# Autores: Amanda Oliveira Campos 1 Taisy da Silva Almeida 2 Allana Fernandes Andrade 3 Patrícia Arruda de Assis 4 Tamilis Soster Medeiros 5 Quitéria Moreira 6

# 1 PROSAD E MAUS TRATOS NA ADOLESCÊNCIA

## 1.1 PROSAD – Programa Saúde do Adolescente

Segundo Brasil (1996) O Ministério da Saúde regularizou, em 5 de outubro de 1988, o Programa do Adolescente e ostenta as suas Bases Programáticas através da Coordenação Materno-Infantil (COMIN).

Brasil (1996) ainda foca a importância demográfica desse grupo, o dos adolescentes, que corresponde a 21,84% da população do País correspondente ao Censo Demográfico de 1991, e sua vulnerabilidade aos prejuízos á saúde, bem como as questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros, determinam a urgência de atenção mais específica e abrangente. Os adolescentes brasileiros têm, como cidadãos, direito à saúde, e é dever do Estado proporcionar essa aquisição de forma universalizada, hierarquizada e regionalizada, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme Brasil (1996), dessa forma, o Ministério da Saúde estabelece objetivos, diretrizes e estratégias para o Programa "Saúde do Adolescente" (PROSAD) que tem a propósito de impulsionar, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde será feita a colocação aonde essas atividades já vem sendo desenvolvidas, seja nos estados, municípios, universidades, organizações não governamentais e outras instituições. Deve exercer interação com outros setores no sentido da promoção da saúde, da recognição dos grupos de risco, detecção prematura dos agravos, tratamento adequado e restauração dos indivíduos dessa faixa etária, sempre de forma integral, multisetorial e interdisciplinar.

## 1.2 Diretrizes gerais e objetivos

Brasil (1996) relata que o Programa "Saúde do Adolescente" (PROSAD) deverá ser encerrado dentro do princípio da dignidade das ações de saúde, da necessária multidisciplinariedade no trato dessas questões e na reunião Inter setorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, respeitando-se as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) aguilhoada na Constituição Brasileira.

As ações básicas alvitre pelo PROSAD fundamentam-se numa política de acessão de saúde,reconhecimento de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e restauração. Deverá projetar e desenvolver práticas educativas e participativas que permeiem todas as ações dirigidas aos adolescentes, assegurando apropriação por parte desta instrução é necessários um maior controle de sua saúde. (BRASIL, 1996)

Para Brasil (1996), o sistema de referência e contra-referência deverá ser entendido de forma mais extensa, incluídos, além dos níveis secundários e terciários, o incentivo e o encaminhamento a centros culturais, organizações comunitárias e outros, com o objetivo final da promoção da saúde.

Brasil (1996) afirma que é imprescindível a colaboração com as áreas afins na implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente nos níveis federal, estadual e municipal, atuando unido com os conselhos dos direitos e os conselhos tutelares.

De acordo com Brasil (1996), 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.

## 1.3 Áreas prioritárias

Brasil (1996) descreve que as atividades básicas administradas ao adolescente constituem um conjunto de ações de promoção de saúde, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação, aplicadas constantemente, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população adolescente. Essas atividades são: o seguimento 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 conciliação 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 capacidade e utilização de tecnologia simples.

Brasil (1996) afirma que para debate de assuntos de interesse dos adolescentes, em todos os contatos com os serviços de saúde, deverá se garantir um espaço livre para intercâmbio de comunicação sobre a adolescência. Para realização 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 estimular conhecimentos, descobrir situações, discutir o processo da adolescência, favorecendo dessa forma a valorização dele próprio e de seu grupo. (BRASIL, 1996)

A identificação das áreas prioritárias na atenção ao adolescente não representa a fragmentação da mesma e sim a sistematização de ações para se buscar objetivos, de forma integral, envolvendo profissionais de diversas áreas, procurando responder às necessidades de atenção em vários níveis. (BRASIL, 1996)

## 1.4 Violência e Maus Tratos

Brasil (1996) alega que as sociedades têm submetido adolescentes e crianças a diversos tipos de violência, destacando se o convívio doméstico o mais comum. E definida como uma violência que ocorre dentro das classes sociais , sendo reconhecida como um grande problema de saúde pública.

Na visão de Brasil (1996), os estabelecimentos dos setores de saúde estão entre os demais solicitados para exercerem frente a essa questão, a participação de vários níveis do sistema de saúde tornando se fundamental, para a integração do setor saúde com os demais setores envolvidos na prevenção e na assistência à infância e adolescência.

Segundo Brasil (1996), no final da década de 80, constatou-se a violência como principal assunto a ser defrontado pelo setor da saúde, exclusivamente nos setores que trabalham diretamente com adolescentes e crianças que sofrem esses tipos de mãos tratos. O funcionário de um setor de saúde e obrigado a conviver com a necessidade de amparar jovens e crianças sujeitos à prostituição, a exploração e os abusos sexuais, dos tipos físicos e psicológicos. Os estudos sobre essa temática declaram que são progressivos os episódios violentos vivenciados no ambiento familiar, comunitário ou institucional contra crianças e adolescentes. Em consequência da sua gravidade e importância, damos destaque aqui à violência intrafamiliar (doméstica), que para fins didáticos pode ser configurada como:

* **Violência física –** utiliza se a força física no relacionamento com a criança ou o adolescente, partindo dos pais ou responsáveis . fundamentado no poder de disciplina do adulto.
* **Violência sexual –** “todo ato 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 – ACRIANÇA OU ADOLESCENTE É SEMPRE VÍTIMA, e não poderá transformar-se em RÉ.

Esses procedimentos devem ser utilizados respeitando-se as diferentes realidades locais. (BRASIL, 1996)

# 2 PUBERDADE E CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

## 2.1 Puberdade

Almeida *et al* (2005) relata que a adolescência e definida como crescimento, e determinada como puberdade, período marcado pelo aparecimento das características sexuais secundárias, rapidez e retardo do crescimento físico, elevação no níveis hormonais. Observamos que a puberdade apresenta exibições claras e definidas, em contra partida a adolescência não é tão explícita, fase marcada pela a obtenção da imagem corporal definitiva, e pela estruturação final da personalidade.

Beretta*et al* (20011) afirma que esse período e marcado por, transição da infância para a fase adulta, algumas transformações físicas e fisiológicas são características da mulher, o alargamento dos quadris, o aparecimento de pelos pubianos e axilares, desenvolvimento das mamas , menarca e início dos ciclos ovulatórios, com consequente capacidade reprodutiva.

## 2.2 Cuidados de Enfermagem ao adolescente hospitalizado

Almeida *et al* (2005) descreve a Enfermagem como profissão que tem como filosofia própria o cuidar. Profissão que visa da sustento a vida, e intervir no processo de satisfação do ser humano em suas necessidades vitais. Profissão de aspecto intrínseco a prática da enfermagem, na prestação de serviço o profissional de Enfermagem deve buscar respeitar a integralidade e características da criança e do adolescente.

De acordo com Almeida *et al* (2005), para tanto, a atenção ao adolescente não deve ser compartimentalizada, devendo avançar da visão biologista, tecnicista, medicalizante e excludente para o paradigma da qualidade de vida. Ou seja, o profissional enfermeiro e sua equipe necessitam conhecer e entender a realidade do adolescente para que haja a atenção e o cuidado necessário ajudando assim a, superar o adoecimento e a hospitalização, modificando assim as limitações em possibilidades de vir-a-ser saudável.

Almeida *et al* (2005) ainda ressalta que o cuidado ao adolescente hospitalizado deve possuir além da competência profissional, a percepção da importância de estar assíduo, dedicar-se e envolver-se em sua assistência.

Cromack *et al* (2009) afirma que a área de conhecimento da adolescência em geral e, em particular, da atenção à saúde do adolescente está sendo cada vez mais discutido, seja pelo aumento significativo deste grupo, seja por questões que o implica e tornam-se socialmente muito incomodas, como a gravidez, as infecções sexualmente transmissíveis (IST), que inclui a aids, ou ainda questões que envolvem o uso de drogas e violência.

Almeida *et al* (2007) relata que os adolescentes que se hospitalizam relatam que é uma experiência complicada em ser superada, e projetam nessa vivência sentimentos como medo, ansiedade e angústia, assim como ao mesmo tempo, confiam na esperança de cura.

De acordo com Almeida *et al* (2007) os sentimentos concedidos pela hospitalização não depende da faixa etária, pois em qualquer fase da vida a hospitalização se é considerada estressante. Porém, essa vivência é pior na adolescência, exagerada pelos sentimentos habituais dessa fase de alterações e mudanças.

A hospitalização é vista como uma ameaça para o adolescente por causa da à realidade da doença e a aproximação da morte, e também resulta na perda da convivência com amigos e parentes, estimulando a retração e a solidão.

Como o adolescente hospitalizado pode sofrer um regresso em sua evolução cognitiva e afetiva, a presença da mãe ou de pessoa próxima é indispensável, representando sua ligação à vida anteriormente vivida. (ALMEIDA *et al*, 2007)

A presença do acompanhante pode diminuir os sentimentos de negação propiciados pela hospitalização e facilita a aderência ao tratamento. É fundamental que os profissionais que atendam os adolescentes trabalhem de forma unida e possibilitem uma boa interação e uma comunicação eficaz para que não ocorra intercorrências nas informações passadas, constituindo um vínculo de confiança entre adolescentes e profissionais de saúde. (ALMEIDA *et al*, 2007)

Para Almeida *et al* (2007) a capacitação das equipes que dão assistência de adolescentes hospitalizados é crucial, pois, tendo conhecimento significativo das transformações geradas pelo desenvolvimento da adolescência, das transformações decorrentes do adoecimento e do processo de hospitalização, poderão desenvolver um atendimento direcionado para as necessidades desse grupo.

Almeida *et al* (2007) alega que para cuidar de adolescentes, é fundamental o profissional ter semelhança com o tipo de paciente em questão, conhecendo sua história de vida e se preparando técnico-científico para o atendimento de suas necessidades. Além de informações sobre as alterações inerentes à adolescência, o cuidador deve possuir competência para entender as reações do adolescente com sensibilidade e afetividade, propiciando-lhe apoio e atenção.

Na visão de Almeida *et al* (2007), como não encontra-se serviços de saúde, da rede pública e privada locais de atendimento específicas para os jovens, a internação acontece em enfermarias pediátricas ou de adultos, proporcionando dificuldades de adaptação dos adolescentes a esses ambientes, por não haver identificação com as faixas etárias discriminadas.

Para Almeida *et al* (2007) é pertinente a criação de unidades para a internação de adolescentes, composto por equipe multidisciplinar competente em assisti-los, concebidas de forma que a hospitalização não se forme em um impedimento no seu desenvolvimento.

Na opnião de Almeida *et al* (2007), no dia-a-dia do profissional, observa-se a internação hospitalar de um numero significativo de adolescentes com quadros patológicos graves, refletindo que o adolescente, embora é jovem, também adoece e morre. Essa triste realidade deve ser destacada, justificando-se a criação de unidades de internação hospitalar individual para a clientela adolescente como uma necessidade que pode trazer benefícios, tanto do ponto de vista do cuidado como da concepção do conhecimento coletivo na saúde dele.

# 

# 3 REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, I. S. *et al*. **Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado.** Revista Brasileira de Enfermagem. [Internet] 2005 [acesso em 09 de Agosto de 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000200003&script=sci_arttext>
2. AMEILDA, I. S. *et al.* **Hospitalização do adolescente.** Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. [Internet] 2007 [acesso em 09 de Agosto de 2012]. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/14-hospitalizacao-do-adolescente.html>
3. BERETTA, M. I. R. *et al.* **A construção de um projeto na maternidade adolescente: relato de experiência.** Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2011 [acesso em 09 de Agosto de 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000200033&script=sci_arttext>
4. CROMACK, L. M. F. *et al.* **O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais.** Ciência & Saúde Coletiva. [Internet] 2009 [acesso em 09 de Agosto de 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200031&script=sci_arttext>
5. BRASIL. MS. **PROSAD – Programa Saúde do Adolescente.** Brasília, Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente, 1996.