especial a televisão.

A questão da *sexualidade* do adolescente continua pouco debatida imparcial e abertamente pela sociedade, levando a situações de impasse, como gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Existem dados no Brasil mostrando que o nível de fecundidade de mulheres jovens de até 19 anos aumentou entre 1970 e 1980 e que houve notável incremento nas adolescentes menores de 15 anos, embora no período de 1980-1985 a taxa de fecundidade do grupo de 15 a 19 anos tenha caído para 6,85% (IBGE). Mas, de 1985 a 1990 a mesma taxa passou para 7,18%. Dados mais recentes do IBGE mostram que em 1989 o percentual de filhos de mães de 10 a 19 anos nascidos vivos ocorridos e registrados era de 15,78% e em 1992, segundo a mesma fonte, já representava 16,94% do total de nascidos vivos ocorridos e registrados naquele ano. Esses dados são os números oficiais do problema; acrescente-se a eles as gestações que terminam em aborto por falta de informação e dificuldades de acesso ao sistema de saúde e então teremos a questão da gravidez na adolescência com uma magnitude ainda maior, difícil de ser quantificada com exatidão, mostrando que estratégias eminentemente educativas e posturas coerentes com a realidade devem ser implementadas.

Quanto às doenças que atingem os adolescentes, é sabido que são, ainda, muito falhos os registros estatísticos sobre a morbidade desse grupo etário. Porém, a partir de trabalhos publicados, nota-se que a maioria dos adolescentes busca as unidades de saúde com queixas mal definidas englobando, na maioria das vezes, uma problemática psicossocial.

Nos últimos anos, tem-se observado que o padrão da estrutura familiar vem experimentando significativas mudanças. Essas mudanças têm atingido e modificado os tradicionais mecanismos de solidariedade familiar, considerados elementos básicos de proteção dos indivíduos e anteparo primário contra as agressões externas e a exclusão social.

Não poderíamos esquecer que também parte da problemática de saúde apresentada reflete as más condições de vida da população e a ineficácia dos serviços de saúde nos níveis de prevenção primordial, primária, secundária e terciária.

Os adolescentes brasileiros sofrem o impacto da desestruturação familiar, sócio-política e econômica por que passa o país, sendo o abandono, a drogadição, os maus-tratos em todas as suas nuances, a prostituição e a criminalidade formas evidentes de grave doença social.

No que se refere à *mortalidade* dos adolescentes, no Brasil, as causas externas, ou seja, aquelas passíveis de serem evitadas, como os acidentes de trânsito, homicídios, suicídios e outras violências, são as primeiras causas de morte nesta faixa etária. Seguem-se causas mal definidas, neoplasias, enfermidades do aparelho cardíaco-respiratório, enfermidades infecciosas e parasitárias e outras .

Depreende-se de todo o sumário-diagnóstico que os adolescentes brasileiros necessitam, de forma urgente e eficaz, da atenção dos diversos setores do Governo e de instituições não governamentais, num esforço conjunto, com a participação imprescindível da população, vale dizer, dos próprios adolescentes, das famílias e da comunidade em geral.

3 – DIRETRIZES GERAIS E OBJETIVOS

O Programa "Saúde do Adolescente" (PROSAD) deverá ser executado dentro do princípio da integralidade das ações de saúde, da necessária multidisciplinariedade no trato dessas questões e na integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, respeitando-se as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) apontadas na Constituição Brasileira.

As ações básicas propostas pelo PROSAD fundamentam-se numa política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação. Deverá planejar e desenvolver práticas educativas e participativas que permeiem todas as ações dirigidas aos adolescentes, assegurando apropriação por parte destes de conhecimentos necessários a um maior controle de sua saúde.

O sistema de referência e contra-referência deverá ser entendido de forma mais ampla, incluídos, além dos níveis secundários e terciários, o estímulo e o encaminhamento a centros culturais, organizações comunitárias e outros, com o objetivo final da promoção da saúde.

É fundamental colaborar com as áreas afins na implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente nos níveis federal, estadual e municipal, atuando junto com os conselhos dos direitos e os conselhos tutelares.

Para o alcance dessas diretrizes, foram definidos os seguintes objetivos:

- promover a saúde integral do adolescente favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais;

-
- normatizar as ações nas áreas prioritárias do Programa;
 - estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos programas estaduais e municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características respeitando as particularidades regionais e a realidade local;
 - promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência;
 - estimular a criação de um sistema de informação e documentação dentro de um sistema nacional de saúde, na perspectiva da organização de um centro produtor, coletor e distribuidor de informações sobre a população adolescente;
 - contribuir com as atividades intra e interinstitucionais nos âmbitos governamentais e não-governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal, norteadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

4 – ÁREAS PRIORITÁRIAS

As atividades básicas dirigidas ao adolescente constituem um conjunto de ações de promoção de saúde, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação, aplicadas permanentemente, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população adolescente. Essas atividades são: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente, a prevenção de acidentes, a abordagem da violência e maus tratos, a família, o trabalho, cultura, esporte e lazer.

De acordo com a epidemiologia dos problemas regionais de

saúde dos adolescentes, em consonância com a organização e capacidade operativa da rede dos serviços básicos de saúde, a disponibilidade e capacitação do pessoal, essas atividades deverão ser desenvolvidas com qualidade e utilização de tecnologia simples.

Para discussão de assuntos de interesse dos adolescentes, em todos os contatos com os serviços de saúde, deverá se garantir um espaço livre para intercâmbio de informações sobre a adolescência. Para execução dessa atividade, os serviços poderão optar por discussões individuais, em grupo, na comunidade, com setores organizados com os quais os serviços tenham contato, nas escolas, ou outras formas mais compatíveis com sua estrutura organizacional.

A participação do adolescente como promotor de saúde junto a seus pares é um meio efetivo de promover conhecimentos, detectar situações, discutir o processo da adolescência, favorecendo dessa forma a valorização dele próprio e de seu grupo.

A identificação das áreas prioritárias na atenção ao adolescente não significa a fragmentação da mesma e sim a sistematização de ações para se alcançar os mesmos objetivos, de forma integral, envolvendo profissionais de diversas áreas, buscando responder às necessidades de atenção nos diversos níveis.

4.1 – CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO (C e D)

O crescimento é um processo caracterizado pelo aumento físico do corpo, pelo aumento do tamanho e do número de células

de todos os órgãos e sistemas, que se inicia na concepção e prossegue por toda a vida.

O processo do crescimento e desenvolvimento é fortemente influenciado pelos fatores genéticos e ambientais, sendo que na fase de adolescência se faz mais evidente a influência dos fatores hereditários, que explicitada sob vários aspectos somáticos, tais como a época do início da puberdade, a intensidade de determinadas características sexuais (pilosidade, tamanho de mamas, etc.), a idade da menarca e outros.

O conjunto de modificações biológicas da adolescência e denominado de puberdade e engloba, segundo Marshall e Tanner (1974), os seguintes componentes: aceleração e desaceleração do crescimento esquelético, alteração da composição corporal, desenvolvimento dos sistemas respiratório e circulatório, desenvolvimento das gônadas, órgãos de reprodução e caracteres sexuais secundários.

Sob o ponto de vista clínico, a vigilância do crescimento restringe-se ao período da vida compreendido entre a fecundação e a adolescência, quando cessa o crescimento somático.

O desenvolvimento, e o aumento da capacidade do indivíduo realizar funções cada vez mais complexas. É também chamado de maturação ou diferenciação. É um fenômeno qualitativo, que pode ser avaliado por testes e provas funcionais. Na prática, a observação do desenvolvimento se faz testando as aquisições neuro-psicomotoras e intelectuais que, em última instância, refletem o desenvolvimento do sistema nervoso.

A adolescência contém, na sua expressão, a síntese das conquistas e vicissitudes da infância e as reformulações de caráter

social, sexual, ideológico e vocacional, impostas por uma completa e radical transformação corporal, que impõe ao indivíduo a condição de adulto.

É importante ressaltar que o crescimento, o desenvolvimento e as características pessoais dos adolescentes resultam da interação biológica, psicológica e social, no contexto da família, da sociedade e do ambiente sócio-cultural.

Do mesmo modo, ressalta-se a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nos serviços de saúde, sendo esse o eixo central do atendimento ao adolescente. A metodologia a ser utilizada para a execução dessa atividade é simples, econômica, não traumática, aceitável culturalmente, e que propicia a detecção precoce de alterações pubertárias e pândero-estaturais.

Para tal, serão realizados os seguintes procedimentos:

- obtenção periódica e padronizada de informações que caracterizam o crescimento e desenvolvimento;
- registro de interpretação das informações obtidas frente a um apropriado padrão de referência;
- busca de fatores explicativos de eventuais deficiências encontradas;
- garantia de manutenção das atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento possibilitando a correção de fatores capazes de comprometê-los.

Para que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento possa ser devidamente executado em nível de atenção primária, os serviços de saúde deverão possuir ou desenvolver:

-
- sistema eficiente de captação precoce da população de adolescentes;
 - conjunto de fichas, tabelas e/ou prontuários para o referido acompanhamento;
 - conteúdo padronizado para atividades relativas ao adolescente.

Cumpra assinalar a grande importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em relação à participação dos pais, família, educadores e comunidade em geral. Assim, toda ação educativa deve perseguir esse objetivo, possibilitando a apropriação, pelo usuário, de conhecimentos sobre as condições de saúde de seu adolescente e sobre os cuidados a ele dirigidos.

4.2 – SEXUALIDADE

A sexualidade é uma manifestação psicoafetiva individual e social que transcende sua base biológica (sexo) e cuja expressão é normatizada pelos valores sociais vigentes.

A tendência de fragmentar o ser humano em partes sexuadas e assexuadas limita a sexualidade a um conceito abstrato da mente e reduz sua expressão a uma manifestação genital ou reprodutiva.

Os tabus existentes, somados às normas sociais que não aceitam algumas manifestações sexuais, geram sentimentos de culpa e conceitos no adolescente que se refletem num ajuste sexual acompanhado de preocupações, ansiedades e/ou problemas.

O desenvolvimento sexual do adolescente sofre as influências dele próprio, da família, de sua cultura e subcultura e de

seus companheiros, sendo que a pressão do grupo é, talvez, o fator mais poderoso para determinar seu comportamento.

Se a esse dado soma-se o fato de que a falta de conhecimento sobre sexo e/ou o constrangimento provocado pelo tema faz com que os pais, educadores sexuais por excelência, não assumam esse papel, vê-se, freqüentemente, o adolescente iniciando uma atividade sexual num momento em que não está preparado. Os papéis sexuais determinados pela nossa sociedade e sobre os quais se constrói a sexualidade masculina e feminina nos fazem acreditar, **erradamente**, que o homem é inexoravelmente um ser genital, naturalmente preparado para o coito, e que a mulher, com seu instinto maternal, priorizaria a reprodução. Os adolescentes não estão livres de preocupações sobre o seu desempenho sexual da mesma maneira que, como tudo na vida, a paternidade e a maternidade são resultados de uma aprendizagem.

A maioria dos jovens entrará na puberdade livre de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de graves problemas sexuais e será responsabilidade da sociedade e dos profissionais zelar para que essa condição se mantenha. Torna-se essencial num programa de saúde do adolescente o treinamento de profissionais para educação e aconselhamento sexuais, além da detecção, encaminhamento e/ou tratamento dos problemas relacionados com a sexualidade.

No entanto, é importante lembrar que essa formação implica numa séria revisão dos valores individuais para que não se perpetuem os mitos e credices sem embasamento científico. Os conceitos de normal, natural, sadio e moral deverão ser bem

definidos para que a educação sexual formal não seja instrumento de repressão mal conduzido e sim uma contribuição positiva para o desenvolvimento integral do adolescente.

4.3 – SAÚDE BUCAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que aos 12 anos de idade o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e/ou Obturados (C-PO-D) seja de 3 ou menos de 3. No Brasil esse índice é de 4,89, segundo dados do levantamento realizado em 1993 pelo SESI com apoio do Ministério da Saúde.

Outro parâmetro utilizado pela OMS é o de que aos 18 anos, 85% dos adolescentes devam estar com todos os dentes. No país, a cifra é de 32% no levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, Brasil, zona urbana, em 1986.

Sabe-se que a fluoretação das águas é a medida mais importante na prevenção da cárie, coadjuvada pela higiene bucal adequada e bons hábitos alimentares.

Considerando a situação precária do saneamento básico, do deficiente abastecimento e tratamento da água e do aporte insuficiente, quantitativo e qualitativo, de alimentos à população, aliado ao fato da ingestão de carboidratos em excesso (dieta cariogênica), entende-se porque o Brasil é o terceiro país do mundo em incidência de cárie.

Cabe ao Programa "Saúde do Adolescente" enfatizar os aspectos preventivos da saúde bucal, assim como participar, de forma integrada com os serviços especializados, na promoção da saúde integral dessa faixa etária.

4.4 – SAÚDE MENTAL

A psicologia da adolescência está vinculada à compreensão do significado de suas transformações corporais, da evolução do pensamento e do conhecimento, das modificações de socialização emergentes nessa fase da vida, que conduzem à definição da identidade.

A adolescência inaugura uma nova forma de visão de si e do mundo, reeditando todo o desenvolvimento infantil em busca de definições de caráter social, sexual, ideológico e vocacional.

A elaboração desse momento evolutivo se faz dentro de um tempo individual e de uma forma pessoal, através de reformulações contínuas da imagem corporal, de adaptações sociais freqüentes na família em transformação e na sociedade, que exerce pressões.

Além dessas tarefas, o adolescente vê-se envolvido com as manifestações de seus impulsos instintivos, que tendem a exteriorizar-se através de condutas nem sempre consideradas dentro dos limites socialmente aceitos.

De fato, é fundamental o conhecimento dos aspectos do desenvolvimento normal e patológico para identificar-se o adolescente de alto risco e partir-se para um trabalho com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças, detecção e tratamento de psicopatologias. Para tal, tornam-se imprescindíveis programas de capacitação das equipes de saúde.

Não se pode omitir, nessa oportunidade, a grande incidência de acidentes, homicídios e suicídios, que são hoje as causas mais freqüentes de mortalidade para esse grupo etário. Paralelamente, as depressões, o abuso de drogas, os desajustes na família, na

escola e no trabalho, se bem identificados, poderão ser minimizados pela equipe de saúde.

4.5 – SAÚDE REPRODUTIVA

Os adolescentes estão em uma fase de identificação de sua feminilidade/masculinidade, por vezes podendo sofrer conseqüências indesejáveis na prática de sua sexualidade, tais como: gravidez precoce não desejada, falta de conhecimento e/ou uso indevido de métodos contraceptivos, aborto, vitimização, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e traumas psicossociais.

O adolescente ainda não é contemplado com programas eficazes em relação à saúde reprodutiva, como podemos verificar pelos dados estatísticos disponíveis que, embora não tenham uma abrangência nacional, já demonstram ser alarmantes.

Em nível mundial, segundo a Organização Mundial da Saúde, adolescentes de 15 a 19 anos tornam-se mães de cerca de 15 milhões de crianças, anualmente. No Brasil, o nível de fecundidade de mulheres até 19 anos aumentou entre 1970 a 1980; incremento notável ocorreu nas adolescentes menores de 15 anos, embora se tenha conhecimento sobre a queda que a fecundidade vem manifestando no total das mulheres.

Em 1989, segundo dados do IBGE (Registro Civil), 15,78% dos nascidos vivos ocorridos e registrados no ano eram filhos de mães de 10 a 19 anos, proporção que aumentou para 16,04% em 1990, 16,38% em 1991 e 16,94% em 1992.

As complicações da gravidez, parto e puerpério estão entre as dez principais causas de óbito das adolescentes brasileiras, sendo a sexta causa nas adolescentes de 15 a 19 anos, juntamente

com as doenças do aparelho respiratório.

Em relação à anticoncepção, pesquisas nos mostram que 55% das adolescentes solteiras e sexualmente ativas no Brasil nunca haviam usado nenhum método contraceptivo; número que sobe para 79% nas áreas rurais. Entre as casadas 48% usam algum método contraceptivo.

As adolescentes engravidam sem planejamento, entre outras causas, por falta de informações, difícil acesso a serviços especializados, desconhecimento de métodos anticoncepcionais e, muitas vezes, a procura de uma relação afetiva, de um objeto de amor ou somente devido à experimentação sexual. É preciso entender que a adolescente não pode assumir sozinha o risco social de uma gravidez não planejada.

É importante ressaltar que no processo de saúde reprodutiva a atenção deverá contemplar os adolescentes do sexo masculino.

Considerando a importância dos aspectos informativos no desenvolvimento dessa atividade, recomenda-se ao uso de metodologias educativas como: adolescente informando ao seu próprio grupo, formação de multiplicadores, intercâmbio com a equipe de saúde interdisciplinar e outras que possibilitem o conhecimento de todos os aspectos relacionados com a saúde reprodutiva.

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS

A dificuldade do entendimento da correlação da atividade sexual com riscos das DST é um dos fatores que tendem ao aumento dessas patologias nessa faixa etária.

No momento em que as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS), atingem números significativos de infectados e doentes, é obrigatória a nossa participação no processo de informação e divulgação de todos os meios e modos de prevenção dessas doenças, em todas as faixas etárias.

As ações de contracepção, concepção, ginecopatias, gestação, parto e puerpério, devem seguir as diretrizes básicas do Serviço de Assistência a Saúde da Mulher (SEASM).

Quanto ao adolescente do sexo masculino, as diretrizes do seu atendimento pautam-se nas diretrizes do Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente (SASAD).

4.6 – SAÚDE DO ESCOLAR ADOLESCENTE

A escola, ao encaminhar para o sistema de saúde o adolescente que apresenta qualquer tipo de problema ligado a aprendizagem, “culpa” ou caracteriza o estudante como responsável pelo fracasso. Como conseqüência, a medicalização é vista como uma das soluções.

O despreparo da escola e da sociedade no entendimento do momento biopsicológico por que está passando o adolescente, e suas conseqüências sociais e emocionais, leva o sistema educacional a simplificar o problema, reduzindo-o a distúrbios físicos, de conduta, de falta de capacidade para a aprendizagem.

O sistema escolar ainda não atende às especificidades evidenciadas nessa faixa etária, não possuindo condições de acompanhamento adequadas a esse grupo populacional.

Para se compreender os problemas de saúde do escolar adolescente deve-se ter em vista que eles são os mesmos que atingem a população brasileira, os quais refletem saneamento básico deficiente e baixas condições de vida.

Cabe ao binômio saúde/educação trabalhar em conjunto para o redimensionamento dos aspectos inerentes aos problemas nessa área, para a correta compreensão da relação saúde do adolescente/processo de aprendizagem.

Para tal, faz-se necessária a capacitação e a valorização dos profissionais da educação, a criação de grupos de interesse nas escolas, a pesquisa de novas metodologias, a adoção de novos recursos tecnológicos e o trabalho integrado com a equipe de saúde, dentro dos critérios da municipalização. Dessa forma, o professor vai desempenhar um papel importante como agente de saúde, contribuindo para a correta adequação do binômio saúde/educação.

4.7 – PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A busca de identificação dos adolescentes, natural nessa etapa de maturação psicológica, ocasiona o distanciamento dos cuidados familiares. A curiosidade, impetuosidade, o idealismo e a contestação despertam nos adolescentes um sentimento de desafio que, associando-se à falta de experiências, e vivências anteriores, levam freqüentemente a uma conduta de alto risco. As limitações impostas pela sociedade e a interação dos fatores sociais com os biológicos e psicológicos influenciarão, também, de forma inequívoca, o adolescente, possibilitando-lhe várias situações de risco que explicam, assim, os acidentes como um

dos principais motivos de atendimento nos serviços de emergência e uma das principais causas de mortalidade na adolescência.

Entre as características epidemiológicas destacam-se o sexo masculino com maiores taxas de mortalidade e os veículos a motor como a primeira causa dos acidentes.

As estatísticas disponíveis mostram que existem diferenças regionais na mortalidade por causas externas, isto é, as originadas por todo tipo de acidentes e violência, em adolescentes de 10 a 19 anos. E dessas, a primeira causa é por acidentes.

A prevenção de acidentes é o fator mais importante e deve ser preocupação de todos: família, escola, comunidade, transporte, áreas de lazer e trabalho, serviços de saúde e outros. A implantação de programas de prevenção deve considerar o caráter multisetorial e interdisciplinar e quatro princípios básicos:

Organização: estabelecimento de uma comissão que analise o problema, tome decisões políticas e formule as linhas de trabalho;

Investigação: utilização de métodos epidemiológicos modernos, relacionados às medidas de segurança, à orientação para a solução dos problemas, à morbidade e à mortalidade, relacionadas aos grupos de idade, aos lugares de ocorrência e aos diferentes fatores que interferem ou condicionam os acidentes;

Educação

e treinamento: educação para a saúde, enfatizando a importância da segurança e a necessidade de capacitar os adolescentes, os pais e os professores;

a responsabilidade da equipe de saúde na promoção da segurança e no destaque da importância da participação ativa da comunidade;

Legislação: revisão e desenvolvimento constante de programas relacionados a estilos de vida, a modelos de segurança dos artigos manufaturados, a normas e sua aplicação.

4.8 – VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS

As sociedades têm submetido crianças e adolescentes a inúmeros tipos de violência, sendo a de cunho doméstico uma das mais comuns. Trata-se de uma violência intra-classes sociais e que permeia todas as classes sociais, já sendo reconhecida como relevante problema de saúde pública.

As instituições do setor saúde estão entre aquelas mais intensamente requisitadas para atuarem frente à questão, e a interação com os diversos níveis do sistema de saúde é alvo indispensável, assim como a integração do setor saúde com os demais setores envolvidos na prevenção e na assistência à infância e adolescência.

No final da década de 80, verificou-se a importância da violência como tema prioritário a ser enfrentado pelo setor saúde, especialmente pelos serviços que lidam diretamente com crianças e adolescentes vítimas de violências. O trabalhador em saúde confronta-se, hoje, mais do que nunca, com a necessidade de prestar ajuda a jovens explorados e feridos no trabalho, sujeitos à prostituição, expostos a abusos sexuais, físicos e psicológicos, vítimas de sequestros e roubos, tentativas de homicídios. Os dados

de estudos sobre o tema revelam que são crescentes os eventos violentos ocorridos no ambiente familiar, comunitário ou institucional contra crianças e adolescentes. Devido à sua magnitude e relevância, damos aqui enfoque privilegiado à violência intra-familiar (doméstica), que para fins didáticos pode ser configurada como:

a) Violência física – corresponde ao uso de força física no relacionamento com a criança ou o adolescente por parte de seus pais ou por quem de fato exerce a autoridade no âmbito familiar. Baseia-se no poder disciplinador do adulto e na desigualdade adulto-criança/adolescente;

b) Violência sexual – “todo ato ou jogo sexual, relação homo ou heterossexual entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente essa criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa” (Azevedo e Guerra, 1988). Nessas ocorrências – em que há sempre o prazer direto ou indireto do adulto, conseguido pela coerção ou sedução – A CRIANÇA OU ADOLESCENTE É SEMPRE VÍTIMA, e não poderá transformar-se em RÉ.

Esses procedimentos devem ser utilizados respeitando-se as diferentes realidades locais.

4.9 – FAMÍLIA

Para efeito de conceituação, considera-se família como o

casal, o casal e seus filhos e/ou parentes, cada um dos pais e filhos, avós com netos e outras relações que se caracterizem por laços de consangüinidade e/ou afetividade, podendo ser formalizados ou não por atos legais.

Dessa forma, compreende-se que a família, nos dias de hoje, atravessa uma fase de grandes mudanças, tanto no aspecto de forma quanto no de desempenho de suas funções básicas, como proteger, prover e definir limites. Não vamos, aqui, analisar essa situação, mas apenas reforçar que o adolescente, em qualquer situação de risco ou de atenção à saúde, tem um contexto familiar que deve ser considerado na sua abordagem, tanto como um fator facilitador das ações como um desencadeador dos problemas vivenciados pelo adolescente.

Em qualquer dos casos, o profissional de saúde deve estar atento para a questão e, na medida do possível, tentar envolver a família nas ações que serão desenvolvidas com o cliente.

É importante lembrar que família quase nunca vai corresponder ao “ideal” que temos configurado em nossa história, e, freqüentemente, o profissional de saúde vai se deparar com situações bastante insólitas, que influenciarão o atendimento do adolescente.

5 – ESTRATÉGIAS

Para as áreas prioritárias programadas, faz-se necessário o desenvolvimento de atividades estratégicas relativas aos seguintes itens:

1 – Incentivar a implantação e implementação das ações de **atenção integral** aos adolescentes, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS);

2 – Discutir e adequar às realidades locais, as **normas** estabelecidas;

3 – Incentivar a **ampliação de cobertura**, de maneira que as ações básicas dirigidas a esse grupo populacional estejam disponíveis para todos;

4 – Apoiar os esforços no sentido do aperfeiçoamento dos **sistemas de referência**;

5 – Assessorar, sempre que solicitado, os grupos estaduais e/ou municipais na elaboração de programas e conteúdos técnicos de **capacitação de recursos humanos**;

6 – Promover ações nas **interfaces** educação, cultura, esporte, lazer, trabalho e justiça;

7 – Promover a **participação dos adolescentes em ações educativas** que permitam a esse grupo reconhecer-se como a si próprio e ao seu contexto familiar, comunitário e cultural, assim como permitir aos pais, educadores e sociedade o conhecimento da adolescência;

8 – Incentivar **fóruns de debates** sobre os direitos dos adolescentes propiciando a criação de canais de expressão dos jovens;

9 – Promover atividades de **supervisão** do programa e intercâmbio de experiências, objetivando homogeneizar e aprimorar o mesmo;

10 – **Avaliar**, sistematicamente, o Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente, através de indicadores institucionais, da criação de mecanismos próprios à comunidade e dos adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

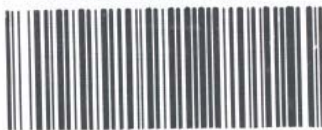
1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de DST/AIDS. **Programa nacional de atenção integral ao adolescente.** 1989.
2. HENRIQUES. M.H., SILVA, N.V., SINGH, S. e Wulf, D. **Adolescentes de Hoje: Pais do amanhã.** Brasil, 1989.
3. COMISSÃO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE. **Adolescente e Saúde.** Secretária de Saúde de São Paulo. Paris, 1988.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação, **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas.**1984.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. Brasília, **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** 1985.
6. SOUZA, R. Pagnoncelli, MAAKAROUN, Marília, Freitas. **Manual de adolescência:** Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro, 1989.
7. AMARO DE LOLIO, Cecilia et al. **Investigação sobre a mortalidade de adolescentes no Brasil.** São Paulo, 1989.
8. IBGE – **Censo demográfico.1991.**
9. CUSMINSKY, M., MORENO, E.M., SUAREZ, E.O.; **Crecimiento y desarrollo.** Organización Pan-Americana de la Salud, Publicación Científica n° 510, 1989.
10. TANNER, J.M., FALKNER, F. Human Growth. **Postnatal growth.** New York and London, 1978.
11. MURAUHAOVSKI, J.; **Pediatria-diagnóstico/tratamento.**

São Paulo; Sarvier, 1982.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal**. Brasil, Zona Urbana. 1986.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência contra crianças e adolescentes**. 1993.
14. BRASIL. Ministério do Bem-Estar Social. **A política nacional da família**: documento final. 1994.

Impressão / Acabamento
Área de produção Gráfico-Editora
SIA Trecho 4 lotes 540-610
Fones: (061) 233-2020 / 233-1774 Fax: (061)233-9558
Cep.: 71.20.040 – Brasília –DF

Biblioteca MS



10002007523



BRASIL
GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE