

Adolescência: A importância no contexto à construção da vida que muitos não sabem conduzir os conflitos



<https://doi.org/10.56238/ciemedsaude-trans-051>

Avanilde Paes Miranda

Mestrado em Hebiatria - Determinante de Saúde na Adolescência

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/8614711318199425>

E-mail: avanilde.miranda@gmail.com

RESUMO

Em consonância com os preceitos da Constituição Federal de 1988, que elegeu como um de seus princípios norteadores a prevalência dos direitos humanos e, dentro destes direitos, preconizou a saúde como um direito de todos, em 1989, o Ministério da Saúde instituiu no Brasil o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) – para a faixa etária de 10 a 19 anos completos - que foi implantado em todo o território nacional, segundo Ministério da Saúde, o PROSAD, foi criado por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM

de 21/12/1989. A OMS (1993), nos programas propostos para o novo milênio, ratifica a importância da implementação de atividades intersetoriais de promoção de saúde e de prevenção de riscos que afetam a população em situação de vulnerabilidade. A vulnerabilidade dos adolescentes aos agravos à saúde, considerando as questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros, determinam a necessidade de atenção mais específica. Objetivo: Descrever a saúde na adolescência com suas mudanças e vulnerabilidade. Metodologia: Utilizado uma revisão onde foi possível a identificação da vulnerabilidade que a saúde na adolescência é exposta no meio social. Considerações: Através de descrição clara e concisa do desenvolvimento e vulnerabilidade.

Palavras-chave: Adolescência, Vulnerabilidade, Desenvolvimento Adolescente.

1 INTRODUÇÃO

1.1 ADOLESCÊNCIA

Falar na adolescência é muito gratificante, pois é na adolescência onde mais acontecem as descobertas. Período onde há mais sonhos e planejamento de futuro, a perspectiva de alcançar seus objetivos que muitas vezes não são planejados de maneira adequada. A fase da adolescência além de ser momento que demanda ajuda para que possa fazer suas escolhas de forma segura. Na adolescência até poderíamos falar que é o momento ou transição entre a fase da infância e adulta. Momento que deixa de ser criança e ainda não é adulto.

1.2 MARCO INTERNACIONAL DA SAÚDE DO ADOLESCENTE

Surge em 1884, na Inglaterra, a Medical Officers of Schools Association, primeira entidade organizada com o objetivo de reunir médicos atuantes em escolas, para debaterem assuntos e trocarem experiência a respeito de regras e condutas ideais para um bom atendimento clínico aos jovens estudantes (Saito & Queiroz, 2008). A noção de adolescência tem sua raiz na Grécia Antiga, embora o



conceito de adolescência, propriamente dito, seja relativamente recente na história da civilização (Ariés, 1981).

Durante o século XIX, na Europa, o sentimento de infância e a distinção do período da adolescência já haviam desapontado (Pratta, 2008). O primeiro programa das Américas voltado para a medicina de adolescente, foi desenvolvido nos Estados Unidos das Américas (EUA), com Roswell Gallagher, em 1961 (Saito & Queiroz, 2008). A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada no ano de 1948, a comunidade internacional, por intermédio da Organização das Nações Unidas (ONU), vem firmando uma série de convenções internacionais em que estabelecem estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle, que garantam a não violação e o exercício pelo cidadão de um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados direitos humanos (Brasil, 2007).

Nos Pactos Internacionais de Direitos Civis e Políticos e de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, no ano de 1966, foram reconhecidos direitos humanos universais no plano individual, coletivo e social, dentre eles, o direito à saúde e o direito da criança (Brasil, 2005a). Na América Latina, trabalhos de indiscutível relevância como, exemplo, o da elaboração da Síndrome da Adolescência Normal, reunindo e discutindo características do desenvolvimento psicoemocional desse período da vida, inicialmente voltada para o jovem urbano do final do século XX (Saito & Queiroz, 2008).

1.3 MARCO NACIONAL DA SAÚDE DO ADOLESCENTE

Em 1871, a Lei do Ventre Livre torna libertos os filhos das escravas, onde seus senhores seriam obrigados a criá-los e também tratá-los até completarem a idade de 8 anos (Lima & Venâncio, 1996). Durante o século XIX, no Brasil, a criança escrava tinha sua infância interrompida desde os cinco anos de idade quando iniciava suas tarefas servis (Pratta, 2008).

No Brasil, desde o descobrimento pelos portugueses, quando surgiram os primeiros brasileiros, a criança escrava não era objeto de proteção por parte da sociedade, apenas era propriedade individual dos senhores de engenho, como patrimônio e mão-de-obra (Faleiros, 1995). Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos, critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos (Eisenstein, 2005).

Em consonância com os preceitos da Constituição Federal de 1988, que elegeu como um de seus princípios norteadores a prevalência dos direitos humanos e, dentro destes direitos, preconizou a saúde como um direito de todos, em 1989, o Ministério da Saúde instituiu no Brasil o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) – para a faixa etária de 10 a 19 anos completos - que foi implantado em todo o território nacional, segundo Ministério da Saúde, o PROSAD, foi criado por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM de 21/12/1989 (Brasil, 1989).



Com a criação do PROSAD pelo Ministério da Saúde, cabendo citar ao nome da Dra. Raquel Niskier, que, com sua atuação e capacidade de articular pessoas, consolida o exercício da medicina de adolescentes em grande parte do território nacional (Saito & Queiroz, 2008). As suas bases programáticas abordavam, a partir do quadro epidemiológico nacional, as áreas prioritárias: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente e prevenção de acidentes, cujas ações se desenvolviam em todos os níveis de atenção por equipes multidisciplinares de saúde, em centros de referência. Havia uma ênfase nas ações educativas e na participação dos adolescentes como multiplicadores de saúde (Brasil, 2008).

A OMS (1993), nos programas propostos para o novo milênio, ratifica a importância da implementação de atividades intersetoriais de promoção de saúde e de prevenção de riscos que afetam a população em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2008). A vulnerabilidade dos adolescentes aos agravos à saúde, considerando as questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros, determinam a necessidade de atenção mais específica.

Em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente vem trazer a prioridade absoluta na atenção integral a esta faixa etária reassegurando o direito à vida e à saúde “mediante e a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência” (Brasil, 1989). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) representa um grande avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição de 1988 (Brasil/ECA, 2006b). Em 1993 foram lançadas as primeiras Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, com a finalidade de orientar as equipes de saúde na atenção ao adolescente, tendo como pano de fundo os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde recentemente implantado (Brasil, 2008).

1.4 HISTÓRICO DA ADOLESCÊNCIA

A Durante a adolescência ocorrem mudanças de ordem emocional que são de extrema importância para o indivíduo, tais como o desenvolvimento da autoestima e da autocrítica; questionamento dos valores dos pais e dos adultos em geral (Friedman, 1994). Na Europa, em 1840, a idade média da menarca era 17 anos; na década de 1970, reduzia-se para 13, e, já o Brasil apresenta fenômeno semelhante – em 1930, a idade média da menarca era 13,8 anos e, em 1970, caíra para 12,5 anos (Silva & Leal, 2008).

Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança foi, no Brasil, o primeiro modelo de atenção integral específica à saúde do adolescente (Saito et al. 2008). A visão histórico-cultural mostra a adolescência como uma criação histórica da humanidade, essa visão tenta acabar com o estigma de que todas as pessoas, em média dos 13 aos 18 anos, são adolescentes rebeldes, conturbados, estão em crise e isso é algo pronto e acabado.



1.5 DEFINIÇÃO DE ADOLESCENTE

A palavra adolescência é derivada do verbo latino *adolescere*, que significa crescer, desenvolver-se, tornar-se jovem (Muss, 1969; Pfromm, 1968; Nerici 1967). O adolescer, assim como o nascer, envelhecer e morrer se dá em sociedades concretas, em dadas condições de existência (Brasil/ABEn, 2001). A primeira obra de grande importância dedicada ao adolescente foi *Adolescência*, autoria de Stanley Hall em 1904 (Saito, 2008).

Adolescência é uma época de experimentação natural com comportamento de risco, tais como hábito alimentar inadequado, níveis baixos ou excessivos de atividade física, uso de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas (Oliveira et al. 2010). O adolescente é um ser em aberto, uma possibilidade cujas transformações corporais são acompanhadas de outras mudanças radicais do ponto de vista psíquico, seja cognitivo ou afetivo (Assumpção-Júnior, 2008).

A adolescência não pode ser considerada um período de transição, caracterizando-se muito mais como parte de um processo de amadurecimento e de intenso aprendizado de vida (Adamo, 1985). Caracteriza-se por mudanças, não só físicas, sexuais, psicológicas e cognitivas, mas também nas exigências sociais feitas pelos pais, companheiros, professores e pela sociedade em si (Alves, 2009).

A tendência de ver a adolescência como “um período de transição” tem favorecido o esquecimento das necessidades desta população, o desrespeito com relação a seus direitos, e uma exigência, muitas vezes inadequada, quanto ao cumprimento de seus deveres como cidadão (Ruzany, 2008). A adolescência é considerada um período no processo de desenvolvimento do ser humano marcado pela transição do estado infantil à fase adulta. Muitas vezes confundida com puberdade que está relacionada com a transformação de aspectos físicos, a adolescência abrange aspectos biopsicossociais (Pratta, 2008).

2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbi-mortalidade no mundo (Tassitano, 2009). A doença traz, para o dia-a-dia do indivíduo, a restrição, a limitação, a dependência de terceiros, de medicamentos ou de dietas e a proximidade da morte (Amado et al. 2008). As DCNT são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Que são consideradas um sério problema de saúde pública, e já são responsáveis por 63% das mortes no mundo (Brasil, 2011). O tabagismo, a ingestão de bebida com teor alcóolico, inatividade física e alimentação não saudável são fatores para desenvolver DCNT.

A atividade física de baixo impacto mostra-se como um grande aliado, já aumentando a flexibilidade, a força muscular e a resistência muscular, traz benefícios a saúde óssea como na prevenção da osteoporose que é uma patologia conhecida como DCNT (Wibelinger, 2009). Os benefícios da atividade física para a massa óssea estão associados diretamente à tensão muscular



(Balsamo e Bottaro, 2000). Em 1972 surgiram, pela primeira vez, o uso de exercício físico para tratar da resistência à insulina associada com obesidade e o diabetes tipo 1 (DM) (Bjorntorp et al. 1972). A prática regular de exercícios aeróbicos proporciona alterações antiaterogênicas significativas nos níveis lipídicos do plasma, ocorre, aumento HDL (lipoproteínas de alta densidade) e redução da VLDL (lipoproteínas de muito baixa densidade).

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), evento de grande magnitude entre as DCNT no Brasil, dispõe nos sistemas de informação em saúde do SUS de fontes de dados essenciais para subsidiar o processo de monitoramento e avaliação (Felisberto et al. 2006). A hipertensão arterial no adolescente, assim como no adulto, é uma síndrome multifatorial em que a predisposição genética serve de base para a organização de níveis pressóricos altos frente a hábitos como tabagismo e drogas psicoativas (Gonzalez & Branco, 2009).

Níveis pressóricos elevados aceleram o desenvolvimento de doenças coronarianas e contribuem significativamente para a patogênese do acidente vascular encefálico e da insuficiência cardíaca e renal.

2.2 DISLIPIDEMIAS

Dislipidemia, também conhecida como hiperlipidemia, é caracterizada como o aumento dos lipídeos no sangue, especialmente do colesterol e do triglicerídeos. A prevalência de dislipidemia e a obesidade vêm crescendo nesta última década, devido à falta da prática de exercícios físicos regulares, o consumo de uma alimentação inadequada. Com a modernização cada vez mais é comum a substituição de alimentos saudáveis por práticos como os fast food que são ricos em gordura saturada e carboidratos e pobre em fibras.

2.3 DIABETES MELLITUS JUVENIL

O DM tipo 1 acontece quando a produção de insulina do pâncreas é insuficiente, pois suas células sofrem de destruição autoimune. O pâncreas perde a capacidade de produzir insulina em decorrência de um defeito do sistema imunológico, fazendo com que nossos anticorpos ataquem as células que produzem a esse hormônio. Nesse cenário, o corpo acaba atacando as células que produzem insulina por não reconhecerem mais elas como sendo da pessoa. O DM tipo 1 é, geralmente, um distúrbio autoimune, com produção de auto anticorpos contra as células β das ilhotas de Langerhans, e consequentemente, leva à diminuição na produção de insulina.

É uma doença crônica, cuja característica principal é a hiperglicemia (aumento da glicose no sangue), acompanhada de alterações do metabolismo dos lipídios e proteínas e um conjunto de



complicações neurológicas, micro e macrovasculares relacionadas, cuja prevenção passa por um diagnóstico e tratamento precoces. Conviver com uma doença crônica como o diabetes requer conscientização e maturidade, na maioria das vezes necessita de recursos psicológicos e ambientais para que consiga ter uma boa convivência com as restrições necessárias à doença.

A descoberta de uma DCNT requer mudança de hábitos alimentares, assim como no estilo de vida. A descoberta do DM 1 em um adolescente requer além da incorporação de novos hábitos no estilo de vida ainda ocorre a inclusão da aplicação diária da insulina, realização de glicemia e a incorporação da atividade física diária. Estas mudanças não são fáceis de serem aceitas pelo adulto e principalmente pelos adolescentes, em geral, têm mais dificuldades para aceitar a doença, quando comparados a crianças, pois, enquanto estas ainda dependem dos cuidados dos pais ou responsáveis, os adolescentes são convocados a responsabilizar-se pela própria saúde.

Na fase da adolescência ainda há uma imaturidade que pode mostrar-se no momento em que têm que assumir os autocuidados, como a administração de medicamentos e seguimento de uma dieta. Além da imaturidade e das dificuldades na aquisição do autocontrole, também as mudanças hormonais podem fazer com que a incumbência do controle da taxa de glicose no sangue seja ainda mais difícil durante a adolescência.

2.4 OSTEOPOROSE

O termo osteoporose significa “ossos porosos” – uma descrição adequada do que acontece ao esqueleto quando se tem a doença (Hodgson, 2005). A osteoporose é uma doença reumática assintomática, lenta e progressiva, e é uma das doenças metabólicas mais comuns (Wibeling, 2009). Aquisição de massa óssea durante a infância e a adolescência vêm ganhando cada vez mais relevância, principalmente no que se refere à implementação de fatores que promovam uma boa formação óssea (Romanelli & Marini, 2008). Quanto mais seus ossos se desenvolvem nos primeiros anos de vida, é tanto menos provável que venha a ter a osteoporose mais tarde.

Vários são os fatores para desenvolver a osteoporose, como estilo de vida pela ingestão de refrigerantes, café, chocolate entre outros. Fatores como desordem gástrica e alimentar como a bulimia, que ocorre com alguns adolescentes (Iannetta, 2006). O diagnóstico de osteoporose em crianças não deve ser feito apenas utilizando-se os critérios densitométricos, por terem sido elaborados a partir de uma população adulta. Em crianças, por não se conhecer a real relação entre a densidade óssea e o risco de fraturas, deve ser utilizado o índice Z (compara o examinado com uma população da mesma idade, sexo, raça e peso).



2.5 TABAGISMO

Na adolescência a preocupação com o sexo oposto aumenta, e a necessidade de passar uma imagem específica adquire grande importância; sentem-se inseguros e buscam recursos que ajudem a diminuir a ansiedade e que, ao mesmo tempo, facilitem a interação social e surge o cigarro (Scivoletto, 2006). Dos fatores comportamentais de risco implicados na gênese de muitas doenças crônicas de muitas doenças crônicas. Por influência de estratégias, a cada dia, cerca de 100.000 jovens começam a fumar, e 80% deste são de países em desenvolvimento (Cavalcante, 2005). Os fatores que levam um jovem a iniciar o uso de cigarros incluem curiosidade pelo produto, imitação do comportamento do adulto, necessidade de autoafirmação e encorajamento proporcionado pela propaganda.

O tabagismo é considerado pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS publicou uma série de advertências sobre o impacto do fumo passivo entre as crianças e apresenta uma série de recomendações para evitar a exposição à fumaça do tabaco. O cigarro é nocivo à saúde, e, é responsável por várias patologias cardiovasculares, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, osteoporose, todos os tipos de câncer sendo principal o de pulmão, entre outras patologias.

Em 2004, um inquérito no Brasil mostrou que a idade de experimentação é muito precoce em quase todas as capitais. A experimentação está associada à busca de identidade e de espaço no mundo adulto, o que ocorre na pré-puberdade. A idade de iniciação está cada vez mais precoce (Araújo, 2010). Os adolescentes fumantes possuem alta probabilidade de se tornarem adultos fumantes, aumentando assim o risco de morbidade e mortalidade por doenças crônicas e de causas evitáveis da população (Malcon et al. 2003).

Sabe-se que a incidência de uso de cigarros aumenta entre adolescentes expostos a outros jovens fumantes em razão da necessidade de serem aceitos no grupo (Nogueira & Silva, 2004). Calcula-se que o uso de 10 a 15 cigarros por dia, por pelo menos 5 anos, está associado a perda óssea mais rápida e a diminuição de 1,75 ano na idade média da menopausa (Skare, 2007). O fumo aumenta os níveis de LDL, VLDL e triglicérides e reduz os de HDL, aumentando assim o risco de hipercolesterolemia (Françoso, 2008).

3 NUTRIÇÃO

A importância da alimentação saudável, completa, variada e agradável ao paladar à promoção da saúde, é fato incontestável, sobretudo dos organismos jovens, em fase de desenvolvimento e para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, cuja prevalência vem aumentando significativamente (Leite & Santiago, 2009). A alimentação inadequada pode ser explicada pelas características próprias da adolescência.

A nutrição adequada na infância é indispensável não só para o crescimento e desenvolvimento da criança, mas também é fundamental para a nossa sobrevivência. É ainda na infância que os bons



hábitos alimentares devem ser estabelecidos, por sua influência ao longo da vida e, particularmente, na adolescência (Ferrari & Santos, 2001).

É importante que se mencione que os conhecimentos sobre nutrição na adolescência são incompletos, necessitando de novos estudos, principalmente em nosso meio, cuja literatura é escassa. O adolescente é um ser em evolução, e o processo de nutrição também é evolutivo. Os agravos ao estado nutricional, em diferentes graus, refletem em etapas sucessivas da vida, sendo a adolescência uma fase extremamente importante do processo (Saito & Ruffo, 2008). As relações entre nutrição, crescimento e desenvolvimento são essenciais na vida de todas crianças e adolescentes, pois comer, crescer e desenvolver são fenômenos diferentes em sua concepção fisiológica, mas totalmente interativos, interdependentes e inseparáveis, expressando a potencialidade do ser humano.

3.1 DESNUTRIÇÃO

Os efeitos da desnutrição não atingem somente o indivíduo, podendo comprometer não só seu crescimento, incrementar sua vulnerabilidade e predispor-lo à infecção (Saito, 2008). A desnutrição é um distúrbio resultante de combinações e graus variados de deficiência protéico-calórica, normalmente acompanhados de lesão fisiológica e estresse.

3.2 OBESIDADE

A Organização Mundial de Saúde revelou que no ano de 2005, cerca de 60% de todas as causas de mortes no mundo (56,5 milhões) foram creditadas às doenças não transmissíveis (WHO, 2005). A obesidade é uma temática que desperta interesse em toda a sociedade, seja na comunidade científica ou na população em geral (Tassitano, 2009). A obesidade tem origem em uma interação complexa entre fatores biológicos, genéticos, ambientais, sociais e psicológicos, que levam a um balanço energético positivo e, conseqüentemente, ao ganho de peso (Bessesen, 2004).

A obesidade tem crescido de forma significativa nos últimos anos, tornando-se assim um grave problema de saúde pública principalmente pelo fato do excesso de tecido adiposo aumentar o risco de desenvolvimento de diversas crônico-degenerativas associadas (Coutinho & Speretta, 2015). A obesidade é uma síndrome complexa, que apresenta dificuldades no tratamento e sérios riscos para o adulto, sendo necessário um melhor conhecimento de suas causas e também sua história ao longo do tempo (Ferriani & Santos, 2001).

A obesidade pode ser classificada em dois tipos: exógena, decorrente de desequilíbrio energético entre ingestão e gasto calórico; e endógena, sendo relacionada a distúrbios endócrino (Brito et al. 2015). A obesidade, numa concepção clínico-biológica, é uma forma de distrofia decorrente do excesso de calorias, e, as medidas antropométricas, que consistem na avaliação das dimensões físicas



e da composição global do corpo humano, são utilizadas também na infância e adolescência (Vasconcelos et al. 2006).

A obesidade é considerada uma síndrome multifatorial, em que genética, metabolismo e ambiente interagem (Saito, 2008). Decorrente da obesidade, ocorrem alterações fisiológicas e bioquímicas, destacam-se: hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus juvenil, sedentarismo, síndrome metabólica (Brito et al. 2015). O sobrepeso e a obesidade em crianças e adolescentes têm sido considerados importantes problemas de saúde pública, visto que: o excesso de peso e de gordura corporal aumenta o risco de sobrepeso e obesidade na vida adulta.

Na atualidade com a era da informação as crianças e adolescentes estão cada dia mais sedentários, levando a obesidade. A televisão, os jogos de videogame, os telefones móveis são alguns dos fatores coadjuvantes de maior importância na obesidade infanto-juvenil. Quanto maior o número de horas/dia, com estes recursos maior a prevalência da obesidade. A obesidade na adolescência é um sério problema, onde a influência da propaganda de alimentos pouco nutritivos e a necessidade de estarem sempre testando novidades os levam a escolhas erradas. Os padrões de refeições dos adolescentes são frequentemente caóticos. Com a obesidade os adolescentes começam a buscar alternativas para eliminar o excesso de peso, e, muitos iniciam os transtornos como a anorexia ou bulimia. Estão mais evidentes entre as adolescentes, estas têm uma maior preocupação com a aparência.

3.3 ANOREXIA

A anorexia faz parte dos transtornos da alimentação, que são muito comuns na adolescência e fase de adulto jovem, sendo mais frequente entre as adolescentes. É importante salientar que anorexia nervosa é um problema sério que incapacita o adolescente pela fragilidade da saúde e em alguns casos pode levar a morte. O(a) adolescente sente necessidade de diminuir o peso, recusando-se a comer e alegando falta de apetite. A recusa é voluntária e na fase inicial da doença, não ocorre uma perda real do apetite.

Quando apresenta anorexia, geralmente, possuem uma dieta com a restrição de grupos alimentares, eliminando aqueles que julgam mais calóricos, mesmo apreciando esses alimentos. A anorexia aumenta gradativamente, com redução das refeições e quantidade ingerida, podendo evoluir a ficar quase nem se alimentar, permanecendo cada vez mais magro.

3.4 BULIMIA

É a ingestão compulsiva e rápida de grandes quantidades de alimento, em curto espaço de tempo, que é caracterizado, geralmente, pela ingestão de grande quantidade de alimentos, seguida pela indução do vômito, diarreia por abuso de laxantes, além da prática de exercícios físicos intensos. A



pessoa sente uma fome excessiva, e em seguida, busca mecanismos para eliminar o alimento consumido. Caracteriza-se por episódios repetidos de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados, tais como vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos e/ou outros medicamentos, jejuns e também pode associar exercícios excessivos.

Este comportamento lhe traz satisfação e alívio momentâneos e assim ela pensa em ter descoberto a forma ideal de manter o peso sem restringir os alimentos que considera proibidos. Neste transtorno há a compulsão alimentar que é a perda do controle sobre a ingestão dos alimentos, onde a pessoa ao se ver diante de alimentos come tudo. As principais complicações estão associadas à deficiência de vitaminas e minerais, irritação e sangramento no estômago e no esôfago, anormalidades intestinais, erosão do esmalte dental, aumento das glândulas parótidas, diminuição dos batimentos cardíacos em repouso e diminuição da pressão arterial. É importante que a família esteja atenta sempre aos comportamentos dos adolescentes, pois além de ser uma fase de grandes mudanças necessitam de apoio e atenção dos familiares para ajudar em suas buscas.

4 SEXUALIDADE

4.1 INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

São comuns no mundo e podem ter consequências graves, como infertilidades feminina e masculina, aumento do risco de infecção pelo HIV e transmissão, na gestação, da mãe para o filho. Na adolescência, acredita-se ser alta a incidência apesar de não ter dados estatísticos oficiais. Adolescência é um ser em desenvolvimento, é uma modificação da fase da infância a fase adulta, onde ocorre grandes modificações biológicas, físicas e psíquicas.

4.2 GRAVIDEZ

A adolescência é uma fase bastante conturbada na maioria das vezes e quando tem a gravidez, esta torna-se mais conturbada. Adolescência e gravidez, quando ocorrem juntas, podem acarretar sérias consequências para todos os familiares, mas principalmente para os adolescentes envolvidos, pois envolvem crises e conflitos. A desinformação e a fragilidade da educação sexual são também questões problemáticas. As escolas e os sistemas de educação estão muito mais preocupados em dar conta das matérias cobradas no vestibular e não tem a educação sexual nas escolas.

5 VIOLÊNCIA

A violência vem sendo alvo de estudos e preocupações da maioria dos profissionais e segmentos da sociedade, não apenas como decorrência do clima de insegurança causado em todas as esferas sociais. Os atos de violência, portanto, não se restringem às guerras, aos conflitos políticos, étnicos, raciais ou religiosos que expressam posições ideológicas diversas. A violência ocorre nas



escolas, nas ruas, nos locais de trabalho e principalmente nos lares, podendo ser chamada de violência doméstica, onde a relação de poder e hierarquia entre os adultos e as crianças e adolescentes é muito forte. A tolerância relativa à comercialização de bebidas alcoólicas agrava a situação, o seu consumo está associado à situações violentas, como os homicídios.

5.1 DROGAS

A abordagem sobre o consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens, na sociedade brasileira, deve estar associada a outros fenômenos como: mortes relacionado a violência urbana, agravos a saúde física e mental e ao grande aumento do HIV (Pereira, 2001).

No senso comum, utiliza-se o termo droga geralmente por referência às drogas ilícitas, dentre as quais a maconha, o crack e a cocaína, o excluí dessa classificação, o álcool e o tabaco.

5.2 VIOLÊNCIA SEXUAL

A prática sexual, cada vez mais propagada e difundida na sociedade, pode se apresentar em formas distorcidas de relacionamentos, é importante as orientações da família e da escola. A violência é um grande problema social, histórico, presente em todas as sociedades. A violência é hoje uma das grandes preocupações em nível mundial, afetando a sociedade como um todo, grupos ou famílias e ainda, o indivíduo de forma isolada.

Há claras evidências que a violência sexual é um fenômeno universal e destituído de fronteiras, onde a maior prevalência com 85% a 90% no sexo feminino. Nas vitimizações sexuais, além das lesões físicas e genitais sofridas, as pessoas tornam-se mais vulneráveis a outros tipos de violência, aos distúrbios sexuais, ao uso de drogas, a prostituição, à depressão e ao suicídio.

5.3 HOMICÍDIOS

O coeficiente de mortalidade por homicídios no Brasil foi de 26,20 por 100 mil habitantes no ano de 1999, sendo de 19,77 entre os jovens 10 a 19 anos (Sant'Anna et al. 2005). O debate que envolve os homicídios entre adolescentes certamente está vinculado à abrangência e à complexidade da questão violência (Sant'Anna e Lopes, 2009).

5.4 SUICÍDIOS

O suicídio resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, psicológicos e biológicos. O adolescente torna-se susceptível à violência, acidentes, uso de drogas, fumo e suicídio. O impacto dos casos de adolescentes com comportamento suicida provoca ressonância em todos nós (Teixeira, 2009).



A psicoterapia na crise suicida mostra-se de fundamental importância ao representar um espaço conversacional, no qual o paciente poderá construir novas narrativas para sua vida.

6 CONSULTA

A consulta com adolescente deveria ser realizada apenas com o especialista Hebiatra, pois é uma consulta diferenciada às demais. A consulta de enfermagem surge então na lei como esforço da autonomia do profissional, ampliando essa compreensão às questões da complexidade do cuidado em saúde, da necessidade de limitação de papéis entre a própria equipe, dando ao profissional não apenas a autoridade ou autonomia, mas também a responsabilidade quanto ao planejamento do cuidado de enfermagem frente aos problemas de saúde diagnosticados no paciente (Alves, 2009).

A consulta de enfermagem a adolescentes deve levar em consideração os vários processos de vulnerabilidade, necessidades e agravos a que estes, em particular, e os distintos grupos a que pertencem estão sujeitos, sempre considerando a sua complexidade (Mandú & Paiva, 2001). A consulta de enfermagem torna-se então importante, porque é um exemplo típico que caracteriza as ações independentes desse profissional, cuja autonomia e responsabilidades lhe credenciam para prestar uma assistência de qualidade.

6.1 ADOLESCENTE/FAMÍLIA

- Antecedentes familiares;
- Antecedentes individuais;
- Interrogatório sobre os vários aparelhos;
- Alimentação;
- Sono/repouso;
- Educação;
- Lazer;
- Trabalho;
- Puberdade.

6.2 ADOLESCENTE

- Garantir e reafirmar o sigilo profissional;
- O sigilo pode ser quebrado em situações especiais;
- Em tempo hábil e oportuno:
 - Sexualidade;
 - Afeto;
 - Drogas;



Suicídio,
Ambições.
Exame físico:

Na presença de um acompanhante < 18 anos;

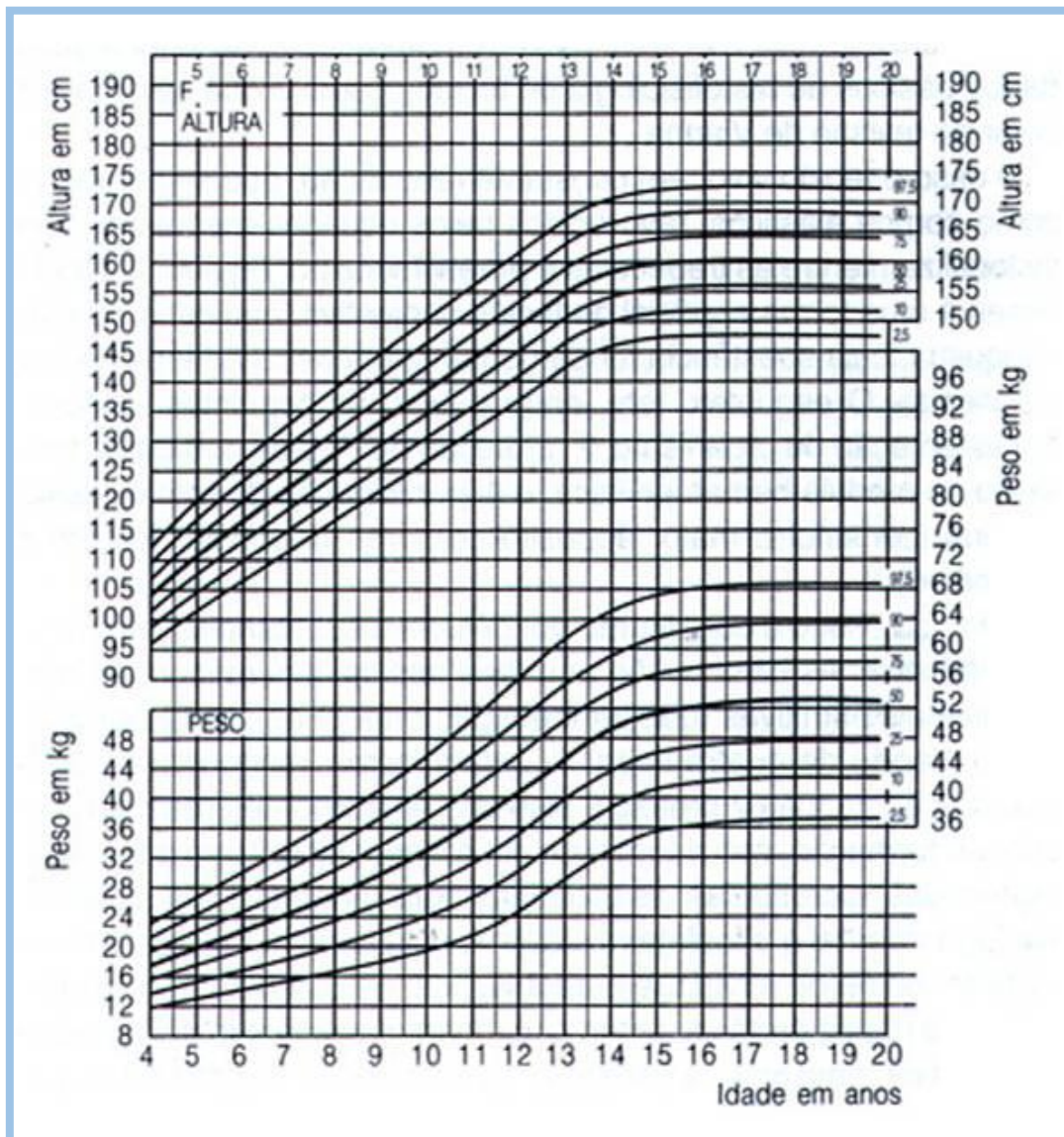
Respeitar o pudor;

Explicar o exame;

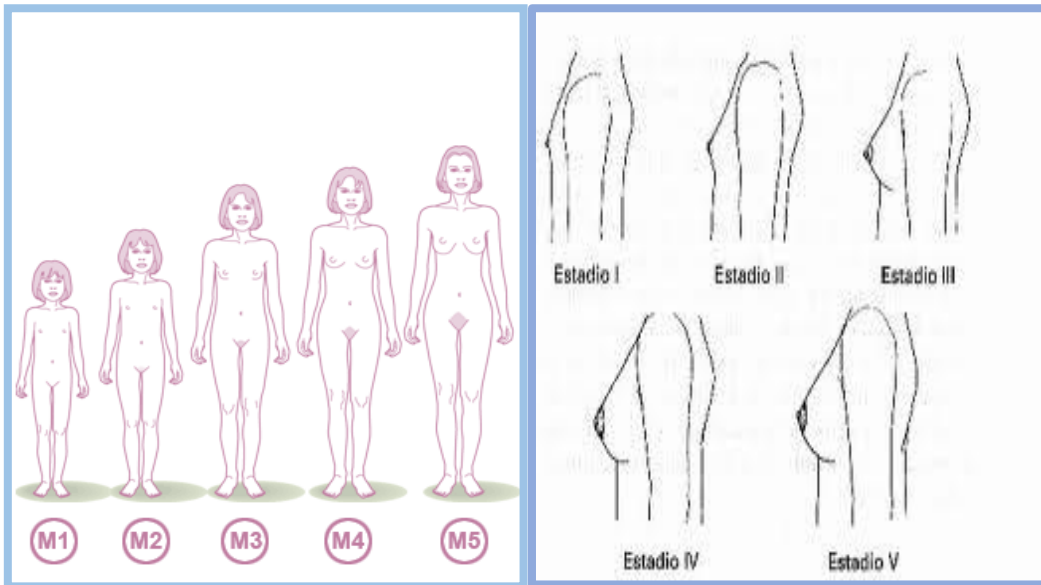
Usar descrição e não fazer comentários durante o exame;

Uso de roupões ao adolescente e luvas para profissionais diminuindo o constrangimento ao contato com a pele;

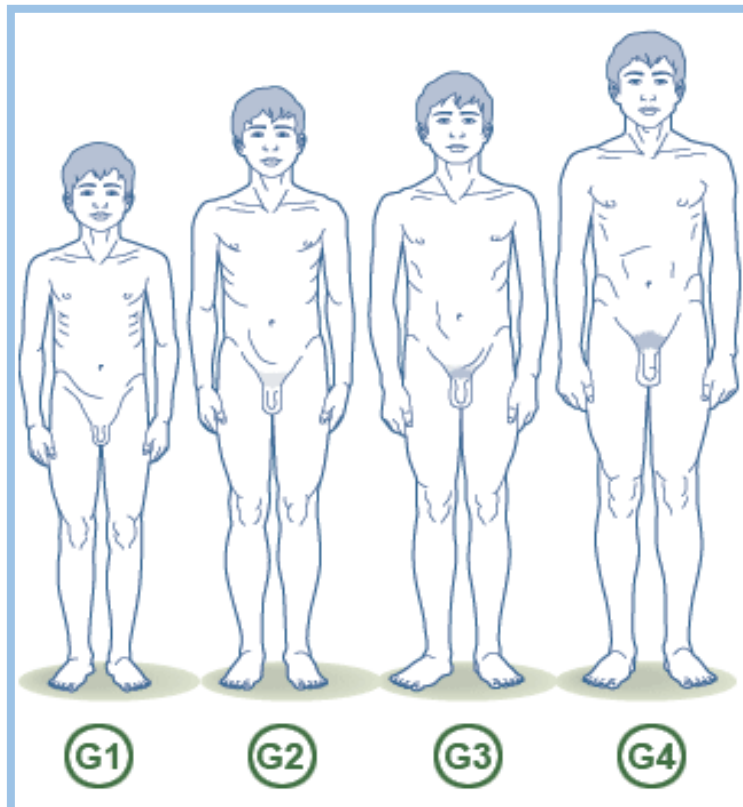
Prontuário com todos os dados.



Fonte: www.saude.gov.br/bvs



Fonte: www.saude.gov.br/bvs



Fonte: www.saude.gov.br/bvs

- Incentivar a seus próprios cuidados e discutir estratégias;
- Mostrar os direitos em receber assistência integral;
- Passar informações com clareza e honestidade.



6.3 NOVA ENTREVISTA COM A FAMÍLIA

- Apaziguar os ânimos;
- Harmonizar eventuais queixas de ambas as partes;
- Realizar sempre na presença do(a) adolescente;
- Manter o sigilo, não quebrar.

Tratamento e Diagnóstico:

- Saber solucionar as poliqueixas;
- Fazer orientação para cada caso;
- Abordar temas de risco ou vulnerabilidade do(a) adolescente;
- Remarcar retorno;
- Solicitar exames complementares quando necessários;
- Encaminhar para especialistas quando necessário.



REFERÊNCIAS

- Adamo F. Juventude: trabalho, saúde e educação. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1985. p. 16-19.
- Alves ED. A Consulta de Enfermagem do Adolescente: contribuições históricas, conceituais, metodológicas e legais para repensar a prática. In: Malagutti W, Bergo AMA. Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar. 1ª ed. Martinari. São Paulo. 2009;43-50.
- Araújo AJ. Tabagismo na adolescência: Por que os jovens ainda fumam? *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. São Paulo. 2010;36(6):671-673.
- Amado CR, Leal MM, Saito MI. O Adolescente Portador de Patologia Crônica. In: Saito MI, Silva LV, Leal MM. Adolescência: Prevenção e Risco. 2ª edição. Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte. 2008. p. 289-302.
- Ariés P. História Social da Criança e da Família. Tradução Dora Fláscman. Livros Técnicos e Científicos. 2ª edição. Rio de Janeiro, 1981.
- Assumpção-Júnior FB. Desenvolvimento Psicológico. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 2ª edição. Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte, p. 67-71, 2008.
- Balsamo S. Treinamento de força e densidade mineral ósea. In: Balsamo S, Simão R. Treinamento de Força para Osteoporose, Fibromialgia, Diabetes Tipo 2, Artrite Reumatóide e Envelhecimento. 2ª edição. Phote editora. São Paulo. 2007:31-69.
- Balsamo S, Bottaro M. Os benefícios dos exercícios com pesos no tratamento e prevenção da osteoporose; uma revisão. *Revista Euro-Am*. 2000;2(2):143-148.
- Bessens DH. Update on obesity. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(6):2027-2034.
- Bjorntorp P, DeJoungue K, Sjostrom L, et al. Physical Training in Human Obesity. II. Effects of Plasma Insulin in Glucose Intolerant Subjects without Marked Hyperinsulinemia. *Scand J Clin Lab Invest*. 1972;32:42-45.
- Borges JLC, Brandão CMA. Low boné mass in children and adolescentes. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006;50:775-782.
- Brasil. Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM de 21/12/1989.
- Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. 1989.
- Brasil. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Enfermagem-ABEn. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Brasília, p. 11-19, 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2005a.
- Brasil. Ministério da Saúde, Saúde integral de adolescentes e jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde. Brasília. 2005b.
- Brasil. Estatuto da Criança e o do Adolescente – ECA. 3ª edição. Brasília, 2006b.



Brasil. Ministério da Saúde. Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do Adolescente: competências e habilidades. Série B. Textos Básicos da Saúde. Brasília. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para o atendimento à Saúde do Adolescente. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. 2013. www.saude.gov.br/bvs. Acessado em 31/07/2023.

Brito JG, Rocha OS, Imada KS. Aspectos nutricionais da obesidade infantil. *Journal of Amazon Health Science*. 2015;1(1):48-58.

Cavalcante TM. Tabacco control in Brasil: advances and challenges, *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo. 2005;32(5):283-300.

Coutinho RB, Speretta GFF. Prevalência e fatores associados para sobrepeso e obesidade em alunos de uma escola privada de São Paulo. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. 2015;9(49):12-21.

Faleiros VP. Infância e processo político no Brasil. In: Pilotti F, Rizzini I. *A arte de governar crianças: a história das políticas, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. Rio de Janeiro, p. 224, 1995.

Felisberto E, Samico I, Carvalho AT, Frias PG, Sousa ANA. Avaliação da Atenção Básica e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis. In: Freese E. *Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil*. Editora Universitária UFPE. 2006;89-104.

Ferriani MGC, Santos GVB. Adolescência, puberdade e nutrição. In: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). *Projeto acolher: Projeto Acolher. Adolecer, Compreender, Atuar, Acolher*. Brasília. 2001.

Françoso LA. Dislipidemias. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. *Adolescência prevenção e risco*. 2ª edição. Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte. 2008. p. 339-356.

Friedman HL. *The promotion of adolescent health: principles of effective intervention*. Mexico: Latin American and Caribbean Meeting on Adolescent Health, 1994. Mimeo.

Gilsanz V, Wren T. Assessment of bone acquisition in childhood and adolescence. *Pediatrics*. 2007;119(suppl 2):s145-149.

Gonzalez RF, Branco R. Hipertensão Arterial em Adolescentes e sua Relação com Hábitos e Alimentação. In: Malagutti W, Bergo AMA. *Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar*. 1ª edição. Martinari. São Paulo. 2009. p.81-94.

Hearth Organization (WHO). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva. 2005.

Hodgson S. *Guia da Clínica Mayo sobre Osteoporose: como manter os ossos fortes e saudáveis e reduzir o risco de fraturas*. Anima. Rio de Janeiro. 2005.



Holm IA. Challenges in clinical assessment of bone density and quality in children (growth and development). *Curr Opin Endocr Diab.* 2006;13:15-20.

Leite NP, Santiago SN. Nutrição do Adolescente. In: Malagutti W, Bergo AMA. *Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar.* 1ª edição. São Paulo. 2009. p. 95-114.

Lima LG, Venâncio RP. O abandono de crianças negras no Rio de Janeiro. In: Priore, M. *História da criança no Brasil.* 4ª edição. São Paulo, p. 63, 1996.

Malcon MC, Menezes AM, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. *Rev Saude Publica.* 2003;37(1):1-7.

Mandú ENT, Paiva MS. Consulta de enfermagem a adolescentes. In: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Projeto acolher: Projeto Acolher. Adolescer, Compreender, Atuar, Acolher. Brasília. 2001.

Muss RE. Teorias da adolescência. 5ª ed. Interlivros. Belo Horizonte, 1969.

Nerici IG. Adolescência. 3ª ed. Fundo de Cultura. Rio de Janeiro, 1967.

Nogueira KT, Silva CMFM. Tabagismo em adolescentes numa escola da rede pública do estado do Rio de Janeiro. *Adolescência & Saúde.* 2004;1(4):6-10.

Oliveira HF, Martins LC, Reato LFN, Akerman M. Fatores de risco para uso do tabaco em adolescentes de duas escolas do município de Santo André, São Paulo. *Revista Paulista de Pediatria.* São Paulo, v. 28, n.2, p. 200-207, 2010.

Pereira SM. Adolescência e consumo de substâncias psicoativas: riscos e reflexos para a vida futura. In: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). *Projeto acolher: Projeto Acolher. Adolescer, Compreender, Atuar, Acolher. Brasília. 2001.*

Pfromm NS. *Psicologia da adolescência.* Pioneira, São Paulo, 1968.

Pratta MAB. *Adolescentes e jovens... em ação!:* aspectos psíquicos e sociais na educação do adolescente hoje. Editora UNESP. 2008:87-129.

Romanelli PRS, Marini R. Osteoporose em Crianças. In: Terreri MTRA, Sacchetti SB. *Reumatologia para o Pediatra. Sociedade de Pediatria de São Paulo - Departamento de Reumatologia. Série Atualizações Pediátricas. Atheneu. São Paulo. Rio de Janeiro. Ribeirão Preto. Belo Horizonte. 2008: 151-158.*

Ruzany MH. Atenção à Saúde do Adolescente: Mudança de Paradigma. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde do Adolescente: competências e habilidades. Série B. Textos Básicos da Saúde. Brasília. 2008. p. 21-25.*

Saito MI. Adolescência, Cultura, Vulnerabilidade e Risco. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. *Adolescência prevenção e risco. 2ª edição. Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte. 2008. p. 41-46.*

Saito MI, Colli As, Leal MM. Unidade de Adolescentes – Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM.



Adolescência prevenção e risco. 2ª edição. Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte. 2008. p. 13-28.

Saito MI, Ruffo P. Nutrição. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência prevenção e risco. 2ª edição. Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte. 2008. p. 149-162.

Saito MI, Queiroz LB. Desnutrição. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência prevenção e risco. 2ª edição. Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte. 2008. p. 313-321.

Saito MI, Queiroz LB. Medicina de Adolescentes: Visão Histórica e Perspectiva Atual. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência prevenção e risco. 2ª edição. Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte. 2008. p. 3-11.

Saito MI. Obesidade. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência prevenção e risco. 2ª edição. Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte. 2008. p. 323-356.

Sant'Anna A, Aerts D, Lopes MJ. Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2005;21(1):120-129.

Sant'Anna A, Lopes MJM. Homicídios entre Adolescentes: vulnerabilidade e culturas de gênero. In: Malagutti W, Bergo AMA. Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar. 1ª edição. São Paulo. 2009. p. 279-294.

Scivoletto S. Tabagismo em adolescente. In: Tabagismo dos fundamentos aos tratamentos. Lemos editora. São Paulo. 2006;145-155.

Silva JLP, Rossi D. Violência Sexual. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência prevenção e risco. 2ª edição. Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte. 2008. p. 525-531.

Silva LEV, Leal MM. Crescimento e Desenvolvimento Puberal. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: Prevenção e Risco. Atheneu. São Paulo. Rio de Janeiro. Ribeirão Preto. Belo Horizonte. 2008:49-66.

Tassitano RM. Obesidade em Adolescentes. In: Malagutti W, Bergo AMA. Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar. 1ª edição. São Paulo. 2009. p. 61-79.

Teixeira CMFS. Comportamento Suicida na Adolescência. In: Malagutti W, Bergo AMA. Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar. 1ª edição. São Paulo. 2009. p. 297-313.

Vasconcelos VL, Freese E, Lapa TM. Transição Nutricional: Prevalência da Obesidade e Sobrepeso em Adolescentes no Brasil. In: Freese E. Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil. Universitária UFPE. 2006:267-283.

Wibelinger LM. Osteoporose. In: Wibelinger LM. Fisioterapia em Reumatologia. REVINTER. Rio de Janeiro. 2009:173-188.