

Conhecimento familiar sobre o cuidado do adolescente para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis

Family knowledge about adolescent care for a healthy growth and development

Patrícia do Vale Arias¹, Larissa Karla da Silva¹, Manoel Cristiano Barbosa de Sousa¹, Alexandre Lins Werneck², Maria Rita Rodrigues Vieira³

¹Acadêmicos de Enfermagem na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP

²Doutor, Pós-Doutorando no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP

³Docente do Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP

Resumo

Introdução: A família tem o dever de orientar e preparar o adolescente para a vida adulta, mostrando os valores e responsabilidades para o alcance do desenvolvimento saudável e seguro. **Objetivo:** Identificar o conhecimento familiar sobre o cuidado do adolescente para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. **Casística e Métodos:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado com 120 familiares acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde, utilizadas como campos práticos de uma instituição de ensino. Dados coletados por meio de uma entrevista elaborada pelos próprios pesquisadores sobre os cuidados realizados pela família nessa faixa etária. Respostas agrupadas em categorias semelhantes e tratadas em função de índices absolutos e percentuais. **Resultados:** Dos 120 sujeitos, 42% com idade de 34 a 40 anos; 44% católicos; 47% com ensino médio; 57% casados; 72% têm de um a dois filhos; 48% com renda familiar de um a dois salários mínimos e moradia própria. Maioria informa ter conhecimento do cuidado para crescimento e desenvolvimento saudáveis. Os sujeitos relataram não saber a estatura ao nascer e a atual; poucos orientam sobre atividade sexual e informaram que o adolescente não tem hora de estudo. A maioria dos familiares relatou que conversa sobre planejamento de vida com os filhos, mas percebe-se que falta entendimento do planejamento. **Conclusão** Há necessidade de melhorar as ações de educação familiar sobre os cuidados do adolescente para o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Descritores: Conhecimento; Família; Adolescente; Crescimento e Desenvolvimento.

Abstract

Introduction: The family has the responsibility to guide and prepare adolescents for adulthood, showing them values and duties towards a safe and healthy growth and development. **Objective:** The aim of the present study is to identify how much the family knows about adolescent care for a healthy growth and development. **Patients and Methods:** This is a descriptive and prospective study constructed according to the guidelines for a quantitative approach. The study involved 120 family members with scheduled office visits for diagnosis, treatment, and follow-up at the Basic Health Units. These facilities are related as practical teaching fields of a Higher-Education Institution. Data were collected using an instrument designed by the researchers themselves containing questions regarding the care provided by the family to this age group. The answers were grouped into similar categories. Data were treated according to absolute and percentage indexes. **Results:** The study population included 120 participants. Of these, 42% with ages ranging from 34 to 40 years; 44% are Catholic; 47% have secondary education and 40% elementary education; 57% are married; 72% have one or two children; 48% have a family income of one to two minimum wages and are homeowners. The majority of family members reported to have knowledge regarding the necessary care for a healthy growth and development. Some family members did not know the adolescent's weight and body height at birth, as well as the current body height. Few families give guidance regarding sexual activity. Most of the family members reported that the teenager did not have time to study. The majority of the family members reported they talked about planning their children's lives. Therefore, we could realize in the answers given that the understanding of this planning is missing. **Conclusion:** There is a need to improve the actions of health education to families of adolescents who are treated in these units.

Descriptors: Knowledge; Family; Adolescent; Growth and Development.

Recebido em 11/02/2014

Aceito em 29/05/2014

Não há conflito de interesse

Introdução

No percurso natural da vida, a adolescência é uma fase na qual ocorrem diversas transições do ser criança e do ainda não ser adulto, trazendo mudanças físicas, mentais, sociais, culturais e familiares. É nessa época que se transmite a ideia de que o jovem está em constante transformação e isso contribuirá para sua formação. A atenção na educação em saúde necessita ser mais eficiente, criativa e persistente⁽¹⁾. Essa etapa evolutiva dos jovens culmina em todo o processo de maturação biopsicossocial do indivíduo. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a adolescência dos 12 aos 18 anos e assegura o direito à proteção, à vida e à saúde, garantindo o acesso ao serviço de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), com ações de promoção, proteção e recuperação de saúde⁽²⁾. A Organização mundial de saúde considera a adolescência dos 10 aos 19 anos⁽³⁾.

Os jovens necessitam de mais nutrientes para o crescimento e desenvolvimento saudáveis. Faz-se necessário uma educação em saúde com a função de orientar e esclarecer dúvidas, promover o conhecimento para o desenvolvimento de hábitos saudáveis, autocuidado e ações que estimulem a valorização do adolescente como sujeito do cuidado, tanto em casa quanto nos meios escolar e social. Nessa fase percebem-se as mudanças corporais, aumento ou perda de peso, problemas de saúde e principalmente alimentares que, na maioria das vezes, são inadequados⁽⁴⁾.

O cuidado, no contexto familiar com o adolescente, tem significado de segurança física e psicológica⁽⁵⁾. A relação familiar é importante para o adolescente, pois é a partir dessa ligação que o jovem obtém a formação do caráter, da identidade moral e da personalidade futura. A família tem o dever de orientar e preparar o adolescente para a vida adulta, mostrando os valores e responsabilidades para o alcance do desenvolvimento saudável e seguro⁽⁶⁾. Essas relações são vistas como formas de sobrevivência, autoridade, respeito e limites estabelecidos pelos responsáveis. Antigamente, os pais tinham um controle maior sobre os filhos com o cumprimento das normas e regras sociais. Entretanto, com a evolução das gerações, nota-se uma grande preocupação com esses jovens que estão vivendo a fase das descobertas e experiências novas⁽⁷⁾.

Na adolescência os comportamentos de risco, muitas vezes, estão associados ao consumo exagerado de álcool, tabaco, outros tipos de drogas e vida sexual desprotegida⁽⁸⁾. Muitos dos hábitos prejudiciais adquiridos pelos adolescentes vêm do exemplo visto no domicílio, ou seja, filhos presenciando os pais consumirem drogas lícitas e, algumas vezes, até ilícitas. Além da rotina diária, a geração da tecnologia também incentiva o uso dessas substâncias por meio das propagandas de televisão. A cada dia que passa o problema com as drogas se torna maior para a saúde pública, pois o consumo traz danos à saúde do usuário da rede SUS⁽⁹⁾.

A equipe multidisciplinar é responsável pela promoção, prevenção e reabilitação dos cuidados com os adolescentes, sendo necessário o uso de métodos para a orientação, tanto para os jovens quanto para a família. O importante é conscientizar os responsáveis pelas políticas educacionais de saúde da

necessidade da qualificação profissional, incluindo a necessidade de expansão da rede de serviços para o usuário juvenil, além de maior integração com setores ligados à saúde física e mental⁽¹⁰⁾.

A preocupação com o desenvolvimento da criança, desde o seu nascimento até a formação de uma nova família, é peça fundamental na formação de indivíduos saudáveis, e na mudança de hábitos da sociedade, haja vista que são os futuros formadores de opiniões e responsáveis pelo contínuo desenvolvimento social. Há a necessidade de se conhecer como a família entende sua função no acompanhamento do adolescente, para proporcionar um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

O presente trabalho tem como objetivo identificar o conhecimento familiar sobre o cuidado do adolescente para um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Casística e Método

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados do estudo foram coletados após parecer favorável, nº 34908, do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP. Os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisa desenvolvida com 120 familiares responsáveis pelo cuidado domiciliar de adolescentes que se encontravam nas seis Unidades Básicas de Saúde, utilizadas como campo prático da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Coleta dos dados realizada de agosto de 2012 a janeiro de 2013. Os dados foram coletados por meio de entrevista com instrumento elaborado e aplicado pelos próprios pesquisadores, contendo questionamentos referentes aos cuidados realizados pela família nessa faixa etária. As respostas foram agrupadas em categorias semelhantes, tratadas em função de índices absolutos e percentuais e apresentadas em tabelas ou na forma descritiva.

Resultados

Em relação ao perfil sociodemográfico, os 120 participantes deste estudo foram do sexo feminino (mães e avós), média de idade de 42 anos e 6 meses (DP $\pm 7,15$), 44% católicos, 47% com ensino médio, 57% casadas, 48% com renda familiar de um a dois salários mínimos, 79% têm de uma a duas pessoas que colaboram na renda, 60% moram com dois a quatro coabitantes, 48% têm moradia própria e 72% têm de um a dois filhos (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta o conhecimento familiar sobre as características dos adolescentes. Observa-se que a idade dos jovens está entre 12 e 20 anos, 54% eram homens, 88% sabiam o peso de nascimento dos filhos e 62% o peso atual, porém, 38% não sabiam o peso atual, 43% não sabiam o comprimento ao nascer e 48% não sabiam a altura atual.

Quanto ao conhecimento familiar sobre hábitos alimentares dos adolescentes, verifica-se na Tabela 3 que, 31% tiveram aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida. Com o consumo de todos os alimentos, porém menos frutas. O número de refeições ao dia varia de duas a seis, sendo que tem adolescente que realiza apenas duas refeições. Os sujeitos relataram que dos 30% que possuem algum tipo de problema alimentar, as

maiores frequências foram obesidade e gastrite. Ao se correlacionar os resultados do alimento consumido com os problemas alimentares, verificou-se que esses adolescentes não tiveram aleitamento materno exclusivo. Para 68% dos familiares, os adolescentes gostam de sua aparência, porém, 38%

responderam que mudariam algo na aparência do filho. No entendimento familiar, o jovem é mais briguento/nervoso/explosivo em casa do que na escola e mais espontâneo e divertido na escola do que em casa.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes no estudo. UBS e UBSF de São José do Rio Preto, 2013

Variáveis	N	%
Idade		
34-40	50	42
41-48	45	38
49-69	25	20
Religião		
Católica	52	44
Evangélica	37	31
Espírita	12	10
Não tem	19	15
Escolaridade		
Ensino fundamental	48	40
Ensino médio	56	47
Ensino superior	16	13
Estado Civil		
Casado	68	57
União Consensual	20	17
Separado	20	17
Solteiro	7	6
Viúva	5	3
Renda Familiar		
1 a 2 SM	57	48
3 a 4 SM	40	34
5 ou mais SM	23	18
Colaboradores na renda		
1 a 2	94	79
3 a 4	26	21
Coabitantes		
1 a 2	21	18
3 a 4	71	60
5 ou mais	28	22
Moradia		
Própria	57	48
Alugada	37	31
Própria com financiamento	21	18
Emprestada	5	3
Filhos		
1 a 2	88	72
3 a 4	16	14
5 ou mais	16	14
Total	120	100

Tabela 2. Conhecimento familiar em relação à idade, sexo, peso ao nascer, peso atual, estatura ao nascer e altura atual dos adolescentes. UBS e UBSF de São José do Rio Preto, 2013

Variáveis	N	%
Idade		
12-14	39	33
15-17	42	34
18-20	39	33
Sexo		
Masc.	65	54
Fem.	55	46
Peso ao nascer		
2,700- 3,100 Kg	46	38
3,200- 3,550 Kg	43	37
3,620- 3,900Kg	16	13
Não sabe	15	12
Peso atual		
25-45 Kg	38	32
46-65 Kg	17	14
66-110 Kg	19	16
Não sabe	46	38
Estatura ao nascer		
46-49 cm	43	37
50-53 cm	24	20
Não sabe	53	43
Altura atual		
1,40-1,60 m	35	30
1,61-1,90 m	27	22
Não sabe	58	48
Total	120	100

Conforme os dados da Tabela 4, 18% dos adolescentes não vão mais a escola e, dos que frequentam a escola, 68% possuem o ensino fundamental completo; 14% ensino médio completo; maioria (92%) tem carteira vacinal completa e atualizada; 92% responderam que procuram por serviços de saúde, para vacinação, em caso de doença, quando se ferem e para consulta de rotina (69%).

Verifica-se na Tabela 5 que 53% dos jovens fazem algum tipo de atividade física, como prática esportiva coletiva e com frequência de uma a duas vezes na semana, 87% têm amigos e 68% dos familiares conhecem esses amigos; 53% estipulam horário de

chegada quando o adolescente sai para lazer; 52% informam que os jovens não têm hora de estudo em casa; 90% não têm encontro com alguém; 75% sabem que os jovens não têm namorado(a) e 17% estão cientes de que os jovens têm vida sexual ativa e relatam orientá-los; 96% informam que o adolescente não faz uso de tabaco e 99% não fazem uso de drogas ilícitas; 47% dos jovens exercem alguma atividade remunerada, juntamente com os estudos; 98% dos familiares conversam sobre o futuro com os jovens e 63% sabem a pretensão profissional do adolescente.

Tabela 3. Conhecimento familiar em relação aos cuidados com alimentação, aparência e comportamento dos adolescentes. UBSF e UBS de São José do Rio Preto, 2013

Variáveis	N	%
Aleitamento materno exclusivo		
Sim	62	52
Não	58	48
Tempo de aleitamento		
0-4 meses	35	30
6-10 meses	36	31
11-36 meses	26	21
Não amamentou	23	18
Alimentos mais consumidos*		
Leite e derivados	120	100
Água e suco	120	100
Massas/lanches/doces	120	100
Carne	119	99
Café/chá/ refrigerante	108	90
Legumes/verduras	118	90
Número de refeições diárias		
2 a 4	35	30
5 a 6	79	66
Come o dia todo sem realizar as principais refeições	6	4
Problema alimentar		
Não	85	70
Sim	35	30
Tem algo na aparência de seu filho que ele não gosta		
Não	82	68
Sim	38	32
Mudaria algo na aparência do seu filho		
Não	74	62
Sim	46	38
Total	120	100

*Ocorreu mais de uma resposta

Tabela 4. Conhecimento familiar em relação à situação escolar, vacinal e procura por serviço de saúde. UBSF e UBS de São José do Rio Preto, 2013

Variáveis	N	%
Frequente a escola		
Sim	98	82
Não	22	18
Nível escolaridade		
Ensino Fundamental completo	82	68
Ensino Médio completo	18	14
Situação vacinal em dia		
Sim	110	92
Não	4	3
Não sabe	6	5
Procura Serviço Saúde		
Sim	110	92
Não	10	8
Motivos da procura		
Vacinação/doença/ferimento/consulta de rotina	83	69
Vacinação	18	15
Doença	9	8
Total	120	100

Tabela 5. Conhecimento familiar em relação aos cuidados com atividades e planejamento de vida dos adolescentes. UBSF e UBS de São José do Rio Preto, 2013

Variáveis	N	%
Pratica Atividade Física		
Sim	63	53
Não	57	47
Tem amigos		
Sim	104	87
Não	16	13
Hora de chegar a casa		
Sim	64	53
Não	56	47
Rotina de estudo		
Não	62	52
Sim	58	48
Tem namorado(a)		
Não	90	75
Sim	30	25
Fuma tabaco		
Não	115	96
Sim	5	4
Usa drogas		
Não	119	99
Sim	1	1
Uso de bebida alcóolica		
Não	93	77
Sim	27	23
Vida sexual ativa		
Não	100	83
Sim	20	17
Exercem atividade remunerada		
Não	64	53
Sim	56	47
Conversa planejamento de vida		
Sim	118	98
Não	2	2
Sabe da pretensão profissional		
Sim	75	63
Não	45	37
Total	120	100

Discussão

Diante dos resultados apresentados no trabalho, o conhecimento familiar sobre os cuidados com adolescente têm significativa importância, principalmente para o crescimento e desenvolvimento do jovem, o que influi em uma vida adulta saudável.

Quanto ao perfil sociodemográfico, a maioria é do sexo feminino, ensino médio completo, casada e baixa renda familiar. Em estudo sobre o relacionamento interpessoal do enfermeiro, família e adolescente no espaço escolar, percebeu-se a ausência do convívio do pai com o adolescente⁽¹¹⁾. As dificuldades de instrução e de aquisição financeira contribuíram para que as

informações mais básicas fossem respondidas com incertezas pela dificuldade de entendimento⁽¹²⁾.

Verificou-se que os adolescentes que não tiveram aleitamento materno exclusivo quando lactentes foi amamentada com tempo menor que seis meses. A ausência do aleitamento materno leva ao desenvolvimento de sobrepeso ou obesidade e no futuro têm grande probabilidade de adquirirem doenças crônicas, como hipertensão, diabetes tipo 2, dislipidemias e doenças cardiovasculares⁽¹³⁾.

Quanto ao conhecimento do responsável sobre os adolescentes, uma grande parte não sabia a altura ao nascer e a

atual. Os alimentos mais consumidos atualmente estão equilibrados com as recomendações alimentares de carboidratos, proteínas, sais minerais e vitaminas. O consumo de frutas é pouco ou inexistente. Outro fator preocupante são os adolescentes que realizam apenas duas refeições ao dia; 30% destes possuem algum tipo de problema alimentar, sendo relatado com maior frequência obesidade e gastrite. Há inadequação do consumo de nutrientes pelos adolescentes, sendo que o maior consumo de energia, proteínas e lipídios ocorre no sexo masculino. Em ambos os sexos ocorre a ingestão inadequada de cálcio, ferro, vitamina A, B, C e E. Entretanto, consomem um elevado teor de sódio, em função dos hábitos alimentares atuais, com comidas rápidas, lanches e doces⁽¹⁴⁾.

Na autoimagem, pela percepção do familiar, os adolescentes até gostam de sua aparência física, porém, mudariam algo na aparência do próprio filho se fosse possível. Relatam que seus filhos não se enquadram no padrão de beleza exigido pela sociedade atual, mas, assumiram que também não incentivam os filhos a mudarem os hábitos de sedentarismo. O sexo feminino, na faixa etária de 10 a 14 anos, demonstra maior interesse em relação à imagem do que os meninos; as meninas estão com sobrepeso e obesidade, e relatam insatisfação desde o cabelo até o excesso de gordura no abdome, coxas e quadril; os meninos também apresentaram os mesmos problemas, porém, se incomodam menos com aparência física⁽¹⁵⁾.

A família relatou que 47% dos adolescentes não faz nenhum tipo de atividade física, o que contribui para uma vida sedentária com propensão a desenvolverem, também, doenças futuras. O sedentarismo e os fatores associados mostram uma prevalência alta nessa faixa etária e os aspectos levados em consideração foram os hábitos de vida, como o tempo perdido assistindo televisão, jogando vídeo-game e usando o computador. A forma como se deslocam até a escola também influenciou, pois nas famílias intermediárias e de nível econômico melhor, os adolescentes vão de ônibus ou carro e, assim, não gastam energia andando⁽¹⁶⁾.

O comportamento dos adolescentes, no entendimento familiar, foi considerado mais briguento/nervoso/explosivo em casa do que na escola e mais espontâneo/divertido na escola do que em casa, ou seja, o comportamento do filho é melhor na escola. O *bullying* e conflito com a lei mostram que adolescentes com comportamento agressivo e briguento na escola, na posição de "autor" de *bullying* têm grandes chances de desenvolverem atos criminosos no futuro e sofrerem algum tipo de medida punitiva em liberdade ou até mesmo serem presos por um ato mais grave⁽¹⁷⁾.

Apesar de a maioria dos jovens frequentar a escola, ainda existe uma parte que não frequenta. O principal motivo é a desistência por dificuldades em casa e financeira; dos que frequentam a escola, a maioria possui o ensino fundamental completo ou estão cursando ensino médio; a maioria está com carteira vacinal completa e atualizada; a procura por serviço de saúde na maioria dos casos é para vacinação, doença e consulta de rotina. A Revista Adolescência e Saúde mostra que a maior dificuldade do profissional de saúde é saber lidar com as mudanças bruscas dos jovens e, que, apesar de existirem

programas na atenção ao adolescente é difícil colocar em prática, em função dos tabus das antigas gerações. Este estudo mostra que muitas vezes os adolescentes não procuram os serviços de saúde pelo pouco conhecimento sobre a própria saúde e por não terem atrativos que despertem seu interesse⁽¹⁸⁾.

Em estudo sobre fatores associados à cobertura vacinal nos adolescentes, percebeu-se que de 261 jovens que procuravam o serviço de saúde, 57.1% relataram que foram orientados quanto a vacinação. Os que eram orientados sobre o assunto, revelaram que adquiriram as informações por meio da escola 48,3%; e do agente comunitário de saúde 46,1%. Nos casos de adesão a vacinação, observou-se uma maior prevalência de estarem vacinados contra a Febre Amarela e Hepatite B. E em todos os casos de não adesão à imunização, houve o relato de perda da carteirinha 44%; ou por medo da vacinação 36,8%⁽¹⁹⁾. Na área social, os adolescentes possuem muitos amigos e os familiares, na maioria das vezes, conhecem esses amigos. Os responsáveis informaram que o jovem tem horário para chegar quando sai para o lazer. A proibição de encontro com alguém de má influência, dificilmente ocorreu. Um enfoque psicossociológico mostra que a puberdade é marcada por mudanças e amadurecimento psicossocial, sendo a sociedade uma das maiores influenciadoras na vida dos jovens, o surgimento das modernidades abala a vida dos jovens, sendo representado com a violência e adversidades que a mídia expõe, atingindo em grandes proporções e causando aflições nas famílias⁽²⁰⁾.

Em relação ao relacionamento amoroso dos jovens, apesar de os pais desconfiarem de que os filhos possuem namorados(as), apenas 25% têm certeza de um relacionamento sério e 17% estão cientes que os jovens têm vida sexual ativa e relatam orientá-los. A vivência da família na sexualidade dos adolescentes é bem notada pela dificuldade no desenvolvimento de diálogo com os filhos, pois, alegam que o assunto é perigoso e pode trazer riscos ao jovem. Esse tema era constrangedor para as gerações anteriores, pois era constituído de valores muito rígidos, o que hoje é apenas um tabu para os adolescentes que vivenciam muito cedo essa fase. É necessária uma maior abordagem sobre os métodos de proteção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gravidez precoce⁽²¹⁾.

Quanto ao uso de tabaco, drogas ilícitas e álcool, a maioria respondeu que os filhos não fazem uso dessas substâncias e poucos confirmaram saberem do uso ou se tiveram algum tipo de experiência/contato. A maioria dos jovens tem preferência por álcool, principalmente por que é mais fácil de conseguir. No primeiro contato com a bebida, relatam não terem gostado, mas passaram a gostar no decorrer do uso. O mesmo ocorre com os outros tipos de drogas ilícitas. Muitos ressaltam saber dos malefícios das drogas, entretanto, os grupos que frequentam estimulam o uso⁽²²⁾.

Os familiares estudados fazem planejamento de vida do adolescente, pois sabem a pretensão profissional do filho e o que planejam. Mesmo a maioria relatando que conversa sobre o planejamento de vida, percebe-se nas respostas que falta o entendimento desse planejamento, pois tem adolescente que não tem horário de estudo e possui comportamento inadequado

na escola. Um estudo mostra que quem influencia nas decisões quanto o futuro são os pais. Na maioria das vezes os adolescentes tomam como exemplo, o que os pais são profissionalmente, se desempenham as atividades com honestidade e caráter. Os responsáveis são vistos como modelo da imagem futura dos filhos, mas, também o incentivo e o diálogo influenciam bastante na escolha profissional e na melhoria de vida⁽²³⁾.

A valorização da cultura e a modificação na base familiar nos faz repensar as mudanças necessárias para desenvolver ações que visem à família como um organismo social, composto por pessoas diferentes que possuem laços afetivos e comungam crenças e estilos de vida. A saúde precisa ser inserida como parte essencial na dinâmica familiar. Para isso, a família deve ser detentora de saberes que facilitem sua função essencial no cuidado ao filho, proporcionando o crescimento e desenvolvimento saudáveis. O cuidado se baseia em promover, manter e recuperar a saúde, além de proporcionar condições adequadas de vida, sobrevivência e o suprimento das necessidades emocionais, físicas e social dos jovens⁽²⁴⁾.

Conclusão

Identificou-se que o conhecimento dos familiares sobre os adolescentes, quanto aos cuidados para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, ainda tem lacunas e não condizem com o que foi relatado.

O estudo mostrou itens importantes quanto à necessidade de conhecimento dos responsáveis para que os adolescentes possam ser cuidados adequadamente, como não saber a altura ao nascer e a atual do filho; ter hábitos alimentares saudáveis, porém sem consumo de frutas e adolescentes com apenas duas refeições ao dia; ter problema alimentar; relatos de que mudariam algo na aparência do filho; alguns com carteira vacinal incompleta, inclusive com relato de não saber sobre esta questão; a minoria orientar a respeito das atividades sexuais. Isto também mostrou o quanto os pais são ausentes e pouco participativos na vida do jovem.

O estudo também permitiu apreender as dificuldades que os pais enfrentam para dialogar com os filhos sobre assuntos mais íntimos, comportamentais, de saúde, sexualidade, álcool e drogas.

Conclui-se que há necessidade de um melhor planejamento de educação em saúde para com os adolescentes e seus familiares, tendo em vista o incentivo para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento desse grupo etário, detendo maior atenção aos cuidados. Percebe-se na vivência prática que essa faixa etária é pouco trabalhada na área de saúde.

Referências

1. Rozenberg R, Tendrih L. Adolescentes no Rio de Janeiro: educação, trabalho e riscos à saúde. *Adolesc Saude*. 2007;4(3):33-6.
2. Brasil. Poder Judiciário do Estado de Santa Catarina. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Coordenadoria Estadual da Infância

e da Juventude – CEIJ. Estatuto da criança e do adolescente ECA. Lei nº 8.069/90 atualizado com a Lei nº 12.010 de 2009 Inclusive Lei nº 12.594 de 2012 (SINASE). 3. ed. Santa Catarina; 2012.

3. World Health Organization. Physical status: use and interpretation of anthropometry. Genova: WHO; 1995.
4. Ressel, LB, Hoffman IC, SehnemGD, Landerdahl MC, Junges CF. Representações culturais de saúde, doença e vulnerabilidade sob a ótica de mulheres adolescentes. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(3):552-7.
5. Tojo R, Leis R, Queiro T. Nutrición en el adolescente. Factores de riesgo biopsicosociales. *An Esp Pediatr*. 1991;35(Supl.46):74-83.
6. Heideman M. Adolescência e saúde: uma visão preventiva. Para profissionais de saúde e educação. Petrópolis: Vozes; 2006.
7. Vesely SK, Wyatt VH, Oman RF, Aspy CB, Kegler MC, Rodines S, et al. The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviors. *Adolesc Health*. 2004;34(5):356-65.
8. Dezontinel FR, Nascimento JWL, Menezes FG, Godoy MP, Antonialli MMS. Uso de drogas entre adolescentes estudantes de escola da rede privada em São Paulo. *Conscientiae Saúde*. 2007;6(2):323-8.
9. Calligaris C. A adolescência. São Paulo: Publifolha; 2000.
10. Palma SMM, Calil HM, Mercadante MT. Suicídio em adolescentes no Brasil: problema de saúde pública?, *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(1):103-5.
11. Roehrs H, Maftum MA, Mazza VA, Borille DC. Entrevista de ajuda: estratégia para o relacionamento interpessoal entre enfermeiro e família do adolescente no espaço escolar. *Cienc Cuid Saúde*. 2007;6(1):110-9.
12. Monteiro AI, Macedo IP, Santos ADB, Araújo WM. A enfermagem e o fazer coletivo: Acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. *Rev Rene*, 2011;12(1):73-80.
13. Araújo MFM, Beserra EP, Chaves ES. O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(4):450-5.
14. Veiga GV, Costa RS, Araújo MC, Souza AM, Bezerra IN, Barbosa FS, et al. Inadequação do consumo de nutrientes entre adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(Supl):212S-21S.
15. Dumith SC, Menezes AMB, Bielemann RMB, Petresco S, Silva ICM, Linhares RS, et al. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Rev Nutr*. 2005;18(4):491-7.
16. Santos CC, Ressel LB. O adolescente no serviço de saúde. *Adolesc Saude (Online)*. 2013;10(1):53-5.
17. Hallal PC, Bertoldi AD, Gonçalves H, Victora CG. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1277-87.
18. Zaine I, Reis MHD, Padovani RC. Comportamento de bullying e conflito com a lei. *Estud Psicol (Campinas)*. 2010;27(3):375-82.
19. Carvalho AMC, Araújo TME. Fatores associados à cobertura vacinal em adolescentes. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(6):796-802.
20. Coutinho MPL, Estevam ID, Araújo LF, Araújo LS. Prática de

privação de liberdade em adolescentes: um enfoque psicossociológico. *Psicol Estud.* 2011;16(1):101-9.

21. Sehnem GD, Sanfelice C, Junges CF, Ressel LB. A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(2):245-50.

22. Almeida Filho AJ, Ferreira MA, Gomes MLB, Silva RC, Santos TCF. O adolescente e as drogas: conseqüências para a saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2007;11(4):605-10.

23. Zappe JG, Moura JF, Della'aglio DD, Sarriera JC. Expectativas quanto ao futuro de adolescentes em diferentes contextos. *Acta Colomb Psicol.* 2013;16(1):91-100.

24. Leininger M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: 1 Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, 1985, Florianópolis. Anais. Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-76.

Apoio Financeiro: Bolsa PIBIC-CNPq.

Endereço de correspondência:

Av. Brigadeiro Faria Lima, - 5416 - Vila São Pedro

CEP: 15090-000 - São José do Rio Preto - SP

E-mail: mariarita@famerp.br
