

RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA
ANA MARIA FONTENELLE CATRIB



**PROMOÇÃO DE SAÚDE
NA ADOLESCÊNCIA
E CONCEPÇÕES DE
CUIDADOS**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Reitor

José Jackson Coelho Sampaio

Vice-Reitor

Hidelbrando dos Santos Soares

Editora da UECE

Cleudene de Oliveira Aragão

Conselho Editorial

Antônio Luciano Pontes
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso
Francisco Horácio da Silva Frota
Francisco Josênio Camelo Parente
Gisafran Nazareno Mota Jucá
José Ferreira Nunes
Liduína Farias Almeida da Costa
Lucili Grangeiro Cortez
Luiz Cruz Lima
Manfredo Ramos
Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Marcony Silva Cunha
Maria do Socorro Ferreira Osterne
Maria Salete Bessa Jorge
Sílvia Maria Nóbrega-Therrien

Conselho Consultivo

Antônio Torres Montenegro (UFPE)
Eliane P. Zamith Brito (FGV)
Homero Santiago (USP)
Ieda Maria Alves (USP)
Manuel Domingos Neto (UFF)
Maria do Socorro Silva Aragão (UFC)
Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça (UNIFOR)
Pierre Salama (Universidade de Paris VIII)
Romeu Gomes (FIOCRUZ)
Túlio Batista Franco (UFF)

Raimunda Magalhães da Silva
Ana Maria Fontenelle Catrib

Promoção de Saúde na Adolescência e Concepções de Cuidados

1ª Edição
Fortaleza – CE
2014



Promoção de saúde na adolescência e concepções de cuidados

© 2014 *Copyright by* Raimunda Magalhães da Silva e Ana Maria Fontenelle Catrib

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893. FAX: (85) 3101-9893
Internet: www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Cleudene de Oliveira Aragão

Diagramação

Narcelio de Sousa Lopes

Capa

Narcelio de Sousa Lopes

Revisão de Texto

Candido Guerra Filho

Ficha Catalográfica

Thelma Marylanda Silva de Melo

C367p

Catrib, Ana Maria Fontenelle.

Promoção de Saúde na Adolescência e concessões de cuidados /
Raimunda Magalhães da Silva, Ana Maria Fontenelle Catrib. —
Fortaleza : EdUECE, 2014.

454 p. : il.

Inclui bibliografia no final de cada artigo.

ISBN: 978-85-7826-220-4

1. Promoção de Saúde. 2. Adolescência. I. Silva, Raimunda
Magalhães da. II. Título.

CDD: 796.81098131

Andréa Acioly Maia Firmo- Psicóloga. Discente do programa de mestrado acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Aline de Souza Pereira-Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva; Docente da Faculdade Nordeste – FANOR.

Aline Veras Moraes Brilhante- Médica. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Preceptora da residência médica do Hospital Geral de Fortaleza – HGF.

Álvaro Jorge Madeiro Leite – Médico pediatra. Doutor em Pediatria pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Coordenador do Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa da Infância César Victora da Universidade Federal do Ceará.

Ana Carine Arruda Rolim – Enfermeira. Doutoranda em saúde pública na UNICAMP.

Ana Karina Monte Cunha Marques – Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Cardiopneumologia.

Ana Maria Fontenelle Catrib– Pedagoga; Pós-Doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP); Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR e do Doutorado em Saúde Coletiva de Ampla Associação UECE/UFC/UNIFOR. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

Anna Paula Sousa da Silva - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora da Graduação em Enfermagem da Fanor.

Antônio Sérgio Luz e Silva- Odontólogo. Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Campinas e mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará.

Armando Luis Bandeira de Paula - Administrador de empresas pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenador de articulação comunitária na secretaria de desenvolvimento social no Eusébio. Presidente do Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS - GAPA.

Caroline Soares Nobre - Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Carlos Henrique Alencar- Biólogo, Doutor em Saúde Coletiva pela UFC, Professor Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da UFC.

Carlos Roberto Silveira Corrêa – Médico. Possui Residência Médica em Pediatria, Mestrado em Medicina e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

Christina Cesar Praça Brasil– Fonoaudióloga. Doutoranda em Saúde Coletiva UECE/UFC/UNIFOR. Professor Titular da Universidade de Fortaleza, Chefia de Gabinete da Universidade de Fortaleza e Membro de corpo editorial da Revista Brasileira em Promoção da Saúde (UNIFOR).

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro – Fisioterapeuta; Doutoranda em Saúde Coletiva UECE/UFC/UNIFOR. Professora da Graduação de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Cintia Maria Torres Rocha Silva – Fisioterapeuta. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará; Docente do Centro Universitário Christus.

Cristiana Ferreira da Silva – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO). Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa da Infância César Victora da Universidade Federal do Ceará.

Danielle Malta Lima - Pós-doutorado em Ciências Médicas, área de concentração Clínica Médica, pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Atualmente atua como professora e pesquisadora da Universidade de Fortaleza-UNIFOR e integra o quadro de professores do Programa de Pós-Graduação (Mestrado em Patologia-UFC) da Universidade Federal do Ceará.

Danielle Christine Moura dos Santos- Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva UECE/UFC/UNIFOR.

Danielle Teixeira Queiroz– Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UFC/UECE/UNIFOR (2013). Atualmente é servidora do Município de Fortaleza, lotada em uma Unidade de Saúde da Família e Professora Auxiliar II na Universidade de Fortaleza.

Deborah Pedrosa Moreira - Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Escolástica Rejane Ferreira Moura – Enfermeira. Doutora em Enfermagem, pela Universidade Federal do Ceará. Professora Associado I da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - Programas de Graduação e Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado).

Fabiane do Amaral Gubert - Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Doutora em Enfermagem.

Fabiola Araújo Oliveira– Médica, Ginecologista e Obstetra, Doutora em Ciências Médicas pela UFC, atua como médica no programa municipal de Aids da cidade de Colônia na Alemanha.

Fátima Luna Pinheiro Landim - Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Professora titular da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Flávio Lúcio Pontes Ibiapina- Médico. Diretor do CCS da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestre em Toco-Ginecologia. Docente do curso de medicina UNIFOR.

Francisca Edna Bezerra- Enfermeira Reguladora da Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Enfermeira da Secretaria de Saúde de Acauá - Unidade Básica de Saúde da Família.

Francisca Maria Oliveira Andrade– Médica. Doutoranda em Saúde Coletiva pela associação ampla UFC-UECE-UNIFOR.

Francisco Antonio da Cruz Mendonça – Enfermeiro; Mestre em Saúde Pública pela UECE. Professor da Graduação em Enfermagem da Fanor e do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Francisco Marto Leal Pinheiro Júnior - Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Christus.

Girliani Silva de Sousa- Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Gracyelle Alves Remigio Moreira- Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva (UFC/UECE/UNIFOR).

Herla Maria Furtado Jorge– Enfermeira. Doutoranda em Tocoginecologia na Universidade de Campinas – UNICAMP. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Ivandro Soares Monteiro - Doutor em Psicologia Clínica, atua como Psicoterapeuta, Consultor e Professor Auxiliar do Instituto Superior de Maia em Portugal.

Isabella Lima Barbosa–Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva (UECE/UFC/UNIFOR). Docente da Universidade de Fortaleza.

Jamille Soares Moreira Alves - Fisioterapeuta. Mestre em Ciências Fisiológicas (UECE- Universidade Estadual do Ceará). Especialista em Fisioterapia Hospitalar e em Saúde do Idoso. Docente da Faculdades Nordeste (FANOR) na Graduação e Pós-graduação.

Jeovane Ponte Fialho Andrade-Fisioterapeuta. cursando Pós-Graduação Lato Sensu em Fisioterapia em Terapia Intensiva, Formação em Perícia e Assistência Técnica Judicial para Fisioterapeutas.

Jorg Heukelbach –Médico, Doutor em Farmacologia pela Universidade de Aachen (Alemanha) e Pós-Doutorados pela Universidade de James Cook (Austrália) e pela Universidade de Düsseldorf (Alemanha). Professor Adjunto da Universidade Federal do Ceará.

Juliana da Fonseca Bezerra - Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Enfermagem do Trabalho.

Karyne Barreto Gonçalves Marques - Cirurgiã-dentista. Especialista em saúde coletiva e em odontopediatria – UECE. Atualmente trabalha na estratégia saúde da família do município de aquiraz

Keylla Márcia Menezes de Souza – Enfermeira; Doutoranda em Saúde Coletiva (UFC/UECE/UNIFOR).

Keyla Rejane Frutuoso de Moraes - Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente do curso de Fisioterapia da Fanor/Devry.

Kerma Márcia de Freitas – Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Saúde da Mulher, Saúde da Família e Metodologia em Docência do Ensino Superior. Atualmente é enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Icó/CE e Coordenadora Adjunta do Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado.

Laurineide de Fátima Diniz Cavalcante – Enfermeira; Mestranda em Saúde Coletiva na UNIFOR. Professora da Graduação em Enfermagem da Fanor.

Lídia Andrade Lourinho –Fonoaudióloga. Doutoranda em Saúde Coletiva (UFC/UECE/UNIFOR).

Lívia de Andrade Marques- Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela UFC. Realizando especialização Saúde Coletiva na UNIFOR.

Lorena Campos de Souza - Graduanda em Enfermagem pela Faculdades Nordeste – FANOR.

Lorena Dias Monteiro – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva (UFC/UECE/UNIFOR).

Luciana de Carvalho Pádua Cardoso - Fisioterapeuta. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Docente do Mestrado e Doutorado da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

Marcela Christina Diógenes Bastos Nogueira Pereira - Estudante do curso de Enfermagem Universidade de Fortaleza. Bolsista CNPq.

Márcia Maria Tavares Machado – Enfermeira. Pós-Doutorado na Harvard School of Public Health (2011). Pró-reitora de Extensão Universitária da UFC.

Maria Alix Leite Araújo – Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Professora titular da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Maria Vieira de Lima Saintrain – Odontóloga. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente da Universidade de Fortaleza.

Maria Salete Bessa Jorge – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente das disciplinas métodos de estudo e de pesquisa em medicina e de Enfermagem Psiquiátrica (Enfermagem). Docente e pesquisadora junto aos programas de Saúde Coletiva e de Enfermagem da UECE. Consultora de projetos de CNPq em outras universidades nacionais (PBIC, CAPES).

Maria Yolanda Makuch – Psicóloga. Doutora em Saúde Mental - UNICAMP. Docente do Curso de Pós Graduação em Tocoginecologia e pesquisadora do Centro de Pesquisas Materno Infantil - UNICAMP.

Maxmiria Holanda Batista - Psicologia pela Universidade de Fortaleza (2005) e Mestrado Saúde Coletiva.

Milena Silva Costa – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- Unifor. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cajazeiras.

Milena Lima de Paula – Psicóloga. Mestranda do programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

Mirna Albuquerque Frota - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade de Fortaleza.

Mirian Caliope Dantas – Enfermeira. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente é professor titular da Universidade de Fortaleza.

Monalisa Abrante Mariano Costa - Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- Unifor.

Nancy Costa de Oliveira – Enfermeira. Doutora em Enfermagem na Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará – UFC.

Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida – Médica pediatra. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo; Docente da Escola de Saúde Pública do Ceará; Pesquisadora do Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa da Infância César Victora da Universidade Federal do Ceará.

Natália Bitar da Cunha Olegário- Fisioterapeuta. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Neiva Francenely Cunha Vieira - Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Pesquisadora do CNPq, PhD em Educação em Saúde.

Nelson Filice de Barros – Cientista Social. Doutor em Saúde Coletiva. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Orlando Victor Bezerra Lopes – Enfermeiro. Graduado pela Universidade de Fortaleza.

Patrícia Moreira Costa Collares – Fisioterapeuta. Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Patrícia Sampaio Passos – Psicóloga. Mestre em psicologia, Doutoranda em Saúde Coletiva (UFC/UECE/UNIFOR), coordenadora do curso de psicologia e docente da UNIFOR.

Paulo Leonardo Ponte Marques – Cirurgião Dentista. Mestrando em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Poliana Hilário Magalhães – Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/FUNCAP.

Raimunda Hermelinda Maia Macena – Enfermeira. Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará. Atualmente é Professora Adjunta II do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará.

Raimunda Magalhães da Silva– Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva – UNICAMP; Docente do Curso de Enfermagem, do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR e do Doutorado em Saúde Coletiva de Ampla Associação UECE/UFC/UNIFOR. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

Regina Yoshie Matsue – Antropóloga. Mestre em antropologia pela Universidade de Brasília e mestrado em Estudos Asiáticos pela Universidade de Tsukuba/Japão (2002). Doutorado em Relações Internacionais pela Universidade de Tsukuba/Japão (2006). Pós-doutorado em Estudos Japoneses pela Universidade Nacional de Cingapura/Cingapura. Atualmente é professor adjunto do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Rita de Cassia Andrade Neiva Santos– Médica. Doutoranda em Saúde Coletiva (UFC/UECE/UNIFOR). Docente da Universidade de Fortaleza. Especialista em pediatria, professora assistente da Universidade Estadual do Ceará no curso de graduação em Medicina. Coordenadora da disciplina de pediatria I e II e do internato em pediatria.

Rosendo Freitas Amorim - Licenciado em Filosofia e História. Doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Lógica Dialética pela Universidade Estadual do Ceará.

Samira Cavalcante Gomes – Fisioterapeuta. Atualmente é professora de massoterapia - Projeta Cursos Profissionalizantes. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com ênfase em Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Samira Valentim Gama Lira – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva (UFC/UECE/UNIFOR). Docente da Universidade de Fortaleza.

Virginia Costa Lima Verde Leal - Psicóloga; Mestre em educação em saúde. Doutoranda em Saúde Coletiva (UFC/UECE/UNIFOR).

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos - Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Professora titular da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às instituições que expressivamente contribuíram com a elaboração desse livro:

- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq
- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES
- Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico-FUNC,
- Fundação Edson Queiroz-Universidade de Fortaleza-UNIFOR
- Universidade Estadual de Campinas-Unicamp, com quem compartilhamos um PROCAD frutífero em produções, relacionamentos e parcerias
- Manifestamos nossa gratidão também às pessoas que, de forma individual ou coletiva, compartilharam a realização dessa produção, fecundando pesquisas e reflexões da saúde coletiva

SUMÁRIO

PROMOÇÃO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE E CONCEPÇÕES DO CUIDADO

Neiva Francenely Cunha Vieira, Fabiane do Amaral Gubert 18

RESGATE DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA BRASILEIRA SOBRE O ACESSO DO ADOLESCENTE AO SERVIÇO DE SAÚDE 35

Ana Carine Arruda Rolim, Caroline Soares Nobre, Regina Yoshie Matsue,
Danielle Malta Lima, Mirna Albuquerque Frota

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE ADOLESCENTES RELACIONADOS ÀS DSTS E À AIDS NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA AGENTE DE SAÚDE ADOLESCENTE..... 60

Francisca Maria Oliveira Andrade, Raimunda Hermelinda Maia Macena,
Francisco Marto Leal Pinheiro Júnior, Márcia Maria Tavares Machado,
Armando Luis Bandeira de Paula

O BICHO QUE RÓI: AVALIAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTOS NAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE..... 83

Paulo Leonardo Ponte Marques, Antônio Sérgio Luz e Silva, Maria Vieira
de Lima Saintrain, Karyne Barreto Gonçalves Marques, Mirna Albuquerque
Frota, Carlos Roberto Silveira Corrêa

PREPARAÇÃO PARA O PARTO DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS105

Herla Maria Furtado Jorge, Maria Yolanda Makuch, Nelson Filice de Barros,
Juliana da Fonseca Bezerra, Raimunda Magalhães da Silva

FLUXO EXPIRATÓRIO COMO MANOBRA DE HIGIENE BRÔNQUICA NO TRATAMENTO DE PNEUMONIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....124

Luciana de Carvalho Pádua Cardoso, Maria Vieira de Lima Saintrain, Carlos Roberto Silveira Corrêa

PERCEPÇÃO DOS GESTORES DO SETOR SAÚDE SOBRE AÇÕES INTERSETORIAIS DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....143

Aline de Souza Pereira, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Ana Maria Fontenelle Catrib, Samira Valentim Gama Lira, Deborah Pedrosa Moreira, Nelson Filice de Barros

PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES SOBRE A VIOLÊNCIA NOS ESPAÇOS SOCIAIS E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO165

Gracyelle Alves Remigio Moreira, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Livia de Andrade Marques, Marcela Christina Diógenes Bastos Nogueira Pereira, Poliana Hilário Magalhães

SABERES E PRÁTICAS SOBRE SEXUALIDADE DE ADOLESCENTES EM UM MUNICÍPIO DO CEARÁ.....188

Milena Silva Costa, Girliani Silva de Sousa, Francisca Edna Bezerra, Rita de Cássia Andrade Neiva Santos, Flávio Lúcio Ibiapina, Raimunda Magalhães da Silva

VULNERABILIDADE E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES DE BAIXA RENDA NO MUNICÍPIO BRASILEIRO DE FORTALEZA, CEARÁ ... 208

Danielle Teixeira Queiroz, Jorg Heukelbach, Ivandro Soares Monteiro, Fabíola Araújo Oliveira, Carlos Henrique Alencar, Lorena Dias Monteiro

CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO DOS ADOLESCENTES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL256

Maria Salette Bessa Jorge, Danielle Christine Moura dos Santos, Andréa Acioly Maia Firmo, Milena Lima de Paula

ADOLESCÊNCIA, EDUCAÇÃO SEXUAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA PÚBLICA288

Aline Veras Moraes Brilhante, Ana Maria Fontenelle Catrib, Patrícia Sampaio Passos, Maxmiria Holanda Batista, Rosendo de Freitas Amorim, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

FATORES ASSOCIADOS À IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM MUNICÍPIOS DO NORDESTE BRASILEIRO313

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Isabella Lima Barbosa, Gracyelle Alves Remigio Moreira, Christina Cesar Praça Brasil, Patrícia Moreira Colares, Fátima Luna Pinheiro Landim

AMBIENTES UNIVERSITÁRIOS SAUDÁVEIS E PROMOTORES DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA333

Ana Maria Fontenelle Catrib, Nelson Filice de Barros, Maxmiria Holanda Batista, Virgínia Costa Lima Verde Leal, Natália Bitar da Cunha Olegário, Lídia Andrade Lourinho

ADOLESCÊNCIA, TABAGISMO E AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO359

Isabella Lima Barbosa, Francisco Antonio da Cruz Mendonça, Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, Keylla Márcia Menezes de Souza, Laurineide de Fátima Diniz Cavalcante, Anna Paula Sousa da Silva

COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA E A RELAÇÃO COMO USO DOS CONTRACEPTIVOS.....379

Kelma Márcia de Freitas, Mirian Calíope Dantas, Orlando Victor Bezerra Lopes, Flávio Lúcio Ibiapina, Rita de Cássia Andrade Neiva Santos, Raimunda Magalhães da Silva

PROGRAMA DE INCLUSÃO NO TRIATHLON DE ADOLESCENTES EM VULNERABILIDADE SOCIAL ..396

Ana Karina Monte Cunha, Marques Patrícia Moreira Costa Collares, Samira Cavalcante Gomes, Jamille Soares Moreira Alves, Jeovane Ponte Fialho Andrade, Keyla Rejane Frutuoso de Morais, Fátima Luna Pinheiro Landim

LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM ADOLESCENTES E FATORES ASSOCIADOS.....415

Monalisa Abrante Mariano Costa, Raimunda Magalhães da Silva, Nancy Costa de Oliveira, Escolástica Rejane Ferreira Moura, Lorena Campos de Souza, Maria Alix Leite Araújo

EGRESSOS DE UMA COORTE PROSPECTIVA DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: O RETRATO DE FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES.....438

Keylla Márcia Menezes de Souza; Álvaro Jorge Madeiro Leite; Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida; Cintia Maria Torres Rocha Silva; Cristiana Ferreira da Silva

PROMOÇÃO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE E CONCEPÇÕES DO CUIDADO

Neiva Francenely Cunha Vieira

Fabiane do Amaral Gubert

INTRODUÇÃO

A adolescência representa um período de transição, marcado pelo início da puberdade, e com ela as mudanças se manifestam, e novos desejos de explorar e engajar-se em experiências como parte do processo de passagem para a vida adulta. As manifestações físicas tornam-se mais evidentes, como crescimento das mamas, pelos pubianos, mudança de voz (nos meninos) e silhueta do corpo, a princípio deslegante, em função do crescimento repentino. Junto a essas alterações, surge o desejo de explorar o próprio corpo e o corpo de outro. Ao mesmo tempo, o adolescente passa por transformações psíquicas, caracterizadas pelas mudanças de humor, incertezas, indefinições, insegurança, busca de autoconhecimento, autonomia e identidade.

Em definição, na perspectiva cronológica, os adolescentes constituem a população entre 10 e 19 anos de idade (WHO, 2011a) e para o Estatuto da Criança e Adolescente, a faixa etária entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2010).

Essas transformações sobrem influência dos fatores ambientais, culturais, sociais e econômicos, os quais dependem das oportunidades do adolescente no contexto em que vive: escola,

saúde, lazer, cultura, moradia, emprego. Nessa fase, o papel da família, em especial dos pais, é fundamental para que os adolescentes sintam apoio, laços de afeto, segurança e confiança. As relações sociais se ampliam, construindo novos esquemas de interpretação do mundo, daí a tendência grupal entre pares. Para o profissional de saúde, proporcionar uma passagem bem sucedida nesta etapa de vida, considerando todas essas peculiaridades é essencial (PACHECO, 2008).

A cultura torna-se responsável pelo modo como o adolescente vê o mundo e se responde a ele. É o aprendizado das normas sociais e culturais que imprime características na personalidade do adolescente de distintas subculturas de grupos: família, escola e pares (SOARES, 2009; UNICEF 2011; CEDARO *et al.*, 2012).

Quando se trata de adolescência, não podemos deixar de citar a influência da sociedade contemporânea, visto que hoje a identidade do adolescente é construída numa cultura caracterizada pela existência de uma indústria da informação, de bens culturais, de lazer e de consumo, em que a ênfase está no presente, na velocidade, no cotidiano e na busca do prazer imediato. Somando-se a isso as tecnologias da comunicação, dentre elas a TV e a internet, que possibilitam o acesso às informações, ocorrendo, na maioria das vezes, sem o controle dos pais. Os meios de comunicação surgem para facilitar a transmissão do conhecimento e da cultura, no entanto, as crianças e adolescentes, desde cedo, entram em contato com mensagens sobre sexo, violência, uso e abuso de álcool e outras drogas por meio de propagandas, programas e telenovelas.

Outro aspecto a considerar refere-se às questões de gênero. A forma como os adolescentes enfrentam o processo de mudança, na forma como lidam com o corpo e na perspectiva

de envolvimento afetivo são diferentes. Os constantes apelos da mídia e a erotização do corpo são estímulos que podem direcionar a decisões precipitadas e nem sempre seguras, tanto para as meninas como para os meninos.

A adolescência é uma fase distinta para cada adolescente brasileiro, pois as condições biopsicossociais não são as mesmas para todos. Assim existe uma multiplicidade de formas de viver essa fase da vida: ser adolescente em área rural é diferente do ser adolescente em área urbana. Dentro de um mesmo contexto, a adolescência recebe influência de seus grupos, pois todo esse cenário depende do espaço onde reside, como vive, das relações que são estabelecidas com seus familiares, comunidade e mundo (UNICEF, 2011).

No mundo, tem-se em torno de um bilhão e trezentos milhões de adolescentes (ONU, 2008). Da população brasileira, 11% encontram-se na faixa etária de 10 a 19 anos. Vinte e um milhões de adolescentes estão entre 12 e 17 anos, cujo total, 31% vivem na Região Nordeste do Brasil (UNICEF 2011). No Ceará, existem atualmente em torno de 1,7 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos, correspondendo a 16% da população do estado (IBGE, 2010). Esse número de adolescentes é o maior da história do Brasil, chega-se a esse contingente pelos ganhos sociais das políticas públicas investidas na primeira infância.

Ainda segundo relatório da UNICEF (2011), urge cuidados nossos adolescentes, para não se submeterem às situações de risco, pois os que chegam à adolescência podem morrer por diversas causas, como homicídio, acidente, suicídio e por complicações decorrentes da infecção pelo HIV. Somam-se as condições sociais que expõem o adolescente a situações que

podem trazer danos a sua integridade física, psíquica e social, às vezes, irreversíveis, como pobreza, desemprego na família, pouca ou nenhuma escolaridade.

Portanto, as condições não são iguais para todos os adolescentes, pois há adolescentes vítimas que estão expostos a situações de maior risco, como, por exemplo, os envolvidos com exploração sexual; violência; profissionais do sexo e de outras formas de trabalho perigoso, penoso, insalubre e noturno; egressos de atividades laborais de risco; moradores de rua e de acampamentos rurais; institucionalizados; que estejam cumprindo medidas socioeducativas; que apresentam alguma deficiência e infectados com HIV.

Assim posto, o adolescente “não é”, mas “está vulnerável aos riscos”. A compreensão de vulnerabilidade do adolescente refere-se ao contexto em que vive frente à exposição às situações de risco. Dessa forma, o conceito de vulnerabilidade deve ser levado em conta quanto às decisões de ações de promoção e educação em saúde do adolescente (BRETAS, 2010). Além disso, é preciso compreender que para promover o cuidado ao adolescente é preciso compreender estar vulnerável não é sinônimo de ser incapaz, e sim oferecer condições para que o adolescente adote comportamentos saudáveis a fim de superar fatores de risco que afetem seu bem-estar e que estão associados ao grau e a qualidade dos determinantes sociais as quais estão submetidos.

Investir em políticas públicas para o adolescente é cuidar da próxima geração de adultos. Segundo a World Health Organization (WHO), dois terços das mortes prematuras e um terço do total de complicações de doenças nos adultos são associados às condições e comportamentos que adquiriram

quando jovens: fumo, sedentarismo, sexo desprotegido ou exposição à violência (WHO, 2009).

Nesse cenário, os temas norteadores dos programas e políticas de promoção da saúde do adolescente na atualidade envolvem a sexualidade, HIV/Aids, DST, gravidez, diversidade sexual, relação de gênero, álcool e outras drogas, promoção da saúde sexual e reprodutiva, participação do adolescente, educação permanente, capacitação e atenção à saúde.

Dentre as políticas públicas de promoção da saúde do adolescente no Brasil nas últimas décadas, destacam-se os seguintes programas e projetos: Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM de 21/12/1989, implantado em 1992; Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), proposta do Ministério da Educação, lançada em 1997 (BRASIL, 1997); Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), criado em 2003 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2009); Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 e lançado em setembro de 2008 (BRASIL, 2009); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2006); Portaria Ministerial Nº 1353, que desde junho de 2011 (BRASIL, 2011).

Nos programas/projetos tem-se a escola como cenário privilegiado de acolhimento cotidiano e continuado de adolescentes e jovens que, juntamente com as demais instâncias sociais, podem desenvolver estratégias articuladas de redução da vulnerabilidade de adolescentes e jovens (BRASIL, 2006).

A educação em saúde está presente em todas as políticas públicas de saúde do adolescente. Parte da concepção crítica e transformadora da realidade, e tem a pessoa como agente

promotor da saúde, reunindo saberes e práticas formais e não formais, na busca de atendimento das necessidades biológicas, psicossociais e espirituais na perspectiva pessoal e coletiva (BARROSO, VIEIRA, VARELA, 2003; JOMAR *et al.* 2011; MARTINS *et al.* 2009).

No entanto, o cuidado/educação em saúde não é ação meramente instintiva ou sentimental do profissional de saúde. Ele requer processo educativo que, de forma simples, envolve as seguintes etapas: identificação e análise das necessidades de aprendizagem dos adolescentes; planejamento; ato de ensinar (educar, formar, explicar, instruir, indicar); avaliação dos resultados e envolve bases teóricas e conceituais que privilegiam o diálogo, participação e empoderamento (BASTABLE, 2010).

A importância da educação em saúde no cuidado do adolescente responde a urgência de imprimir uma cultura de cuidado e comportamento saudável diante das experiências que enfrentam, as quais podem trazer danos à saúde, devido à falta de conhecimentos sobre medidas preventivas, dificuldade e/ou limitado acesso aos serviços de saúde, influências dos pares, entre outros.

As mudanças na sociedade contemporânea, nas relações das famílias, da escola e trabalho, têm trazido repercussões importantes na formação dos jovens. A vulnerabilidade e os riscos físicos, emocionais e sociais a que se expõem revelam questões como a prática sexual não segura com exposição à infecção por DST/AIDS, ao uso indevido de drogas, à exposição à violência urbana, à gravidez na adolescência, entre outros, que fogem do controle no âmbito individual (KOERICH *et al.*, 2010).

Ainda observa-se, entre os adolescentes, falta de diálogo sobre temas relacionados à sexualidade com os pais, o que

evidencia precárias iniciativas de formação em gênero e saúde sexual e reprodutiva nas escolas e família. Esta lacuna acaba sendo compensada por meio de revistas, televisão e troca de informações com amigos, as quais muitas vezes não fornecem conhecimento adequado e de qualidade (ALVES; BRANDÃO, 2009).

Segundo a World Health Organization, em 2004, ocorreram no mundo dois milhões e quatrocentos mil óbitos de adolescentes que, na maioria, poderiam ter sido evitados, com 15% relacionados às condições maternas e 11% de a mortes por HIV e tuberculose (WHO, 2011a). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 50% de novas infecções pelo HIV se dão na adolescência. Em todo o mundo há mais de 40 milhões de pessoas vivendo com Aids, de cujo total, aproximadamente, 30% na faixa etária de 15 a 24 anos (OMS, 2007).

Números recentes da epidemia mostram que o HIV/Aids tem dinâmica diferente nos adolescentes e jovens. Na faixa etária de 13 a 19 anos, a maior parte de registros da doença está entre adolescentes mulheres, para oito casos em meninos, 10 em meninas – numa inversão em 1998, que se mantém até hoje (UNICEF, 2011).

A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira revela que 64,8% de meninas, entre 15 e 24 anos são sexualmente ativas, e apenas 33,6% usam preservativos em todas as relações sexuais (que representam maior risco de infecção). Em 69,7% de meninos sexualmente ativos, 57,4% afirmaram ter usado em todas as relações com parceiros ou parceiras casuais (BRASIL, 2008). Em outro estudo com adolescentes, evidenciou-se que um de três estudantes adolescentes apresenta padrão sexual de risco, podendo ser acometi-

do de DST/HIV ou gravidez não planejada (CAMP-ARIAS, CEBALLO HERAZO; 2010).

Os adolescentes, na fase de mudanças, procuram construir a identidade sexual integrando sentimentos, necessidades e desejos. Os encontros afetivos/eróticos devem ser acompanhados de conhecimentos sobre as consequências de suas escolhas. Para cuidar do adolescente é preciso considerar que existe associação significativa entre práticas sexuais desprotegidas, depressão e o uso de álcool, aumento do número de parceiros sexuais, incidência de parceiros simultâneos, ocorrências mais comuns entre mulheres, baixa autoestima (LUNDERBERG *et al.*, 2011).

Ao analisarmos os dados em relação à gravidez na adolescência, as desigualdades regionais evidenciam-se ainda mais, pois, o Norte e o Nordeste, por exemplo, têm os maiores percentuais de mães adolescentes de 12 a 17 anos (UNICEF, 2011). Assim, é importante ressaltar que o descenso da taxa de fecundidade geral em adolescentes, de 15 a 19 anos de idade, modifica-se frente às diversidades econômica e social brasileiras que se refletem na saúde sexual e na saúde reprodutiva de adolescentes, levando a escolhas que podem ser influenciadas por fatores relacionados à exclusão e pela falta de perspectiva de vida exequíveis (BRASIL, 2010).

Outro cuidado em relação aos adolescentes diz respeito ao uso de drogas lícitas e ilícitas. Dados da United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC (2011) revelam que a população entre 15 e 64 anos, que corresponde entre 149 e 272 milhões de pessoas, já foi usuária de substâncias ilícitas pelo menos uma vez. Estima-se que cerca de metade desse número continuam usando drogas.

Segundo Machado *et al.* (2010), o número de dependentes químicos, no Brasil, cresce cerca de 10% ao ano, sendo a idade de iniciação ao uso de drogas é cada vez mais precoce. Portanto, a adolescência é uma fase da vida em que o indivíduo encontra-se vulnerável ao uso de drogas. É importante ressaltar que usuários de drogas, mesmo que esse uso seja eventual, têm maior propensão a se envolver em episódios de violência, como brigas e acidentes de trânsito, a fazer sexo de forma desprotegida e a se expor, por conseguinte, a doenças como hepatite e AIDS, a acidentes no trabalho e até mesmo abuso sexual (UNICEF, 2011).

A atenção à saúde do adolescente e do jovem ainda é um importante desafio para a organização dos serviços de saúde e para a sociedade. Os serviços de saúde ainda não conseguem a captação precoce dos adolescentes; poucos procuram o serviço de saúde para receberem orientações sobre saúde, em especial, sobre planejamento familiar, mesmo aqueles que já fizeram uso prévio de contraceptivos (CARVALHO *et al.*, 2009).

Já foi constatado que alguns fatores que prejudicam a acessibilidade dos adolescentes aos serviços de saúde, tais como: dificuldade para agendar consultas, falta de privacidade e confiabilidade, ausência de material e insumos, carência de flexibilidade para atender em horários extras aos agendados (GURGEL *et al.*, 2010).

A busca majoritária de adolescentes pelos serviços de atenção básica de saúde ocorre em situações de agravos de saúde ou em situações específicas, como a gestação, doenças sexualmente transmissíveis ou necessidade de imunoprevenção, sendo a oferta de acordo com a demanda, enquanto as ações de promoção de saúde ficavam timidamente representadas, pois

não integravam a rotina do serviço (QUEIROZ *et al.*, 2011). Assim, os serviços de saúde devem ainda considerar o estabelecimento de um elo de confiança e confidencialidade.

Na educação em saúde, o enfermeiro deve utilizar sistematicamente conhecimentos, habilidades de ensino, metodologias participativas, privilegiando o diálogo, saberes formal e informal, atuando como facilitador, capacitador nos diversos espaços sociais para melhoria de condições de saúde das pessoas e grupos (FETTERMAN; WANDERSMAN, 2005; MACHADO; VIEIRA; SILVA, 2010).

Como qualquer atividade de cuidado, a educação em saúde deve ser planejada. Assim, educação em saúde é processo, o que significa ter-se clareza aonde se quer chegar, no caso é que os adolescentes associem experiências afetiva/sexuais com comportamento saudável.

Para promover o cuidado, devemos identificar e analisar as necessidades de aprendizagem do adolescente: quais estratégias melhor atendem aos objetivos do processo educativo, aos critérios de exequibilidade, custo-benefício, evidência científica e o contexto cultural. Destaca-se entre as estratégias que produziram boas evidências: oficinas, jogo virtual, tecnologia de mídia educativa combinados com aconselhamento individual, visita domiciliar e discussão em grupo, círculo de cultura e dinâmicas de grupo no qual proporcionaram os adolescentes problematizar e refletir sobre qualidade de vida e saúde (CAMARGO; FERRARI, 2009; MEDEIROS, 2006; BARNET *et al.*, 2009; BEZERRA; PINHEIRO; BARROSO, 2008).

Para Luna *et al.* (2012), a prática em grupo, o uso de metodologias participativas e o ambiente de aprendizagem prazeroso e alegre favorecem troca de informações e experiências,

despertam o interesse do adolescente, associando a discussão ao contexto, promovem diálogos abertos e reflexivos. O papel do profissional nesse processo é de facilitador e promotor de acolhimento para aprendizagem.

O exemplo do uso combinado de estratégias educativas como potencializador para o processo de mudança é destacado no documento do Centro de Controle da Doença e Prevenção (CDC), nos Estados Unidos, chamado de *High-Impact HIV Prevention* (Programa de Prevenção de Alto Impacto) que apresenta uma abordagem compreensiva para a redução de infecção do HIV, em populações de risco, incluindo adolescentes e jovens. As etapas do programa de cuidado compreendem: uso de múltiplas intervenções, de métodos cientificamente comprovados, custo-benefício e de intervenção de escala ascendente dependendo da população-alvo, interações entre as estratégias escolhidas, monitoramento e avaliação. As intervenções vão desde atividades de grupo, aconselhamento individual, teste HIV, exame de DST, distribuição de preservativos, seringas e agulha esterilizada (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011).

Nas ações de educação em saúde com adolescentes, é preciso sempre focar o respeito às distintas orientações sexuais, para que se evitem fobias, preconceitos e discriminações. Não pode se perder de vista: sexo é bom, mas tem que ser com proteção, em qualquer forma de relacionamento.

Ressalta-se que a promoção da saúde do adolescente deve contar com estratégias de cuidado envolvendo o adolescente, família, serviços de saúde e comunidade. Dessa forma, poderá atender as peculiaridades do mesmo, considerando o contexto situacional e o atendimento integral, a fim de garantir

seus direitos de cidadania. Esse deve ser o compromisso do profissional que se dispõe a trabalhar com o adolescente na perspectiva do Sistema Único de Saúde.

Assim, a compreensão de adolescência é vista como fase de mudança do ciclo vital, com desenvolvimento pleno de suas potencialidades pessoais e psicossociais, de vivência de experiências que contribuam na transição do adulto saudável. É preciso cuidar para que seja uma etapa feliz, plena de oportunidades e experiências positivas para crescimento pessoal e de formação de cidadãos de direitos e deveres. Nesse sentido, recomendamos um conceito positivo de saúde, pois compreende o indivíduo e grupo em dois enfoques: realização plena do seu potencial nas dimensões física, social, psicológica, econômica e espiritual, e a realização de suas expectativas, na família, na comunidade, no trabalho e em outros contextos (SMITH; TAND; NUTBEAM, 2006).

Esse conceito se alinha ao conceito de promoção da saúde, área de conhecimento e prática interdisciplinar, de desenvolvimento contínuo oriundo de várias disciplinas e informado por novas evidências sobre necessidades de saúde da população e seus determinantes. Promoção de saúde do adolescente, sob essa perspectiva, envolve ações integradas: atenção à saúde, prevenção e reabilitação em sistemas organizados de saúde, mas não estão limitadas a estes. De fato, transcende à escola, domicílio, organizações religiosas, associações, clube esportivo e outras formas de movimentos sociais da comunidade.

Ressalta-se que os conceitos estão em consonância com o que estabelece o Estatuto da Criança e Adolescente, Art.4º, ao afirmar que

[...] cada adolescente tem direito à saúde, à educação, ao esporte, ao lazer e à cultura, à formação para o trabalho, à convivência familiar e comunitária, à proteção especial. Tem direito de viver essa etapa da vida de forma plena, e de ter oportunidades para canalizar positivamente sua energia, sua capacidade crítica e seu desejo de transformar a realidade em que vive. (BRASIL, 2010).

REFERÊNCIAS

ALVES C.A.; BRANDÃO E.R. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 14 (2): 661-70, 2009

BARNET, B.; LIU, J.; DEVOE, M.; DUGGAN, A. K.; GOLD, M. A.; PECUKONIS, E. Motivational Intervention to Reduce Rapid Subsequent Births to Adolescent Mothers: A Community-Based Randomized Trial. **Annals of family medicine**. vol. 7, no. 5. september/October, 2009.

BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, M.Z.V. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. In: BARROSO, M.G.T; VIEIRA, N.F.C; VARELA, M.Z.V. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha. 2003, p.15-19.

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador**: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BESERRA, E. P.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, M. G. T. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Escola Anna Nery** vol.12 no.3 Rio de Janeiro. 2008.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: apresentação dos temas transversais, ética. Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília: MEC/SEF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Dados e pesquisas em DST e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Políticas para as mulheres. Departamento de DST e Aids e da Área Técnica de Saúde da Mulher. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. SWZARCWALD, C. L.; BARBOSA JÚNIOR; P. R. B., PASCON. **Pesquisa de Conhecimento, Atitude e Prática na População Brasileira de 15 a 54 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Presidência da República. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 7. ed. Brasília (DF): Edições Câmara, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1353 de 13 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**. Ano VIII. Nº 1. 27^a a 52^a semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2010. Ano VIII. Nº 1. Janeiro a junho de 2011. 01^a a 26^a semanas epidemiológicas. Ministério da Saúde: Brasília, 2012.

CAMARGO, E. Á. I.; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência Saúde Coletiva** vol.14 no.3, Rio de Janeiro, Maio/Junho 2009

CAMPO-ARIAS, A.; CEBALLO, G. A.; HERAZO, E. Prevalence of Pattern of Risky Behaviors for Reproductive and Sexual Health Among Middle- and High-School Students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.18 no.2 Ribeirão Preto Mar./Abr. 2010.

Carvalho AYC, Ximenes LB, Fontenele FC, Dodt RCM. Perfil socio-demográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas acompanhadas na unidade básica de saúde do município de Canindé. **Rev. Rene.** Fortaleza, v.10, n. 1, p. 53-61, jan. /mar.2009.

CEDARO, J.J.; BOAS, L.M.S.V.; MARTINS, R.M.. Adolescência e Sexualidade: um estudo exploratório em uma escola de Porto Velho-Ro. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 2012, 32(2), 320-389.

CENTER for DISEASE CONTROL and PREVENTION. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. **High-Impact HIV Prevention**. Division of HIV/AIDS Prevention. Atlanta, GA. www.cdc.gov/hiv., august, 2011.

FETTERMAN, D. M; WANDERSMAN, A. **Empowerment Evaluation: principles in practice**. New York: The Guilford Press, 2005.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília, DF: UNICEF, 182p, 2011.

Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Araújo MAL, Rêgo RMV. Ambiente favorável à saúde: concepções e práticas da enfermeira na prevenção da gravidez na adolescência. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 82-91

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Características da população – Amostra**. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ce&tema=censodemog2010_amostra. Acesso em: 23 de julho de 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais - **Uma análise das condi-**

ções de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010/SIS_2010.pdf. Acesso em: 20/12/2011.

LUNA, I.T.; SILVA, K.L.; DIAS, F.L.A.; FREITAS, M.M.C.; VIEIRA, N.F.C.; PINHEIRO, P.N.C. Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis as DST/AIDS. **Ciencia y Enfermeria**, XVIII(1):43-55,2012

LUNDBERG, P.; RUKUNDO, G.; ASHABA, S.; THORSON, A.; ALLEBECK, P.; ÖSTERGREN, P.; CANTOR-GRAAE, E. Poor mental health and sexual risk behaviors in Uganda: A cross-sectional population-based study. **BMC Public Health**. 2011; 11: 125.

KOERICH MS, BAGGIO MA, BACKES MTS, BACKES DS, CARVALHO JN, MEIRELLES BHS, ERDMANN AL. Sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e contracepção: atuação da enfermagem com jovens de periferia. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):265-71.

MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA, N.F.C.; SILVA, R.M. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa de Saúde de Família por meio da participação habilitadora. **Ciência e Saúde Coletiva**,v.15(4),2133-2143,2010.

MARTINS, M. C.; XIMENES, L. B.; CASIMIRO, C. F.; SILVEIRA, V. G.; FROTA, M. A. Estratégia educativa com enfoque nos hábitos alimentares de crianças: alimentos regionais. **Cogitar Enferma** 2009 Jul/Set; 14(3):463-9

MEDEIROS, M. D. **Jogos de simulação de vida e subjetividade: a experiência de poder/controle entre jovens jogadores de The Sim.** [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Ceará. Departamento de Psicologia. 2006.

ORGANIZAÇÃO Das NAÇÕES UNIDAS, Departamento de Assuntos Sociais e Econômicos, Divisão de População. **World Population Prospects: The 2008 revision.** Disponível em: www.esa.un.org/unpd/wpp2008/index.htm. Acesso: 23 de julho de 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório de 2007**. Um futuro mais seguro: saúde pública global no século XXI [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde Geneva; 2007 [citado 1 jun 2010]. 72 p. Disponível em: <http://www.portal-dasaude.pt>

PACHECO, M.E.M.S. **Caracterização do Adolescente**. In: VITALE, M.S.S.; MEDEIROS, É.H.; GUIDOLIN, R. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP- EPM. Adolescência – uma abordagem ambulatorial. Barueri, Manole (FAP-Unifesp), pp9-16. 2008.

SMITH, B.J; TANG, K.C.; NUTBEAM, D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. **Health Promotion International**, Vol. 21 No. 4, pp340-345,2006.

SOARES, C.B. **Mais que uma etapa do ciclo vital**: a adolescência como um construto social. In: BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Série Enfermagem. ABEn-SP. Barueri, Manole, pp.3-19,2009.

UNODC (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME). World Drug Report 2011 (United Nations Publication, Sales No. E.11.XI.10). New York, 2011.

WORLD Health Organization - WHO. **Strengthening the health sector response to adolescent health and development**. Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH). Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adolescent health**. Disponível em: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/. Acesso em: 20/12/11. A

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maternal, newborn, child and adolescent health - Adolescent health epidemiology**. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/index.html. Acesso em: 20/12/11. B

RESGATE DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA BRASILEIRA SOBRE O ACESSO DO ADOLESCENTE AO SERVIÇO DE SAÚDE

Ana Carine Arruda Rolim
Caroline Soares Nobre
Regina Yoshie Matsue
Danielle Malta Lima
Mirna Albuquerque Frota

INTRODUÇÃO

A palavra adolescência vem do latim *adolescere*, que expressa crescer, desenvolver-se, tornar-se maior, atingir a maioridade (TIBA, 1986). Os limites da adolescência, segundo a Organização Mundial da Saúde, estendem-se dos 10 aos 19 anos, abrangendo a pré-adolescência, o período etário entre 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita, dos 15 aos 19 anos (OMS, 1975). Há alguns anos, a adolescência era o período de menor risco de adoecimento e morte. No entanto, nas duas últimas décadas, observou-se um aumento da morbimortalidade nesse grupo populacional (CLARO *et al.*, 2006).

A inclusão da atenção à saúde dos adolescentes e jovens na agenda pública brasileira é decorrente da modificação da concepção de saúde, tida antes apenas como a ausência de doença, passando a ser direito social e no preceito da proteção integral preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adoles-

cente (ECA), que regulamenta a proteção da infância e da adolescência e reconhece as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos e portadores de necessidades especiais (BRASIL, 1990).

As iniciativas brasileiras de inclusão do adolescente como um indivíduo de direitos de saúde envolvem a Política de Saúde do Adolescente e Jovem, que estimula a reflexão acerca de novos conceitos que trazem um olhar diferenciado sobre o adolescente e a Política Nacional de Saúde do Adolescente e Jovem (BRASIL, 2006), que preconiza o cuidado integral a esse grupo etário, bem como as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2010) que norteiam ações integradas às outras políticas sanitárias já existentes no SUS, frente aos desafios da situação de saúde das pessoas jovens.

O modelo de atenção à saúde do adolescente e jovem vigente é resultado de uma política pública integrada à Política Nacional de Saúde e articulada a outros setores governamentais e não governamentais, e reflete a perspectiva de intervenção do Estado na garantia e efetivação dos direitos sociais regulamentados pelo marco legal da Lei 8.080/90, que dispõe sobre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e da Lei 8.069/90, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Contudo, as dimensões da violação dos direitos sociais e as situações de vulnerabilidade de adolescentes evidenciadas pela fragilização das ações de proteção pública do Estado brasileiro são expressas em vários estudos nacionais.

Nessa perspectiva, os programas voltados para saúde do adolescente enfrentam dificuldades para integrar as ações

e serviços de saúde ao Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir a cobertura adequada para a população de adolescentes e jovens. Os dilemas daí decorrentes refletem diretamente no acesso aos serviços de atenção à saúde.

Desta maneira, o objetivo deste estudo é realizar uma análise crítica-reflexiva da produção científica brasileira, nos últimos anos, acerca do acesso aos serviços de saúde pelo adolescente.

METODOLOGIA

Este estudo de natureza bibliográfica foi realizado em junho de 2013, por meio de uma revisão da literatura científica, centrada no período de 1994 a 2012. O levantamento da produção foi realizado nos periódicos através de pesquisa nas publicações da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerando a busca integrada com as bases de dados disponíveis: Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Para a consulta nestas bases de dados utilizou-se os descritores *Acesso aos serviços de saúde*, *Adolescentes* conjugados entre si através do termo booleano “and”.

Em todas as buscas, o descritor *Acesso aos serviços de saúde* foi incluído no item “título, resumo, assunto”, para que o termo pesquisado estivesse presente em qualquer uma das três partes dos documentos. Já o descritor *Adolescentes* foi incluído em três pesquisas distintas (todas conjugadas com o descritor *Acesso aos serviços de saúde*): a primeira optou-se por documentos em que houvesse o descritor no título, que gerou uma quantidade de 91 arquivos; a segunda selecionou documentos que houvesse o termo no resumo, que também gerou 91 textos e, por fim,

a terceira optou pelo termo presente no assunto principal, de onde surgiram 44 documentos. Para este estudo, optou-se pela utilização de apenas artigos científicos disponíveis online em sua íntegra, em português, onde a região de assunto fosse o Brasil para contemplar os objetivos propostos para a pesquisa. O período escolhido para análise seria entre os anos de 1994 a 2012, mas observou-se que as produções apareceram somente a partir do ano de 1999.

Ao final do levantamento bibliográfico, após a exclusão de teses, monografias, resenhas, editoriais, ensaios e as publicações que se repetiam, obteve-se um total de 14 artigos que lidos em sua íntegra. Após esta etapa, ainda foi excluído um artigo que não contemplava os critérios da pesquisa por tratarem de temas referentes ao acesso, mas sem especificação de faixa etária. Desta forma, serviram de amostra para o estudo 12 artigos.

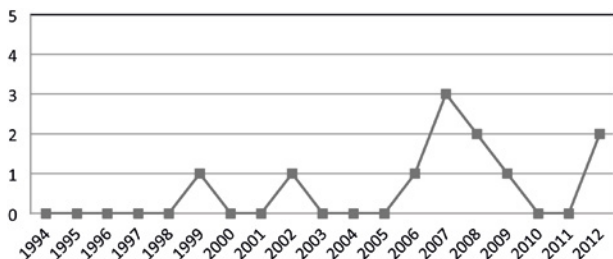
Os artigos selecionados foram organizados e caracterizados por ano de publicação, localidade, sujeitos participantes, delineamento dos estudos e revista publicada. Em seguida, para a fundamentação da análise, foram seguidos os preceitos metodológicos de Bardin (BARDIN, 2013), onde os itens que compõem esta revisão foram sistematizados em dois recortes: o primeiro analisou a evolução conceitual e as dimensões do acesso utilizadas nas publicações; enquanto o segundo analisou os temas abordados, sendo estes organizados em um quadro contendo o nome dos autores, o ano e local da publicação, o objeto de estudo, o núcleo de conteúdo e os resultados (Quadro 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O panorama das publicações referentes ao acesso do adolescente ao serviço de saúde brasileiro

A primeira publicação sobre o acesso do adolescente à saúde disponível integralmente data de 1999, onde foi realizado estudo no sudoeste da cidade de São Paulo (SP) (LAURIDSEN; TANAKA, 1999); enquanto em 2002, surge uma publicação descrevendo uma experiência em Salvador (BA), no nordeste brasileiro (CANGUSSU *et al.*, 2002). Os anos seguintes (2003 a 2005) passaram sem publicações relacionadas e, em 2006, foram descritas relações de adolescentes com os serviços de saúde no Estado do Rio de Janeiro (CLARO *et al.*, 2006). Como se pode observar no Gráfico 1, houve um incremento das publicações em 2007, onde o perfil da produção converge para o Nordeste e Sudeste brasileiros. Em 2008, estão disponíveis duas publicações, onde uma delas foi realizada no Rio Grande do Sul (SCISLESKI; MARASCHIN; SILVA, 2008), estreando a Região Sul no campo das produções acerca da temática. Em 2009, foram publicados estudos do Ceará (NORO *et al.*, 2009) e novamente no Sul do país (DAVOGLIO *et al.*, 2009). Novamente a produção brasileira passa por carência de publicações por dois anos (2010 e 2011) e, em 2012, mais dois estudos são publicados, um na região Nordeste (CANGUSSU; LOPES, 2012) e um na região Sudeste (FUNDATO, 2012).

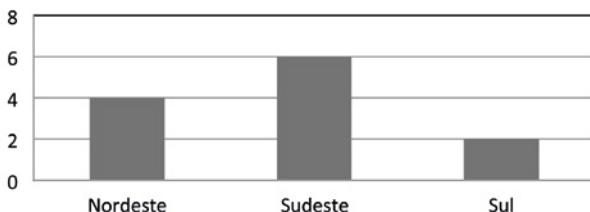
Gráfico 1. Apresentação da frequência dos artigos encontrados em relação ao ano de publicação (1994-2012)



Fonte: Bases de dados Lilacs e Medline, no período de 1994 a 2012.

Observando a Tabela 1, pode-se notar que, em relação às regiões onde as pesquisas sobre acesso do adolescente foram realizadas, as publicações concentraram-se na Região Sudeste (50%), seguidas pelas Regiões Nordeste (33,33%) e Sul (16,66%). Entende-se que o saber científico é determinado pela busca da articulação entre a teoria e a prática (realidade empírica), deste modo há de se atentar da ausência de publicações nas Regiões Centro-Oeste e Norte do Brasil, quando se discute o acesso do adolescente aos serviços de saúde como possibilidade de garantia de direitos da população jovem que devem ser considerados como um rico potencial capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento do país (BRASIL, 2010).

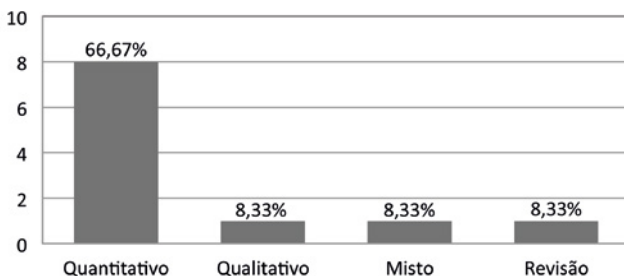
Gráfico 2. Apresentação da frequência dos artigos encontrados em relação à localidade estudada.



Fonte: Bases de dados Lilacs e Medline, no período de 1994 a 2012.

Pode-se constatar, através do Gráfico 3, que a maioria dos estudos teve abordagem quantitativa e, na Tabela 1, observa-se que os usuários foram os maiores protagonistas dos estudos. Vale salientar que, historicamente, houve na saúde uma intenção de transformar indivíduos em doentes/pacientes, enquanto no arranjo dos serviços, em relação ao planejamento e à avaliação, destacavam-se os métodos que conferiam relevância às relações entre cargos, papéis e técnicas. Mesmo no campo organizacional do planejamento estratégico, a ênfase ainda volta-se para a observação dos diferentes atores, buscando controlá-los, ao invés de aclamar por sua participação (MINAYO, 2001).

Gráfico 3. Apresentação da frequência dos artigos encontrados, segundo delineamento do estudo.



Fonte: Bases de dados Lilacs e Medline, no período de 1994 a 2012.

Tabela 1. Frequência dos artigos encontrados em relação aos sujeitos participantes da pesquisa entre os anos de 1994 a 2012.

Sujeitos da pesquisa	N	%
Usuários do serviço	10	83,34
Fontes de dados secundários	02	16,66
TOTAL	12	100,0

Fonte: Bases de dados Lilacs e Medline, no período de 1994 a 2012.

Tabela 2. Frequência dos artigos encontrados em relação à revista publicada e entre os anos de 1994 a 2012.

Revista Publicada	N	%
Cadernos de Saúde Pública	04	33,34
Revista Saúde Pública	02	16,67
Ciência e Saúde Coletiva	01	8,34
Revista Baiana de Saúde Pública	01	8,33
Revista Latinoamericana de Enfermagem	01	8,33
Revista Brasileira de Cancerologia	01	8,33
Jornal Brasileiro de Pneumologia	01	8,33
Pesquisa Odontológica Brasileira	01	8,33
TOTAL	12	100,0

Fonte: Bases de dados Lilacs e Medline, no período de 1994 a 2012.

Acesso: múltiplos conceitos e dimensões

O termo acesso tem sido bastante empregado nas políticas públicas, sobretudo no campo da saúde. No entanto, por ser um conceito complexo e multideterminado, muitas vezes é empregado de forma imprecisa, e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde, o que torna necessário discuti-lo (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Em 1973, Andersen e Newman conceituaram o acesso aos serviços de saúde tomando por base três fatores individuais de utilização de serviços de saúde: os fatores predisponentes são os que já existem antes do aparecimento do problema de saúde e afetam a predisposição dos indivíduos para usar serviços (por exemplo, variáveis sociodemográficas); os fatores capacitantes dizem respeito ao meio disponível para as pessoas usarem os serviços e são condicionados pela renda, cobertura securitária pública ou privada e pela oferta de serviços e, por

fim, os fatores determinantes de necessidades de saúde que podem ser explicadas pelas condições diagnosticadas por profissionais ou pela autopercepção (ANDERSEN; NEWMAN, 1973). Andersen definiu o acesso como uma ideia mais política do que operacional, considerando, além das características da população, a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde (ANDAY, ANDERSEN, 1974).

Para Donabedian, acesso seria a capacidade do usuário do serviço de saúde obter, quando necessita, cuidado à sua saúde de maneira fácil e conveniente. Para que haja acesso, a primeira condição é a existência de serviços em quantidade e qualidade suficientes. Este autor, que utiliza o termo acessibilidade em vez de acesso, com o argumento de que o primeiro abrange mais significados e considerando a relação à oferta de serviços de um modo que responda às necessidades da população mais que à simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço, descreveu dois aspectos para acesso: o sócio-organizacional referente aos aspectos estruturais que incluem a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, que termina por influenciar significativamente o acesso à saúde e o geográfico que, por outro lado, refere-se a uma função do tempo e do espaço, como a separação física entre o usuário e os serviços, que pode ser medida pela distância e o tempo de locomoção, por exemplo (DONABEDIAN, 1973).

No Brasil, o acesso aos serviços tem sido relatado na literatura como um dos principais problemas relacionados à assistência à saúde (MENDES, 2012), sendo a sua ampliação sido um dos principais desafios para os gestores nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Os problemas brasileiros podem estar associados tanto a barreiras individuais, caracterizadas por Andersen, como a barreiras organizacionais e geográficas, apresentadas por Donabedian. Todavia, o Ministério da Saúde tem empreendido grandes esforços para a ampliação do acesso da população aos diferentes serviços de saúde, ampliando a qualidade e a resolutividade da assistência prestada. Para tanto, no período compreendido entre 1998 e 2001, o ministério adotou duas linhas de ação estratégicas e fundamentais: a ampliação da atenção básica e a descentralização e organização da assistência à saúde (BRASIL, 2007). No ano de 2000, na ocasião da 11ª Conferência Nacional de Saúde, o tema do acesso foi discutido e algumas estratégias de ampliação foram levantadas, entre elas o fortalecimento da gestão única, tendo o município a responsabilidade pelo acesso aos serviços, reafirmando a municipalização da saúde brasileira (BRASIL, 2002). Na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011, o tema acesso foi novamente discutido, sendo incluído no debate que considerou temas também relacionados ao acolhimento com qualidade, garantia dos princípios da equidade e universalidade e ampliação do controle social (ANDRADE; MINAYO, 2012).

Questões sobre o acesso do adolescente ao serviço de saúde

A partir da leitura exaustiva do material encontrado, elaborou-se uma síntese sobre as questões importantes levantadas sobre o tema.

Lauridsen e Tanaka (1999) estudaram um grupo de 141 crianças e adolescentes na cidade de São Paulo com queixas referidas a “problemas nos nervos”, o objetivo do estudo era avaliar tais queixas na população de 1 a 19 anos, como forma de aproximação à questão da prevalência da doença mental nessa

faixa etária. O estudo revelou que a busca de ajuda foi referida em 22,6% dos casos e o preditor mais importante foi a gravidade da queixa. Esse dado evidenciou no estudo a baixa procura de atendimento; foram apontadas as possíveis causas, entre elas os problemas relativos ao acesso evidenciados pelo discurso reproduzido por profissionais de saúde como “não tem neurologista no hospital” ou “a consulta com a psicóloga é difícil de marcar” e discutidos mecanismos possíveis de intervenção para o resgate da necessidade não atendida, como a implantação de serviços de atendimento como resposta a essa demanda que, apesar de reconhecida pela família, pouco solicita dos serviços de saúde.

Outro estudo referente à atenção à saúde mental de adolescentes foi publicado em 2008 por Scisleski, Maraschin e Silva, analisando a internação psiquiátrica de jovens, tomando-a a partir de uma dimensão subjetivo social com base nos percursos desses jovens até a internação. Foram estudados jovens que estavam em atendimento na internação do Centro Integrado de Atenção Psicossocial de um Hospital Psiquiátrico em Porto Alegre, Rio Grande do Sul e foi percebida uma recorrência que marca o percurso desses jovens e expressa um determinado modo de funcionamento da rede de atenção até a internação, acarretando na produção do perfil entre os jovens: pobreza socioeconômica, baixa escolaridade e uso de drogas. Outro aspecto importante destacado é o papel da ordem judicial nos encaminhamentos à internação, que obedece tanto a uma lógica de punição aos jovens e aos serviços, como também, paradoxalmente, constitui-se numa estratégia facilitadora do acesso aos serviços de saúde.

Cangussu *et al.* (2002) estudaram a experiência de cárie dentária em escolares de escolas públicas e privadas de 12 e

15 anos de idade, de Salvador, Bahia e identificaram variáveis de acesso dos serviços de saúde relevantes associadas a possíveis diferenças entre estes grupos. Como resultado, o acesso ao consultório odontológico no último ano mostrou-se positivamente associada à diferença identificada entre os dois grupos, corroborando com a ideia que o melhor nível socioeconômico no Brasil representa maior regularidade no acesso a bens de consumo e serviços de saúde, especialmente através de convênios e consultórios particulares.

Em 2009, um estudo semelhante foi realizado por Noro *et al.* que identificaram que incidência da cárie dentária em adolescentes associada à condição socioeconômica, acesso a serviços e autopercepção por meio de um levantamento epidemiológico da cidade de Sobral, no Ceará. Os dados foram obtidos por meio de uma amostra de 688 adolescentes entre 11 e 15 anos. A partir da análise, verificou-se uma elevada incidência de cárie entre os adolescentes. Entre as variáveis estudadas, dor de dente nos últimos seis meses, frequência de consulta ao dentista e acesso à unidade de saúde, ajustadas por morbidade referida apresentaram relação com esta alta incidência de cárie. O estudo conclui que o acesso aos serviços de saúde deve ser pensado na perspectiva de um serviço humanizado, desenvolvido por uma equipe de saúde bucal efetivamente vinculada aos interesses da população, que tenha como grande objetivo proporcionar, junto com os gestores dos serviços públicos de saúde, condições adequadas para melhoria das condições de saúde bucal não apenas por intermédio de medidas individuais. Tais medidas devem ser direcionadas para a redução da grande desigualdade social, considerada pelos autores o principal fator na determinação da maioria dos agravos em saúde bucal, em especial a cárie.

Em 2009, um terceiro estudo sobre saúde bucal utilizando como amostra adolescentes foi realizado em Gravataí, no Rio Grande do Sul por Davoglio *et al.* Os autores também investigaram a associação de fatores sociodemográficos, psicossociais e relacionados ao estilo de vida com hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. Assim como os outros estudos, associaram bons hábitos de saúde bucal a adolescentes com maior nível socioeconômico (como uso diário de fio dental, frequência anual de utilização de serviços odontológicos e maior busca de serviços por motivo preventivo), bem como boa estrutura e apoio familiar e fatores psicossociais (compostos pelos blocos de variáveis relacionadas ao apoio social, sentimentos depressivos e sentimento de discriminação).

Em 2012 foi publicado o estudo de Cangussu e Lopes que efetuou uma revisão crítica dos principais resultados de estudos epidemiológicos sobre a cárie dentária disponíveis na literatura científica, no estado da Bahia, no período de 1986 a 2012, envolvendo a população de crianças e adolescentes. No contexto da região analisada, destaca-se a importância e a necessidade do acesso a inquéritos realizados em serviços e do incremento à produção científica em epidemiologia da saúde bucal para melhor compreensão do quadro epidemiológico da doença e direcionamento das intervenções em busca da redução das atuais desigualdades da cárie dentária na população. Os autores concluíram que, embora existam desigualdades no acesso de adolescentes aos serviços de saúde e às medidas de prevenção da cárie, é notória a redução dos indicadores de cárie dentária nos municípios do estado da Bahia.

Claro *et al.* (2006) desenvolveram um estudo quantitativo transversal que descreve a relação de adolescentes, entre 12 e 17 anos, com os serviços de saúde analisando indicado-

res de morbidade referida, autoavaliação do estado de saúde, necessidade de saúde sentida, demanda, utilização, fidelidade aos serviços de saúde e adesão aos cuidados de saúde e a associação desses indicadores com variáveis sociodemográficas, considerando a representação do nível socioeconômico pelo tipo de escola frequentada (da rede pública ou privada). Como resultado, os autores encontraram que os alunos das escolas públicas tinham uma chance maior do que os alunos das escolas privadas de avaliarem seu estado de saúde como regular ou ruim e uma chance menor de expressarem necessidade sentida positivamente, demandarem serviços de saúde, obterem acesso aos serviços procurados e manterem-se fiéis aos serviços utilizados. Um dado importante desse estudo mostra o percentual de alunos que disseram não ter sido atendido no primeiro serviço que procuraram foi de 11,2%. Os motivos citados são: não conseguiram vaga ou senha, não havia médicos em atividades de atendimento, não havia disponibilidade de serviço ou profissional especializado, o serviço ou equipamento não estava funcionando ou o tempo de espera foi muito longo, forçando à desistência. O tipo de escola mostrou associação estatisticamente significativa com o acesso, sendo a chance de um aluno de escola pública não ter sido atendido no primeiro serviço que procurou o dobro da chance de um aluno de escola privada.

Vieira *et al.* (2007) desenvolveram um trabalho da cidade de Bauru, São Paulo, comparando o abortamento de adolescentes com o das mulheres adultas. Para realizar o estudo, a casuística foi agrupada em três faixas etárias, para o grupo das adolescentes, de 10 a 19 anos, estudou-se a variável por idade em anos completos, separadamente. Especificamente na adolescência, o estudo evidenciou a ocorrência a partir dos 11 anos de idade, fato que desperta para a necessidade de medidas de prevenção, as quais devem ser implementadas precocemente,

antes mesmo de iniciar o período descrito como adolescência. Tal constatação tornou-se ainda mais evidente ao comparar a ocorrência de abortamentos em outros períodos, o que revelou que o grupo de adolescentes de 10 a 14 anos apresentou elevação nos índices, alertando que tal grupo etário não está sendo atingido satisfatoriamente pelos programas e campanhas de educação sexual. O estudo ressalta a necessidade de maior envolvimento de profissionais das áreas da saúde e educação, a fim de promover a saúde sexual e oferecer assistência imediata às mulheres acometidas pelo abortamento, principalmente no grupo das adolescentes.

O estudo de Carvacho *et al.* (2008), de abordagem quantitativa transversal, analisou os fatores determinantes do acesso de adolescentes gestantes a serviços de atenção primária à saúde, anterior à ocorrência da gestação. Os autores organizaram a análise do acesso em cinco dimensões: (a) geográfico - avaliou a percepção da distância da moradia ao serviço de saúde utilizado e a percepção da dificuldade de chegar a esta unidade e encontrou como resultados; (b) econômico - construído a partir da existência de gasto para dirigir-se ao serviço de saúde, existência de outros gastos com medicação e exames, e percepção do valor gasto com essas despesas; (c) administrativo - avaliou número de viagens até a unidade de saúde para marcação da consulta, percepção da dificuldade para o agendamento, tempo entre a data da marcação e ocorrência da consulta, compatibilidade do horário da consulta com a disponibilidade de tempo da adolescente, percepção do tempo de espera no dia da consulta, opinião sobre o atendimento e satisfação com a consulta médica (d) psicossocial - formado por “barreiras etárias” (percepção de atendimento diferenciado para adultas e adolescentes no serviço, impossibilidade de ser atendida pela

ausência de pessoa responsável no dia da consulta), “barreiras de gênero” (existência de preferência pelo sexo do profissional de saúde) e “barreira hierárquica” (existência de preferência por categoria profissional para atendimento ginecológico) e (e) de informação - composto pela existência de motivos relativos à falta de informação para utilização de serviços. Os achados do estudo evidenciaram maior dificuldade de acesso ao serviço de saúde pelas adolescentes de natureza psicossocial (77% das adolescentes relataram ter acesso mais difícil ao serviço), seguido por dificuldades no acesso de natureza administrativa e no acesso à informação (relato de 33% das jovens), seguido por dificuldades no acesso geográfico (Aproximadamente um terço da amostra do estudo - 29,5%) e, por último, dificuldades no acesso econômico (19,5%). Finalmente, o estudo conclui que as barreiras de acesso poderiam agravar as dificuldades para a procura dos cuidados preventivos à saúde de maneira desigual e que são necessárias novas estratégias para facilitar o acesso ao serviço de saúde às adolescentes, incluindo ações que diminuam as barreiras de gênero e que se considerem suas características sociodemográficas e o vínculo com seus parceiros.

Em 2007, Sarinho *et al.* verificaram se crianças e adolescentes internados por crise aguda de asma em Recife, Pernambuco, faziam acompanhamento ambulatorial preventivo para controle da doença em um estudo prospectivo com 169 pacientes internados. Como resultado, encontraram que a maioria das crianças e dos adolescentes estudados não fazia acompanhamento ambulatorial preventivo para a asma. Uma série de problemas, tais como a não referência para acompanhamento ambulatorial, após a alta hospitalar, a dificuldade de acesso ao ambulatório e a impossibilidade de se obter a medicação profilática gratuitamente, entre outros fatores relacionados ao sis-

tema de saúde, podem ter contribuído para esta baixa taxa de procura por atendimento ambulatorial e conclui que a busca por assistência ambulatorial para acompanhamento da asma entre estes pacientes está longe do aceitável, o que pode ser um reflexo da realidade do Sistema Único de Saúde do país.

As autoras Cavicchioli, Menossi e Lima (2007) desenvolveram um estudo qualitativo para descrever a trajetória de crianças e adolescentes desde o início dos sinais e sintomas até a confirmação do diagnóstico de câncer. O estudo refletiu sobre essa trajetória, a fim de se obter subsídios para elaborar ações que possam contribuir para o diagnóstico precoce do câncer infantil. A reflexão do estudo mostrou a difícil peregrinação das crianças e adolescentes e seus pais pelos serviços de saúde. As maiores dificuldades encontradas pelas autoras foram a inespecificidade dos sinais e sintomas e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Outro estudo sobre a trajetória de pacientes adolescentes com câncer foi publicado em 2012 por Fundatto *et al.* O estudo objetivou conhecer o itinerário terapêutico de adolescentes e adultos jovens com osteossarcoma desde os primeiros sinais e sintomas até serem atendidos em um serviço de saúde especializado através de uma abordagem mista, realizada em São Paulo, capital. Tal estudo apresenta resultados semelhantes ao estudo de Cavicchioli, Menossi e Lima (2007), onde falhas nos diferentes níveis de atenção à saúde contribuíram para o atraso significativo no estabelecimento do diagnóstico. Os autores concluem que é importante que haja melhorias no sistema de atenção à saúde, como a distribuição equitativa dos serviços pelos estados e um sistema de referência e contrarreferência bem integrado, além de investimentos na formação de profissionais qualificados para identificarem a doença.

Fazendo-se uma leitura interpretativa dos resultados encontrados nos doze artigos em estudo, foi possível e agrupar dados que correspondem às temáticas e organizá-los.

Quadro 1. Caracterização dos artigos analisados

Autor, Local, Ano	População de estudo	Temáticas abordadas	Resultados
Lauridsen e Tanaka; São Paulo; 1999.	141 crianças e adolescentes	<p>Prevalência da doença mental em crianças e adolescentes e o acesso ao serviço especializado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização do grupo estudado; - Avaliação das queixas mentais referidas; - Identificação de barreiras no atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Altas taxas de prevalência de transtornos psiquiátricos da infância e adolescência; - Baixa procura de atendimento por problemas relativos ao acesso.
Scisleski, Maraschin e Silva; Rio Grande do Sul; 2008.	41 Adolescentes internados no hospital psiquiátrico	<p>Análise da internação psiquiátrica a partir do itinerário de jovens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização do grupo estudado (evidência de pobreza socioeconômica, baixa escolaridade e uso de drogas); - Caracterização do modo de funcionamento da rede de atenção à saúde mental - Barreiras e facilidades do acesso ao internamento psiquiátrico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de uma lógica punitiva relacionada à facilidade do acesso (papel da ordem judicial no processo) - Papel paradoxal do manicômio (via de ajuda e instituição aprisionante); - Reflexão sobre internação compulsória de jovens em instituições totais.

Cangussu <i>et al.</i> ; Bahia; 2002.	3.318 adolescentes de escolas públicas e privadas	Estudo das experiências de cárie dentária em escolares de escolas públicas e privadas - Caracterização dos grupos estudados; - Evidências da diferença de acesso entre diferentes classes socioeconômicas.	- Pouca diferença na proporção de adolescentes livres de cáries entre os dois grupos; - Maior predominância do componente “dente extraído” em detrimento do “dente obturado” em indivíduos do grupo de escolas públicas; - Reforço da importância do acesso aos bens de consumo e serviços de saúde de forma a garantir a equidade em saúde bucal
Noro <i>et al.</i> ; Ceará; 2009.	668 adolescentes residentes em Sobral, Ceará	Análise da incidência da cárie dentária em adolescentes - Caracterização do grupo estudado; - Associação de cárie à condição socioeconômica, acesso a serviços e autopercepção.	- Incidência aumenta progressivamente com a idade - A variável “acesso à unidade” de saúde apresenta relação com a alta incidência de cárie; - Importância da formulação políticas públicas equitativas.
Davoglio <i>et al.</i> ; Rio Grande do Sul; 2009.	1.170 adolescentes da sétima série da rede pública de ensino	Investigação da associação de alguns fatores com hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos - Caracterização do grupo estudado; - Evidências da diferença de acesso entre diferentes classes socioeconômicas.	- Maior nível socioeconômico teve relação positiva ao uso diário do fio dental, frequência anual de utilização de serviços odontológicos e hábitos de saúde bucal; - Os fatores socioeconômicos atuam como elementos diferenciadores no acesso à saúde.
Cangussu e Lopes; Bahia; 2012.	15 artigos brasileiros em português ou inglês que tratam da epidemiologia da cárie dentária no estado da Bahia	Revisão crítica de estudos epidemiológicos sobre a cárie dentária na literatura - Análise dos indicadores de cárie em diferentes grupos etários.	- Redução dos indicadores de cárie dentária nos municípios do estado da Bahia; - Associação entre as piores condições de saúde bucal e variáveis associadas ao cuidado e nível socioeconômico; - Escassez de trabalhos que permitam conclusões sobre o perfil epidemiológico do grupo.

<p>Claro <i>et al.</i>; Rio de Janeiro; 2006.</p>	<p>457 adolescentes de escolas públicas e privadas</p>	<p>Relação de adolescentes com os serviços de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização dos grupos estudados; - Criação de indicadores: morbidade referida, autoavaliação do estado de saúde, necessidade de saúde sentida, demanda, utilização, fidelidade aos serviços de saúde e adesão aos cuidados de saúde e sua associação com variáveis sociodemográficas. 	<ul style="list-style-type: none"> - O nível socioeconômico mostrou-se associado a todos os indicadores; - Alunos das escolas públicas tiveram maior chance de avaliarem seu estado de saúde como regular ou ruim e menor chance demandarem serviços de saúde, obterem acesso aos serviços procurados e manterem-se fiéis aos serviços utilizados.
<p>Vieira <i>et al.</i>; São Paulo; 2007.</p>	<p>Prontuários de 2.286 pacientes que tiveram diagnóstico clínico de abortamento espontâneo ou voluntário</p>	<p>Comparação do abortamento entre adolescentes e mulheres adultas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização dos grupos estudados; - Diferenças entre a distribuição de abortos entre mulheres adolescentes e adultas; - Importância de programas de apoio à mulher em situação de abortamento e do papel do profissional de saúde e da família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescentes apresentaram tendência a permanecer por dois dias ou mais internadas, acarretando prejuízos biopsicossociais e custo elevado para o Sistema de Saúde; - Início precoce da vida sexual, o que desperta para a necessidade de medidas de prevenção; - Necessidade de maior envolvimento de profissionais das áreas da saúde e educação especialmente para apoio no grupo de adolescentes; - Desafio de propiciar ao adolescente acesso a serviços de saúde.
<p>Carvalho <i>et al.</i>; São Paulo; 2008.</p>	<p>200 adolescentes primigestas (10 a 19 anos) atendidas em uma unidade básica de saúde</p>	<p>Análise dos fatores determinantes do acesso de adolescentes gestantes a serviços de atenção primária</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização do grupo estudado; - Identificação do acesso em cinco dimensões: geográfico, econômico, administrativo, psicossocial e de informação no momento anterior à ocorrência da gestação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de barreiras psicossociais no acesso das adolescentes gestantes - Recomendação da incorporação de novas estratégias para facilitar o acesso das adolescentes aos serviços de saúde, que minimizem as questões de gênero e respeitem a autonomia do grupo.

<p>Sarinho <i>et al.</i>; Pernambuco; 2007.</p>	<p>169 pacientes internados por asma</p>	<p>Verificação do acompanhamento ambulatorial preventivo para controle da asma a partir da hospitalização</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização do grupo e da doença estudada; - O perfil de busca de atendimento entre os pacientes e seus pais; - Utilização farmacológica/aderência ao tratamento pelo grupo estudado. 	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria das crianças e dos adolescentes internados por asma não faz acompanhamento ambulatorial preventivo; - A não referência para acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar, a dificuldade de acesso ao ambulatório e a impossibilidade de se obter a medicação profilática gratuitamente, entre outros fatores relacionados ao sistema de saúde, contribuem para a baixa taxa de procura por atendimento ambulatorial; - Recomendação de implementação de uma política de saúde que possibilite o efetivo funcionamento do programa de controle da asma.
<p>Cavichio, Menossi e Lima; São Paulo; 2007.</p>	<p>8 mães e 2 pais crianças e adolescentes diagnosticadas com câncer</p>	<p>Descrição a trajetória percorrida por crianças e adolescentes desde o início dos sinais e sintomas até a confirmação do diagnóstico de câncer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização do grupo e da doença estudada; - Papel dos pais no reconhecimento dos sinais e sintomas; - Dificuldade do estabelecimento de um diagnóstico rápido; - Perda de tempo com medidas paliativas e investigação superficial dos sintomas; - Dificuldade da realização de exames diagnósticos (inclusive na rede privada); - Diferenças entre a ideia da acessibilidade do SUS e a prática no sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de intervenções destinadas a encorajar os pais a reconhecerem os sinais e sintomas do câncer infantil; - Necessidade de ações efetivas que diminuam o tempo que decorre do início dos sintomas ao diagnóstico da doença; - Busca estratégias que favoreçam a prática de cuidado integral - Necessidade de comprometimento com os princípios de acessibilidade e resolatividade e importância de reflexão acerca do princípio da integralidade, proposto pelo SUS.

Fundatto <i>et al.</i> ; São Paulo; 2012.	16 pacientes com idade entre 12 e 23 anos com osteossarcoma	<p>Descrição a trajetória percorrida por adolescentes e adultos jovens desde o início dos sinais e sintomas até a confirmação do diagnóstico de câncer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização do grupo estudado; - Identificação dos fatores que contribuem para a demora do diagnóstico; - A importância do subsistema familiar e de outras influencias no modo como o indivíduo responde à doença. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição da importância do estudo do itinerário terapêutico na identificação de faltas na assistência à saúde; - Papel da família, o acesso aos serviços de saúde e a qualificação profissional como fatores determinantes para o diagnóstico precoce da doença; - Recomendação de investimento para melhorias no sistema de atenção à saúde (distribuição equitativa dos serviços pelos estados e um sistema de referência e contrarreferência integrado) e na formação de profissionais.
---	---	---	---

Fonte: Artigos selecionados para o estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde do adolescente tem sido ainda um tema pouco abordado em estudos nacionais. Os estudos publicados que tratam do grupo etário, normalmente, o fazem em associação com outros grupos, como o público infantil e o adulto jovem, o que torna a caracterização do grupo de adolescentes uma tarefa difícil.

Em relação às temáticas abordadas, pode-se notar que existe uma forte relação entre a facilidade ou dificuldade de acesso do adolescente aos serviços de saúde e a condição socioeconômica dos indivíduos, o que abre precedentes para um diálogo questionador sobre os princípios da equidade e universalidade do SUS.

Finalmente, em relação à saúde do adolescente, o desafio é propiciar a este grupo acesso a serviços de saúde que ofereçam um atendimento integral, garantindo-lhes privacidade e confiabilidade.

REFERÊNCIAS

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res**, v. 9, n. 3, 1974.

ANDERSEN, R. M.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q**, v. 51, n. 1, 1973.

ANDRADE, L. O. M de; MINAYO, M. C. S. Acesso aos serviços de saúde: direito e utopia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.069, de 13 julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília; 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem*. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem**. Brasília, 2006. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. **Política Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>. Acesso em: junho 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CANGUSSU, M. C. T. *et al.* Cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, em 2001. **Pesqui Odontol Bras**, v. 16, n. 4, 2002.

CANGUSSU, M. C. T; LOPES, L. S. Epidemiologia da cárie dentária no estado da Bahia de 1986 a 2012. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 3, Jul/Set 2012.

CARVACHO, I. E. *et al.* Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, Out. 2008.

CAVICCHIOLI, A. C.; MENOSSI, M. J.; LIMA, M. A. G. de. Câncer infantil: o itinerário diagnóstico. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 5, Set/Out 2007.

CLARO, L. B. L *et al.* Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, Ago. 2006.

DAVOGLIO, R. S. *et al.* Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, Mar. 2009.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care.** Cambridge: Harvard University; 1973.

FUNDATO, C. T. *et al.* Itinerário terapêutico de adolescentes e adultos jovens com Osteossarcoma. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 2, 2012.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Pysis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2012.

LAURIDSEN, E. P. P.; OSWALDO, T. Y. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 6, 1999.

MENDES, A. C. G. *et al.* Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov 2012.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonis-

mo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

NORO, L. R. A. *et al.* Incidência de cárie dentária em adolescentes em município do Nordeste brasileiro, 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, Abr. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **El embarazo y el aborto en la adolescencia**. Genebra: OMS; 1975.

SARINHO, E. *et al.* A hospitalização por asma e a carência de acompanhamento ambulatorial. **J Bras Pneumol**, v. 33, n. 4, 2007.

SCISLESKI, A. C. C.; MARASCHIN, C.; SILVA, R. N. da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Fev. 2008.

TIBA, I. **Puberdade e adolescência**. São Paulo: Agora; 1986.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004.

VIEIRA, L. M. *et al.* Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, Out. 2007.

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE ADOLESCENTES RELACIONADOS ÀS DSTS E À AIDS NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA AGENTE DE SAÚDE ADOLESCENTE

Francisca Maria Oliveira Andrade
Raimunda Hermelinda Maia Macena
Francisco Marto Leal Pinheiro Júnior
Márcia Maria Tavares Machado
Armando Luis Bandeira de Paula

A ADOLESCÊNCIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A adolescência é uma fase de grandes transformações do corpo, da mente e das relações sociais de um indivíduo. Nesse período há um intenso crescimento físico, rápida maturação sexual e mudanças que influenciam as atitudes, os valores e comportamentos determinantes para toda a vida (BRASIL, 1999).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, no seu artigo 11 – **é assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde-SUS**, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Trata-se, portanto, de um direito que demanda a implantação de programas e políticas públicas específicas (BRASIL, 2011).

Nas últimas décadas tem havido avanços importantes nas políticas públicas no Brasil, porém os modelos tradicionais de atenção à saúde ainda não têm priorizado os adolescentes e jovens, e, além disso, as ações, na maioria dos casos, estão baseadas na demanda espontânea, sem ênfase na promoção da saúde. Como esses grupos não buscam os serviços, até por não se sentirem bem acolhidos, há uma falsa impressão de alguns gestores e técnicos de que os adolescentes e jovens não adoecem, desconsiderando a importância da promoção da saúde e do quanto a intervenção precoce previne doenças e agravos nessa população (WHO/UNFPA/UNICEF, 1999).

A promoção da saúde sexual e reprodutiva apresenta-se hoje como um dos grandes desafios para as políticas públicas, pois as estatísticas demonstram um número expressivo de adolescentes grávidas e de jovens vivendo com HIV. Essas estatísticas revelam a necessidade de uma maior integração entre as Unidades Básicas de Saúde - UBS e as escolas, pois a maioria dos adolescentes é pouco ou mal informada sobre sexualidade e reprodução, o que implica em relacionamentos sexuais inseguros (BRASIL, 2011).

Vale lembrar que na organização da promoção ou da assistência a saúde do adolescente e do jovem as necessidades específicas desses grupos devem ser consideradas, levando-se em conta que a captação da clientela jovem terá mais êxito se contar com a valiosa ajuda de adolescentes já sensibilizados para a importância do autocuidado e que conheçam as ações desenvolvidas pela equipe de saúde (MILANI, 2003).

A ESTRATÉGIA AGENTE DE SAÚDE ADOLESCENTE - ASA

Com a aprovação dos Parâmetros Curriculares Nacionais em 1997 (BRASIL, 1997), cria-se uma prerrogativa legal para que se ofereça ao adolescente, de forma sistemática, informação sobre saúde e sexualidade no ambiente escolar, como tema transversal. Por sua função social, de formação e fortalecimento de habilidades para a vida, a escola é uma instituição privilegiada para realizar ações de promoção da saúde, incluindo a educação sexual (MAIA, 2012).

Nos últimos anos, diferentes iniciativas entre saúde e educação buscaram formas eficientes de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças junto a adolescentes e jovens nas escolas. As ações têm focado na saúde sexual e reprodutiva visando reduzir a vulnerabilidade às DST, à infecção pelo HIV/AIDS e à gravidez não planejada.

Apesar dos esforços não tem sido possível obter uma boa integração entre as unidades de saúde e as escolas, cuja atuação conjunta, na maioria das vezes, ainda se restringe a algumas campanhas, de forma pontual e descontínua.

Em 2007, foi instituído pelo Governo Federal o *Programa Saúde na Escola - PSE* que além de institucionalizar o já existente *Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas - SPE* (BRASIL, 1997), ampliou o escopo das ações à medida que se propôs a trabalhar os aspectos de prevenção às doenças e vulnerabilidades dos jovens. O SPE se estruturou como uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, que conta com o apoio do UNICEF, UNESCO, UNFPA, Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime, e parceria com os estados e municípios.

O Programa Saúde na Escola - PSE constitui uma política para a integração e articulação intersetorial permanente entre educação e saúde voltada para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. O programa tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde, realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2010).

Apesar do empenho na implementação das ações do SPE, os relatos informais dos municípios têm demonstrado que os adolescentes têm dificuldades em obter conhecimentos sobre saúde nas escolas e em buscar a unidade de saúde para avaliações preventivas (MORAES, 2012). Isso ocorre, seja porque os serviços de saúde não estão preparados para a atenção a esse público, seja porque nas escolas, a sobrecarga de atividades e a ausência de um planejamento com estratégias específicas não viabilizam ações relativas à promoção da saúde dos adolescentes.

Para enfrentar essa situação, no Estado do Ceará, o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, a Secretaria de Saúde do Estado - SESA e o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS Ceará -GAPA-CE propuseram a alguns municípios cearenses a criação do Agente de Saúde Adolescente - ASA. A proposta era selecionar e treinar estudantes de escolas públicas que pudessem atuar na unidade básica de saúde - UBS mais próxima da sua escola, levando informações sobre os serviços oferecidos pela UBS para os alunos, convidando os adolescentes da escola para que procurassem a equipe de saúde (inclusive e especialmente quando não estivessem doentes para a pueri-

cultura¹), além de várias outras atividades que seriam desenvolvidas no horário em que não estivessem nas aulas. Este adolescente teria também o papel de multiplicar, juntamente com os professores e outros membros da comunidade escolar, ações de promoção à saúde dentro das escolas, incluindo temáticas como sexualidade, DST/AIDS, sexo seguro, prevenção ao uso de drogas, protagonismo juvenil, dentre outros.

Diante dessa proposta, a administração do município do Eusébio (localizado na região metropolitana de Fortaleza) e um grupo de parceiros que já vinham trabalhando com essa temática decidiram implantar o ASA em novembro de 2010, culminando também com a adesão e efetiva implementação do Programa Saúde na Escola - PSE no município, em dezembro de 2010.

Na implantação da estratégia ASA, as ações preventivas se estruturaram a partir da discussão sobre vulnerabilidade (PARKER, 2000), sendo desenvolvidas atividades não restritas ao componente informação, mas buscando trabalhar com aspectos mais estruturais ou contextuais que determinam a exposição ao HIV e a outras DST.

A estratégia ASA se estruturou como um movimento de protagonismo juvenil vinculada ao PSE. O eixo estruturante da ASA repousa nessa concepção da educação por/de pares ou “peer education” onde a abordagem para a promoção da saúde é realizada pelos adolescentes membros da comunidade, considerando que esses estão na melhor posição para encorajar um comportamento saudável de outros adolescentes.

1 Puericultura – Definida como o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança e do adolescente, desde a gestação até a puberdade (Adaptado neste projeto - a partir da definição de Aurélio, Nova Fronteira, 1999 e utilizada pelo Dr. Almir Castro Neves).

Os Agentes de Saúde Adolescentes - ASAs foram treinados em conteúdos sobre saúde e habilidades de comunicação. Dispondo dessas habilidades, os educadores de pares conversam com seus colegas sobre questões específicas de HIV/AIDS, gravidez, álcool e outras drogas, procurando promover o conhecimento sobre os cuidados com a saúde e habilidades para uma vida mais saudável. Assim sendo, os ASAs funcionam como uma imagem positiva, influenciando o comportamento dos demais jovens de sua escola e comunidade por se tornarem referência para seus pares.

OBJETIVOS DA ESTRATÉGIA AGENTE DE SAÚDE ADOLESCENTE - ASA

- Melhorar o nível de conhecimento, as atitudes e as práticas de adolescentes e jovens em escolas públicas que participam da estratégia SPE no contexto do PSE, sobre promoção à saúde, prevenção de doenças e redução das vulnerabilidades;
- Estimular as escolas a desenvolverem atividades regulares de promoção à saúde, prevenção de doenças e redução das vulnerabilidades dos adolescentes e jovens;
- Incentivar as unidades básicas de saúde a planejarem e realizarem ações permanentes de promoção à saúde, prevenção de doenças e redução das vulnerabilidades dos adolescentes e jovens;
- Incentivar a participação das famílias em atividades relacionadas aos adolescentes e jovens na escola e na unidade de saúde;
- Aumentar o número de adolescentes e jovens que procuram a unidade de saúde para ações preventivas;

- Fomentar a disponibilização de preservativos nas escolas de forma contínua e de fácil acesso;
- Contribuir para a redução do número de adolescentes e jovens grávidas no município e para melhorar o nível de informação sobre a infecção pelo HIV/AIDS e outras DSTs.

A experiência do município do Eusébio tem como premissa que a promoção da saúde sexual e reprodutiva, quando realizada de maneira ética e comprometida com a emancipação dos indivíduos, é capaz de transmitir e discutir os conhecimentos científicos sobre a sexualidade com uma visão crítica sobre o tema, não sendo apenas de maneira biologizante e preventiva (BRETAS, 2009). Assim, a garantia do direito dos indivíduos ao acesso à educação sexual formal/informal e a discussão a respeito de saúde e sexualidade não deve se restringir às questões de prevenção e saúde sexual, direcionando “decisões certas” - geralmente relacionadas a padrões sociais previamente definidos por adultos.

ESTUDO SOBRE CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS ADOLESCENTES COM RELAÇÃO ÀS DSTS E À AIDS

Considerando a necessidade de se obter uma linha de base para a estratégia ASA, visando avaliações futuras de seu impacto e pensando também em avaliar os resultados das ações desenvolvidas até agora no Eusébio, os parceiros implementadores tomaram a decisão de realizar um estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas às DSTs/AIDS nas escolas do município.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo seccional, avaliativo-descritivo da estratégia ASA no Município de Eusébio, tendo como quadro teórico as dimensões da avaliação rápida (MARINCEK; ROCHA, 2011).

A população do estudo foi composta por alunos de todas as escolas de Ensino Fundamental nos anos finais² e Escolas de Ensino Médio que participam do SPE/ASA e do PSE no município do Eusébio. Para composição da amostra foram selecionadas aleatoriamente, através de sorteio, dez escolas públicas municipais que possuíam ações sistemáticas da estratégia ASA.

Considerando uma população de alunos no ensino fundamental nos anos finais de 4.350 e estabelecendo um nível de confiança de 95%, um erro máximo desejado de 5% e uma prevalência de gravidez/paternidade na adolescência de 22% (GUANABENS, 2012), foi calculada uma amostra de 302 estudantes. A seleção dos alunos foi realizada através de amostragem aleatória com reposição no mês de maio de 2013. Para serem incluídos na amostra, os alunos deveriam ser participantes das atividades promotoras da saúde há pelo menos seis meses.

A coleta de dados foi realizada através de questionário autoaplicável preenchido durante um turno de aula. As variáveis coletadas incluíam dados sociais, demográficos, conhecimentos e atitudes em relação às DST/AIDS e histórico sexual. O banco de dados foi criado no programa Epi Info 6.0, com dupla entrada, com o intuito de diminuir erros de digitação. Foram feitas análises univariadas e bivariadas por meio do programa SPSS 18.0.

² Entende-se por Ensino Fundamental, nos anos finais, os quatro anos de duração para os alunos de 11 a 14 anos.

Este trabalho foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), relativa à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir apresentamos alguns resultados mais importantes do estudo. Com relação as característica da amostra, os alunos eram predominantemente do sexo feminino, possuíam idade média de 13,9 anos (DP= 1,7), solteiros (94,7%) e 69% cursavam entre o 6º e 9º ano. A maioria residia em diversos bairros do município, se autorreferiam pardos(69,5%), informaram residir em casa com até cinco pessoas (70,2%) e a maioria (98,3%) mora com os pais. Poucos (3,3%) referiram união estável anterior.

A população adolescente apresenta características que podem potencializar sua vulnerabilidade às DST/AIDS. As mulheres adolescentes têm um risco biológico maior, pois seu epitélio uterino é mais exposto e as DST são predominantemente assintomáticas. Quanto aos adolescentes homossexuais, é nessa fase da vida quando acontecem as primeiras experiências sexuais e, em geral, de forma velada, sem o conhecimento ou acolhimento da família (TAQUETE *et al.*, 2011).

Estudos demonstram que muitos jovens estão iniciando sua vida sexual mais cedo (em média 15 anos para ambos os sexos) muitas vezes sem proteção resultando em gestações não planejadas e DST/AIDS. Tal dado torna o percentual de infecções na adolescência mais significativo, se considerarmos que a AIDS se manifesta de sete a dez anos após a infecção pelo

HIV. Supõe-se que grande parte das notificações em pessoas com 25 a 29 anos corresponda a indivíduos que se infectaram na adolescência ou no início da juventude (BORGES, 2007; MANLOVE, 2008).

É necessário enfatizar a importância de um sistema de notificação como ferramenta essencial para a vigilância epidemiológica da epidemia de AIDS. O sistema público de vigilância epidemiológica deve intensificar esforços para reduzir a defasagem de tempo entre o diagnóstico e a notificação, além de oferecer treinamento aos serviços para melhoria da qualidade das informações.

No que se refere ao conhecimento dos alunos, os maiores percentuais de respostas certas estiveram relacionados às perguntas sobre AIDS (Tabela 1). Nas informações sobre AIDS, observou-se que 76% negaram que uma pessoa possa ser infectada por AIDS ao usar banheiros públicos e 94% afirmaram ser impossível uma pessoa ser infectada por AIDS se for picado por um inseto. Para transmissão da gonorreia os dados foram de 34% de contaminação ao usar banheiros públicos e apenas 35,8% quando não usar preservativos. Para hepatite, somente 26% afirmaram que compartilhar seringa ou agulha é risco de transmissão e apenas 13% associaram o risco a não usar preservativos. Em se tratando da sífilis, 14% informaram que compartilhar seringa ou agulha representa risco de transmissão da sífilis e apenas 12% relataram sobre a existência de cura (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos conhecimentos sobre DST, HIV e outros agravos à saúde entre alunos que recebem ações da ASA no município de Eusébio/CE. Fortaleza/CE, 2013.

Conhecimentos corretos	Fa	F%
Conhecimentos corretos sobre AIDS		
Uma pessoa pode ser infectada por AIDS ao usar banheiros públicos	231	76,5
Uma pessoa pode ser infectada por AIDS se for picado por um inseto	284	94,0
Uma pessoa pode ser infectada por AIDS ao compartilhar seringa ou agulha	234	77,5
Uma pessoa pode ser infectada por AIDS ao não usar preservativos	278	92,1
Existe cura para AIDS	283	93,7
Conhecimentos corretos sobre gonorréia		
Uma pessoa pode ser infectada por gonorreia se for picado por um inseto	294	97,4
Uma pessoa pode ser infectada por gonorreia ao usar banheiros públicos	102	33,8
Uma pessoa pode ser infectada por gonorreia ao compartilhar seringa ou agulha	277	91,7
Uma pessoa pode ser infectada por gonorreia ao não usar preservativos	108	35,8
Existe cura para gonorreia	59	19,5
Conhecimentos corretos sobre hepatitis		
Uma pessoa pode ser infectada por hepatite se for picado por um inseto	283	93,7
Uma pessoa pode ser infectada por hepatite ao usar banheiros públicos	271	89,7
Uma pessoa pode ser infectada por hepatite ao compartilhar seringa ou agulha	80	26,5
Uma pessoa pode ser infectada por hepatite ao não usar preservativos	41	13,6
Existe cura para hepatite	164	54,3
Conhecimentos corretos sobre sífilis		
Uma pessoa pode ser infectada por sífilis se for picado por um inseto	298	98,7
Uma pessoa pode ser infectada por sífilis ao usar banheiros públicos	216	71,5
Uma pessoa pode ser infectada por sífilis ao compartilhar seringa ou agulha	42	13,9
Uma pessoa pode ser infectada por sífilis ao não usar preservativos	100	33,1
Existe cura para sífilis	35	11,6

Fa: Frequência absoluta. F%: Frequência relativa

Estudo realizado em 2004 sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas frente à epidemia do HIV/AIDS sugere que, apesar das mudanças observadas ao longo do tempo, o nível de conhecimento dos estratos mais jovens da população brasileira (15-24 anos) sobre formas de transmissão do HIV era ligeiramente mais baixo que da faixa etária de 25-39 anos.

A sintomatologia de DST mais frequente foi o corrimento (6,0%), vesículas genitais (2,3%) e as feridas (1,0%). Embora apenas 29 alunos (9,6%) tenham relatado sinais e sintomas genitais clássicos, 40 (13,2%) informaram já ter feito tratamento para problemas genitais e destes, apenas 38% fizeram tratamento com algum profissional da saúde.

Tabela 2 - Distribuição da história de alterações genitais/DST entre alunos que recebem ações da ASA no município de Eusébio/CE. Fortaleza/CE, 2013.

Historia de alterações genitais/DST	Fa	F%	F% válida
Já teve alguma vez na vida corrimento	18	6,0	85,9
Já teve alguma vez na vida feridas nos genitais	3	1,0	1,1
Já teve alguma vez na vida bolhas nos genitais	7	2,3	2,5
Já teve alguma vez na vida verrugas nos genitais	1	,3	,4

Fa: Frequência absoluta. F%: Frequência relativa

F% Válida: Frequência relativa, excluídos os casos em branco ou que se não aplicam.

O diagnóstico de vulvovaginite foi o mais frequente, dado corroborado por outro estudo brasileiro (ISOLAN, 2001). Alguns fatores de risco às DST comumente citados na literatura científica, como a precocidade das primeiras relações sexuais e a variabilidade de parceiros, não se confirmaram na amostra do Eusébio.

O início da atividade sexual foi, em média, aos 13 anos, sendo que menos da metade usou preservativo na primeira relação (46,0%). Aproximadamente 40% referiram mais de

um parceiro sexual na vida e cerca de 20% relataram prática homossexual ou bissexual. Um pouco mais da metade relata parceria fixa (55,5%) e quase metade da amostra relata parceiro casual (40,9%). O sexo comercial é relatado por 2,8% e o sexo com pessoas que conheceu na internet está em torno de 12% (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos alunos que recebem ações da ASA no município de Eusébio/CE em relação à vida sexual. Fortaleza/CE, 2013.

Vida sexual	Fa	F% válida
Idade da primeira relação sexual		
7	1	1,1
9	1	1,1
10	5	5,7
11	9	10,3
12	14	16,1
13	22	25,3
14	14	16,1
15	14	16,1
16	4	4,6
17	2	2,3
18	1	1,1
Total	87	100,0
Usou camisinha na primeira relação sexual	54	45,8
Teve mais que um parceiro sexual na vida	48	42,1
Já teve mais do que 10 parceiros sexuais na vida	7	8,2

Teve relação sexual com pessoa do mesmo sexo	7	6,4
Tem relações sexuais com homens e com mulheres	6	12,0
Teve relações sexuais nos últimos 12 meses	66	55,5
Teve relação sexual com parceiros (as) fixos (as) nos últimos 12 meses	47	53,4
Teve relação sexual com parceiros casuais nos últimos 12 meses	38	40,9
Teve mais do que cinco parceiros sexuais casuais nos últimos 12 meses	13	18,8
Recebeu dinheiro em troca de sexo, nos últimos 12 meses	2	2,8
Pagou alguma pessoa para ter sexo	1	1,0
Teve relações sexuais com pessoas que conheceu pela internet	11	11,6
Já teve relação sexual sob efeito de álcool ou drogas	2	,7

Fa: Frequência absoluta

F% Válida: Frequência relativa, excluídos os casos em branco ou que se não aplicam.

Melo & Yazaki (1998) também constataram uma antecipação do início da vida sexual, especialmente no grupo de mulheres de 15 a 19 anos. Em 1986, apenas 8,7% destas jovens referiram ter tido relação sexual antes dos 15 anos de idade. Analisando dados de 1996, esses autores verificaram que este índice havia aumentado para 22,6%. Cabe salientar que a antecipação da primeira relação sexual está presente nos diferentes estratos sociais, podendo ser admitida como uma tendência generalizada. A média de idade de início da vida sexual deste estudo foi semelhante aos resultados obtidos por Marques *et al.* (2006) e Salako *et al.* (2006).

Tabela 4 - Distribuição da história do acesso e uso de preservativo entre alunos que recebem ações da ASA no município de Eusébio/CE. Fortaleza/CE, 2013.

Preservativo	Fa	F%	F% válida
Acesso ao preservativo			
Nos últimos 12 meses, recebeu ou pegou camisinha no serviço de saúde	116	38,4	38,9
Nos últimos 12 meses, recebeu ou pegou camisinha em ONG	49	16,2	16,7
Nos últimos 12 meses, recebeu ou pegou camisinha na escola	117	38,7	41,8
Conhece o preservativo feminino	244	80,8	82,7
Conhece os lubrificantes íntimos	74	24,5	68,5
Usa/usou lubrificantes íntimos	26	8,6	29,9
Uso do preservativo			
Uso da camisinha na última relação sexual	56	18,5	60,2
Uso de camisinha com parceiros (as) fixos (as)	42	13,9	58,3
Usa sempre camisinha com parceiros (as) fixos (as)	32	10,6	45,1
Uso de camisinha com parceiro casual	31	10,3	49,2
Usa sempre camisinha com parceiros casuais	30	9,9	55,6
Uso de camisinha na última relação com parceiro casual	22	7,3	48,9
Relação sexual com mulher usando preservativo feminino	11	3,6	11,6
Uso de camisinha com pessoas que conheceu pela internet	10	3,3	27,0
Uso de camisinha com parceiro comercial			
Todas às vezes	4	1,3	10,5
Algumas vezes	1	,3	2,6
Não	30	9,9	78,9
Não sei	3	1,0	7,9
Total	38	12,6	100,0
Branco/Não respondeu	264	87,4	
Total	302	100,0	
Concorda com a afirmação: o uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas transem sem usar camisinha	229	75,8	77,4

Fa: Frequência absoluta. F%: Frequência relativa

F% Válida: Frequência relativa, excluídos os casos em branco ou que se não aplicam.

Apesar de todas as escolas do município do Eusébio participar da estratégia de distribuição de preservativo, o estudo mostrou que há uma limitação no acesso a esse insumo, tendo em vista que apenas 38,9% receberam preservativo no serviço de saúde e 41,8% na escola. Mais de $\frac{3}{4}$ da amostra conhece o preservativo feminino e já ouviu falar de lubrificante íntimo (68,5%). Esses resultados podem significar que apesar de alguma facilidade no acesso ao preservativo, a cultura e preconceitos existentes ao redor do tema ainda dificultam o uso dessa forma de prevenção. Muitos adolescentes ainda perpetuam a ideia de que o uso do preservativo diminui o prazer sexual, além do tabu que ainda permeia a questão sexual, principalmente entre as mulheres.

Os adolescentes e jovens que referiram DST citaram com mais frequência nunca ou apenas às vezes usar preservativo em suas relações sexuais. Entre adolescentes é comum a dispensa do uso de camisinha quando estes se consideram saudáveis e confiam no parceiro (relato de adolescente ASA sobre discursos no campo). Desse modo, a vulnerabilidade feminina aumenta, pois muitas vezes lhe falta a possibilidade de negociação e domínio de suas relações sexuais em termos de fidelidade mútua e utilização da camisinha pelo homem.

A baixa adesão ao preservativo precisa ser discutida tendo em vista que os adolescentes podem ser vítimas frequentes da violência baseada no gênero, com pouco controle sobre suas relações sexuais e sobre o uso do preservativo. Além disso, tendem a ter parceiros mais velhos, sofrem mais violência sexual e têm menos poder e acesso a bens (TAQUETE *et al.*, 2011).

Uma pesquisa nacional realizada em 2004 indicou que 57,3% dos jovens entre 15 e 24 anos usaram preservativos na

última relação sexual, 58,5% sempre usaram preservativo com parceiro casual, e 38,8% usaram esse método com parceiro fixo (SZWARCWAŁD *et al.*, 2004). Entretanto, neste estudo, menos de 61% da amostra usaram na última relação sexual.

No estudo do Eusébio, a adesão ao preservativo com parceiro fixo (58,3) é maior que com o parceiro casual (49,2%) e do que com pessoas que conheceram pela internet (27,0%). Resultados maiores que os desse estudo (18,5%) foram encontrados no realizado por Martins *et al.* (2006), no qual 75% dos adolescentes entrevistados apresentaram uma atitude favorável ao uso da camisinha, porém 40% relataram não utilizá-la em todas as relações por falta de planejamento ou por objeção pessoal ou do parceiro.

Entre os que tiveram sexo comercial, apenas 10% usaram preservativo sempre. Se o uso de preservativos aumentou entre os jovens, ele ainda não é usado por todos e nem em todas as relações sexuais, pois o seu uso depende, entre outros fatores, do envolvimento afetivo do momento, de questões financeiras e de acesso aos métodos, bem como o grau de liberdade e autonomia alcançadas nesta faixa etária (MARTINS *et al.*, 2006).

No Brasil, assim como em outros países, houve um significativo aumento do uso do preservativo pelos adolescentes (BRETAS, 2011; BRETAS, 2009). Todavia, chama a atenção o fato de que mesmo conhecendo os métodos e as principais doenças sexualmente transmissíveis uma parcela significativa dos jovens não utiliza o preservativo (informação relatada por um adolescente (ASA)).

CONCLUSÃO

A mudança de comportamento é fruto de um processo complexo, envolve um conjunto de determinantes (classe social, idade, relações de gênero, autonomia, valores, entre outros) e exige uma continuidade de ações e projetos do serviço de saúde, da escola, da comunidade, além da atuação da família. Portanto a qualidade do conhecimento e as desigualdades nas condições de acesso são elementos definidores da vulnerabilidade.

Embora os adolescentes do município do Eusébio tenham conhecimento acerca da transmissão e formas de prevenção das DST, em especial da AIDS, nota-se um descompasso entre o discurso e a prática de medidas de prevenção. Recomenda-se que as atuais estratégias desenvolvidas nos diversos espaços sociais prossigam, porém é importante que estratégias mais lúdicas e utilizando a “linguagem jovem”, inclusive através de redes sociais, sejam implementadas visando maior aderência dos jovens nas atividades e conseqüente adoção de comportamentos seguros.

Essa pesquisa traz uma grande contribuição para o trabalho voltado à promoção da saúde sexual e reprodutiva, em especial pelos agentes de saúde adolescentes, na medida em que indica problemas que precisam ser enfrentados pelas políticas públicas na busca de melhores resultados.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Adolescência e AIDS: Avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 113-128, 2003.

BRASIL. Decreto 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 de abril de 2013.

BRASIL. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília. 1996. Disponível: www.conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc. Acesso em: 20 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Orientação Sexual**, vol. 10. MEC/SEF. Brasília. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira**. Construindo uma agenda nacional. Brasília. 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. **Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE**. Brasília. 2010. Disponível em: http://gestao2010.mec.gov.br/o_que_foifeito/program_44.php. Acesso em: 10 de outubro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na Escola**. Brasília. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29109. Acesso em: 10 de outubro de 2012.

BRETAS, J. R. S. et al. Conhecimento sobre DST/AIDS porestudantes adolescentes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v 43, n. 3, 2009.

BRETAS, J. R. S. et al. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, 2011.

BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não-utilização de anti-concepcionais na adolescência. **Rev. Saúde Pública**. 1992.

BORGES, A. L. V; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n.2, p. 499-507, 2005.

CAMARGO, B. V; BOTELHO, L. J. AIDS, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, 2007.

CAMARGO, E. A. I; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n3/30.pdf>. Acesso em: 24 de junho de 2013.

CAMILO, V. M. B; FREITAS, F. L. S; CUNHA, V. M. et al. Educação em Saúde sobre DST/AIDS com Adolescentes de uma Escola Pública utilizando a Tecnologia Educacional como Instrumento. **J. Bras. Doenças Sex. Transm**, v; 21, n.3, p. 124-128, 2009.

CASTRO, M. G; ABRAMOVAY, M. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n.116, 2002.

GUANABENS, M. F. G. *et al.* Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, 2012.

ISOLAN, T. B; CARVALHO, A. V. V; ALMEIDA FILHO, G. L. Perfil do atendimento ao adolescente no setor de doenças sexualmente transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 13, n.9, p. 9-30, 2001.

JEOLÁS, L. S; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Cien. Saúde Colet**. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a21v08n2.pdf>. Acesso em: 24 de junho de 2013.

MACENA, R. H. M; DE PAULA, A. L. B; PINHEIRO JÚNIOR, F. M. L. *et al.* **Diretrizes para implantação do programa agente de saúde adolescente**. Ceará. 2013.

MAIA, A. C. B. *etal.* Educação sexual na escola a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicol. Estud.**, Maringá, v.17, n.1, 2012.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 2, p.3009-3019, 2010.

MANLOVE, J; IKRAMULLAH, E; TERRY-HUMEN E. Condom use and consistency among male adolescents in the United States. **J. Adolesc. Health**, v.43, p. 325-33, 2008.

MARINCEK, D. F; ROCHA, A. C. **Estimativa rápida participativa do PSF Vila Mariana – Ferramenta para o planejamento da atuação da equipe de saúde**. 2011. Disponível em: <http://www.atenas.edu.br/faculdade/arquivos/NucleoIniciacaoCiencia/1SEM2011/artigo%202%201%202011.pdf>. Acesso em: 27 de abril de 2013.

MARQUES, E. S; MENDES, D. A; TORINS, N. H. M. et al.O conhecimento dos escolares adolescentes sobre doença sexualmente transmissíveis/AIDS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n.1, p. 58-62, 2006.

MARTINS, L. B. M; COSTA-PAIVA, L. H. S; OSIS, M. J. D. et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.2, p. 315-23, 2006.

MELO, A. V; YAZAKI, L. M. O despertar do desejo. 20 anos no ano 2000: estudos sócios demográficos sobre a juventude. In: **Secretaria de Economia e Planejamento, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados** (org). São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, p. 119-2, 1998.

MILANI, F. M. Cultura de paz e violências: papel e desafios da escola. In: **Cultura de paz: estratégias, mapas e bússolas**. MILANI, F.M; JESUS, R.C.D.P. (org.). Salvador: INFAZ, 2003.

MIRANDA, A. E; GADELHA, A.M.J; SZWARCOWALD, C.L. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexofeminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n1/23.pdf>. Acesso em: 24 de junho de 2013.

MORAES, S. P.; VITALLE, M. S. S. Direitos reprodutivos e balizas na adolescência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.58, n.1, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. **Promoción del Crecimiento y Desarrollo Integral de Niños y Adolescentes**. 2.ed.1999.

PAIVA, V.; CALAZANS, G.; VENTURI, G. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/07.pdf>. Acesso em: 24 de junho de 2013.

PARKER, R. **Na contramão da AIDS**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

ROMERO, K. T.; MEDEIROS, E. H. G. R.; VITALLE, M. S. *et al.* O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. **Rev. Assoc. Med. Bras**. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n1/12.pdf>. Acesso em: 24 de junho de 2013.

SALAKO, A. A.; IYANIWURA, C. A.; JEMINUSI, O. A. *et al.* Sexual behaviour, contraception and fertility among in-school adolescents in Ikenne Local Government, south-western Nigeria. **Niger. J. Clin. Pract.**, v. 9, n.1, p. 26-36, 2006.

SHRIER, L. A. Sexually transmitted diseases in adolescents: biologic, cognitive, psychologic, behavioral, and social issues. **Adolesc. Med. Clin.**, v. 15, p. 215-34, 2004.

SILVEIRA, C. H.; CAMBUÍ, M.; MACHADO, P. H. B. **Notas Sobre a Metodologia da Estimativa Rápida**. Disponível em: <http://www.utp.br/onc/Est%20Rap%20Texto.htm>. Acesso em: 20 de abril de 2013.

SZWARCWALD, C. L.; BARBOSA-JUNIOR, A.; PACOM, A. R. *et al.* Knowledge, practices and behaviors related to HIV transmission among the Brazilian population in the 14 – 54 years age group, 2004. **AIDS**, v. 19, suppl 4, p.42-50, 2005.

TAQUETTE, S. R. et al. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v.44, n.4, 2011.

TAQUETTE, S. R; VILHENA, M. M; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. 282-90, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO/UNFPA/UNICEF. **Programming for Adolescent Health and Development: Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health**. Genève: WHO Technical Report Series: 886, 1999.

O BICHO QUE RÓI: AVALIAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTOS NAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE

Paulo Leonardo Ponte Marques
Antônio Sérgio Luz e Silva
Maria Vieira de Lima Saintrain
Karyne Barreto Gonçalves Marques
Mirna Albuquerque Frota
Carlos Roberto Silveira Corrêa

INTRODUÇÃO

A educação, dentro do seu conceito mais filosófico, é considerada como um veículo de transmissão de ideologia dominante. Integrando a educação com a saúde, realizam-se as práticas educativas em saúde, voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, visando à melhoria da qualidade de vida a partir da possibilidade de transformação da realidade.

Essa perspectiva de mudança somente se concretiza com o reconhecimento e compreensão de que a educação deve ocupar uma posição de destaque nas ações de saúde. A saúde bucal, como componente inseparável da saúde geral dos indivíduos, está relacionada com as condições sociais, de educação e da compreensão no sentido de como as pessoas referem-se à saúde (SANTOS, 2010).

A inserção dos trabalhadores de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) ampliou o campo de práticas da educação em saúde. A atuação destes profissionais antes da ESF concentrava-se no curativismo, tecnicismo e biologicismo, enfatizando pouco ou até inexistindo os procedimentos coletivos nas comunidades, dentre os quais encontram as atividades de educação em saúde (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Incorporada nas ações dos trabalhadores de saúde, a educação torna-se um grande instrumento capaz de influenciar os sujeitos para que estes passem a tomar conhecimento e consciência da própria saúde. De acordo com as concepções freirianas, os sujeitos podem, de “posse” desses conhecimentos, passar a ter a opção de agir modificando seu cotidiano, na busca por melhores condições de saúde e de vida (FREIRE, 2011).

Com a implantação da ESB no Sistema Único de Saúde -SUS-, o acesso às informações e a troca de experiências relativas à saúde bucal passou a acontecer principalmente com escolares. A atuação deixou de ser esporádica para ser sistemática, programada, de forma que obtivesse efetivas alterações no cotidiano dos sujeitos sociais participantes de um processo. Ao considerar que a saúde bucal é parte integrante da saúde geral e que na adolescência ela representa um bom indicador de saúde individual (WASHINGTON, 2010), cada vez mais se torna importante introduzir ações de cunho educativo para este grupo populacional. Assim sendo, decidiu-se realizar junto a escolares adolescentes uma série de atividades educativas, de forma problematizadora, abordando diversos temas relativos à saúde bucal, seguida por uma avaliação da aprendizagem dessas ações educativas.

Ao tomar por base as necessidades dos usuários do sistema de saúde, necessário se faz procurar saber se os conheci-

mentos e a compreensão que os participantes adquirem passam a contribuir sobre o entendimento do processo saúde-doença.

O objetivo da pesquisa foi analisar a construção de conceitos e práticas ocorridas através das ações de educação em saúde bucal na população escolar assistida pelas equipes da ESF no período de 2002 a 2004.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa observacional com abordagem qualitativa realizada no município de Acaraú- Ceará. Este município, distante 235 km da capital cearense, consta como sendo um dos mais antigos redutos dos tempos coloniais. Emancipado como município em 1849, seu nome é uma palavra de origem tupi que significa “Terra do Rio das Garças”, designada pela grande quantidade dessas aves que havia nas margens do rio que limita a cidade pelo Oeste, o rio Acaraú. Com área de 842km²e população de 57.551 habitantes, o município é sede da 12^a Coordenadoria Regional de Saúde (CEARÁ, 2000, p.32; ACARAÚ, 2004, p.04; IBGE, 2013).

Este município iniciou suas atividades de saúde bucal na ESF em 2002, desenvolvendo atividades clínicas individuais e atividades coletivas voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Entre as atividades coletivas realizadas, encontram-se as de educação em saúde, realizadas principalmente nas escolas.

Um total de quatro escolas foi selecionado para se constituir espaço no trabalho de campo: uma no distrito de Aranaú, duas em Celsolândia e uma em Juritianha. Os participantes foram alunos que estiveram presentes em atividades educativas nas áreas abrangidas pelas equipes da ESF. Neste contexto, Minayo (2008) enfatiza que na pesquisa qualitativa busca-se

privilegiar os sujeitos detentores dos atributos sociais que o investigador pretende conhecer. Portanto, utilizaram-se como critérios de inclusão: crianças com idade entre 11 e 12 anos; estudar em escola com abrangência de equipe de saúde bucal da ESF; e participação mínima de duas atividades educativas por ano, realizadas entre 2002 e 2004. A referência inicial atrelou ao fato de que somente a partir do mês de 2002 passou a haver um registro diário das atividades educativas que eram realizadas.

A opção por essa idade deveu-se também ao fato de que estes se encontram no final da fase operatório-concreto e iniciam a sua abstração, o pensar, possibilitando maior resposta aos questionamentos. De acordo com os pressupostos de Piaget sobre o desenvolvimento cognitivo, a pessoa neste estágio operacional já se mostra capaz de raciocinar indutivamente, não tratando cada experiência como algo isolado e sim como parte de um todo (BEE, 1986).

Para a seleção dos escolares utilizou-se as folhas de registro de procedimentos coletivos, formulários onde são coletados os nomes de todos os participantes das ações de educação em saúde e que ficam arquivados nas unidades de saúde.

Para cada participante realizou-se entrevista, baseado em questionário semiestruturado, contendo questões sobre o que havia sido aprendido nas atividades educativas, incluindo aspectos preventivos e conhecimento sobre as doenças bucais. Em seguida, solicitou-se ao mesmo que realizasse um desenho, em uma folha de papel em branco, o qual representasse, em sua opinião, a saúde bucal.

Após realizar as entrevistas e solicitação dos desenhos com os escolares, estas foram transcritas para o programa Mi-

Microsoft Word XP, onde se criou duas colunas para inserção da entrevista e da análise. Os desenhos com as explicações foram digitalizados e armazenados no programa MGI Photo.

A técnica de análise utilizada foi a qualitativa hermenêutico-dialética. Proposta no diálogo entre Harbemas e Gadamer em 1987, consiste numa metodologia de abordagem da comunicação, superando o formalismo dos outros tipos de análise, indicando “um caminho do pensamento”. Na hermenêutico-dialética faz-se uma explicação e interpretação de um pensamento, seja esta interpretação literal, por meio de expressões linguísticas, ou temática, na qual importa mais a compreensão simbólica de uma realidade a ser aprofundada (MINAYO, 2008).

A análise foi iniciada com uma leitura exaustiva e repetida dos textos, para apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as ideias centrais que tentam transmitir e os momentos-chaves sobre os conhecimentos a respeito das doenças bucais e utilização de métodos para prevenir os danos daquelas mais comuns. Conseguiu-se definir categorias analíticas capazes de desvendar as relações essenciais e facilitar a compreensão e interpretação do conhecimento dos entrevistados.

Para preservar a identidade dos sujeitos pesquisados, seus nomes foram modificados por letras. Assim, utilizamos as letras A, B, C, D, E, F, G, H, I.

Antes da realização da coleta de dados, expressaram-se os objetivos e propósitos da pesquisa, de modo a não inferir a ética e nem pressionar ou intimidar os entrevistados a partir de seus conhecimentos referentes à temática. Utilizou-se termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes e para seus pais ou responsáveis. A pesquisa foi submetida ao

Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú – Sobral, sendo aprovada sob o parecer nº 204/2004 por estar em harmonia com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

O redescobrimento do imaginário da saúde bucal foi separado em três categorias: as doenças da boca, culpa do indivíduo e bicho que rói.

As doenças da boca

A cárie é representada como doença bucal mais comum e normalmente bastante vivenciada através de suas consequências, como as odontalgias e as temíveis “**arrancações**”. Além da vivência com a doença em si ou visualização de suas sequelas em amigos e familiares, a cárie parece ser o grande objeto de enfoque dos escolares nas atividades educativas realizadas em Acaraú.

A **dor de dente**, por ser possivelmente a sintomatologia mais lembrada, até mesmo devido ao afetar o psicológico, é indicada como doença bucal, passando a ter lugar de destaque nas falas dos escolares. A falta de cuidados é para eles a razão dos problemas na boca. A fala do personagem F comenta que se uma pessoa não cuidar dos dentes vai sentir **dores de dente**. O próprio uso do plural parece nos dar uma ideia de continuidade, de algo que vai permanecer acontecendo no futuro. O mesmo participante relata que quando o dente dói, **fica podre, cheio de cárie... não tem outro jeito**, restando como tratamento **arrancar**.

O estudante C, no seu imaginário, representou através do desenho uma criança chorando com dor de dente. De acordo com C, a causa da dor de dente se deve a alimentação ina-

dequada, considerada por ele como **besteira**. Ele se refere aos alimentos que podem ser dispensados das necessidades diárias de uma criança, como, por exemplo, bombons e chicletes. O choro representa o forte envolvimento emocional, que deve impedir a realização das atividades diárias comuns.



uma criança com dor num dente
por que come muitos besteira

Várias foram as alusões que os entrevistados fizeram à cárie: **dente estragado, dente furado, dente que apodrece**. Notou-se que apesar da tentativa de designar a doença cárie, os mesmos acabam se referindo às consequências da doença numa linguagem mais fácil de ser entendida e interpretada por todos que a escutam, seja qual for o nível de conhecimento que este apresente. Os mitos relacionados com a doença, enraizados na própria cultura da comunidade e passados hereditariamente parecem ser mais fortes do que os conceitos propostos cientificamente.

De acordo com Costa Silva *et al.* (2010), talvez este seja um dos grandes desafios na formação dos profissionais de saúde, considerar os saberes da comunidade em busca de uma verdadeira cidadania compartilhada.

Os comentários de C definem bem a utilizar desse saber popular que os escolares fazem entre a doença cárie e as bactérias, definindo a doença como:

... microbiozinho que tem dentro do dente, que faz com que ele fure, rói o dente, pode acabar com o dente, deixar só o tronco (C).

Outros desenhos representaram também as doenças bucais. Tanto o estudante F quanto o H enfocaram uma boca com dentes apresentando lesões de cáries, pintados de cor mais escura (**dentes estragados**), indicando a existência de doença bucal.

O dente estragado é uma das piores considerações que pode acontecer após o não cuidado com a saúde bucal na visão dos escolares. O estudante I diz que os dentes **apodrecem e ficam doendo**. A sua definição gera uma interpretação de que a linguagem construída por eles prevalece e influencia bastante a forma como são designadas as cavidades cariosas e as pulpites.

Outras denominações para lesões de cárie foram:

... dente furado e preto (B)

... se não escovar fica podre... estraga os dentes tudim (D)

... dente com buraquinho... todo furado (A)

... parte corroída do dente (E)

O conhecimento dos problemas dentários a respeito dos efeitos da cárie normalmente é tratado de forma que sempre os sujeitos sociais pensam no pior prognóstico para os dentes. Na interpretação de H se os dentes não forem cuidados **vai ficando com um maior buraco aí tem que arrancar**.

Por vezes também foi citada até a repercussão no tratamento realizado pelo cirurgião-dentista, de como os dentes que estão com maiores destruições coronárias iriam dificultar a realização da exodontia. Neste contexto, C expressa que:

... o dente vai ficando todo estragado, prejudica, se fizer um tratamento melhora, mas se continuar o dente fica pior, todo furado e vai ser mais difícil de extrair, dá mais dificuldade...

Um grande problema, citado inúmeras vezes, e até confundido como doença bucal, é a dor de dente. Os sujeitos entendem que a partir do momento em que o dente se encontra com um processo carioso, o mesmo leva possivelmente a dor. Esta interpretação parece condizer com a fala de A, ao dizer que quando o dente **fica totalmente podre, pode sentir dor de dente** e confirmada por E ao afirmar que **depois que o bicho come os dentes a pessoa sente dor de dente**.

O participante B consegue identificar também outro problema que surge em pessoas que não possuem “cuidados com a higiene bucal”. O mesmo cita que **o queixo da pessoa fica inchado e a pessoa tem dor de dente**. Nesta interpretação, o estudante faz uma clara alusão ao abscesso crônico, que infelizmente é relativamente comum nas comunidades mais distantes das unidades de saúde no município de Acaraú, podendo o sujeito fazer uma rápida correlação de que o aparecimento do **queixo inchado** ocorre pelo simples descuido da pessoa. A partir de nossa vivência, detectamos inúmeros casos de fístulas extraorais, decorrentes de abscessos, inclusive em crianças abaixo dos dez anos. Esse fato, vivenciado pelos pesquisados ou por pessoas próximas, é também bem representado em suas falas.

Outras doenças bucais também parecem estar presentes nos saberes dos escolares, como o câncer de boca. Porém, limita-se apenas ao conhecimento da doença, se restringindo no máximo a descreverem um dos fatores de risco e que este ocorre através de feridas. Considerando este problema, o pes-

quisado D comenta sobre seus conhecimentos a respeito do câncer de boca dizendo: **a única coisa que sei é que uma das principais coisas que causam o câncer de boca é o cigarro.** A mesma referência é feita por I, que também acrescenta: **não pode fumar... nasce umas feridas se fumar.**

O pouco conhecimento deve-se, provavelmente, ao não vivenciamento destes estudantes com o câncer bucal. Diferentemente da cárie, o câncer de boca não é tão comum, ou não é tão visível, reconhecível, ao ponto que possa se conhecer facilmente pessoas com a doença. Nas atividades educativas o assunto de discussão relativo ao câncer normalmente ocorre com adultos e idosos e, de forma muito superficialmente, com crianças até 14 anos. O tema câncer bucal é apenas comentado como um alerta que seja realmente transmitido às crianças para que estas possam tentar conscientizar os pais da importância de parar de fumar, por exemplo, pois os pais, sem desrespeitar a hierarquia familiar normalmente tendem a escutar os filhos.

A insinuação sobre o cigarro causar câncer de boca, bastante lembrada pelos escolares, não pode ser indicativo de aprendizagem dentro das atividades educativas. Facilmente assiste-se a propagandas veiculadas através da televisão que fazem alusão ao câncer de boca, principalmente relacionado com os fumantes. A advertência do Ministério da Saúde, após propagandas de cigarro, acaba gerando certo despertar de consciência das pessoas.

Sobre a interligação do cigarro com o câncer de boca o entrevistado E comenta:

... a única coisa que sei é que uma das principais coisas que causa o câncer de boca é o cigarro... começam a aparecer umas feridinhas que doem.

O conhecimento a respeito das doenças bucais é quase que totalmente centrado na cárie dentária, não sendo citadas ou sendo de forma muito superficial outras doenças prevalentes na população em geral, como as doenças periodontais, especialmente a gengivite. Vale salientar que a respeito das doenças periodontais, H expõe que a gengiva **sangra quanto tá suja...** e que **continua escovando** para evitar o sangramento. Deixa claro que **“sujo”** está indicando ser a placa bacteriana e reconhece o surgimento do sangramento na gengiva como uma possível falha anterior, que resulta na inflamação da gengiva, necessitando continuar escovar os dentes para a resolução do problema.

Os estudantes, participantes do processo educativo, nas suas explicações, parece sentirem-se culpados pela existência de placa bacteriana nos dentes. Os escolares visualizam a placa bacteriana com várias denominações, mas a principal se revela como uma sujeira que fica nos dentes quando a pessoa se alimenta e não realiza a escovação. Entre as considerações observadas, podem ser encontradas: **pedacinhos vei de comida (D), resíduos de comida (E), sujo (G), resto de comida (F e C).**

Culpa do indivíduo

Quanto ao início das doenças bucais, há uma unanimidade entre os escolares pesquisados. Estas estão na dependência da escovação e dos alimentos que são ingeridos. As primeiras manifestações da doença, citadas como **dentes furados ou dentes com buraquinho**, estão claramente definidas para eles como uma consequência direta das pessoas que possuem uma escovação dentária de má qualidade e possuem predileção por alimentos doces. Fica claro na fala dos estudantes que ausência de escovação ou sua realização de forma deficiente e a inges-

tão de alimentos com açúcar é reconhecidamente um ato ruim, maléfico para os dentes:

... comer muito pirulito, chiclete, biscoito, bombom, chocolate, muito doce... quando não escova os dentes fica um resto dentro do dente, aí vem umas cáries comer... (C)

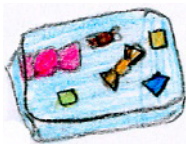
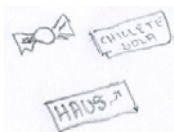
... se comer açúcar, chiclete, bombom aí o negócio já vem furando. (B)

... quando come chocolate e bombom... o bicho da carimi come e depois fura o dente, ele fica todo estragado... (A)

... chiclete e bombom contém uma quantidade de açúcar muito grande e fica resíduos no dente e a cárie adora isso... (E)

Mesmo dizendo que o açúcar é um fator de risco para desenvolvimento da cárie, nossa observação antes ou após a realização das atividades educativas revela que a ingestão de bombons, biscoitos recheados e pirulitos é uma condição corriqueira e natural, e que fazem parte do horário do recreio. O sabor agradável, o preço razoável e as oportunidades de obtenção são fatores determinantes na utilização de alimentos pouco nutritivos. Essa assertiva é confirmada por Souza Filho, Carvalho e Martins (2010), que constataram que mais de 90% de crianças, já na época de pré-escola, tinham um elevado consumo de açúcar.

Os bombons, chicletes e chocolates foram identificados nos desenhos como substâncias que fazem mal, e até muito mal para os dentes, e também provocam doenças bucais, mau hálito, dores dentárias e lesões de cárie:



bom bom, partelhas e docas de leite
pro vocem doenças bucais.

docas que causam
doença muito ruins, como mal folado,
doença de dentes, dentes estragados, etc.

o chocolate faz bem aos dentes

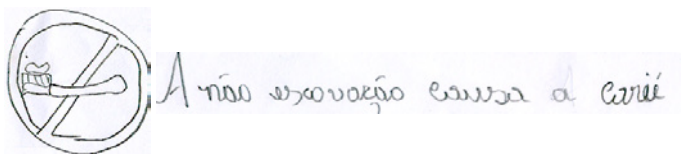
Entre os cuidados para prevenir as doenças bucais é fortemente considerada a escovação dentária, sendo poucas vezes citado o uso do fio dental. É unanimidade entre os pesquisados que a não escovação ou a má escovação dentária leva à cárie. Seus pensamentos se tornam em algumas vezes até radical, observado na transcrição do estudante E:

... através do mau tratamento da boca e dos dentes, não tendo os cuidados de escovar os dentes e passar o fio dental todo dia, as doenças da boca têm zero por cento de chance de aparecer.

A interpretação de sua fala nos leva a crer que há desconhecimento de outros fatores que podem gerar a doença, não estando limitada única e exclusivamente à falta de escovação e fio dental diariamente. Parece haver dentro das atividades educativas oferecida pelos profissionais da saúde uma simplificação muito grande sobre a real etiologia da doença cárie e seu entrelaçamento no contexto social. A educação em saúde bucal quando não é bem trabalhada pode limitar os conhecimentos dos escolares gerando conceitos distorcidos, uma vez

que mesmo escovando e passando o fio dental diariamente, um indivíduo pode desenvolver a doença cárie.

No desenho, o estudante E retrata uma escova de dentes com o creme dental e uma barra cortando a escova, indicando a simbologia da falta ou da negação. Segundo ele, o símbolo indica que a cárie se deve à falta da escovação.



A escovação por ser constantemente comentada pelos educadores de saúde durante as atividades educativas acaba influenciando os participantes a perceberem essa necessidade básica, que precisa estar dentro de nossa prática diária, habitual, para que se evite ou minimize os danos das doenças bucais. Apesar dessa percepção da importância da escovação, nem sempre os escolares a realizam cotidianamente. Há certo reconhecimento da possibilidade de estar errando e não cuidando da própria saúde bucal, como explanado pelos estudantes F e B ao relatarem que **o dente furado** apareceu **porque esqueceu de escovar os dentes**.

O surgimento de problemas na boca é também referido por H, que diz:

... as doenças da boca aparecem **porque não escova todos os dias, chupa chiclete, bombom e não escovamos os dentes**.

Interessante perceber que inicialmente se refere na terceira pessoa do singular (**porque não escova**), como se não

fizesse parte deste possível grupo de risco segundo a sua visão do processo. Em um segundo momento parece se inserir dentro do contexto social (**não escovamos**) ao dizer que não tem a prática diária da escovação e fazendo uma generalização de que possivelmente todos (familiares e colegas) também não o fazem, o que acarreta o aparecimento de **dente furado e dor de dente**.

O número de escovações é algo bastante repetido, quase que mecanicamente, **três vezes ao dia**, nos deixando pensar sobre a realização de atividades limitadas simplesmente ao rápido repasse de informações, sem haver discussões ou questionamentos. Na lição de Freire (2005), o antidiálogo, a sloganização, a verticalidade, os comunicados são instrumentos de “domesticação”. Os sujeitos são transformados em objetos, que não são capazes de pensar.

Mecanicamente, o pesquisado I diz que **escova três vezes por dia para o dente não apodrecer... uma antes do café, outra depois de almoçar e outra quando vai dormir...** Ao questionar-se o porquê desse número de escovações, o escolar não consegue justificar: **porque eu acho que tá bom, se quiser escovar mais pode, três é suficiente para não ficar bactérias nos dentes, pra não apodrecer e não ficar com mau hálito.**



*um menino ao lavar os dentes
antes do almoço*

O desenho realizado por I mostra a dificuldade de se expressar por causa da sloganização. Apesar de falar na entrevistada que realiza escovação após as refeições, I, parece ter feito confusão entre a escovação e a lavagem das mãos na explicação de seu desenho, ao dizer que o **menino escova os dentes antes do almoço**. Isso possivelmente indica um conhecimento obtido através de repetição, como se fosse uma receita pronta, o que gera tumulto de informações desencontradas.

Na descrição de F é narrado que **se a gente escovar os dentes só uma vez, elas** (se referindo às bactérias cariogênicas) **aproveitam quando a gente tá dormindo... precisa escovar depois do café, depois do almoço e depois da janta**. Isto aponta para um olhar puramente biológico ao subjetivamente indicar o fator tempo dentro da etiologia da cárie. Ao comentar que **elas aproveitam**, o entrevistado se refere ao fato de que quando dormimos as bactérias ficam em maior atividade, levando a aumentar a fermentação e consequente produção de ácidos que levarão a desmineralização. Esse olhar biológico parece predominar dentro das atividades de educação em saúde bucal, fazendo com que os educandos desenvolvam a percepção de que a doença se deva ao ataque de bactérias.

Alguns, dentre os escolares pesquisados, revelaram que estes não escovavam os dentes após as refeições de forma rotineira, e que passaram a realizar maior número de escovações depois das ações de saúde bucal, mesmo que às vezes isso nos soasse com um certo tom de imposição. O entrevistado G comenta: **... aprendi que tem que escovar de manhã, meio-dia e antes de dormir...** A construção **ter que escovar** cria uma circunstância de imposição, algo obrigatório, que não pode deixar de acontecer.

De forma interessante se mostrou a fala de G sobre a escovação dentária, como sendo algo aprendido nas atividades educativas. Diz que aprendeu **a escovar no máximo quatro vezes ao dia**. Avaliou-se que houve uma visão distorcida a respeito do número de escovações diárias, pois G confirma que existe um limite para o número de escovações, no entanto desconhece o porquê desse número de vezes. Mais uma vez pode-se indicar a falta de discussões durante a realização das atividades educativas, reconhecidamente como palestras, que podem estar sendo limitadas única e exclusivamente ao repasse de informações, sem haver uma problematização e busca dos porquês no surgimento das doenças bucais. Taglietta *et al.* (2011) realça a importância dos programas educativos em saúde bucal nas escolas, informando um impacto positivo na redução da prevalência de cárie em crianças no município de Piracicaba-SP.

O bicho que rói

A denominação das bactérias cariogênicas pelos escolares, como **bichos que roem**, revela a influência biológica e do saber popular construído no conhecimento dos escolares. Por diversas vezes, os escolares citam as **bactérias** como causadoras da cárie. Nesta visão estritamente biológica, a cárie muitas vezes foi definida como as próprias bactérias, não havendo uma distinção entre elas. Isso reflete em parte o que é repassado nas atividades educativas pelo profissionais de saúde, que por sua vez tiveram sua formação no modelo biomédico, incapaz de atender as necessidades da população e permitir o empoderamento (GIUDICE; PEZZATO; BOTAZZO, 2013).

A representação através dos desenhos revela as bactérias como “monstrinhos ou fantasmas” que roem o dente. Tipica-

mente, essa representação se deve aos trabalhadores de saúde bucal utilizar frequentemente “criaturas” para designar as bactérias, possivelmente com o objetivo de amedrontar os sujeitos sociais para que não se descuidem de sua saúde bucal.

São utilizados monstros de diferentes tamanhos e cores para designar as bactérias, que acabaram sendo muito bem retratados pelos escolares. Essas imagens podem trazer repercussões negativas ao passo que no momento em que os escolares compreendem que todos os sujeitos possuem bactérias na boca, isso pode vir a causar uma preocupação, medo de “**ter o bicho**” roendo e provocando dor. O desenho abaixo, de F, demonstra bem essa representação da bactéria.



Ademais os escolares fazem algumas referências sobre a forma de atuação das bactérias, bem característico do biologicismo, designadas de várias maneiras:

... a gente não escova os dentes direito aí vem o bicho da carimi e fica coisando o buraquinho (A)

... os doces penetram dentro do dente, aí os microbiozinhos vão roendo, roendo até que furam... o dente vai ficando todo estragado (C)

Considerações Finais

A prática educativa dentro dos serviços de saúde é relativamente comum aos trabalhadores de saúde, e rotina para os

engajados na estratégia de saúde da família em Acaraú. Porém, para que ela sirva como instrumento de transformação social é necessária uma avaliação contínua e processual sobre como ela vai se expressar.

A concepção de educação em saúde utilizada durante as ações educativas é bastante variável. Entre as concepções citadas por Homem D'El Rey (2000), parecem ser trabalhadas com mais intensidade a Educação em Saúde Tradicional e a Educação em Saúde Participativa. A primeira é unilateral, normatizadora, desconsidera a realidade social, concentra-se no cuidar para não adoecer e realiza-se através de palestras. Já a segunda, compreende a multicausalidade do processo saúde-doença, é bilateral, participativa e mais próxima da realidade dos sujeitos envolvidos, sendo realizada em reuniões e discussões em grupos.

Os dados analisados levaram a interpretar que as ações educativas, realizadas com o propósito de promover mudanças, estão se limitando a pura “transmissão de conhecimentos” e “culpabilização” dos escolares que por vezes são vítimas dentro do processo saúde-doença, no qual se conhece a grande influência dos fatores externos determinantes.

Os participantes das atividades educativas conhecem as doenças bucais, principalmente a cárie dentária, e suas consequências, como as dores de dentes e as consequências pós-extração. A estética e a preocupação no relacionamento social se mostraram como fatores importantes dentro do contexto social em que os escolares estão envolvidos. Os desenhos revelaram principalmente o lado negativo dos problemas bucais com dentes cariados e dores com envolvimento psicológico. O reconhecimento da doença cárie, em si, está presente no imaginário

dos escolares, porém outras doenças como as periodontites e as más oclusões não são mencionadas e que não podem ser desprezadas, tendo em vista as mudanças nos perfis epidemiológicos em idade mais avançadas.

O entendimento dos escolares sobre a evolução das doenças bucais limita-se ao aspecto biológico, provavelmente devido ao olhar biomédico centrado e predominante nas atividades educativas. Os educandos passam a conhecer a evolução das doenças como dependente da atuação de microrganismos que “furam e roem” os dentes. O descuido na escovação e a ingestão de alimentos com açúcar são fatores primordiais na opinião dos escolares, para evolução das doenças da boca. Os desenhos de chicletes, chocolates e bombons são retratados como grandes vilões no desenvolvimento da cárie. Parece haver grande repúdio ou até proibição às guloseimas no contexto das atividades educativas.

As alterações nos hábitos preventivos que ficaram perceptíveis na pesquisa se limitaram a modificações nos hábitos de escovação e na quantidade de açúcar na alimentação. Por ouvirem com frequência nas ações educativas, o bordão escovar os dentes “três vezes ao dia”, foi muito utilizado entre os escolares, que o memorizam e o repetem sem haver reflexão consistente. Além disso, a escovação é muito vista como a salvação para evitar ou minimizar os danos das doenças bucais, onde a falha nesta ou a “falta de cuidados”, parece ser o fator mais importante no desencadeamento do “estrage” nos dentes.

Faz-se urgente uma revisão das teorias de ensino-aprendizagem para os trabalhadores de saúde bucal de Acaraú, capacitando-os para realização de atividades educativas à população com base em metodologias ativas. O aporte construído em ati-

vidades educativas rígidas, com transferência de conhecimentos desmotivadores, torna a população alienada, dependente e pouco consciente de seus problemas, impossibilitando mudanças para melhoria das condições de saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ACARAÚ. **A saúde em Acaraú: Ações Implementadas pelo Sistema Público Municipal em 2003.** 2004. 40p.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento.** 3. ed. São Paulo: Harbra, 1986. p. 187-218.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Anais da 1ª Conferência Microrregional de Saúde de Acaraú. Acaraú, 2000. 59p.

COSTA SILVA, C.M. MENEGHIM, M.C., PEREIRA, A.C., MIALHE, F.L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva** v.15, n5, 2010, p.2539-2550.

SOUZA, T.M.S. RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Caderno de Saúde Pública** v. 23, n.11, 2007, p. 2727-2739.

SANTOS, S.F. CAMPINAS, L.L.S.L, SARTORI, J.A.L. A afetividade como ferramenta na adesão às orientações sobre educação em saúde bucal na saúde da família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n.1, 2010, p.109-119.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 144p.

_____. **Pedagogia do Oprimido.** 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213p.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2001, p.161-181.

GIUDICE, A. C. M. P. PEZZATO, L. M. BOTAZZO, C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Saúde em Debate.** v.37, n.96, 2013, p.32-42.

HOMEM D'EL REY, D.C. Paradigmas de Educação em Saúde. **ÁGERE – Revista de Educação e Cultura**. Salvador, v.2, n. 2, p.53-60. 2000.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 07 de abril de 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2008. 269p.

NUTO, S.S. **Avaliação cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe-CE**: a vez e a voz do usuário. Fortaleza, 1999. (Dissertação Mestrado). Disponível em http://www.planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_teses/sharmenia.pdf Acesso em 15 de maio de 2004. 30p.

SILVEIRA FILHO, A.D. **A Saúde Bucal no PSF**: o desafio de mudar a prática. Disponível em <http://www.saude.gov.br> Acesso em 15 de maio de 2004. 8p.

SOUZA FILHO, M.D. CARVALHO, G.D.F. MARTINS, M.C.C. Consumo de alimentos ricos em açúcar e cárie dentária em pré-escolares. **Arq. Odontol.**, v. 46, n.3, 2010, p. 152-159.

TAGLIETTA, M.F.A. BITTAR, T.O. BRANDÃO, G.A.M. VAZQUEZ, F.L. PARANHOS, L.R. PEREIRA, A.C. Impacto de um programa de promoção de saúde escolar sobre a redução da prevalência da cárie em crianças pré-escolares de Piracicaba-SP. **RFO** v.16, n. 1, 2011, p. 13-7.

WASHINGTON, Washington State Department of Health Adolescent Needs Assessment. **Oral health**. 2010; January p. 1-4. Disponível em: www.doh.wa.gov Acessado em 15 de junho de 2010.

PREPARAÇÃO PARA O PARTO DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS

Herla Maria Furtado Jorge
Maria Yolanda Makuch
Nelson Filice de Barros
Juliana da Fonseca Bezerra
Raimunda Magalhães da Silva

Reflexões introdutórias acerca da gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência é considerada, mundialmente, um problema relevante de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como naqueles considerados em vias de desenvolvimento (FERREIRA *et al.*, 2012). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) sinalizam uma preocupação crescente, quanto à gravidez na adolescência, pois 16 milhões de adolescentes, entre 15 e 19 anos, já experimentaram a maternidade (OMS, 2011).

Na América Latina, devido à baixa renda econômica, social e cultural, a ocorrência da gravidez na adolescência torna-se cada vez mais crítica. Muitos países desenvolvidos apresentam os números mais elevados nesta fase, por exemplo, nos EUA e Canadá 33,8% e 24,9% por mil nascimentos são adolescentes entre 15 e 19 anos (MENDOZA, 2003).

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indica que existe, aproximadamente, 45 milhões de adolescentes, configurando um aumento no número de ado-

lescentes grávidas no país. Entre 2011 e 2012, o total de filhos gerados, quando as mães tinham entre 15 e 19 anos, quase dobrou: de 4.500 para 8.300 (IBGE, 2010).

De acordo com a Who (2006), 10% dos partos mundiais correspondem a adolescentes. Segundo a mesma fonte, essa taxa corresponderia a 18% dos partos ocorridos no Brasil (WHO, 2006). Dados do Ministério da Saúde do Brasil revelam que o número de partos em adolescentes tem diminuído nos últimos anos (444.056 partos em 2009 para 572.541 em 2005) (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que a gestação e o parto na adolescência acontecem em um período da vida caracterizado por transformações anatômicas, fisiológicas e psicossociais (BRASIL, 2005). Por sua vez a gestação também é permeada por alterações corporais, emocionais, momentos de tensão, medo e insegurança. (LOPES; DONELLI; PICCININI, 2005). Portanto o parto de uma adolescente precisa ser assistido de forma singular pelos (as) profissionais de saúde, pois essas jovens, com frequência, experimentam insegurança perante o momento obstétrico e o próprio futuro (MCCALLUM, 2006).

Ao se discutir a preparação de adolescentes grávidas para o parto, não se pode desconsiderar o significado atribuído à gestação e ao parto na adolescência. É imperioso ressaltar que a ocorrência da gravidez na adolescência e a maternidade, frequentemente, permeado por desigualdades sociais, dentre outros fatores. Contudo, faz-se necessária a realização do pré-natal diferenciado para esta faixa etária e maior atenção aos problemas psicossociais dessas gestantes, na busca pela redução das complicações de morte materna e infantil (RODRÍGUEZ; AGUILERA, 2011).

Diante desse panorama é que o Ministério da Saúde investe na criação de políticas que retomam uma assistência integral ao adolescente, bem como a vivência humanizada da gestação e do parto. Em 1996, publicou o Programa Saúde do Adolescente, em seguida, propôs o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 1996; BRASIL 2000; BRASIL; 2006; BRASIL, 2009).

Contudo, infere-se a importância da promoção da saúde de adolescentes para possibilitar uma vivência positiva da gestação e do parto. Conforme Santos *et al.* (2012), a promoção da saúde desse grupo exige o desafio da adoção de estratégias mais eficazes para uma participação mais efetiva no processo de saúde dos mesmos.

Para que seja possível articular as ações propostas pelas políticas públicas e a prática assistencial nesta população, faz-se necessário instituir ações de promoção da saúde com foco na preparação para o parto. Segundo o Ministério da Saúde (2001), esta preparação envolve uma abordagem de acolhimento à mulher e ao seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações e um preparo físico e psíquico da mulher, para possibilitar o seu “empoderamento” durante o processo de parturição.

Para Makuch *et al.* (2007), o processo de preparação para o parto deve incluir momentos de informação sobre as mudanças corporais e emocionais que acontecem durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, tipos de parto e rotinas institucionais, além disso, devem ser introduzidas atividades referentes ao trabalho corporal.

Com o objetivo de conhecer e analisar publicações que abordem o atendimento a adolescentes grávidas, fez-se uma busca não sistematizada na literatura em abril de 2013, utilizando os descritores “parto”, “adolescentes” e “gestação”, nas bases de dados eletrônicas Scielo, Lilacs e Bireme. Ao todo foram encontrados 1511 artigos nacionais e internacionais. Em uma segunda etapa foram consideradas as publicações nacionais, que focavam os aspectos físicos e emocionais intrínsecos na preparação para o parto de adolescentes. Foram selecionados 17 artigos, e, destes, apenas oito cotejaram a discussão deste capítulo. Após a análise dos títulos e resumos, não se evidenciou referências específicas à preparação para o parto de adolescentes, constituindo, desse modo, uma lacuna na elaboração desse conhecimento.

Esta lacuna suscita estudos nessa temática e nos impulsiona a investigar essa problemática, com o intuito de compreender a reorientação dos serviços na busca pela retomada de um novo olhar sobre a preparação para o parto de adolescentes. Assim, por meio de reflexões teóricas, pretende-se cotejar as práticas de preparação para o parto de adolescentes grávidas, com as concepções elencadas pelo Ministério da Saúde (MS) e outras publicações dos últimos 10 anos que remetem ao debate sobre os aspectos físicos e emocionais na busca pela a preparação para o parto de adolescentes.

Sentidos atribuídos por profissionais do centro obstétrico à preparação para o parto de adolescentes grávidas

As concepções postas a seguir pautam-se na análise de dois estudos realizados com trabalhadores do centro obstétrico de um hospital Universitário no Sul do país, que tinham como objetivo analisar as práticas desenvolvidas na assistência

à adolescente, por meio de uma abordagem qualitativa e quantitativa.

De acordo com o Ministério da Saúde, a saúde do adolescente é prioridade desde 1991, quando se constatou a vulnerabilidade desta população aos agravos de saúde, bem como nas questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros que determinam a necessidade de atenção mais específica e abrangente (BRASIL, 1996).

Para o MS, ainda, a importância do profissional de saúde neste processo emergiu há mais de uma década, devendo-se, dessa forma, considerar as especificidades da mulher durante esse período. Estudos que retratam a atenção ao parto nessa faixa etária, em sua maioria, estão direcionados aos problemas biopsicossociais que podem advir da maternidade precoce, e aos riscos obstétricos e neonatais do ciclo gravídico-puerperal, evidenciando, assim, uma lacuna no que concerne a perspectiva da humanização na assistência ao parto de adolescentes, que ainda é pouco abordada nos estudos (SPINDOLA; SILVA, 2009).

A atuação dos trabalhadores de saúde e sua participação na efetivação da atenção humanizada ao parto de adolescentes foi estudada por Busanello *et al.* (2011), os quais objetivaram analisar as práticas desenvolvidas na assistência à adolescente, a partir do relato dos trabalhadores de um Centro Obstétrico de um Hospital Universitário, com base na proposta de humanização do parto do Ministério da Saúde.

Os dados desse estudo foram analisados à luz das recomendações postas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), contidas no PHPN (2001), na assistência ao parto nor-

mal. De acordo com as concepções dos profissionais, as parturientes receberam orientações sobre as formas de relaxamento durante o trabalho de parto, sendo elas: técnicas de respiração; o banho morno; a deambulação e massagem lombar.

Esse achado corrobora com a proposta da PHPN, ao requerer o envolvimento e a aderência dos trabalhadores da saúde, mediante a compreensão de que a forma como é assistido e vivenciado esse processo pode ser decisiva para a promoção de uma maternidade segura, especificamente para a parturiente adolescente (BRASIL, 2002).

Neste sentido, a finalidade da assistência prestada é melhorar o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo, suas condições de saúde, além de ampliar sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto neste momento de sua vida (BRASIL, 2001).

Destaca-se que a Política Nacional de Humanização (PNH) permeia as diferentes ações e jurisdições de gestão do SUS, sustentada na indivisibilidade entre atenção, gestão e produção de saúde, superando limites e experimentando formas de organizar os serviços (BRASIL, 2004).

Ao refletirmos sobre as práticas de preparação para o parto de adolescentes, não se pode desconsiderar a importância da presença do acompanhante durante esse momento. Busanello *et al.* (2011) ao estudarem a fragilidade na assistência prestada, quanto à presença do acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto, evidenciaram que este fato vislumbra a desarticulação do ideário da humanização da atenção do parto proposto pelo MS que considera a participação e o envolvimento da família neste processo.

Para ancorar esse achado, o estudo de Brüggemann, Osis e Parpinelli (2007), realizado com 11 profissionais da saúde e 16 acompanhantes no centro obstétrico de uma maternidade em Campinas-SP, constatou que a presença do acompanhante possibilita mudanças positivas na assistência; apoio emocional à parturiente, que fica mais satisfeita, segura e tranquila e que o acompanhante não causou problema e fez o profissional ter atitude mais humana e menos rotineira.

Nesse contexto, ressalta-se que para concretizar uma assistência pautada no ideário da humanização, além da presença do acompanhante de escolha, faz-se necessário haver uma boa articulação da equipe multiprofissional. Winckl, Brüggemann e Monticelli (2012) realizaram um estudo com 11 enfermeiras que atuavam na assistência ao parto em hospitais e/ou domicílio no estado de Santa Catarina com o objetivo de identificar o conhecimento destas em relação à responsabilidade profissional na assistência ao parto.

O estudo mostrou que as disputas de espaço no cenário do parto e nascimento devem-se, muitas vezes, à desinformação quanto à finalidade da atuação das enfermeiras obstétricas e do claro receio de que essas profissionais extrapolem o limite de suas competências e os médicos sejam responsabilizados por eventuais falhas (WINCKL; BRÜGGEMANN; MONTICELLI, 2012).

Vale ressaltar que o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), embora não estejam previstos tópicos especiais sobre a saúde reprodutiva dos adolescentes, assegura o direito ao acompanhante, identificado como responsável legal, durante a assistência ao ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 1990).

Destaca-se ainda que as ações básicas propostas pelo PROSAD (Programa de Saúde do Adolescente) propõem planejar e desenvolver práticas educativas e participativas que permeiem todas as ações dirigidas aos adolescentes, assegurando a apropriação de conhecimentos necessários para um maior controle de sua saúde.

Silva *et al.* (2011), ao realizarem um estudo com 48 profissionais da saúde de um centro obstétrico do hospital de ensino do sul do Brasil, objetivando conhecer a concepção dos profissionais sobre o parto humanizado de adolescentes, constataram que existe uma grande diferença no modo de pensar e fazer saúde nas diferentes categorias profissionais.

Esse dado diverge das diretrizes propostas pelo PHPN ao preconizar que os profissionais de saúde devem estar preparados para prestar um atendimento individualizado, direcionado para as reais necessidades das parturientes, durante todo o processo de parturição.

Estudos comprovam que, ao chegar à maternidade, a paciente busca um atendimento humanizado e um pré-parto individualizado, no entanto, falta o treinamento da equipe para que isso aconteça (SILVA *et al.*, 2011). Diante dessa realidade, fazem-se necessárias mudanças profundas, no sentido de qualificar o cuidado às parturientes, adotando práticas baseadas nos princípios da humanização propostos pelo MS.

Por isso, Silva *et al.* (2011) sinalizam que os profissionais de saúde, treinados e capacitados para o atendimento ao parto de forma humanizada, são capazes de reconhecer que a parturiente tem autonomia no seu processo de parturição, respeitando, assim, suas escolhas de com quem e como quer parir.

Em contraponto, o estudo aponta que a maioria dos profissionais ainda mantém a assistência pautada no modelo hegemônico biomédico, onde o médico é o detentor do poder e muitas vezes desconsideram os direitos da parturiente adolescente (SILVA *et al.*, 2011).

Frente a esse fato, vale ressaltar que a adolescente, ao vivenciar o parto, convive com a impessoalidade dos profissionais que lhe impõem comportamentos estabelecidos, contribuindo, dessa forma, para o distanciamento do ser que recebe a assistência, no sentido de não compreender o cuidado fundamentado na vivência do parto normal para a adolescente (SILVA; LOPES; DINIZ, 2004).

Os profissionais reconhecem que para uma assistência adequada de preparo da gestante para o parto é fundamental que as ações comecem durante o pré-natal, pois os profissionais carecem de qualificação para fornecer informações sobre o processo de parturição, as técnicas de relaxamento, orientações com relação ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido (RN) (SEIBERT, 2008).

Partindo dessa conjectura, vislumbram-se as recomendações da PHPN ao preconizar que a parturiente tem o direito de ser orientada sobre o parto e as formas de relaxamento para aliviar a dor, como: massagem, banho, deambulação, cuidados de higiene e conforto e, além disso, deve receber informações sobre o aleitamento materno e, se possível, realizar uma visita à maternidade para que possa familiarizar-se com o local.

Apesar dos profissionais de saúde conhecer a proposta de atenção humanizada ao parto preconizada pelo Ministério da Saúde, ainda mantém uma assistência hegemônica, pautada

em ações intervencionistas e, muitas vezes, desconsideram os direitos das parturientes, tornando-as meras espectadoras de seus próprios partos.

Sentidos atribuídos pelas adolescentes grávidas e puérperas acerca da preparação para o parto

O modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento configurado nos dias atuais tem negligenciado as orientações de organismos e legislações nacionais e internacionais, liderados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apontando, assim, a necessidade de modificar o modelo obstétrico em vigor (OMS, 1996; BRASIL, 2004). Esse fato nos impulsiona a vislumbrar a visão das adolescentes grávidas e puérperas, acerca da preparação para o parto.

Em busca da compreensão desse fenômeno no Brasil, apresentaremos os resultados de estudos realizados com gestantes e puérperas em maternidades de Salvador, Rio de Janeiro, São José do Rio Preto e Mossoró, que abordaram as questões desde o acolhimento da gestante na atenção básica até o acompanhamento do parto na rede do SUS.

A vivência do parto normal atualmente é munida por entraves, tais como mitos e tabus construídos sobre o processo de parturição, a falta de informação quanto aos diferentes tipos de parto, o processo de formação em saúde que ainda tende a privilegiar os aspectos biológicos, com uma prática intervencionista para a dinâmica do parto, e as condições dos serviços oferecidos à população assistida pelo SUS (MERIGHI; GUALDA, 2009; MORAIS, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), a aquisição de informações precisas sobre as alterações físicas e emocionais e

sobre o processo de parturição tende a facilitar a tranquilidade neste momento e torná-la mais receptiva ao processo fisiológico que se desenrola no seu corpo.

Além das dificuldades inerentes à falta de informação durante a assistência ao parto de adolescentes, é evidente a ineficiência do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Um estudo realizado com 328 puérperas adolescentes, em maternidades da rede SUS-RJ, sinalizou que 11,3% das adolescentes procuraram a mesma maternidade duas vezes e 6,7%, três vezes antes de conseguir a internação. Frente a esse achado, constatou-se a insuficiência do atendimento prestado, desde a orientação dada no pré-natal, quanto ao momento adequado para procurar da maternidade (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010).

Por outro lado, para assegurar um atendimento integral ao adolescente no SUS, o Estatuto da Criança e do Adolescente explicita em seu artigo 11º a garantia do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2001). No entanto, a realidade configurada atualmente é arraigada pela desarticulação do atendimento à mulher, incipiência dos serviços de saúde para operar na lógica de rede de cuidados progressivos e os mecanismos de alocação dos recursos públicos com foco na produção de ações de saúde e as práticas de atenção e gestão da saúde conservadoras (BRASIL, 2011).

Para compreender o conhecimento das adolescentes grávidas acerca do parto e nascimento, Morais *et al.* (2012) realizaram um estudo com doze adolescentes nuligestas e evidenciaram que as adolescentes possuíam um conhecimento limitado sobre o assunto. Tais limitações permeiam a ineficiência das

informações sobre a gravidez e o tipo de parto que tendem a ser compartilhadas apenas no momento em que a mulher engravida. Este fato favorece uma dimensão não valorizada da gestante; e o parto normalmente é representado pelas mulheres como um universo complexo de expectativas e idealizações, potencializando a existência do estigma de que este tipo de parto é arriscado para a mãe e o bebê, levando a muita dor e desconforto.

Contudo, faz-se necessário uma atuação educativa de grupos organizados da sociedade, por profissionais e mulheres, com o intuito de tornar as mulheres sujeitos da comunidade, rompendo com essa relação de poder desigual entre médicos e pacientes. Para o MS (2002) é imprescindível atuar desde a base, a partir da formação da cidadania, ajudando a construir novos conceitos que tenderão a gerar novas práticas futuras.

Gomes, Fonseca e Roballo (2011) afirmam que o cuidado focado na parturiente adolescente tem pouca visibilidade, pois raros são os estudos que investigam as necessidades das adolescentes durante o trabalho de parto, ou mesmo as repercussões do momento do parto na vida das jovens. As autoras realizaram um estudo com sete adolescentes internadas na Unidade Obstétrica de um Hospital Universitário do extremo Sul do Brasil, com o objetivo de compreender as representações sociais de adolescentes mães, acerca do parto. Corroborando com o estudo de Moraes *et al.* (2012), o estudo de Gomes, Fonseca e Roballo (2011) constatou que as adolescentes mencionaram que suas representações são fortemente influenciadas pela interação com familiares, vizinhas e amigas.

O estudo em questão evidenciou ainda que, quando questionadas sobre o tipo de parto desejado, cinco das informantes referiram ‘o parto normal’, deixando evidente a representação

de que, embora fosse um evento doloroso, era o melhor, e complementaram referindo tratar-se de uma dor passageira.

A dor do parto foi evidenciada em outros estudos e considerada algo bem vivo para as adolescentes, no entanto, cada uma vivenciou esse momento de forma particular, ancorada em suas crenças, experiências e práticas (MCCALLUM; REIS, 2006). A partir dessa compreensão, pode-se evidenciar que a adolescência, em meio ao seu momento de busca de identidade e de vivência do parto é considerada um fenômeno psicossomático, cujas características são determinadas por múltiplas facetas do contexto cultural e pela individualidade da parturiente (SILVA; LOPES; DINIZ, 2004).

Tecendo algumas reflexões entre os sentidos atribuídos e suas diferenças

Os textos que subsidiaram essa reflexão são referentes às políticas, programas e recomendações do Ministério da Saúde, contemplando o Programa Saúde do Adolescente; Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento; Manual Parto, Aborto e Puerpério - assistência humanizada à mulher; e a proposta da Rede Cegonha. Para esse percurso reflexivo, vinculamos as interpretações dessas vertentes técnicas e suas aproximações, com as práticas de promoção da saúde para adolescentes.

Os estudos analisados remetem a necessidade da reestruturação das políticas sociais e econômicas, direcionadas a participação comunitária e valorização do trabalho em equipe multidisciplinar no processo de integração com instituições e comunidade, estas que, precisam estar articuladas para a solução dos problemas.

Constatou-se que a preparação para o parto de adolescentes é modelada por influências culturais e biomédicas, que podem determinar a alta prevalência pela escolha do tipo de parto e que tais influências emergem das relações de poder dos profissionais de saúde que desvalorizam a escolha da mulher. Promover a educação das adolescentes grávidas fortalece o conhecimento e a autonomia destas frente as suas escolhas, pois o pouco conhecimento acerca do processo fisiológico do parto as tornam subordinadas às escolhas de profissionais e fortalece a medicalização do corpo feminino.

A análise dos estudos aponta para a necessidade de articulação das ações direcionadas ao fortalecimento da atenção básica, no que concernem as ações de promoção da saúde direcionadas a preparação para o parto de adolescentes. A existência da barreira na comunicação entre as adolescentes e os familiares potencializa a perda do vínculo e a desinformação das adolescentes quanto à gestação e o parto.

Contudo, faz-se necessária uma reestruturação política direcionada as ações de educação sexual nas escolas, com a inserção dos pais e profissionais de saúde, pois atualmente essas ações acontecem de forma pontual, desarticuladas e superficiais onde a informação é transmitida e não refletida e ressignificada, potencializando a verticalização entre as instituições, família, profissionais e os adolescentes.

Preparar a adolescente para viver o momento do parto potencializa a busca da autonomia da mulher, garante o maior envolvimento emocional entre mãe e bebe e promove a formulação de expectativas realistas sobre o parto, desencadeando maior preparação e participação ativa da mãe.

Vale ressaltar que mesmo que a gravidez na adolescência seja considerada um problema de saúde pública, não se pode desconsiderar o aumento pelo desejo da maternidade nessa fase da vida, não significando, necessariamente, um problema e sim a concretização de um desejo que deverá ser vivenciado com conhecimento e autonomia.

Embora haja discussões acerca da escolha pelo tipo de parto, poucos estudos denotam a importância dos aspectos emocionais, físicos e sociais que permeiam a preparação para o parto na adolescência. Pensar nessa perspectiva retoma a necessidade de reflexão acerca das ideias previamente concebidas e possibilita repensar como as práticas de atenção à saúde das adolescentes estão sendo estruturadas e desenvolvidas pelos profissionais inseridos nesse contexto.

Os estudos sinalizam que a efetivação da atenção humanizada depende, principalmente, da estrutura organizacional da rede de atenção básica, instituições hospitalares e de uma equipe de saúde comprometida para acolher a gestante adolescente, seu companheiro e a família.

Acredita-se que a efetivação das ações educativas sobre a preparação para o parto de adolescentes possa desmistificar o estigma presente em nossa sociedade a respeito do parto e permitir que as adolescentes optem por escolhas conscientes sobre práticas médicas relativas a seu corpo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria executiva. **Coordenação da saúde da criança e do adolescente. Programa saúde do adolescente.** Bases programáticas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento.** Brasília. DF; 2000.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. 2001.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização.** Brasília (DF), 2004.

BRASIL. Área Técnica de Saúde da Mulher, Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF); 2005.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 08 de abril de 2005.** Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da República, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.** Brasília, 2006.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências. 1990 Set [citado em abr. 2009]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 28 de abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha.** Brasília, DF; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil acelera redução de gravidez na adolescência**. Brasília DF, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalhe-Noticia&cid_area=124&CO_NOTICIA=11137>. Acesso em: 28 de maio de 2013.

BRUGGEMANN, O.M; OSIS, M.J.D; PARPINELLI, M.A. **Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher**. *Rev. Saúde Pública*, v.41, n.1, p.44-52, 2007.

BARBASTEFANO, P.S; GIRIANELLI, V.R; VARGENS, O.M.C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. *Rev Gaucha Enfermagem*, v.31, n.4, p.708-714, 2010.

BUSANELLO, J; KERBER, N.P.C; SASSI, R.A.M; *et al.* Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. *Rev. bras. Enferm*, vol.64, n.5, p. 824-832, 2011.

DIAS, M.A.B; DOMINGUES, R.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.10, n.3, p.669-705, 2005.

FERREIRA, C.L; BRAGA, L.P; MATA, A.N.S; LEMOS, C.A; MAIA, E.MC. Repetição de gravidez na adolescência: estudos sobre a prática contraceptiva em adolescentes. *Estud. Pesqui. Psicol*, v. 12, n. 1, p. 188-204, 2012.

GOMES, V.L; FONSECA, A.D; ROBALLO, E.C. Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. *Rev Esc Anna Nery Enfermagem*, v.15, n.2, p.300-305, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2013.

LOPES, R.C.S; DONELLI, T.S; LIMA, C.M. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicol Reflex Crit**, v.18, n.2, p.247-54, 2005.

MAKUCH, M.Y; OSIS, M.J.D; CECATTI, J.G. **Melhoria do atendimento humanizado no trabalho de parto e parto no hospital estadual de Sumaré**. Relatório Final, v.1, p.01-70, 2007.

MCCALLUM, C; REIS, A.P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.7, p.1483-1491, 2006.

MENDOZA, J. Adolescentes grávidas. **Cuban Rev. Obstet Gynecol**, v.29, n.3, 2003.

MERIGHI, M.A.B; GUALDA, D.M.R. O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n.2, p.265-270, 2009.

MORAIS, F.R.R. **A humanização no parto e no nascimento**: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira. Tese de Doutorado, Programa de Pós Graduação em Psicologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

MORAIS, F.R.R; NUNES, T.P; VERAS, R.M.A; MEDEIROS, L.F. Conhecimentos e expectativas de adolescentes nuligestas acerca do parto. **Psicol. Estud**, v.17, n.2, p.287-295, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Care in normal birth: a practical guide. Maternal and newborn health safe motherhood unit**.Geneva: world Health Organization; 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countris**, 2012. Disponível em <<http://whqlibdoc>.

who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2013.

RODRIGUEZ, Y.F; AGUILERA, J.R.E. Comportamento de gravidez na adolescência. **Revista Pediatria**, v. 8, n.1, 2011.

SANTOS, A.A.G; SILVA, RM; MACHADO, M.F.A.S; VIEIRA, L.J.E.S; CATRIB, A.M.F; JORGE, H.M.F. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol.17, n.5, p. 1275-1284, 2012.

SEIBERT, S.L; GOMES, M.L; VARGENS, OMC. Assistência Pré-Natal da Casa de Parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. **Esc Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.4, p.758-764, 2008.

SILVA, M.O; LOPES, R.L.M; DINIZ, N.M.F. **Vivência do parto normal em adolescentes**. **Rev. bras. enferm.** V.57, n.5, p.596-600, 2004.

SPINDOLA T; SILVA, L.F.F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v.14, n.1, p.99-107, 2009.

WINCK, D.R; BRUGGEMANN, O.M; MONTICELLI, M. **A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas**. **Esc. Anna Nery**, v.16, n.2, p.363-370, 2012.

FLUXO EXPIRATÓRIO COMO MANOBRA DE HIGIENE BRÔNQUICA NO TRATAMENTO DE PNEUMONIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Luciana de Carvalho Pádua Cardoso
Maria Vieira de Lima Saintrain
Carlos Roberto Silveira Corrêa

INTRODUÇÃO

A pneumonia definida como infecção associada a uma inflamação do trato respiratório inferior, manifestada por consolidação dos alvéolos pulmonares ou infiltração do tecido intersticial por células inflamatórias (SARMENTO, 2009), pode corromper os mecanismos de defesa pulmonar provocando alterações no muco brônquico que detém os microorganismos; nas células epiteliais ciliadas que transportam a secreção em direção à traquéia e laringe onde é deglutida; e nos macrófagos alveolares que englobam e neutralizam os agentes invasores. Os transtornos nessa proteção podem desencadear acúmulo de secreção nos pulmões e nas vias respiratórias pela deficiência do sistema mucociliar (TARANTINO, 2007).

O quadro de hipersecreção, causado pela infecção pulmonar, ocasiona uma diminuição da eficiência de expansibilidade pulmonar e elevação da resistência das vias aéreas e do trabalho respiratório. Por conta disso acontecerá o “efeito shunt” que é a alteração na capacidade de troca gasosa provocando hipóxia - deficiência de oxigênio nos tecidos orgânicos

e hipercapnia - aumento do gás carbônico no sangue arterial (Diretrizes Brasileiras, 2007).

Na infância, as pneumonias podem ocorrer por várias etiologias, sobretudo virais e bacterianas, prevalecendo nos dois primeiros anos de vida. Rotineiramente costuma ser grave, no entanto seu diagnóstico precoce favorece a rapidez na eficácia do tratamento (TARANTINO, 2007).

O comprometimento desta patologia infecciosa pode ser observado a partir da avaliação pneumo-funcional, onde se comprova alterações importantes da mecânica respiratória que levam a um grande déficit na relação da ventilação/perfusão e, conseqüentemente, provoca problemas para atingir uma oxigenação apropriada (WEST, 2010).

A Fisioterapia Respiratória (FR) intervém no tratamento de crianças e adolescentes com pneumonia, diminuindo o risco de complicações respiratórias advindas da infecção presente e interferindo diretamente no quadro pneumônico do paciente, atenuando os sintomas e prevenindo o aumento da incidência da morbi-mortalidade (ZANETTI, 2011). É uma das modalidades de fisioterapia que consiste em técnicas manuais, posturais e cinéticas dos componentes tóraco-abdominais; elas podem ser aplicadas isoladamente ou em associação a outras técnicas e visam melhorar o sistema respiratório promovendo: higiene, ventilação, reexpansão, aumento de força da musculatura respiratória, melhora da mobilidade torácica, etc. São elas: aumento do fluxo expiratório (AFE), vibrocompressão, drenagem postural, freio labial, direcionamento de fluxo, inspiração em tempos (ANDRADE, 2010).

O AFE foi descrito pela primeira vez na França por J. Barthe, em 1976. A técnica é definida como um aumento ativo,

ativo-assistido ou passivo do fluxo expiratório. Apesar de poucos estudos, essa técnica é bastante utilizada e se mostra de grande valia principalmente quando a criança apresenta complacência torácica adequada para sua realização. Vale ressaltar que desde a I Conferência de Consenso em Fisioterapia Respiratória na cidade de Lyon – França, em 1994; a técnica intitulada “Aceleração de Fluxo Expiratório (AFE)” foi, por motivos de definição física, também denominada de “Aumento do Fluxo Expiratório”, por ampliar o tempo expiratório, podendo ser aplicada tanto na forma acelerada como lenta. (SARMENTO, 2007).

As doenças respiratórias ainda são importantes causas de morbidade e mortalidade nos países em desenvolvimento, principalmente em crianças de 5 anos. Uma das principais causas de mortalidade infantil no mundo são as infecções respiratórias agudas (IRAs). A fisioterapia respiratória é um tratamento adjunto nessas doenças, agindo no aumento da depuração mucociliar, na desobstrução das vias aéreas e na facilitação da ventilação e da troca gasosa (ZANETTI, 2011).

A rotina do uso de técnicas a fluxo segue as recomendações da Conferência do Consenso de Lyon de 1994, que incluem as técnicas de aumento do fluxo expiratório (AFE), expiração lenta prolongada, expiração lentatotal com a glote aberta em decúbito infralateral, drenagem autógena e tosse provocada. No entanto, dentre essas, a AFE é a mais usada na rotina do atendimento de crianças e adolescentes com comprometimento respiratório, embora ainda sem validação científica (PUPIN *et. al.*, 2009).

A obstrução patológica é um fenômeno intrínseco dos brônquios, como resultado de hipersecreção, inflamação da mucosa bronquial, edema ou broncospasmo; através de mano-

bras fisioterapêuticas aplicadas de maneira correta, essa obstrução pode ser reversível (PRESTO, 2009).

Portanto, a técnica de AFE sendo uma manobra de desobstrução, por realizar adequada ventilação alveolar, pressupõe-se que seja eficaz no tratamento de patologias que levam ao acúmulo de secreções, com conseqüente incapacidade do sistema respiratório, como a pneumonia.

A literatura é vasta em artigos que estudam o tratamento medicamentoso e os métodos de diagnóstico de pneumonia; porém existe escassez dos que relatam os resultados das intervenções fisioterapêuticas, incluindo o AFE, nesta patologia.

O objetivo deste estudo consistiu em avaliar a técnica de Aceleração de Fluxo Expiratório na higiene brônquica e na melhora subjetiva da mecânica respiratória em crianças com pneumonia.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo de caráter intervencionista, realizado no período de fevereiro a abril de 2008 com 20 crianças e adolescentes internadas em um hospital de atenção secundária na cidade de Teresina-PI.

Apesar de o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº. 8.069/90, reconhecer adolescente como a pessoa com idade entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990), para a Organização Mundial de Saúde, a adolescência corresponde ao período de faixa etária entre 10 e 19 anos (WHO, 2010).

No Brasil, este contingente com idade entre 10 e 19 anos representa cinquenta milhões de pessoas, o que importa em 18,5% da população brasileira onde 20,4% desse total está si-

tuado na região Nordeste (IBGE, 2007). Considerando esse contingente populacional e a relevância das ações que visam à prevenção às situações de risco, tornou-se obrigatória a implantação de políticas públicas para a adolescência (SESMG, 2006), constituindo desafio para os programas de saúde e a sociedade na organização da atenção integral à saúde para esta faixa etária.

Nesta pesquisa buscou-se identificar meios simples e eficazes no intuito de contribuir para o cuidado de crianças e adolescentes acometidas de pneumonia.

O universo do estudo configurou-se em um censo, visto que participaram do estudo todos os pacientes que foram identificados e classificados de acordo com o critério de inclusão.

Adotou-se como critério de inclusão pacientes com diagnóstico clínico de PAC, independente da etiologia e localização pulmonar, subsidiado pela radiografia de tórax, ausculta pulmonar evidenciando presença de secreção traqueobrônquica e dispnéia e como critérios de exclusão: fase inicial aguda da bronquiolite e a crise asmática ainda pouco secretante.

A coleta de dados foi iniciada por meio da observação do prontuário do paciente, no intuito de vincular as informações médicas aos elementos relevantes para a seleção e inclusão do paciente na pesquisa. Iniciou - se com a Avaliação Respiratória Fisioterapêutica, empregada para verificar as alterações presentes em cada paciente. Para isso, foi utilizada uma ficha de avaliação dividida em 2 etapas: a) etapa subjetiva na qual foram colhidos: identificação pessoal do paciente, diagnóstico médico, diagnóstico fisiofuncional, queixa principal inerente à patologia, história da doença atual (HDA), história da doença

pregressa (HDP) – patologias apresentadas anteriormente, antecedentes familiares, tratamentos anteriores, medicações em uso e exames complementares realizados, como radiografia e tomografia computadorizada do tórax; b) etapa objetiva composta pelo exame físico do paciente, realizado no leito, onde se verificou: (1) inspeção (estática / dinâmica) e palpação - tipo de tórax, amplitude respiratória, tipo respiratório, presença de tiragens, expansibilidade, frêmito tóraco-vocal, percussão, sinais vitais (FR, FC e temperatura); (2) ausculta pulmonar – para interpretação da qualidade do murmúrio vesicular (mv) (som fisiológico) e presença de ruídos adventícios; e (3) sinais e sintomas - tosse, hemoptise, palpitação, cianose, anorexia, febre e síncope. Ao final da ficha de avaliação foram inseridos espaços reservados para observações sobre a persistência da tosse, quantidade, cor, odor e consistência da secreção; e evolução do paciente – onde eram anotadas, antes e após cada atendimento, a FR e a ausculta pulmonar do paciente.

Após a avaliação do paciente foi aplicada a técnica de AFE de forma passiva; sendo realizada primeiramente a forma lenta, seguida da rápida. Esta técnica é utilizada para realizar higiene brônquica pulmonar, promovendo descolamento e redução do acúmulo de secreções levando a uma melhoria da mecânica respiratória e, conseqüentemente, normalização da relação ventilação/perfusão necessária para uma oxigenação adequada. (SARMENTO, 2007; ROZOV, 2012).

O protocolo estipulado consistiu de 1 atendimento diário durante 5 dias, com duração média de 20 minutos para cada sessão; cuidando para não fadigar o paciente. Durante todo o tempo de emprego da técnica, o paciente permaneceu em decúbito dorsal (posição supina).

Os resultados deste estudo foram registrados e interpretados, comparando os dados obtidos antes e depois da aplicação da técnica. O método estatístico utilizado foi o teste de pareamento de dados “*t* (student)” com nível de significância de 1%, através da disposição do cálculo da média das diferenças das frequências respiratórias antes e depois da aplicação do AFE ($d = 6,9$) e da variância ($S^2 = 8,73$). O teste foi realizado através da comparação das frequências respiratórias dos 20 pacientes no 1º dia antes da aplicação do AFE e no 5º dia após as intervenções fisioterapêuticas, tendo o propósito de resumir as informações para que se pudesse trabalhar com sínteses representativas do objeto de estudo.

A estatística descritiva foi empregada para evidenciar em porcentagem os resultados dos pacientes em relação a FR no 1º dia antes da aplicação do AFE e no 5º dia após o emprego do mesmo.

A pesquisa foi realizada após autorização do Diretor responsável pelo Hospital e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Integral Diferencial – FACID (Teresina-Pi), sob Parecer 009/2008.

Os responsáveis pelas crianças e adolescentes atendidos durante o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando com a participação destas na pesquisa. Os mesmos tornaram-se cientes do caráter confidencial dos seus dados, do conceito da pneumonia, dos benefícios da AFE com mínimo de riscos iminentes durante a aplicação da técnica, do direito à autonomia, sendo livres para desistir de participar a qualquer momento.

RESULTADOS

Dos 20 pacientes, 7 (35%) eram do sexo masculino e 13 (65%) do sexo feminino. A idade variou de menor de um ano até 11 anos, média de 4,7 anos ($DP \pm 3,511$), categorizada por 9 crianças (45%) com até 3 anos, 7 (35%) de 4 a 7 anos e 4 (20%) de 10 a 11 anos (Tabela 1).

Durante a ausculta pulmonar, no 1º dia de submissão dos pacientes, os dados coletados confirmaram a presença de murmúrio vesicular (mv) diminuído em 4 pacientes (20%) e presença dos seguintes ruídos adventícios: sibilos – 3 pacientes (15%), estertores crepitantes – 7 pacientes (35%) e roncos – 6 pacientes (30%).

Para melhor compreensão, fica demonstrada no Quadro I a Frequência Respiratória ideal, de acordo com Rozov (2004), em relação ao sexo e a idade.

Quadro I – Frequência respiratória de acordo com Rozov (2004) em relação ao sexo e a idade

Idade (anos)	Masculino	Feminino	Idade (anos)	Masculino	Feminino
0 a 1	31 ± 8	30 ± 6	9 a 10	19 ± 2	19 ± 2
1 a 2	26 ± 4	27 ± 4	10 a 11	19 ± 2	19 ± 2
2 a 3	25 ± 4	25 ± 3	11 a 12	19 ± 3	19 ± 3
3 a 4	24 ± 3	24 ± 3	12 a 13	19 ± 3	19 ± 2
4 a 5	23 ± 2	22 ± 2	13 a 14	19 ± 2	18 ± 2
5 a 6	22 ± 2	21 ± 2	14 a 15	18 ± 2	18 ± 3
6 a 7	21 ± 3	21 ± 3	15 a 16	17 ± 3	18 ± 3
7 a 8	20 ± 3	20 ± 2	16 a 17	17 ± 2	17 ± 3
8 a 9	20 ± 2	20 ± 2	17 a 18	16 ± 3	17 ± 3

Fonte: Rozov (2004), em relação ao sexo e a idade.

Na Tabela 1 visualizam-se os dados computados da idade, sexo, das frequências respiratórias de cada paciente, antes e depois da aplicação do AFE, utilizados para a consolidação dos testes estatísticos.

Tabela 1 – Dados estatísticos para representação das frequências respiratórias antes e depois da aplicação do AFE nos 20 pacientes atendidos durante a pesquisa

PACIENTES	IDADE	SEXO	1º DIA ANTES	5º DIA DEPOIS	di	(di - d)²
A	1 ano	Masculino	33	21	12	26,01
B	5 anos	Feminino	30	26	4	8,41
C	11 anos	Feminino	26	16	10	9,61
D	3 anos	Feminino	31	25	6	0,81
E	3 anos	Feminino	29	23	6	0,81
F	1 ano	Feminino	27	25	2	24,01
G	6 anos	Masculino	30	25	5	3,61
H	10 anos	Masculino	28	19	9	4,41
I	5 anos	Feminino	25	20	5	3,61
J	25 dias	Feminino	40	30	10	9,61
K	10 meses	Feminino	38	33	5	3,61
L	7 anos	Masculino	27	18	9	4,41
M	1 ano	Feminino	34	31	3	15,21
N	10 anos	Masculino	28	17	11	16,81
O	5 anos	Feminino	25	20	5	3,61
P	6 anos	Feminino	27	19	8	1,21
Q	10 anos	Masculino	25	17	8	1,21
R	2 anos	Feminino	30	26	4	8,41
S	2 anos	Feminino	32	27	5	3,61
T	7 anos	Masculino	31	20	11	16,81
Σ			596	458	138	165,8

Σ = somatória dos valores encontrados

di= diferença entre as FR

d = média das diferenças

Após aplicação do teste *t student*, como $t_{cal} > t_{tab}$ ($10,45 > 2,86$) ao nível de 1%, foi possível apontar diferença significativa entre a FR antes e depois da aplicação do AFE nos 20 pacientes. Observou-se o percentual médio de 23,16% ($\Sigma 1^\circ dia = 596 = 100\%$, $\Sigma 5^\circ dia = 458 = 76,84\%$, logo $\neq \Sigma di = 23,16\%$), em relação à melhoria da FR comparando o 1º dia antes da aplicação do AFE e o 5º dia após o emprego do mesmo.

DISCUSSÃO

Segundo dados propostos em Diretrizes Brasileiras (2007), a maioria das crianças tem de 4 a 6 infecções respiratórias agudas (IRA) por ano. Dessas, apenas 2-3% evoluem para pneumonia. Entretanto, 80% das mortes por IRA é devido à pneumonia. São vários os fatores de risco para IRA de uma maneira geral e para a pneumonia em particular. Os mais importantes são a desnutrição, a baixa idade e as co-morbidades que, juntamente com a gravidade da doença, podem concorrer para o desfecho letal. Outros fatores como baixo, peso ao nascer, permanência em creche, episódios prévios de sibilos e pneumonia, ausência de aleitamento materno, vacinação incompleta, variáveis socioeconômicas e ambientais também contribuem para a morbidade e a mortalidade.

A estimativa mundial da incidência de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) entre crianças menores de 5 anos é de cerca de 0,29 episódios/ano, que equivale a uma incidência anual de 150,7 milhões de casos novos, dos quais 11 a 20 milhões (de 7 a 13%) necessitam internação hospitalar devido à gravidade. Alguns estudos sobre o tema foram realizados no Brasil, 8,1% das internações foram causadas por pneumonia. Analisando os resultados apresentados na Tabela 1 pode-se observar a ocorrência de uma proporção semelhante aos dados encontrados pelos referidos autores (Diretrizes Brasileiras, 2007).

Nesta pesquisa detectou-se maior prevalência para a pneumonia no sexo feminino, contrapondo-se aos achados de que o sexo é um fator de risco para esta patologia de que o gênero masculino seria o mais afetado (ROSA *et al.*, 2008).

Na avaliação do paciente pediátrico com pneumonia, a ausculta pulmonar merece documentação cuidadosa. Apesar de

ser um método subjetivo, muitas vezes dificultado pela reação não colaborativa da criança ao contato com o fisioterapeuta, a ausculta é um meio rápido, de fácil acesso, não invasivo, de baixo custo e de ótimo direcionamento clínico; portanto, deve ser valorizada aliada a outras técnicas diagnósticas (SARMENTO, 2009).

As pesquisas científicas sobre os ruídos respiratórios em adultos se apresentam em número elevado; mas poucos são os trabalhos que retratam a ausculta pulmonar da criança e, mais especificamente, do lactente (PRESTO, 2009).

De acordo com Galvão e Santos (2009), pacientes com pneumonia podem apresentar durante a ausculta pulmonar: roncocal difusos - quando houver presença de grande quantidade de secreção; crepitações esparsas - quando a quantidade de secreção for menor e presença de murmúrio vesicular diminuído em bases pulmonares. O que confere com os dados encontrados durante este estudo.

Lopez e Campos Junior (2007) enfatizam que na pneumonia poderá haver ou não modificação da ausculta respiratória; abrangendo diminuição ou abolição do mv, ocorrência de sopro tubário ou som bronquial e apresentação de crepitações e/ou sibilos.

No estudo de Martins (2007), observou-se variação na ausculta pulmonar, verificando que a maioria das crianças com pneumonia permaneceu com o mv preservado; em seguida vieram as ocorrências de sibilos, estertores, mv diminuído e roncocal. Pupin *et al.* (2009) constataram alterações na ausculta pulmonar do paciente após a aplicação da fisioterapia respiratória; através da diminuição dos ruídos adventícios encontrados anteriormente e da melhora do murmúrio vesicular - que estava abolido e se tornou mais audível.

Os resultados deste estudo manifestam semelhança com o episódio exposto acima; apresentando melhora significativa da ausculta pulmonar de todos os pacientes submetidos à técnica de AFE. No último dia de aplicação da manobra os pacientes não apresentavam nenhum ruído adventício, apesar de 4 pacientes (B, G, N e O) permanecerem com o mv reduzido em ambas as bases pulmonares.

Auscultar a criança pequena e registrar seus sons pulmonares remete a algumas dificuldades próprias da faixa etária: a criança não tem capacidade de controlar sua respiração, seu ritmo respiratório é elevado e variável; acrescido da necessidade de garantir tranquilidade à criança no instante da ausculta; caso a mesma chore é preciso acalmá-la, e se a criança permanecer chorando, deve-se continuar a ausculta, pois a inspiração mesmo reduzida pelo choro fornece informações convenientes (GOBBI; CAVALHEIRO, 2009), o que expõe a necessidade de uma atenção contínua durante este processo.

Em pacientes infantis, além da queda do estado geral de saúde, o aumento da FR e alterações da ausculta pulmonar (como estertores crepitantes) são indicadores significativos para a detecção de acúmulo de secreção pulmonar em crianças com pneumonia (ROZOV, 2012).

Correlacionando os dados do Quadro I com a Tabela1, as informações supracitadas convergem com os dados encontrados. Observa-se nas crianças, antes da intervenção, que as mesmas apresentavam FR acima do considerado normal, de acordo com a idade e o sexo proposto por Rozov (2004), e após a intervenção, detectou-se uma redução da FR, deixando-a próxima ou dentro dos padrões de normalidade.

Neste estudo, o uso da técnica de AFE permitiu averiguar se as técnicas fisioterapêuticas promovem um acréscimo no recrutamento alveolar e descolam secreções pulmonares viscosas, favorecendo seu deslocamento pela árvore brônquica para que possam ser eliminadas, conforme Prado e Vale (2012).

De acordo com a estatística descritiva, o percentual médio de melhoria da FR nos 20 pacientes, comparando o 1º dia antes da aplicação do AFE e o 5º dia após o emprego do mesmo, foi de 23,16%. Mas, levando em consideração a evolução individual, a melhora foi muito mais expressiva.

Essa evolução individual pode ser ressaltada principalmente nos pacientes adolescentes (C, H, N, Q), onde evidenciou-se redução entre 8-11 incursões ventilatórias após aplicação da técnica, promovendo FR dentro dos padrões de normalidade. Sendo que apenas 2 pacientes (B e G) obtiveram o resultado um pouco abaixo do esperado; isso pode ter sido provocado pelo fato de que esses pacientes permaneceram inquietos nos primeiros dias de tratamento fisioterapêutico, durante aplicação do AFE.

Vaz (2010) relata que embora não exista variedade de trabalhos científicos validando a técnica de AFE, esta técnica vem sendo muito utilizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e na França. Para sua efetivação não há necessidade da colaboração do paciente e pode ser realizada com facilidade em lactentes e em pacientes intubados.

Na presente pesquisa, o uso da forma lenta teve por objetivo mobilizar secreções distais, enquanto da forma rápida, a eliminação de secreções da traquéia e dos brônquios proximais.

O uso de ambas as técnicas constatou efetividade no deslocamento das secreções, sendo facilitador para sua remoção, corroboradas por redução da secreção, com consequente melhora da ausculta pulmonar e diminuição da FR, antes alterada.

Esta pesquisa demonstra a efetividade da utilização do AFE como adjuvante no descolamento e remoção do excesso de secreções. No entanto, Tarantino (2007) enfatiza a ocorrência de estudos que sugerem que há maior eficácia na associação de manobras de higiene brônquica para eliminação da secreção, do que no uso isolado de manobras específicas.

Pesquisadores fizeram uso da técnica de AFE somente de forma lenta e puderam constatar diferença estatisticamente significativa quanto a diminuição da FR, na remoção de secreção, e por conta da desobstrução brônquica, mostrou-se eficaz na melhora da função pulmonar, por aumentar a saturação de pulso de oxigênio, reduzir a FC e a FR (DAMIANI e ROSA, 2006; MARTINS, 2007 e CAMPOS *et al.*, 2007).

Embora Poutney (2008) considere que a fisioterapia respiratória promove mais benefícios em crianças com fibrose cística, doença neuromuscular e atelectasia do que para pneumonia ou asma, o que se contrapõe aos achados desta pesquisa, na qual a aplicação com ênfase no AFE se mostrou favorável no tratamento de crianças com pneumonia, ocasionando alívio do quadro pneumônico - referente à diminuição do acúmulo de secreções e do trabalho respiratório, estando em consonância com o Consenso em Fisioterapia Respiratória, realizado em Lyon – França, em 1994, cuja obstrução brônquica deve ser combatida com técnicas de fisioterapia que visam à limpeza do muco brônquico das vias aéreas centrais e periféricas, como o AFE (MACHADO, 2008).

Embora no presente estudo, apesar dos pacientes continuarem em tratamento para a patologia em questão, não foram observadas complicações no quadro pneumônico.

Entretanto na pesquisa de Martins (2007), na qual 42 crianças internadas com diagnóstico médico de pneumonia se observaram complicações nas seguintes proporções: pneumotórax (2,4%), derrame pleural parapneumônico (2,4%), pneumatocele (2,4%) e atelectasia (30,9%). Sendo que, de todas as crianças atendidas, entre os tratamentos empregados com maior frequência, *constatou-se que 37 (88,1%) receberam AFE lento, 36 (85,7%) receberam temp lento, 3 (7,1%) receberam vibração, 4 (9,5%) receberam expiração lenta prolongada (ELPR), 21 (50%) vibrocompressão, 19 (45,2%) compressão e descompressão, 8 (19%) higiene nasal, 5 (11,9%) bloqueio torácico e 10 (23,8%) padrões ventilatórios.*

Em outros estudos detectaram abscesso pulmonar, atelectasia, pneumatocele, derrame pleural, septicemia, bronquiectasia, pneumotórax, empiema, derrame parapneumônico, pleurite; complicações citadas por Delgado (2009), Lopez e Campos Junior (2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados produzidos por esta pesquisa apontou eficácia da manobra de AFE na remoção do excesso de secreções e redução da FR em crianças e adolescentes com pneumonia. As hipóteses iniciais foram confirmadas, demonstrando que a referida técnica pode promover a higiene brônquica, evitar complicações decorrentes dos quadros pneumônicos e normalizar a mecânica respiratória.

Portanto, a utilização do AFE como técnica adjuvante se mostrou eficaz para o quadro respiratório de criança e adolescentes com pneumonia, reiterando a necessidade da Fisioterapia Respiratória para estes pacientes.

Sendo assim, sugere-se que práticas como AFE sejam incluídas nos programas de controle das IRAs e nas Ações Básicas para Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, baseando-se em padrões de procedimentos para diagnóstico e terapêutica, que orientam condutas diferenciadas, bem como investimento e desenvolvimento de pesquisa nesta área.

Espera-se que este material represente uma contribuição na melhoria da atenção prestada à saúde da criança e do adolescente que, associada a medidas de controle e prevenção, auxílio aos critérios de classificação, diagnóstico e tratamento, a ajustes na organização dos serviços de saúde e ao processo de educação permanente desenvolvido com a comunidade, propicie subsídios para um progresso dos indicadores de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. C. B. **Avaliação dos efeitos da técnica fisioterapêutica do aumento do fluxo expiratório sobre parâmetros da função pulmonar de lactentes em ventilação pulmonar mecânica invasiva.** 2003. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000322692/pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2008.
- ANDRADE, L. B. **Fisioterapia respiratória em neonatologia e pediatria.** São Paulo: Medbook, 2010.

Brasil, Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. **Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos**, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm Acessado em: 21 de abril de 2010.

CAMPOS, R. S.; COUTO, M. D. C.; ALBUQUERQUE, C. L. L.; SIQUEIRA, A. A. F.; ABREU, L. C. Efeito do aumento do fluxo expiratório ativo-assistido em crianças com pneumonia. **Arquivos de Medicina**, v. 32, n. 2, p. 38-41. 2007.

DAMIANI, I.; ROSA, G. J. **Os efeitos da técnica de expiração lenta prolongada em lactentes com pneumonia**. 2006. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2006. Disponível em: <<http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/06b/isabeladamiani/artigoisabela.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2008.

DELGADO, A. F. **Terapia intensiva – pediatria**. vol.11. São Paulo: Manole, 2009.

Diretrizes brasileiras em pneumonias adquiridas na comunidade em pediatria. **Jornal Brasileiro de Pneumonia**; v. 33, Supl 1, p. s31-s50, 2007.

Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas em hospital e das associadas à ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumonia**; v.33, Supl 1, p. s1-s30, 2007.

GALVÃO, M.G.A; SANTOS, M.A.R. Pneumonia na infância. **Pulmão**. Rio de Janeiro, Supl 1, p.45-49, 2009.

GOBBI, F. C. M.; CAVALHEIRO, L. V. **Fisioterapia hospitalar – avaliação e planejamento do tratamento fisioterapêutico**. São Paulo: Atheneu, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censos demográficos, e contagem populacional, 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.ex?ibge/cnv/popce.def> Acessado em 5.05.2010.

LOPEZ, F. A. ; CAMPOS JUNIOR, D. **Tratado de pediatria**. Barueri: Manole, 2007.

MACHADO, M. G. R. **Bases da fisioterapia respiratória** – terapia intensiva e reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MARTINS, M. **Tratamento fisioterapêutico em crianças portadoras de pneumonia**. 2007. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2007. Disponível em: < http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/07a/michel/Michel_TCC.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2008.

POUTNEY, T. **Fisioterapia pediátrica**. 1.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

PRADO, C.; VALE, L. A. **Fisioterapia neonatal e pediátrica**. São Paulo: Manole, 2012.

PRESTO, B. **Fisioterapia respiratória**. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRESTO, B. L. V.; PRESTO, L. D. N. **Fisioterapia na UTI**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PUPIN, M. K.; RICCETTO, A. G. L.; RIBEIRO, J. D.; BARACAT, E. C. E. Comparison of the effects that two different respiratory physical therapy techniques have on cardiorespiratory parameters in infants with acute viral bronchiolitis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 9, p. 860-867, 2009.

ROZOV, T. **Doenças pulmonares em pediatria**: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Atheneu, 2004.

ROZOV, T. **Doenças pulmonares em pediatria** - diagnóstico e tratamento. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

ROSA AM, I. E., HACON S.S., CASTRO, H. Análise das internações por doenças respiratórias em Tangará da Serra – Amazônia Brasileira. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, v.34, n.8, p. 575-582, 2008.

SARMENTO, G. J. V. **Abc da fisioterapia respiratória**. São Paulo: Manole, 2009.

SARMENTO, G. J. V. **Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia**. São Paulo: Manole, 2007.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMTG). Saúde em Casa. O Plano de Ação da Conferência Mundial de População. Atenção à saúde do adolescente 1ª edição Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais Belo Horizonte, 2006.

TARANTINO, A. B. **Doenças pulmonares**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

VAZ, F. A. C. **Neonatologia** – coleção pediátrica Instituto da Criança Hospital das Clínicas. São Paulo: Manole, 2010.

WEST, J. B. **Fisiologia respiratória** – princípios básicos. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WEST, J. B. **Fisiopatologia pulmonar** – princípios básicos. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WHO Adolescent health. Disponível em: www.int/topics/adolescent_health/en/ Acessado em 21/04/2010.

ZANETTI, N. M.; JHONSTON, C. **Fisioterapia hospitalar pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 2011.

PERCEPÇÃO DOS GESTORES DO SETOR SAÚDE SOBRE AÇÕES INTERSETORIAIS DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Aline de Souza Pereira
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Ana Maria Fontenelle Catrib
Samira Valentim Gama Lira
Deborah Pedrosa Moreira
Nelson Filice de Barros

INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes no Brasil assume várias faces e nuances (ASSIS; DESLANDES; SANTOS, 2005). Apresenta-se de forma individual, coletiva, interpessoal ou mediada por estruturas sociais. Fala-se de violências num plural ampliado que inclui desde as que são decorrências históricas das políticas e modelos econômicos, capazes de produzir exclusão e segregação social, trazendo consequências para uma cidadania precária, até as formas culturalmente arraigadas e banalizadas (BUSTAMANTE; MOURA, 2009; DELSANDRES *et al.*, 2007; DESLANDES; MINAYO, 2007).

Pesquisa realizada entre os Estados do Nordeste identificou que em 2010 o Estado do Ceará ficou em 3º lugar com 505 casos de homicídio envolvendo crianças e adolescentes entre 0 a 19 anos, Bahia e Pernambuco ficaram em 1º e 2º lugar com 1172 e 594 casos, respectivamente. E Fortaleza ficou em

10º lugar no ranking entre as capitais com maior taxa de homicídios entre crianças e adolescentes (WASELFSZ, 2012).

No entanto, prevenir a violência contra crianças e adolescentes requer a efetivação de políticas públicas e uma efetiva mobilização social. O governo tem se empenhado nesse combate com a promulgação de políticas e planos nacional, estadual e municipal. Salienta-se a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005) e o Plano Nacional de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2005) é um documento que descreve as várias leis, portarias, normas e dispositivos setoriais e intersetoriais que fazem interface e interagem com informações do setor Saúde e sua prática e estabelece diretrizes para a prevenção das violências e promoção da saúde (MINAYO, 2007; BRASIL, 2005).

Um estudo realizado por Podeus *et al.* (2003) sobre o tema mostrou que ações de prevenção de acidentes e violência contra crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde em Fortaleza-CE, são pontuais, não existindo como política de saúde, visto que ocorrem na forma de campanhas, têm como foco principal a educação em saúde voltada para a prevenção do uso de álcool e outras drogas ilícitas, violências e acidentes domésticos e delinquência juvenil, necessitando ainda incorporar em sua agenda a prevenção desses agravos, utilizando a intersectorialidade e transformando as políticas de saúde em realidades.

Pensar em prevenção da violência contra criança e adolescente e promoção da saúde para este grupo requer trabalho

em equipe, ações multisetoriais, criação de políticas públicas efetivas, serviços sentinela, capacitação dos profissionais para trabalhar com as situações de violência nas várias fases da vida, promover ambiente favorável, sensibilização dos pais e cuidadores, trabalho desenvolvido nas universidades, investimentos em pesquisas, ações governamentais e não governamentais, dentre outras estratégias que possam minimizar esse crescente problema. Estas recomendações estão postas nas políticas (BRASIL, 2010; BRASIL, 2005) e programas (BRASIL, 2004; BRASIL, 1990) que buscam enfrentar a eclosão das situações de violências entre as populações.

Nesse sentido, prevenção em saúde pública é a ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença (ou um fenômeno que desestabilize a saúde). Prevenir é prever antes que algo aconteça, ou mesmo cuidar para que não aconteça (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003), perpassando os níveis de complexidade da atenção à saúde.

Desse modo, este capítulo analisa percepções de gestores em saúde sobre ações intersetoriais de prevenção da violência contra crianças e adolescentes de uma Região Metropolitana brasileira.

O pacto entre gestores na formação da rede de atenção e proteção às vítimas de violência é imprescindível, para que se alcance a intersetorialidade das ações para o enfrentamento da violência. Salienta-se que a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e a Secretaria Municipal de Fortaleza investiram recursos materiais e humanos para capacitar os profissionais dos serviços de referência da atenção primária e secundária de atendimento à mulher, à criança, ao adolescente e ao idoso, para a identificação e notificação da violência (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Trabalho de abordagem qualitativa, exploratória e analítica realizado com 13 gestores de saúde da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF). Reiterando a opção por esta abordagem, deu-se em virtude da pluralidade do complexo que circunda e inscreve o objeto de estudo – promover a saúde e prevenir a violência contra crianças e adolescentes em Região Metropolitana que evidencia dados ascendentes neste campo, a partir dos discursos dos gestores municipais do setor saúde.

Exercer o cargo de secretário de saúde constitui-se critério de escolha, intencional, para a participação no estudo; porém, alguns secretários delegaram a sua participação aos coordenadores, justificando indisponibilidade naquele momento; outros, assumindo que os coordenadores monitoravam as ações/programas de prevenção à violência, contra crianças e adolescentes, em seus municípios.

Estes gestores representaram secretários de saúde, coordenadores da atenção básica, da vigilância epidemiológica e da educação permanente dos municípios investigados, sustentados pela definição de gestão como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2003).

Reforça-se a pertinência da escolha pelos gestores municipais em virtude da descentralização da gestão na saúde, diretriz instituída pelo SUS, que possibilita decisões políticas com base na realidade local (BRASIL, 2003).

Situando o leitor sobre a RMF, na época do estudo (2010) abrangia 13 cidades: Aquiraz, Caucaia, Chorozinho,

Euzébio, Fortaleza, Guaiúba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba e São Gonçalo do Amarante constituindo-se em um importante aglomerado demográfico, possuidor de expressão política e econômica (CEARÁ, 2009). Em 2009, o governo estadual incluiu os municípios de Cascavel e Pindoretama o que soma, atualmente, 15 municípios (CEARÁ, 2009).

Os municípios foram codificados por números (1 a 13) obedecendo à realização das entrevistas; esta codificação teve o intuito de manter o sigilo dos participantes, bem como do município. Entrevista semiestruturada, individual e gravada originou a produção dos dados, mediante as questões norteadoras: (i) como seu município convive com a violência entre crianças e adolescentes? (ii) Descreva as metas estruturantes do seu município na área da saúde, e como estão contempladas as ações de prevenção da violência contra crianças e adolescentes? (iii) Como o setor saúde desenvolve ações de promoção da saúde com enfoque na criança e no adolescente?

A entrevista ainda foi precedida por um questionário de identificação dos sujeitos, o qual indagava sexo, idade, formação profissional e experiência na gestão. O acesso aos gestores foi intermediado pelos seus assessores e/ou secretários a partir de visitas realizadas nas secretarias dos municípios previamente agendadas por telefone. Os números dos telefones foram identificados pela busca no site disponível da prefeitura do município. De posse desses dados, contataram-se os gestores municipais de saúde por meio da sua secretária, explicando sobre a importância da pesquisa, tipo de coleta, público alvo e local, e agendou-se horário e data disponível de acordo com a agenda do gestor. A coleta dos dados deu-se no período de dezembro de 2009 a agosto de 2010.

A entrevista era gravada e realizada pela autora principal no local reservado de escolha do participante que geralmente era sua sala de atendimento, sendo conduzida de forma a garantir a privacidade dos participantes. O encontro com cada gestor durou em média 10 a 20 minutos. Após cada entrevista, os episódios ocorridos, as demonstrações e os gestos dos entrevistados, emoções, surpresas e observações da pesquisa foram registrados por escrito, para complementar as falas e auxiliar a análise do conteúdo dos depoimentos.

Todas as gravações foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, de forma autêntica, registrando-se as falas, verbalização de voz, interjeições, silêncio, ou seja, os códigos verbais e não verbais.

A trajetória de análise dos dados foi composta por momentos propostos por Bardin (1979) e descritas por Rodrigues e Leopardi (1999). Essas fases são compreendidas como: pré-análise, exploração do material, decomposição e normalização do texto, demarcação das categorias de bases, reagrupamento semântico, estabelecimento das categorias temáticas, dos núcleos de relações identificados no texto e interpretação dos resultados.

Diante da análise realizada surgiram as categorias temáticas: *Crescimento da violência e a preocupação entre gestores e sociedade; Rede intersetorial do cuidado e proteção das crianças e adolescentes em situação de violência; Atendimento a criança e ao adolescente conforme calendário da atenção básica e ações incipientes.*

A pesquisa atendeu aos procedimentos éticos, em todas as etapas, em respeito à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Unifor), parecer de n. 351/2009.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados evidencia-se em dois tópicos: caracterização dos sujeitos investigados e percepção dos gestores sobre as ações intersetoriais sobre a prevenção da violência.

Caracterização dos gestores

Participaram do estudo 13 gestores do setor saúde de 13 municípios da Região Metropolitana de Fortaleza. Destes, nove eram do sexo feminino, seis tinham idade entre 41 e 50 anos, sete afirmaram-se casados. No tocante à formação acadêmica, todos detinham o ensino superior: sete eram enfermeiros, dois cirurgiões-dentistas, enquanto os demais eram engenheiro, pedagogo, fisioterapeuta e administrador. Quanto ao tempo de formado, sete possuíam entre 11 e 20 anos.

Em relação à gestão na atenção básica, a ocupação desses gestores dividia-se em: coordenadores da Atenção Básica (sete) e secretários municipais de saúde (seis). Todos realizaram pós-graduação; 11, específico em gestão. Sobre experiências prévias como gestores em outros municípios, nove negaram esta prática, contudo, oito dos respondentes afirmaram ter entre um e dez anos de experiência na gestão pública.

Discursos de gestores do setor saúde sobre ações intersetoriais de prevenção da violência

Apresentamos os resultados da pesquisa empírica, obtidos em entrevistas com treze gestores em saúde, da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), sobre ações intersetoriais efetivas para a prevenção da violência e promoção da saúde. Tomamos como base para obtermos o conhecimento das ações

realizadas pelos gestores em saúde a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (BRASIL, 2004).

Como meta, para os municípios brasileiros, o Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde propõe qualificar e articular a rede de atenção integral a pessoas vivendo em situações de violência e desenvolver ações de prevenção da violência e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis. Acrescenta que deve garantir a implantação da notificação de maus-tratos e outras violências, possibilitando a melhoria da qualidade da informação e participação nas redes locais, estimular os estudos e pesquisas estratégicas e capacitar profissionais, movimentos e conselhos sociais para o trabalho de prevenção da violência em parceria com os polos de educação permanente loco - regionais.

Estudos têm revelado interesse em saber o que os gestores em saúde estão fazendo em prol da prevenção da violência em seus municípios (SOUZA; SANTANA, 2009; SOUZA; SANTANA, 2007; DESLANDES *et al.*, 2007), já que o Ministério da Saúde tem investido grandemente na capacitação de gestores e profissionais (ASSIS, 2007), formulação e implantação de políticas (BRASIL, 2004), acreditando que a iniciativa deva partir da sensibilidade e do conhecimento que eles têm sobre a violência e as políticas que regem ações de combate.

Acrescentando que os gestores são atores sociais responsáveis pela operacionalização das políticas vigentes em nossos estados e municípios e devem ser e se posicionar como articuladores e líderes dessas ações.

A percepção dos gestores sobre as ações intersetoriais de prevenção da violência contra crianças e adolescentes serão identificados e explicitados conforme a análise realizada e as categorias temáticas que surgiram. Inicia-se com o crescimento da violência, gerando preocupação entre gestores e sociedade, seguido pela Rede intersetorial do cuidado e proteção das crianças e adolescentes em situação de violência, posteriormente atendimento à criança e ao adolescente conforme calendário da atenção básica e ações incipientes.

Crescimento da violência e a preocupação entre gestores e sociedade

Percebe-se em seus discursos que os gestores sentem-se inseguros e amedrontados com a crescente situação da violência. Eles destacam que esse fenômeno aumenta, de uma forma geral, a cada dia, não sendo específico do grupo de criança e adolescente.

Notamos ainda que o discurso dos gestores retrata os números dos casos de violência, não se reporta, a priori, sobre desenhos de intervenção para o enfrentamento do problema, mas sim revelação de medo e preocupação diante do mesmo. *“Estamos vivendo com muita preocupação, não apenas com a violência entre crianças e adolescentes, mas a violência de forma geral (G12).”*

Vieira *et al.*, (2009) destacam que a violência é um dos motivos de preocupação e medo no cenário nacional, a exemplo das mortes crescentes causadas pelas agressões, homicídios, acidentes de transporte, entre outras situações.

O convívio com a violência na RMF é motivo de muita preocupação e desafio constante entre gestores e profissio-

nais, que desenvolvem alguns trabalhos intersetoriais, porém as políticas públicas ainda são ineficazes e o setor saúde não reconhece a violência contra crianças e adolescentes como responsabilidade também desse setor.

Pesquisa que analisou a ocorrência de homicídios na população em geral, homicídios juvenis, óbitos por acidentes de transporte e mortes por arma de fogo nos 5.564 municípios brasileiros, situa o município de Fortaleza no oitavo *rank* de mortes por homicídios, em 2006, com uma taxa de 35,4/100.000 mil habitantes, para uma população estimada de 2.389,700 (WAISELLFIZ, 2008).

Contudo, o aumento crescente da violência apresenta uma tendência nos últimos anos com aumento expressivo no coeficiente de mortalidade por causas externas na faixa etária de 0 a 19 anos (COSTA *et al.*, 2003; BARROS; XIMENES; LIMA, 2001), o estudo condiz com o discurso dos gestores, o que acarreta maior preocupação.

Os gestores também revelam que, além da preocupação e desafio, convivem com a violência, idealizando ações e diagnosticando intervenções, ou seja, que essas “ações” ainda não transpuseram o nível de planejamento para a gestão. Eles pontuam que “*a violência vem aumentando a cada dia, então a preocupação do município é detectar qual intervenção que deveremos atuar (...) (G1)*”.

No nosso entendimento, os gestores têm intenção em avançar do plano para a ação, pois se mostram preocupados com o aumento da violência e seu combate, mas a magnitude e as graves repercussões da violência na sociedade não permitem a inércia e nem tampouco permanecer em ideiasões.

Rede intersetorial do cuidado e proteção das crianças e adolescentes em situação de violência

O discurso dos gestores revela que eles têm conhecimento de que sozinhos, ou seja, sem parceria de outros setores, eles não têm como enfrentar a violência contra crianças e adolescentes “(...) *sempre há (ações intersetoriais) com a assistência social, educação e saúde, hoje a gente está trabalhando com o CRAS, ou a gente tá com a educação trabalhando outros projetos (...) tem que se contar com todas as secretarias até o apoio dos seguranças (G4; G5)*”.

Dentre essas ações, destacamos suas divisões: ações intersetoriais que são realizados junto com outros setores da administração municipal e as intrasetoriais são ações realizadas com outros setores dentro do próprio setor saúde.

Os setores envolvidos nas ações intersetoriais para prevenção da violência contra crianças e adolescentes citadas pelos gestores foram: Secretaria de Educação, Secretaria de Ação Social, Segurança Pública, Demutran, Secretaria de Arte e Cultura, Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Secretaria de Infraestrutura, Conselho Tutelar, Delegacia da Criança e do Adolescente, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e Organizações não governamentais, onde os mesmo foram citados pelos gestores da saúde.

E os setores que desenvolvem ações intrasetoriais: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), serviços da Atenção Primária à Saúde (PSF), e serviços de Atenção Especializada, Urgência e Emergência.

Os gestores não comentaram sobre a organização dos Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde em

seus municípios, instituídos pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 936, de 20 de maio de 2004 (BRASIL, 2004). Apesar de falar que os profissionais estão envolvidos no processo de notificação da violência, “(...) *a gente trabalha também com a notificação, sistema de informação, onde a notificação da violência ela é obrigatória, (...) chegou a Unidade de Saúde, chegou no hospital municipal com suspeita de violência o profissional ele é obrigatório a fazer o registro e comunicar ao Conselho Tutelar (G3)*” percebemos então que essa não é uma rede bem estruturada.

Eles reconhecem que ela é obrigatória, conforme relatado acima, entretanto surge a indagação, para onde são encaminhadas essas fichas, qual decisão tomada frente os casos notificação? A prevenção da violência exige um trabalho em rede, de forma articulada, baseado na solidariedade e cooperação entre organizações que por meio da articulação política negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; BRASIL, 2010).

É fundamental que os municípios por meio dos gestores organizem e estruturem o trabalho em rede de saúde articulada com as redes da assistência social, da educação e com sistemas de justiça, segurança pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar e conselhos de direitos e a sociedade civil organizada existentes nos territórios para fortalecer e/ou implementar a rede de cuidados e de proteção às crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência.

Os equipamentos da rede intersetorial, no território que atendem crianças e adolescentes, no território do SUS devem dialogar com os sistemas de proteção, justiça e direitos humanos, segurança pública entre outras políticas a fim de planejarem conjuntamente as ações que melhor atendem as necessidades desse grupo (BRASIL, 2010).

Para tanto, faz-se necessário que os gestores dos Estados, Municípios e do Distrito Federal organizem a rede de cuidado e proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência no território (ESF), de acordo com a capacidade de gestão local, que requer uma mudança no processo de produção de saúde.

Percebemos que os gestores têm conhecimento da importância dessas ações (intra-setoriais e inter-setoriais), porém percebemos que eles não se sentem capazes para assumir o enfrentamento dessa violência, pois envolve questões éticas, sigilosas e aprofundamento no seio familiar.

Os gestores apontam falhas em relação às políticas e portarias que legislam sobre a prevenção da violência e promoção da saúde, no sentido de suas ações não serem efetivas nos municípios, porém aparentam um conhecimento fragilizado em relação a esses documentos, pois não se reportam, aos mesmos, em seus discursos.

A resistência dos profissionais em aceitar a violência como demanda também da saúde é citada pelos gestores como um fato que fragiliza a adoção de medidas preventivas da violência nesse grupo, demonstrando lacunas no cumprimento de um dos principais objetivos da atenção primária na prevenção da violência e promoção da saúde: antever o fenômeno.

Atendimento à criança e ao adolescente conforme calendário da atenção básica e ações incipientes

Os gestores municipais em saúde, enquanto formuladores e, também, executores de políticas públicas, mostram em seu discurso que as ações de promoção da saúde direcionadas ao grupo de crianças e adolescentes são desenvolvidas em acor-

do com que preconiza o Ministério da Saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF).

As ações de promoção da saúde preconizadas pelo MS para o grupo de crianças e adolescentes são: o controle do crescimento e desenvolvimento infantil, o atendimento ao calendário infantil, o acompanhamento ao pré-natal, o estímulo ao aleitamento materno, a promoção às melhores condições de higiene domiciliar e pessoal, bem como recursos de água, esgoto e destinação de lixo (BUSS; CARVALHO, 2009).

Ao serem indagados sobre essas ações responderam: “*Em relação à criança a gente apenas atende o que está preconizado no Ministério da Saúde, em criança até dois anos ela é acompanhada em seu crescimento e desenvolvimento (...), a questão da promoção da saúde na criança inicia-se ainda bebê desde a questão da vacinação, disponibilizando-se todas as vacinas de rotina que se estendem as campanhas [na criança], e fora isso tem os atendimentos de puericultura, os atendimentos especializados quando a gente tem uma pediatra, então toda essa questão de vacina, a vacina também para os adolescentes (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13)*”.

Os gestores também reconhecem a ESF como um campo de detecção precoce da violência no seio familiar, demonstrando sensibilidade em suas ações: “*Muitas vezes esse profissional pode detectar na primeira semana de vida uma situação que mesmo que não tenha a violência já instalada, pode ter fatores de risco para essa violência na criança até os dois anos (G6)*”.

A detecção precoce da violência no seio familiar inicia-se no pré-natal, com a orientação dos profissionais da saúde trabalhando a aceitação da gravidez não planejada, e promover vínculos afetivos é a melhor forma de prevenção nessa fase

(BRASIL, 2010). Entretanto, as ações de promoção da saúde ainda são vistas como ações individuais, baseada em procedimentos ambulatoriais, em detrimento de ações coletivas e promotoras de saúde.

Em estudo realizado por Kell e Shimizu (2010), os profissionais relataram que no PSF o processo de trabalho é individualizado e a articulação das ações entre equipes não existe, pois tem que seguir o cronograma das ações preestabelecidas: na segunda-feira, consulta ao hipertenso e ao diabético; na terça-feira visitas; na quarta-feira consulta da gestante, e eles ainda afirmam que essas ações são do conhecimento dos gestores que só estão preocupados com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e que palestras não entram no SIAB.

É revelado que as ações são resolvidas pontualmente, que entre a equipe não há tempo para planejar as ações, pois se acostumaram a seguir o plano de trabalho determinado pela Secretaria de Saúde (KELL; SHIMIZU, 2010).

Os gestores têm que tomar uma atitude frente a essas ações que é uma realidade do PSF no Brasil, e são eles (gestores) que precisam assumir de fato a coordenação e articulação entre o trabalho em equipe e as ações desenvolvidas por elas. É pertinente que os gestores exercitem uma escuta qualificada em relação às equipes executoras das ações; centralizar as decisões e imprimir uma gestão verticalizada não “combina” com os princípios do SUS, no que concerne à participação e mobilização comunitária.

Um recente estudo realizado por Cotta, Cazal e Martins (2010) abordou a participação da sociedade civil organizada, nas questões de saúde, como exercício da cidadania e do espa-

ção dos *Conselhos Municipais de Saúde (CMS)*. Nesse processo, os discursos revelaram que as decisões tomadas nos CMS não são informadas às populações, nem tampouco as informações sobre propostas e tomadas de decisões.

Percebemos então que os gestores têm conhecimento das ações de promoção da saúde, mas apenas as que são preconizadas pelo MS. Aparentam não ter uma visão abrangente da magnitude que exige o termo promoção da saúde. Esse discurso representa a visão dos gestores que estão assumindo a responsabilidade no planejamento e gestão das ações de saúde.

De acordo com Sícole e Nascimento (2007), os governos delegam à população a responsabilidade pela promoção e prevenção ao trabalharem com medidas restritas ao comportamento individual, imputando a culpa por seu estado de saúde, muitas vezes, ao próprio indivíduo. Desse modo, não são questionados os determinantes sociais, políticos e econômicos e a responsabilização dos governos, dos formuladores de políticas e dos profissionais de saúde.

E ainda sofrem influência do bloco ideológico ao qual pertence o partido na gestão municipal, indicando que os partidos posicionam-se de acordo com a ideologia entre esquerda e direita. Estes blocos apresentam características divergentes entre si, podendo gerar diferentes condutas no encaminhamento de políticas públicas em saúde (HENRIQUE; CALVO, 2009).

E essa percepção dos gestores é considerada uma representação sobre o dever da sociedade com o cuidado da própria saúde e não o Estado na pessoa do gestor ser o responsável em promover saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizarmos o estudo, ensinamos que este se converta em um instrumento de reflexão para debates sobre a prevenção da violência contra crianças e adolescentes. Que essas considerações despertem novos questionamentos e possibilidades de ampliar a compreensão desse imenso desafio que nos está posto.

Desvendar o fenômeno violência é realmente um grande desafio, como declararam os gestores entrevistados. Desafio maior ainda é comprometer-se e agir para o enfrentamento desta questão, visando promover o rompimento desse ciclo de violência que se tornou uma constante na sociedade e a mantém refém do medo, do pânico, restringindo o direito do cidadão de ir e vir.

Ao analisar as ações desenvolvidas pelo setor saúde, na prevenção da violência e promoção de saúde focalizada para crianças e adolescentes, articuladas por esse setor, nos municípios da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), tem-se um cenário paradoxal. Este sinalizou a representação para os gestores do que seja operacionalizar as diretrizes das políticas e dos planos governamentais, ainda que pactuados em esfera tripartite e bipartite, expresso no discurso de gestores participantes da pesquisa, e a incipiência da concretude no cumprimento desses documentos oficiais.

Com esse intuito, fomos arduamente à busca dos discursos dos gestores em saúde, corresponsáveis pela efetivação das políticas públicas dessa pasta do executivo, nos municípios em pauta, a fim de conhecer, identificar e esquadriñar a articulação entre a ação dos gestores, o setor saúde e as políticas públicas, para que minimizem esse fenômeno, norteadas pelo Plano Nacional de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde.

Os resultados desse estudo permitem sinalizar a responsabilidade que os gestores assumiram na execução, acompanhamento e sustentação das políticas públicas de saúde, inclusive para a prevenção da violência em seus municípios. A sociedade anseia por transformações, considerando as perdas de vidas, de perspectivas, as desestruturas familiares e da sociedade, além dos recursos alocados, em níveis financeiros e em formação de recursos humanos em saúde.

Importante mencionar que não se pode nem deve imputar aos profissionais de saúde, seja em que nível de atenção esteja desenvolvendo sua prática, nem tampouco aos gestores, a exclusiva responsabilidade e dever de efetivação de políticas que dependem de decisões realizadas em instâncias maiores e de comprometimento com reformas estruturais para o setor saúde. Gestores e profissionais sofrem ao serem violentados por uma política imposta e verticalizada e tentam entender quem “inventou” esta política que “eles têm que dar conta”.

Vale pontuar que, no decorrer destes dois anos, o Estado do Ceará avança em estratégias promotoras de saúde direcionadas aos adolescentes. A sociedade, imaginamos, deposita confiança e espera melhores dias na trajetória de vida desse grupo, que, hoje, foi adotado pelo tráfico de drogas e armas e das extremas situações de vulnerabilidade que abarcam suas famílias e seu entorno de sobrevivência.

Deixamos como recomendações para os gestores a proposta de fortalecimento e/ou implantação de rede articulada entre os setores intra e intersetoriais, por meio da realização do diagnóstico da situação, mobilização social, capacitação permanente e formação continuada.

Ao grupo de gestão colegiado: planejamento das ações da atenção integral à saúde da criança em situação de violência; elaboração de protocolos de acolhimento e atendimento humanizado para o serviço de saúde e rede complementar; definição de corresponsabilidades, áreas de abrangência, fluxos de atendimento, normativas específicas, podendo ser utilizados ou adaptados a protocolos existentes.

Em súmula, o estudo convoca a realização de novas pesquisas e desdobramentos, no sentido de repensarmos estratégias que possam minimizar a eclosão da violência que se instalou na Região Metropolitana de Fortaleza.

REFERÊNCIAS

ASSIS, S.G. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre riscos, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: SOUZA, E.R. (org). **Curso Impacto da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

ASSIS, S. G; DESLANDES, S. F; SANTOS, N. C. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E.R.; MINAYO, M. C.S. (Orgs.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da saúde, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, M.D.; XIMENES, R.; LIMA, M.L. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. **Rev Saúde Pública**. v.35, s/n, p.142-1499, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.069, 13 jul. 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196. 1996. Brasília: CNS; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional dos Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 936, DE 18 DE MAIO DE 2004. **Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Linha de cuidado para atenção integral a saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BUSTAMANTE, R.M.C.; MOURA, J.F. **Violência na história**. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2009.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.6, p. 2305-2316, 2009.

CEARÁ. Diário oficial do Estado do Ceará, nº 121, ano 1, série 3. Disponível em: <http://imagens.seplag.ce.gov.br/pdf/20090703/do20090703p01.pdf>. Acesso em 12.10.2010.

COSTA, M.C.N. et al. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 699-706, 2003.

COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; MARTINS, P.C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, n, 5, p, 2437-2445, 2010.

DESLANDES, S.F. **et al**. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11 (sup), p. 1279-1290, 2007.

HENRIQUE, F.; CALVO, M.C.M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14 (supl. 1), p.1359 – 1365, 2009.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15 (supl. 1),p: 1533 - 1541, 2010.

LUNA, G.L.M, FERREIRA, R.C, VIEIRA, L.J.E.S. Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, n, 2, p, 481-491, mar., 2010.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersectoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 14, n,3, p, 861-868, 2009.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.(Orgs.). **Análise Diagnóstica da Política para Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

PORDEUS, A.M.J.; FRAGA, M.N.O.; FACÓ, T.P.P. Ações de prevenção de acidentes e violências desenvolvida pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v.19, n.4, p. 1201-1004, 2003.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O Método de análise de conteúdo**: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 118 p.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N.A. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SICOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SOUZA, M.K.B.; SANTANA, J.S.S. Concepções de enfermeiros gestores municipais de saúde sobre a violência. **Revista Enfermagem da UERJ**. v.15, n.1, p.94-99, 2007.

SOUZA, M.K.B.; SANTANA, J.S.S. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p. 547-555, 2009.

VIEIRA, L.J.E.S. et al. Impacto da violência na saúde de famílias em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.5, p. 1773-1779, 2009.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da Violência: Os jovens da América Latina**. Rede de Informação Tecnológica Latino – Americana, RITLA/ Instituto Sangari/ Ministério da Justiça (S.I.) Artecór, 2008.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da Violência: crianças e adolescentes no Brasil**. Instituto Sangari/ Ministério da Justiça, 2012.

PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES SOBRE A VIOLÊNCIA NOS ESPAÇOS SOCIAIS E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Gracyelle Alves Remigio Moreira

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Lívia de Andrade Marques

Marcela Christina Diógenes Bastos Nogueira Pereira

Poliana Hilário Magalhães

A violência tem ganhado visibilidade no campo da saúde coletiva nas últimas décadas em razão dos prejuízos ocasionados à qualidade de vida dos indivíduos e por afetar de modo significativo às relações sociais. Tornou-se uma questão social e de saúde pública devido à magnitude, gravidade, impacto social e capacidade de vulnerabilizar a saúde individual e coletiva (MALTA *et al.*, 2010a).

A Organização Mundial de Saúde define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002).

No Brasil, os adolescentes estão entre os grupos populacionais mais vitimizados pelas expressões de violência, que junto com os acidentes constituem a primeira causa de óbito na faixa etária entre um e 19 anos de idade. A questão da violência contra crianças e adolescentes tem chamado atenção dos

setores da sociedade, pois o país ocupa o 4º lugar em homicídios nesse grupo no contexto de 99 países do mundo, além do expressivo crescimento dessas taxas nos últimos anos (WAI-SELFISZ, 2012).

A violência materializa-se em diversos espaços sociais e tem sido mais frequente, nos últimos anos, segundo o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), nas vias públicas, na residência e na escola (BRASIL, 2010).

As diferentes manifestações de violência nos espaços públicos se caracterizam como um fato social que abrange a sociedade como um todo, especialmente a população jovem (MALTA *et al.*, 2010a). A comunidade contribui com a ocorrência de violência à medida que ocorre segregação residencial, falta de coesão comunitária, baixa qualidade de educação, acesso a drogas e álcool, ausência de serviços de atenção para jovens e famílias. Quanto aos fatores socioculturais, elevados níveis de desemprego, concentração de pobreza, privação social, normas culturais, políticas infantis e familiares, frágeis fontes de proteção social aumentam o risco de violência contra as crianças e os adolescentes (MARTINS, 2010).

Também grande parte dos agravos ao grupo ocorre no ambiente familiar. A violência intrafamiliar se caracteriza por todo tipo de omissão que prejudica o bem-estar, a integridade física, psicológica, a liberdade ou direito de desenvolvimento de algum membro da família (WHO, 2008). O lar é destacado, pela literatura, como o local privilegiado para as práticas abusivas contra jovens (MARTINS, 2010; LIAO *et al.*, 2011). Em contrapartida, esse tipo de violência é de difícil dimensionamento em virtude dos limites impostos pela privacidade que acabam isolando a família da visão social, propiciando um

ambiente sem testemunhas e encoberto pela cumplicidade familiar, permanecendo os abusos na invisibilidade. Outro agravante diz respeito à cultura patriarcal e machista do país, que permite que esses seres em formação sejam propriedade dos pais, naturalizando alguns tipos de violência como estratégias de educar (MARTINS, 2010).

Quando se aborda a violência contra adolescentes e a vinculamos aos ambientes onde ela ocorre, o ambiente escolar também se destaca. Leme (2009) argumenta que a violência escolar tem se constituído objeto de investigações não apenas em razão da contradição que ela representa em relação à missão educativa da escola, mas também pelas consequências a longo prazo que dela podem decorrer. A violência na escola é aquela que se produz dentro do espaço escolar, sem estar ligada à natureza e às atividades da instituição. Portanto, se aceita uma visão extensa e complexa da violência escolar, que incorpora as expressões física, simbólica ou institucional e verbal, como também as incivildades (VIEIRA *et al.*, 2010).

Dados sobre a vivência de violência entre escolares de todas as capitais brasileiras identificam situações de insegurança no trajeto casa-escola e na escola; envolvimento em brigas com agressão física, com arma branca ou arma de fogo; agressão física por familiar; humilhações advindas de provocações de colegas da escola (MALTA *et al.*, 2010a), o que reflete a exposição dos jovens à situações de violência nos espaços sociais.

As relações estabelecidas na comunidade escolar no desenvolvimento das atividades pedagógicas, muitas vezes, estão permeadas, de modo explícito ou sutil, por diversas formas de violência (MALTA *et al.*, 2010b). Uma dessas expressões é o *Bullying*, fenômeno que compreende diversos níveis de violên-

cia, incluindo atos repetidos de opressão, discriminação, tirania, agressão e dominação de pessoas ou de grupos sobre outras pessoas ou grupos, subjugados pela força dos primeiros (SILVA, 2008).

A violência sofrida na adolescência acarreta sérias repercussões no processo de crescimento e desenvolvimento do grupo, diminui a expectativa de vida, reduz o potencial da população, representa custos para as famílias e para os sistemas de saúde, e prejudica os projetos de vida, o que pode produzir a aquisição de atitudes antissociais e a reprodução do ciclo da violência nas gerações futuras (SOUZA, SANTANA, 2009), trazendo consequências para a vida adulta e para a sociedade em geral.

Diante desse problema complexo e com sérias implicações individuais e coletivas, os setores da sociedade (saúde, educação, assistência social, justiça, entre outros) têm importante papel no enfrentamento e prevenção das formas de violência que acometem os jovens, havendo necessidade de agir junto à família, comunidade e sociedade em geral, uma vez que suas sequelas atingem dimensões e gravidade expressivas.

Frente ao exposto, justificam-se os esforços no sentido de conhecer melhor o problema a partir do discurso de adolescentes, o que pode favorecer a elaboração de estratégias de enfrentamento da violência voltadas para este grupo populacional. O presente estudo teve como objetivo identificar a percepção de adolescentes sobre a violência nos espaços sociais e as estratégias de enfrentamento da escola e da Estratégia Saúde da Família.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, que compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas visando descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, que não são perceptíveis em equações, em médias e estatísticas (NEVES, 1996; MINAYO, 2004).

O cenário do estudo foi uma escola estadual profissionalizante situada no município de Fortaleza. Fortaleza, capital do Estado do Ceará, está localizada no litoral, compreendendo uma área territorial de 314,927 km. A cidade tem uma população total estimada de 2.452.185 habitantes, dos quais 656.811 estão na faixa etária entre 10 e 19 anos e destes 511.834 frequentam a escola (IBGE, 2012). Esta cidade ocupou em 2010 o 6º lugar no ordenamento das capitais brasileiras por taxas de homicídio de crianças e adolescentes (WAISELFISZ, 2012).

Na época do estudo, havia na escola investigada 317 alunos matriculados entre o 1º e o 2º ano, distribuídos nos cursos de finanças, técnico de enfermagem, estética e informática. Essa instituição foi escolhida por ser campo de troca de conhecimento e experiências no acompanhamento dos alunos bolsistas (PIBIC - CNPq) do ensino médio.

Os sujeitos do estudo constituíram-se de dez adolescentes com idades entre 15 e 17 anos, matriculados no ensino médio da referida instituição. Os integrantes da pesquisa foram selecionados de acordo com as ocorrências sobre violência feita por professores da escola.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro (2011) e janeiro (2012). Os dados foram coletados por meio

de entrevista semiestruturada contendo as seguintes questões norteadoras: (1) descreva as situações de violência que você vivenciou onde você mora e por onde você anda; (2) descreva as situações de violência que você vivenciou na escola; (3) em sua opinião, a escola realiza ações (palestras, reuniões, encontros, outros) que ajudam você enfrentar a violência? (4) fale como você se relaciona com a Equipe Saúde da Família do local onde você mora; (5) em sua opinião como a Equipe Saúde da Família desenvolve ações (palestras, reuniões, encontros, outros) que ajudam você enfrentar a violência? As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Segundo Bardin (2008), a análise de conteúdo representa um conjunto de técnicas de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção das mensagens. Essa técnica desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O estudo obedeceu aos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza com parecer nº 377/2009. O sigilo e o anonimato dos informantes foram garantidos; e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

Os sujeitos que participaram da pesquisa apresentaram média de idade de 17 anos, e em sua maioria eram naturais da cidade de Fortaleza e evangélicos. Na distribuição dos participantes por curso profissionalizante quatro estavam matriculados no curso de estética, dois no curso técnico de enfermagem, dois no curso de informática e dois em finanças.

Violência na escola

Quando indagados sobre as situações de violência vivenciadas, os adolescentes relataram episódios de violência no ambiente escolar. *“Agressões de alunos, muitas vezes por besteira” (A4).*

No início do século XX, a escola ocupou no Brasil um lugar de apoio à família. Dessa forma, a sociedade espera que a escola eduque as crianças e jovens, além de transmitir conhecimentos (RICAS, DONOSO, 2010). Nos últimos anos, casos de violência ocorridos nas escolas têm sido cada vez mais noticiados e impressionam não apenas pela recorrência, mas, sobretudo pela gravidade das situações (ALVES, 2009). Este fato contradiz a concepção da escola como um espaço de socialização do conhecimento, formação e proteção.

Os estudos sobre violência no âmbito escolar são recentes. Contudo, evidencia-se um aumento de investigações sobre o tema nos últimos anos, despertando a atenção dos educadores, da sociedade e das famílias. O termo “violência escolar” diz respeito a todos os comportamentos agressivos e antissociais, incluindo os conflitos interpessoais, danos ao patrimônio e atos criminosos ocorridos no ambiente escolar (SILVA *et al.*, 2012).

A maior parte dos adolescentes deste estudo relatou ter vivenciado o *bullying* como forma de violência. *“Acho que o bullying, porque o bullying é a maior de todas porque o povo tá acostumado a encarar isso como uma coisa normal, mas não é”* (A6). *“Questão do bullying na escola e também tem aquela violência verbal. Dizem que palavras não ferem que são só atitudes... mas isso nem sempre acontece não. Palavras também machucam”* (A3).

O *bullying* é objeto de preocupação de pesquisadores, educadores e profissionais da saúde do mundo inteiro, por ocorrer em qualquer tipo de escola e independentemente das condições sociais e econômicas das pessoas envolvidas (SCHUTLZ, 2012). Trata-se de comportamentos agressivos que ocorrem nas escolas e que são tradicionalmente admitidos como naturais, sendo habitualmente ignorados ou não valorizados, tanto por professores quanto pelos pais (CAVALCANTI, 2009). Segundo inquérito da OMS empreendido com a população escolar em mais de quarenta países, 14% dos adolescentes de 13 anos referiram já ter sofrido *bullying* nos últimos dois meses (WHO, 2008).

O *bullying* manifesta-se de diversas formas: direto e físico, inclui bater ou ameaçar fazê-lo, dar pontapés; direto e verbal, que engloba insultar, colocar apelidos ou ofensas verbais; indireto, que se refere a situações como excluir alguém sistematicamente do grupo de pares, ameaçar com frequência a perda da amizade ou a exclusão do grupo como forma de obter algo do outro ou como retaliação de uma suposta ofensa prévia, dentre outros (CAVALCANTI, 2009).

De acordo com Malta *et al.* (2010b), a percepção de violência nos atos de *bullying* nem sempre está explícita para os estudantes, em que muitas vezes eles não conseguem dife-

reenciar os limites entre brincadeiras, agressões verbais relativamente inócuas e maus-tratos violentos. Como consequência dessas ocorrências, estudiosos alertam que o *bullying* pode ser precursor de transtornos de personalidade antissocial e outros comportamentos violentos na adolescência e na idade adulta, além de prejuízos sobre o processo de aprendizagem. Muitas vezes as vítimas perdem o interesse pelo ensino e não se sentem motivados a frequentar as aulas, o que pode contribuir para a evasão escolar, pois não conseguem suportar a pressão a que são submetidos (MARRIEL *et al.*, 2006; MOURA, CRUZ, QUEVEDO, 2011).

Devido à presença de transtornos comportamentais e de aprendizagem, são necessárias estratégias de intervenção desenvolvidas a partir do conhecimento dos tipos e das prevalências de violências em diferentes contextos.

Estratégias da escola para a prevenção e o enfrentamento da violência

A escola tem papel estratégico para a promoção e proteção da saúde dos alunos, pois é o local onde são reproduzidos os padrões de comportamentos e relacionamentos (BAGGIO, PALAZZO, AERTS, 2009), além de desenvolver papel de protagonista na prevenção primária e secundária aos agravos (COSTA *et al.*, 2010). Dessa forma, a comunidade escolar tem o dever de identificar situações de violência e trabalhar para a construção de um ambiente mais saudável.

Quando perguntados como a escola realiza ações voltadas para a prevenção e o combate à violência, os alunos foram unânimes afirmando que não há intervenção específica em relação a esse aspecto. Porém, afirmam serem apoiados pelos pro-

fessores e coordenadores quando necessitam enfrentar algum tipo de problema. *“Não, nenhum tipo de encontro desse é realizado na escola. Porém, sempre que você, se você tentar recorrer você sempre conversa com algum professor com algum diretor de turma e eles lhe dão algum encaminhamento, sempre lhe dão alguma ajuda”* (A3).

Apesar de existir muitas propostas vigentes, existe pouca atenção e sistematização do pensamento e da ação das instituições públicas, privadas e das Organizações Não Governamentais (ONG) voltadas para o tema “prevenção da violência”. Em geral, no Brasil, os esforços têm se direcionado muito mais para a atenção às vítimas de agravos do que para os aspectos positivos que constituem o avesso da violência (GOMES *et al.*, 2012).

Conhecer com maior precisão o complexo contexto quando se fala de violência na escola é fundamental para identificar e discutir as causas, assim como para elaborar estratégias específicas de enfrentamento adequadas a cada problema (ALVES, 2009). As diferentes manifestações de violência no ambiente escolar têm comprometendo a qualidade da educação principalmente no contexto da escola pública brasileira (EYNG, GISI, ENS, 2009).

Frequentemente, a vulnerabilidade social refletida na vivência escolar reduz a força socializadora da escola, interferindo no ambiente relacional e permitindo que os alunos construam a violência como uma forma habitual de experiência escolar (MARRIEL *et al.*, 2006). *“Bom, eu acho assim que a escola onde nós estudamos não está muita preparada em relação a palestras, reuniões, porque eu acho que tem que ter uma coisa mais ampliada”* (A2).

A escola se configura como local privilegiado para a detecção de casos de violência e a implementação de medidas de enfrentamento. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabeleceu a notificação obrigatória de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos em crianças e adolescentes como responsabilidade dos profissionais de saúde, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação, desse modo esses profissionais têm o dever de comunicar aos órgãos de proteção casos de seu conhecimento (BRASIL, 1990).

Também cabe à instituição escolar refletir a temática, suas formas de prevenção e as possíveis repercussões no desenvolvimento da criança e do adolescente (MARRIEL *et al.*, 2006). A necessidade de intervenção da escola sobre a questão da violência se reforça na medida em que a contínua exposição as suas variadas formas, pode acarretar às vítimas problema irreparáveis, e até mesmo o suicídio.

No entanto estudos apontam para o despreparo das instituições de ensino para lidar com o fenômeno da violência. Malta *et al.* (2010b) descreve a perplexidade dos professores para lidar com as situações de conflito nas escolas. Pigatto (2010) aponta fragilidades das instituições públicas devido à precariedade em que se encontram os seus recursos estruturais, financeiros e qualitativos disponíveis. Torna-se fundamental a discussão sobre a violência e suas consequências no âmbito da comunidade escolar, envolvendo famílias, professores, diretores e profissionais da educação e saúde.

Na perspectiva da iniciativa “Escolas Promotoras de Saúde”, instituir comissões de prevenção de acidentes e violência nas escolas, com vistas a favorecer uma cultura de prevenção, de cuidados e de promoção de saúde nas escolas seria

uma alternativa para minimizar o problema. Dessa forma, seria interessante a comunidade escolar desenvolver iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool, crack e outras drogas; desenvolver ações educativas que promovam a análise e reflexão sobre o tema da violência no trânsito, buscando implementar uma nova consciência urbana; articular as forças sociais para aperfeiçoar as ações de prevenção da violência visando melhor regulação dos espaços urbanos (BRASIL, 2008).

Violência Familiar

A manifestação e a perpetuação da violência estão inseridas, muitas vezes, nas relações familiares e no convívio social, tendo a participação, seja como vítimas ou agressores, de pessoas com laços afetivos ou que se relacionem no cotidiano. Na família, essa violência sobrepõe de modo especial em crianças e adolescentes, devido à posse e poder que os pais afirmam possuírem sobre os filhos, sendo estes punidos severamente por seus atos, como medidas educativo-disciplinares. Sem visualizar que o estabelecimento de limites através de ameaças, tapas e palmadas, os genitores acabam por utilizar formas cada vez mais severas de agressão na resolução dos conflitos familiares, resultando num ciclo pernicioso e escalonado de violência intrafamiliar (ROCHA, MORAES, 2011).

A violência familiar contra a criança e o adolescente é um problema de saúde pública em nível mundial, considerando que os adoecimentos e óbitos causados constituem sérios problemas com intensas repercussões sociais. Trata-se de questão secular e transcendente (ROCHA, MORAES, 2011). Esse fenômeno abriga em sua gênese aspectos diversos, que englobam desde características e histórias de vida individuais

de pais e filhos, formas de disciplina utilizadas na família, papel da criança e do adolescente na constituição familiar, redes sociais estabelecidas na comunidade e na sociedade (ROCHA, MORAES, 2011).

Um dos entrevistados descreve situações de violência vivenciada no âmbito familiar: *“Ela era violentada pelo meu pai, tipo no caso o marido dela, não meu pai biológico. E também meus irmãos eram violentados... E assim era sempre uma cadeia, meu irmão mais velho batia na minha irmã, minha irmã batia no meu irmão que é um pouco mais velho do que eu, e o meu irmão batia em mim...”* (A3).

Através desta fala fica perceptível que as relações e os comportamentos entre os membros da família terão na violência não só uma inspiração, mas também a pedra sobre a qual serão construídos (MELO *et al.*, 2005). Corroborando com essa ideia, Abranches e Assis (2011) afirmam que adolescentes que sofrem violência no contexto familiar, por parte de pessoas significativas (a quem amam e de quem, na verdade, esperam cuidados e proteção), estão mais vulneráveis e podem tornar-se mais suscetíveis à violência em outros ambientes sociais, como escola, comunidade e nas relações de namoro.

Para o enfrentamento desse tipo de violência, devem ser desenvolvidas ações fundamentadas pelo aparato legal existente em prol da proteção de crianças e adolescentes. Algumas mudanças culturais já são perceptíveis e cada vez mais incentivadas no sentido de valorizar os jovens e diminuir o poder dos pais sobre eles, o que leva à mudança da percepção da violência como algo natural e um direito legitimamente exercido pelos pais sobre os filhos (MASCARENHAS *et al.*, 2010).

Ações da Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da violência

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006). É o nível de atenção que considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e sua inserção sociocultural, almejando a promoção da saúde. Sendo assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser compreendida como processo que conduz os indivíduos e grupos a assumirem ou ajudarem na melhoria de sua qualidade de vida, o que depende da participação da comunidade através da troca de conhecimentos, compreensão, motivação e adoção de práticas saudáveis.

Diante do contexto da violência, é fundamental que os profissionais da área da saúde estejam capacitados para o enfrentamento dos agravos que, cada vez mais, aparecem nas unidades de saúde, desde a atenção básica até os serviços de emergência. Daí a necessidade de se dispor de informação mais sistemática, trabalhada, oportuna e acessível sobre a ocorrência de manifestações da violência, sua magnitude, a distribuição na população e no espaço (CONASS, 2008). Segundo uma pesquisa realizada por Ramos e Silva (2011), percebe-se a importância da proximidade e do envolvimento que os profissionais da ESF têm em relação à comunidade e às famílias na questão da promoção e prevenção da violência. São enfáticos perante essa demanda. Têm consciência de suas limitações profissionais diante da problemática, agem naquilo que conseguem e indicam a necessidade de capacitação específica para lidar com a situação. No entanto, percebemos a fragilidade do vínculo que é estabelecido atualmente entre a equipe e a população jovem

através da fala: “*Bom na verdade eu nem conheço a equipe de saúde da família lá do meu bairro*” (A2).

Nessa perspectiva, um serviço de saúde precisa adaptar técnicas e combinar atividades, adequar recursos à diversidade dos aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária, para propiciar maior acessibilidade ao atendimento ofertado. Desse modo, proporcionará maior acolhimento pela equipe de profissionais comprometidos com a construção de uma cidadania, reforçando a necessidade de uma agenda na área de saúde pública para o enfrentamento e prevenção de acidentes e violência (BRASIL, 2004). Nesse sentido, seria ideal o incremento de programas de formação continuada, o aprimoramento das instituições de proteção à criança e ao adolescente e a ampliação das redes de suporte profissional para reduzir o grau de insegurança profissional (LUNA, FERREIRA, VIEIRA, 2010). O tema da violência deve também ser incluído no planejamento curricular dos cursos de graduação em saúde e educação, visando à sua inserção na formação dos futuros profissionais, para que tenham mais instrumentos para a abordagem nas situações cotidianas de violência (MALTA *et al.*, 2010b).

Enfrentar a violência e suas consequências é um desafio na trajetória da saúde, principalmente no âmbito da atenção básica. Os profissionais convivem diariamente com o problema crucial de enfrentar as dificuldades no manejo da situação das vítimas de violência. As vítimas de violência, por apresentarem características bastante peculiares das demais clientela, requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa, a fim de identificar problemas subjacentes à queixa principal. A compreensão desse fenômeno pelos profissionais de saúde desenvolvendo um trabalho intersetorial com a educação é essencial, por exercerem papel crucial na detecção dos casos de violência e também

pela ação fundamental na promoção da saúde, na prevenção do agravo e no acompanhamento das crianças vitimadas (RICAS, DONOSO, 2010).

Portanto, faz-se necessário priorizar, no atendimento, uma avaliação multidimensional, abrangente e uma avaliação global. Toda essa complexidade que permeia o âmbito da violência subsidia reflexões e inquietações a cerca do processo de notificação de maus-tratos por profissionais que atuam na ESF, bem como as dificuldades para adotarem a notificação como uma prática diária nos serviços de atenção básica, suas percepções sobre o tema, visto que a ESF é tida como prática social, na qual reflete nos determinantes do processo saúde - doença, entendendo saúde como qualidade de vida (LUNA, FERREIRA, VIEIRA, 2010).

No entanto, nesse complexo contexto de assistência ao adolescente sujeito a vitimização ou vitimizado, torna-se essencial a formação dos profissionais de saúde para o cumprimento das responsabilidades profissionais, legais e morais, familiarização com indicadores de abuso e abandono, reconhecimento precoce e sua notificação, identificação, tratamento, avaliação e encaminhamento para outros profissionais especializados, de maneira coerente e ágil, proporcionando, além da atenção às necessidades básicas, o apoio emocional e atenção para nunca omitir atos de violência contra adolescentes (MARTINS, JORGE, 2010).

Violência na comunidade

À medida que ficam mais velhos, os adolescentes ficam mais expostos a outros tipos de violência, que incluem a violência interpessoal fora da família e a violência da delinquência (GUIMARÃES, VILLELA, 2011).

“Agora assim onde eu moro é que é mais perigoso... Lá é costume ter mais assassinato. Mas assim não mexe com a gente, mexe com os de fora. Quem se envolve com drogas, aí... Vão prestar conta aí acaba em morte” (A2).

O comércio das drogas tem aumentado e a violência é a forma usualmente adotada para resolver discrepâncias e expandir a participação no mercado (MARIN-LEON *et al.*, 2007).

Assim como o tráfico de drogas, as condições socioeconômicas desfavoráveis também associam-se à violência: condições inadequadas de moradia, ausência de, ou escassa escolaridade, desemprego e outras condições associadas à pobreza contribuem para aumentar o risco de que alguns jovens cometam crimes ou participem indiretamente nos mesmos (MARIN-LEON *et al.*, 2007).

Com o intuito de problematizar a situação do jovem na sociedade brasileira, especialmente em relação à violência, parte-se de uma contextualização que mostra como ele está exposto a uma série de vulnerabilidades que tanto o vitimam como o fazem partícipe de atos violentos. Nesse sentido, a partir de alguns dados sobre a realidade dos jovens, propõe-se também refletir sobre caminhos que superem essas situações de violências que proporcionem alternativas para uma socialização não violenta (WAINBERG, 2008).

As ações direcionadas à prevenção de acidentes e violências podem ser de curto prazo e de caráter reparador, ou de longo prazo e preventivas. Assim, diversas ações podem ser tomadas, baseadas na natureza dos riscos, na receptividade ao controle e na percepção pública dos riscos. O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, têm coordenado uma série de ações de vigilância e

prevenção de acidentes e violências, bem como de promoção da saúde e da cultura de paz (SANTOS, RAMIRES, 2010).

O envolvimento da comunidade é fundamental para o sucesso das ações de promoção da saúde e prevenção da violência, não só pelo controle social formal, com a participação dos conselhos de saúde, mas especialmente pela adoção de uma ação efetiva, focalizando o “empoderamento” e o “protagonismo” por parte dos atores envolvidos, objetivando transformá-los em sujeitos das intervenções por meio da participação ativa na definição das prioridades, implementação das ações e avaliação dos resultados. Dentre as várias estratégias que podem ser realizadas são destacadas: desenvolver ações educativas com adolescentes, relacionadas à saúde preventiva, cidadania e meio ambiente, através de atividades artísticas, culturais ou de pré-qualificação profissional, formando agentes multiplicadores para fomentar uma cultura de paz e de prevenção à violência, a partir de uma construção coletiva permitida através de ampla discussão de ideias, fatos estatísticos e planejamento; criar espaços coletivos que contribuam para uma prática reflexiva sobre cidadania e direitos humanos (com enfoque nas legislações pertinentes tais como Estatuto da Criança e Adolescente), contribuindo para a democratização das informações (BRASIL, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou identificar a percepção de adolescentes sobre a violência nos espaços sociais e as estratégias de enfrentamento do problema, entre estudantes de uma escola profissionalizante no município de Fortaleza, Ceará.

Os resultados aqui apresentados mostram que os adolescentes vivenciam diferentes manifestações de violência nos

ambientes escolar, familiar e comunitário. Também foi verificado que, na percepção dos adolescentes, os equipamentos sociais da escola e da Estratégia Saúde da Família não desenvolvem ações contínuas e sistemáticas visando à prevenção e ao enfrentamento da violência.

Ao identificar as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos adolescentes, o presente estudo contribui para a reflexão dos profissionais que lidam com este grupo etário no sentido de visualizar caminhos que reduzam estes eventos nesta fase tão importante do desenvolvimento humano.

Por se tratar de um fenômeno multifacetado e com relevante importância para a saúde escolar e a saúde pública, áreas como a saúde e a educação necessitam estabelecer no seu processo de trabalho, em conjunto com outros setores da sociedade, ações que potencializem a perspectiva interdisciplinar e intersetorial para o enfrentamento da violência que acomete os adolescentes e para a consequente promoção da qualidade de vida individual e coletiva.

Com base nos resultados, pode-se compreender a extrema necessidade de prevenção e de enfrentamento da violência que acomete os adolescentes, havendo necessidade de agir junto à família, comunidade e sociedade em geral, uma vez que suas sequelas atingem dimensões e gravidade expressivas.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, C. D.; ASSIS, S. G. A (in) visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 843-854, 2011.

ALVES, R. Violência na escola e da escola: desafios contemporâneos à Psicologia da Educação. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 13, n. 2, p. 343-346, 2009.

BAGGIO, L.; PALAZZO, L.S.; AERTS, D. R. G. C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília; 1990.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **O Desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas**. Brasília, DF: CONASS, p. 61, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAVALCANTI, A. L. Lesões no complexo maxilofacial em vítimas de violência no ambiente escolar. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1835-1842, 2009.

CONASS. Observatório da Violência: Articulação Intersetorial de Registros dos Serviços de Atenção a Pessoas Vítimas de Acidentes e Violências na Bahia. **Documento nº. 16**, p. 151- 153, 2008.

COSTA, M. C. O. **et al.** Perfil da vitimização sexual de crianças e adolescente, segundo descrição de casos por alunos e professores de

escolas públicas. **Baiana Saúde Pública Miolo**, v. 34, n. 3, p. 482-502, 2010.

EYNG, A. M.; GISI, M. L.; ENS, R. T. Violências nas escolas e representações sociais: um diálogo necessário no cotidiano escolar. **Rev Diálogo Educ**, v. 9, n. 28, p. 467-480, 2009.

GOMES, R. **et al** . Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, p. 1291-1302, 2012.

GUIMARAES, J.A.T.L.; VILLELA, W.V. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió. Alagoas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1647-1653, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

KRUG, E. G. **et al**. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LEME, M. I. S. A gestão da violência escolar. **Rev Diálogo Educ**, v. 9, n. 28, p. 541-555, 2009.

LIAO, M. *et al*. Child maltreatment in China: An ecological review of the literature. **Children and Youth Services Review**, v. 33, p. 1709-1719, 2011.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 2, p. 481-491, 2010.

MALTA, D. C. *et al*. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, suppl.2, p. 3053-3063, 2010a.

MALTA, D. C. **et al**. Bullying nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, suppl.2, p. 3065-3076, 2010b.

MARIN-LEON, L. *et al.* Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sócio demográficos e de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1089-1097, 2007.

MARRIEL, L. C. *et al.* Violência escolar e auto-estima de adolescentes. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 127, p. 35-50, 2006.

MARTINS, C. B. G. Maus tratos crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Enferm**, v. 63, n. 4, p. 660-665, 2010.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. Maus-tratos Infantis: Um Resgate da História e das Políticas de Proteção. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 23, n. 3, p.423-428, 2010.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 347-357, 2010.

MELO, Z. M. *et al.* Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 201-208, 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOURA, D. R.; CRUZ A. C. N.; QUEVEDO, L. Á. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. **J.Pediatr**, v. 87, n. 1, 2011.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa- características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**, v. 1, n. 3, 1996.

PIGATTO, N. A docência e a violência estudantil no contexto atual. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, v. 18, n. 67, 2010.

RAMOS, M. L. C. O.; SILVA, A. L. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo – Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, 2011.

RICAS, J.; DONOSO, M. T. V. Aspectos históricos da educação no Brasil versus violência física na infância: reflexões. **Revista Med Minas gerais**, v. 20, n. 2, p. 212-217, 2010.

ROCHA, P. C. X.; MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3285-3296, 2011.

SANTOS, M. A. F; RAMIRES, C. L. Prevenção de Acidentes e Violências e Promoção da Saúde no Brasil. **Hygeia**, v. 6, n. 10, 2010.

SCHUTLZ, N. C. W. **et al.** A compreensão sistêmica do bullying. **Psicol. Estud.**, v. 17, n. 2, 2012.

SILVA, A. B. B. **Mentes perigosas**. Rio de Janeiro: Fontanar; 2008.

SILVA, C. E. **et al.** Violência entre pares: um estudo de caso numa escola pública de Esteio/RS. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 16, n. 1, 2012.

SOUZA, M. K. B.; SANTANA, J. S. S. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 547-555, 2009.

VIEIRA, L. J. E. S. *et al.* Violência na escola pública: relatos de professores. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 34-42, 2010.

WAINBERG, J. **The Show of Life**. The Brazilian Diet of TV News, 2008.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012**: crianças e adolescentes do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on child injury prevention**. Geneva: World Health Organization/ Unicef; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Inequalities young people's health**: key findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2005/2006 survey fact sheet. Copenhagen: World Health Organization; 2008.

SABERES E PRÁTICAS SOBRE SEXUALIDADE DE ADOLESCENTES EM UM MUNICÍPIO DO CEARÁ

Milena Silva Costa

Girliani Silva de Sousa

Francisca Edna Bezerra

Flávio Lúcio Ibiapina

Rita de Cassia Andrade Neiva Santos

Raimunda Magalhães da Silva

INTRODUÇÃO

O adolescente é um ser humano de múltiplas subjetividades, com características singulares nos campos biológicos, psicológicos e sociais. Representa-se por uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada por intenso crescimento e desenvolvimento que se exprime por marcantes transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) definem a adolescência como um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange a pré-adolescência que compreende a faixa etária de 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita, dos 15 anos aos 19 anos (MANDÚ, 2001).

Do ponto de vista psicológico, é a etapa na qual o indivíduo busca a identidade adulta, apoiando-se nas primeiras

relações afetivas, já interiorizadas, que teve com seus familiares e verificando a realidade que a sua sociedade lhe oferece (BRÊTAS, *et al.*, 2002). A adolescência perpassa pelo processo do amadurecimento, em que ocorrem mudanças no corpo, despertando a valorização do mesmo, principalmente na aparência visual, refletindo comportamentos sociais, culturais e sexuais atribuídos a cada sexo.

Nesta linha de raciocínio, a identidade do adolescente se constrói com os aspectos sociais e culturais, enquanto processo constante de mudança, como também nas suas experiências de vida, incluindo as afetivas e sexuais.

Dentre estes elementos constitutivos, é importante destacar a sexualidade que se constitui numa dimensão fundamental em todo ciclo de vida de homens e mulheres, a qual envolve práticas e desejos ligados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde. Embora a sexualidade faça parte do ciclo natural da vida, em nossa sociedade ocidental, mostra-se de difícil manejo nas relações intrafamiliares e sociais, principalmente no que cerne os profissionais de saúde.

A sexualidade é importante parte do desenvolvimento humano. Na adolescência, embora alguns discutam a atividade sexual em termos de risco, deve-se observar que o comportamento sexual deve levar em consideração questões como início da vida sexual, prevenção das DSTs por meio do uso da camisinha e da gravidez indesejada pela utilização adequada de métodos contraceptivos, considerados como pontos importantes na saúde coletiva e, portanto, merecem a atenção dos serviços e profissionais de saúde. Uma abordagem adequada, orientando antecipadamente os adolecentes sobre suas dúvidas e confli-

tos acerca de sua sexualidade dentro do contexto pessoal, familiar e social em que vivem, facilitará a tomada de decisões que possam promover sua melhor saúde sexual, evitando riscos (Adolescent Health Updated Editorial Board, 2009).

Os adolescentes, em geral, são normalmente usuários com demandas pouco valorizadas nos serviços de saúde. Além disso, a sua ausência nos serviços de saúde, a redução ao espaço escolar de atividades educativas inviabilizam ações para a promoção da saúde (SANTOS, *et al.*, 2012).

Soma-se à carência de reflexões e diálogos sobre o exercício positivo da sexualidade, da sua dimensão amorosa, da intimidade, da experimentação. A literatura no campo da saúde pauta-se sobre a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e a gravidez na adolescência, limitando a discussão para a impulsividade sexual como perigosa nessa faixa etária (PAIVA, *et al.*, 2011).

No Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) brasileiro, a sexualidade aparece apenas quando se refere à proteção contra o abuso, a violência e a exploração sexual, na prostituição ou em produções pornográficas. No Brasil, o Sistema Único de Saúde incorpora os jovens como sujeitos autônomos apenas a partir de 18 anos (BRASIL, 2006).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população adolescente de 10 a 19 anos alcançou 17,9% da população total do país, representando cerca de 34 milhões de jovens nessa faixa etária (IBGE, 2012).

Com esse cenário, o adolescente emerge em necessidade de saberes para lidar com as novas experiências no campo afetivo, os sentimentos, o amor, o namoro, suas intenções

reprodutivas e os projetos de vida para o futuro. Cuidadores, institucionais ou familiares, representam a dimensão dialógica para a troca de saberes e a construção coletiva de conhecimento para a promoção da saúde sexual dos jovens.

Neste sentido, o apoio da família, da escola e dos profissionais da saúde, as políticas públicas, programas e projetos encontram barreiras e limites para ampliar parcerias e, com isso as atividades educativas se reduzem a meras ações informacionais e pontuais, proporcionando menor envolvimento e aprendizado (SANTOS, *et al.*, 2012).

Para minimizar essa problemática, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) instituiu o Programa Saúde na Escola, mediante Decreto Presidencial nº 6.286/07, que tem como um dos objetivos inserir o profissional de saúde na escola com o intuito de proporcionar orientações de cuidados com a saúde e ajudar na formação individual de crianças e adolescentes, atuando em parceria com os professores e familiares.

Diante do exposto, questiona-se: O que é ser adolescente? Como o adolescente percebe a sexualidade? Como o contextualiza? Como foi sua iniciação sexual?

Ao realizar uma revisão não sistematizada sobre adolescente, sexualidade e escola, em 01 de maio de 2013, foram encontrados 44 artigos que abordava agravos à saúde do adolescente, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), sexualidade, iniciação sexual, gravidez na adolescência, aborto provocado, métodos contraceptivos e de emergência. Ao se analisar, porém, títulos e resumos destes artigos, não foram encontrados referência entre referência sobre saberes de adolescentes em escolas públicas e privadas, constituindo, desse modo, uma lacuna na elaboração deste conhecimento.

Neste olhar abrangente, o objetivo deste estudo analisa os saberes e práticas atribuídos à sexualidade por adolescentes em escola pública e privada no município de Iguatu, Ceará, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória norteia-se pelo mapeamento do contexto social. A abordagem qualitativa busca compreender as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos na vida social (LEOPARDI, 2002).

A investigação aconteceu em duas escolas, sendo uma da rede pública e outra da rede privada de ensino, município de Iguatu, Ceará, Brasil. A escolha deste município relaciona-se por ser o principal polo econômico da região do estado do Ceará. As escolas, ambas de ensino médio e selecionadas, por meio de sorteio aleatório, entre 100 escolas cadastradas na rede do município, a partir do maior número de alunos matriculados na faixa etária entre 15 e 19 anos.

O número de participantes foi constituído por 36 adolescentes entre 15 e 19 anos, que estudavam na escola há pelo menos um ano. A escolha dos participantes ocorreu de acordo critérios de seleção: a) estar matriculado na escola; b) ser estudante da escola há pelo menos dois anos; c) ter mais de quinze anos.

Inicialmente, as pesquisadoras entraram em contato com a direção da escola, oportunizando em uma reunião reservada a apresentação do projeto, explicitando os benefícios, riscos, divulgação e a possibilidade de recusarem a disponibilidade do espaço escolar como campo de estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a maio de 2009, no ambiente escolar, em que as pesquisadoras apresen-

taram-se nas turmas, explicaram o objetivo do estudo e contactaram os jovens que aceitaram a participar. Posteriormente, marcou-se o melhor dia e horário para iniciar a entrevista, em local reservado, escolhido pelos participantes. Ressalta-se que a coleta de dados ocorreu após os pais/ responsáveis assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, no qual constava detalhadamente o objetivo da pesquisa, a natureza do estudo, os benefícios, os riscos, a sua divulgação e a possibilidade de recusarem a participar em qualquer momento do estudo, se assim o adolescente desejasse.

A entrevista guiou-se por perguntas sobre dados socio-demográficos e saberes e práticas sobre sexualidade. Todas as entrevistas ocorreram no ambiente escolar, tal escolha justificou-se por representar um ambiente em que os jovens pudessem se expressar sem sofrerem qualquer tipo de influência familiar. Durante toda a entrevista respeitou-se as opiniões, pensamentos e sentimentos expressados pelos entrevistados, não ocorrendo nenhum tipo de julgamento e preservando-se o anonimato dos mesmos.

Após a coleta de dados, a organização dos dados anotados ocorreu imediatamente após os encontros. Em seguida, dados coletados foram compilados e organizados em categorias, de acordo com a análise de conteúdo, usando a técnica da análise temática, conforme orienta Bardin (1979), originando os temas de relevância que constituíram tópicos para análise. As categorias emergidas foram: Sentidos atribuídos à adolescência e Saberes e práticas sobre sexualidade. A discussão dos achados conjuga a literatura sobre o tema e dados empíricos coletados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte com o número 2009_0016_FR238278.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentaram que dos 36 adolescentes na faixa etária entre 15 e 19 anos, 18 estudavam na escola pública e 18 eram do sexo feminino. Com referência à escolaridade, 12 alunos pertenciam a cada ano letivo do ensino médio. Considera-se que este resultado não foi intencional, mas favoreceu a análise das respostas ao comparar informações pertinentes de adolescentes de escolas, gênero e escolaridade diferentes.

Os adolescentes da escola pública declararam terem tido sua primeira relação sexual de maneira mais precoce do que os alunos da escola privada ao constatar que 13 adolescentes da escola pública registraram a sexarca até os 15 anos de idade; e a maioria (sete) das meninas da escola privada ainda não havia iniciado sua vida sexual, divergindo da situação das meninas na escola pública.

Este resultado corrobora com Moreira, Viana, Queiroz e Jorge (2008), ao afirmarem que a sexarca na atualidade está começando cada vez mais precoce, fato este que pode estar relacionado à imposição social, educação familiar e ainda condições econômicas, o que leva os adolescentes a ingressarem de forma mais rápida na vida adulta. Malta *et al.* (2011) também encontrou que os adolescentes brasileiros têm iniciado suas relações sexuais cada vez mais cedo, o que leva a necessidade de promover a esta população a orientação, o apoio e a proteção adequados para o início desta nova experiência, a fim de que saiba lidar com a situação com mais responsabilidade, segurança e tranquilidade.

Sentidos atribuídos à adolescência

A adolescência é um período muito especial no desenvolvimento humano. Neste período, surgem alterações impor-

tantes nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e emocionais. O adolescente busca sua identidade social por meio das novas experiências que irá vivenciar. Diante disso, as falas emergem para um conhecimento íntegro dos jovens sobre o termo adolescência tanto na escola pública, como na escola privada de ensino.

Nesse contexto, os adolescentes da escola pública responderam:

“Adolescência é a fase da vida de formação profissional do indivíduo; que começa na puberdade, a ONU considera jovem-adolescente de 15 a 29 anos!” (masculino, 16 anos).

“É uma fase que nosso corpo aos poucos vai mudando, surgem muitas perguntas em nossa cabeça e muitas dúvidas” (Feminino, 17 anos)

E os adolescentes da escola privada responderam:

“É a fase pela qual passamos a partir dos 14 anos. Com mudanças no corpo. Tanto externamente (mudança do corpo) e internamente (formação do útero e elevação dos hormônios) na mulher e no homem, crescimento de pelos, mudança da voz e etc.” (masculino, 16 anos).

“É um período onde aprendemos a nos auto-conhecer e conhecer mais sobre temas que ajudam no crescimento de um adolescente; é o tempo de aprender sobre doenças sexualmente transmissíveis e algo mais; também é o tempo de nos identificarmos com pessoas que vão nos ajudar em temas como esses” (feminino, 15 anos).

Os relatos evidenciam que os jovens conhecem e se reconhecem no processo de ser adolescente, possuem saberes sobre as transformações que ocorrem no seu corpo e, principalmente, na sua mente. Os projetos de vida começam a emergir quando reconhecem que está fase também representa o período forma-

tivo profissional, mas também vivenciam intensas mudanças que geram dúvidas e ansios. Outro ponto importante destacado diz respeito à aquisição de conhecimentos, a valorização do aprendizado sobre novos temas, como as Doenças Sexualmente Transmissíveis e a importância de estabelecer vínculo com uma pessoa que transmita confiança para expressar sua subjetividade.

Neste pensamento, os adolescentes também possuem a capacidade de responsabilizar-se e de ter autonomia no que diz respeito a votar, casar-se, contratar ou firmar obrigações e relações de trabalho. Todavia, como a definição legal sobre o exercício da sexualidade segura não é expressa claramente, há insegurança quanto à assistência a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes promovida pelos profissionais da área da saúde e educação (MORAES; VITALE, 2012).

Desta forma, a sexualidade é uma construção histórica, cultural e social, e se transforma conforme mudam as relações sociais. Mas, infelizmente, a nossa sociedade ocidental foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder (MACEDO; MIRANDA; PESSOA JUNIOR; NÓBREGA, 2013).

Há, nessa fase da vida, inúmeras descobertas e conflitos que podem denotar risco e vulnerabilidade na vida do adolescente. Os riscos são as possibilidades de ocorrência de danos ou agravamentos, como, por exemplo, os casos de infecção pelo HIV/AIDS e outras DST, o início precoce de atividade sexual, a gravidez não planejada, sem qualquer orientação médica ou familiar, os abortos inseguros, a morbidade materna e os casos de violência sexual. Somem-se, ainda, as dificuldades que os

próprios serviços de saúde e educação demonstram em tratar do tema e assegurar universalmente os direitos sexuais e reprodutivos dessa população (MORAES; VITALLE, 2012).

As vulnerabilidades podem ser entendidas como um conjunto de fatores (individuais ou coletivos) que acometem os adolescentes, expondo-os de maneira mais frágil e/ou decorrendo de maiores dificuldades de acesso aos meios de prevenção e proteção. As situações de vulnerabilidades devem ser vistas pelos componentes individuais, sociais, culturais e institucionais, compreendendo o universo em que o adolescente está emerso (MORAES; VITALLE) 2012.

É preciso abordar, principalmente, a sexualidade dos jovens e adolescentes em um contexto dialógico, onde os jovens possam participar como sujeitos e protagonistas conscientes. Pensar em jovens como sujeitos possuidores de direitos permitiriam aos cuidadores, por exemplo, avaliar criticamente seus próprios valores e valorizar a troca de experiências e construção de conhecimentos coletivos, embora isto não seja uma tarefa fácil, no caso dos jovens (PAIVA, *et al.*, 2011; MORAES; VITALLE, 2012; MACEDO; MIRANDA; PESSOA JUNIOR; NÓBREGA, 2013).

Saberes e práticas sobre sexualidade

O saber diz respeito à informação, ou seja, os conteúdos discursivos e/ou não verbais sobre o que sabe e não sabe a respeito de determinado assunto. Ao se tratar da sexualidade, os adolescentes deste estudo a contextualizaram diretamente ao ato sexual.

Os participantes da escola pública responderam que:

“É uma coisa simples e prazerosa, é uma relação entre duas pessoas quando se gostam ou até mesmo por diversão e quando sente vontade, é algo saudável” (Masculino, 17 anos).

E os da escola privada responderam:

“Quando você descobre seus desejos no outro, desejos mais profundos. É também o meio que as pessoas se relacionam para obter prazer e também o meio natural de ‘procriar’” (Feminino, 16 anos).

Estas falas descrevem a sexualidade atrelada às manifestações de prazer, de desejos e reprodução, em que reconhecem que nem sempre o ato sexual está relacionado a um relacionamento amoroso, mas que pode ocorrer por simples diversão, reconhecendo que está prática é saudável, com isso, demonstra-se o exercício da liberdade e a saúde. Desta forma, a sexualidade representa uma construção histórica, cultural e social, e se transforma conforme mudam as relações sexuais. Macedo, Miranda, Pessoa Junior e Nóbrega (2013) também encontraram em uma região do Nordeste que os adolescentes compreenderam a sexualidade a partir dos aspectos relativos ao prazer e a reprodução, destacando a limitação da visão multidimensional dos fatores que a envolvem.

Brêtas *et al.* (2011) discorrem que a identidade do adolescente é o fator central da sexualidade, ao ponderar que a identificação desta tem implicações para a experiência da vida sexual. Falar de sexualidade é reconhecer que esta se constrói e aprende, sendo parte integrante do desenvolvimento da personalidade, capaz de interferir no processo de aprendizagem, na saúde mental e física do indivíduo.

Estes elementos constitutivos são o cerne para o protagonismo de o adolescente controlar sua vida sexual, em que

se visualiza a possibilidade de mudanças no estilo de vida da população, incluindo os valores sociais e culturais, em que os profissionais de saúde e a sociedade poderão transferir para os adolescentes a responsabilidade por sua conduta sexual.

Além disso, o discurso masculino contrasta do feminino quanto à descrição da sexualidade no sentido de que a concepção do homem atrela-se ao desejo e o prazer, independente de ter estabelecido um relacionamento afetivo, enquanto a mulher centra-se em um relacionamento afetivo com manifestação de sentimentos.

Amaral e Fonseca (2006) ao analisar o comportamento dos adolescentes perceberam que o comportamento diferenciado dos pais em relação à criação das filhas e filhos interfere diretamente na formação da identidade destes e na postura que eles assumem em relação à sexualidade. Nesta perspectiva, homens e mulheres pensam e agem de forma bem distinta de acordo com a convivência e a experiência compartilhada de diversos atores sociais, entre eles, destacam-se os pais, em que estes ainda encontram-se embasados pela crença que a conversa sobre sexo serve como indução ao início da atividade sexual, protelam o diálogo sobre sexualidade. E quando ocorre o diálogo este é limitado a questões reprodutivas, no caso dos filhos do sexo masculino, os pais permitem vivenciar com mais liberdade sua sexualidade, enquanto as filhas são mais controladas pelas famílias pelo receio dos comentados que podem ser gerados na sociedade em torno da identidade desta e pela possibilidade de gravidez na adolescência (AMARAL; FONSECA, 2006; MACEDO; MIRANDA; PESSOA JUNIOR; NÓBREGA, 2013).

Outro enfoque precisa ser mencionado: os valores culturais e sociais da sociedade ocidental, em que nas décadas ante-

riores, a sexualidade era reprimida no comportamento feminino e estimulada no masculino. Além disso, o diálogo sobre sexualidade entre pais e filhos permanecia no imaginário e não acontecia na realidade. Por isso mesmo, em nossa sociedade, depara-se com o cenário das relações familiares em que os diálogos não são estimulados, necessita-se direcionar ao pensamento de como o diálogo entre pais e filhos pode contribuir para o vínculo entre eles e para a construção da identidade dos mesmos.

A visão limitada dos pais descrita por Amaral e Fonseca (2006) sobre sexualidade representa um desafio a ser superado para concretizar a parceria entre pais, professores e profissionais de saúde, vislumbrando a criação de espaços comunicativos que possam atender de modo mais dinâmico e efetivo as necessidades dos adolescentes.

O investimento em programas de orientação para os pais, tal como proposto por Pratta e Santos (2007), levando ao envolvimento dos mesmos na discussão e orientação de seus filhos adolescentes, reduzindo a angústia de ambos, colocando-os em posição de referência e funcionando como um suporte emocional diante das decisões e conflitos dos filhos adolescentes, representaria um oportunidade de superar esta dificuldade.

No conjunto das falas dos entrevistados foi expressivo o conhecimento sobre métodos contraceptivos, no entanto, emergiu confusões sobre a camisinha que é o único método que protege contra gravidez e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Isto fica confirmado quando um aluno, do sexo masculino, de 16 anos, da escola pública conceitua e exemplifica os métodos anticoncepcionais como: *“tudo aquilo que previne contra as DST. Exemplo: camisinha (masculina ou feminina), a pílula do dia seguinte, o diafragma, os anticoncepcionais”*. E outra

aluna, do sexo feminino, de 16 anos, agora da escola privada em que descreveu: “*previnem doenças e até mesmo a gravidez. Tenho conhecimento do DIU, comprimidos, tabela entre outros*”.

O que está posto demarca uma compreensão minimizada do conhecimento sobre os métodos contraceptivos, acrescida com a ausência de saberes sobre a finalidade destes. Este cenário torna-se preocupante com a vulnerabilidade em que os adolescentes se deparam ao terem práticas sexuais sem reconhecerem a finalidade exata dos métodos contraceptivos e, desta forma, estar mais expostos as DST e a gravidez não planejada. Paiva *et al.* (2011) destacam que a cada minuto, em todo o mundo, quatro jovens e uma criança são infectados pelo HIV. Cabe salientar que citar métodos de anticoncepção não significa necessariamente conhecê-los, ou seja, ter adquirido informações suficientes sobre as suas vantagens, desvantagens e modo de utilizá-los.

Neste sentido, a escolha bem como a forma do uso dos métodos contraceptivos está atrelada a diversas formas de como o indivíduo tem acesso à informação e ao próprio método e como os setores da educação, da saúde e familiares vivenciam a prática do diálogo e de ações educativas sobre este tema (MACEDO; MIRANDA; PESSOA JUNIOR; NÓBREGA, 2013).

Confidencialidade e disponibilidade de opções de aconselhamento de planejamento familiar que sejam atrativos para os adolescentes são fatores críticos para garantir a adesão dos mesmos de forma consistente e eficiente. É importante discutir contracepção com mulheres e homens adolescentes, envolvendo também estes últimos no planejamento familiar. (GARCIER; GAROFALO, 2013).

Santos *et al.* (2012) chamam a atenção para o despreparo dos serviços de saúde em relação às práticas de cuidado com adolescentes, de forma a atender as peculiaridades e complexidades, faltando espaços e suporte apropriados às suas demandas, seja no campo da orientação, proteção ou recuperação da saúde.

Barreiras identificadas em outros países (Intitute of Medicine, 2009), incluem a falta de acessibilidade aos serviços de saúde, percepção de quebra de confidencialidade, falta de comunicação e coordenação entre os diversos programas de educação sexual e de contracepção para os adolescentes, abordagem baseada em concepções pessoais dos profissionais de saúde, com impacto negativo na adesão dos jovens, vieses de ordem política, religiosa ou ética, além da estigmatização de vários aspectos da sexualidade, como comportamento sexual, gênero e orientação sexual e sexarca precoce.

Profissionais que estejam envolvidos em programas de cuidados à saúde sexual de adolescentes devem criar um diálogo aberto que incentive respostas francas, focar nos pontos fortes e objetivos de vida dos indivíduos e promover a responsabilidade pessoal, tendo em mente os princípios da confidencialidade, respeito, evitar atitudes ou comentários de julgamento, realizar uma escuta ativa, utilizar linguagem acessível e questionamentos específicos, ajudando os jovens a reconhecer as relações entre sua vida sexual e outros aspectos de suas vidas (GARCIER; GAROFALO, 2013).

Quanto à prática sexual, por motivos diferentes, foi expressiva a ausência do uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual. Uma aluna, do sexo feminino, de 17 anos, da escola pública exprimiu: “*não usei, pois como era a primeira vez*”

com o meu namorado, achei que seria melhor não usarmos. E outro aluno, do sexo masculino, 17 anos, da mesma escola, disse: “não usei, porque eu ainda não sabia dos métodos anticoncepcionais”.

O acervo das falas revela que a possibilidade da mulher não ter utilizado algum método contraceptivo em sua primeira relação sexual, detêm do fato de ter acontecido com seu namorado, um parceiro com quem possivelmente tem um relacionamento amoroso envolvido de manifestações de carinho e afeto. Isto corresponde ao estudo de Amaral e Fonseca (2006) que descreve as expectativas do início da relação sexual em torno da reciprocidade do relacionamento amoroso e com um namorado em que o eixo norteador da relação seja a confiança.

Em outro lado, têm-se o desconhecimento dos métodos como justificativa para ter-se a iniciação sexual desprotegida. Destaca-se a espera por informações sobre este temática, em que se expressa a expectativa por obter elementos essenciais para ser capaz de ter possivelmente futuras relações sexuais com o uso de métodos contraceptivos. Brêtas *et al.* (2011) reforçam que para o exercício seguro da sexualidade adolescente faz-se necessária a construção do conhecimento destes quanto às suas responsabilidades individuais e sociais. Também reconhece que a escola se torna como espaço de socialização na construção e na execução de medidas de prevenção, voltadas à educação sexual de seus alunos, entre eles, os adolescentes.

Santos *et al.* (2012) expressam que o desafio para os profissionais de saúde está em fomentar estratégias que sejam capazes de tornar o adolescente protagonista de sua própria saúde. Isto se concretiza, mediante a concessão de autonomia, responsabilização pessoal e social, inclusão do adolescente em se perceber como sujeito de direitos.

Para compreender a prática da iniciação sexual, foi importante notar que os jovens nem sempre se sentiam confortáveis. Sentimentos como vergonha de ir à busca de métodos contraceptivos e a espontaneidade da iniciação sexual foram barreiras descritas para a ausência do uso de métodos contraceptivos, como expresso por um aluno, do sexo masculino, de 16 anos, da escola privada:

“Não usei porque tinha vergonha de pegar ou comprar, por que alguém fora eu e a outra pessoa iria saber, e porque também não foi uma coisa combinada, mas aconteceu naturalmente”.

Como é possível observar, nesse depoimento, o ato sexual desprotegido foi no âmbito do sentimento de vergonha. Ou seja, ainda prevalece em nossa sociedade tabus relacionados à sexualidade (AMARAL; FONSECA, 2006; BRÊTAS, *et al.*, 2011; MACEDO; MIRANDA; PESSOA JUNIOR; NÓBREGA, 2013). Além disso, a espontaneidade do ato se coloca ao lado oposto do uso de métodos contraceptivos na vivência da sexualidade.

No que concerne à iniciação sexual, é preciso levar os adolescentes à reflexão e negociar com eles a utilização do seu conhecimento para a própria proteção. É um processo de construção da autonomia dos jovens, na busca de suas singularidades, como portadores de direitos e responsabilidades (BRÊTAS, *et al.*, 2011).

Por outro lado, existem jovens que enxergam sua responsabilidade em suas práticas sexuais e tomam o poder decisório de ter uma iniciação sexual protegida. Reconhece-se como um ser social que pensa e age, colocando-se como ser que exerce seus direitos. Confirma-se com a seguinte fala de uma aluna, do sexo feminino, de 16 anos, da escola privada:

“Sim, devido ser a minha primeira vez, e por estar com um pouco de medo e insegurança, e também por saber que posso me prevenir e prevenir meu companheiro de doenças e de uma gravidez indesejável”.

O medo e a insegurança descritos estão associados ao novo acontecimento e as singularidades do ato, no entanto, isto não se tornou um fator limitador, mas, sim, potencializou a decisão de fazer uso de métodos contraceptivos ao conhecer a proteção que o mesmo garante. Desse modo, houve a integração da contracepção e a proteção nas relações sexuais de maneira regular na vida dos jovens (BRÊTAS, *et al.*, 2011).

É imperioso ressaltar que quando os diversos setores e atores sociais compreenderem o lugar social dos jovens, a construção de identidade e suas singularidades, isto constituirá uma visão ampliada para a criação de espaços criativos e dialógicos para que os jovens se tornem agentes de direitos e tenham autonomia para tomarem decisões e promoverem sua saúde sexual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os saberes e práticas atribuídos à sexualidade pelos adolescentes apontaram para: percepção das alterações físicas, psíquicas e sociais que constituem o ser adolescente; o saber limitado da sexualidade e a prática da iniciação sexual desprotegida.

Os saberes e práticas da sexualidade para adolescentes da escola pública e privada não houve diferenciação, sendo considerado incipiente o que certamente compromete a promoção da saúde sexual e os deixa vulneráveis às Doenças Sexualmente Transmissíveis e a gravidez não planejada.

A limitação do estudo partiu-se de aprofundar a discussão com outros atores sociais, como os educadores, familiares e profissionais de saúde. No entanto, aponta-se a limitação de conhecimento como fator predominante para o direcionamento da prática sexual desprotegida.

Com os adolescentes tendo cada vez mais a iniciação sexual entre os mais jovens, isto emerge para a necessidade de ações educativas, com um trabalho multidisciplinar, envolvendo instituições escolares, serviços de saúde e associações para propor espaços dialógicos para a construção coletiva de conhecimentos, reconhecimento às singularidades, com isso pode-se possibilitar o protagonismo dos adolescentes sobre sua saúde sexual.

Na perspectiva da saúde sexual do adolescente, compreende-se que este estudo possa contribuir para a reflexão de educadores, professores e profissionais da saúde, com vista a subsidiar a aplicação das políticas públicas para o adolescente. Avançar neste tipo de assistência é alcançar uma atenção integral à saúde, como preconizado na legislação.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M.A; FONSECA, R.M.G.S. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.4, p.469-476, 2006.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial:** saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, DF: O Ministério; 2006.

BRÊTAS, J.R.S.; RUA, D.V.; QUERINO, I.D.; CINTRA, C.C.; FERREIRA, D.; CORREA, D.S. Compreendendo o interesse de adolescentes do sexo masculino e feminino sobre corpo e sexualidade. **Temas Sobre Desenvolvimento**, v,11; n.64, p.20-29, 2002.

BRÊTAS, J.R.S. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3221-3228, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: resultados preliminares. Pirâmide etária. [citado 29 jun 2013]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/censo2010/piramide_etaria/index.php.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2.ed. Florianópolis: Ed. UFSC - Pós-graduação em enfermagem, 2002.

MANDÚ, E.N.T. **Adolescência:** Saúde, sexualidade e reprodução. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto Acolher: Adolecer, compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEn; 2001. p.304

MALTA, D.C, *et al.* Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev Bras Epidemiol**, v.14, n.1, p.147-156, 2011.

MORAES, S.P; VITALLE, M.S.S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev Assoc Med Bras**, v.58, n.1, p.48-52, 2012.

MOREIRA, T.M.M; VIANA, D.S; QUEIROZ, M.V.O; JORGE, M.S.B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.2, p.312-320, 2008.

PAIVA, V. A sexualidade de Adolescentes Vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.10, p.4199-4210, 2011.

SANTOS, A.A.G. dos *et al.* Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.17, n.5, pp. 1275-1284, 2012.

VULNERABILIDADE E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES DE BAIXA RENDA NO MUNICÍPIO BRASILEIRO DE FORTALEZA, CEARÁ

Danielle Teixeira Queiroz

Jorg Heukelbach

Ivandro Soares Monteiro

Fábíola Araújo Oliveira

Carlos Henrique Alencar

Lorena Dias Monteiro

INTRODUÇÃO

O conceito de “risco” para uma doença ou um agravo na área de saúde coletiva não reflete de forma adequada a complexidade e integralidade das circunstâncias, sendo cada vez mais substituído pelo conceito de “vulnerabilidade”, principalmente quando trata-se de grupos especiais. Esse conceito analisa de forma mais abrangente a presença de outras condições e circunstâncias além das individuais, caracterizadas por diversas interações entre o ambiente, a sociedade e os grupos sociais inseridos (BRASIL, 2010; MIRANDA-RIBEIRO *et al.*, 2010; ALVES *et al.*, 2009; SANTOS; IRIART, 2007; AYRES *et al.*, 2003).

Nessa perspectiva, a gravidez na adolescência em comunidades de baixo poder aquisitivo surge como um problema multifacetado, envolvendo diversos fatores e indicadores que

estimulam o aumento da fecundidade (BRINDIS, 2006). Destaca-se a iniciação sexual precoce associada ao desconhecimento sobre saúde reprodutiva e a utilização de contraceptivos, ineficiência de serviços de planejamento familiar, bem como aspectos sociodemográficos, econômicos, emocionais e familiares (BRUNO *et al.*, 2009; LEVANDOWSKI *et al.*, 2008; BRINDIS, 2006).

Dentre os diversos fatores, a estrutura familiar destaca-se como sendo primordial no desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes, sendo responsáveis pela sua saúde e socialização na vida adulta (MONTEIRO; MAIA, 2010). Assim pode se considerar que a família é tida como a célula-tronco da nossa sociedade, responsável pela formação dos valores morais, dos princípios éticos, da cultura e da educação que são repassados ao longo das gerações (BARBOZA *et al.*, 2009). Nesse contexto, apoia-se a afirmação que destaca as experiências familiares como influenciadoras no ingresso à vida adulta, de forma plena ou conflituosa. Portanto, para compreender o comportamento do adolescente ao se tornar adulto, precisa-se considerar as condições familiares por ele inseridos durante seu desenvolvimento biopsicossocial. Nesse recorte de pensamento é válido acenar que quanto mais precoce for a exposição a situações de agressividade e negligência, mais consequências negativas no desenvolvimento serão esperadas na vida adulta (AZEVEDO; MAIA, 2006).

A vulnerabilidade se potencializa na presença de vários desses fatores interligados (ALVES; BRANDÃO, 2009; LEVANDOWSKI *et al.*, 2008; MEADE; ICKOVICS, 2005), vivenciados de uma forma contínua e relativamente prolongada no tempo e não apenas pela exposição a uma situação de vida estressante, perturbadora ou traumática (MONTEIRO, 2011).

Percebe-se que a vulnerabilidade a qual jovens adolescentes de comunidades economicamente menos favorecidas estão expostas baseia-se na condição de risco social e em conflitos naturais dessa fase da vida, que interferem no processo de viver saudável e na construção da identidade individual e social dessas jovens. Mas também a vulnerabilidade parece estar relacionada com a qualidade das experiências vividas na família de origem durante a sua infância e princípio da adolescência (MONTEIRO, 2011). Assim, essas adolescentes apresentam-se mais vulneráveis tanto no aspecto social, como individual e familiar (GUILHEM *et al.*, 2009).

Vários estudos têm mostrado a influência direta e indireta das experiências familiares nos indicadores de saúde dos adultos (MONTEIRO; MAIA, 2005). Destaca-se alguns fatores de vulnerabilidade, dentre eles estão o atraso no desenvolvimento, família desestruturada, minoria social, desemprego, pobreza, dificuldade de acesso à saúde e educação. O indivíduo inserido neste contexto é mais exposto a ter maior risco para problemas de desenvolvimento psicológico. Aponta-se o acúmulo de riscos existentes em quase todas as famílias, mas o efeito maior acontece naquelas miseráveis, em que há possibilidade de os indivíduos serem expostos a múltiplos conflitos que vão desde pobreza dos pais, brigas e separação, cuidados inadequados com a saúde e desemprego crônico (MONTEIRO; MAIA, 2005).

Para compreender melhor esse quadro, esse estudo torna-se relevante, uma vez que procura evidenciar o papel preponderante das experiências infantis tidas com a família de origem, das características individuais e sociais e sua relação com a saúde biopsicossocial do adolescente, no sentido de verificar correlações com gestação indesejada. E a partir dos resultados dessa

investigação podemos subsidiar o planejamento de estratégias de proteção à saúde do adolescente para que ele tenha melhor capacidade de superação das adversidades e melhor estruturação na vida adulta. Sugerimos isso na medida em que a literatura consagra o adolescente como sendo um grupo vulnerável ao envolvimento com drogas, violência e gravidez indesejada, além de outros agravos específicos, dentre outras situações que necessitam de ações promotoras de saúde (SANTOS, 2012; NUNES, 2012; GURGEL *et al.*, 2008; BRETAS *et al.*, 2009).

No presente estudo foi dada ênfase à dimensão associada ao comportamento individual e familiar e o contexto social (AYRES *et al.*, 2003). Os primeiros aspectos referem-se ao padrão do comportamento pessoal e familiar a que o indivíduo está condicionado, uma vez que as decisões de caráter individual são tomadas a partir do indivíduo inserido no seu grupo familiar. No segundo, há uma compreensão de que o ambiente é responsável direto pelas relações, modificações e valores que influenciam os comportamentos sociais (BRITO *et al.*, 2011; MIRANDA-RIBEIRO *et al.*, 2010; AYRES *et al.*, 2003).

O estudo tornou-se relevante por apontar a invisibilidade dos diferentes indicadores individuais, familiares e sociais como geradores de vulnerabilidade à gravidez na adolescência, uma vez que tal desfecho é responsável pela manutenção da pobreza e desagregação familiar nas gerações mais jovens, que podem traduzir em exclusão social da jovem mãe, no abandono da escola, na violência intrafamiliar, no desemprego e em distúrbios psicológicos, tornando-se as variáveis de vulnerabilidade dos adolescentes, os fatores de risco para que essas variáveis se repitam em ciclos viciosos transgeracionais. Assim, o objetivo desse estudo foi descrever os fatores individuais e familiares relacionados à vulnerabilidade de adolescentes femininas à gravidez.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal realizado em uma favela localizada no Morro do Sandra's na cidade de Fortaleza, Ceará, no período de maio de 2010 a maio de 2011. A comunidade está localizada à beira-mar, onde migrantes do interior do Estado começaram a ocupar as dunas no início da década de 1950. Essa comunidade, segundo parâmetros brasileiros, possui um baixo índice de desenvolvimento humano (BRAZIL, 2008; BRASIL, 2010).

De um total de 332 adolescentes de ambos os sexos, foram incluídas 136 adolescentes femininas. Para compor o quadro amostral foram eleitas todas as adolescentes femininas, por reconhecer que a mulher tem maior participação no processo da gestação, dessa forma, foram selecionadas a partir dos seguintes critérios: serem moradoras do Morro, estarem frequentando a escola, idade entre 10 e 22 anos e serem participantes das atividades de educação e saúde na Fundação de Educação e Saúde Mandacaru. Essa instituição é uma organização não governamental (ONG) sem fins lucrativos que presta assistência à comunidade na área de educação e saúde.

O convite para participar da pesquisa foi feito mediante visita domiciliária, sendo que o aceite foi um dos critérios de inclusão e agendamento das entrevistas com as adolescentes. Nesse primeiro contato, foram explicados os objetivos da pesquisa primeiro para as participantes e seguida para suas famílias, bem como orientado com detalhes a dinâmica da participação das adolescentes na etapa de entrevista individual.

As entrevistas foram realizadas no domicílio das participantes mediante seu consentimento. Foram aplicados os seguintes instrumentos; Ficha A, do Sistema de informação da

Atenção Básica, um questionário estruturado e três escalas. O tempo médio das entrevistas foi de 60 minutos cada.

Instrumento 1 - Ficha A

Nessa fase, foram coletadas as variáveis sociodemográficas como: idade, escolaridade, ocupação, renda, tipo de família, moradia entre outros, e de saúde reprodutiva, como: número de filhos e idade em que teve os filhos. Formulário baseado na Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Instrumento 2 - (Questionário)

O questionário é composto por 58 variáveis, dentre elas estão a de ordem socioeconômica, saúde sexual e reprodutiva, de caráter social, emocional e familiar.

Instrumento 3 - (Escalas)

Foram utilizadas três escalas, que constituem o Instrumento do Histórico Familiar, as quais têm por finalidade avaliar características da família de origem de uma forma global, permitindo detectar o funcionamento familiar, assim como analisar de forma separada o ambiente familiar e a qualidade da relação da pessoa com o pai e com a mãe. A sua cotação dá origem a um valor global do funcionamento da família de origem, que é calculado pela junção de vários itens de todas as subescalas.

Este instrumento do Histórico Familiar foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por dois psicólogos, com experiência clínica de mais de cinco anos e bom conhecimento da língua inglesa, que trabalharam até um consenso no que se refere à adaptação do conteúdo da versão original (inglesa) para língua portuguesa. O Histórico Familiar, composto por três

subescalas: Questionário de Cuidados Paternos, Questionário de Cuidados Maternos e Questionário de Ambiente Familiar (MONTEIRO; MAIA, 2010).

A escolha desse instrumento para a coleta dos dados ocorreu devido ser completo para alcançar o objetivo dessa pesquisa. Para melhor compreensão conceitual das três subescalas será dada a seguir uma breve descrição das suas características.

Os questionários de cuidados paterno e materno são compostos por 37 perguntas, sendo o primeiro tópico dividido em 16 questões: descrevem a *Aceitação e expressão de afeto paterno e materno*. Esse tópico evidencia a aceitação de atitude e opiniões dos filhos. O segundo tópico, composto por 9 perguntas, *Responsividade e diálogo paterno e materno*, se refere a capacidade de resposta no momento certo às necessidades do filho. O tópico seguinte, com 7 perguntas, *Envolvimento educacional paterno e materno*, é uma prática direcionada ao comportamento de estudos dos filhos, que engloba a participação em reuniões escolares e a ajuda nos deveres de casa. E o último tópico, com 5 perguntas, *Respeito físico e emocional paterno e materno*, revela o conjunto de atitudes dos pais para com os seus filhos, a partir dos quais se cria o ambiente psicológico-emocional da relação entre ambos e é caracterizado por comportamentos que incluem as práticas de elogios, gritos e/ou punições (MONTEIRO; MAIA, 2010).

O questionário de ambiente familiar é composto por 50 perguntas, divididas em: *Ausência de abusos de substâncias parentais*, se refere ao uso de substância como álcool e drogas pelos pais, *Cuidado físico e relacionamento parental não violento*, revela o cuidado com alimentação, vestuário e condições de higiene, que os pais têm com o filho. *A coligação parental e ajustamento*

psicológico, e o grau de acordo entre o pai e a mãe em relação às regras ou instruções aos filhos e também a saúde mental dos pais, como alteração do humor. A *Ausência de tarefas domésticas* refere-se ao grau de exploração da criança para as limpezas e cuidados domésticos (limpar o pó, cuidar de um irmão, aspirar etc.). O *Apoio social infantil e expressão emocional familiar* refere-se a forma como a criança podia estar com amigos, conviver na sociedade, ir ao cinema, estudar fora de casa, e caracteriza-se também pela expressão visível de sentimentos positivos e negativos, com opiniões e demonstrações de carinho. E o *Controle parental*, e o grau em que o sistema familiar é flexível no seu modelo educativo, desde o autocrático até ao democrático (MONTEIRO; MAIA, 2010).

Para realizar a pontuação das questões, uma escala tipo *lickert* de um a cinco pontos é usada para todos os itens do questionário. Todas as pontuações são contadas de forma a que as mais elevadas indiquem melhor nível de funcionamento familiar. Então, no geral, varia num *continuum* de 1 a 5, em quanto mais próximo de 5 melhor funcionamento familiar (MONTEIRO e col., 2010). Todas as subescalas apresentam bons índices de validade interna, com alfas de Cronbach acima de .70.

Todos dados foram digitados no programa Epi-info, versão para Windows XP e transportados para o programa Excel 2008, em seguida analisados e trabalhados nos programas estatísticos Stata 11 (Stata Corporation, College Station, USA) e SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 16). Além da abordagem descritiva em tabelas, foram utilizados os testes de chi quadrado, Sperman, Pearson e Fisher, bem como o cálculo das razões de prevalência relativas à associação dos fatores individuais e sociais à gravidez na adolescência.

O estudo seguiu os critérios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que destaca pesquisa envolvendo seres humanos. Obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, sob o nº 125/08. Foi obtido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por escrito pela participante ou seu responsável, no caso de menores.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica, econômica e cultural das adolescentes e sua família.

Entre as 332 (100%) adolescentes da população alvo, foram incluídas na análise 136 (40,9%). Os 196 (59,1%) adolescentes não incluídas, foram aqueles do sexo masculino.

A faixa etária predominante foi de 13 a 15 anos, 78 (57,3%). Das adolescentes, 120 (88,2%) estavam frequentando a escola, enquanto que 79 (58,1%) estudavam ou não estudavam, 29 (21,3%) tiveram como problema escolar a reprovação.

O estado civil mais referido foi de solteiras, 128 (94,1%). A maioria não tinha nenhuma atividade remunerada 124 (91,2%). No tocante às relações sociais, 126 (92,6%) refeririam ter vínculo de amizade, 94 (69,12%) não tinham namorado e 111 (81,6%) faziam parte de família do tipo nuclear (Tabela 1).

De acordo com as distribuições de frequência relativas segundo a caracterização sexual e de saúde reprodutiva, um total de 71 (52,2%) participantes relataram a menarca entre 12 e 13 anos. A atividade sexual já tinha sido iniciada por 62 (45,6%) , sendo que 21 (15,4%) tiveram a primeira experiência

ao 12 anos de idade. Em relação ao número de parceiros, 51 (37,5%) tiveram apenas um parceiro. Já as relações homossexuais foram evidenciadas em 02 (1,5%) e 03 (2,2%) tiveram relações extraconjugais. A gestação ocorreu para 26 (19,1%) das adolescentes, dentre essas 18 (13,2%) tinham apenas um filho e 08 (5,9%) tiveram dois filhos. Em relação à idade da parentalidade, observou-se que 13 e 15 anos foram às idades com maior presença de gravidez, 09 (34,6%). No que se refere à recorrência gestacional, verificou-se que 08 (30,7%) tiveram nova gestação, dentre elas, 05 (62,5%) tiveram aos 17 anos.

Dentre as características familiares, a idade do pai predominou em > de 40 anos em 47 (34,5%) dos casos, e a da mãe foi de 31 a 40 anos, 61 (44,9%). Observou-se que 42 (30,9%) dos pais e 62 (45,6%) das mães não concluíram o ensino fundamental. O trabalho em atividade remunerada era exercido por 55 (40,4%) das mães e 73 (53,7%) dos pais.

Observou-se que 26 (19,1%) pais e 44 (32,3%) mães foram pais na adolescência. Em relação à renda familiar, a que prevaleceu foi a faixa de um salário mínimo 118 (86,8%).

Tabela 1- Distribuição das adolescentes do sexo feminino segundo características socio-demográficas, de saúde sexual, reprodutiva e familiares, Morro dos Sandras, Fortaleza-Ceará, 2011.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
10 - 12 anos	20	14,8
13 – 15 anos	78	57,3
16 – 18 anos	28	20,6
19 – 21 anos	08	5,9
22 anos	02	1,5
Estudando		
Sim	120	88,2
Não	16	11,8
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto		
Ensino fundamental completo	79	58,1
Ensino médio incompleto		
Ensino médio completo	31	22,8
Não respondeu	16	11,8
	09	6,7
	01	0,7
Problema na escola		
Abandono	14	10,3
Reprovação	29	21,3
Agressividade	03	2,2
Dispersão	02	1,5
Não respondeu	88	64,7
Estado civil		
Solteira	128	94,1
Separada	01	0,7
União estável	07	5,1
Trabalha		
Sim	12	8,8
Não	124	91,2
Tem amigos		
Sim	126	92,6
Não	10	7,3
Tem namorado		
Sim	42	30,9
Não	94	69,1

Idade da menarca		
< 10 anos	01	0,7
10- 11 anos	40	29,4
12-13 anos	71	52,2
14-15 anos	04	2,9
Não respondeu	20	14,7
Tem relação sexual (RS)		
Sim	62	45,6
Não	74	54,4
Idade de início da RS		
11	01	0,7
12	21	15,4
13	15	11,0
14	15	11,0
15	06	4,4
16	02	1,5
17	01	0,7
Não respondeu	75	55,1
Quantos parceiros		
1	51	37,5
2	04	2,9
3	03	2,2
>4	02	1,5
Relações homossexuais		
Sim	02	1,5
Não	134	98,5
Relações extraconjugais		
Sim	03	2,2
Não	133	97,8
Gestações		
Sim	26	19,1
Não	110	80,9
Quantos filhos		
1	18	13,2
2	08	5,9
Idade da 1ª gestação		
12	01	3,8
13	09	34,7
14	03	11,5
15	09	34,7
16	01	3,8
17	03	11,5

Idade da 2ª gestação		
15	02	7,7
17	05	19,2
19	01	3,8
Faixa etária do pai		
20-30 anos	02	1,5
31-40 anos	46	33,8
> 40 anos	47	34,5
Não respondeu	41	30,1
Faixa etária da mãe		
20-30 anos	14	10,3
31-40 anos	61	44,9
> 40 anos	46	33,8
Não respondeu	15	11,0
Escolaridade do pai		
Analfabeto	05	3,7
E. fundamental incomp.	42	30,9
E. fundamental comp.	09	6,6
E. médio incomp.	02	1,5
E. médio compl.	13	9,6
Não respondeu	65	47,8
Escolaridade da mãe		
Analfabeta	08	5,9
E. fundamental incomp.	62	45,6
E. fundamental comp.	07	5,1
E. médio incomp.	06	4,4
E. médio compl.	10	7,3
Não respondeu	43	31,6
Pai trabalha		
Sim	73	53,7
Não	4	2,9
Não respondeu	59	43,3
Mãe trabalha		
Sim	55	40,4
Não	49	36,0
Não respondeu	32	23,5
Pai adolescente		
Sim	26	19,1
Não	110	80,9
Mãe adolescente		
Sim	44	32,3
Não	92	67,6

Renda familiar		
1/2 Salário	03	2,2
1 Salário	118	86,8
1 e 1/2 Salário	10	7,3
2 Salários	05	3,7

Fatores associados à gravidez na adolescência

A frequência de gestações entre as adolescentes casadas foi mais de 4 vezes maior quando comparada com o grupo das não casadas (Tabela 2). Embora a variável ter algum vício, tais como uso de cigarro e crack, não tenha sido significante estatisticamente, contribuiu 2,80 vezes para a gestação (IC95%=1,16-6,77). A gravidez na adolescência quando relacionada ao estado civil, frequência na escola, nível de instrução, trabalho remunerado e relação de amizade e namoro não se mostraram significativamente associadas para a ocorrência de gestação (Tabela 4).

A média de idade das adolescentes foi de 14,6 anos com uma amplitude de 11 a 22 anos (desvio padrão= 2,27). A média de idade das (18) participantes que tiveram experiência de pelo menos uma gestação foi 12,5 anos. A média de idade da menarca foi de 11,8 anos para as que tiveram gestação. A idade média para a primeira gestação foi de 14,3 anos e para segunda (8) de 16,7 anos. A idade média dos pais das adolescentes grávidas foi de 42,2 anos e das mães, 37,8 anos.

Do universo do estudo, 62 (45,6%) já tinham tido relações sexuais. Dessas, 26 (41,9%) engravidaram e de forma adicional 5 tiveram aborto (3,7%). Dentre as 25 adolescentes que engravidaram, 4 (16,%) faziam uso de preservativo como principal escolha contraceptiva. E desse universo (26) nenhuma apresentou doença sexualmente transmissível.

As variáveis associadas significativamente à gravidez foram não ter feito uso de preservativo na última relação e baixa autoestima. A primeira apresentou uma prevalência quase cinco vezes maior quando comparada com o grupo que havia feito uso do preservativo na última relação (IC95%= 1,26-18,31). A baixa autoestima, foi investigada pela indagação sobre a autopercepção e a imagem corporal que adolescente possuía de si própria, contribuiu significativamente para a gravidez na adolescência e a prevalência foi 3,02 vezes maior quando comparada ao grupo com alta autoestima (IC95%=1,60-5,71). As variáveis investigadas quanto ao número de parceiros, contracepção atual, uso de preservativo e tipo de família, não se mostraram significativamente associadas para a ocorrência de gestação (Tabela 2).

Tabela 2 – Gravidez na adolescência segundo fatores sociodemográficos, de vida sexual, autopercepção e tipo de família, Morro do Sandra's, Fortaleza-Ce, 2011.

Variáveis	Total	Grávidas		Razão de prevalência	IC=95 %	Valor p
		N	%			
Estado civil						
Solteira	129	21	16,3	1	-	0,003
Casada	7	5	71,4	4,38	2,38-8,07	
Estudante						
Sim	120	6	37,5	1	-	0,083
Não	16	20	16,7	0,44	0,21-0,93	
Escolaridade						
Ensino médio	25	21	19,1	1	-	1,000
Ensino fundamental	110	5	20,0	0,95	0,39-2,28	
Trabalho						
Sim	12	2	16,7	1	-	1,000
Não	124	24	19,3	1,16	0,31-4,32	
Amigos						

Variáveis	Total	Grávidas		Razão de prevalência	IC=95 %	Valor p
		N	%			
Não	10	4	40,0	1	-	0,098
Sim	126	22	17,5	0,43	0,18-1,01	
Namorado						
Sim	42	11	26,2	1	-	0,161
Não	94	15	16,0	1,64	0,82-3,26	
Vício						
Não	129	23	17,8	1	-	0,085
Sim	6	3	50,0	2,80	1,16-6,77	
Relações sexuais *						
Não	74	-	-	-	-	-
Sim	62	26	41,9	-	-	-
Sofreu abuso sexual *						
Não	133	26	19,5	-	-	-
Sim	03	-	-	-	-	-
Tipo de contracepção*						
Camisinha	25	04	16,0	-	-	-
Injeção	01	1	100,	-	-	-
Aborto*						
Sim	05	5	3,7	-	-	-
Não	131	26	19,8	-	-	-
DST*						
Sim	-	-	-	-	-	-
Não	25	25	18,9	-	-	-
Não respondeu	1	1	3,8	-	-	-
Número de parceiros						
Um parceiro	52	24	46,1	1	-	0,171
Mais de um parceiro	10	2	20,0	0,43	0,12-1,54	
Contracepção atual						
Sim	28	05	17,9	1	-	1,000
Não	108	21	19,4	0,91	1,38-2,21	
Uso de preservativo						
Sempre	15	2	13,3	1	-	0,783
Às vezes	12	3	25,0	1,87	0,37-9,47	
Nunca	109	21	19,3	1,44	0,37-5,55	

Variáveis	Total	Grávidas		Razão de prevalência	IC=95 %	Valor p
		N	%			
Uso de preservativo na última relação						
Sim	25	2	11,1	1	-	
Não	36	23	53,5	4,81	1,26-18,31	0,0021
Imagem corporal						
Alta autoestima	103	17	16,5	1	-	
Baixa autoestima	18	9	50,0	3,02	1,60-5,71	0,0014
Tipo de família						
Nuclear	111	18	16,2	1		
Monoparental	10	2	20,0	1,23	0,33-4,56	0,079
Reconstruída	15	6	40,0	2,46	1,16-5,22	

*Não foi possível calcular a razão de prevalência.

Quando realizada correlação da gestação com algumas perguntas das escalas, foi observado associação significativa com: problemas ou violência ($p=0,05$), uso de álcool pelo pai ($p=0,039$), reação da mãe com nota ruim ($p=0,002$), conversa sobre futuro com a mãe ($p=0,004$) e gozação da mãe ($p=0,001$) [Tabela 3].

Tabela 3- Distribuição das adolescentes segundo correlações das variáveis do estudo, Morro do Sandra's, Fortaleza-Ceará, 2010.

Variáveis	Gestação		Total		Coeficiente de correlação	P
	n	%	n	%		
Problema ou violência no contexto familiar						
1	09	6,6	80	58,8	0,238	0,005
2	05	3,7	20	14,7		
3	08	5,9	22	16,2		
4	02	1,5	06	4,4		
5	02	1,5	08	5,9		
Total	26	19,2	136	100,0		

Uso de álcool pelo pai						
1	11	8,1	83	61,0		
2	10	7,4	35	25,8		
3	04	2,9	13	9,5		
4	01	0,7	02	1,4	0,177	0,039
5	0	0,0	03	2,2		
Total	26	19,1	136	100,0		
Reação punitiva materna com desempenho escolar ruim						
1	07	5,1	70	51,5		
2	02	1,5	17	12,5	0,266	0,002
3	08	5,9	24	17,6		
4	06	4,4	12	17,6		
5	03	2,2	13	9,6		
Total	26	19,1	136	100,0		
Ridicularização da filha pela mãe						
1	07	5,1	82	60,3		
2	08	5,9	19	14,0	0,289	0,001
3	08	5,9	21	15,4		
4	01	0,7	07	5,1		
5	02	1,5	07	5,1		
Total	26	19,1	136	100,0		
Ausência de conversa sobre futuro com a mãe						
1	06	4,4	14	10,3		
2	03	2,2	12	8,8	0,248	0,004
3	05	3,7	22	16,2		
4	06	4,4	25	18,4		
5	06	4,4	63	46,3		
Total	26	19,1	136	100,0		

DISCUSSÃO

Em relação às características individuais, observa-se pelos achados desse estudo um perfil de correlação positiva entre gravidez na adolescência e ser casada, não ter feito uso de preservativo na última relação sexual e ter baixa estima. Já com relação às características familiares foi percebido associação entre gestação na adolescência e presença de problema ou violência familiar, uso de álcool pelo pai, reação materna com desempenho escolar ruim, ausência de conversas sobre futuro com a mãe e ridicularização da filha pela mãe.

A situação conjugal foi definida como relacionada à gestação, e pode ser explicada não somente pelo maior tempo de relacionamento, mas também pelo rito de passagem, que o status matrimonial representa para adolescente, funcionando como elemento de inserção social ou de reorganização de sua vida, uma vez que construir uma família, ter seu próprio lar representa um projeto de futuro, uma forma de ascensão social afetivo (CHERNICK *et al.*, 2012; GUANABENS *et al.*, 2012; BRASIL, 2012; SIPSMA *et al.*, 2011; CAPUTO; BORDIN, 2008; WANG *et al.*, 2003; GONTIJO; MEDEIROS, 2008; SHARMA *et al.*, 2002).

Percebe-se que a maioria das gestações no grupo investigado ocorreu em situação conjugal estabelecida, onde a gravidez na maioria das vezes é um risco assumido diante da utilização irregular de métodos contraceptivos. Além de que foi possível observar relação conflituosa entre as adolescentes grávidas e sua família, o que pode justificar o desejo de sair de casa de forma precoce para construir sua família e virarem independentes. Além disso, o casamento torna-se um investimento viável para famílias de baixa renda, onde a adolescente

grávida torna-se um peso financeiro e a união consensual ajuda a diminuir essas restrições. Outra justificativa seria a falta de informação adequada sobre uso correto dos métodos para prevenção da gravidez, que deveria ter sido dada pelos pais, precisamente pelas mães durante a educação sexual.

Além das questões observadas nesse estudo, foi permitido analisar que as adolescentes investigadas vivem na região Nordeste do Brasil, onde culturalmente o casamento em alguns casos é a única solução para que as adolescentes grávidas não sejam discriminadas ou “faladas” no seu meio social. Em dois outros estudos que analisou a situação conjugal de adolescentes grávidas nordestinas compartilhou do mesmo desfecho, quando encontram em seus resultados adolescentes grávidas com união consensual logo após diagnóstico da gravidez (NERY *et al.*, 2011; GUPTA, 2000).

A estreita relação entre gravidez na adolescência e situação conjugal também se mostrou semelhante em outros estudos nacionais e internacionais. Nesses estudos foram citados que o casamento de grávidas adolescentes além de ser vantajoso para a família que deixa de ter obrigações financeiras com a jovem, também serve para amadurecimento da menina mãe e reconhecimento social de sua responsabilidade em gerir sua família em formação (NERY *et al.*, 2011; SIPSMA *et al.*, 2011; SAYEM; NURY, 2011; PONTE-JÚNIOR; XIMENES NETO, 2004; SABROZA *et al.*, 2004; AQUINO *et al.*, 2003; VIEIRA, 2002; BATISTA, 2001). Em outra perspectiva de análise, um estudo realizado na Índia mostrou que quanto mais tarde for o casamento das adolescentes, menor é o risco de gravidez, uma vez que as mulheres tornam-se maduras, responsáveis e adquirem maiores informações sobre saúde reprodutiva adiando assim o projeto da maternidade (GUPTA; JAIN, 2008).

Em contrapartida, situação discordante foi encontrada em outros estudos nacionais, apontando que adolescentes solteiras estão mais expostas à gravidez em detrimento do pouco compromisso com métodos contraceptivos e da exposição ao sexo casual (BRASIL, 2012; ROSA, 2007). E para entender tal desfecho, é importante compreender que a gravidez na adolescência não representa um elemento negativo quando analisado de forma isolada, porém se destaca como problema de saúde pública devido às iniquidades sociais e políticas que geram na vida da adolescente e de sua rede social de apoio (FERREIRA *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva é fato reconhecer que as iniquidades sociais, como a dificuldade de acesso à educação, o desemprego, falta de acesso aos serviços básicos de saúde, degradação ambiental e a violência familiar e urbana são elementos que favorecem a vulnerabilidade das adolescentes à gravidez (TOLEDO *et al.*, 2011; BRASIL, 2009). Assim é importante reforçar que o conceito de vulnerabilidade aqui destacado remete a dimensão social, que aponta o acesso a bens de consumo básicos como educação e saúde como itens primordiais de sobrevivência em sociedade (AYRES *et al.*, 2006). E pelo contexto experienciado pelas adolescentes, percebe-se que esses itens foram negligenciados.

O histórico sexual e reprodutivo das adolescentes desse estudo revela uma tendência semelhante a outras pesquisas, quando apontam para iniciação sexual precoce sem o uso ou com uso inconsistente de métodos contraceptivos associados à gravidez, especialmente o uso irregular do preservativo o que caracteriza seu comportamento de risco e sua condição de vulnerabilidade individual (CHERNICK *et al.*, 2012; CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010; CHALEM *et al.*, 2007;

AYRES *et al.*, 2006). Essa faceta foi interpretada por outros estudos como principal ferramenta para o desfecho gestacional entre adolescentes femininas. Esses autores relatam que para haver uma situação de perigo, as adolescentes devem ter deixado de fazer uso do preservativo ou usá-lo de forma inconsistente por pelo menos um ano antes da gravidez (HALDRE *et al.*, 2009; PARKES *et al.*, 2009; CUSTÓDIO *et al.*, 2009).

A falta de atitude preventiva além de manter alta prevalência de gravidez nessa faixa etária ainda pode contribuir para exposição para pelo menos uma situação de risco, como a contaminação pelo HIV ou outra DST.

Entender tal circunstância requer a compreensão das condições de vida a qual as adolescentes estão expostas, uma vez que fazem parte de uma família com nível socioeconômico baixo, que se traduz em carência de informações sobre sexualidade e inacessibilidade aos serviços de saúde, tornando-as um grupo socialmente vulnerável (CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2012; DIAS *et al.*, 2010; AMORIM *et al.*, 2009; CAVASIN, 2004).

É preciso destacar ainda a imaturidade das jovens em administrar de forma adequada a contracepção ou mesmo de negociar o uso do preservativo com o parceiro, uma vez *que* lhes faltam argumentos contundentes para convencer o parceiro de sua importância, visto que possuem insuficientes conhecimentos sobre como usar de forma adequada os métodos contraceptivos que lhe garanta efetividade no planejamento familiar. Outro fato importante é a iniciação sexual de forma muito precoce destacando-se mais uma vez a falta de orientação sobre sexualidade e saúde reprodutiva (DIAS; TEIXEIRA, 2010; GUIMARÃES; WITTER, 2007; CAVASIN, 2004).

Ainda nessa perspectiva, diversas pesquisas demonstram que a ausência de um comportamento contraceptivo coerente por parte dos jovens está relacionada à ambiguidade de valores sociais em relação ao corpo, à sexualidade e a questões de gênero que são transmitidos aos adolescentes durante a construção de sua personalidade (DIAS; TEIXEIRA, 2010; GUIMARÃES; WITTER, 2007; PANTOJA, 2003). E muitos desses valores deveriam ser adquiridos no convívio familiar.

Semelhantes a outros estudos, observou-se que a baixa autoestima também foi uma condição de risco devido à dificuldade que essas adolescentes têm em criar perspectiva no futuro, encarar a vida e ter autoimagem positiva que represente prazer para o autocuidado (SIPSMA *et al.*, 2011; HARDEN *et al.*, 2009; WAHN; NISSEN, 2008).

É importante enfatizar que na fase da adolescência ter alta autoestima significa ter autocriticidade, é saber reconhecer valores e crenças capazes de promover aspirações positivas para o futuro. Significa também ter poder decisório para tomada de decisões importantes na vida, como escolha da profissão, do grupo de amigos e da hora certa de iniciação sexual. Porém, observou-se nos achados dessa pesquisa que a baixa autoestima das adolescentes é fruto do seu contexto familiar negligente, ao qual favorece a instabilidade emocional dessas jovens, competindo para torná-las adultas inseguras, com medo e sem preparo para lidar com as relações de afetividade do seu dia a dia.

Outra pesquisa também chama atenção para esse problema, quando relata que, ter ou não estima positiva, relaciona-se à forma como a adolescente vê sua família, como lidam com suas afetividades, sexualidade, hierarquia, questões de gênero e por fim com suas relações sociais. E que para se ter uma

autoestima alta é necessário ter uma atmosfera familiar em harmonia contribuindo sobremaneira para qualificação e sedimentação dos valores aprendidos durante o desenvolvimento psicoemocional (DAVIM *et al.*, 2009). A configuração da autoestima é dinâmica e depende de atitudes e valores sociais, fornecendo uma disposição a partir da qual o indivíduo orienta o olhar sobre si, produzindo sentimentos e aprendizados (DAVIM *et al.*, 2009).

De fato é importante reconhecer que o fortalecimento da autoestima depende da qualificação do ambiente familiar, de como os pais interagem com os filhos e vice-versa. Entretanto, para entender como esse fenômeno acontece é necessário uma compreensão dos elementos responsáveis para qualidade das relações entre os indivíduos, dentre eles a estimulação do ambiente (MARTINS *et al.*, 2004). A estimulação do ambiente é uma das variáveis mais importantes para o desenvolvimento saudável das relações interpessoais dentro da família. E são responsáveis pelas bases psicológicas do indivíduo na vida adulta (MARTINS *et al.*, 2004). Porém, deve-se analisar a presença simultânea de múltiplos fatores de risco, dentre eles, a baixa renda e escolaridade os quais prejudicam a boa qualidade da criação dos filhos que requer investimentos financeiros e emocionais por parte da família.

Após essas indagações da literatura fica fácil observar e compreender como o contexto familiar das adolescentes do estudo influenciou significativamente na ocorrência da gravidez. Simultâneas a esse processo estão as experiências negativas do processo de desenvolvimento da identidade vividas por adolescentes que conseqüentemente se traduzem em condutas desviantes.

A literatura mostra que a família é a entidade mais influente na conduta dos adolescentes, e pode responder pelos comportamentos delinquentes ou desviantes que esses jovens venham apresentar durante a vida adulta. As condutas desviantes são relatadas como sendo aquelas antissociais e delitivas que motivam o comportamento violento, perpetuando os maus-tratos, o déficit nas relações afetivas e o baixo nível de comunicação entre os indivíduos, famílias e comunidade (FORMIGA, 2005). Entre as condutas desviantes mais conhecidas estão o uso de álcool e drogas e a participação em gangues.

Como a família é o grupo responsável pelo comportamento desviante dos adolescentes, é nítido estabelecer a relação positiva entre gestação e vício por cigarro e crack encontrada nesse estudo, mesmo que essa variável não tenha se mostrando significativa estatisticamente, esse resultado não exclui a relação, se forem compreendidos os contextos familiares vivenciados pelas adolescentes grávidas. É importante relatar que essa variável foi participativa na condição de vulnerabilidade à gravidez, e que circunstâncias semelhantes foram encontradas em outras pesquisas (SIPSMA *et al.*, 2011; CAVAZOS-REHG *et al.*, 2011; GAUDIE *et al.*, 2010). Esses autores relatam que o uso de algum tipo de droga, incluindo o álcool e o cigarro, contribui satisfatoriamente para a gravidez na adolescência (GAUDIE *et al.*, 2010; CAVAZOS-REHG *et al.*, 2010; CAVAZOS-REHG *et al.*, 2011).

Essa relação torna-se mais significativa se além da adolescente, a família também for consumidora de álcool e drogas, o que implica em condições de hereditariedade e predisposição ambiental para manutenção desse quadro de vulnerabilidade familiar. O desenvolvimento do vício, principalmente do álcool, se deve na maioria das vezes, pelo lugar e pela cultura a

que os indivíduos pertencem, ou mesmo pelo tipo de infância vivida (WESSELOVICZ *et al.*, 2008).

A justificativa pelo quadro de vício e sua estreita relação com a gravidez encontrada nessa pesquisa podem ter diferentes dimensões. Uma delas é o contexto familiar negligente como um todo, agindo como influenciador das condutas desviantes, uma vez que o distanciamento emocional, a rejeição dos pais e a tensão familiar são situações que segundo a literatura predis põe o consumo de bebidas alcoólicas e uso de crack. Estudos têm demonstrado que, quanto maior for o vínculo entre pais e adolescentes, maior será a capacidade de inibição da conduta consumidora de drogas (VILLAR *et al.*, 2003). Por outro lado, a literatura aponta que a maior probabilidade de um adolescente se tornar dependente de álcool e drogas ocorre quando ele possui histórico de pai alcoólatra (SOUZA *et al.*, 2005; CHALDER *et al.*, 2006; WESSELOVICZ *et al.*, 2008).

A segunda dimensão está na associação da presença familiar de abuso de substâncias com as baixas condições econômicas da família. A condição socioeconômica desfavorável das famílias do estudo pode ter contribuído para iniciação do uso de drogas pelas adolescentes, uma vez que tem poucas oportunidades de acesso a bens de consumo. As pesquisas têm mostrado que geralmente os adolescentes usam cigarro ou outro tipo de droga como maconha e crack, devido à própria vulnerabilidade da fase da adolescência, onde ocorrem mudanças intrínsecas com grande labilidade hormonal e emocional, surgindo dúvidas e questionamentos de várias naturezas que confere instabilidade psicossocial. Essas situações fazem com que as adolescentes se exponham a diversos riscos, dentre eles o uso do tabaco e de outras drogas (ZEITOUNE *et al.*, 2012).

A associação positiva entre gravidez e ter uma família não nuclear foi outro achado relevante nesse contexto, com histórico de problema ou violência, pai em uso de álcool, reação da mãe com desempenho escolar ruim, ausência de conversas sobre futuro com a mãe e gozação da filha pela mãe. Essa situação pode ser compreendida uma vez que a família é o centro de desenvolvimento do indivíduo e funciona como a base para estruturação da personalidade. Quando, por algum motivo, a adolescente cresce sem a figura de um de seus pais, ou mesmo ocorre o divórcio no período da passagem da infância para a adolescência, esse indivíduo tem seu desenvolvimento abalado devido ao rompimento dos laços familiares. Essas situações, agravadas pelas desigualdades de renda traz sérios prejuízos emocionais, repercutindo significativamente na rede social das adolescentes (SANTOS; ROSÁRIO, 2011; GAUDIE *et al.*, 2010; CAVAZOS-REHG *et al.*, 2010; WAHN; NISSEN, 2008; IMAMURA *et al.*, 2007).

A família em equilíbrio está diretamente ligado ao crescimento saudável do adolescente. O estudo permitiu fortalecer o pensamento de alguns estudiosos, que destacam a dinâmica da família como responsável pelo desenvolvimento evolutivo do indivíduo, atuando como propulsora ou inibidora do seu crescimento físico, intelectual, emocional e social (DESSEN; POLONIA, 2007).

Nessa perspectiva, observar-se que a presença de violência doméstica modifica por completo as relações sociais e de afetividade, competindo para que as condições básicas de proteção e sobrevivência sejam rompidas (AZOR; VECTORE, 2008). Nessa linha de raciocínio, compreende-se como fatores de risco ao desenvolvimento do indivíduo todas as formas de violência doméstica, dentre elas: a violência física, a negligên-

cia e a violência psicológica, sendo que a última inclui a exposição à violência conjugal (BRANCALHONE *et al.*, 2004; BRANCALHONE; WILLIAMS, 2003; CARDOSO, 2001; MALDONADO; WILLIAMS, 2005; MAIA; WILLIAMS, 2005).

Esse cenário familiar de fragilidades, devido ao ciclo de violência, torna-se fértil para ocorrência de gravidez, uma vez que as adolescentes, reprimidas pelo desamparo familiar, buscam fora de casa novas experiências afetivas, ocasionando antecipação da iniciação sexual. A decepção com o ambiente familiar, no momento em que sua personalidade ainda está sendo moldada, faz as adolescentes adotarem novos hábitos, como o sexo livre e a experimentação de drogas, implicando em sérias consequências futuras para o seu contexto social. Uma das consequências são os traumas psicológicos, gerando grande potencial para práticas sexuais inseguras e maior vulnerabilidade à exploração sexual (SILVERMAN; RAJ; MUCCI, 2001; ROBERTS; KLEIN; FISHER, 2003; TEIXEIRA; TAQUETTE, 2010).

A pesquisa também permitiu identificar semelhanças com outros estudos, quando apontou associação positiva entre uso de álcool por algum membro da família e gestação na adolescência (HALDRE *et al.*, 2009). O uso de álcool e drogas pelos pais é sem dúvida um fator de grande influência para que as adolescentes tornem-se dependentes de drogas.

A literatura nacional e internacional tem estudado de forma consistente a transmissão transgeracional da dependência química entre pais e filhos, porém não se sabe ao certo se essa transmissão ocorre por maior predisposição genética ou pela influência do meio social (GUIMARÃES; HOCHGRAF;

BRASILIANO, 2009; BJORKQVIST *et al.*, 2004; WALDEN; IACONO; MCGUE, 2007). Sabe-se que pais que consomem algum tipo de droga servem de modelo tanto para meninos quanto para meninas na experimentação das drogas e do álcool (GUIMARÃES; HOCHGRAF; BRASILIANO, 2009; SCHOLTE *et al.*, 2008). Esses mesmos autores relatam que é salutar nesse processo a relação de vínculo mãe-filha na transmissão do uso indevido de drogas lícitas medicamentos. As mães tendem a ser modelos mais fortes para as garotas na iniciação do hábito de fumar (BJORKQVIST *et al.*, 2004; GUIMARÃES; HOCHGRAF; BRASILIANO, 2009).

Ainda em relação às características familiares, achados similares a essa pesquisa, mostram que práticas punitivas dos pais para mal desempenho escolar é um dos grandes responsáveis pelo comportamento anti-social dos adolescentes, e eleva o risco para eles se tornarem adultos agressivos e violentos. Outros aspectos identificados nos mesmos estudos foram a prevalência de abandono do lar, iniciação com drogas e contato sexual precoce como relacionados a inflexibilidade dos pais devido ao desempenho escolar ruim dos filhos (FERREIRA *et al.*, 2002; AQUINO *et al.*, 2003).

Um estudo realizado em 2007 com adolescentes de camadas populares da cidade de São Paulo, com intuito de identificar fatores associados à iniciação sexual precoce por essa clientela, encontrou que dentre as causas apontadas esteve as de ordem individual, ou seja, relacionadas ao comportamento do adolescente, e aquelas relativas aos familiares, que diz respeito à estrutura familiar, a comunicação entre pais e filhos e o monitoramento do comportamento dos filhos exercidos pelos pais (BORGES *et al.*, 2007; LONGO, 2002). Nessa perspec-

tiva, parece favorável compreender que a família exerce influência diretamente nas atitudes dos filhos, dependendo da sua transmissão de valores que podem ser de aprovação e reprovação de algum comportamento ou mesmo do seu próprio comportamento perante os filhos.

De fato, adolescentes que convivem em ambiente familiar com padrões positivos de supervisão e flexibilidade em relação a estudos, atividade de lazer com amigos e tarefas domésticas têm maior chance de ter relações interpessoais positivas com os pais e com a sociedade de um modo em geral (TOMÉ *et al.*, 2011).

Outras características familiares se mostraram associadas à gestação, tais como ausência de conversas sobre futuro com a mãe e ridicularização da filha pela mãe. Ao refletir em cima desses resultados, pode-se entender que, de certa forma, a ocorrência da gestação implica indiretamente na inabilidade dos pais em se comunicarem satisfatoriamente com suas filhas. Esse fato chama atenção para o modo como está sendo percebida e expressada a sexualidade na adolescência pelos pais, especialmente pelas mães. Observa-se que já é hábito na fase de adolecer a ocorrência de falha na comunicação com os pais, tendo como consequência distanciamento da família e maior aproximação do grupo de pares. O afastamento dos pais podem ser reconhecidos pela família como sinal de rebeldia, estabelecendo uma situação de confronto ao invés de comunicação.

Quando, por algum motivo, perdem-se as relações interpessoais e rompem-se as práticas comunicativas entre pais e filhos adolescentes, principalmente adolescentes femininas, instala-se uma crise familiar. No momento de crise, geralmente a parte mais prejudicada é a do filho, visto que os diálogos

entre pais e filhos são importantes ferramentas para prevenção de práticas sexuais inseguras. É importante informar que as adolescentes do sexo feminino preferem dialogar com suas mães, por se sentirem mais confortáveis e muitas vezes, por se tratarem como iguais. Em acordo com alguns estudos, que identifica relações de comunicação efetiva e positiva entre mães e filhas sobre assuntos relativos à sexualidade como influenciadora na postergação da iniciação sexual (BORGES, 2007; MILLER *et al.*, 1998).

Ainda dentro dessa perspectiva, outros estudos realizados com adolescentes demonstram que eles têm mais afinidade em manter diálogo com a mãe, uma vez que ela consegue melhor compreendê-los, e aparenta maior aproximação e flexibilização para impor regras (FALCKE, 1998; WAGNER *et al.*, 2002). Percebe-se que, em virtude do aumento das responsabilidades no acúmulo de novas funções e atribuições da mulher na dinâmica familiar, é possível estabelecer que cabe a ela o papel de dialogar de forma dialógica com os filhos, atentando para suas necessidades e interesses.

Para alguns autores, a falha na comunicação em ambas as partes pode comprometer o processo dialógico, o que se traduz em disfunção familiar. É visível que as relações interpessoais são de grande influência para o desenvolvimento da adolescente. Quanto mais simples for a comunicação entre as adolescentes e seus pais, melhor é o bem-estar psicológico delas (TOMÉ *et al.*, 2011; CORSANO *et al.*, 2006; WAGNER *et al.*, 2002). Nesse sentido, as relações interpessoais positivas parentais funcionam como fator de proteção para comportamento de risco, como consumo de substâncias ilícitas e gravidez na adolescência (TOMÉ *et al.*, 2011; ANTEGHINI *et al.*, 2001). Situação inversa, caracterizada por menos intimidade entre as adoles-

centes e seus pais, contribui significativamente para risco socioemocional (TOMÉ *et al.*, 2011; CLAUDINO *et al.*, 2006).

O ambiente familiar deve ser caracterizado por respeito, afetividade e relação de igualdade. Quando por algum motivo ocorre desestruturação dos lares, autoritarismo e rigidez de padrões morais e sexuais, os adolescentes tornam-se mais vulneráveis à vivência de sofrimento e problemas com drogas, aumentando sua susceptibilidade à comportamentos sexuais de risco, expondo-o a gravidez e contaminação por doenças (DAVIM *et al.*, 2009).

Segundo os resultados desse estudo foi possível observar que a maior parte dos fatores associados à gênese da gravidez na adolescência encontra-se naqueles de ordem familiar. Verificou-se, pela análise estatística, mesmo não sendo objetivo de investigação desse estudo, o padrão significativo de disfunção familiar encontrado. É importante enfatizar que todas as características que contribui para o desenvolvimento saudável do indivíduo foram negligenciadas de forma mais ou menos intensa. Percebeu-se também que há uma diferença discreta, mas não menos importante dos índices de cuidados paternos aos maternos, concorrendo para comprovar o que a literatura evidencia, como relações significativas entre adolescentes femininas e suas mães.

Vários estudos têm mostrado relação significativa entre adolescentes problemáticos e famílias disfuncionais, em virtude de que nelas há falhas de comunicação, de afetividade, não existe espaço para o diálogo, para expressão dos sentimentos, ideias e opiniões que muitas vezes difere daquelas dos pais, além da falta de apoio e afeto (DAVIM *et al.*, 2009; GUIMARÃES; HOCHGRAF; BRASILIANO, 2009).

Nessa condição de tantas deficiências, as adolescentes por não se sentirem acolhidas em casa, sentem-se atraídas pelos pares na rua, vão em busca de novos relacionamentos, novas experiências afetivas com intuito de compensar o vazio deixado pela família. É nesse momento delicado que as adolescentes apresentam comportamentos antissociais por estarem em plena vulnerabilidade para uso de álcool, drogas, roubos, sexo inseguro e prostituição.

Nesse estudo, não foi encontrado relação entre baixa escolaridade e gestação na adolescência, fato discordante de outras pesquisas nacionais com contexto sociais semelhantes (NERY *et al.*, 2011; AMORIM *et al.*, 2009; ROSA, 2007; PONTE-JÚNIOR; XIMENES NETO, 2004) e internacionais (HALDRE *et al.*, 2009; SIPSMA *et al.*, 2011; GAUDIE *et al.*, 2010; HARDEN *et al.*, 2009; SANTOS; ROSÁRIO, 2011).

Uma pesquisa realizada em cinco capitais brasileiras aponta que a incidência da gravidez entre adolescentes esta diretamente ligada à escolaridade (CAVASIN, 2004), uma vez que boa parte das adolescentes mora na periferia das grandes cidades, pertencentes a famílias com baixo fator socioeconômico e baixo grau de instrução, refletindo claramente na busca por oportunidade de trabalho. Porém, a realidade encontrada nessa pesquisa é diferente, e pode ter como justificativa as mudanças nos padrões de escolaridade, visto que a proporção de pessoas de 15 a 24 anos com 8 a 10 anos de estudos passou de 34,9%, em 2008, para 36,1%, em 2009, em Fortaleza-Ceará (BRASIL, 2012). Além disso, outro fator que explica esse achado é o fato de a maioria das adolescentes frequentarem a escola e cursarem o ensino fundamental e médio compatível com a idade. Estudos têm evidenciado que as trajetórias escolares de adolescen-

tes mães apresentam interrupção e defasagem que antecedem o diagnóstico da gravidez ou nascimento de um filho (AQUINO *et al.*, 2003).

No Brasil, tem diminuído o número de filhos nascidos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos bem como queda da taxa de fecundidade nos últimos cinco anos para mulheres na mesma faixa etária (VICTORA *et al.*, 2011; BRASIL, 2012), porém esses dados não são suficientes para mudar a realidade do problema que deve ser encarado como fenômeno multicausal, sofrendo influência direta do meio ao qual o sujeito está inserido.

No Ceará, houve uma redução gradativa no número de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos, nos últimos dois anos, passando de 26.377 em 2010 para 17.268 até outubro de 2012 (BRASIL, 2012). Fortaleza seguiu o mesmo padrão de diminuição, reduzindo de 386 em 2010 para 321 em 2012 (FORTALEZA, 2012). Contudo, a redução da gestação na adolescência não ocorre de forma uniforme, mas apresenta desigualdades intraurbana. A região do estudo que compreende dois bairros, localizados numa área litorânea, concentra 8% do total de nascidos vivos de meninas na faixa etária de 10 a 19 anos (FORTALEZA, 2012), justificado pelo baixo índice de desenvolvimento humano da comunidade estudada (BRASIL, 2010) que se caracteriza pela alta concentração de pobreza e consequentemente elevados índices de gravidez na adolescência (MARTINEZ *et al.*, 2011). É importante comentar que, mesmo não sendo objetivo desse estudo, um evento que também poderia justificar maior ocorrência da gravidez na adolescência nessa área é o local de moradia das adolescentes, zona litorânea do município de Fortaleza, cidade turística do Nordeste Brasileiro, responsável por grande parte do turismo sexual na região, principalmente no verão (BRASIL, 2005).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Pode-se apontar como limite inerente ao estudo o fato do questionário de pesquisa investigar a questão da ocorrência da gravidez separadamente da questão do aborto. Por esta razão, a variável aborto foi computada independente da gestação, sendo compilada como duas questões separadas.

Os vieses potenciais quanto aos resultados investigados nos questionários foram minimizados, considerando-se que a coleta de dados foi realizada por pessoas previamente treinadas para fins de nivelamento e garantia de qualidade dos dados.

Seria importante realizar esse mesmo estudo com outras populações e em outros locais do Brasil como forma de verificar a congruência das evidências por nós detectadas. Também seria importante aumentar o tamanho da amostra para analisar a confiabilidade dos resultados com os instrumentos utilizados. Contudo, apesar destas limitações, o potencial de trabalho realizado e para o futuro é motivador para planos mais adequados de intervenção primária pelas autoridades e entidades competentes de saúde pública.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os principais fatores encontrados nessa pesquisa associados à gravidez na adolescência foram serem casadas, não uso de preservativo na última relação e baixa autoestima. Esses fatores estão diretamente relacionados à vulnerabilidade individual e social ao qual estão expostas essas adolescentes, uma vez que encontra-se em ambiente com grandes desigualdades e restritas oportunidades de ascensão social. Além dessas, foram evidenciadas algumas vulnerabilidades familiares, como presença de problema ou violência familiar, uso de

álcool pelo pai, reação materna com desempenho escolar ruim, ausência de conversas sobre futuro com a mãe e ridicularização da filha pela mãe. Foram identificados ainda dois outros fatores que apesar de não serem associados estatisticamente à gravidez, apresentaram uma maior prevalência o vício a cigarro e ao crack e a família do tipo não nuclear.

Os resultados dessa pesquisa indicam que a gravidez na adolescência é um fenômeno complexo multicausal, porém foi evidenciado que sua ocorrência acontece frequentemente em contextos demarcados por conflitos e negligência familiar, onde prevalecem as relações interpessoais negativas pontuados por poucas oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

Mesmo não sendo objetivo desse estudo, foi possível perceber dentro da funcionalidade familiar um padrão de negligência e descaso familiar perante as adolescentes, onde as relações de afeto são marcadas por situações de falta de diálogo e de repasse dos valores positivos responsáveis pelo desenvolvimento saudável das adolescentes.

No entanto, o estudo mostra um perfil de adolescentes mães semelhantes aos encontrados na literatura, o que reforça a necessidade imediata de mudança de estratégia no que diz respeito aos programas educacionais direcionados aos adolescentes. Percebe-se que as ações existentes não são suficientes para promover mudanças de comportamento, e a política de saúde pública vigente não consegue romper a lacuna tanto dos programas educativos como preventivos, perpetuando a vulnerabilidade das jovens adolescentes. Soma-se a essa situação a pauperização, a violência e sobretudo a desestruturação familiar, o que dificulta ainda mais a consciência crítica-reflexiva das adolescentes na adesão a práticas sexuais saudáveis.

Diante desse quadro, faz-se necessário um trabalho intersectorial, onde o serviço de saúde, em especial a Estratégia Saúde da Família, e os centros educacionais aliem esforços na elaboração de estratégias, visando ao empoderamento sobre educação sexual por parte das adolescentes.

COLABORADORES

Danielle Teixeira Queiroz responsabilizou-se por todas as etapas de elaboração da pesquisa e confecção do manuscrito. Jorg Heukelbach e Fabíola Araújo Oliveira responsabilizaram-se por toda revisão geral da pesquisa e do manuscrito. Ivandro Soares Monteiro responsabilizou-se pela análise e interpretação dos resultados das três escalas. Carlos Henrique Alencar responsabilizou-se pela análise estatística. Lorena Dias Monteiro responsabilizou-se pela análise e interpretação dos dados. Sarah M. Fraxe Pessoa responsabilizou-se pela revisão teórica.

AGRADECIMENTOS

Às adolescentes participantes do estudo. A Fundação Mandacaru agradece o apoio contínuo da Südtiroler Ärzte für die Dritte Welt onlus (Bozen, Itália).

REFERÊNCIAS

ALVES, C. A.; BRANDÃO, E. R. Vulnerabilities in the use of contraceptive methods among youth: intersections between public policies and healthcare. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 661-70, mar-abr. 2009.

AMORIM, M. M. R. *et al.* Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escolada Paraíba: estudo caso-controlado. **Rev. Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, São Paulo, v. 31, n. 8, p. 404-10, 2009.

ANTEGHINI, M. *et al.* Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. **Journal Adolescent Health**, v. 28, p. 295-302, 2001.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cader. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S377-S88, 2003.

AYRES, J. R. de C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GW de S, Minayo MC de S, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM de. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 375-417.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, I.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 117-138.

AZOR, A. M. G. CC. V.; VECTORE, C. Abrigar/desabrigar; conhecendo o papel das famílias nesse processo. **Estudos Psicologia**, - Campinas, v. 25, n. 1, p. I 77-89, jan- mar., 2008.

AZEVEDO, M. C.; MAIA, A. C. **Maus-tratos a criança**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.

BARBOZA, A. L. A. *et al.* Mães de sonhos: uma proposta de reflexão e intervenção nas relações familiares. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v 18, supl. 1. p. 57-62, 2009.

BARNETT, D. The effects of early intervention on maltreating parents and their children. In: M. J. Guralnick. **The effectiveness of early intervention**. Baltimore: Paul Brookes, 1997. p. 147-170.

BATISTA, R. F. L. **Condições de vida e saúde de gestantes adolescentes residentes no município de Campinas**. Campinas, 2001. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2001.

BORGES, A. L. V. *et al.* Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. **Cader. Saúde Pública**,

Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1583-94, jul, 2007.

BJÖRKQVIST, K. et al. Adolescents' use of tobacco and alcohol: correlations with habits of parents and friends. **Psychol. Rep.**, v. 95, p. 418-20, 2004.

BRANCALHONE, P. G. et al. Crianças expostas à violência conjugal: avaliação do desempenho acadêmico. **Psicologia: Teoria Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 113-17, 2004.

BRANCALHONE, P. G.; & WILLIAMS, L. C. A. Crianças expostas à violência conjugal: uma revisão de área. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. et al. (Org.). **O papel da família junto ao portador de necessidades especiais** (Coleção Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial, v. 6). (pp. 123-130) Londrina: Eduel, 2003.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Índice de desenvolvimento Humano (IDH), 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/idh/>. Acesso em: 21 maio. 2012.

_____. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e na assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. FONTOURA, N. O.; PINHEIRO, L. S. **Gravidez na adolescência**. Disponível em: <http://desafios2.ipea.gov.br/sites/000/17/edicoes/60/pdfs>. Acesso em: 06 out. 2012.

_____. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005.

BRAZIL, N. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 796-804, 2008.

BRETAS, J. R. S.; OHARA, C. V. S.; JARDIM, D. P. *et al.* Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. **Rev. Esc. En-**

ferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 551-57. 2009.

BRINDS, C. D. A public health success: understanding policy changes related to teen sexual activity and pregnancy. **Annual Review Public Health**, Palo Alto (USA), v. 27, p. 277-95, 2006.

BRITO, D. M. S. de. *et al.* Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV. 2011. **Ver. Latino-Americana Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 1-8, maio-jun. 2011.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996.

BRUNO, Z. V. *et al.* Subsequent pregnancy among adolescents. **Rev. Bras. Ginecologia Obstetrícia**, São Paulo, v. 31, n. 10, p. 480-4, 2009.

CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. Gravidez na adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 402-410, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000300003>. Acesso em: 16 ago. 2012.

CARDOSO, L. C. **Impacto da violência doméstica sobre a saúde mental das crianças**. Monografia de Conclusão de Curso não publicada. Curso de Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2001.

CAVASIN, S. (Coord.). **Gravidez de adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade social: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras**, 2004. Disponível em: <http://www.ecos.org.br/download/Pesquisa%20Gravidez%20na%20Adolescencia%20-%20Mar%20C3%A7o2004.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2012.

CAVAZOS-REHG, P. A. *et al.* Understanding adolescent parenthood from a multisystemic perspective. **Journal Adolescent Health**, São Francisco (USA), v. 46, n. 6, p. 525-31, 2010.

CAVAZOS-REHG, P. A. *et al.* Substance use and the risk for sexual intercourse with and without a history of teenage pregnancy among adolescent females. **Journal Studies Alcohol Drugs**, La Jolla (USA),

v. 72, n. 2, p. 194-8, 2011.

CERQUEIRA-SANTOS, E. *et al.* Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia Estudo**, Maringá (PR), v. 15, n. 1, p. 72-85, 2010.

CHALDER, M. *et al.* Drinking and motivations to drink among adolescent children of parents with alcohol problems. **Alcohol, Alcohol**, Oxford, v. 41, n. 1, p. 107-113, 2006.

CHALEM, E. *et al.* Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cader. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, 2007.

CHERNICK, L. *et al.* Identifying adolescent females at high risk of pregnancy in a pediatric emergency department. **Journal Adolescent Health**, São Francisco (USA), v. 51, n. 2, p. 171-8, 2012.

CLAUDINO, J. *et al.* Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos: Um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários. **Educação, Ciênc. Tecnologia**, v. 32, p. 182-195, 2006.

CORSANO, P. L. *et al.* Psychological well-being in adolescence: The contribution of interpersonal relations and experience of being alone. **Adolescence**, v. 41, n. 162, p. 341-53, 2006.

CUSTÓDIO, G. *et al.* Comportamento sexual e de risco para DST e gravidez em adolescentes. **DST - Journal Bras. Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 21, n. 2, p. 60-64, 2009.

DATASUS. **Nascidos vivos**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/indexphp?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv> Acesso em: 15 agosto de 2012.

DATASUS. **Indicadores de Dados Básicos**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm?saúde=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2011%2Fmatriz.htm&botaoOK=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2011%2Fmatriz.htm>. Acesso em: 8 novembro de 2012.

DAVIM, R. M. B.; GERMANO, R. M.; MENEZES, R. M. V. *et al.* Adolescência/Adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 131-140, abr./jun.2009.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. da C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento. **Paidéia**, v. 17, n. 36, p. 21-32, 2007.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 123-31, 2010.

DIEZ, J. P. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 72, p. 251-66, 1998.

FALCKE, D. Mães e madrastas: mitos sociais e auto-conceito. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia universidade católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

FERREIRA, R. A. *et al.* Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 313-323, fev. 2012.

FERREIRA, M. C. T. *et al.* Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. **Psicologia: Reflexão Crítica**, v. 15, n. 1, p. 35-44, 2002.

FORMIGA, N. S. Comprovando a hipótese do compromisso convencional: influência dos pares socionormativos sobre as condutas desviantes em Jovens. **Psicologia CiênciaProfissão**, v. 25, n. 4, p. 602-13, 2005.

FORTALEZA (CIDADE).Secretaria Municipal de Saúde. Boletins epidemiológicos. **Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC**. 2012. Disponível em:http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=60&Itemid=170

GAUDIE, J. *et al.* Antecedentes of teenage pregnancy from a 14-year follow-up study using data linkage. **BMC Public Health** , London, (UK), v. 10, . 63, p. 1-11, 2010.

GONTIJO, D.; MEDEIROS, M. “Tava morta e revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cader. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 469-72, 2008.

GUANABENS, M. F. G. *et al.* Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. **Rev. Brasileira Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 20-24, mar. 2012.

GUILHEM, D. *et al.* Adolescência, sexualidade e situações de vulnerabilidade: um estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal Nursing, Poverty, Health Iniquities, and Human Development**. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.1061/240>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

GUIMARÃES, E. A.; WITTER, G. P. Gravidez na adolescência: Conhecimentos e prevenção entre jovens. **Bol. Acad. Paul. Psicol.**, v. 27, n. 7, p. 167-180, 2007.

GUIMARÃES, A. N. P.; HOCHGRAF, P. B.; BRASILIANO, S. *et al.* Aspectos familiares de meninas dependentes de álcool e drogas. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 2, p. 69=74, 2009.

GUIOT, E. R.; BAUTISTA, C. F.; ICAZA, M. E. M. M. *et al.* Consumo de álcool y drogas em estudantes de Pachuca, Hidalgo. **Salud Publica Mexicana**, v. 41, p. 296-308, 1999.

GUPTA, N.; JAIN, S. Teenage pregnancy--causes and concerns. **Journal Indian Medical Association**, New Delhi (IN), v. 106, n. 8, p. 518-9, 2008.

GUPTA, N. La formation des unions chez les adolescentes du Nordeste (Brésil). **Cahiers Québécois Démographie**, v. 29, n. 2, p. 287-306, 2000.

GURGEL, M. G. I. *et al.* Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 800-04, 2008.

HALDRE, K. *et al.* Individual and familial factors associated with teenage pregnancy: an interview study. **European Journal Public Health**, Šrobárova (Czech Republic), v. 19, n. 3, p. 266-270, 2009.

HARDEN, A. *et al.* Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. **BMJ**, London (UK), v. 12, n. 339, p. 1-11, 2009.

IMAMURA, M. *et al.* Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. **European Journal Public Health**, Šrobárova (Czech Republic), v. 17, n. 6, p. 630-36, 2007.

LEVANDOWSKI, D. C. *et al.* Maternidade adolescente. **Estudos Psicologia** (Campinas), v. 25, n. 2, p. 251-63, 2008.

LONGO, L. A. F. B. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. **Rev. Bras. Estudos Populacionais**, v. 19, p. 229-47, 2002.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C de A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, dez. 2005.

MALDONADO, D. P. A.; WILLIAMS, L. C. A. O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica? **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 353-362, 2005.

MARTINEZ, E. Z. *et al.* Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cader. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 855-867, maio 2012.

MARTINS, M de F. D. et al. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cader. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 710-18, mai-jun, 2004.

MELCHERT, T. Testing the validity of an instrument for assessing family of origin history. **Journal Clinical Psychology**, v. 54, n. 7, p. 863-75. 1998.

MELCHERT, T. **The Development of the Family Background Questionnaire**. Non-published Doctorate's dissertation. Memphis: University of Memphis. 1991.

MEADE, C. S.; ICKOVICS, J. R. Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA: pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy. **Social Science Medicine**, v. 60, n. 4, p. 661-78, fev. 2005.

MIRANDA-RIBEIRO, P. et al. Perfis de Vulnerabilidade Feminina ao HIV/aids em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras; Profiles of Female Vulnerability to HIV/AIDS in Belo Horizonte and Recife: a comparison of white and black/mixed women. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 21-35, 2010.

MILLER, K. S. et al. Family communication about sex: what are parents saying and what are their adolescents listening? **Fam Plann Perspect**, v. 30, p. 218-22, 1998.

MONTEIRO, I.S. **Depressão: Por que é que uns deprimem e outros não?**. Lisboa: Climepsi Editores, 2011.

MONTEIRO, I. S.; MAIA, A. da C. Avaliação psicométrica de três questionários sobre o historial familiar. **Rev. Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 3, p.97-104. 2010.

MONTEIRO, I. S.; MAIA, A. **Understanding depression: the contribution of the family background**. Poster session presented at the 9th European Congress of Psychology, Granada: Spain, 2005.

NERY, I. S. *et al.* Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 31-7, 2011.

NUNES, S. A. Esperando o futuro: a maternidade na adolescência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 53-75, 2012.

PANTOJA, A. L. N. "Ser alguém na vida": Uma análise sócio-anropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 335-43, 2003.

PARKES, A. *et al.* Contraceptive method at first sexual intercourse and subsequent pregnancy risk: findings from a secondary analysis of 16-year-old girls from the RIPPLE and SHARE studies. **Journal Adolescent Health**, São Francisco (USA), v. 44, n. 1, p. 55-63, 2009.

PONTE JÚNIOR, G. M.; XIMENES NETO, F. R. G. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú-Ceará-Brasil: uma análise de causas e riscos. **Rev. Eletrônica Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 1, p. 25-37, 2004.

ROBERTS, T. A.; KLEIN, J. D.; FISHER, S. Efeito longitudinal de abusopelo parceiro íntimo no comportamento de alto risco entre os adolescentes. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, v. 157, n. 8, p. 875-81, 2003.

SABROZA, A. R. *et al.* Perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cader. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, sup. 20, p. S112-S120, 2004.

SANTOS, K. A. Teenage pregnancy contextualized: understanding reproductive intentions in a Brazilian shantytown. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 655-64, abr. 2012.

SANTOS, M. I.; ROSÁRIO, F. A score for assessing the risk of first-time adolescent pregnancy. **Family Practice**, v. 28, p. 482-88, 2011.

SANTOS, C. de O.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2896-905, 2007.

SAYEM, A. M.; NURY, A. T. M. S. Factors associated with teenage marital pregnancy among Bangladeshi women. **Reproductive Health**, London (UK), v. 8, n. 16, p. 1-9, 2011.

SHARMA, A. K. *et al.* Determinants of pregnancy in adolescents in Nepal. **Indian Journal Pediatrics**, New Delhi (IN), v. 69, n. 1, p. 19-22, 2002.

SCHOLTE, R. H. J.; POELEN, E. A. P.; WILLEMSSEN, G. *et al.*

Relative risks of adolescent and young adult alcohol use: the role of drinking fathers, mothers, siblings, and friends. **Addict Behav.**, v. 33, p. 1-14, 2008.

SILVERMAN, J. G.; RAJ, A.; MUCCI, L. A. *et al.* Encontros violência contra meninas adolescentes e uso de substâncias associadas, controle de peso saudável, comportamento sexual de risco, gravidez e ideação suicida. **JAMA**, v. 286, n. 5, p. 572-9, 2001.

SIPSM, H. L. *et al.* Adolescent pregnancy desire an pregnancy incidence. **Womens Health Issues**, Washington (USA), v.21, n. 1, p. 110-16, 2011.

SOUZA, D. P. O. *et al.* Álcool e alcoolismo entre adolescentes da Rede Estadual de Ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 585-592, 2005.

ROSA, A. J. **Novamente grávida:** adolescentes com maternidades sucessivas em Rondonópolis - MT. São Paulo, 2007. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, 2007.

TEIXEIRA, S.A. M.; TAQUETTE, S. R. Violência e práticas sexuais inseguras em adolescentes com menos de 15 anos de idade. **Rev. Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 4, p. 440-6, jul-ago, 2010.

TOLEDO, M. M. *et al.* Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 370-75, abr. 2011.

TOMÉ, G. *et al.* A influência da comunicação com a família e grupo de pares no bem-estar e nos comportamentos de risco nos adolescentes portugueses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 24, n. 4, p. 747-56, 2011.

VICTORA, C. G. *et al.* Série. Saúde no Brasil 2. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, v.11, p. 60054-60058, 2011.

VIEIRA, M. L. F. **Filhos de mães adolescentes:** avaliação do crescimento e desenvolvimento com um ano de idade. Campinas, 2002. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2002.

VILLAR, P. T. *et al.* Una Propuesta de Avaliação de Variables Familiares en la Prevención de la Conducta Problema en la Adolescencia. **Rev. Psicothema**, Oviedo, v. 15, n. 4, p. 581-88, 2003.

VITIELLO, N. **Sexualidade**: quem educa e educador: um manual para jovens, pais e educadores. São Paulo: Iglu, 1997.

WAGNER, A. *et al.* A comunicação em famílias com filhos adolescentes. **Psicol. Est.**, v.7, n.1, 75-80, 2002.

WANG, R. H. *et al.* Factors associated with adolescent pregnancy- a sample of Taiwanese female adolescents. **Public Health Nurse**, Washington (USA), v. 20, n. 1, p. 33-41, 2003.

WAHN, E. H.; NISSEN, E. Sociodemographic background, lifestyle and psychosocial conditions of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and child-birth. **Scandinavian Journal Public Health**, Thousand Oak (USA), v. 36, n. 4, p. 415-23, 2008.

WALDEN, B.; IACONO, W. G.; MCGUE, M. Trajectories of change in adolescent substance use and symptomatology: impact of paternal and maternal substance use disorders. **Psychol Addict Behav.**, v. 21, p. 35-43, 2007.

WESSELOVICZ, A. A. G. *et al.* Fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes de uma Escola Pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná. **Acta Sci. Health Sci**, Maringá, v. 30, n. 2, p. 161-166, 2008.

ZEITOUNE, R. C. G. *et al.* O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Rev. Esc. Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57-63, 2012.

CONSTRUÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO DOS ADOLESCENTES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL

Maria Salete Bessa Jorge
Danielle Christine Moura dos Santos
Andréa Acioly Maia Firmo
Milena Lima de Paula

INTRODUÇÃO

A chegada da adolescência corresponde a uma fase de transição para o mundo adulto, sendo desejada e temida, pois é uma condição que significa a perda definitiva da infância, o que provoca inúmeras dificuldades para o adolescente. Devido às perdas (do corpo e da identidade infantis e da relação com os pais da infância), o adolescente irá passar pelo luto, o qual deve ser elaborado, o que caracteriza a crise da adolescência (ABERASTURY; KNOBEL, 1992)

A adolescência caracteriza-se como um dos momentos mais importantes para o desenvolvimento humano, pois nela ocorrem várias transformações biopsicossociais. É uma fase de passagem da infância para a vida adulta, de amadurecimento psicológico. É essencial, nessa fase, estabelecer contatos com os amigos para formar um grupo no qual o sujeito possa se identificar e compartilhar ideias e opiniões. Muitas vezes, os adolescentes passam mais tempo com os seus amigos do que com as próprias famílias (MARTINS; PILLON, 2008).

Na adolescência, múltiplas mudanças acontecem e se refletem no corpo físico, pois o crescimento somático e o desenvolvimento em termos de habilidades psicomotoras se intensificam e os hormônios atuam, levando a mudanças radicais de forma e expressão. Também acontecem muitas transformações no aspecto psicológico, principalmente as relacionadas à labilidade no humor (FERREIRA *et al.*, 2007).

Nessa fase também são comuns os conflitos familiares e o grupo assume o seu papel social principal. Desse modo, é no grupo que o adolescente se sente protegido, agindo de modo homogêneo, vestindo roupas características, usando gírias, tentando encontrar a sua identidade (ALAVARSE; CARVALHO, 2006).

De fato, a adolescência está associada a várias transformações que são geralmente acompanhadas de alguns conflitos, no entanto há na cultura ocidental a ideia de que os sujeitos, pelo simples fato de estarem na adolescência, estão sujeitos a vulnerabilidades sociais como envolvimento com drogas, comportamentos delinquentes e outros, como se estar na adolescência por si só fosse um fator de risco para vários problemas sociais e psicológicos (SILVA; OLIVEIRA, 2010)

Desse modo, é preciso considerar que outras variáveis também contribuem para que os adolescentes sejam considerados sujeitos vulneráveis. Pois a violência cotidiana no contexto familiar, falta de oferta de educação de qualidade, falta de oportunidades de profissionalização são realidades enfrentadas por eles (FONSECA, 2013).

Sobre as políticas públicas direcionadas aos adolescentes nos anos 80 e 90, observa-se que estas partilhavam a ideia de

que a adolescência é uma fase de riscos, dessa forma com a criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), os primeiros trabalhos destinados a adolescentes eram direcionados à prevenção de DST/AIDS, drogadicção, acidentes de trânsito e gravidez precoce (RAUP; SAPIRO, 2005).

No ano de 1990, surge o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual contribuiu para a mudança de paradigma relacionada a crianças e aos adolescentes, os quais passam a ocupar o lugar de sujeitos na sociedade, a partir de então reconhecidos como indivíduos passíveis de exercer a sua cidadania (LOPES; MOREIRA, 2013).

O ECA, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre a proteção integral da criança e do adolescente, sendo o adolescente a pessoa que tem entre 12 a 18 anos de idade. O estatuto estabelece os direitos fundamentais (direito à vida e à saúde; à liberdade, respeito e dignidade; à convivência familiar e comunitária; à educação, cultura, esporte e lazer; à profissionalização e proteção no trabalho), define as políticas de atendimento relacionadas à proteção integral e medidas socioeducativas, bem como as atribuições do Conselho Tutelar (órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, formado por representantes da sociedade e encarregado de zelar pelos direitos da criança e do adolescente) (BRASIL, 2003).

Assim, um dos direitos fundamentais da criança e do adolescente está relacionado à saúde. Compreende-se, portanto, que a saúde mental também deve ser assegurada. No entanto, apesar da prevalência desses transtornos mentais em adolescentes seja considerável, em 10% a 20% (BRASIL, 2005), tem sido histórico o descaso e a ausência de políticas públicas nesse setor no Brasil (FALAVINA; CERQUEIRA, 2008).

No que diz respeito à política de atendimento à criança e ao adolescente, o ECA considera a importância de um conjunto de instituições, organizações atuarem de forma integrada e através da corresponsabilização (PEREZ, PASSONA, 2010).

Raupp e Costa (2006) comentam que, apesar de alguns avanços relacionados à atenção ao adolescente, a partir do surgimento do ECA, na prática, o que acontece nos programas de proteção voltados aos adolescentes é bem diferente do que é preconizado pelo estatuto no que diz respeito a “Doutrina da Proteção Integral”, pois há escassez de lugares especializados e de profissionais capacitados para atender às necessidades singulares dos adolescentes.

Dessa forma, para um cuidado integral preconizado ao adolescente pelo ECA, o Ministério da Saúde julga necessário um diagnóstico completo do estado de saúde do adolescente, ou seja, deve-se compreender o seu contexto social e cultural, suas relações sociais e familiares. Assim, há necessidade de uma rede de serviços existente na comunidade que contribuam para o desenvolvimento saudável dos jovens (BRASIL, 2010)

Portanto, considerando o novo modelo de atenção à saúde proposto a partir da reforma psiquiátrica, o qual tem por base a atenção comunitária, o CAPS surge como um dispositivo importante, pois possui função de concretizar as ideias da Reforma Psiquiátrica, funcionando como um importante dispositivo para o processo de desinstitucionalização. Assim, o CAPS não possui apenas a função de atender ou encaminhar as demandas psicossociais de um território, mas deve se articular a outros dispositivos comunitários para que a demanda de atenção integral seja atendida (FLAVINA; CERQUEIRA, 2008).

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) são os responsáveis pelo tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves como autismo, neuroses graves e todos os outros que impossibilitem os sujeitos de estabelecerem ou manterem laços sociais. Outra demanda que o CAPSi atende são adolescentes usuários de drogas com idade os 16 anos (BRASIL, 2004).

As práticas dos CAPS são destinadas a dar suporte ao paciente em crise, envolvendo não apenas o tratamento clínico, mas abrange também a compreensão da situação do usuário do serviço, seu objetivo é a reinserção no contexto social e familiar, incentivando a autonomia do usuário (BRASIL, 2004).

Porém, essa autonomia somente é viável caso seja praticada a clínica compartilhada na qual o usuário também participe das decisões relativas ao seu tratamento, buscando uma corresponsabilização entre profissionais e usuários. Essa proposta diferencia-se do modelo tradicional, prescritiva, na qual cabia ao paciente adequar-se ao que era imposto pelos profissionais de saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Uma das práticas que considera essa nova proposta de clínica compartilhada é a construção de um projeto terapêutico singular, o qual é elaborado com base nas necessidades de saúde de cada usuário, envolvendo usuário, trabalhador e família. Esse projeto é considerado singular porque se diferencia de acordo com cada usuário já que depende da história de vida de cada sujeito e do seu contexto social, além disso sua elaboração envolve uma situação dialógica e a possibilidade de modificação a partir das necessidades, opiniões e preferência dos usuários (PINTO e Cols, 2011).

Diante do exposto, percebe-se que o direito a saúde é assegurado ao adolescente numa perspectiva integral, no entanto mesmo após a proposta de um novo modelo de saúde mental que viabiliza um atendimento humanizado aos usuários, na prática ainda existem muitas dificuldades para a garantia desse direito. Dessa forma, elaborou-se o objetivo desse trabalho: compreender como se dá a construção do projeto terapêutico no cuidado ao adolescente em CAPSI e mapear as práticas em saúde desenvolvidas pelos trabalhadores junto aos adolescentes em CAPSI.

MÉTODODO

O estudo é de natureza qualitativa, com abordagem hermenêutica, onde por meio desta opção pode-se dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais. Assim, a hermenêutica nasceu como arte de interpretar, compreender, procurando entender a multiplicidade de significados (MINAYO, 2008; CAPRARA; VERAS, 2005).

O estudo foi realizado em Fortaleza-CE nos dois Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI) do município, denominados de Cenário 1(C1) e Cenário 2(C2). Envolveu dois grupos de informantes: Grupo 1 - Trabalhadores de saúde que atuam nos CAPSi na equipe (10); Grupo 2 - Enfermeiros ligados diretamente ao cuidado (03), totalizando 13 participantes. Foram respeitados os critérios da Resolução 196/96 referente a pesquisas envolvendo seres humanos, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), parecer favorável de nº 394423.

As técnicas de coleta das informações utilizadas neste estudo foram: entrevistas semiestruturadas e observação sistemática do processo de trabalho da equipe de saúde mental no contexto do CAPSi junto aos adolescentes, coletados no período de julho a agosto de 2011. O roteiro semiestruturado apresentou os seguintes temas: Abordagem de cuidados dos trabalhadores; Ações e atividades propostas para o cuidado; Interação entre os trabalhadores e Organização e planejamento das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro.

O tratamento do material empírico foi orientado pela análise realizada através das três etapas básicas: ordenação, classificação e análise final dos dados. O momento da ordenação englobou a transcrição das entrevistas; releitura do material; organização dos relatos em determinada ordem e organização dos dados de observação. Realizou-se uma leitura horizontal e exaustiva dos textos. Foram produzidos recortes dos textos, realizando, assim, uma síntese geral de cada entrevista através da visualização das ideias centrais contidas nas representações das falas (MINAYO, 2008; PEDUZZI, 1998).

No processo classificatório, separaram-se os núcleos de sentido, colocando as partes semelhantes juntas, buscando perceber as conexões entre elas e guardando-as em códigos ou gavetas. As múltiplas gavetas foram reagrupadas em torno de uma categoria central referentes ao processo de trabalho do enfermeiro nos CAPSI.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Projeto terapêutico: modos de organização do processo de trabalho para a produção do cuidado nos CAPSI

Com a ascensão do modelo de atenção psicossocial em saúde mental, preconizou-se um ideal de equipe para a execução de seus projetos assistenciais que não o modelo psiquiátrico, que se sintetiza no fomento à “formação de equipes multiprofissionais, de trabalho interdisciplinar” (FIGUEREDO, 1997, p. 57), pois seu intuito seria o de tecer o rompimento com tal modelo até então vigente, “com os múltiplos fios de diversas disciplinas e experiências concretas, pois esta proposta seria o grande instrumento de mudança” (YASUI, 2010, p. 144).

Durante as observações sistemáticas, percebeu-se que o primeiro encontro entre o usuário, familiar e trabalhador de saúde é permeado pela escuta daquele sujeito que traz sua história de vida e seu sofrimento. Este diálogo envolve os questionamentos que o(s) profissional(s) faz para compreender quais as necessidades desse adolescente e quais as ações que serão demandadas ao serviço, como apresentado abaixo nas falas:

... cada adolescente que chega, ele é visto, é avaliado naquele primeiro momento, que é a avaliação inicial, e aí é tratado de uma maneira... o plano dele, geralmente é reavaliado... no momento ele tá precisando de que? Se o adolescente ele chegar aqui em crise, é feito o cuidado de imediato, a medicação se for necessária, intramuscular, e se ele fica no intensivo, tem a medicação dos intensivos. (Enfermeiro 2 – C1)

... Ele chega com a queixa, aí se a gente nota que é preciso, a gente faz o prontuário, geralmente já marca com a psiquiatria... se não ele vai pra terapia comunitária que é um recurso que a gente criou aqui, se tem um problema psíquico mais leve, esse perfil, eles levam ele prá lá... (Psicólogo – C2)

Portanto, o profissional registra as informações na ficha de anamnese e ao final desse encontro ele constrói o plano terapêutico com esse usuário: será encaminhado para atendimento individual? Para qual profissional? Participará de algum grupo terapêutico? Ele precisará de alguma prática em saúde que não é ofertada no serviço (apoio diagnóstico; especialistas que não compõem a equipe)?

As categorias profissionais que se inserem nesse contexto de atuação enfrentam desafios de várias ordens para alcançar esta “terra prometida da interdisciplinaridade”, como afirma Yasui (2010). Assim, a centralidade de nosso saber-fazer ainda encontrar-se afeiçoado à centralidade da figura ou perspectiva psiquiátrica, o que torna o dispositivo CAPSi bastante “burocrático”. Este autor nos sinaliza alguns destes entraves:

Uma primeira questão refere-se ao fato de que a reprodução da divisão social de trabalho no campo da saúde gera uma hierarquização das relações nas quais o saber médico prepondera sobre outros saberes, que cumprem um papel secundário. [...] Essa mesma divisão produz uma compartimentalização de atividades e tarefas com pouca ou nenhuma relação entre si. O reflexo disso, por exemplo, se dá com a consulta do psiquiatra como atividade prioritária e essencial, com agenda repleta, atendimentos de curta duração, visando uma alta produtividade. (YASUI, 2010, p. 145).

Ao acolherem os adolescentes, os profissionais dos CAPSi que realizam a avaliação inicial identificarão se a demanda e as necessidades deles poderá ou não ser atendidas no serviço. Caso não, eles serão encaminhados para outros serviços presentes no território, ou o trabalho nos CAPSi será articulado ao de outros, como destaca a fala a seguir, a concepção de um dos trabalhadores acerca da intersetorialidade:

Além de mapear a comunidade, o nosso território pra saber aonde que existe equipamentos de suporte ao serviço de saúde... é preciso trabalhar com a perspectiva da intersectorialidade, articulação com outros setores porque o tratamento não é só medicamentoso, não é só terapêutica, mas ele passa por essa re-inserção até porque esse adolescente ele não vai ficar institucionalizado no Caps ele tem que começar a ter autonomia, então é uma das ferramentas que a gente utiliza também, tá encaminhando, tá vendo quais são os equipamentos próximos a residência, a convivência dele que pode trazer suporte pra ele... (Assistente Social – C2).

No que se refere às práticas de saúde no campo da saúde mental, temos desde tentativas de transposição do modelo da clínica privada para o cenário do SUS, até mesmo a transposição deste modelo médico, pois, depois do atendimento médico, “há a consulta com o psicólogo, geralmente individual e com longa lista de espera, cabendo, por último, aos enfermeiros ou assistentes sociais os grupos de orientação e ao terapeuta ocupacional os grupos ocupacionais” (YASUI, 2010, p. 145).

Longe de versarmos aqui sobre a compartimentalização dos serviços de saúde mental infanto-juvenis, intentamos apresentar como se realiza esta atividade no serviço e quais as especificidades quando a ética da qual tratamos não é a ética da cura, mas num esforço de observarmos que discursos nos falam sobre uma ética que respalda o entrelaçamento entre clínica e política, mesmo quando “a política se alimenta do anseio de governar, à clinica interessa a insistência no que não tem governo” (FERREIRA, 2004, p. 21). Uma tensão que merece ser sustentada em todas as práticas interventivas é que há de se atentar para uma escuta clínica e institucional, onde “será a clínica quem decidirá sobre toda a intervenção institucional”, pois a instituição deve ser reinventada em seu modo de operar,

a partir do caso (PINTO, 2007, p. 72). E do mesmo modo a clínica se amplia, sem perder seu rigor necessário.

No entanto, o contexto da construção de um projeto terapêutico possui o seguinte protocolo: se o usuário chega em crise, a prioridade para o seu atendimento é consulta com médico/psicólogo. Entretanto, não havendo a crise, o usuário poderá não conseguir acesso imediato a esses profissionais ou a outros atendimentos, formando, assim, uma lista de espera, como se vê a seguir:

... Dependendo do que se apresente se for um risco de crise psicótica então a gente tenta marcar uma avaliação com o psiquiatra, uma avaliação com o psicólogo, mas se não for um momento de crise, uma questão de outro jeito, então dependendo da demanda, é marcado uma avaliação com o terapeuta ocupacional ou com o psicólogo e a partir daí ele é ou não inserido dentro de um grupo que pode atender a demanda dele claro que, assim, dentro de um contexto, de uma demanda excessiva, que é formada uma lista de espera, que nem sempre a gente tem uma resposta imediata pra o que ele vem apresentando isso realmente dificulta até mesmo essa vinculação, essa aproximação que são tão importantes... (Assistente Social – C2)

... Após o acolhimento a mãe e seu filho A.R.T. seguiram para a recepção para agendar a consulta com psiquiatra. Só havia vaga para daqui a 2 meses... (OBSERVAÇÃO – C2)

... Os registros em prontuários recentes (3 meses atrás) estão com a avaliação inicial (ficha de anamnese) preenchida, com os usuários aguardando avaliação médica... (OBSERVAÇÃO – C2)

Czeresnia (2003) nos diz que formatos estritamente técnicos de escuta são, atualmente, uma das grandes dificuldades

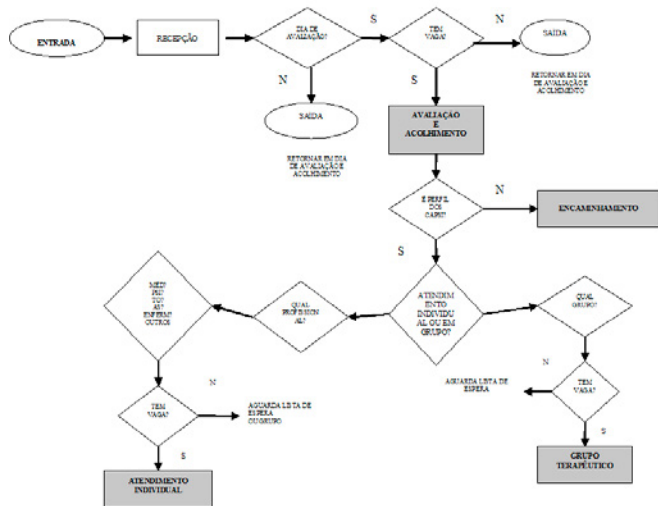
da saúde, pois é um fato que se preconiza sermos dotados de um saber técnico e científico, construído a partir de conceitos explicativos ou leituras que fazemos do real, contudo, nós temos o peso e a singularidade do sujeito que se apresenta no serviço de saúde mental, carregado de afetos e angústias, o que torna esse momento de entrevista ou avaliação, ou de comunicação entre estas duas experiências algo de caráter extremamente complexos, pois pode haver uma forte tendência a enquadrar o sujeito no modelo explicativo ao qual compactuamos. Nos diz:

O desenvolvimento da racionalidade científica, em geral, exerceu significativo poder, no sentido de construir representações da realidade desconsiderando um aspecto fundamental: o limite dos conceitos na relação com o real, em particular para a questão da saúde, o limite dos conceitos de saúde e de doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer (CZERESNIA, 2003, p. 40).

Não devemos afirmar, contudo, que as “tecnologias do cuidado” prescindem da busca pela consolidação da condução terapêutica, contudo, os critérios avaliados são expostos de um modo estranhamente padronizado.

Após o “acolhimento”, o usuário e seu familiar seguem para a recepção a fim de agendar os seus próximos atendimentos. Havendo a necessidade de consulta psiquiátrica, o tempo de espera fica de 02 a 04 meses, apenas nos casos de crise, conforme referido, as equipes tentam antecipar o atendimento. Mas, não é definido o critério de prioridade dos casos para o agendamento das consultas médicas. A seguir, apresenta-se a representação gráfica do itinerário do adolescente nos CAPSi:

Figura 1: Fluxograma da trajetória do adolescente nos CAPSI



Fonte: Elaborado pelas autoras.

O fluxograma, construído a partir das observações e entrevistas, apresenta as decisões tomadas pelos profissionais e o usuário frente às suas necessidades. Durante a avaliação inicial são pensados qual o profissional e a atividade que poderão contribuir na busca da autonomia desse usuário e da corresponsabilização do usuário, familiar e trabalhador, questões fundamentais no cuidado às crianças e adolescentes.

Nos cenários do estudo, um dos grandes desafios enfrentados é a acessibilidade do usuário ao atendimento no serviço, conforme demonstrado na figura, pois depois que há a avaliação inicial no acolhimento, o adolescente que permanecerá em acompanhamento pela equipe é encaminhado para os seus atendimentos (individual ou em grupo), contudo esses atendimentos podem levar a uma espera que pode chegar a 03 meses.

A construção do projeto terapêutico é uma estratégia importante para o desenho inicial dos caminhos a serem percorridos pelo usuário dentro dos serviços, são os modos de cuidar a ser planejada com ele. Contudo, divergente dos discursos anteriores, uma das falas revela que na avaliação inicial há a escuta do usuário e a partir disso é estabelecido o projeto terapêutico (“esquema terapêutico”) que ele irá se “encaixar”, trazendo assim contradições entre os modos de pensar e fazer do trabalhador.

Primeiro é visto qual é o problema do adolescente e aí é visto qual o perfil e qual terapia ele vai se encaixar. Não é assim, todo adolescente ele vai fazer esse esquema terapêutico, é realmente visto individual, traçado de acordo com o perfil que ele está, que ele se encaixa... (Enfermeiro 2 - C2)

Nota-se que um dos trabalhadores de saúde mental de nível superior refere o PT como um procedimento, técnico ou não-técnico, de “encaixar” uma demanda em uma dada oferta preconcebida, consistindo em um processo de enquadramento, que sempre é, em algum grau, segundo Oliveira (2008), uma prática prescritiva e autoritária.

De tal modo, o projeto terapêutico deve ser singular, ou seja, ele é individualizado e elaborado com o sujeito e sua família. O usuário não deveria ser “encaixado” no cardápio terapêutico de acordo com a doença, mas, sim, participar das atividades que deseja e que produzam potência para autonomia e novos modos de andar a vida.

A evidência nos reporta a autor Franco (2006) que destaca que Projetos Terapêuticos Cuidadores devem estar centrados nos usuários, produzir saúde e ter a capacidade de atender

a um pedido dos usuários, a um problema que vivenciam como um sofrimento, ou risco de sofrimento e que pode ser reconhecida como demanda para o serviço.

Percebe-se que o planejamento da trajetória dos usuários nos CAPSi não se dá através da elaboração de um Projeto Terapêutico (PT), segundo sua conceituação, pois um PT deve estar relacionado à gestão e produção do cuidado, em que trabalhadores e usuários devem estar implicados em articular ao mesmo tempo a operação e a gestão do cuidado. A ampliação das percepções das necessidades de saúde e a centralidade nos usuários podem transformá-lo em dispositivo para gerar reflexão nas práticas em saúde. Entendendo-se aqui dispositivo como um artifício que ao ser acionado dispara um movimento, uma ação/reação, uma reflexão, uma mobilização no outro (OLIVEIRA, 2008).

Mattos (2004, p. 1.415) traz que o PT deve funcionar como um dispositivo para mudança no cotidiano de trabalho, com a adoção de processos coletivos que sejam capazes de ir além das ações demandadas pela própria população, a partir de experiências individuais de sofrimento. Para tanto, faz-se necessária uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito e o conhecimento sobre os seus modos de andar a vida. Isso se traduz na busca de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados.

Ainda sobre os conceitos que envolvem o termo projetos terapêuticos, Cunha (2007) traz a noção de Terapêutico Singular (PTS), como a experiência de sujeitos em constante construção, capaz de enxergar possibilidades dentre as certezas e os imprevistos no trabalho em saúde, operando com a clínica ampliada. Em virtude disso, justifica-se o nome projeto tera-

pêutico singular em substituição ao projeto terapêutico individual, pois destaca que o projeto busca a singularidade como elemento central de articulação e que pode ser atribuído a indivíduos e coletivos.

O projeto terapêutico do adolescente no CAPSi, como revela os discursos e o fluxograma da Figura 1, contempla os atendimentos individuais e os grupos terapêuticos com outros adolescentes ou grupos de familiares, além do horizonte que se apresenta a partir de intervenções interstoriais. Estas práticas vão ser arranjadas nos Projetos Terapêuticos conforme o desafio do fazer multiprofissional que não se restringe a um mero somatório de diferentes campos disciplinares, mantendo suas perspectivas ao olhar sobre o “mesmo” “objeto”.

Alguns aportes sobre as práticas de saúde nos serviços de saúde mental infanto-juvenil: serviços, os desafios e estratégias disparados a partir do PTS

Apesar das particularidades de cada um dos tipos de CAPSi investigados, uma das riquezas desses dispositivos é o incentivo para que os profissionais que nele atuam possam lançar mão de atividades diversas na construção de uma assistência mais integral e de acordo com as necessidades de cada usuário. Algumas das atividades possíveis são triagens, atendimentos individuais, grupos terapêuticos, oficinas (expressivas, profissionalizantes e de geração de renda, em geral), assembleias etc. Todas essas atividades devem ser organizadas a partir de um “projeto terapêutico singular” (PTS) e precisam ser realizadas também em articulação com o território do usuário, uma vez que se trata de um serviço de caráter comunitário.

Atendimentos individuais

No que se refere à prática de atendimento individual no campo da saúde mental, temos desde tentativas de transposição do modelo da clínica privada para o cenário do SUS, até mesmo a transposição deste modelo médico, pois, depois do atendimento médico, “há a consulta com o psicólogo, geralmente individual e com longa lista de espera, cabendo, por último, aos enfermeiros ou assistentes sociais os grupos de orientação e ao terapeuta ocupacional e enfermeiros os grupos de terapia ocupacional” (YASUI, 2010, p. 145).

Parece estereotipia das categorias profissionais supracitadas, contudo, este contexto se fez questão durante as nossas anteriores experiências de estágio e a este nosso trabalho. Especialmente, nesta pesquisa, nos perguntamos em relação ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde da rede de saúde mental infanto-juvenil, intentando observar se haveria essa compartimentalização do trabalho ou o empréstimo do saber médico e, por conseguinte, negaria as suas diferenças, pois estas diferenças profissionais o desproveriam do alívio de ser incorporado a uma equipe, o *dream team* (grifo do autor, FIGUEIREDO, 1997, p. 57), bem como da indagação sobre quem é e quais as especificidades de seu papel.

Ou se, enfim, este reconhece a estes entraves e que ser multiprofissional não se restringe a ser um mero somatório de diferentes campos, apontando buscar estabelecer diálogos com as diferentes disciplinas, mantendo suas perspectivas ao olhar sobre o “mesmo” “objeto.” Os atendimentos individuais coexistem entre as demais práticas interventivas que compõem o PT.

Grupos terapêuticos nos CAPSi

Os grupos com adolescentes são ofertados a partir da demanda que há no serviço, ou de acordo com os diagnósticos apresentados ou por temática. Por exemplo: *Grupo resgate de autoestima*, com adolescentes que vivenciam sofrimento psíquico envolvendo tristeza e ansiedade; *Grupo álcool e drogas*, que envolve os adolescentes em uso problemático de substâncias psicoativas; *Grupo adolescência*, que discute as experiências e singularidades dessa fase da vida; e os *Grupos de intensivos*, que é para os adolescentes que apresentam transtornos graves.

... A gente tem basicamente grupos e atendimentos individuais eu trabalho basicamente com isso, então todo dia tem um grupo diferente, então hoje teve esse aí amanhã tem dois grupos... são trabalhos multidisciplinares e interdisciplinares, por exemplo, o de auto-estima é o enfermeiro e eu... aí tem só um que eu faço só, que é o da ansiedade que é bem focada pra essa patologia... (Psicólogo - C2)

Questiona-se, a partir do exposto, se a organização dos grupos por diagnósticos não estaria apenas centrado na doença, no modelo biomédico e do olhar direcionado para patologias específicas, onde agrupa sujeitos por similaridade de sinais e sintomas. De tal modo, são consideradas as situações de vida desses adolescentes, os seus projetos de felicidade?

...Grupos, grupos específicos para adolescentes, grupos específicos por diagnóstico, porque a gente não pode colocar um adolescente com retardo mental grave com esquizofrênico junto... (Enfermeiro 2 - C2)

Apreende-se na observação e nos discursos dos trabalhadores que o trabalho terapêutico em grupos precisa ser concebido na dimensão das necessidades dos sujeitos participantes.

Esse tipo de dispositivo exige uma objetivação clara em sua finalidade, evitando-se, assim, a banalização de sua ocorrência, no entanto alguns grupos terapêuticos promovidos pelos CAPSI evidenciam um foco na doença.

O significado do grupo para os sujeitos envolvidos precisa ser exposto e expresso de forma particular a cada um dos participantes, e não somente acontecer devido à obrigatoriedade de uma rotinização do serviço (SOUZA; PINTO; JORGE, 2010; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

No âmbito dos serviços que dão suporte ao modo psicossocial de atenção à saúde mental como os CAPSs, o dispositivo grupal apresenta-se como um importante meio de intervenção, atuando como fator de desnaturalização do sofrimento e de potencialização da construção de modos coletivos de existência que driblem a exclusão e a negação do potencial de vida (SOUZA; PINTO; JORGE, 2010).

Durante a observação, percebeu-se que alguns critérios pré-estabelecidos para a formação dos grupos de atendimentos para os adolescentes são importantes para o cotidiano dos mesmos, pois isso permite maior interação entre os participantes, eles começam a se identificar com as histórias dos pares e esses encontros, facilitados pelos terapeutas, promovem ajuda mútua entre os usuários.

Entretanto, um aspecto observado é o fato da participação nos grupos de adolescentes com idades muito díspares, como exemplo usuários com 12 e 17 anos no mesmo grupo. Percebe-se que os trabalhadores nesse caso enfrentam um grande desafio para abordar temáticas com essas duas fases distintas da adolescência, com sujeitos que apresentam expectativas e vivências diferentes e, portanto, nessas situações é identifica-

da pouca participação, baixa integração entre os participantes, pois, ou os mais velhos se sentem infantilizados ou os mais novos não compreendem a vivência dos outros presentes.

...O grupo começa com a apresentação de todos, com nome, idade e o motivo de estar ali... hoje estão presentes 09 adolescentes. A maior parte deles revela que está ali porque quer se livrar da tristeza, dos pensamentos ruins, da preguiça, da ansiedade... No meio das apresentações, um deles pergunta o que é ansiedade (é o mais novo do grupo), e assim é dado o mote para a discussão do dia... o terapeuta começa a exemplificar situações geradoras de estresse e ansiedade, sinais e sintomas, e pergunta ao grupo se eles se identificam com aqueles sintomas... Percebe-se que a discussão fica monopolizada por 2-3 adolescentes... não há muita integração, é um grupo que tem uma variabilidade grande de idades, alguns estão participando pela primeira vez... (OBSERVAÇÃO – Cenário 2).

Portanto, é reafirmado a seguir que a participação, a responsabilização do adolescente é fundamental no seu processo terapêutico, pois sem ela não se efetivam ações emancipatórias, que melhorem a qualidade de vida do sujeito. Neste sentido, um dos entrevistados afirma que a clínica na saúde mental é diferente da clínica do corpo, pois ela irá trabalhar a subjetividade.

Trabalhar saúde mental é totalmente diferente do físico que você vê uma ferida aberta já sabe o que coloca, já sabe quando ta fechando, quando se trabalha com subjetividade... você não visualiza essa recuperação de imediato, isso é todo um processo, você precisa sim da adesão desse paciente pra ele poder entrar no processo terapêutico porque se ele não entra no processo terapêutico ele vai passar anos e anos aqui dentro e não sai muito do lugar... (Assistente Social 2 – C2).

Nos dois cenários do estudo, tem-se a participação de no mínimo 02 profissionais de nível superior responsáveis pelos grupos terapêuticos. Nos grupos são discutidas temáticas que envolvem o motivo dos usuários estarem naquele serviço, como também vivências próprias da adolescência (sexualidade, escola, relacionamento com os pares e familiares, planos futuros etc.).

As discussões são desenvolvidas em rodas de conversa, e por vezes são utilizadas ferramentas disparadoras da temática que permitam envolver e integrar os adolescentes, como músicas, fotos/imagens, desenhos, jogos, dinâmicas de grupo, histórias, contos, atividades externas (visitas a museus, parques, feiras de profissão e de saúde, circo, etc.). É destacado por um dos entrevistados que poderiam ser realizadas mais atividades fora do CAPSI (“passeios”).

Como os adolescentes tem gosto pra determinadas coisas, eu acho que deveria usar o recurso de filme mais, que a gente já utilizou, de (...) através das músicas deles, que a gente já utilizou, mas precisa usar mais, a gente já fez até capoeira aqui uma época, é utilizar essas coisas que eles se identificam, música, passeio eu acho que a gente podia passear mais atrair, acolher mais... (Psicólogo – C2)

A gente faz atividades que a gente afete, a gente sabe que uma coisa vai afetar quando uma coisa vai afetar determinado adolescente, então a gente vai joga para a conversa dentro do grupo... normalmente o nosso trabalho é dentro do que eles trazem, nem que a gente traz uma brincadeira, aí eles se soltam e aí a gente vai trabalhar o que eles trouxeram. (Enfermeiro – C1)

Para o adolescente ser um sujeito ativo, participante em alguma atividade terapêutica, ele precisa se identificar com a atividade sugerida, ex: a música deve ser escolhida por eles; a imagem deve trazer situações do cotidiano dos adolescentes. É

preciso respeitar a singularidade desses sujeitos e os seus modos de pensar, de vestir e se colocar no mundo. Assim, de modo divergente a sua fala anterior, um dos entrevistados revela, de modo contraditório, que é preciso fazer atividades que tragam uma “lição de moral”, como identificado na fala:

Eu trago temas... filmes para assistir... tem que fazer coisas que tenham futuro... que te dê uma lição de moral... (Enfermeiro – C1)

O grupo discute hoje sobre ansiedade... nota-se que os presentes às vezes não compreendem o que é dito... na comunicação com os adolescentes, uso de linguagem técnica pelos profissionais... (OBSERVAÇÃO – C2)

Dialogar com adolescentes na perspectiva de “lição de moral” evidencia contradições entre o que é dito e o que é realizado na produção do cuidado a esse grupo. Isso sugere que as práticas podem ser pautadas pelo autoritarismo e tutela, ao trazer para esses adolescentes o que é certo e errado, desconsiderando o saber e a vivência desses sujeitos. São realizadas orientações quanto ao autocuidado, projetos de vida, não sendo dialógico, o que levanta o seguinte questionamento: como discutir autonomia se as práticas são estabelecidas entre um sujeito que tem um saber científico e outro que seguirá orientações?

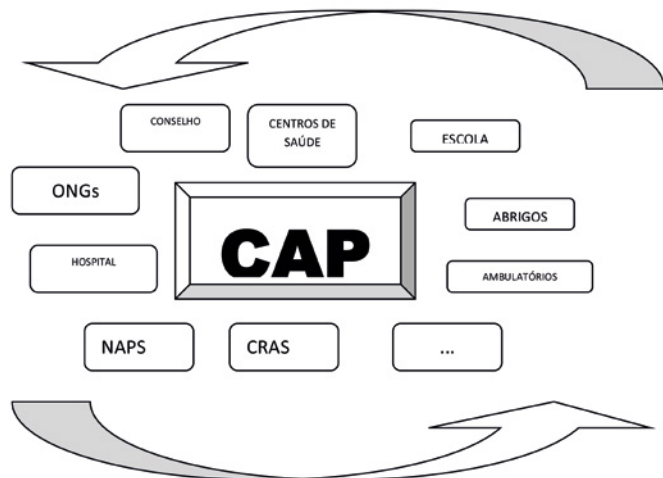
Quando trabalhamos buscando reiterar os laços sociais extra-CAPSi e ouvir o adolescente, Sujeito e Cidadão, ao invés da pedagogia, ou seja, de definirmos o que é melhor para o sujeito e calarmos o mesmo diante do nosso desejo, podemos ousar no exercício da interdisciplinaridade junto aos casos clínicos, realizando a inter-consulta e indagando o próprio Sujeito sobre seu PT, buscando (re) constituir seu “poder de contratualidade junto aos métodos de intervenção” (BEZERRA; RINALDI, 2009, p. 344), de modo a implicá-lo em seu sofrimento, considerando-o radicalmente responsável pela sua posição.

Assim, com relação à comunicação estabelecida entre profissionais e usuários, percebeu-se que alguns profissionais utilizam uma linguagem técnica ao se comunicar com os adolescentes, o que leva muitas vezes a não compreensão do que está sendo dito.

Práticas de Saúde em Rede – O Desafio da Intersetorialidade

A fala destaca a necessidade de articular os vários serviços no sentido de um cuidado integral a esse adolescente usuário do CAPSI. E para isso é fundamental o conhecimento do território no qual o CAPSI está inserido, promover a comunicação dos distintos equipamentos sociais, sejam eles da saúde, da educação, assistência social ou da justiça, como se vê a seguir, na Figura 2:

Figura 2: Dispositivos de Atenção à Saúde Mental Infanto-Juvenil em Fortaleza



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Ao ser questionado sobre como se dá essa articulação com outros serviços, a maior parte dos entrevistados revela que existe uma articulação informal com os outros dispositivos de cuidado no território. Destacam, ainda, que não há uma rede de atenção à saúde mental infanto-juvenil, mas serviços que são contatados conforme a necessidade.

A articulação com outros serviços é de forma pontual, quando há necessidades a gente ta articulando com outras instituições, mas assim, não é uma coisa já natural, estabelecida é realmente pontual, quando há necessidades porque tanto eles como a gente não conseguem estabelecer essa questão da rede, pra legítimar... (Assistente Social – C2)

Articulação com outros serviços... no dia-a-dia nem sempre dá pra fazer, mas fica aquela coisa do infelizmente quando precisa, a gente consegue sim... (Enfermeira – C1)

As falas abordam uma das questões fundamentais para o desenvolvimento do cuidado e construção do projeto terapêutico na perspectiva da integralidade, a intersetorialidade, que, segundo Brasil (2005, p. 13),

[...] é um campo que ultrapassa em todos os sentidos o recorte meramente regional ou geográfico, que, no entanto, importa nele. O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território. O território é o lugar psicossocial do sujeito.

Entretanto, como observado, a intersetorialidade permanece como um dos grandes desafios do SUS. Exemplificando, a articulação pontual referida pelos trabalhadores traz-se a fala

abaixo, que aborda a relação estabelecida pelo CAPSi e a atenção primária e/ou ambulatorial:

... O que é que acontece com as referências... por exemplo, a gente atende o paciente vê que o perfil dele é algo mais com o aprendizado, ou uma comorbidade... a gente entra em contato com outro órgão, com psicopedagogo... A questão de algum adolescente com algum problema ginecológico, a gente entra em contato com o posto da área dela... (Enfermeira – C2)

Neste sentido, sabe-se que o trabalho dos serviços de saúde mental infanto-juvenil deve incluir, no conjunto das ações a serem consideradas na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções junto a todos os equipamentos – de natureza clínica ou não – que, de uma forma ou de outra, estejam envolvidos na vida dos adolescentes. Devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico, como acolher, escutar, cuidar, melhorar a qualidade de vida da pessoa em sofrimento psíquico, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito (BRASIL, 2005, p. 14).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de Reforma Psiquiátrica se caracteriza por suas rupturas com uma série de esquemas preestabelecidos, como a racionalidade psiquiátrica, que considerava o sofrimento humano apenas como objeto simples da doença mental. Este advento, também, passa a questionar o saber do especialista (psicólogo, psiquiatra, enfermeiro etc.) em relação ao paciente, em virtude de negar quaisquer que fossem os “mandatos de custódia e exclusão” (AMARANTE, 2007, p. 165). Assim, sua missão se cumpre no ato de criar, (re) inventar instituições a

cada novo encontro com os usuários, na aventura que se chama loucura. (ROTELLI; LEONARDI; MAURI, 2001).

Como um campo de transformações sociais complexas, a reforma psiquiátrica busca transcender e superar as formulações da organização dos serviços de saúde e as propostas de implementação de caráter exclusivamente técnicas, afinal, aponta o modelo de atenção psicossocial pensando no mesmo como um processo. Um processo que é social e um processo social que é complexo e não como um modelo ou sistema fechado. Sua proposta ideo-política, inclusive, encontra-se fundamentada em princípios de democratização, participação social, envolvimento, corresponsabilização, acolhimento, escuta polifônica e transversalidade (YASUÍ, 2010).

Durante pouco mais de vinte anos de SUS, diversas políticas públicas (e legislações referentes a estas) vêm sendo construídas no Brasil pelos movimentos SUS, movimento sanitário e de reforma psiquiátrica. Em linhas gerais, os dispositivos legais³ construídos, desde então, passam a constituir tecnologias de governo ou de gestão da vida, que implicam modos de ser (FOUCAULT, 1977). Além disso, tais sistemas e legislações inscrevem e são inscritos em meio a jogos de poder, apesar de sua pretensão de neutralidade (MÉLLO; MEDRADO; BERNARDES, 2010, p. 127).

Os protocolos⁴ de atividades, sobre a atuação nos CAPSi, são importantes ferramentas de trabalho por fornecerem objetivação e sistematização às ações. Estes, contudo, não ga-

3 Utilizamos o termo “dispositivo” para nos referirmos a uma das múltiplas modalidades de “tecnologias” que estabelecem uma rede de práticas discursivas e não discursivas que se inscrevem em um conjunto de discursos, bem como de instituições, organizações e decisões regulamentares, leis, medidas administrativas (FOUCAULT, 1979).

4 Referimo-nos aos diversos manuais dos CAPS e CAPSi, disponíveis na página eletrônica do Ministério da Saúde e que discriminam atividades e competências do serviço.

rantem eficácia dos trabalhos de cunho complexo que demandam os CAPSi, bem como apresentam ambiguidades as quais nossos informantes se apegam ou, em outras palavras, a partir dos quais os entrevistados leem seu fazer nos CAPSi, considerando, construir a hipótese diagnóstica e dar alta como caso para a psiquiatria, por exemplo.

Em virtude dessas legislações, muitas vezes, as particularidades de cada disciplina são postas de lado em prol das noções que unem ou que “facilitam a comunicação” entre a equipe. O perigo dessas dissoluções, realizadas em virtude do que se designa equipe, é de que certas ações tornem-se quase automáticas em vistas das legislações.

Foucault (2008) denominou de biopoder um conjunto de dispositivos que tem como alvo a população nos seus aspectos vitais, e estratégias de segurança que fazem parte de um conjunto de relações que foram construídas ao longo da história, que esquadrinham a normalização vinculada aos processos de disciplinarização nas práticas de saúde vigentes, em que o indivíduo é tomado como fora de uma normalidade pré-estabelecida e que tem como foco a transformação pedagógica de sua interioridade através do que Foucault denomina cuidado de si.

O PTS constitui um elemento novo no universo dos centros de atenção psicossocial e, apesar de previstos desde 1994, parecem ainda envolvidos por diversas incógnitas prognósticas. Com efeito, a partir das falas dos sujeitos perquisados, vemos o PTS ser um dos conceitos, se não o “conceito” que mais mobiliza os profissionais a descentrar-se da figura médica e versar sobre e em a equipe.

O PTS deve ser desenvolvido pela equipe de assistência junto ao usuário e, portanto, um movimento de co-produção e co-gestão, que toma como foco “colocar as possibilidades políticas, sociais e individuais expressas pelas pessoas e pelos coletivos, em suas relações com o mundo, nos seus contextos de vida” (OLIVEIRA, p. 285), com o objetivo de “ajudar o indivíduo a restabelecer relações afetivas e sociais, reconquistar direitos e poder, buscar autonomia afetiva-material-social e o incremento da incorporação desse na vida de relação social e política” (ZERBETTO, 2005, p. 116).

Portanto, ao apresentar a possibilidade de ancoragem de diversos aspectos do usuário, a construção deste se dá com tamanha vitalidade por toda a equipe, posto que é exigente de articulação dos movimentos de co-produção da problematização, co-produção do projeto e co-gestão/avaliação durante todo o processo. Este produz a superação da simples adscrição da clientela, pelo vínculo com responsabilização, resguardando-se os cuidados com as possibilidades de burocratização das tomadas de decisão do cotidiano.

Constitui um projeto no sentido de “projetualidade”, quando remete à capacidade da equipe e usuário formular planos que visam criar novas realidades, novos possíveis, em que o termo singular remete à diferença, a um contexto específico que menos sujeita o usuário de reprodutividades ou “processos tayloristas” de trabalho.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal. Um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ALAVARSE, G. M. A.; CARVALHO, M. D. B. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 408-416, dez. 2006.

AMARANTE, P. **Saúde mental e Atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

BEZERRA, D. S; RINALDI, D. L. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 342-355, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/jun2009/7.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2013.

BRASIL. **Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação de saúde**. Secretaria de Atenção à saúde: departamento de ações programáticas e estratégicas. Ministério da Saúde: Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. São Paulo: Cortez, 2003.

CAMPOS, M. T. A.; SILVA, R. C. Por que precisamos definir uma adolescência? In: LYRA, J.; MEDRADO, B., OLIVEIRA, A. R. O.; SOBRINHO, A. (orgs.) **Juventude, mobilização social e saúde: Interlocuções com políticas públicas**. Recife: Instituto PAPAÍ/MAB/Canto jovem, 2009.

CAPRARA, A.; VERAS, M.S.C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface – Comunic Saúde Educ**. 2005; 9(16): 131-146.

CUNHA, G. T. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: _____; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.

FERREIRA, M. de A.; ALVIM, N. A. T.; TEIXEIRA, M. L. DE O.; VELOSO, R. C. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto e contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16 n.2, p. 217-24. 2007.

FERREIRA, T. Introdução: Sob o manto da deficiência. In: FERREIRA, T. (Org.). **A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 13-22.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FLAVINA, O. P.; CERQUEIRA, M. B. C. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 34-46, dez. 2008

FONSECA, Franciele Fagundes et al . As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 31, n. 2, June 2013

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 2008.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, T.B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema Cartão Nacional de Saúde**. 2003. Tese de Doutorado, Unicamp, Campinas, SP, 2003.

LOPEZ, Sílvia Brãna; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Quando uma proposição não se converte em política?: O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAI-SAJ. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, Apr. 2013.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20. n. 5. p- 1114-1416, set-out., 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: 03 Ago. 2013.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p. 1112-1120, maio, 2008.

MÉLLO, R. P.; MEDRADO, B.; BERNARDES, J. Dispositivo legal como tecnologia de governo da vida: usos e efeitos da Lei Maria da Penha. In: SOUZA, S. J.; MORAES, M. (Org.). **Tecnologias e modos de ser no contemporâneo**. Rio de Janeiro: PUC-Rio/7 Letras, 2010, p. 127-156. v. 1.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

OLIVERIA, G. N. **O projeto terapêutico nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothscild, 2008.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação [tese doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PEREZ, J. R.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 140, p. 649-673, mai/ago, 2010.

PINTO, D., JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VACONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C. M.; FLORES, A. Z. T.; ANDRADE, S. A. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, Sept. 2011.

RAUPP, L. M.; COSTA, J. M. O ECA e as práticas de atendimento à

drogadição na adolescência. In: *Proceedings of the 1. Anais.I* Congresso Internacional de Pedagogia Social. São Paulo (SP), 2006.

RAUPP, L.; MILNITSKY-SAPIRO, C. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.14, n.2, p.60-68, maio/ago. 2005.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via – A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, N. G.; OLIVEIRA, A. G. B. de. Interconsulta psiquiátrica e unidades de internação psiquiátrica no Brasil: uma pesquisa bibliográfica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n.2, p. 244-251, 2010. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/75/244a251.pdf. Acesso em: 20 jul. 2013.

SOUSA DLM, PINTO AGA, JORGE MSB. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de fortaleza- ceará. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n.1, p. 147-54, 2010.

YASUI. S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. (Coleção Loucura & Civilização).

ZERBETTO, Sônia Regina. **A disciplina de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no ensino médio de enfermagem**. 2005. 225 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ADOLESCÊNCIA, EDUCAÇÃO SEXUAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA PÚBLICA

Aline Veras Moraes Brilhante

Ana Maria Fontenelle Catrib

Patrícia Sampaio Passos

Maxmiria Holanda Batista

Rosendo de Freitas Amorim

Zélia Maria de Souza Araújo Santos

INTRODUÇÃO

A sexualidade é uma construção social que, ao longo da história, sempre foi objeto de preocupação moral e, como tal, submetida a dispositivos de controle. Como estes se baseiam nos valores e ideologias predominantes na sociedade, eles assumem formas diferentes à medida que a sociedade muda (ARAÚJO, 2002; FOUCAULT, 1988; LOURO, 2008).

No início do século XX, Freud nos apresenta algo extremamente original quando demonstra que a sexualidade é algo que se apresenta desde a mais tenra infância e que de forma desorganizada e parcial vai se desenvolvendo até atingir a genitalidade, contribuindo de forma especial para a construção da subjetividade (FREUD, 1996).

Atualmente, a sexualidade é considerada importante para a saúde e qualidade de vida (LINDAU, 2010). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a sexualidade

não é sinônimo de coito, mas a energia que motiva a encontrar o afeto, contato e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas se tocam e são tocadas (BRASIL, 2000).

Nas últimas décadas houve mudanças dramáticas na compreensão da sexualidade (WHO, 2002). Embora, ao longo dos anos, esta tenha sido impulsionada pela reprodução, durante o século XX, reprodução e sexualidade se tornaram, sob muitos aspectos, independentes (BENAGIANO *et al.*, 2010). Mas, se por um lado a contracepção permitiu relações sexuais sem fins reprodutivos, por outro a pandemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o aumento dos casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) desempenham um papel contrário neste contexto (WHO, 2002; CODES *et al.*, 2006; MARTINS *et al.*, 2006; DA ROS, SCHIMITT, 2008).

A sociedade moderna está ciente da importância de abordar as questões da sexualidade na adolescência, período de grandes mudanças físicas, sociais e emocionais (LOPES; MAIA, 2001). Conforme os adolescentes migram para relacionamentos com seus pares e começam a se separar de seus pais, suas perspectivas são ampliadas e eles são confrontados com a tarefa de formar a própria identidade (GARCIA, 2010). Nesse período, o jovem precisa de mais que informações sobre anatomia, fisiologia e prevenção. O ser humano é social por excelência e o processo de relação realiza-se fortemente através da sexualidade (BRILHANTE, CATRIB, 2011). Embora a construção da sexualidade se dê ao longo de toda a vida (LOURO, 2001), é na adolescência que o ser humano tem de lidar com um contraste profundo: enquanto sente os impulsos sexuais, sente também culpa por ter anseios diferentes dos esperados por seus pais (VALLADERES, 2007).

A educação sexual engloba a formação da personalidade do indivíduo enquanto ser sexuado. Ela deve ajudar os jovens a conhecer, compreender e respeitar. Entretanto, o tema ainda é um tabu. Os professores não recebem treinamento para lidar com o assunto e a escola parece esquecer que educar é mais que preparar para o mercado de trabalho, é contribuir para formação de indivíduos com capacidade crítica e noções claras de vida e cidadania (BRILHANTE, CATRIB, 2011).

Diante do exposto, essa pesquisa se justificou pela necessidade de se conhecer a realidade da educação sexual na escola pública e o modo com os adolescentes entendem a sexualidade nesse período da vida.

A partir dessas considerações, tem-se como objetivos comparar as semelhanças e diferenças de concepções sobre a educação sexual e sexualidade de alunos de uma escola regular com as de alunos de uma escola profissionalizante onde são desenvolvidas ações de educação em saúde, além de descrever o conhecimento sobre educação sexual e sexualidade de alunos da escola pública.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e de abordagem quantitativa realizado com a totalidade dos alunos de duas escolas estaduais localizadas em Fortaleza, Ceará, onde estudam adolescentes com idades entre 14 e 18 anos. O fato da problemática em estudo ser ainda considerada como um assunto tabu contribuiu igualmente para esta escolha, pois desta forma os inquiridos sentem-se menos constrangidos para exprimir as suas opiniões e sentimentos. O questionário surge como um instrumento de recolha de informação adequado sempre que

o investigador pretenda “(...) colher informações junto dos participantes relativas aos fatos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes” (FORTIN, 1999, p.245).

A Escola 1 foi escolhida por oferecer ensino profissionalizante e por ser foco de atenção do Projeto de Promoção da Saúde na Escola, desenvolvido pela Liga de Promoção de Saúde na Escola (LIPSE), do mestrado de saúde coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), que desde 2009 vem trabalhando com a comunidade escolar atividades de promoção de saúde a construção de um ambiente educacional saudável.

A Escola 2, localizada no mesmo bairro da Escola 1, é voltada às séries do Ensino Médio e mantém, além das atividades em sala de aula, oficinas de teatro, capoeira e danças regionais.

Os questionários preliminares foram previamente testados e avaliados através de sua aplicação em uma população semelhante a do estudo. Essa avaliação forneceu subsídios para melhor avaliação da aplicabilidade do instrumento, da clareza das perguntas, bem como da postura do inquiridor, contribuindo para melhorias no instrumento final. Posteriormente, o questionário foi aplicado à população alvo.

O inquérito foi dividido em duas partes. A primeira foi constituída por questões cujo objetivo foi caracterizar os inquiridos relativamente a dados sociodemográficos: gênero, idade, estado civil, ano de escolaridade e religião. A segunda albergou questões em que se pretendeu conhecer as opiniões de alunos e professores a respeito da abordagem da Educação Sexual em contexto escolar, assim como a necessidade da sua abordagem na adoção de estilos de vida saudáveis.

Uma vez reunidos os questionários preenchidos, procedemos ao devido tratamento estatístico dos dados. Para a análise quantitativa, recorreremos ao pacote estatístico SPSS Inc., Chicago, IL, USA, versão 19. Procedemos à devida codificação das categorias apresentadas, introduzindo a informação diretamente na folha do programa SPSS. Na análise de variáveis contínuas foi utilizado o teste paramétrico T-student para amostras independentes e medidas descritivas (média e desvio padrão). Para análise de variáveis categóricas, o Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher quando em pelo menos uma célula havia valor esperado menor que cinco. Nas comparações, utilizaram-se testes bilaterais, onde o valor do nível de significância adotado no presente estudo foi de $\alpha = 0,05$. O valor de p-valor foi considerado estatisticamente significativo quando igual ou menor que 0,05 e o intervalo de confiança pretendido é de 95% (IC = 95). Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

ANALISANDO OS DADOS

Dos 302 alunos matriculados na Escola 1, 275 aceitaram participar da pesquisa. Os 27 restantes recusaram-se ou haviam abandonado o ano letivo. Dos 675 alunos matriculados na Escola 2, 585 aceitaram participar da pesquisa, os 90 restantes recusaram-se ou haviam abandonado o ano letivo. Assim, participaram deste estudo 860 alunos, dos quais 68% da Escola 2 e 32% da Escola 1 (Tabela 1).

Com relação aos cursos profissionalizantes ofertados na Escola 1, evidencia-se que 28,7% dos alunos são do curso de enfermagem e apenas 8% de finanças. Percebe-se assim um predomínio de um curso relacionado à área de saúde.

Tabela 1 - Tipos de cursos profissionalizantes.

Cursos	Abs.	%
Enfermagem	79	28,7
Informática	66	24,0
Estética	65	23,6
Transação imobiliária	43	15,6
Finanças	22	8,0
Total	275	100,0

Fonte: Escola 1, 2012.

Fazendo análise na distribuição dos alunos pelo ano escolar de cada escola, mostra-se na Tabela 2 que na Escola 2 foram pesquisados mais alunos do segundo ano (40%) e na Escola 1 um pouco mais da metade do primeiro ano (52%).

Tabela 2 - Distribuição dos alunos pelo ano escolar.

Ano escolar	Escola				Geral	
	Paulo Benevides		José de Barcelos		Abs.	%
	Abs.	%	Abs.	%		
Primeiro	230	39,3	143	52,0	373	43,4
Segundo	234	40,0	52	18,9	286	33,3
Terceiro	121	20,7	80	29,1	201	23,4
Total	585	100,0	275	100,0	860	100,0

Fonte: Escolas 1 e 2, 2012.

Esta amostra estudada foi composta por 347 (40,3%) alunos do sexo masculino e 513 (59,7%) do sexo feminino, tendo como média de idade 16 anos. A faixa etária que mais ficou evidenciada na Escola 2 ficou entre 16 e 17 anos (54,5%) e na Escola 1 ficou entre 14 a 15 anos (53,8%).

No que diz respeito à religião, nas duas escolas a religião católica foi mais frequente, seguido da religião evangélica. Com relação à prática religiosa, mais da metade dos alunos afirmaram participar regularmente, 65,5% na Escola 2 e 65,1% na Escola 1.

Quanto à questão se os entrevistados (as) estavam namorando, verifica-se que a maioria, 61,7% afirmou não estar no momento. Apesar da maioria não ter namorado (a), mais da metade dos alunos afirmaram ter tido, de alguma forma, contato com a sexualidade, 59,1% na Escola 2 e 56,4% na Escola 1.

Tabela 3 - Características dos alunos.

Características	Escola				Geral	
	2		1			
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Sexo						
Feminino	335	57,3	178	64,7	513	59,7
Masculino	250	42,7	97	35,3	347	40,3
Faixa etária						
14 a 15 anos	167	28,5	148	53,8	315	36,6
16 a 17 anos	319	54,5	105	38,2	424	49,3
18 a 20 anos	99	16,9	22	8,0	121	14,1
Religião						
Católico	328	56,1	171	62,2	499	58,0
Evangélico	228	39,0	96	34,9	324	37,7
Ateu	17	2,9	04	1,5	21	2,4
Testemunha de Jeová	12	2,1	02	0,7	14	1,6
Espírita	-	-	02	0,7	02	0,2
Participa regularmente das práticas religiosas						
Sim	383	65,5	179	65,1	562	65,3
Não	202	34,5	96	34,9	298	34,7
Possui namorado (a)						
Sim	242	41,4	84	30,5	326	37,9
Não	343	58,6	188	68,4	531	61,7
Não informado	-	-	03	1,1	03	0,3
Teve contato com sua sexualidade						
Sim	346	59,1	155	56,4	501	58,6
Não	239	40,9	117	42,5	356	41,4
Não informado	-	-	03	1,1		
Total	585	100,0	275	100,0	860	100,0

Fonte: Escolas 1 e 2, 2012.

Mas o que significa sexualidade para esses adolescentes? Foi realizada uma pergunta aberta sobre o que significava sexualidade para os alunos e as respostas puderam ser categorizadas em: (1) somente o ato sexual propriamente dito; (2) desde os atos preliminares ao ato sexual propriamente dito; (3) qualquer manifestação de desejo entre pessoas do sexo oposto.

Tabela 4 - Significado do termo sexualidade na concepção dos alunos

Qual assunto é mais importante no âmbito da Educação Sexual	Geral		Escola				Valor de p ¹
			2		1		
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
Somente o ato sexual propriamente dito	491	57,1	391	66,8	100	36,4	<0,01
Desde os atos preliminares ao ato sexual propriamente dito	221	25,7	119	20,3	102	37,1	
Qualquer manifestação de desejo entre pessoas do sexo oposto	144	16,7	74	12,6	70	25,5	
Não informado	04	0,5	01	0,2	03	1,1	-
Total	860	100,0	585	100,0	275	100,0	-

Fonte: Escolas 1 e 2, 2012.

(1) Teste Qui-quadrado.

Apesar de não haver diferença significativa entre os alunos das escolas quanto ao fato de terem entrado em contato com sua sexualidade, infere-se dos resultados uma concepção diferente do significado de sexualidade entre os alunos das duas escolas. Enquanto para a maioria dos alunos da Escola 2, a sexualidade significa o ato sexual consumado, para a maioria dos alunos da Escola 1, sexualidade vai desde os atos preliminares ao ato sexual propriamente dito.

A definição de sexualidade para a Organização Mundial de Saúde abrange o ato sexual em si, mas também incluem

outras questões, como identidades e papéis de gênero, orientação sexual, intimidade, erotismo e reprodução. Para a OMS, ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental (OMS, 2011, p.9). A concepção dos alunos, entretanto, vincula a sexualidade ao ato sexual direta ou indiretamente, quando a relaciona aos atos preliminares, embora os alunos da Escola 1 tenham mostrado uma visão um pouco mais ampla que os da Escola 2.

Devemos lembrar, entretanto, que a maioria dos alunos da Escola 1 encontra-se na faixa entre 14 e 15 anos (53,8%), enquanto que a maioria dos alunos da Escola 2 encontra-se na faixa entre 16 e 17 anos (54,5%). Essa diferença de idade poderia justificar a concepção de sexualidade dos dois grupos. Para Freud (1996), com o início da puberdade, o desenvolvimento da sexualidade começa a tomar sua forma adulta sob a égide da zona genital. Nessa fase, as crianças/adolescentes se masturbam por sentir prazer nesse ato. É quando ocorre o início da atividade sexual genital propriamente, a que Freud (1996) denominou “fase genital”. A satisfação por meio da descarga caracterizada pelo orgasmo, única capaz de proporcionar uma satisfação final ou “prazer final” pode se dar, entretanto, através de prazeres preliminares, ou seja, prazeres nos quais as zonas genitais não assumiram ainda seu papel preponderante. Assim sendo, a genitalidade torna-se apenas um dos inúmeros caminhos humanos possíveis de satisfação sexual. Somente depois as zonas erógenas passam a se subordinar à primazia genital e a pulsão sexual que era principalmente auto erótica (libido do ego ou narcísica) buscam o objeto sexual no outro. Tais transformações são concomitantes às mudanças físicas da puberdade, o que irá proporcionar, com o desenvolvimento do indivíduo, a obtenção da satisfação sexual, o que antes só exis-

tia com o pré-prazer advindo da excitação de zonas erógenas. (FREUD, 1996). Qual a relação?

As Tabelas 5 e 6 trazem o significado do termo sexualidade por faixa etária entre 14 e 15 anos e maior de 16 anos respectivamente.

Tabela 5 - Significado do termo sexualidade na concepção dos alunos na faixa etária entre 14 e 15 anos

Qual assunto é mais importante no âmbito da Educação Sexual	Geral		Escola				Valor de p ¹
			2		1		
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
Somente o ato sexual propriamente dito	91	29	54	32,4	37	25,1	0,425
Desde os atos preliminares ao ato sexual propriamente dito	136	43,3	68	40,7	68	46,3	
Qualquer manifestação de desejo entre pessoas do sexo oposto	84	26,8	45	26,9	39	26,5	
não informado	03	0,9			3	2,1	-
Total	314	100,0	167	100,0	147	100,0	-

Fonte: Escolas 1 e 2, 2012.

(1) Teste Qui-quadrado

Percebemos que na faixa etária entre 14 e 15 anos os alunos de ambas as escolas consideram sexualidade não apenas o ato sexual propriamente dito, mas também os seus chamados atos preliminares, o que pode ser compreendido com base nas teorias de Freud (1996).

Tabela 6 - Significado do termo sexualidade na concepção dos alunos maiores de 16 anos

Qual assunto é mais importante no âmbito da Educação Sexual	Geral		Escola				valor de p ¹
			2		1		
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
Somente o ato sexual propriamente dito	400	73,3	337	80,6	63	49,2	0,10
Desde os atos preliminares ao ato sexual propriamente dito	85	15,6	51	12,2	34	26,6	
Qualquer manifestação de desejo entre pessoas do sexo oposto	60	11	29	6,9	31	24,2	
não informado	01	0,1	01	0,2			-
Total	546	100,0	418	100,0	128	100,0	-

Fonte: Escolas 1 e 2, 2012.

(1) Teste Qui-quadrado

Quando observamos os dados da Tabela 6, percebemos que para a maioria dos alunos de ambas as escolas, na faixa etária acima dos 16 anos, sexualidade significa o ato sexual consumado propriamente dito. Portanto, a aparente divergência entre os alunos das duas escolas pode ser explicada pela diferença de faixa etária.

A minoria dos alunos das duas escolas atribuiu à sexualidade a concepção de qualquer manifestação de desejo entre pessoas do sexo oposto. Nenhuma das respostas considerou a possibilidade de desejo entre pessoas do mesmo sexo genético. A última categoria desta Tabela 4 reflete a reprodução por parte dos alunos dos padrões de comportamento que a sociedade incorporou como normalidade em se tratando de relações afetivas, ou seja, a heterossexualidade, o que vai de encontro à concepção da OMS, para a qual a saúde sexual reconhece o desejo de indivíduos e casais de todas as orientações sexuais (OMS, 2010).

Abordados sobre Educação Sexual (Tabela 7), 42,1% dos alunos da Escola 2 consideraram informações sobre doenças sexualmente transmissíveis o assunto mais importante. Em contrapartida, os da outra escola consideraram a descoberta da sexualidade, 31,3%, seguido de métodos para evitar gravidez, 26,2%. Ainda com relação à Tabela 7, verifica-se que existe diferença estatística entre as escolas, ou seja, valor de $p < 0,05$.

Tabela 7 - Assunto que considera mais importante para ser expostos aos jovens, no âmbito da Educação Sexual.

Qual assunto é mais importante no âmbito da Educação Sexual	Geral		Escola				valor de p^1
			2		1		
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
Informações sobre doenças sexualmente transmissíveis	305	35,5	246	42,1	59	21,5	<0,01
Descoberta da sexualidade	228	26,5	142	24,3	86	31,3	
Métodos para evitar gravidez	211	24,5	139	23,8	72	26,2	
Informações sobre as modificações no organismo do (a) adolescente	112	13,0	57	9,7	55	20,0	
não informado	04	0,5	01	0,2	03	1,1	-
Total	860	100,0	585	100,0	275	100,0	-

Fonte: Escolas 1 e 2, 2012.

Teste Qui-quadrado.

Sabemos que a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tem crescido entre adolescentes e jovens. Em 2003 (Coordenação Nacional de DST/AIDS), foram diagnosticados 9.762 novos casos de AIDS. Desses novos casos, 7,2% foram registrados entre jovens homens de 13 a 24 anos de idade, enquanto 11,3%, entre jovens mulheres na mesma faixa etária. (FERREIRA; PORTELLA, 2006). Os alunos

da Escola 2 demonstram que percebem essa realidade e que gostariam de maiores informações a respeito das DST. Esses dados se assemelham com os obtidos por Costa (2006), que constatou que o assunto “métodos contraceptivos e as DSTs” eram os mais importantes para 77,3% dos alunos de seu estudo. Na Escola 2, juntando-se essas duas categorias, temos 65,9%.

Os alunos da Escola 1, em contrapartida, preocupam-se mais com a descoberta da sexualidade. Essa diferença pode ser atribuída também à diferença na faixa etária, pelos motivos previamente expostos. As Tabelas 8 e 9 trazem o assunto considerado mais importante no âmbito da educação sexual para a faixa etária entre 14 e 15 anos e maior de 16 anos respectivamente.

Tabela 8 - Assunto que considera mais importante para ser exposto aos jovens, no âmbito da educação sexual, para a faixa etária de 14 a 15 anos.

Qual assunto é mais importante no âmbito da Educação Sexual	Geral		Escola				valor de p ¹
			2		1		
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
Informações sobre doenças sexualmente transmissíveis	84	26,8	54	32,4	30	20,5	0,423
Descoberta da sexualidade	105	33,4	56	33,6	49	33,3	
Métodos para evitar gravidez	84	26,8	45	26,9	39	26,5	
Informações sobre as modificações no organismo do (a) adolescente	41	13	12	7,1	29	19,7	
não informado	03	0,9			3	2,4	-
Total	314	100,0	167	100,0	150	100,0	-

Fonte: Escolas 1 e 2, 2012.

Teste Qui-quadrado

Observamos que para os alunos entre 14 e 15 anos de ambas as escolas a descoberta da sexualidade é o assunto mais importante, o que é explicado pelo fato dessa descoberta ocorrer durante essa faixa etária, despertando nos adolescentes uma série de dúvidas e inquietações.

Tabela 9 - Assunto que considera mais importante para ser exposto aos jovens, no âmbito da educação sexual, ajustado para a idade maior ou igual a 16 anos

Qual assunto é mais importante no âmbito da Educação Sexual	Geral		Escola				valor de p ¹
	Abs.	%	2		1		
			Abs.	%	Abs.	%	
Informações sobre doenças sexualmente transmissíveis	84	26,8	192	45,9	29	23,2	0,046
Descoberta da sexualidade	105	33,4	86	20,6	37	29,6	
Métodos para evitar gravidez	84	26,8	94	22,5	33	26,4	
Informações sobre as modificações no organismo do (a) adolescente	41	13	45	10,8	26	20,8	
não informado	01	0,2	01	0,2			-
Total	543	100,0	418	100,0	125	100,0	-

Fonte: Escolas 1 e 2, 2012.

Teste Qui-quadrado

Entretanto, quando observamos os dados da Tabela 9, percebemos que para a faixa etária acima dos 16 anos há diferença significativa entre as duas escolas. Enquanto para a maioria dos alunos da Escola 2, as informações sobre DST são mais importantes, para a maioria dos alunos da José de Barcelos, os interesses mostram-se distribuídos uniformemente entre os assuntos, com ligeiro predomínio da descoberta da sexualidade. Pelos dados acima, podemos inferir que a diferença de idade entre os alunos das duas escolas não é suficiente para justificar as divergências do resultado.

Analisando a Tabela 10, que faz referência em qual disciplina deveria ser abordado o tema de Educação Sexual, verifica-se que em todas as disciplinas opinadas existe diferença estatística, ou seja, ocorrência de divergências significativas nas respostas dos alunos.

Tabela 10 - A Educação Sexual deveria ser abordada nas escolas.

Abordada em:	Geral		Escola				valor de p ¹
			Paulo Benevides		José de Barcelos		
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
Todas as disciplinas							
Sim	198	23,0	108	18,5	90	32,7	<0,01
Não	657	76,4	475	81,2	182	66,2	
não informado	05	0,6	02	0,3	03	1,1	
Na disciplina de educação sexual							
Sim	239	27,8	138	23,6	101	36,7	<0,01
Não	617	71,7	446	76,2	171	62,2	
não informado	04	0,5	01	0,2	03	1,1	
Biologia							
Sim	276	32,1	206	35,2	70	25,5	0,006
Não	580	67,4	378	64,6	202	73,5	
não informado	04	0,5	01	0,2	03	1,1	
Filosofia							
Sim	134	15,6	106	18,1	28	10,2	0,003
Não	722	84,0	478	81,7	244	88,7	
não informado	04	0,5	01	0,2	03	1,1	
Educação física							
Sim	28	3,3	26	4,4	02	0,7	0,004
Não	828	96,3	558	95,4	270	98,2	
não informado	04	0,5	01	0,2	03	1,1	
Total	860	100,0	585	100,0	275	100,0	-

Fonte: Escolas 1 e 2, 2012.

(1) Teste qui-quadrado.

Existe uma diferença de percepção significativa entre as duas escolas. No total, percebe-se que a disciplina de biologia é a mais cotada para a abordagem do tema (32,1%). Esse fato

é mais observado na escola 2 (35,2%), que na escola 1 (25,5%). Em contrapartida, a existência de uma disciplina de educação sexual foi defendida por 36,7% dos alunos da escola 1, contra 23,6% dos alunos da escola 2. Da mesma forma, 32,7% dos alunos da escola 1 acredita que o tema deve de algum modo ser abordado em todas as disciplinas contra 18,5% da escola 2. Foucault (1988) falou sobre a “cientificação” da sexualidade. Essa visão está presente nas respostas dos alunos da escola 2, que julgam, por suas respostas, que a educação sexual pertence mais à biologia que a outras disciplinas, inclusive uma específica para o tema. Esses dados são compatíveis com os expostos nas Tabelas 7 e 9, que demonstram um maior interesse dos alunos por tratar de assuntos relativos à biologia, como as DST. A maioria dos alunos da escola 1, entretanto, julga importante a existência de uma disciplina própria (36,7%), seguida do grupo que julga que o assunto deveria ser abordado em todas as disciplinas (32,7%). Tal constatação sugere que os alunos da Escola 1 reconhecem a complexidade do tema, admitindo que este não seja restrito à esfera das ciências biológicas.

Os resultados obtidos nas duas escolas diferem dos achados de Costa (2006), que encontrou que para 64,4% dos adolescentes a abordagem da Educação Sexual deve ser efetuada numa disciplina específica, enquanto que para 16,6% esta abordagem deve ser realizada em todas as disciplinas. Costa (2006) encontrou ainda que em percentagens menos significativas surgem as opiniões de inquiridos acerca da abordagem da Educação Sexual em algumas disciplinas específicas.

Percebe-se na Tabela 11, que nas duas escolas os alunos preferem buscar informações sobre sexualidade com os próprios amigos. Apesar de boa parte conversar com os pais sobre o assunto. Esse achado ainda é inferior aos de Costa (2006),

que encontrou que os amigos se apresentam como fontes informativas de eleição 73% dos adolescentes.

Tabela 11 - Busca informações sobre sexualidade.

Onde buscar	Escola				Geral	
	2		1		Abs.	%
	Abs.	%	Abs.	%		
em casa com os pais	169	28,9	98	35,6	267	31,0
em casa com os irmãos	70	12,0	11	4,0	81	9,4
Escola	86	14,7	44	16,0	130	15,1
com os amigos	222	37,9	92	33,5	314	36,5
Centro de saúde	02	0,3	13	4,7	15	1,7
Internet	35	6,0	14	5,1	49	5,7
não informado	01	0,2	03	1,1	04	0,5
Total	585	100,0	275	100,0	860	100,0

Fonte: Escolas 1 e 2, 2012.

Perguntados onde efetivamente encontram, em nenhuma das escolas os alunos afirmaram que não encontram nos centros de saúde (Tabela 12). Mais da metade dos alunos, 76,9%, afirmaram que encontram as informações quando buscam (Tabela 13).

Tabela 12 - Onde você efetivamente encontra informações

Onde efetivamente encontra	Escola				Geral	
	2		1		Abs.	%
	Abs.	%	Abs.	%		
em casa com os pais	105	17,9	100	36,4	205	23,8
em casa com os irmãos	61	10,4	14	5,1	75	8,7
Escola	50	8,5	40	14,5	90	10,5
com os amigos	306	52,3	98	35,6	404	47,0
centro de saúde	-	-	-	-	-	-
Internet	62	10,6	20	7,3	82	9,5
não informado	01	0,2	03	1,1	04	0,5
Total	585	100,0	275	100,0	860	100,0

Fonte: Escolas 1 e 2, 2012.

Tabela 13 - Quando você procura informações nessas fontes, você costuma encontrar.

Quando procura informação, encontra?	Geral		Escola				valor de p ¹
			2		1		
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
Sim	661	76,9	434	74,2	227	82,5	0,003
Não	195	22,7	150	25,6	45	16,4	
não informado	04	0,5	01	0,2	03	1,1	-
Total	860	100,0	585	100,0	275	100,0	-

Fonte: Escolas 1 e 2, 2012.

(1) Teste qui-quadrado.

O universo do adolescente deve ser analisado de forma multifacetada, no qual os grupos sociais da família, escola, amigos, serviço de saúde e mídia são fundamentais na sua formação. Entretanto, muitas vezes a rede social à qual pertencem os adolescentes não se sente responsabilizada pela sua formação no âmbito da educação sexual (TORRES *et al.*, 2007). Para Foucault (1988), os séculos XIX e XX trouxeram um discurso extremamente disciplinador, cujo objetivo era suprimir as formas de sexualidade não relacionadas com a reprodução e com o casamento (FOUCAULT, 1988), o que pode levar aos adultos responsáveis por esses jovens a abordarem o assunto de uma forma crítica, científica e disciplinadora, o que poderia afastar os jovens. Além disso, geralmente, há uma forte relação dos adolescentes em quererem se afirmar dentro do grupo de amigos, por conta da insegurança típica da idade e da necessidade de aceitação (TORRES *et al.*, 2007). Esses fatos poderiam justificar o predomínio da busca de informações junto aos amigos. Entretanto, na Escola 1 a maioria dos alunos busca informações sobre sexualidade junto aos pais com frequência muito próxima ao que o fazem com os amigos, refletindo um comportamento diferente.

Foram realizadas ainda perguntas sobre a educação sexual nas escolas dos adolescentes, cujas respostas foram fornecidas em uma escala tipo likert de 0 a 10, cujos dados são fornecidos na Tabela 14.

Tabela 14 - Resultados descritivos das escalas de avaliação dos alunos por escolas estudadas.

Itens	Escola	Média	Desv. pad.	Moda	Concentração de respostas (%)			valor de p ¹
					0 -- 4	5 -- 7	8 -- 10	
1. A abordagem da Educação Sexual na sua escola é adequada	2	4,31	2,28	05	35,2	59,1	5,6	<0,01
<i>(Sendo 0 totalmente inadequada e 10 totalmente adequada)</i>	1	6,47	2,82	05	16,7	42,5	40,7	
2. Sente-se devidamente informado sobre os assuntos relacionados com Ed. Sexual	2	6,34	2,55	05	13,8	46,7	39,5	0,003
<i>(Sendo 0 totalmente desinformado e 10 totalmente informado)</i>	1	6,89	2,37	05	8,4	43,3	48,4	
3. Qual a importância você atribui à Ed. Sexual nas escolas	2	8,47	2,04	10	2,1	24,8	73,2	0,301
<i>(Sendo 0 totalmente sem importância e 10 muitíssimo importante)</i>	1	8,63	2,16	10	3,6	17,1	79,3	
4. O tema da Ed. Sexual tem sido abordada em sala de aula	2	4,80	2,86	05	37,4	43,4	19,1	<0,01
<i>(Sendo 0 se nunca foi abordado e 10 se for abordado com frequência)</i>	1	5,73	2,85	05	23,3	47,3	29,5	
5. Quando foi abordado, sentiu-se esclarecido	2	5,25	2,99	05	28,0	44,8	27,2	<0,01
<i>(Sendo 0 se não se sentiu nada esclarecido e 10 se sentir-se totalmente esclarecido)</i>	1	6,84	2,50	05	8,4	47,3	44,4	

6. Falar sobre Ed. Sexual é importante a sua saúde (Sendo 0 se não considera nada importante e 10 se considera totalmente importante)	2	9,16	1,75	10	1,5	11,3	87,3	<0,01
	1	9,49	1,16	10	0,2	6,3	93,5	
7. A escola se preocupa com temas relacionados com a saúde dos alunos (Sendo 0 se não há preocupação e 10 se há muitíssima preocupação)	2	5,45	2,42	05	20,3	58,8	20,9	<0,01
	1	7,17	2,20	05	2,9	48,7	48,4	

Fonte: 1 e 2, 2012.

(1) Teste t de Student.

Observa-se, na Tabela 14, que apenas os itens 3 e 6 apresentaram uma concentração de respostas superior a 50% nos pontos mais altos da escala. Ainda nesses itens, verifica-se que o valor que mais se repetiu (moda) foi o 10, indicando a total importância do assunto. Isso significa que os adolescentes julgam totalmente importante haver educação sexual na escola e que falar sobre sexualidade é totalmente importante para sua saúde. Entretanto, apenas no item 3 (Qual a importância você atribui à Educação Sexual nas escolas) não há respostas significativamente diferentes entre as escolas. No item 6, que avalia a importância da educação sexual para a saúde, observamos que essa noção é maior na escola 1 que na escola 2, refletindo o espírito das ações de promoção de saúde desenvolvidas na escola.

Ao analisarmos as respostas sobre a frequência da abordagem do tema, sobre o esclarecimento gerado por essa abordagem e sobre a adequação do modo como esta é realizada, percebemos uma contradição. A maior concentração de respostas quanto à frequência de abordagem para ambas as escolas ficou nos valores intermediários, entre 5 e 7, com 43,4% dos alunos

da escola 2 e 47,3% da escola 1. Apenas as respostas de 19,1% dos alunos da escola 2 e 25,5% dos alunos da escola 1 ficaram na categoria entre 8 e 10. Pelos dados, temos que a abordagem do tema não é tão frequente em nenhuma das duas escolas, embora seja mais frequente, de forma significativa, na escola 1 que na escola 2. Do mesmo modo, ao serem perguntados sobre o nível de esclarecimento obtido quando o assunto é abordado, a maioria das respostas ficou no nível intermediário (48,8% para a escola 2 e 47,3% para a escola 1). Apenas 19,1% das repostas dos alunos da escola 2 e 29,5 da escola 1 concentraram-se entre 8 e 10, demonstrado que o nível de esclarecimento proporcionado pela abordagem nas duas escolas é mediano, embora mais uma vez, seja maior de forma significativa na escola 1. Apesar disso, para 40,7% dos alunos da escola 1, a abordagem da educação sexual na sua escola é adequada, com concentração de respostas entre 8 e 10, apesar de apresentar frequência mediana e de oferecerem esclarecimento igualmente mediano. Nessa mesma área de concentração encontramos apenas 5,6% dos alunos da escola 2. Esses dados demonstram uma maior insatisfação com o modo como é realizada a educação sexual entre os alunos da escola 2.

Reforça essa informação os dados obtidos da pergunta quanto à preocupação da escola com temas relacionados à saúde dos alunos. A média das respostas foi 5,45 para escola 2 e 7,17 para escola 1, com concentração das respostas na categoria entre 8 e 10 respectivamente de 20,9% e 48,4% e concentração na categoria de 0 a 4 respectivamente de 20,3% e 2,9%. Essas informações demonstram que os alunos da escola 2 não julgam que sua escola se preocupe com temas relacionados à sua saúde, ao contrário dos alunos da escola 1.

Os alunos da escola 1 também se julgam mais informadas sobre questões relativas à sexualidade com concentração de respostas entre 8 e 10 de 40,7% contra 39,5% da escola 2. Tais observações podem ser devido às atividades de promoção à saúde desenvolvidas na escola 1.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não houve diferença significativa entre os alunos das duas escolas quanto ao fato de terem entrado em contato com sua sexualidade. O mesmo foi observado quanto ao significado atribuído por eles à sexualidade. Em uma primeira análise, para a maioria dos alunos da Escola 2, a sexualidade significaria o ato sexual consumado, enquanto para a maioria dos alunos da escola 1, sexualidade iria desde os atos preliminares. Entretanto, ao se efetuar o ajuste por faixa etária, percebeu-se que essa diferença não era real. Na faixa etária entre 14 e 15 anos a maioria dos alunos de ambas considera sexualidade não apenas o ato sexual propriamente dito, mas também os seus chamados atos preliminares, enquanto para os maiores de 16 anos, sexualidade é sinônimo de coito, o que pode ser compreendido com base nas teorias de Freud (1996a).

Verificamos que os adolescentes julgam importante haver educação sexual na escola e que falar sobre sexualidade é fundamental para sua saúde. Pelos dados, temos que a abordagem do tema não é tão frequente em nenhuma das duas escolas, embora seja mais frequente, de forma significativa, na escola 1 que na escola 2. Do mesmo modo, o nível de esclarecimento obtido quando o assunto é abordado foi considerado mediano pelas duas escolas, embora mais uma vez, seja maior de forma significativa na escola 1. Percebemos ainda uma maior insatisfação com o modo como é realizada a educação sexual entre os

alunos da escola 2, que em sua maioria julgam que sua escola não se preocupa ou se preocupa pouco com temas relacionados à sua saúde, ao contrário dos alunos da escola 1. Estes, por sua vez, se julgam mais informadas sobre questões relativas à sexualidade.

Os resultados apontam também que precisamos pensar educação sexual numa perspectiva da promoção da saúde. Postura que abarca os vários aspectos que envolvem o sujeito e seu contexto de existência. Tal procedimento exige uma reflexão séria sobre mudança de atitude, algo que exige do adolescente e de seus educadores muito mais que a transmissão de informações sobre sexualidade, algo que vá muito além de uma mudança meramente cognitiva.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, MF. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. **Psicol Cienc Prof**, Brasília, v. 22, n. 2, jun. 2002.

BENAGIANO G, CARRARA S, FILIPPI V. Sex and reproduction: an evolving relationship. **Hum Reproduction Update**, v.16, n.1, p. 96-107, 2010.

BRASIL. **Boletim Informativo DST/AIDS**. Diretoria de epidemiologia e vigilância Sanitária; Diretoria executiva de epidemiologia, programa estadual DST/AIDS. Secretaria de Saúde – PE. Ano II, nº1; 2000.

CODES JS, COHEN DA, MELO NA, TEIXEIRA GG, LEAL AS, SILVA TJ. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.2, p. 325-34, 2006.

COSTA, AJLL. **A educação sexual numa perspectiva de educação para a saúde**: um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo. Dissertação de mestrado. Portugal, 2006.

DA ROS CT, SCHMITT C DA S. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. **Asian J Androl**, v. 10, n.1, p. 110-4, 2008.

FERREIRA V, PORTELLA AP. **Marco teórico e referencial:** saúde de sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

FORTIN, M.F.(1999) **Processo de investigação:** da concepção à realização. Loures So ciencia, 2003, 388p.

FOUCAULT, M (1976). **História da sexualidade I:** a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A Guilhon Albuquerque. 10.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988, 152p.

FREUD, S. (1905). **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.** In: FREUD, S. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. VII.

GARCIA C. Conceptualization and measurement of coping during adolescence: a review of the literature. **J Nurs Scholarsh**, v.42, n.2, p.166-85, 2010.Brilhante AVM, Catrib AMF. Sexualidade na Adolescência. *Femina*. 2011;39(10):504-509.

LINDAU ST, GAVRILOVA N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US populations based cross sectional survey sofageing. **BMJ**, v.340, p. 810, 2010.

LOPES, G.; MAIA, M. **Conversando com a criança sobre sexo.** Quem vai responder? Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2001, 78p.

LOURO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-Posições**, Campinas, v. 19, n. 2, ago. 2008.

LOURO, G. L. Teoria Queer: Uma Política Pós-Identitária para a Educação, **Estudos Feministas**, v.9 n.2 Florianópolis, 2001.

MARTINS LBM, COSTA-PAIVA LHS, OSIS MJD, SOUSA MH, PINTO-NETO AM, TADINI V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Pau-

lo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.2, p. 315-23, 2006

TORRES CA, BESERRA EP, BARROSO MGT. Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, vol. 11, n.2, p. 296-302, 2007.

VALLADERES, K. K. **Orientação Sexual na Escola**. 2ªed. Rio de Janeiro: Quartet. 2007. 128p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Defining sexual health**: report of a technical consultation on sexual health; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Developing sexual health programmes**: a framework for action World Health Organization, 2010. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health>, acesso em dez 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual and reproductive health core competencies in primary care**: attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counseling, clinical settings, service, provision, 2011. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health>, acesso em dez 2011.

FATORES ASSOCIADOS À IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM MUNICÍPIOS DO NORDESTE BRASILEIRO

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Isabella Lima Barbosa

Gracyelle Alves Remigio Moreira

Christina Cesar Praça Brasil

Patrícia Moreira Colares

Raimunda Magalhães da Silva

Fátima Luna Pinheiro Landim

INTRODUÇÃO

Situações de maus-tratos contra crianças e adolescentes são vivenciadas em nível mundial, constituindo-se em um grave problema de saúde pública em virtude das consequências para o crescimento e o desenvolvimento das vítimas (KRUG *et al.*, 2002). O fenômeno mobiliza órgãos mundiais a legislarem e a proporem articulação entre governos, sociedades e famílias no sentido de enfrentar o problema e minimizar as repercussões sociais (OMS, 2002; UNICEF, 2007).

No cenário brasileiro, os direitos do grupo foram garantidos a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual criou uma estrutura de proteção integral e de defesa, tornando obrigatória a notificação de casos suspeitos ou con-

firmados de maus-tratos pelos profissionais e responsáveis das áreas da saúde e da educação (art. 13), prevendo pena para a não comunicação das situações aos órgãos competentes (art. 245) (BRASIL, 1990).

Acompanhando a eclosão da violência no território nacional e visando promover uma vigilância contínua e cuidadosa a esses eventos, o Ministério da Saúde institucionalizou a comunicação prevista no ECA com a publicação de portarias que respaldam a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004a). Em 25 de janeiro de 2011, a Secretaria de Vigilância à Saúde lançou a Portaria nº 104, a qual instituiu a violência doméstica, sexual e/ou outras violências como o 45º evento de notificação compulsória (BRASIL, 2011).

A notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes representa uma informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da vítima. O ato de notificar chama o poder público à sua responsabilidade e tem por finalidade ampliar a rede de apoio às vítimas e suas famílias (BRASIL, 2002).

A notificação também configura-se em um poderoso instrumento de política pública, uma vez que fornece subsídios para o dimensionamento epidemiológico das situações de violência, favorecendo a criação de políticas públicas voltadas para seu enfrentamento e o direcionamento de investimentos em núcleos de vigilância e de assistência (GONÇALVES, FERREIRA, 2002; PIRES, 2005; MARTINS, MELLO-JORGE, 2009; LUNA, FERREIRA, VIEIRA, 2010).

Os profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção básica ocupam posição estratégica na identificação das possíveis vítimas de violência intrafamiliar, assim como desempenham importante papel na assistência e na prevenção dos casos. Por outro lado, a identificação da violência nos serviços de saúde é permeada por muitas incertezas, conta-se com uma rede de serviços aquém do necessário, com a escassez de regulamentos que firmem procedimentos técnicos, com a falta de preparo profissional e com a ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar (GONÇALVES, FERREIRA, 2002).

Diante de tal panorama, evidencia-se que a subnotificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes é um desafio intersetorial, sobretudo porque os dados epidemiológicos embasam a elaboração de políticas públicas, bem como o delineamento de ações estratégicas para o enfrentamento da questão.

A prática da notificação encontra-se desigualmente implementada no País e os fatores relacionados a esse processo (identificação de casos, qualidade dos registros, dificuldades na execução) ainda são pouco investigados.

Nesse sentido, visando contribuir com lacunas do conhecimento na temática, o estudo analisa os fatores associados à identificação e notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes em municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, Ceará.

METODOLOGIA

Nesta investigação foi utilizado o estudo de corte transversal (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005). O campo de pesquisa compreendeu a rede de atenção básica de saúde, de onze

municípios da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF). No período do estudo, os municípios investigados detinham um total de 240 equipes de saúde da família, 173 equipes de saúde bucal e 999.798 habitantes, abrangendo 87,0% da área total da RMF (BRASIL, 2009a).

Os participantes eleitos foram médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, profissionais responsáveis por diagnosticar e notificar casos de maus-tratos (BRASIL, 2011), justificando a escolha desses profissionais como plausível quando se relaciona ao objeto investigado.

O estudo assumiu caráter censitário, pois se pretendeu investigar todos profissionais que compunha a população. O cálculo da população teve como base os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), que registrava, na época, 189 médicos, 240 enfermeiros e 170 cirurgiões-dentistas cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando 599 profissionais.

Para a coleta de dados, aplicou-se um questionário contendo 32 questões fechadas, adaptadas e revisadas em pesquisa anterior (LUNA, FERREIRA, VIEIRA, 2010). Este instrumento identificou variáveis relativas à caracterização socio-demográfica, formação profissional, instrumentação, conhecimento e conduta dos profissionais diante de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Na operacionalização da coleta, seguiram-se os seguintes passos: (i) explicação do objetivo da pesquisa para os coordenadores da Atenção Básica dos municípios em foco; (ii) participação de um dos autores nas reuniões da gestão de cada município, com apresentação do projeto de pesquisa; (iii) entrega dos questionários a cada coordenador de acordo com a

quantidade de profissionais existentes, envelopados, identificados por municípios; (iv) entrega dos termos de Consentimento Livre e Esclarecido em outro envelope para não vincular o questionário respondido com o termo assinado, preservando o anonimato do participante; (v) recolhimento dos questionários devolvidos nas secretarias de saúde de cada município, num período médio de 45 dias.

Os dados foram organizados, codificados, tabulados e submetidos à análise estatística utilizando o programa SPSS, versão 16.0. Realizaram-se análise estatística descritiva e cálculos de medidas de significância com a aplicação do teste de correlação de Pearson (qui-quadrado). Adotou-se um $p < 0,05$ e um nível de confiabilidade de 95%.

Estabeleceu-se como variáveis dependentes a identificação e notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, e como variáveis independentes: sexo (masculino ou feminino); idade (<33 anos ou ≥ 33 anos); profissão (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista); estado civil (casado ou não casado); tempo de formado (≤ 10 anos ou > 10 anos); tempo de trabalho na ESF (≤ 10 anos ou > 10 anos); pós-graduação na área da saúde coletiva/ pública (sim ou não); participou de treinamento (sim ou não); gostaria de participar de treinamento (sim ou não); conhece o ECA (sim ou não); conhece a ficha de notificação (sim ou não); unidade de saúde possui a ficha de notificação (sim ou não); confia nos órgãos de proteção às vítimas (sim ou não); lê sobre a temática (sim ou não); assunto é discutido na unidade (sim ou não); vantagem em instituir a notificação na atenção básica (sim ou não); conhece instituição de assistência à vítima (sim ou não); sabe para onde encaminhar os casos (sim ou não).

O estudo obedeceu às normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e encontra-se aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob parecer de nº 072/ 2007.

Resultados

Dos 599 questionários enviados, 373 foram devolvidos, perfazendo 62,3% do total, sendo que 125 retornaram sem preenchimento, resultando em 248 (41,4%) instrumentos analisados.

Dos respondentes, 123 (49,6%) eram enfermeiros, 66 (26,6%) médicos e 59 (23,8%) cirurgiões-dentistas. A média de idade dos participantes foi de 33 anos (desvio padrão = 9,39); dentre as características sociodemográficas predominou idade inferior a 33 anos (52,4%), sexo feminino (71,8%) e não casados (58,1%). Observou-se que a maioria possuía tempo de formado menor ou igual a dez anos (73,4%), tempo de trabalho na ESF menor ou igual a dez anos (83,9%) e não tinha pós-graduação na área de saúde pública ou coletiva (60,5%).

No tocante à instrumentação desses profissionais sobre violência contra crianças e adolescentes, 74,5% declararam não ter participado de treinamentos sobre o tema, 91,8% gostariam de participar de capacitação, 69,9% conhecem o ECA e 67,0% confiam nos órgãos de proteção à criança e ao adolescente.

Em relação à ficha de notificação, 60,3% não a conheciam, 38,2% não sabiam da existência da ficha na unidade de trabalho, contudo, 83,5% achavam vantagem instituir a notificação na atenção básica. Constatou-se que 69,1% dos profissionais não liam sobre a temática e 62,2% declararam que o assunto não era discutido no local de trabalho. A maioria não conhecia instituições de assistência às vítimas de maus-tratos (87,6%), mas afirmou saber para onde encaminhar os casos (60,4%).

Houve associação estatisticamente significativa entre tempo de formado e a identificação de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes ($p=0,037$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Associação entre as características sociodemográficas e de formação profissional de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família e a identificação de casos de maus-tratos contra criança e adolescentes. Ceará, Brasil, 2010.

Variáveis	Identificou casos de maus-tratos						p*
	Sim (n =121)		Não (n = 126)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,295
Masculino	38	15,3	32	13,0	70	28,3	
Feminino	83	33,6	94	38,1	177	71,7	
Idade (anos**)							0,074
<33 anos	55	26,2	75	35,7	130	61,9	
≥33 anos	44	21,0	36	17,1	80	38,1	
Profissão							0,060
Médico	36	14,6	30	12,1	66	26,7	
Enfermeiro	64	25,9	58	23,5	122	49,4	
Cirurgião-dentista	21	8,5	38	15,4	59	23,9	
Estado Civil							0,272
Casado	54	22,0	48	19,5	102	41,5	
Não casado	66	26,8	78	31,7	144	58,5	
Tempo de formado (anos)							0,037
≤10 anos	82	33,5	100	40,8	182	74,3	
>10 anos	38	15,5	25	10,2	63	25,7	
Tempo de trabalho na ESF*** (anos)							0,088
≤10 anos	97	39,3	111	44,9	208	84,2	
>10 anos	24	9,7	15	6,1	39	15,8	
Pós-Graduação em Saúde Pública/Coletiva							0,907
Sim	44	18,4	46	19,2	90	37,7	
Não	74	31,0	75	31,4	149	62,3	

*Teste do qui-quadrado de Pearson ($p<0,05$).

**Idade estratificada de acordo com a média.

***Estratégia Saúde da Família.

A Tabela 2 destaca a relação estatística entre a identificação de maus-tratos e as variáveis referentes à instrumentação e ao conhecimento profissional. Observou-se que as variáveis Participar de treinamento ($p=0,020$), Conhecer o ECA ($p=0,040$), Conhecer a ficha de notificação ($p<0,001$), Unidade de saúde ter a ficha ($p=0,012$), confiar nos órgãos de proteção ($0,024$) e Discutir o assunto na unidade ($p=0,015$) associaram-se com a identificação dos casos.

Tabela 2 – Associação entre as variáveis de instrumentação e conhecimento de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família e a identificação de casos de maus-tratos contra criança e adolescentes. Ceará, Brasil, 2010.

Variáveis	Identificou casos de maus-tratos						p*
	Sim (n = 121)		Não (n = 126)		Total		
	n	%	n	%	N	%	
Participou de treinamento							0,020
Sim	41	16,7	21	8,5	62	25,2	
Não	79	32,1	105	42,7	184	74,8	
Gostaria de participar de treinamento							0,969
Sim	110	45,5	112	46,3	222	91,8	
Não	10	4,1	10	4,1	20	8,2	
Conhece o ECA**							0,040
Sim	94	38,4	77	31,4	171	69,8	
Não	26	10,6	48	19,6	74	30,2	
Conhece a ficha de notificação							<0,001
Sim	63	26,0	33	13,7	96	39,7	
Não	56	23,1	90	37,2	146	60,3	
Unidade possui a ficha notificação							0,012
Sim	39	16,4	28	11,8	67	28,2	
Não	45	18,9	35	14,7	80	33,6	
Confia nos órgãos de proteção							0,024
Sim	72	31,4	85	35,8	154	67,2	
Não	47	20,6	28	12,2	75	32,8	
Lê sobre a temática							0,412

Sim	40	16,3	35	14,3	75	30,6	
Não	81	33,1	89	36,3	170	69,4	
Assunto discutido na unidade							0,015
Sim	55	22,4	38	15,4	93	37,8	
Não	66	26,8	87	35,4	153	62,2	
Vantagem instituir a notificação na AB***							0,603
Sim	100	41,3	102	42,2	202	83,5	
Não	18	7,4	22	9,1	40	16,5	
Conhece instituição que assiste à vítima de maus-tratos							0,204
Sim	18	7,5	12	5,0	30	12,5	
Não	100	41,7	110	45,8	210	87,5	
Sabe para onde encaminhar							0,979
Sim	70	30,6	68	29,7	138	60,3	
Não	46	20,0	45	19,7	91	39,7	

*Teste do qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$).

**Estatuto da Criança e do Adolescente.

***Atenção Básica.

Na tabela 3, a profissão ($p=0,007$) associou-se positivamente com a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, enquanto as demais variáveis não apresentaram significância.

Tabela 3 – Associação entre as características sociodemográficas e de formação profissional de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família e a notificação de casos de maus-tratos contra criança e adolescentes. Ceará, Brasil, 2010.

Variáveis	Notificou casos de maus-tratos						p*
	Sim (n = 67)		Não (n = 64)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,085
Masculino	25	19,0	15	11,5	40	30,5	
Feminino	42	32,1	49	37,4	91	69,5	
Idade (anos)**							0,235
<33 anos	27	25,0	31	28,7	58	53,7	
≥33 anos	29	26,9	21	19,4	50	46,3	
Profissão							0,007
Médico	25	19,1	13	9,9	38	29	
Enfermeiro	36	27,5	33	25,2	69	52,7	
Cirurgião-dentista	06	4,6	18	13,7	24	18,3	
Estado Civil							0,991
Casado	31	23,8	30	23,1	61	46,9	
Não casado	35	26,9	34	26,2	69	53,1	
Tempo de formado (anos)							0,480
≤10 anos	44	33,8	45	34,6	89	68,5	
>10 anos	23	17,7	18	13,8	41	31,5	
Tempo de trabalho na ESF*** (anos)							0,607
≤10 anos	52	39,7	52	39,7	104	79,4	
>10 anos	15	11,5	12	9,2	27	20,6	
Pós-Graduação em Saúde Pública/Coletiva							0,684
Sim	26	20,3	23	18,0	49	38,3	
Não	39	30,5	40	31,2	79	61,7	

*Teste do qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$).

**Idade estratificada de acordo com a média.

***Estratégia Saúde da Família.

Participar de treinamento sobre o tema ($p=0,003$), conhecer a ficha de notificação ($p=0,014$) e saber para onde encaminhar os casos ($p<0,001$) apresentaram associação estatisticamente significativa com o ato de notificar (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre as variáveis de instrumentação e conhecimento de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família e a notificação de casos de maus-tratos contra criança e adolescentes. Ceará, Brasil, 2010.

Variáveis	Notificoucasos de maus-tratos						p*
	Sim (n = 67)		Não (n = 64)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Participou de treinamento							0,003
Sim	30	23,1	13	10,0	43	33,1	
Não	37	28,4	50	38,5	87	66,9	
Gostaria de participar de treinamento							0,051
Sim	64	49,2	54	41,6	118	90,8	
Não	03	2,3	09	6,9	12	9,2	
Conhece o ECA**							0,179
Sim	54	41,5	46	35,4	100	76,9	
Não	12	9,3	18	13,8	30	23,1	
Conhece a ficha de notificação							0,014
Sim	41	32,0	25	19,6	66	51,6	
Não	25	19,5	37	28,9	62	48,4	
Unidade possui a ficha notificação							0,271
Sim	24	18,9	16	12,6	40	31,5	
Não	25	19,7	26	20,5	51	40,2	
Confia nos órgãos de proteção							0,159
Sim	43	33,6	34	26,6	77	60,2	
Não	22	17,2	29	22,6	51	39,8	
Lê sobre a temática							0,136
Sim	26	19,8	17	13,0	43	32,8	
Não	41	31,3	47	35,9	88	67,2	
Assunto discutido na unidade							0,557
Sim	30	23,1	25	19,2	55	42,3	
Não	37	28,5	38	29,2	75	57,7	

Vantagem instituir a notificação na AB***							0,474
Sim	58	45,3	50	39,1	108	84,4	
Não	09	7,0	11	8,6	20	15,6	
Conhece instituição que assiste à vítima de maus-tratos							0,178
Sim	12	9,5	06	4,7	18	14,2	
Não	54	42,5	55	43,3	109	85,8	
Sabe para onde encaminhar							<0,001
Sim	51	40,8	25	20	76	60,8	
Não	12	9,6	37	29,6	49	39,2	

* Teste do qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$).

** Estatuto da Criança e do Adolescente.

*** Atenção Básica.

DISCUSSÃO

Este estudo analisa os fatores que interferem na identificação e na notificação de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de nível superior que compõem a equipe de saúde da família.

Verificou-se que o ato de identificar maus-tratos associou-se com o tempo de formado, mostrando que os trabalhadores com até dez anos de formação foram os que mais se depararam com casos de violência. Resultado semelhante foi evidenciado em uma pesquisa empreendida com 359 profissionais da atenção básica do município de Fortaleza, Ceará (LUNA, FERREIRA, VIEIRA, 2010). Este fato sugere que a identificação de situações de maus-tratos na prática da equipe de saúde da família independe da maior experiência e do tempo de atuação profissional, podendo ter relação com a postura individual de cada trabalhador (MOREIRA, 2012).

Ao analisar os profissionais que notificaram maus-tratos contra crianças e adolescentes, os enfermeiros foram os mais

representativos; contudo, não podemos afirmar que a notificação é uma prática do cotidiano dos enfermeiros ou que eles notificam mais que os outros profissionais, pois nesse estudo o número de enfermeiros participantes foi superior às outras categorias profissionais.

Constatou-se associação positiva de fatores ligados ao conhecimento e a capacitação profissional sobre a temática (participar de treinamento, conhecer o ECA, conhecer a ficha de notificação, discutir sobre o assunto no ambiente de trabalho, saber para onde encaminhar os casos) com os atos de identificar e notificar situações de maus-tratos em crianças e adolescentes.

A literatura nacional e internacional destaca a influência positiva do conhecimento, do acesso a treinamento e da qualificação da formação dos recursos humanos em saúde sobre a atitude dos profissionais de efetivar o que está disposto na legislação (OMS, 2002; LEITE *et al.*, 2006; BUNTING, LAZENBATT, WALLACE, 2010; ANDRADE *et al.*, 2011).

Dessa forma, a carência de trabalhadores habilitados para essa prática nos serviços de saúde é resultado da precária formação profissional no âmbito da violência. De maneira geral, essa questão não tem sido abordada de forma sistemática e integrada nas matrizes curriculares dos cursos de graduação na área da saúde (LEITE *et al.*, 2006; BANNWART, BRINO, 2011).

A falta de competência teórica e técnica sobre o tema reflete o despreparo de muitos profissionais, que atuam de forma não condizente com a legislação e com as diretrizes das políticas públicas, dificultando a implementação das ações de enfrentamento do fenômeno e oferecendo uma atenção que

não tem impacto efetivo à saúde das vítimas (GONÇALVES, FERREIRA, 2002).

É importante salientar que a notificação não é um favor que o profissional poderá ou não prestar. Trata-se de um procedimento legal de dever dos trabalhadores da saúde ao identificarem algum caso de violência (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011). A criança e o adolescente, quando vítimas de maus-tratos, ao chegarem a um serviço de saúde, a sua escola ou a outra instituição qualquer, demandam obrigatoriamente atendimento e proteção (BRASIL, 1990).

Esse contexto sinaliza a necessidade de uma intervenção educacional, tendo em vista a obrigatoriedade legal do profissional de saúde de notificar casos de maus-tratos contra a população infanto-juvenil. Estudiosos recomendam que esta intervenção deve ser introduzida na formação acadêmica, desde a graduação, sendo fundamental contemplar nas matrizes curriculares conteúdos relacionados com a temática (JOHNSON, 2002; LEITE *et al.*, 2006).

Todavia essa lacuna do conhecimento extrapola os limites das instituições formadoras e se estende para a rotina das unidades de saúde, pois o assunto da violência ainda é pouco trabalhado, ou até mesmo, está ausente da pauta de educação permanente dos serviços (MOREIRA, 2012). Fato que requer, no planejamento das instituições de saúde, a inclusão de estratégias voltadas para capacitar os profissionais na abordagem de questões que envolvam violência contra crianças e adolescentes.

Leite *et al.* (2006) recomendam que as intervenções educacionais, além de permanentes, não devem se limitar apenas aos aspectos fisiopatológicos e, sim, proporcionar uma perspec-

tiva integral, devendo ser abordado também aspectos jurídicos, sociais, culturais, epidemiológicos, clínicos e psicossociais.

Dessa maneira, a capacitação dos recursos humanos da saúde se torna uma conduta estratégica para produzir mudanças nas suas práticas, visando ao investimento na promoção de ações que os sensibilize quanto aos direitos e às necessidades das crianças e adolescentes, propiciando um aprimoramento profissional para identificar casos de maus-tratos, e ampliar o compromisso da notificação (MOREIRA, 2012).

O desempenho do profissional de saúde diante da violência infanto-juvenil tem despertado a preocupação de estudiosos da área, considerando que a prática de identificar e notificar ainda são incipientes ao nível da rede de atendimento, ocorrendo de forma casual e não sistemática (LEITE *et al.*, 2006; LUNA, FERREIRA, VIEIRA, 2010; LIMA *et al.*, 2011).

Além dos fatores relativos ao conhecimento e a capacitação profissional, a literatura também aponta, como entraves à notificação no Brasil, a escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para esse ato, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional (SALIBA *et al.*, 2007; GONÇALVES, FERREIRA, 2002).

Delineia-se na visão dos profissionais sobre os motivos de suas maiores resistências o medo de se envolver e de ter problemas com o agressor ou com a justiça; ausência de suporte institucional sentida pelo profissional para respaldar seu ato; descrença no poder público para dar solução aos casos encaminhados e o desconhecimento do sentido do processo de notificação (BRASIL, 2004b).

A incredibilidade nos serviços de proteção à criança e ao adolescente e a desarticulação e a deficiência da rede de assistência à violência também são justificativas apontadas pelos profissionais para não notificar (DAY, 2003; ANDRADE *et al.*, 2011). Nesse contexto, as ocorrências de maus-tratos notificadas, ao chegarem à rede de proteção, como os Conselhos Tutelares (CT), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o judiciário, as Organizações Não-Governamentais, dentre outros, podem não ter continuidade na tomada de decisão e enfrentamento do problema, o que reporta as dificuldades para a resolutividade dos casos.

A dificuldade de se manter a integralidade do cuidado mediante a articulação das Redes de Apoio e Proteção à Violência é transversal no modelo de atenção vigente, diante de outras demandas. Barros e Sá (2010) analisaram o processo de trabalho em saúde, de uma unidade de saúde da família, em município de pequeno porte do Estado Rio de Janeiro e teceram considerações de que é preciso estabelecer uma rede de conversações entre os serviços, promovendo a integração entre eles, para que, ao invés de serem concorrentes, possam ser complementares e viabilizem a integralidade do cuidado.

Desse modo, a articulação e efetivação da rede de apoio e proteção ao grupo constituem ainda desafios a serem superados. Também é fundamental que seja discutido e colocado em pauta, nos organismos gestores, que inexistente uma rede que apoie, dê suporte técnico e legal ao profissional que se encontra tentando reorientar o modelo preconizado pelo SUS.

Em vista do exposto, constata-se que lidar com a identificação e notificação de maus-tratos infanto-juvenil envolve algumas dificuldades que não se mostram em relação às pa-

tologias e a outros tipos de agravos. Em razão disso, o modo como os serviços e os profissionais de saúde são trabalhados deve levar em conta esses obstáculos e complexidades.

CONCLUSÃO

A identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes apresentou associação positiva com o tempo de formado (até dez anos), participar de treinamento, conhecer o ECA, conhecer a ficha de notificação, unidade de saúde ter a ficha, confiar nos órgãos de proteção e discutir o assunto na unidade.

Em relação ao ato de notificar os casos, estiveram associados como esse procedimento à profissão (enfermeiros), participar de treinamento, conhecer a ficha de notificação e saber para onde encaminhar os casos.

Os resultados sinalizam a relação direta de fatores ligados ao conhecimento e a capacitação no âmbito da violência contra crianças e adolescentes com a identificação e a conduta de notificar casos de maus-tratos. Sugere-se o incremento de capacitações sobre o tema, e a aproximação da gestão, serviços e instituições de ensino, visando amenizar os fatores que dificultam a atuação dos profissionais da atenção básica diante na violência na infância e adolescência.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. M. **et al.** A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde Soc**, v. 20, n. 1, p. 147-155, 2011.

BANNWART, T. H.; BRINO, R. F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Rev Paul Pediatr**, v. 29, n. 2, p. 138-145, 2011.

BARROS, D.M.; SÁ, M.C. O processo de trabalho em saúde e a produção de cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos nos serviços de emergência. **Ciências & Saúde Coletiva**. v.15, n.5, p. 2473-2482, ago., 2010.

BRASIL, Presidência da República. Lei 8.069, 13 jul. 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília, 1990.

BRASIL, Portaria GM / MS, 1.968, 2001. **Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos cometidos contra criança e adolescentes aos conselhos tutelares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Presidência da República. Lei 10.886, 17 jun. 2004. Acrescenta parágrafo ao artigo 129 do decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – **Código Penal, criando o tipo especial denominado “violência doméstica”**. Publicado no DOU de 18/06/2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SIAB>> Acesso em: setembro/2009a.

BRASIL, Ministério da Saúde. DAB – Atenção Básica – PSF – Saúde da Família – Atenção Primária. Disponível em < dtr2004.saude.gov.br/dab/historico>. Acesso em: 10 de julho de 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SIAB>> Acesso em setembro/2011.

BUNTING, L.; LAZENBATT, A.; WALLACE, I. Information

Sharing and Reporting Systems in the UK and Ireland: Professional Barriers to Reporting Child Maltreatment Concerns. **Child Abuse Review**, v. 19, p. 187-202, 2010.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, supl. 1, p. 9-21, 2003.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 315-319, jan-fev, 2002.

KRUG, E.G. **et al.** Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva, World Health Organization, 2002.

KUSHCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de Atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

JEKEL, J.F.; KATZ, D.L.; ELMORE, J.G. *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JOHNSON, C. F. Child maltreatment 2002: recognition, reporting and risk. **Pediatrics Internacional**, v. 44, n. 5, p. 554-560, 2002.

LEITE, C. N. **et al.** Notificação de maus-tratos infantis: necessidade de educação médica continuada. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 13, n. 1, p. 22-26, 2006.

LIMA, M. C. C. S. **et al.** Atuação profissional da atenção de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, supl. 1, p. 118-137, 2011.

LUNA, G.L.M.; FERREIRA, R.C, VIEIRA, L.J.E.S. **Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família**. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 15, n, 2, p, 481-491, mar., 2010.

MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. A violência contra crianças e adolescentes: Características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos tutelares e programas de atendimento em município

do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 18, n. 4, p. 315-334, out/dez, 2009.

MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. Desfecho dos casos de violência contra crianças e adolescentes no poder judiciário. **Acta Paulista de Enfermagem**.v. 22, n.6, p.800-807, 2009.

MELLO, S.L. Estatuto da criança e do adolescente: é possível torná-lo uma realidade psicológica? **Revista de Psicologia da USP**. São Paulo, v.10, n.2, p.139-151, 1999.

MENDONÇA, M.H.M. *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MORALES, A.E.; SCHRAMM, F.R. A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. **Ciências & Saúde Coletiva**. v.7, n. 2, p. 265 -273, 2002.

MOREIRA, G. A. R. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família**. [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, Pós-graduação – Mestrado em Saúde Coletiva, 2012.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud**: Washington, DC: OMS, 2002.

PIRES, J.M.A. *et al.* Barreiras para notificação pelo pediatra de maus-tratos infantis. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 5, n. 1, p. 103-108, 2005.

SALIBA, O. *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.3, p. 472-477,2007.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a infância. A situação das crianças e adolescentes brasileiros. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br/>>. Acesso abr.2007.

AMBIENTES UNIVERSITÁRIOS SAUDÁVEIS E PROMOTORES DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Ana Maria Fontenelle Catrib

Nelson Filice de Barros

Maxmiria Holanda Batista

Virginia Costa Lima Verde Leal

Natália Bitar da Cunha Olegário

Lídia Andrade Lourinho

RESUMO

A aquisição de estilos de vida saudáveis entre jovens é determinante para a garantia de uma vida adulta saudável e o ambiente universitário é campo fértil para a realização de práticas promotoras de saúde. Diante disso este artigo apresenta uma revisão sistemática da literatura de pesquisas sobre a construção de Universidade Promotora de Saúde. As buscas foram realizadas nos periódicos do Portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal (CAPES), a partir dos descritores “health promoting and university – universities”, no período de 1999 a 2009, das quais foram selecionados 14 artigos. Os resultados apontam: experiências desenvolvidas somente em países da Europa e Ásia, envolvendo estratégias para a implantação da promoção de saúde na universidade, além de evidências do impacto positivo de cursos de capacitação em

promoção da saúde no autocuidado do estudante. Conclui-se que as experiências voltadas a esta temática são escassas, o que torna necessário o fortalecimento de redes internacionais de cooperação para ampliação da discussão e divulgação dessa proposta.

Palavras-chaves: Promoção da Saúde, Política de Educação Superior, Revisão Sistemática da Literatura

INTRODUÇÃO

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade. A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar dessas mudanças. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários.

Diante disso, nas últimas décadas, tornou-se mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade e as chances de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura dos indivíduos e da população. No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. Era um momento chave do movimento da Reforma

Sanitária Brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania (BRASIL, 2006).

Na base do processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) encontram-se: o conceito ampliado de saúde, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade da área da saúde responder sozinha à transformação dos determinantes e condicionantes. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro, pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

A promoção da saúde é uma estratégia de produção de saúde, ou seja, um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas pelo SUS visando construir ações que atendam às necessidades sociais em saúde. É, portanto, uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças de necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país; a fim de criar mecanismos que reduza as situações de vulnerabilidade, defenda radicalmente a equidade e incorpore a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. Nesse sentido, a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2001 é a base para o processo de construção e de implementação de um novo modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde (BRASIL, 2006).

Para a implementação da PNPS do Brasil um dos pontos estratégicos foi “o estímulo à criação de Rede Nacional

de Experiências Exitosas na adesão e no desenvolvimento da estratégia de municípios saudáveis, considerando para isso, a identificação e apoio a iniciativas referentes às Escolas Promotoras de Saúde com foco em ações de alimentação saudável; práticas corporais/ atividades físicas e ambiente livre de tabaco” (CATRIB; GONÇALVES, 2009).

Os espaços educacionais constituem-se em ambientes ideais para o desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde e adoção de estilos de vida saudáveis. Sobretudo, porque muitas das condutas pouco saudáveis e que geram agravos à saúde são construídas na infância e juventude implantando-se de tal forma que modificá-las posteriormente seria difícil. Diversos tipos de câncer, doenças crônicas cardiovasculares e de transmissão sexual, têm uma relação direta com hábitos de vida, como os alimentares, tabagismo, alcoolismo e outros tipos de drogadição, falta de atividade física, falta de habilidades pessoais para enfrentar as situações vitais conflitivas ou de pressão social (BRASIL, 2001).

O Programa Escolas Promotoras de Saúde (EPS) surgiu no âmbito mundial através do apoio da Organização Mundial de Saúde. Este organismo cria em 1991 a Rede Européia de Escolas Promotoras de Saúde e depois de alguns anos de debate consolida-se essa proposta no meio escolar. Atualmente, além desta, se formaram diversas outras redes de trabalho sendo a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS), o grande referencial para América Latina. Entretanto, esta proposta contempla apenas instituições educacionais de ensino fundamental e médio não englobando as Instituições de Ensino Superior.

Países como China, Turquia, Nova Zelândia e Reino Unido têm consolidado métodos e ações de promoção da saúde na universidade. A partir dessas experiências, os espaços universitários passaram a ser vistos como ambientes propícios ao desenvolvimento de ações de promoção de saúde na perspectiva da construção de ambientes saudáveis, pois essa é uma etapa da vida do jovem em que se pode modificar hábitos e atitudes não saudáveis. Na maioria das vezes os estudantes convivem em período integral ou residem na universidade e desse modo podem incorporar comportamentos saudáveis ao seu estilo de vida, funcionando o ambiente universitário como um suporte para a aquisição de conhecimentos e habilidades para o autocuidado e gerenciamento da saúde.

Diante desse cenário, este estudo se propõe a realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a criação de ambientes universitários saudáveis com publicações de periódicos nacionais e internacionais disponíveis no portal de periódicos da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES).

MATERIAL E MÉTODO

A busca de artigos foi realizada no Portal de Periódicos disponibilizado pela CAPES a todos os programas de pós-graduação em nível de doutorado, que permite o acesso gratuito e atualizado a publicações nacionais e internacionais na íntegra nas mais diversas áreas do conhecimento.

Utilizando-se os descritores “health promoting” e “university” e “health promoting” e “universities” foram encontrados 24 referências contendo estas palavras no título. A partir da leitura dos resumos, apenas 14 foram selecionadas por se tratar

de artigos originais, publicados em periódicos internacionais no período de 1999 a 2009 e que englobavam pesquisas envolvendo o conceito de universidade promotora de saúde, como se pode observar no Quadro 1.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra, fichados e classificados em quadro resumo contendo: título; ano e país de publicação; dados sobre a matriz teórica; métodos e técnicas utilizados na pesquisa; e resultados encontrados.

A classificação dos artigos foi analisada e discutida pela equipe de pesquisadores após a realização dos fichamentos. Diante disso foi possível organizar os artigos de acordo com suas características.

Para analisar os artigos e construir uma síntese das informações desenvolvemos a metodologia dos metaestudos, com a análise: das perspectivas teóricas utilizadas nos artigos estudados (metateoria), dos métodos aplicados nas pesquisas (metamétodo) e dos resultados encontrados (metasíntese) (SPADACIO et al, 2010).

Quadro 1 – Artigos selecionados na Revisão Sistemática da Literatura sobre a criação de ambientes universitários saudáveis em periódicos nacionais e internacionais no Portal CAPES

Autor	Data	Titulo
ALPAR, S.E	2008	The health promoting university: opportunities, challenges and future developments.
LEE, R.L.; LOKE, A.J.T.Y.T.	2005	Health-promoting behaviors and psychosocial wellbeing of university students in Hong Kong
WHITEHEAD, D	2004	The health promoting university (HPU): the role and function of Nursing.
DOORIS, M.; MARTIN, E.T.	2002	Developing a health promoting university initiative within the context of inter-sectoral action for sustainable public health: reflections from the University of Central Lancashire
ALTUN, E.	2008	Effect of a health promotion course on health promoting behaviors of university students
WANG, D.; OU, C.; CHEN, M. et al.	2008	Health-promoting lifestyles of university students in Mainland
XIANGYANG, T. et al.	2003	Beijing health promoting universities: practice and evaluation.
DOORIS, M.	2002	The health promoting university: opportunities, challenges and future developments.
DOORIS, M.	2010	Health Promoting Universities: Policy and Practice- A UK Perspective.
DOORIS, M.; DOHERTY, S.	2010	Health university-times for action: a qualitative research study exploring the potential for a national program
INCE, M.L.	2008	Use of a social cognitive theory-based physical-activity intervention on health-promotion behaviors of university students

INCE, M.L.; EBEM, Z.	2009	Role of exercise stages in self-reporters health-promoting behaviors of group of Turkish adolescents at transition university
KIM, H.W.	2007	Relationships between sex role identity, health promoting behaviors, and premenstrual symptoms among female university students.
STOCK, C.; MILZ, S.; MEIE, S.	2004	Network evaluations: principles, structures and outcomes of the German working of Health Promoting

RESULTADOS

Metateoria: estudo dos quadros teórico-conceituais

Na análise dos artigos percebe-se como foco de atenção as mudanças de estilo de vida dos universitários, por meio de intervenções. No entanto, vários estudos relatam a aplicação de instrumentos de pesquisa para se compreender os hábitos de vida dos estudantes universitários (LEE, R.L.; LOKE, A. J.T.Y.T, 2005; ALPAR, et al., 2008; ALTUN, E, 2008; WANG, D. et al., 2009; XIANGYANG, T. et al., 2003), ou apresentam reflexão teórica e debates sobre o papel da universidade promotora de saúde, trazendo novas possibilidades e estratégias para sua implementação (DOORIS, M.; MARTIN, E.T., 2002; ALPAR, et al., 2008; ALTUN, E, 2008; WANG, D. et al., 2009; XIANGYANG, T. et al., 2003). Um artigo discute a função dos enfermeiros no contexto universitário para a disseminação do conceito de promoção da saúde e a aquisição de hábitos saudáveis (ALPAR et al., 2008).

Os conceitos e perspectivas teóricas desenvolvidos nos artigos são da educação e da promoção da saúde na escola, re-

ferenciando a criação de intervenções no contexto universitário para orientar as ações, com a finalidade de desenvolver comportamentos saudáveis, criar políticas de saúde e intervir em ambientes educacionais.

Os estudos em sua totalidade abordaram o tema da promoção da saúde como uma estratégia das organizações de saúde e sociedade para superar novos desafios da saúde pública dentre eles: o envelhecimento da população, prevalência de doenças crônicas, a emergência das doenças infecciosas como a AIDS, o ressurgimento de doenças como a tuberculose, o abuso de álcool e drogas e a obesidade.

Foram abordados conceitos que influenciaram a criação de planos e estratégias para os programas de promoção da saúde e o conceito de Promoção da Saúde, definido como um processo de capacitação da comunidade na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo a maior participação no controle deste processo. Para os autores, promover a saúde demanda direcionamento ao cuidado em saúde, sendo necessária a participação da comunidade e grupos de pessoas em seus contextos de vida familiar, profissional, educacional e de lazer. Visto que, trabalhar com promoção da saúde é superar o foco nos cuidados médicos e nos investimentos em avanços tecnológicos para investir em educação e treinamento para que, desta forma, a população, e nesse caso os estudantes universitários, adquiram hábitos e estilos de vidas saudáveis (ALPAR et al., 2008; LEE, R.L.; LOKE, A.J.T.Y.T, 2005; WHITEHEAD, D., 2004; DOORIS, M.; MARTIN, E.T., 2002; ALTUN, E., 2008; WANG, D. et al., 2009; XIANGYANG, T. et al., 2003; DOORIS, M., 2002; DOORIS, M., 2001; DOORIS, M.; DOHERTY, S., 2010; INCE, M.L., 2008; INCE, M.L.;

EBEM, Z., 2009; KIM, H.W., 2007; STOCK, C.; MILZ, S.; MEIE, S., 2004).

Em consenso os artigos abordaram a educação superior como potencial significante para impactar positivamente no bem-estar dos alunos, professores, funcionários e comunidades. Utilizando-se uma política de ensino superior saudável a partir da educação, pesquisa, troca de conhecimentos, e prática institucional é possível expandir essa proposta metodológica à universidade e demais instituições de nível superior.

As estratégias para a implantação da universidade promotora de saúde foi uma preocupação constante dos autores, que as definem como exitosas quando: baseadas nos princípios de intersectorialidade e equidade; envolvem a participação da comunidade; garantem cuidados com a saúde primária; investem em pesquisas; desenvolvem a capacidade das pessoas de se realizarem tanto profissionalmente como pessoalmente; buscam inspirações em evidências de êxito de outros países; e contribuem economicamente para uma sociedade (ALPAR et al., 2008; LEE, R.L.; LOKE, A.J.T.Y.T, 2005; WHITEHEAD, D., 2004; DOORIS, M.; MARTIN, E.T., 2002; ALTUN, E., 2008; WANG, D. et al., 2009; XIANGYANG, T. et al., 2003; DOORIS, M., 2002; DOORIS, M., 2001; DOORIS, M.; DOHERTY, S., 2010; INCE, M.L., 2008; INCE, M.L.; EBEM, Z., 2009; KIM, H.W., 2007; STOCK, C.; MILZ, S.; MEIE, S., 2004).

Embora o conceito Universidade Promotora de Saúde seja relativamente novo os estudos têm como base para o desenvolvimento de ações e intervenções os preceitos da Carta de Otawa (BRASIL, 2001). Dentre eles, são citadas como pontos

chaves para o sucesso destas intervenções: a criação de políticas de saúde que atendam professores, estudantes e funcionários; treinamentos de professores e profissionais; inclusão da educação em saúde no currículo; pesquisas sobre educação e saúde; ambiente físico e social que promova segurança, hábito de exercícios físicos, alimentação saudável, realização de exames médicos periódicos, criação de áreas verdes, instalações sanitárias, espaços para estudos agradáveis; campanhas de prevenção de doenças; sexo saudável e seguro; redução do uso de droga e álcool; desenvolvimento de habilidades para o auto cuidado; gerenciamento de saúde; e relacionamentos sociais saudáveis (ALPAR et al., 2008; LEE, R.L.; LOKE, A.J.T.Y.T, 2005; WHITEHEAD, D., 2004; DOORIS, M.; MARTIN, E.T., 2002; ALTUN, E., 2008; WANG, D. et al., 2009; XIANGYANG, T. et al., 2003; DOORIS, M., 2002; DOORIS, M., 2001; DOORIS, M.; DOHERTY, S., 2010; INCE, M.L., 2008; INCE, M.L.; EBEM, Z., 2009; KIM, H.W., 2007; STOCK, C.; MILZ, S.; MEIE, S., 2004).

Metamétodo: estudo dos métodos e técnicas da pesquisa

Os artigos selecionados são resultantes de pesquisa experimentais, revisões teóricas e intervenções. Trata-se de relatos de experiências de natureza qualitativa e quantitativa que abordam referenciais do campo da educação e da saúde. As técnicas de coleta de dados utilizadas pelos pesquisadores foram entrevistas semi-estruturadas individuais, entrevistas com informante-chave e análise documental. A maioria utiliza instrumentos para avaliação antes e depois de intervenções voltadas para a promoção de comportamentos saudáveis ou para compreensão de hábitos cotidianos dos estudantes.

Os artigos não mencionaram a obtenção da aprovação da investigação em Comitês de Ética e nem, tampouco, foi evidenciada a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos sujeitos da pesquisa, mediante o esclarecimento dos envolvidos sobre os objetivos, procedimentos e implicações do estudo.

Outro fator relevante foi a inexistência de discussões epistemológicas que fundamentem o delineamento metodológico e a escolha dos métodos utilizados. Esse foi um aspecto que dificultou a discussão teórica sobre as pesquisas avaliadas, tornando os dados inócuos para uma reflexão mais aprofundada uma vez que as pesquisas em sua maioria propunham relatos de experiência ou revisões teóricas sem com isso trazer um debate sobre os conceitos e metodologias utilizadas. Observa-se que apresentar relatos de experiência e intervenções sem, demonstrar fundamentação teórica, para justificar a opção metodológica implica na não explicitação da posição do pesquisador diante da sua própria pesquisa e de seus participantes.

O positivismo, a dialética, o materialismo histórico, o estruturalismo e a fenomenologia e outras são correntes sistemáticas do pensamento social firmados como doutrinas e métodos na área da saúde, especialmente pelo campo da Saúde Coletiva (MARTINS, A., 2004). Cabe ao pesquisador, dessa maneira, posicionar-se diante dessas correntes de pensamento e explicitar tais posicionamentos em suas pesquisas, pois qualquer investigador deve pôr em questão os pressupostos inerentes a sua qualidade de observador externo e princípios de sua relação com a realidade (IPPOLITO-SHEPHERD, J.; CEQUEIRA, M.T.; ORTEGA, D.P., 2003).

Portanto, os artigos analisados não permitem compreender a visão de mundo e de homem dos seus autores e nem tampouco as implicações dos seus resultados para a construção de ambientes universitários saudáveis. Também, não permitem a compreensão do embasamento teórico que fundamenta às escolhas dos métodos de apreensão e/ou intervenção da realidade pesquisada.

Metasíntese: o estudo dos dados e achados

Merece destaque o fato de que todas as experiências analisadas foram desenvolvidas em países da Europa e Ásia, não sendo encontradas publicações sobre projetos em universidades latino-americanas, contrapondo-se ao fato de existir uma sólida rede de Escolas Promotoras de Saúde nesse continente.

Os artigos utilizaram a abordagem qualitativa e quantitativa visando avaliar os elementos que promovem saúde na universidade. Foram entrevistados profissionais técnico-administrativos, professores e estudantes que avaliaram o ambiente físico, políticas e serviços de saúde das instituições superiores pesquisadas. Os autores concluíram que o ambiente físico e um bom ambiente social são muito significativos para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde na universidade (campus com muita área verde, ar puro, limpo e com espaços e momentos de interações).

A maior parte das pesquisas foi exploratória e teve o fim de investigar o potencial para que as experiências em promoção da saúde na universidade se consolidem como programa nacional. Os estudos em sua totalidade discutiram os focos necessários para a promoção da saúde no contexto universitário dentre eles: 1) os procedimentos guias para o desenvolvimentos

de hábitos saudáveis na comunidade universitária; 2) investimentos na infra-estrutura; 3) envolvimento da comunidade do entorno; 4) investimento em pesquisas acadêmicas; e 5) criação de espaços para a discussão das mudanças (ALPAR et al., 2008; LEE, R.L.; LOKE, A.J.T.Y.T, 2005; WHITEHEAD, D., 2004; DOORIS, M.; MARTIN, E.T., 2002; ALTUN, E., 2008; WANG, D. et al., 2009; XIANGYANG, T. et al., 2003; DOORIS, M., 2002; DOORIS, M., 2001; DOORIS, M.; DOHERTY, S., 2010; INCE, M.L., 2008; INCE, M.L.; EBEM, Z., 2009; KIM, H.W., 2007; STOCK, C.; MILZ, S.; MEIE, S., 2004).

Com relação aos *procedimentos guias para o desenvolvimento de hábitos saudáveis* conclui-se sobre a necessidade de incluir disciplinas na estrutura curricular, para a discussão de temas relacionados à saúde mental, combate ao tabagismo e prevenção de DST e AIDS (XIANGYANG, T. et al, 2003). Estudos descritivos sobre o estilo de vida promotor de saúde foram realizados e justificaram a importância das mudanças de comportamento após o processo de educação em saúde no curso de enfermagem, para consolidação de ações promotoras de saúde, a partir de suas próprias vivências em cursos de formação (ALPAR, S.E et al., 2008; WHITEHEAD, D., 2004). Também observou-se a realização de estudos para avaliar o comportamento promotor de saúde dos estudantes, a fim de auxiliar os gestores das universidades na elaboração dos currículos de ensino superior, bem como orientar profissionais de saúde na construção de ambientes educacionais saudáveis e no desenvolvimento de programas de educação em saúde, que dêem suporte a opção por hábitos saudáveis entre os estudantes universitários (LEE, R.L.; LOKE, A.J.T.Y.T., 2005; WANG, D. et al., 2009). Há, ainda avaliação ex-antes e ex-post

fato para determinar o impacto de um curso de capacitação em promoção da saúde na universidade, com intuito de desenvolver habilidade para o autocuidado do estudante universitário (ALTUN, E., 2008; DOORIS, M., 2002; DOORIS, M., 2001). Foi percebido que após o contato com treinamentos e palestras muitos participantes melhoraram seus hábitos, preveniram-se mais e melhor em relação a DST's e AIDS, reduziram o uso do cigarro e ingressaram na prática de exercícios físicos (XIANGYANG, T. et al, 2003).

Em relação *aos investimentos na infra-estrutura* foram encontrados relatos de experiências sobre melhoria dos espaços, para a implantação de projetos de universidade promotora de saúde, além de revisão conceitual consistente sobre a temática (DOORIS, M.; MARTIN, E.T., 2002). O estímulo à inclusão da educação em saúde no contexto universitário para a adoção de práticas saudáveis é um novo paradigma que favorece mudanças nos serviços de saúde. Uma vez que, nas últimas décadas tornou-se mais significativo reduzir a vulnerabilidade e as chances de incapacidade, sofrimento crônico e morte prematura de indivíduos e coletividades. Neste sentido, a aquisição de estilos de vida saudáveis entre jovens aparece como determinante na garantia de uma vida adulta com saúde. Os resultados demonstraram ser a universidade um ambiente promissor para avaliar os resultados de ações de educação em saúde para a adoção de hábitos saudáveis (ALPAR et al., 2008; LEE, R.L.; LOKE, A.J.T.Y.T, 2005; WHITEHEAD, D., 2004; DOORIS, M.; MARTIN, E.T., 2002; ALTUN, E., 2008; WANG, D. et al., 2009; XIANGYANG, T. et al., 2003; DOORIS, M., 2002; DOORIS, M., 2001; DOORIS, M.; DOHERTY, S., 2010; INCE, M.L., 2008; INCE, M.L.; EBEM, Z., 2009; KIM, H.W., 2007; STOCK, C.; MILZ, S.;

MEIE, S., 2004), sendo ressaltado que os programas educacionais contínuos encontraram melhores resultados do que campanhas educacionais e pontuais (DOORIS, M.; MARTIN, E.T., 2002; ALTUN, E., 2008; XIANGYANG, T. et al., 2003).

No que diz respeito ao *envolvimento da comunidade do entorno* nas ações de promoção da saúde desenvolvidas na universidade fica evidente nos estudos ainda não haver consolidação desta prática. As publicações apontam como agravante que, em algumas situações, os estudantes sabiam que hábitos adotar, mas a universidade não oferecia condições para isso, como, por exemplo, o estudante desejar comer frutas e a cantina não oferecer essa opção (LEE, R.L.; LOKE, A.J.T.Y.T., 2005).

Um estudo destacou a necessidade de reconhecer a universidade promotora de saúde como contribuinte para os objetivos de negócios e agendas de sustentabilidade (XIANGYANG, T. et al., 2010). Assim como, a necessidade de um sistema de creditação e avaliação externa e um método de auto-avaliação, que envolvam todos os atores das universidades. Além da necessidade do desenvolvimento de um programa nacional de pesquisa e avaliação para a formação de redes nacionais e internacionais de colaboração (DOORIS, M.; DOHERTY, S., 2010).

Relativo ao *investimento em pesquisas acadêmicas* a utilização de escalas, como a *Adolescent Health Promoting (AHP)*, validadas e confiáveis para medir os comportamentos de saúde poderá auxiliar na compreensão de comportamentos dos universitários, classificando-os como saudáveis e não-saudáveis; bem como apontando as dimensões da vida que necessitam ser trabalhadas para o desenvolvimento de hábitos e atitudes saudáveis (WHITEHEAD, D., 2004).

Por fim, em relação à *criação de espaços para a discussão das mudanças* e criação de ambiente universitário saudável foi consenso nos estudos a necessidade e urgência de fomentar a discussão sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, bem como de intensificar a formação e capacitação em promoção as saúde (LEE, R.L.; LOKE, A.J.T.Y.T., 2005). Nesta perspectiva, o enfermeiro foi apontado como o profissional mais preparado para promover esta mudança cultural no cenário universitário, pois poderá fornecer conhecimentos para a promoção do auto-cuidado, elaborando estratégias contextualizadas à realidade dos jovens, que atendem suas necessidade e que desenvolvam sua autonomia (LEE, R.L.; LOKE, A.J.T.Y.T., 2005; WHITEHEAD, D., 2004).

As práticas de educação para a saúde desenvolvidas na Universidade trouxeram mudanças de comportamentos não saudáveis e contribuíram significativamente para a promoção da saúde e prevenção de doenças dos envolvidos (IPPOLITO-SHEPHERD, J.; CEQUEIRA, M.T.; ORTEGA, D.P., 2003). Ainda que os artigos tenham mostrado que os conhecimentos dos estudantes sobre hábitos e estilos de vida saudáveis são muito diferentes dos seus hábitos e comportamento cotidianos.

DISCUSSÃO

O objetivo desse artigo é analisar as publicações que relataram a criação de ambientes universitários saudáveis ou promotores de saúde. Como se viu a literatura é reduzida, mas bastante potente para disparar varias linhas de reflexão.

A partir dos resultados *é possível perceber o destaque dado à intersetorialidade. No Brasil essa ação além de efetivar uma Políti-*

ca Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2002), incorpora o trabalho com as Escolas Promotoras de Saúde no âmbito da saúde, desde 1996, e assegura a inserção do tema saúde de forma transversal nas bases curriculares da educação básica. Tal ação garantiu que todas as escolas do país contemplassem este tema em suas propostas curriculares com a adoção dos Parâmetros Curriculares Nacionais(PCN) (BRASIL, 2001), sugerindo que todas as escolas desenvolvam-se como espaço promotor de saúde.

No que se refere ao ensino superior, a política brasileira não destaca ações direcionadas à promoção da saúde, o que fica evidenciado, também, na ausência de artigos publicados oriundos das experiências exitosas no Brasil, realidade que se reflete, também, nos demais países da América Latina. Percebemos ser este um grande desafio para os países em desenvolvimento uma vez que ações desta natureza requerem mudanças de infra-estrutura e robustos investimentos econômicos, bem como preparação de recursos humanos para atender a tal demanda.

Outro achado importante foi a dificuldade em se estabelecer uma discussão teórica a partir da leitura dos artigos devido a ausência da descrição das bases epistemológicas dos autores e seus posicionamentos diante a pesquisa, dos participantes e de seu delineamento metodológico. A necessidade de explicitar a epistemologia deve-se ao fato disso permitir a identificação da natureza do conhecimento e as justificativas para as escolhas da metodologia e do método a serem utilizados (CARTER, S.; LITTLE, M., 2007), atender aos objetivos e questões desencadeadoras do estudo num processo dialético e consistente (BORDIEU, P., 2002). Além de posicionar o pesquisador em seu contexto espaço-temporal e explicitar valores culturais e científicos (MINAYO, M.C.S, 2010). Nesse sentido, os arti-

gos analisados demonstram a necessidade de ampliação do arcabouço teórico para dar sustentação á proposta que abarca e fundamenta o conceito de Universidade Promotora de Saúde.

Mais um ponto relevante observado é a inexistência de redes de suporte nacionais e internacionais para pesquisas e intervenções, existindo apenas discussões e experiências pontuais sobre a temática. Tal fato deixa perceptível o desconhecimento das universidades do potencial de programas e ações de promoção da saúde nas atividades de ensino superior. Evidencia-se, assim, a urgência em se realizar acordos cooperativos com agências governamentais e não governamentais, assumindo o desafio de desenvolver processos que garantam uma melhor qualidade de vida à população, a diminuição de iniquidades em saúde e educação, geração de oportunidades de desenvolvimento integral do adolescente e do jovem.

No tocante a relação dos ambientes universitários saudáveis com a promoção do auto cuidado e desenvolvimento da autonomia deve-se primeiro considerar o autoconhecimento, pois este é um processo de desvelamento, no sentido de tirar véus sucessivos, para ampliar a capacidade de compreensão e análise dos diferentes processos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Além disso, é um processo que passou por importantes transformações ao longo da história ocidental, como nos ensina Foucault, no texto sobre as técnicas de cuidado de si (FOUCAULT M.,1994). Para o autor, na antiguidade “conhece-te a ti mesmo” significava também “cuida de ti mesmo”. Mas a força da moral cristã e dos valores capitalistas entre outras coisas, que fazem a renúncia de si a condição da salvação, fez com que houvesse a renúncia a si mesmo, abandono do autocuidado e a

perda das seguintes tecnologias do cuidado:

Além de mostrar a perda da importância ética do autoconhecimento e seu reflexo no, aponta quais seriam as “técnicas de si”. sistematização as idéias do autor em quatro grandes grupos de “tecnologias de si”,

1. Atos de conhecimento: atenção, mirada, percepção de si mesmo; prestar atenção a si mesmo; voltar o olhar para si mesmo; examinar-se.
2. Movimento global da existência (e não meramente cognitivo) reflexivo sobre si mesmo: recolher-se em si mesmo.
3. Atividades para consigo mesmo: “médicas” (curar-se); “jurídicas” (reivindicar-se; libertar-se; emancipar-se); “religiosas” (cultuar-se, honrar-se, respeitar-se, vergonha diante de si mesmo).
4. Relação consigo mesmo: domínio e soberania (ser dono de si mesmo); aprazer-se consigo mesmo; experimentar alegria consigo mesmo; sentir-se feliz na presença de si mesmo; auto-satisfação (ROSENBAUN, P. E.; PRIVEN, S.W., 2006).

Recuperamos esses elementos da “tecnologia de si”, porque acreditamos que são expressões do autoconhecimento que as pessoas podem experimentar quando em ambientes promotores de saúde. Quando um indivíduo é exposto a uma prática que lhe convida a pensar sobre si mesmo e sua relação consigo, inevitavelmente, desenvolve atos de conhecimento. Como essas práticas têm fundamento lógico e sistemático o processo que se desenvolve é pedagógico levando a etapas de desconstrução e reconstrução, com as quais se desenvolve o movimento global de existência reflexiva. Uma vez possuidor e possuído pela reflexividade todas as atividades para consigo mesmo passam a

ser de dupla via, na medida em que a experiência com as diferentes técnicas socialmente criadas desenvolvem um processo gnóstico. Essa dimensão libertadora do autoconhecimento leva o indivíduo, em processo de individuação, a aprofundar na sua relação consigo mesmo desenvolvendo, dessa maneira, seu potencial de autocuidado.

A Teoria do Déficit de Autocuidado define autocuidado como aquilo que descreve e explica as práticas de cuidado executadas pela pessoa para manter a saúde e o bem-estar. É, ainda, o ato consciente de realizar ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida e funcionamento integrado. Enfim, é uma forma de viver saudável e produzir ações que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações são voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de decisões, e têm o propósito de contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano (BUB, M.B.C. et al, 2006).

Obviamente, realizar ações de autocuidado exige o autoconhecimento e a experiência de viver um processo de aproximações sucessivas de estados de totalidade ou integridade, que incluem o corpo em sua morfo-fisiologia, sua complexidade emocional, seu desenvolvimento mental, e suas razões físicas e metafísicas.

Várias pistas indicam que a experiência continuada e reflexiva de autoconhecimento e autocuidado florescerão em autonomia, por isso observa-se que é um processo, um vir a ser, e não ocorre em data marcada. Observa-se ainda que por

haver uma aprendizagem associada à construção de autonomia, deve existir, então, uma pedagogia relativa a ela, a qual deve estar “centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade” (FREIRE, P,1996). De forma que o autoconhecimento, autocuidado e autonomia parecem ser as bases éticas e epistêmicas da construção de ambientes universitários saudáveis, onde é mais possível viver processos reflexivos, atos de conhecimento e relações saudáveis consigo mesmo e o entorno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta Revisão Sistemática da Literatura trouxe contribuições sobre experiências de promoção da saúde no ensino superior, nos quais o ambiente universitário é apontado como campo fértil para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Entretanto, ressalta-se que nas publicações analisadas há ausência das matrizes teórico-conceituais que suportem a construção e consolidação de Universidades Promotoras de Saúde, tornando-se evidente a naturalização das respostas práticas aos problemas atuais de saúde pública, cuja solução requer aquisição de comportamentos individuais e coletivos pautados na manutenção da saúde. Os estudos demonstram, também, a preocupação em normatizar estratégias de aplicação, em consequência de se tratar de campo de pesquisa ainda pouco explorado, sem, no entanto, aprofundar conceitos e concepções teóricas.

É perceptível a urgência dessas formulações teóricas e conceituais, que integrem a realização de práticas que promovem saúde com o próprio conceito de promoção da saúde, que estimulem autoconhecimento, autocuidado e autonomia.

Como resultado desse trabalho foi possível identificar, ainda, a necessidade de criação e fortalecimento de redes internacionais de cooperação que discutam formulações teóricas e experiências vivenciadas em diferentes países, a fim de se compartilhar estratégias que auxiliem na superação dos desafios da implantação e implementação de projetos de ambientes universitários saudáveis.

REFERÊNCIAS

ALPAR, S.E.; SENTURAN, L.; KARABACAK, U.; SABUNCU, N. The health promoting university: opportunities, challenges and future developments. **Nurse Education in Practice**, v.8, p. 382-388, 2008.

ALTUN, E. Effect of a health promotion course on health promoting behaviors of university students. **La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale**, v.14, n.4, p.880-887, 2008.

BORDIEU, P. **Esboço de uma Teoria da Prática- precedido de três estudos sobre etnologia cabila**. Oeiras:Celta,2002.

BRASIL. Ministério da saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Informação, educação e comunicação. Promoção da saúde - Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Bogotá. Brasília: ministério da saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação, Secretaria do Ensino Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília: MEC, 2001.

BUB, M.B.C.; MEDRANO.C.; SILVA, C.D. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto**

e **Contexto Enfermagem**, v.15, p.152-157, 2006.

CARTER, S.; LITTLE, M. Justifying knowledge, justifying method, taking action: epistemologies, methodologies and methods in qualitative Research. **Qualitative Health Research**, v.17, n.10, p.1316-1328, 2007.

CATRIB, A.M.F.; GONÇALVES, F.D. **Diseño Evaluativo Orientado al Programa Escuelas Saludables para el Aprendizaje de JUNAEB desarrollado entre los años 2005-2007**. Santiago:JUANEB, 2009.

DOORIS, M.; DOHERTY, S. Health university-times for action: a qualitative research study exploring the potential for a national program. **Health Promotion International**, v.25, n.1, p.94-105, 2010.

DOORIS, M. **Health Promoting Universities: Policy and Practice-A UK Perspective.UK: Community-Campus Partnerships for Health**, p.13, 2001. Disponível em: http://depts.washington.edu/ccph/pdf_files/p-dooris.pdf. Acesso em 14 de jun 2010.

DOORIS, M.; MARTIN, E.T. Developing a health promoting university initiative within the context of inter-sectoral action for sustainable public health: reflections from the University of Central Lancashire. **IHUPE - Promotion & Education**, Suppl 1, p.16-19, 2002.

DOORIS, M. The health promoting university: opportunities, challenges and future developments. **IHUPE-Promotion & Education**, Suppl 1, p.20-24, 2002.

FOUCAULT M. **Technologies of the self**. In: Foucault M. Dits et écrits. Paris: Gallimard, 1994. Disponível em: <http://vsites.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/tecnicas.pdf>> Acesso em: 01 de jul de 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

INCE, M.L.; EBEM, Z. Role of exercise stages in self-reports health-promoting behaviors of group of Turkish adolescents at transition university. **Percept Mot Skills**, v.108, p.399-404, 2009.

INCE, M.L. Use of a social cognitive theory-based physical-activi-

ty intervention on health-promotion behaviors of university students. **Percept Mot Skills**, v.107, p.833-836, 2008.

IPPOLITO-SHEPHERD, J.; CEQUEIRA, M.T.; ORTEGA, D.P. **Fortalecimiento de la Iniciativa Regional Escuelas Promotora de la Salud: Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012**. Organización Panamericana de Salud. Washington, D.C, p.9, 2003.

KIM, H.W. Relationships between sex role identity health promoting behaviors, and premenstrual symptoms among female university students. **Taehan Kanho Hakho Chi**, v.37, n.6, p.1003-1012, 2007.

LEE, R.L.; LOKE, A.J.T.Y.T. Health-promoting behaviors and psychosocial wellbeing of university students in Hong Kong. **Public Health Nursing**, v.22, n.3, p.209-222, 2005.

MARTINS, A. Filosofia e saúde:métodos genealógico e filosófico-conceitual. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n.4, p. 950-958, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2010.

ROSENBAUN, P. E.; PRIVEN, S.W. Contribuições à Promoção do Cuidado. **Cultura Homeopática**, v.15, p.6-10, 2006.

SPADACIO, C.; CASTELLANOS, M.E.P.; BARROS, N.F. et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.1, p.7-13, 2010.

STOCK, C.; MILZ, S.; MEIE, S. Network evaluations: principles, structures and outcomes of the German working of Health Promoting Universities. **Glob Health Promot**, v.17, n.1, p. 25-32, 2004.

XIANGYANG, T.; LAN, Z.; XUEPING, M. et al. Beijing health promoting universities: practice and evaluation. **Health Promotion International**, v.18, n.2, p.107-113, 2003.

WANG, D.; OU, C.; CHEN, M. et al. Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. **BMC Public Health**, v.9, p. 370-379, 2009.

WHITEHEAD, D. The health promoting university (HPU): the role and function of Nursing. **Nurse Education in Practice**, v.24, p. 466-472, 2004.

ADOLESCÊNCIA, TABAGISMO E AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO

Isabella Lima Barbosa
Francisco Antonio da Cruz Mendonça
Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro
Keylla Márcia Menezes de Souza
Laurineide de Fátima Diniz Cavalcante
Anna Paula Sousa da Silva

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a adolescência o período que abrange dos 10 aos 19 anos, contemplando nesta faixa os conflitos enfrentados por estes indivíduos, as mudanças físicas, sexuais, emocionais e relacionais, como um processo natural do desenvolvimento e da formação de sua personalidade (CEARÁ, 2003).

A adolescência é um período de crescimento e maturação física e emocional. De acordo com o Censo Demográfico de 2010, as crianças e adolescentes na faixa de 0 a 18 anos de idade constituem um contingente de 59.657.339 pessoas. No Brasil, representam 31,3% da população do país. São, pelas definições da lei, 35.623.594 de crianças de 0 a 11 anos de idade - 18,7% do total do país e 24.033.745 de adolescentes na faixa dos 12 aos 18 anos de idade - 12,6% da população total. Este

grande contingente de jovens brasileiros evidencia a necessidade de políticas públicas que lhes garantam saúde, educação, bem-estar e desenvolvimento de suas potencialidades (WAI-SELFISZ, 2011).

A adolescência pode ser ainda considerada uma fase do desenvolvimento humano entre a infância e a vida adulta, marcada por transformações biológicas da puberdade e relacionada à maturidade biopsicosocial. Constitui-se ainda como um período crítico frente a tais mudanças, sujeito a crises características dessa fase. Nesse contexto, o tabagismo na adolescência pode ser compreendido se considerarmos o espírito de experimentação do novo e de contestação, a identificação com seu grupo, o fácil acesso à droga e o estabelecimento da dependência à nicotina num curto espaço de tempo (MALCON; MENEZES; CHATKIN, 2003).

Em estudo realizado por Lovato e colaboradores (2013) em Canadá, utilizando abordagens eficazes para reduzir o tabagismo na adolescência exigem intervenções que incidem sobre vários fatores. Em particular, os programas de prevenção e de alta de preços para cigarros vendidos próximo às escolas pode contribuir para reduzir as taxas de tabagismo escolares. Deve-se ter o foco sustentado na prevenção do tabagismo é necessário para manter baixos níveis de tabagismo na adolescência.

Em outra pesquisa, evidenciou-se que a prevalência do tabagismo aumenta com a idade, e parece maior em meninos do que em meninas. Fumar é bastante comum nas famílias dos participantes, especialmente entre os pais, devido o cigarro e a exposição à fumaça em casa ser alta. Ter amigos que fumam, a exposição a outros fumantes e baixas aspirações educacionais foram preditores significativos para fumar entre os adolescentes (KAREKLA et al., 2009).

Diante disso, a família e a escola devem estar juntas na formação das crianças e adolescentes, pois a família é um modelo de formação para os jovens e deve exercer uma influência positiva em desencorajar o uso do cigarro, assim como estimular um bom desempenho escolar. Pais fumantes devem ser orientados, no mínimo, a tornar o ambiente da casa livre do cigarro e à cessação do tabagismo (MALCON; MENEZES; CHATKIN, 2003).

No ambiente familiar e doméstico é que os filhos obtêm conhecimento e discernimento sobre a existência de regras quanto ao uso do tabaco, quando possível estas devem ser práticas, diminuindo assim as chances do adolescente iniciar uma vida precoce de vício no tabaco.

Para o Instituto Nacional do Câncer, o tabagismo é uma doença crônica que surge devido à dependência da nicotina, estando, portanto, inserido, desde 1997, na Classificação Internacional de Doenças (CID10), classificada no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (INCA, 2013).

Em geral, a iniciação com uso do tabaco ocorre entre 11 e 15 anos no mundo, já no Brasil a idade predominante é dos 14 aos 17 anos. Quanto mais cedo ocorrer a iniciação, mais grave será a dependência, cujos sintomas surgem logo após os primeiros cigarros, maior será a dificuldade para deixar de fumar, mais longo será o percurso de fumante e mais graves serão os danos à saúde. O uso de tabaco na adolescência associa-se também ao consumo de outras drogas, problemas de comportamento, perturbações emocionais e dificuldades relacionais (VITORIA; SILVA; VRIES, 2011).

O consumo de produtos que contenha tabaco é considerado como um fator de risco à vida, a ser controlado com alta prioridade e é identificado pela OMS, tendo em vista a elevada ocorrência de mortes associadas ao tabagismo em escala mundial. Calcula-se que o fumo seja responsável por mais de cinco milhões de mortes a cada ano. Se as tendências atuais de consumo dos produtos de tabaco persistir, esse número pode superar oito milhões de mortes anuais até 2030 (INCA, 2013).

Para prevenção do tabagismo no período da adolescência, é oportuno utilizarmos estratégias como as ações educativas que têm como objetivos disseminar informações sobre os malefícios do tabaco, cessação de fumar, estratégias da indústria do tabaco e sobre a legislação para controle do tabagismo existente no Brasil; mobilizar apoio da sociedade brasileira, sobretudo de formadores de opinião; estimular, nestes, mudanças de atitude e comportamento (CAVALCANTE, 2005).

Sob a ótica da Promoção da Saúde, o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2005), as ações educativas são essenciais para processo de promoção e devem anteceder e acompanhar qualquer ação para prevenção do câncer. Essas ações podem ser pontuais como as campanhas de conscientização e a divulgação de informações pela mídia. No entanto a educação em saúde continuada é essencial para transformar as informações disseminadas, em mudanças de atitudes e de comportamento favoráveis a uma vida mais saudável.

Frente à problemática do tabagismo na adolescência, são necessárias medidas importantes para dificultar o acesso dos jovens a produtos derivados do tabaco envolvendo, as que resultem em aumento de preços desses produtos, controlem as formas de venda dos mesmos, e, principalmente, a sua venda no mercado ilegal.

O Ministério da Saúde do Brasil diz que o Programa Nacional de Controle do Tabagismo sistematiza quatro grandes grupos de estratégias: o primeiro, voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público alvo, crianças e adolescentes; o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar; e um terceiro grupo onde se inserem medidas que visam proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; e, por fim, medidas que regulam os produtos de tabaco e sua comercialização (INCA, 2013).

Diante do contexto, é fundamental que pesquisadores, no âmbito da saúde coletiva, investiguem a promoção da saúde e prevenção do tabagismo entre adolescentes em sua prática cotidiana.

Sendo assim, objetivou-se analisar a produção científica brasileira acerca da adolescência, tabagismo e as medidas de prevenção, promoção da saúde e estratégia de enfrentamento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre tabagismo na adolescência com enfoque promoção da saúde e prevenção de doenças e estratégias de enfrentamento, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado de literatura.

Para Benefield (2003); Polit e Beck (2006), a revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Para esta revisão, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema, com a seleção do mesmo e a elaboração de uma questão norteadora a partir da formulação do problema: quais os aspectos abordados na interface da adolescência e do tabagismo com enfoque promoção da saúde e prevenção de doenças e estratégias de enfrentamento?

Após esta etapa, passou-se para busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na busca dos artigos, no período de outubro e novembro de 2012, usaram-se os seguintes descritores e suas combinações na língua portuguesa: “adolescente”, “hábito de fumar”, “promoção da saúde” e “prevenção de doenças”.

Elaborou-se um formulário de coleta de dados o qual foi preenchido com base em cada artigo incluso na pesquisa o que facilitou a coleta para que o objetivo da pesquisa fosse alcançado. O instrumento de coleta de dados continha as seguintes informações: título da pesquisa, ano de publicação, objetivos, cenário da pesquisa, principais resultados e conclusão.

Os critérios utilizados para inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa e artigos publicados e disponíveis nas bases de dados selecionados (LILACS, SCIELO, BDEFN) no período de 2007 a 2011.

A análise dos estudos selecionados, em relação ao delineamento de pesquisa, pautou-se em Polit e Beck (2006), sendo que tanto a análise quanto a síntese dos dados extraídos

dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

Para análise dos dados organizou-se em um quadro com a descrição do ano de publicação, objetivos, cenário da pesquisa, descrição do desfecho estudado e conclusões relacionados à temática do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na busca inicial, 1.459 artigos foram encontrados nas seguintes nas seguintes bases: LILACS (519), BDENF (44) e SCIELO (896). Destes artigos encontrados, 169 foram pré-selecionados : LILACS (38), BDENF (43) e SCIELO (88) e selecionados para compor nosso estudo: LILACS (3), BDENF (1) e SCIELO (5).

Após obedecer aos critérios de inclusão e exclusão foram identificados nove sendo estes utilizados na citada pesquisa sobre adolescência, tabagismo e medidas de prevenção, promoção da saúde e estratégia de enfrentamento. No Quadro 1, encontra-se a caracterização dos artigos quanto ao título da pesquisa, ano de publicação, objetivos, cenário da pesquisa, principais resultados e conclusão.

Todos os artigos selecionados foram publicados em língua portuguesa, em periódicos dos diversos campos do conhecimento. Os títulos abordaram questões referentes à ocorrência de tabagismo e fatores de risco associados em escolares, fatores para o abandono do tabagismo, programa de prevenção, tratamento e intervenção do tabagismo entre adolescentes escolares, inclusão do tema tabagismo na formação acadêmica do

enfermeiro, as desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais do tabagismo no Brasil, família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes.

Quadro 1 – Caracterização das pesquisas sobre adolescência, tabagismo e medida de prevenção, promoção da saúde e estratégia de enfrentamento quanto ao objetivo, cenário, principais resultados e conclusão.

Código	Ano de publicação	Objetivos	Cenário	Resultados	Conclusões
1	2007	Detectar situações de risco que levam o indivíduo a fumar e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento	16 indivíduos recrutados de forma intencional junto à comunidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.	Apontaram a necessidade de os indivíduos estarem determinados a parar de fumar e de receberem apoio profissional e social para se manterem em abstinência.	Existem diferentes fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. O apoio profissional, familiar e social teve papel de destaque na promoção do abandono do fumo.
2	2007	Relatar a experiência em um Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo	Secretaria Municipal de Saúde do município de Redentora, localizado no Noroeste Colonial do Rio Grande do Sul.	Algumas pessoas deixaram o tabaco, outras diminuíram o consumo por dia, mas o mais relevante foi que todos continuam o tratamento com o grupo de fumantes e a equipe profissional.	Contribuiu significativamente para a formação profissional, devido as trocas de experiências. O objetivo do Programa estão sendo alcançados, pois percebemos que há pessoas que estão se conscientizando de que fumar causa males à saúde.

3	2008	Estimar a ocorrência de tabagismo e fatores associados entre adolescentes em duas escolas (uma pública e outra particular) no município de Caruaru - PE.	Foram entrevistados 277 adolescentes de 10 a 16 anos.	A ocorrência de tabagismo foi baixa (1,8%), iniciando-se na faixa etária de 12 a 13 anos e aumentando com a idade. O hábito de fumar foi maior em adolescentes de escola pública (2,9%) do que na particular (0,7%).	Possuem conhecimento de que o hábito de fumar pode trazer prejuízos à saúde.
4	2009	Avaliar fatores de risco para uso de tabaco em estudantes de duas escolas do ensino médio do município de Santo André (SP) em 2005.	Adolescentes escolares de ambos os sexos, matriculados no primeiro ano do ensino médio de duas escolas de Santo André, uma particular e outra pública.	Referiram ter experimentado tabaco uma vez na vida (35% na escola privada e 19% na pública). Foram fatores de risco significativos para experimentar fumo na escola particular: mãe fumante e amigos fumantes.	Observou-se influência significativa do meio ambiente do adolescente, inclusive social e familiar, para a experimentação do tabaco.
5	2009	Identificar se durante a graduação de enfermagem foram transmitidos conhecimentos aos alunos sobre o tabagismo.	Estudantes do curso de enfermagem.	Embora todos tivessem relatado conhecimento sobre o tabagismo, 69,5% alegaram que o tema não foi abordado nas disciplinas de clínica médica, saúde mental e coletiva, entre outras.	A maioria estava insatisfeita devido à ausência de programas educativos. Evidenciou a importância e a necessidade da inclusão do tema tabagismo na graduação.
6	2010	Identificar o uso de álcool e tabaco entre os adolescentes.	Realizado com 1533 adolescentes matriculados e frequentando regularmente o ensino fundamental ou ensino médio das escolas estaduais, no período matutino.	Mostraram que 4,8% são fumantes e 58,3% experimentaram bebida alcoólica. A média de idade de iniciação do uso de álcool é de 13,1 anos e a média de idade de iniciação do uso de tabaco é de 12,6 anos.	Apresentou baixo consumo de tabaco e elevado consumo de álcool, uma iniciação precoce do uso de álcool e tabaco, a ingestão alcoólica em festas, com os amigos, ou até mesmo em casa, com familiares.

7	2011	Descrever a prevalência do tabagismo dos moradores de 15 anos ou mais, no Brasil e suas diferentes regiões, com base nos dados da PNAD 2008.	Amostra incluiu 252.768 indivíduos, baseado nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar 2008 (PNAD/IBGE).	A prevalência de tabagismo diariamente em trabalhadores no Brasil foi 15,1%, variando de 12,8% na região Norte a 17,4% na região Sul, sendo 62% maior nos homens que mulheres.	A prevalência de tabagismo foi maior naqueles indivíduos que ocupavam cargos com exigência de menor nível de escolaridade e maior esforço braçal. Confirma-se a tendência de redução da prevalência do fumo diário no Brasil.
8	2011	Avaliar a associação entre o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas e os fatores de proteção familiar.	Amostra de 60.973 escolares do nono ano do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas das 26 capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal.	A maioria dos adolescentes vive com o pai e a mãe e cerca de um terço residem em lares apenas com a presença da mãe. Residir com ambos os pais tem efeito protetor nos hábitos de fumar, beber e usar drogas.	Os alunos que faltam às aulas sem avisar aos pais têm maior chance de fumar, beber e experimentar drogas. O papel da família é essencial na prevenção de riscos, tais como: tabaco, álcool e drogas e na promoção à saúde dos adolescentes.
9	2011	Avaliar a efetividade de um programa educacional sobre tabagismo desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer em adolescentes escolares de Pelotas, RS.	Participaram 46 escolas públicas da cidade, 32 foram sorteadas aleatoriamente e, posteriormente, randomizadas em grupo controle ou intervenção.	A intervenção não provocou mudança na prevalência de tabagismo. No entanto, o conhecimento dos alunos acerca dos malefícios do cigarro aumentou no grupo intervenção.	Não houve efetividade da intervenção educacional para mudanças de comportamento, mas houve melhora no conhecimento dos prejuízos do fumo.

As pesquisas abordaram de maneira geral, principalmente, os fatores relacionados à iniciação ao tabagismo, incluindo os determinantes sociais e culturais. Alguns estudos destacaram também a importância do apoio familiar, escolar e principalmente a saúde, dessa forma atuando como promotor na prevenção do tabagismo. Foi possível observar que a maior concentração de publicações deu-se no ano de 2011 com três estudos selecionados.

Vários artigos enfatizaram a ideia da predominância de experimentadores de tabaco no sexo feminino, brancos seguidos de negros e pardos. Nesses estudos todas as características relativas à iniciação do tabagismo estão relacionadas ao adolescente de escola particular. Quanto à questão reprovação escolar que variou entre os experimentadores que foi maior do que os não-experimentadores, apontando para uma possível associação entre a experimentação do tabaco e baixo desempenho escolar.

São dados bastantes relevantes quanto à comparação entre escola particular e pública, mostrando que o acesso aos produtos derivados do tabaco está mais difícil. Quanto aos fatores como a prática esportiva de qualquer atividade física fora da escola, a minoria dos adolescentes praticavam esportes sem diferença entre os experimentadores e os não-experimentadores. Outro fator relevante foi a relação tabagismo e adolescente com outras drogas como álcool e drogas ilícitas.

A questão cultural familiar esta intimamente ligada à iniciação tabagística, mostrado no artigo associação importante entre as variáveis pai fumante e os cinco melhores amigos fumarem (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Nos estudos de Granville-Garcia *et al.* (2008), verificou-se que 1,8% são fumantes e tem idade entre 12 e 16 anos. Este trabalho também revela que a predominância do tabagismo é entre o sexo feminino (meninos: 2 e meninas: 3). No entanto, contradiz o que outros autores afirmam, dizendo que não houve diferença estatística de uso relacionado ao ensino particular e o público, sendo que os estudantes das mesmas relataram conhecer os malefícios do tabagismo.

Nas capitais do Brasil, 55,8% dos escolares relatam que os pais ou responsáveis sabem o que eles fazem no tempo livre. Os pais estão mais informados sobre as atividades das meninas (59,7%) do que sobre os meninos (51,4%). A Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares mostrou na pesquisa de Malta *et al.* (2011), que 18,5% dos escolares das capitais brasileiras faltam as aulas sem o consentimento dos pais e ocorre mais entre os meninos e em escolas públicas. De modo geral, no Brasil, o uso do tabaco é de 6,3% e aumenta com a idade, contrariando as pesquisas de outros autores, relatando que não há diferença por sexo.

Oliveira *et al.* (2010) afirmam que estudantes de escolas públicas tem menor chance de adesão ao tabagismo. Mostrou também as variáveis de contexto familiar após o controle por modelo permanecem independentemente associados, e mostraram maior chance de uso do tabaco os escolares que não moram com o pai e/ou a mãe. Nesse aspecto abordado, nota-se relevante o apoio familiar e a interação diária dos familiares com o adolescente, fazendo-se indispensável para o não acesso ao tabagismo.

Os estudos revelam que quanto maior a renda financeira do indivíduo, menor é a chance de iniciação ao tabagismo. Isso denota a importância do comportamento humano, quanto

mais ocupado este estará menos exposto aos fatores de iniciação tabagista.

A educação em saúde com enfoque no escolar evidencia em estudos de Malcon *et al.* (2011) que após treinamento de professores por um programa de efetividade de uma intervenção educacional em tabagistas pela equipe do INCA, mostrou que nenhuma escola foi classificada como excelente, 75% foram classificadas como tendo aplicado uma intervenção de nível intermediário ou alto, 18% como nível baixo e 6% como muito baixo. Esta avaliação indicou que a qualidade da intervenção foi adequada em três de cada quatro escolas.

Achados similares de baixa efetividade de programas de prevenção em tabagismo nos adolescentes têm sido encontrados em muitos estudos. Uma revisão sistemática de estudos avaliando programas de prevenção de tabagismo em adolescentes nas escolas com seguimento de no mínimo um ano encontrou dentre oito artigos selecionados, apenas um que demonstrou redução da prevalência de fumo no grupo intervenção (MALCON *et al.*, 2011). Isso mostra a falha da efetividade educacional dentro das escolas, evidenciando a necessidade de adesão da educação e principalmente dos alunos aos planos de educação em saúde.

Estudos envolvendo a comunidade ou a participação dos pais, além da escola, mostraram que no grupo intervenção houve redução da prevalência de tabagismo. Isso mostra que a responsabilidade não deve está somente ligada a educação e sim ao setor saúde principalmente (MALCON *et al.*, 2011).

O trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano do trabalho de equipes de saúde, sendo vivenciado em toda a vida profissional, seja na atenção direta aos clientes ou na relação

com a própria equipe, porém, é necessário a busca de maior reflexão sobre esta temática, para podermos utilizar o grupo de forma consciente, reflexiva e efetiva, ou seja, sempre com resultados positivos (MACHADO; ALERICO; SENA, 2007).

Malta *et al.* (2011) afirma que, em geral, tabaco e drogas aumenta com a idade, meninas entre 13 a 15 anos têm maiores chances de consumirem regularmente álcool, e meninos têm maiores chances de usarem drogas, escolares da raça cor parda têm menor chance de utilizarem tabaco e álcool. Os alunos que faltam às aulas sem avisar aos pais têm mais hábito de fumar, beber e experimentar drogas, e quanto mais dias faltam às aulas, mais aumentam as chances de uso. Residir com ambos os pais tem efeito protetor nos hábitos de fumar, beber e usar drogas. Além disto, a supervisão familiar também é importante na prevenção destes hábitos. Isso denota que a cultura e o convívio familiar são de suma importância para evitar o uso de qualquer droga seja ela licita e ilícita. O apoio familiar é o pilar mais importante na formação do adolescente, deixando-o seguro diante de atitudes como a negação frente à experimentação do tabaco.

Conforme Granville-Garcia (2008), os adolescentes com idades entre 12 e 13 anos relataram fazer uso do tabaco, ocorrendo um aumento com o avançar da idade. Mostrando isso que as medidas de enfrentamento e prevenção devem ser voltadas para esse público. É fundamental que se identifiquem, sempre de modo ágil, populações com tendência ao consumo do tabaco e outras drogas, posto que esta atitude pode melhor orientar ações nos campos da prevenção e do tratamento dos problemas decorrentes do uso dessas substâncias. Nesse sentido, os adolescentes merecem especial atenção, uma vez que o

contato com drogas lícitas e ilícitas ocorre nessa fase, muitas vezes por simples experimentação.

A adolescência é um período difícil, no qual afloram conflitos e, nesta transição, manter laços familiares, espaço de contato, comunicação entre pais e filhos, interação e diálogo, apoiado em princípios democráticos e de afeto, tende a ajudar a superar eventuais dificuldades. Fazendo-se, assim, necessário o total apoio familiar para se evitar o envolvimento do adolescente em qualquer vício, pois nessa fase ele anda em busca de acontecimentos novos e a experimentação pode ser o primeiro passo para o início de uma vida tabagística precoce (MALTA *et al.* 2011).

O problema do tabagismo é sério na área de saúde pública. A juventude é um período propício para a indústria do tabaco investir no sentido de implementar o vício. A forma mais eficaz de minimizar o problema é o desenvolvimento de ações preventivas específicas para cada segmento e faixa etária, tendo como objetivo a valorização da saúde e o respeito à vida (GRANVILLE-GARCIA *et al.*, 2008).

Com relação aos fatores relatados pelos adolescentes que influenciaram na sua decisão em fumar, um dado importante a ser exposto é a prevalência elevada de amigos e familiares fumantes, que somados, representam 29,8%, desvelando que a ingestão de tabaco pelos jovens apresenta uma relação com as pessoas, com as quais eles convivem e interagem. O adolescente é um ser extremamente vulnerável ao meio em que está inserido, pois passa por um período de intensa transformação, buscando encontrar uma nova identidade. A cultura leva a vários acontecimentos na vida do adolescente, se ele presenciar o familiar em seu domicílio fumando, conseqüentemente irá se

tornar um tabagista futuro, porque o filho é o espelho do pai (MORENO; VENTURA; BRETAS, 2010).

Um aspecto importante na pesquisa de Granville-Garcia (2008) é que os estudantes, em sua maioria, têm consciência de que o fumo pode induzir a problemas bucais e de saúde. Isso mostra que a educação em saúde pode ser voltada para a estética como estratégia para evitar a iniciação ao tabagismo e assim conscientizar crianças e adolescentes quanto aos malefícios do tabagismo.

Neste sentido, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar incluiu um indicador que indiretamente busca medir a convivência familiar: fazer refeições com a companhia dos pais. É destacado na literatura que a realização de atividades em família, como conversar, sair juntos para passear e realizar refeições em conjunto constituem fatores protetores que reduzem condutas de risco como fumar. Além disso, a supervisão familiar, ou seja, o acompanhamento dos filhos, também exerce efeito protetor contra o uso do tabaco. A literatura sugere que saber o que o filho faz no tempo livre constitui-se um fator protetor de condutas de risco para o adolescente. O interesse que os pais demonstram em relação à vida cotidiana dos filhos, os lugares que frequentam, o que fazem no tempo livre, os amigos que se relacionam, são práticas que influenciam no comportamento de risco na adolescência, como uso de tabaco, álcool e drogas (MALTA *et al.* 2011).

Entretanto, percebeu-se após a leitura dos artigos que o comportamento dos adolescentes diante do tabagismo reflete numa busca por um mundo de ficção, diante das amizades e ou ambiente familiar, escolar, na busca de um refúgio para seus problemas pessoais ou como forma de chamar atenção dos pais.

Infelizmente nessa busca de identidade e o envolvimento com tabagistas o adolescente ficará expostos a fatores que contribuirão para a iniciação tabagística. É nessa hora que o apoio familiar, escolar e da saúde devem entrar, buscando educar e preveni-los quanto aos malefícios do mundo a fora.

O núcleo familiar constitui-se em lócus fundamental para o desenvolvimento dos adolescentes, tornando-se muito importante o apoio dos pais. O papel da família nesta fase da vida é essencial e tem grande importância na promoção da saúde deste grupo etário. A família não é a única influência para o desenvolvimento e/ou proteção do uso destas substâncias, mas exerce um papel fundamental que necessita ser incentivado e estudado.

Algumas literaturas sugerem que a efetividade da promoção da saúde do adolescente na mudança de comportamentos relacionados ao tabagismo aumenta quando os pais são envolvidos, assim como organizações da comunidade, a mídia e autoridades de saúde local. Esse fato mostra que para a efetividade de mudança de comportamento seja alcançada, esses setores precisam estar unidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que a população adolescente merece ser acompanhada com atenção especial por representar o grupo populacional mais vulnerável à experimentação de tabaco e outras drogas. O tabagismo na adolescência e o espírito de experimentação do novo e de contestação, a identificação com seu grupo, o fácil acesso à droga e o estabelecimento da dependência à nicotina em um curto espaço de tempo.

Com essa descrição é suficiente para pensarmos em estratégias de prevenção, promoção e principalmente de enfren-

tamento evitando assim o tabagismo precoce. Percebe-se que a escola e o contexto familiar são os ambientes mais propícios às medidas de prevenção, promoção e enfrentamento dessa droga.

Nesse contexto, evidenciou-se que o papel da família é importante nesta fase da vida, em que pode ter papéis diferenciados, seja na indução do uso e abuso de tabaco na adolescência, seja, ao contrário, como uma instituição protetora para a saúde dos adolescentes, acolhendo, apoiando e orientando-os. A família é essencial e tem grande importância na promoção da saúde deste grupo etário.

Os resultados deste trabalho sinalizam algumas proposições: unir forças governamentais para se evitar a propagação dessa doença diante de crianças e adolescentes, não responsabilizando somente a escola e família, mas o poder público de modo geral entre, eles a saúde e segurança pública. Tais medidas devem ser tomadas efetivamente, pois acredita-se que os custos financeiros será menor com as medidas de prevenção, promoção e enfrentamento do tabagismo ao invés dos custos com agravos causados pelo mesmo e na prevenção do tabagismo em adolescentes deve ser focado a conscientização nos espaços domiciliares e educacionais, com enfoque nas consequências que tal prática pode assolar o futuro dos mesmos.

Assim, demandam-se que estudos precisam ser aprofundados e pesquisados sobre temática tabagismo na adolescência, promoção, prevenção e estratégias de enfrentamento com enfoque na intervenção educacional, evidenciando que a negatividade de resultados diante de uma intervenção educacional escolar foi visível em estudos anteriores.

Recomenda-se que outros estudos abordando a temática sejam realizados, de modo a habilitar os profissionais de maneira

intersetorial que trabalham com adolescentes ao manejo adequado sobre o tabagismo na adolescência, repercutindo desta forma sobre a qualidade da assistência direcionada à esta clientela.

REFERÊNCIAS

BENEFIELD, L. E. Implementing evidence-based practice in home care. **Home Health Nurse**. v. 21, n. 12, p. 804-11, 2003.

CAVALCANTE, M. B. P T.; SANTOS, M. D. A; BARROSO, M. G. T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Escola Anna Nery**. v. 12, n.3, p. 555-59, 2008.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Atenção à saúde dos adolescentes e jovens cearenses: normas operacionais para as equipes de saúde da família**. Secretaria de Saúde do Ceará. Fortaleza: SESA- CE, 2003.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; LORENA SOBRINHO, J. E.; ARAÚJO, J. C.; MENEZES, V. A.; CAVALCANTI, A. L. Ocorrência de tabagismo e fatores associados em escolares. **RFO UPF**. v. 13, n. 1., p. 30-4, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Tabagismo: dados e números, Brasil, 2012**. Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso em: 16/08/2013.

KAREKLA, M.; SYMEOU, A.; TSANGARI, H.; KAPSOU, M.; CONSTANTINOU, M. Smoking prevalence and tobacco exposure among adolescents in Cyprus. **Eur J Public Health**. v. 19, n. 6, p. 655-61, 2009.

LOVATO, C.; WATTS, A.; BROWN, K. S.; LEE, D.; SABISTON, C.; NYKIFORUK, C.; et al. School and community predictors of smoking: a longitudinal study of Canadian high schools. **Am J Public Health**. v. 103, n. 2, p. 362-8, 2013.

MACHADO, V. C; ALERICO, M. I.; SENA, J. Programa de prevenção e tratamento do tabagismo: uma vivência acadêmica de enfermagem na área da saúde. **Cogitare Enfermagem**. v. 12, n. 2, p. 248-252, 2007.

MALCON, M. C.; MENEZES, A. M. B; ASSUNÇÃO, M. C. F.; NEUTZLING, M. B.; CHALLAL, P. Efetividade de uma intervenção educacional em tabagismo entre adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 14, n. 1, p. 63-72, 2011.

MALCON, M. C; MENEZES, A, M. B; CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 1-7, 2003.

MALTA, D. C.; PORTO, D. L.; MELO, F. C. M.; MONTEIRO, R. A.; SARDINHA, L. M. V.; LESSA, B. H. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 14, suppl.1,p. 166-77, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Textocontexto - enferm.** v.17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MORENO, R. S; VENTURA, R. N; BRETAS, J. R. S. O uso de álcool e tabaco por adolescentes do município de Embu, São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. v. 44, n. 4, p. 969-77, 2010.

OLIVEIRA, H. F.; MARTINS, L. C.; REATO, L. F. N; 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.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Using research in evidence-based nursing practice. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T. Editors. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, 2006. p.457-94.

VITORIA, P. D; SILVA, S. A.; VRIES, H. Avaliação longitudinal de programa de prevenção do tabagismo para adolescentes. **Revista de Saúde Pública**. 45, n. 2, p. 344-54, 2011.

WASELFSZ, J. J. **Mapa da violência 2012**. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.

COMPORTAMENTO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA E A RELAÇÃO COM O USO DOS CONTRACEPTIVOS

Kerma Márcia de Freitas

Mirian Caliope Dantas

Orlando Victor Bezerra Lopes

Flávio Lúcio Ibiapina

Rita de Cássia Andrade Neiva Santos

Raimunda Magalhães da Silva

A adolescência, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos, sendo um contingente expressivo da população geral. É uma fase da vida com elevada suscetibilidade a problemas sociais e psicológicos uma vez que o indivíduo está passando da fase infantil e adentrando a fase adulta (SILVA *et al.*, 2012).

A fim de diminuir o número de gravidez na adolescência e outros problemas relacionados à sexualidade dos jovens, o Ministério da Saúde oficializou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), segundo a Portaria 980/GM de 12 de dezembro de 1989, que visa proporcionar aos adolescentes uma atenção à saúde integral, considerando o adolescente como um ser humano indivisível, com suas necessidades, problemas de saúde e relações com o meio ambiente (BRASIL, 1996).

O PROSAD foi implantado em prol de garantir à promoção da saúde do adolescente, com ênfase no crescimento e desenvolvimento saudável, levando em consideração aspectos

singulares desta fase, bem como vínculo familiar, condições socioeconômicas e escolarização dos adolescentes. As normas de atenção à saúde integral do adolescente compreendem em suas diretrizes gerais, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento tanto físico como psicológico; a sexualidade; a assistência ao pré-natal, parto e puerpério; o planejamento familiar; a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e a atenção aos problemas ginecológicos (BRASIL, 1996; 1993).

Embora as diretrizes do programa apontem para uma atenção integral à saúde do adolescente, Sposito e Carrano (2003) constataram que muitas das intervenções voltadas para a melhoria da saúde do adolescente falharam em virtude do foco estreito e da desarticulação das iniciativas governamentais e também a pouca participação dos jovens no planejamento, implementação e avaliação das atividades oriundas de políticas públicas.

Para garantir a qualidade na assistência integral à saúde do adolescente, o profissional de saúde deve criar um ambiente de acolhimento que favoreça o estabelecimento do vínculo de confiança e considere a subjetividade de cada indivíduo (SILVA *et al.*, 2012).

No Brasil, em 2010, a população de adolescentes era de 34.157.631, sendo 17.166.761 na faixa etária de 10 a 14 anos e 16.990.870 entre 15 e 19 anos. No Ceará, no mesmo ano, a população de adolescentes era de 1.694.148, correspondendo a 5% da população de adolescentes no Brasil (IBGE, 2010). Com o aumento dessa população, observa-se frequentemente o fenômeno da gravidez na adolescência, o que tem preocupado os diversos setores da sociedade. Percebe-se aumento na

proporção de partos entre adolescentes em comparação com o total de partos realizados no País, ou seja, a gravidez na adolescência é ainda um problema de saúde pública (MAGALHÃES; REIS, 2003).

As estatísticas sobre gravidez na adolescência revelam que há uma incidência significativa de primeira gestação coincidindo com o início da menarca e associada à primeira relação sexual, com aumento do número de casos em menores de 20 anos e com mais de um filho. Dados da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia mostram que o problema pode estar relacionado aos estímulos do meio ambiente, de comunicação televisiva e outros meios de comunicação de massa, nos quais há um bombardeio de erotismo que parece estar levando crianças a imitar posturas de adultos e adotar comportamentos precoces em relação a sua sexualidade (FEBRASGO, 2002).

Em suma, vários fatores têm influenciado, tais sejam, a antecipação da menarca, o início precoce da atividade sexual, a falta de orientação sobre riscos e consequências do sexo sem proteção, o desconhecimento sobre a sexualidade, a influência da mídia, a pobreza, a baixa expectativa de vida, a ociosidade, a falta de objetivos e de planos para o futuro, baixa escolaridade e as transformações físicas, psicológicas e sociais próprias da idade, como também, a pouca participação da família, da escola e dos serviços de saúde.

Dentre as ações de saúde ofertadas aos adolescentes, a educação em saúde é um elemento fundamental que oferece base para o exercício da autonomia e da tomada de decisão. Tomando como foco a saúde sexual e reprodutiva deste grupo, as informações devem abordar: a escolha livre diante dos esclarecimentos de cada método contraceptivo, o uso de preserva-

tivo para dupla proteção e o planejamento de uma gravidez no período mais adequado da vida (SILVA *et al.*, 2012).

Embora existam programas de educação sexual nas escolas como o Programa Saúde do Escolar (PSE), que se desenvolve nos estabelecimentos de ensino, ainda as informações recebidas acerca da sexualidade e dos métodos contraceptivos, muitas vezes, são incompletas e pouco esclarecedoras. Por outro lado, o nível de compreensão dos jovens, ainda imaturos, impede de manterem relacionamentos responsáveis e as consequências na maioria das vezes são desastrosas, com o acometimento de DST e gravidez não planejada.

Entende-se a relevância do estudo à medida que se delinea o perfil das adolescentes, identificando-se os principais métodos contraceptivos utilizados e as atitudes diante dos efeitos adversos.

Este estudo teve como objetivo identificar situações da vida sexual do adolescente, o uso dos métodos contraceptivos e atitudes frente aos seus efeitos adversos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Com o intuito de conhecer o comportamento sexual e reprodutivo adotados pelas adolescentes, realizou este estudo considerando os principais métodos contraceptivos utilizados e as principais queixas referentes ao seu uso como: número de parceiros, início da vida sexual e histórico obstétrico.

A pesquisa foi realizada com 40 adolescentes em dois Centros de Saúde da Família (CSF) da Regional VI, localizada no município de Fortaleza-CE, que tinham idade entre 12 e 18 anos, do sexo feminino, que já tivessem iniciado a vida sexual e fizessem uso de métodos contraceptivos. Os critérios de ex-

clusão foram aquelas cujos pais ou responsáveis não autorizasse sua participação, bem como também o desinteresse das adolescentes em participar da pesquisa. As adolescentes foram selecionadas a partir das consultas nos programas de planejamento familiar, prevenção de câncer do colo uterino e pré-natal, que atendessem aos critérios de inclusão.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2011 nos CSF's supracitados, utilizando-se um questionário composto de dados de identificação, de informações sobre a saúde sexual, de indagações sobre o anticoncepcional hormonal utilizado e das queixas em relação aos mesmos.

Os dados foram tabulados e apresentados na forma de tabela com frequência absoluta e relativa e analisados segundo a literatura pertinente ao tema.

A pesquisa seguiu as orientações éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS sobre os aspectos éticos em saúde envolvendo seres humanos. A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, como também solicitada autorização para a execução da pesquisa pelo diretor dos Centros de Saúde da Família *locus* da pesquisa. Após aprovação foram apresentados aos pais ou responsáveis das adolescentes os objetivos da pesquisa e solicitado à autorização com a devida assinatura dos mesmos no Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE).

COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO DAS ADOLESCENTES

Tabela 1 – Distribuição do número de adolescentes segundo aspectos sexuais.

Idade das adolescentes (em anos completos)	Nº	%
10 a 14	6	15
15 a 17	24	60
18 a 19	10	25
Situação conjugal		
Solteira	36	90
União conjugal	4	10
Idade da menarca (em anos completos)		
11	5	12
12	15	37
13	11	28
14	7	18
Não lembra	2	5
Idade de início da vida sexual (em anos completos)		
10 a 13	18	45
14 a 16	22	55
Número de parceiros sexuais		
1	14	35
2	8	20
3	8	20
5	10	25
História de gravidez		
Já engravidaram	18	45
Nunca engravidaram ^o	22	55
História de aborto		
Já tiveram aborto	8	20
Nunca tiveram aborto	32	32
História de DST's		
Já tiveram DST's	4	10
Nunca tiveram DST's	36	90

Das 40 participantes, 60% (n=24) encontram-se na adolescência média, bem como 25% (n=10) na adolescência tardia e 15% (n=6) na adolescência inicial. Ressalta-se que meninas de 10 a 15 anos representam a maioria da amostra deste estudo, demonstrando que estão buscando atendimento médico precocemente, assim como a vida sexual tem iniciado com menos idade. Se formos comparar com décadas atrás, tanto o tratamento ginecológico como a virgindade eram discutidos como assuntos restritos e a população brasileira crescia desgovernadamente sem qualquer planejamento familiar, resultando em famílias numerosas com acesso inadequado à educação, saúde, lazer, dentre outros.

Ciente disso, o Governo Federal sancionou a Lei Federal nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, formalizando e regulamentando o planejamento familiar como direito de todo cidadão brasileiro independente de sexo, raça, cor ou religião, e não apenas uma obrigação feminina. Para isto, considerou imprescindível estabelecer o acesso das mulheres, em idade fértil, ao atendimento médico primário como forma de prevenir uma gravidez não planejada, além de garantir o acesso à assistência pré-natal de qualidade, com direito à atendimento na concepção e contraceção, controle das DST's e da prevenção dos cânceres de mama e cérvico-uterino (BRASIL, 2011a).

No que se refere à escolaridade, a maioria das adolescentes pesquisadas tinham baixa escolaridade, principalmente Ensino Fundamental incompleto, e muitas delas já tinham parado de estudar. Com esta realidade, torna-se ainda mais difícil a compreensão das informações sobre gravidez precoce, bem como consequências no uso de métodos contraceptivos e de DST.

Outro dado importante foi a renda familiar. A maioria afirmou ganhar um salário mínimo, demonstrando a baixa condição socioeconômica que possuem, com pouco acesso à informação e meios efetivos de terem um acompanhamento médico que não seja no Sistema Único de Saúde – SUS.

No que se refere ao estado civil, dentre as 40 adolescentes participantes da pesquisa, 36 afirmaram estar solteiras, enquanto quatro disseram ter uma união estável com seu parceiro. Somente quatro participantes demonstraram ter um único parceiro sexual, enquanto que as demais, por estarem solteiras, possuíam mais possibilidades de relacionarem-se com pessoas diferentes, aumentando o risco de uma gravidez precoce pelo não uso consecutivo de métodos anticoncepcionais, bem como de adquirir DST.

De acordo com o Ministério da Saúde, a maioria das grávidas com menos de 18 anos possuem baixa escolaridade, renda familiar abaixo de dois salários mínimos, namoram e não possuem acompanhamento médico regular, assim como não fazem uso de métodos contraceptivos regulares por não terem parceiros sexuais fixos, acreditando que o fato de terem relações sexuais apenas eventualmente diminui os riscos (BRASIL, 2011b).

Quando indagadas sobre a idade da menarca, 37% (n=15) destacam que tiveram sua menarca com 12 anos, bem como 28% (n=11) com 13 anos, 18% (n=7) com 14, 12% (n=5) com 11 anos e 5% (n=2) disseram não lembrar em qual idade a menarca ocorreu. Ao analisar a menarca na vida de uma adolescente, Crespin e Reato (2007) concluíram que a média de idade da menarca é de 12 a 13 anos e dos ciclos ovulatórios de 13 a 14 anos, o que aumenta o risco de gravidez não planejada nessa faixa de idade.

A menarca é uma fase marcante na vida de uma menina, se constitui em momento único e representa a passagem da infância para a fase adulta, com seu corpo já formado e pronto para se reproduzir. A partir de então, é imprescindível que elas tenham acompanhamento ginecológico correto, com visitas regulares ao médico e adoção de um método contraceptivo, caso inicie sua vida sexual com ou sem parceiro fixo.

Constatou-se que 50% (n=20) das adolescentes iniciaram sua vida sexual com 14 ou 15 anos. Todavia, chama a atenção o fato de 45% (n=18) das meninas terem perdido a virgindade com menos de 15 anos, correndo o risco de terem uma gravidez precoce ou adquirirem DST. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), quanto mais jovens, menos cuidados possuem com sua saúde e com medidas contraceptivas. Estudo de Araújo, Vasconcelos e Lima (2006), sobre exercício da sexualidade de estudantes de escola de João Pessoa-PB, coadunam com estes achados, pois a média de idade encontrada para a primeira relação sexual vaginal foi de 14,1 anos. Os mesmos autores relatam que a precocidade do início das atividades sexuais entre adolescentes podem levar a bloqueios do amadurecimento psicossocial, podendo futuramente limitar a satisfação sexual.

Observou-se que relacionado ao número de parceiros íntimos, 14 (35%) mencionaram que, até a data de aplicação do instrumento de coleta de dados, tiveram apenas um parceiro em sua vida sexual, bem como 10 (25%) cinco parceiros, oito (20%) três e oito (20%) dois parceiros. Ressalta-se que o fato de 25% da amostra populacional ter mencionado haver tido relações sexuais com cinco parceiros ser um dado alarmante, somente quatro delas mencionaram já ter uma vida conjugal estável e que a maioria delas possui até 18 anos.

Ao investigar sobre os antecedentes obstétricos observou-se que 55% (n=22) nunca engravidaram e 45% (n=18) já tiveram pelo menos uma gravidez. Fato que ressalta a gravidez com percentual elevado ainda na adolescência de muitas meninas que perdem a chance de terem outras oportunidades de vida e formação educacional para cuidarem de seus filhos quando, na verdade, a maioria delas ainda precisa de cuidados. Quanto mais novas engravidam maiores são as chances de terem complicações na gravidez pelo útero não estar plenamente maduro, inclusive aumentando os índices de partos prematuros.

Sobre a prática de aborto, oito (20%) delas já sofreram algum aborto, enquanto 32 (80%) não tiveram. No caso específico deste estudo, as pesquisadas não foram indagadas se o aborto foi espontâneo ou provocado. O aborto nada mais é do que uma interrupção da gravidez que pode ser espontânea ou induzida e dentre as causas espontâneas encontram-se as genéticas, uterinas, imunológicas, autoimunes, hematológicas, hormonais e infecciosas (BRASIL, 2011b).

Quando questionadas se haviam adquirido algum tipo de DST, destaca-se que apenas quatro (10%) já foram diagnosticadas com alguma DST, duas com sífilis e duas com gonorréia. O fato de 90% (n=36) não ter contraído nenhuma DST pode demonstrar a conscientização quanto à importância do uso da camisinha, haja vista que todas mencionaram ter conhecimento sobre o seu uso ou o simples fato de o parceiro não ter também nenhuma doença. Nesse contexto, ressalta-se que todas as participantes da pesquisa já foram orientadas quanto aos riscos e consequências de terem relações sexuais sem camisinha, com a maioria delas tendo obtido estas informações pelos agentes comunitários de saúde.

USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR ADOLESCENTES

Tabela 2 – Distribuição do número de adolescentes quanto ao uso de métodos contraceptivos

Variáveis (N=40)	Nº	%
Método contraceptivo utilizado atualmente		
Hormonal oral	23	57
Hormonal injetável	4	10
Preservativo masculino	6	15
Dupla proteção (hormônio + preservativo)	7	18
Efeitos adversos sentidos após a ingestão do contraceptivo oral*		
Aumento de peso	7	18
Náuseas e Vômitos	12	30
Aumento do apetite	4	10
Dor epigástrica	4	10
Alteração no humor	4	10
Distúrbio no sono	3	7
Redução da libido	2	5
Corrimento	2	5
Palpitações	8	2
Irritabilidade e Nervosismo	8	2
Ansiedade	3	7
Ondas de calor	8	2
Atitudes frente aos efeitos adversos após a ingestão do contraceptivo		
Sentem mas continuam usando	22	55
Continua usando e não sente mais nada	12	30
Trocou o contraceptivo pelo preservativo	6	15

*A soma total foi >40, pois algumas adolescentes responderam mais de uma opção.

Quanto à utilização de métodos contraceptivos, identificou-se que a maioria da amostra populacional, 57% (n=23), disse usar anticoncepcionais orais, enquanto 18% (n=7) utilizaram o anticoncepcional e o preservativo masculino, bem como 15% (n=6) somente o preservativo e 10% (n=4) anticoncepcional injetável.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), as pílulas anticoncepcionais são o método contraceptivo mais conhecido e utilizado entre as mulheres, sua eficácia chega a 99% quando a usuária não se esquece de tomar nenhum dia sequencial. Além disso, devido às inúmeras marcas e patentes, a possibilidade de desenvolver qualquer tipo de alergia ou efeito adverso vem se tornando cada vez menor. Todavia, não é um método válido na prevenção de DST/AIDS, precisando-se de outro método complementar como o preservativo masculino para fazer a dupla proteção.

Métodos hormonais devem ser usados na adolescência com bastante cautela devido à sobrecarga no desenvolvimento púbere, quando iniciado antes da maturação sexual e física, isto é, geralmente dois anos antes da menarca, o que contra indica seu uso. É nesta fase que ocorre maior produção de secreções esteróides gonadotróficas, aumento de estradiol e progesterona devido à ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, sendo os contraceptivos hormonais constituídos de hormônio sintéticos conjugados ou não, o que pode levar a alterações e complicações hormonais importantes (BOUZAS; PACHECO; EISENSTEIN, 2004).

Crespin e Reato (2007) alertam para riscos e benefícios das pílulas na adolescência devendo ser cuidadosamente avaliados antes da prescrição, além das contra indicações gerais dos medicamentos, sejam monofásicos, bifásicos ou trifásicos, combinados ou não, deve-se considerar que idade inferior a dois anos da menarca propicia a riscos para tromboembolismos e doenças crônicas. Por outro lado, a desinformação dos profissionais e dos próprios adolescentes sobre os anticoncepcionais orais (ACO), injetáveis ou qualquer outra apresentação, tem dificultado o uso e a manutenção dos mesmos pelas adolescentes.

Segundo Herter e Accetta (2001), o índice de manutenção do método anticoncepcional na adolescência é baixo e os motivos do abandono referem-se a preocupações com aumento de peso, aparecimento de celulites, sangramentos anormais, medos de infertilidade, desencorajamento por parte de parceiros e familiares.

O Ministério da Saúde desenvolveu programas de capacitação específicos para que os profissionais da área de saúde, atuantes no setor público, pudessem auxiliar as mulheres com a indicação de uma ou mais medidas de anticoncepção, bem como na prevenção de DST, inclusive com distribuição gratuita de contraceptivos como anticoncepcionais e preservativos. A escolha específica de um destes métodos vincula-se especificamente à eficácia, efeitos secundários, aceitação do organismo da pessoa, disponibilidade, facilidade em seu uso, reversibilidade e proteção contra DST (BRASIL, 1993).

Ao investigar a percepção de eventos adversos após a ingestão de contraceptivos hormonais foram apontados o aumento de peso e a presença de náuseas em sete delas, bem como cinco mencionaram vômitos, quatro dor epigástrica, aumento no apetite e distúrbios do sono. Nesses casos, é importante que o ginecologista fique sabendo de todos os sintomas, a fim de trocar o medicamento usado ou substituir por outro que evite efeitos colaterais sem, no entanto, interromper o método contraceptivo.

Diante da existência dos efeitos adversos dos contraceptivos hormonais, pesquisaram-se as atitudes tomadas pelas adolescentes frente a estes: 55% (n=22) disseram continuar tomando o remédio mesmo sentindo os sintomas, enquanto 30% (n=12) mencionaram tomar sem sentirem mais nada e 15% (n=6) afirmaram adotar a camisinha como novo método con-

traceptivo. Independente do uso de anticoncepcional via oral, é imprescindível que as jovens ativas sexualmente tenham alguma forma de prevenção, não apenas da gravidez, mas das DST's de um modo geral.

CONCLUSÃO

Diante das considerações feitas ao longo desta pesquisa, pode-se observar que a maioria das adolescentes inicia a atividade sexual um ano antes ou no mesmo de ocorrência da menarca, ou seja, menstruam aos 12 anos e já perdem a virgindade nesta mesma faixa etária. Pode-se perceber isto claramente quando o pesquisador comportou-se como intérprete da realidade vivenciada e por meio do cruzamento das informações obtidas nos questionários aplicados no estudo.

Além disso, constatou-se que as adolescentes possuem baixa escolaridade, baixo poder econômico e, por conseguinte, menos acesso à informação, fazendo com que deixem para segundo plano o conhecimento efetivo de seu corpo e da prevenção da gravidez e DST.

O fato de já terem tido mais de um parceiro e apenas seis delas assumirem que usam camisinha aumenta as possibilidades de desenvolvimento das DST/AIDS, haja vista ser este o principal método contraceptivo que não objetiva apenas evitar uma gravidez, mas algo bem mais problemático e de difícil tratamento, como as doenças sexuais.

Diante das considerações feitas ao longo desta pesquisa pode-se constatar que o uso dos métodos contraceptivos é imprescindível, devendo ser introduzidos logo no início da vida sexual das jovens. Todavia, deve-se saber que seu uso possui vantagens, desvantagens que devem ser particularizados.

Os principais benefícios obtidos com seu uso são a prevenção de DST, uma gravidez precoce não planejada, melhor controle do ciclo menstrual e existência de micro cistos, levando a um equilíbrio orgânico, social e familiar desta adolescente.

Por outro lado, sua utilização pode ocasionar alguns sintomas, como náuseas, aumento de peso, aumento de apetite, alteração de humor ou no sono, dor epigástrica, redução da libido, corrimento vaginal, palpitações, irritabilidade, ondas de calor, nervosismo e ansiedade. Além dos sintomas mencionados pelas respondentes, ainda existe a possibilidade de trombose venosa, aumento na tendência de desenvolver varizes, mas tais fatores são correlacionados também à hereditariedade.

Buzas, Pacheco e Eisenstein (2004) recomendam, ao profissional da saúde, orientar o uso do contraceptivo dentro do conhecimento das características sociais e familiares dos adolescentes, transmitindo informações adequadamente e fazendo acompanhamento contínuo da adolescente. Pereira e Taquette (2010) acrescentam que não se deve esquecer a dupla proteção, pois qualquer proposta de saúde reprodutiva não deverá ter apenas o objetivo de prevenção da gravidez, mas também das DST's.

RERERÊNCIAS

ARAÚJO, E.C. de.; VASCONCELOS, E.M.R. de.;LIMA, L.S de. Aspectos do exercício da sexualidade de estudantes de escolas públicas na cidade de João Pessoa. **Rev. Enf. Atual.**, mar./abr., 2006.

BOUZAS, I.; PACHECO, A.; EISENSTEIN, E. Orientações dos principais contraceptivos durante a adolescência. **Rev. Adolescência & Saúde**, v.1, n.2, jun., 2004.

BRASIL. **Programa saúde do adolescente**. Bases Programáticas. 2. ed., Brasília: Secretaria Executiva; 1996.

_____. **Normas de atenção a saúde do adolescente**. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente (SASAD). Coordenação Materno-Infantil (COMIN). Brasília, 1993; v.1, 2 e 3.

_____. *Lei Federal nº 9.263/1996*, regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/civil/leis/L9263.htm>. Acesso em: 20 abr. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. *Planejamento familiar*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=152>. Acesso em: 20 abr. 2011b.

CRESPIN, J.; REATO, L. de F.N. **Herbiatria**: medicina da adolescência. Rio de Janeiro: ROCA, 2007.

FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de orientação**: saúde da adolescente. São Paulo; 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**: nupcialidade e fecundidade: resultados da amostra. Rio de Janeiro; 2003.

MAGALHÃES, M.L.C.; REIS, J.T.L. **Compêndio de ginecologia infanto-juvenil**: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2003.

PEREIRA, S.M.; TAQUETTE, S.R. Consulta ginecológica na adolescência: a importância de estabelecer uma rotina precoce de prevenção. **Rev. Adolescência & Saúde**, v.7, n.2, abr., 2010.

SILVA, R. M.; FERREIRA, E. R. F. M; BARROS, L. C. P.; BEZERRA, R. K A.; BARBOSA, I. L.; CAMPOS, D. B. Aspectos Sexuais, Reprodutivos e Reações Familiares de Adolescentes Grávidas. In: SILVA, Raimunda Magalhães; MOURA, Escolástica Ferreira; FERNADES, Ana Fátima Carvalho. **Desafios na Assistência à Saúde da Mulher e Temas Emergentes**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Cap. 1, p. 25-46, 2012.

SILVA, R. M.; FERREIRA, E. R. F. M; CAVALCANTE, S. H. B.; CAVALCANTE, J. C. C.; COSTA, M. S.; MELO, L. P. T. Assistência de Enfermagem ao Planejamento Familiar na Opinião de Adolescentes. In: SILVA, Raimunda Magalhães; MOURA, Escolástica Ferreira; FERNADES, Ana Fátima Carvalho. **Desafios na Assistência à Saúde da Mulher e Temas Emergentes**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Cap. 2, p. 47-63, 2012.

SPOSITO, M.P e CARRANO, P.C.R. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Rev. Bras. Educ.** ISSN. 1413-2478.; n.24, p.16-39, set/dez 2003.

PROGRAMA DE INCLUSÃO NO TRIATHLON DE ADOLESCENTES EM VULNERABILIDADE SOCIAL

Ana Karina Monte Cunha Marques
Patrícia Moreira Costa Collares
Samira Cavalcante Gomes
Jamille Soares Moreira Alves
Jeovane Ponte Fialho Andrade
Keyla Rejane Frutuoso de Moraes
Fátima Luna Pinheiro Landim

INTRODUÇÃO

A adolescência é a fase de transição da infância para a vida adulta, que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende a faixa etária situada entre 10 e 19 anos e causa inúmeras alterações físicas e psicológicas, até a maturação completa do indivíduo. A puberdade marca o início da adolescência e corresponde às mudanças de natureza biológica que darão início à capacidade reprodutiva do adolescente (EISENSTEIN, 2005; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

As principais mudanças advindas da puberdade são o crescimento acelerado da estatura e o desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários de cada sexo. Além destes, ocorrem nos dois gêneros mudanças na composição corporal, aumento do tecido ósseo e desenvolvimento do aparelho cardiovascular, respiratório e endócrino (EISENSTEIN;

COELHO, 2008; LUBIANCA; ACCETA; ABEICHE, 2010).

Dois grupos de fatores são apontados como determinantes para o crescimento e desenvolvimento do adolescente: fatores de natureza intrínseca, que são referentes à genética do indivíduo, e de natureza extrínseca, que dizem respeito ao conjunto de aspectos ambientais que cercam o indivíduo. Entre os extrínsecos, destacam-se a nutrição, a atividade física e o nível socioeconômico-cultural. (LEONE; GALLO, 2010; ROCHELLE; BARROS FILHO; ARRUDA, 2008). Considerando este somatório de fatores, compreende-se que a adolescência é uma fase especial para se investir em programas de saúde que incluam jovens em vulnerabilidade social.

Durante a fase de crescimento, a prática regular de atividades físicas é benéfica para o adolescente, pois estimula o desenvolvimento físico, previne obesidade, diabetes tipo 2, diminui o risco de pressão alta, além de desenvolver a socialização e a capacidade do jovem de trabalhar em equipe (ALVES; LIMA, 2008).

Os motivos que levam o adolescente a praticar alguma modalidade esportiva são vários, entre eles, a diversão, a procura por novas amizades, incentivo por parte da família, busca de *status* e outros. Observa-se um aumento na procura por esportes de caráter competitivo e de alto rendimento. Sendo também frequente a participação de crianças e adolescentes em competições de nível municipal, nacional e até mesmo internacional (ROCHELLE; BARROS FILHO; ARRUDA, 2008).

O *triathlon*, desporto que combina natação, ciclismo e corrida em única prova, é uma modalidade que cada vez mais atrai adeptos de diversas faixas etárias. No Brasil, existem pro-

jetos que incentivam a prática desta modalidade por crianças e adolescentes. Tais projetos podem ser considerados alguns dos fatores para o crescente número de praticantes adolescentes. Como exemplo, o Serviço Social do Comércio (SESC) criou o “SESC *Triathlon* + Iniciação Esportiva”, em maio de 2012, no intuito de motivar crianças de oito a catorze anos de baixa renda a praticarem este esporte (SESC, 2012).

No município de Fortaleza (CE), quando surgiu a Federação de *Triathlon* no Estado do Ceará (FETRIECE), esta contava apenas com 12 atletas. A partir de 2004, houve aumento expressivo de iniciantes, além de esportistas provindos das modalidades que compõem o *triathlon*. Este crescimento pode ser em parte justificado pela criação do projeto “Novos Talentos” pela FETRIECE, cuja intenção é despertar o interesse pela prática de *triathlon* em crianças e adolescentes de origem humilde, moradores de zonas de risco para violência, com faixa etária compreendida entre oito e 18 anos de idade (CEARÁ, 2012).

O *triathlon* é considerado uma modalidade esportiva extenuante, de grande desgaste energético, que sobrecarrega as capacidades físicas dos seus praticantes. O atleta acumula cansaço ao longo da competição, devido à combinação das três categorias realizadas consecutivamente em mesma prova. A rotina de treinos e competições causa várias adaptações orgânicas em seus praticantes, fazendo com que estes apresentem características físicas e fisiológicas diferentes daqueles que praticam outros esportes (ANJOS; FERNANDES; NOVAES, 2003; PUGGINA, 2008).

Dentre os sistemas humanos, o respiratório é um dos que mais sofrem alterações devido à prática de esportes de

endurance como o *triathlon*. Para avaliar a função pulmonar e investigar a presença ou não de alterações decorrentes do treinamento físico, pode-se utilizar a espirometria. Esta irá quantificar volumes e capacidades pulmonares, por meio de uma manobra bastante simples, que consiste em realizar uma inspiração profunda até a Capacidade Pulmonar Total (CPT) e, em seguida, uma expiração rápida e forçada até o Volume Residual (VR) (JARDIM *et al.*, 2008; PUGGINA, 2008).

Os resultados fornecidos pela espirometria são influenciados por fatores antropométricos, tais como sexo, estatura, idade, raça e peso corporal. Este último não se relaciona tanto aos resultados espirométricos de adultos, exceto em casos de obesidade mórbida. No entanto, exerce influência significativa na avaliação da função pulmonar de crianças e adolescentes. Um método útil para a classificação do estado nutricional é o Índice de Massa Corpórea (IMC), obtido por meio da fórmula: peso (kg)/[estatura (m)]². Através do resultado, é possível identificar se o indivíduo é desnutrido, eutrófico, com sobrepeso ou obeso (LOURENÇO; TAQUETTE; HASSELMANM, 2011; PEREIRA, 2002).

Em levantamento do estado da arte acerca da função pulmonar de praticantes de modalidades esportivas, levando em conta idade, tipo de atividade e tempo de prática, peso corporal e nível socioeconômico, percebeu-se a escassez de estudos nacionais. Como já mencionado, os fatores ambientais podem influenciar o curso normal do desenvolvimento físico na fase juvenil. Desta forma, ao considerar o crescente número de crianças e adolescentes iniciantes em esportes de alto rendimento, as alterações fisiológicas decorrentes das atividades exaustivas sobre diversas funções orgânicas e as condições de

treinamento as quais os praticantes são submetidos, verifica-se que a incipiência de estudos correlacionando estes fatores de elevada relevância.

A relevância do presente estudo reside na divulgação de informações sobre a saúde funcional de adolescentes iniciantes de *triathlon* e através do resultado obtido pode-se contribuir para o conhecimento da comunidade científica sobre o papel de programas que atuem como fator protetor de adolescentes em vulnerabilidade social. Objetivou-se avaliar indicadores quantitativos acerca da saúde funcional de adolescentes praticantes de *triathlon*.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo, de natureza transversal, na qual as avaliações foram realizadas em única etapa durante o mês de novembro de 2012, em uma clínica escola de uma faculdade particular, localizada no bairro Dunas, na cidade de Fortaleza(CE).

A amostra da pesquisa foi composta por adolescentes iniciantes no “Programa escolinha de *triathlon*”, sendo este resultante de uma parceria entre a Secretaria do Estado do Ceará e algumas instituições do município de Fortaleza (CE), entre elas a Instituição de Ensino Superior (IES) acima citada, na qual ocorreu a coleta de dados.

Os 38 adolescentes selecionados foram aqueles que, no dia agendado para avaliação, estivessem presentes no treino e que aceitassem o convite para fazer parte da pesquisa. Eles tinham uma faixa etária compreendida entre 10 e 16 anos. Do total, quatro participantes não conseguiram realizar o exame espirométrico e, portanto, foram excluídos da pesquisa, restando

uma amostra de 34 avaliados, dos quais 22 eram do sexo masculino e 12 do sexo feminino.

A coleta de dados transcorreu em um dia normal de treino, nos períodos da manhã e tarde, logo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo professor responsável e pelos alunos do programa. Foi realizada a avaliação da função pulmonar por meio da espirometria, aferição dos sinais vitais e cálculo do IMC. Para tanto, utilizou-se uma ficha de avaliação formulada especificamente para o grupo, composta pelos seguintes itens: dados pessoais (nome, data de nascimento, idade, raça, escolaridade, endereço, telefone), história de doença pregressa, história social, exame físico, (peso, altura, IMC), sinais vitais (FC, FR, temperatura, PA, saturação de oxigênio).

Os sujeitos responderam inicialmente aos questionamentos propostos na ficha e, em seguida, foram coletados os dados antropométricos (peso e altura). Para medir o peso, foi utilizada uma balança digital marca *Welmy*, modelo R/L W-200 (200 kg). No momento em que eram pesados, os indivíduos estavam vestidos com roupas leves e descalços. A altura foi mensurada com uma escala métrica marca *Sanny*, fixada na parede. Os adolescentes eram posicionados em postura ereta, com o olhar no horizonte, braços ao longo do corpo, calcanhares juntos e encostados na parede. Era solicitada uma apnéia respiratória e neste momento verificava-se a medida. A partir da obtenção destes dados e com a realização do cálculo $\text{peso (kg)} / [\text{estatura (m)}]^2$, foi obtido o IMC de cada participante.

Logo depois, foram avaliados os sinais vitais, primeiro com a aferição da pressão arterial, utilizando-se para este fim um estetoscópio cardiológico e esfigmomanômetro, ambos

da marca Premium. Neste momento, os indivíduos ficavam sentados em posição confortável. A saturação de oxigênio e a frequência cardíaca foram verificadas através de um oxímetro de pulso modelo SM – 110, marca Santa Medical, sendo este colocado no dedo indicador de cada voluntário, até a obtenção dos valores. Para medir a frequência respiratória, utilizou-se um relógio de pulso marca *Technos* e a técnica empregada consistiu em contar o número de incursões respiratórias durante o período de um minuto. A temperatura foi medida com um termômetro de mercúrio, marca *Accumed*, posicionado na região axilar durante cinco minutos.

Figura 1 – Verificação de Pressão Arterial



Fonte: dados da pesquisa.

Após a aferição dos sinais vitais, foi realizado o teste de espirometria, com um espirômetro de sistema aberto, modelo *One Flow Soft*. A execução do teste ocorreu da seguinte maneira: os voluntários ficavam sentados em postura ereta, com a cabeça em posição neutra. Foi solicitado de cada um que realizasse uma inspiração profunda até a CPT; em seguida, o nariz

era ocluído com clipe nasal e o espirômetro acoplado à boca, de forma a evitar escape aéreo (Figura 2). O examinador solicitava que o voluntário realizasse uma expiração rápida e forçada até o VR, sem hesitação. Todas as etapas foram esclarecidas e orientadas e durante a execução das manobras os participantes eram incentivados por meio de comandos verbais.

Cada participante deveria realizar no máximo oito tentativas, com pelo menos três manobras aceitáveis e duas reprodutíveis. Destas, foram considerados os maiores valores de CVF e VEF1, que diferiam apenas 0,15 L entre si e as melhores curvas de PFE, que apresentavam menos de 10% de diferença de uma para a outra. Para análise de dados, foi registrado o melhor valor realizado (curva selecionada pelo *software*) e o valor previsto de cada participante. A partir dos dados, foi calculada a média de cada variável prevista e preditiva, no caso, PFE, VEF1, CVF e VEF1/CVF.

Figura 2 – Realização do exame espirométrico



Fonte: dados da pesquisa.

Os dados foram tabulados e organizados em gráficos e tabelas através do programa *Microsoft Office Excel2007* e analisados pelo banco de dados do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Foram respeitados os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e mantido sigilo sobre o conteúdo avaliado, em respeito à privacidade dos sujeitos.

A SAÚDE FUNCIONAL DOS ADOLESCENTES QUE PRATICAM TRIATHLON

Dos 34 adolescentes avaliados, a faixa etária estava compreendida entre 10 e 16 anos, caracterizando uma média de $13,50 \pm 1,5$ anos, sendo 22 (64,7%) do sexo masculino. Estes estavam regularmente matriculados no “programa escolinha de *triathlon*” e treinavam em sua maioria há menos de 6 anos. Quanto à frequência de treino por semana, os participantes avaliados disseram treinar de 1 a 6 vezes, a depender da modalidade, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Frequência por semana, de acordo com a modalidade do triathlon.

Frequência Por Semana	Modalidades		
	Natação n (%)	Ciclismo n (%)	Corrida n (%)
1 vez por semana	4 (11,8%)	7 (46,7%)	3 (9,4%)
2 vezes por semana	3 (8,8%)	2 (13,3%)	4 (12,5%)
3 vezes por semana	23 (67,6%)	6 (40%)	25 (78,1%)
6 vezes por semana	4 (11,4%)	-	-

Em relação ao tempo de treino por dia, houve variação de 10-20 minutos, 25-35 minutos, 1 hora e 2 horas, a depender da modalidade. Os números e porcentagens estão expressos no Quadro 2.

A maior prevalência do sexo masculino na amostra desta pesquisa vai ao encontro dos resultados obtidos por Guedes *et al.* (2001), que avaliaram 286 adolescentes, sendo 157 mulheres e 124 homens. Os autores verificaram que a incidência de inatividade física é bem maior para o sexo feminino (65% da amostra feminina foi classificada como inativa), que para o sexo masculino (54% da amostra masculina foi classificada como ativa). Resultado parecido foi encontrado por Silva *et al.* (2012), ao realizarem um estudo com 511 crianças e adolescentes de ambos os gêneros, com faixa etária compreendida entre sete e dezesseis anos, participantes de projeto social, em que se observou que da amostra avaliada 19,9% dos meninos e 12,9% das meninas eram considerados ativos.

Quadro 2 – Tempo de treino por dia, de acordo com a modalidade do triathlon.

Tempo de treino por dia	Modalidades		
	Natação n (%)	Ciclismo n (%)	Corrida n (%)
10-20 minutos	6 (17,6%)	3 (21,4%)	13 (40,6%)
25-35 minutos	6 (17,6%)	3 (21,4%)	11 (34,4%)
1 hora	18 (52,9%)	3 (21,4%)	8 (25%)
2 horas	4 (11,8%)	5 (35,7%)	-

Modalidade com n = número de participantes e suas respectivas porcentagens.

Fonte: dados da pesquisa

Ao que se refere a hábitos de tabagismo e etilismo, utilização de medicamentos, outras substâncias e patologias previamente diagnosticadas, 100% não usavam drogas lícitas/ilícitas, 12,1% consomem suplemento alimentar, dois participantes (5,9%) referiram utilizar medicamento e cinco participantes têm asma (14,3%).

Vieira, Priore e Fisberg (2002) apontam além das inúmeras vantagens biológicas da prática de atividades físicas na adolescência, benefícios psicossociais, entre eles o afastamento de vícios. Farias Júnior, Mendes e Barbosa (2007) ao avaliarem 2.768 adolescentes, encontraram também baixa prevalência de tabagismo e etilismo na amostra. No entanto, quando os autores analisaram os dados, observaram que não houve associação do consumo de álcool e fumo à inatividade física.

Os valores dos sinais vitais apresentaram as seguintes médias: FC: 11,50 valor máximo de 106 bpm e mínimo de 50 bpm; FR: 3,5 valor mínimo de 12 irpm e máximo de 30 irpm; PA: 9,0 valor mínimo de 100X60 mmHg e máximo de 130X80 mmHg; temperatura: 4,0 valor mínimo de 35 °C e máximo de 37°C; saturação de oxigênio: 2,0 valor mínimo de 88% e máximo de 99%.

De acordo com Almeida e Araújo (2003), indivíduos com bom condicionamento físico costumam apresentar FC de repouso mais baixa, e esse fator relaciona-se a um bom estado de saúde. Houve três resultados um pouco elevados para a FC, no qual dois participantes apresentaram 100 bpm e um apresentou 106 bpm. Os três praticam a atividade regularmente, três vezes por semana, há aproximadamente 1-2 anos. Dois têm idade de 12 anos (um homem e uma mulher), e um do sexo masculino tem idade de 15 anos. Levando em conta faixa etária como fator de variação da FC.

Mulroney e Myers (2009) referem valores de 12 a 20 irpm como normais para FR, caracterizando a eupneia. Caso estes estejam acima do máximo ou abaixo do mínimo, o indivíduo estará taquidispneico ou bradipneico, respectivamente. Da mesma forma que a FC, a FR tende a reduzir em praticantes de atividades físicas durante o repouso. Nesta pesquisa foi verifi-

cado normalidade na FR mínima, cujo valor foi de 12 irpm. A máxima foi de 30 irpm. Segundo Zilio (2005), os valores da FR em crianças e adolescentes são mais altos em relação à média para adultos, mas normalizam com o amadurecimento.

Monteiro e Sobral Filho (2004) enfatizam que as atividades físicas realizadas com frequência provocam alterações hemodinâmicas, que se refletem no sistema cardiovascular. Em longo prazo reduzem a PA, tanto em normotensos, quanto em hipertensos. Sendo recomendada a prática de exercícios para a prevenção de hipertensão arterial sistêmica (HAS). A PA mínima em nossa amostra foi de 100X60 mmHg e a máxima de 130X80 mmHg. A pressão arterial ideal é com percentil < 90, a depender da idade. Entre os percentis 90 e 95 ou acima de 120X80 mmHg com percentil < 90 ou 95, o valor é considerado limítrofe para HAS (BRASIL, 2010).

Ao analisar as condições gerais dos adolescentes através dos sinais vitais, foi verificado que a maioria dos valores encontrava-se dentro da faixa de normalidade. Porém, atenção deve se dada aos participantes com PA situada em 130X80 e 130X70mmHg, pois estes valores representam um quadro de hipertensão arterial grau I, já que o ideal para crianças e adolescentes é um percentil < 90.

Para Constanzo (2010), a temperatura corporal em seres humanos mantém um valor fixo de 37°C. Desta forma, o máximo valor encontrado (37°C) corresponde à normalidade. O valor mínimo (35°C) provavelmente está relacionado às condições ambientais, considerando que a maioria dos adolescentes estava anteriormente treinando natação, e muitos compareceram à avaliação com vestimentas molhadas. Soma-se a isso a climatização da sala onde ocorreu a pesquisa.

O valor mínimo obtido na oximetria (88%) pode estar relacionado à baixa temperatura encontrada nos participantes. Foi observado durante a aferição que alguns participantes apresentaram extremidades frias. Britto (2009) descreve como um dos fatores de variação nos valores da oximetria, a hipotermia com conseqüente vasoconstrição. Desta forma, atribui-se à vasoconstrição a medida mínima encontrada nesta amostra.

Os dados antropométricos coletados foram o peso, estatura e, a partir deles, foi obtido o IMC. Verificou-se pouca variabilidade no resultado do IMC, sendo que a maioria dos participantes avaliados foi caracterizada como eutrófica (88,2%), um participante do sexo masculino com magreza (2,9%), um do sexo feminino com sobrepeso (2,9%) e 2 como obesos (5,9%).

Não houve grande variabilidade no resultado do IMC nesta pesquisa, sendo a maioria considerada eutrófica. Fato justificável pela prática de atividade física regular. Este pode ser considerado um resultado favorável, pois reflete os benefícios da atividade física para a prevenção da obesidade, embora dois participantes tenham apresentado sobrepeso e obesidade e um participante foi classificado com baixo peso. Fato possivelmente justificado pela alimentação. Não foram encontrados valores estatisticamente significativos ao correlacionar as variáveis espirométricas preditivas com os valores do IMC.

Existe neste estudo, concordância com os resultados obtidos por Silva *et al.* (2012) que tiveram como objetivo correlacionar o nível de atividade física ao estado nutricional e fatores socioeconômicos de uma população em vulnerabilidade social. Os autores verificaram que a maioria dos avaliados foi considerada eutrófica, com prevalência maior de obesidade no sexo

masculino e baixo peso no sexo feminino. Quanto ao nível de atividade física, concluíram que está estritamente relacionado ao IMC, de forma que os participantes mais ativos são aqueles com a massa corpórea dentro da faixa prevista para a altura e o peso.

Avaliação da Função pulmonar

Conforme proposto, foram comparadas as variáveis espirométricas realizadas pelos adolescentes, considerando a curva selecionada pelo programa, e comparando-a ao valor previsto para os dados antropométricos dos participantes. Por fim, foi estabelecida uma média de significância entre elas.

Foram verificadas as médias previstas e preditivas dos valores de PFE, VEF1, CVF e índice de *Tiffeneau* de cada participante. Os valores preditivos foram selecionados pelo *software* da espirometria. Os resultados estão ilustrados no Quadro 3.

Quadro 3 – Médias das variáveis espirométricas previstas e preditivas.

	PFE	VEF1	CVF	VEF1/CVF
Valores previstos	382,35	2,89	3,33	87
Valores preditivos	257,20	2,62	3,36	79

Fonte: dados da pesquisa

Através do teste qui-quadrado, foram cruzadas as variáveis de PFE previsto com PFE preditivo (0,163), VEF1 previsto com VEF1 preditivo (0,283), CVF prevista com CVF preditiva (0,272) e relação VEF1/CVF prevista com o seu valor preditivo (0,235), sendo considerados valores estatisticamente relevantes quando $< 0,05$. Foram comparados os valores espirométricos preditivos aos resultados do IMC.

O teste de correlação não evidenciou números estatisticamente relevantes, nesta amostra. Sendo assim, supõe-se que os participantes não apresentam nenhuma disfunção significativa que venha a comprometer a sua prática esportiva. Da mesma forma, não foram observados valores superestimados para o previsto.

Para McArdle, Katch e Katch (2011) exercícios de *endurance* não ocasionam grandes aumentos na capacidade pulmonar de seus praticantes. Porém, modalidades como natação e mergulho aumentam os volumes estáticos pulmonares, por conta do fortalecimento da musculatura inspiratória, em resposta à resistência da água sobre o tórax, sendo achados comuns valores de CVF mais elevados.

Segundo Drumond (2006), o estado nutricional de um indivíduo é refletido na sua saúde, e exerce papel fundamental no sistema respiratório. Desta forma, obesidade e desnutrição podem causar alterações nos valores espirométricos. Em adultos obesos, reduções dos volumes e capacidades pulmonares são alguns achados encontrados. Ao passo que a desnutrição causa diminuição ou mesmo incapacidade de sustentar níveis ventilatórios, por conta da fraqueza muscular.

CONCLUSÃO

Conclui-se com o presente estudo que a prática regular é benéfica para a saúde de adolescentes em vulnerabilidade social. No entanto, sugere-se, para pesquisas futuras, uma amostra maior e acompanhamento longitudinal, com grupos controles, para a obtenção de resultados mais aprofundados e comparativos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B. M.; ARAÚJO, C. G. S. Efeitos do treinamento aeróbico sobre a frequência cardíaca. **Revista Brasileira de Medicina no Esporte**, v. 9, n. 2, p. 104-112, mar./abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v9n2/v9n2a06.pdf>>. Acesso em: 02/12/2012.

ALVES, C.; LIMA, R. V. B. Impacto da atividade física e esportes sobre o crescimento e puberdade de crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, n. 4, p. 383-391, 2008. Disponível em: <<http://sistemas.Eef.erp.usp.br/myron/arquivos/2540480/ee575cdd-db6d2b37b67bbd32edff4b4d.pdf>>. Acesso em: 10/07/2012.

ANJOS, M. A. B.; FERNANDES, J.; NOVAES, J. S. Características somatotípicas, dermatoglíficas e fisiológicas do atleta de triatlo. **Fitness & Performance Journal**, v.2, n.1, p. 49-57, 2003. Disponível em: <http://fpjourna1.org.br/painel/arquivos/2039-6_Triathlon_Rev1_2003_Portugues.pdf>. Acesso em: 15/07/2012.

BRASIL. Confederação Brasileira de *Triathlon*. **O triathlon**. 2012. Disponível em: <<http://www.cbtri.org.br/Triathlon.asp>>. Acesso em: 30/09/2012.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 02/12/2012.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria. Avaliação nutricional da criança e do adolescente – Manual de Orientação. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2009.

BRITTO, R. R. **Recursos manuais e instrumentais em fisioterapia respiratória**. Barueri, SP: Manole, 2009.

CEARÁ. FEDERAÇÃO DE *TRIATHLON* DO ESTADO DO CEARÁ. **A FETRIECE**. 2012. Disponível em: <http://www.fetriece.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=7>. Acesso em: 20/07/2012.

CONSTANZO, L. S. **Fisiologia**. 4. ed. São Paulo: Elsevier, 2010.

DRUMOND, S. C. **Valores de referência de parâmetros espirométricos de crianças e adolescentes com diferentes índices de massa corpórea**. 2006. 93 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-6Y6HZG/sarah_costa_drumond.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02/12/2012.

DUARTE, O. **História dos esportes**. 4. ed. São Paulo: SENAC, 2003.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**. v. 2, n. 2, p. 6-7, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167>. Acesso em: 14/07/2012.

EISENSTEIN, E; COELHO, K. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; MENDES, J. K. F.; BARBOSA, D. B. M. Associação entre comportamentos de risco à saúde em adolescentes. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 9, n. 3, p. 250-256, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n12/14.pdf>>. Acesso em: 27/11/2012.

GUEDES, D. B. et al. Níveis de prática de atividade física em adolescentes. **Revista Brasileira de Medicina no Esporte**, v. 7, n. 6, p. 187-199, nov./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbme/v7n6/v7n6a02.pdf>>. Acesso em: 27/11/2012.

JARDIM, E. F. et al. Função Pulmonar. In: TARANTINO, A. B. **Doenças Pulmonares**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, p. 98-109.€

LEONE, C.; GALLO, P. R. Crescimento da Criança e do Adolescente. In: SCHOEPS, D. O.; VIEGAS, D. **Manual de Puericultura**. São Paulo, 2010.

LOURENÇO, A. M.; TAQUETTE, S. R.; HASSELMANN, M. H. Avaliação nutricional: antropometria e conduta nutricional na adolescência. **Revista Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 51-58, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=265#>. Acesso em: 27/09/2012.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e Desenvolvimento Puberal na Adolescência. **Revista de Medicina**. São Paulo, v. 89, n. 2, p. 70-75, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revista-demedicina.org.br/ant/89-2/89-2-2-crescimento.pdf>>. Acesso em: 10/07/2012.

LUBIANCA, J. N.; ACCETTA, S. G.; ABEICHE, A. M. Puberdade Normal. In: CORLETA, H. V. E. et al. **Ginecologia Endócrina: Consulta Rápida**. São Paulo: Artmed, 2010.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Fisiologia do exercício: nutrição, energia e desempenho humano**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL FILHO, D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina no Esporte**, v. 10, n. 6, p. 513-516, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n6/a08v10n6.pdf>>. Acesso em: 29/11/2012.

MULRONEY, S. E.; MYERS, A. K. **Netter – Bases da Fisiologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PEREIRA, C. A. C. Espirometria. **Jornal de Pneumologia**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 45-51, 2002.

PUGGINA, E. F. **Estudo do stress fisiológico em atletas de triathlon**. 2008. Tese (Doutorado em Biodinâmica do Movimento Humano) - Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/39/39132/tde-08102008-140452/>>. Acesso em: 23/07/2012.

ROCHELLE, M. C. S. A.; BARROS FILHO, A. A. B.; ARRUDA, M. Adolescência, Crescimento, Maturação e Desenvolvimento Físico. In: VILARTA, R.; BOCCALETTO, E. M. A. (ORGS.). **Atividade Física e Qualidade de Vida na Escola: Conceitos e Aplicações Dirigidos à Graduação em Educação Física**. Campinas, SP: IPES, 2008, p. 137-146. Disponível em: <http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/afqv/livro_afqv.pdf>. Acesso em: 10/07/2012.

SESC. **SESC Triathlon Iniciação Esportiva abre portas a jovens de diversas regiões**. Disponível em: <http://www.sesc.com.br/sesc triathlon/noticias/junho/noticia_08_06_2012.html>. Acesso em: 20/07/2012.

SILVA, R. et al. Relação entre o nível de atividade física, estado nutricional e fatores socioeconômicos de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Revista Pulsar**, v.4, n.1, p. 51-65, 2012. Disponível em: <<http://www.esef.br/revista/index.php/pulsar/article/view/66/128>>. Acesso em: 27/11/2012.

VIEIRA, V. C. R.; PRIORE, S.E.; FISBERG, M. A. Atividade física na adolescência. **Revista Latinoamericana**, v. 3, n. 1, p. 0-0, ago. 2002. Disponível em: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302002000100007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 27/11/2012.

ZILIO, A. **Treinamento Físico**. 2. ed. Canoas: Ed. ULBRA, 2005.

LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM ADOLESCENTES E FATORES ASSOCIADOS

Monalisa Abrante Mariano Costa
Raimunda Magalhães da Silva
Nancy Costa de Oliveira
Escolástica Rejane Ferreira Moura
Lorena Campos de Souza
Maria Alix Leite Araújo

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino (CCU) é um problema de saúde pública que apesar dos esforços e dos recursos tecnológicos utilizados para preveni-lo, ainda é de elevada prevalência no Brasil. É o segundo tumor mais frequente e a quarta causa de morte em mulheres no país. Para o ano de 2012, foi estimada a ocorrência de 17.540 casos novos de CCU, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres, destes 850 seriam no Estado do Ceará, sendo 270, em sua capital, Fortaleza (BRASIL, 2011).

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é o principal fator associado ao CCU, seguido por outros fatores como a multiparidade, o uso de contraceptivos orais, o tabagismo, o início precoce da vida sexual, a multiplicidade de parceiros, a gravidez precoce, baixo nível socioeconômico, doenças sexualmente transmissíveis, precária higiene genital, infecção por herpes vírus tipo 2, subnutrição e não adesão aos programas

de controle (PESSINI; SILVEIRA, 2004; DAVIN, LIMA; DANIAS, 2002).

A faixa etária dos 40 aos 60 anos é a de maior acometimento de CCU. Apesar do pouco acometimento em menores de 30 anos de idade, as adolescentes (12-19 anos) são vulneráveis a este agravo, principalmente devido ao início cada vez mais precoce da vida sexual, associado à falta de informação que as tornam potencialmente expostas a múltiplos parceiros; a não utilização de preservativo; a gravidez precoce; e as doenças sexualmente transmissíveis. Ademais, fatores biológicos intrínsecos as tornam mais vulneráveis ao desenvolvimento da infecção por HPV e de um possível CCU.

Na adolescência, a atividade biológica cervical está em nível máximo, ocorrendo uma intensa replicação celular e existindo substâncias no meio cervical que facilitam a infecção pelo HPV (NOVAES, 2006). Portanto, a neoplasia cervical é passível de ser evitada, além de possuir altas possibilidades de cura caso seja detectada precocemente, porém vem sendo negligenciada na adolescência.

As adolescentes que possuem vida sexual ativa apresentam elevada incidência e prevalência de HPV, variando entre 50% e 80% após dois a três anos do início da vida sexual, que potencializada pela vulnerabilidade biológica própria da idade amplia as chances de adoecimento pelo vírus (MOSCICKI, 2007). Apesar deste quadro, a adolescência não constitui faixa etária prioritária preconizada pelo Ministério da Saúde para realização do exame de Papanicolau, que é dos 25 aos 64 anos (BRASIL, 2013). Portanto, esta recomendação de otimizar os esforços em direção à população de maior risco, não engloba a vulnerabilidade sexual das adolescentes, que é crescente na atualidade.

Pedrosa *et al.* (2008) enfatizam a necessidade de implementar estratégias de prevenção e controle do CCU voltadas para adolescentes que iniciaram a vida sexual, incluindo o rastreamento citológico periódico, sendo a educação sexual um importante instrumento na prevenção da infecção pelo HPV e o desenvolvimento de lesões precursoras do CCU. A informação e conscientização de adolescentes sobre o HPV e os riscos associados, assim como sobre as formas de prevenção, possivelmente contribuirão para reduzir a contaminação por esse vírus e aumentar o diagnóstico das lesões intra-epiteliais existentes, possibilitando o controle e diminuição da incidência do CCU em longo prazo.

O Ministério da Saúde vem procurando combinar ações preventivas e de proteção à saúde por meio do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero que tem como objetivo reduzir a morbidade e a mortalidade para o referido câncer, suas repercussões físicas, psíquicas e sociais na mulher brasileira, através da detecção precoce, diagnóstico e tratamento das lesões pré-invasoras (BRASIL, 2007). Um meio encontrado para colocar em prática e atingir os objetivos propostos pelo referido Programa foi a Estratégia Saúde da Família (ESF). As ações de prevenção e controle do CCU estão contempladas em um dos eixos de atuação da ESF, dentro das ações de Saúde da Mulher, além da assistência pré-natal e em planejamento familiar. Porém, como mencionado, não há uma priorização para a faixa etária da adolescência.

Realizando uma busca na produção científica LILACS, COCHRANE e SCIELO pela aplicação do descritor de saúde “neoplasias do câncer de colo do útero” foram encontrados 746, 576 e 81 publicações, respectivamente, totalizando 1.394. Destas, apenas 13 tratavam da faixa etária adolescente,

resultado relativamente baixo de pesquisas envolvendo o CCU nessa faixa etária.

Diante da magnitude do CCU no Brasil e no mundo, principalmente nas regiões mais pobres, e observando, cotidianamente, nos resultados de exames de prevenção a elevada frequência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), em particular do HPV e de lesões precursoras de neoplasia cérvico uterina em adolescentes, percebeu-se a necessidade de realização do presente estudo, com os objetivos de descrever a ocorrência de alterações celulares nos resultados dos exames de prevenção do CCU em adolescentes e identificar fatores de risco para o CCU aos quais estão expostas. Espera-se fornecer subsídios para um melhor planejamento das ações e melhor adequação das estratégias de intervenção para a prevenção do CCU nessa faixa etária.

MATERIAIS E MÉTODO

Pesquisa documental, retrospectiva, cujo cerne reside na descrição da ocorrência de alterações celulares nos resultados dos exames de prevenção do CCU de adolescentes residentes na Área Descentralizada de Saúde da Vila Elói, município de Quixeramobim, Ceará, Brasil.

Em Quixeramobim, as ações relacionadas à saúde da mulher são descentralizadas, tendo o Centro de Excelência Microrregional em Saúde Reprodutiva e Sexual (CEMEAR), antigo “Viva Mulher”, como referência.

A referida área possui um posto de saúde, funcionando com uma equipe da ESF composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, um técnico de higiene dental, um auxiliar de consultório odontológico, três técnicos de enfermagem, um

atendente, cinco agentes de saúde, e um motorista, para 1.481 famílias, com 834 mulheres na idade prioritária para realização do exame de Papanicolaou (25 a 64 anos).

Os exames de prevenção do CCU são realizados pela enfermeira, as quartas-feiras nos dois turnos, sendo pré-agendados 18 exames por dia. Nesses dias, são realizadas atividades de educação em saúde para informar esse público-alvo quanto ao exame de prevenção do CCU, sua periodicidade e importância do retorno para receber o resultado; quanto a importância do autoexame de mamas; e a respeito da prática do sexo seguro. Realiza-se, também, busca ativa de pacientes com lesões pré-invasoras e acompanhamento de mulheres com lesões de baixo grau, além da busca ativa de faltosas que estão com resultados alterados.

Do total de exames de prevenção do CCU realizados de 2005 a 2008, 122 (7,6%) apresentaram alterações celulares. Assim, a amostra foi constituída por todos os exames alterados, pertencentes a adolescentes (12 a 19 anos), o que correspondeu a 17 (16,5%).

Foi considerado como resultado alterado a nomenclatura proposta pelo Ministério da Saúde, junto com a Secretaria de Atenção à Saúde e o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2006a): células atípicas de significado indeterminado escamosas possivelmente não neoplásicas; células atípicas de significado indeterminado escamosas onde não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau; células atípicas de significado indeterminado glandulares possivelmente não-neoplásicas; células atípicas de significado indeterminado glandulares onde não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau; células atípicas de origem indefinida possivelmente não neoplásicas; as

lesões de baixo e alto grau (HPV, NIC I, II e III) e carcinoma invasivo.

Os dados dos exames alterados foram coletados do “livro de controle de exames de prevenção do câncer” disponíveis no CEMEAR. Neste livro encontram-se nomes, idades e endereços de todas as mulheres que realizaram prevenção do CCU nos anos em estudo, por equipe da ESF, com seus respectivos resultados. Fatores socioeconômicos e comportamentais associados à alteração celular foram pesquisados nos prontuários.

Os resultados receberam tratamento estatístico descritivo. Para os procedimentos de análise dos dados, utilizou-se o programa EPI INFO Versão 2002, sendo posteriormente apresentados de tabelas.

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). As participantes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e uma vez aceitando participar livremente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Entre os 103 (100%) resultados de exames de Papanicolaou com alterações celulares ao longo dos anos estudados (2005-2008), de acordo com a Nomenclatura Brasileira de Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas, 17 (16,5%) foram em adolescentes (12 a 19 anos), sendo que 3 (17,6%) desses exames apresentaram resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASCUS) e 14 (82,4%) de lesões intra-epiteliais de baixo grau (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do número de resultados de exames de Papanicolaou com alterações celulares em adolescentes por ano de estudo. Vila Elói, Quixeramobim, Ceará, Brasil, 2005-2008.

Anos do estudo	ASCUS		Lesão intra-epitelial de baixo grau		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
2005	---	---	3	17,6	3	17,6
2006	1	5,9	2	11,7	3	17,6
2007	2	11,7	5	29,5	7	41,2
2008	---	---	4	23,6	4	23,6

Fonte de dados: Livro de controle de exames de prevenção do CCU.

A Tabela 2 mostra o perfil socioeconômico das adolescentes com lesão precursora de CCU. A exceção de um exame com alteração celular, os demais, isto é, 16 (94,1%) ocorreram em adolescentes entre 15 e 19 anos, sendo três com resultado de células escamosas atípicas de resultado indeterminado e 13 de lesões intra-epiteliais de baixo grau. O caso em menor de 15 anos correspondeu a uma lesão de baixo grau.

A escolaridade das adolescentes variou do ensino fundamental ao ensino superior incompleto, predominando aquelas com ensino fundamental, 11 (64,7%), cujos exames apresentaram as seguintes alterações: dois casos de células escamosas atípicas de significado indeterminado e nove casos de lesão intra-epitelial de baixo grau.

A renda familiar das adolescentes variou da situação “sem rendimento” até “1 a 2 salários mínimos”. Contudo, 8 (47,1%) não tinham rendimento familiar, sendo que destas, 2 (11,8%) apresentaram ASCUS e 6 (35,3%) apresentaram lesão intra-epitelial de baixo grau. Uma participante com diagnóstico de células escamosas atípicas de significado indeterminado tinha renda familiar média de até meio salário mínimo, três

participantes com lesão intra-epitelial de baixo grau possuíam renda familiar de meio a um salário mínimo; cincoparticipantes apresentaram renda familiar média de até dois salários mínimos, sendo estas diagnosticadas com lesão intra-epitelial de baixo grau.

A condição de união preponderante foi a solteira, apesar da condição casada ou de união estável apresentar percentual semelhante, havendo um equilíbrio das duas condições uma vez que tendem a uma relação de confiabilidade e segurança em relação ao seu parceiro, não se prevenindo das DSTs. Três eram casadas e cinco viviam em um relacionamento estável, ambas apresentaram no resultado do exame lesão intra-epitelial de baixo grau. É relevante que 9 (53%) das adolescentes encontravam-se solteiras, entre estas, três apresentando resultado de Ascus e seis com lesão intra-epitelial de baixo grau.

Outros autores confirmam que estar casada ou em união estável contribui para o não uso do preservativo, uma vez que mulheres nessa condição utilizam métodos apenas para prevenir a gravidez, enquanto as solteiras, em sua maioria, utilizam o preservativo (RAMA *et al.*, 2008; CARVALHO e QUEIROZ, 2011).

Tabela 2 – Distribuição do número de exames de Papanicolaou com alterações celulares segundo características socioeconômicas das adolescentes. Vila Elói, Quixeramobim, Ceará, Brasil, 2005 a 2008.

Variáveis socioeconômicas	ASCUS		Lesão intra-epitelial de baixo grau		TOTAL	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Idade (anos completos)						
12 a 14	---	---	1	5,9	1	5,9
15 a 19	3	17,6	13	76,5	16	94,1
Escolaridade						
Ensino fundamental	2	11,8	9	52,9	11	64,7
Ensino médio	1	5,9	3	17,6	4	23,5
Superior incompleto	---	---	2	11,8	2	11,8
Renda familiar (salário mínimo)						
Sem rendimento	2	11,8	6	35,3	8	47,1
Até ½	1	5,9	---	---	1	5,9
Mais de ½ a 1	---	---	3	17,6	3	17,6
Mais de 1 a 2	---	---	5	29,4	5	29,4
Condição de união						
Solteira	3	17,6	6	35,4	9	52,9
Casada ou em união estável	---	---	8	47,1	8	47,1

Fonte de dados: Livro de controle de exames de prevenção do CCU e prontuários.

Na Tabela 3 estão agrupados aspectos sexuais e da contracepção das adolescentes. Referindo-se ao início da vida sexual, 11 (64,7%) responderam ter ocorrido entre 15 e 19 anos de idade. Entre estas, 9 (52,9%) apresentaram lesão intra-epitelial de baixo grau e 2 (11,8%) ASCUS. É importante destacar que seis adolescentes iniciaram a vida sexual antes dos 15 anos, sendo 1 (5,9%) caso de ASCUS e 5 (29,4%) de lesão intra-epitelial de baixo grau.

O número de parceiros sexuais na vida das adolescentes variou entre 1 e 4, prevalecendo a monogamia de 9 (52,9%)

adolescentes, em que sete apresentaram lesão intra-epitelial de baixo grau e duas ASCUS. As duas adolescentes que tiveram dois parceiros apresentaram lesão de baixo grau, cinco adolescentes tinham tido três parceiros (um ASCUS e quatro lesão de baixo grau). Uma adolescente tinha história de quatro parceiros sexuais com resultado de exame de lesão intra-epitelial de baixo grau.

A pílula foi o método anticoncepcional mais prevalente, sendo citado por 9 (52,9%) das adolescentes, seguida pelo condom - 5 (29,4%), o método hormonal injetável - 2 (11,8%), apenas 1 jovem utilizava condom concomitantemente à pílula. Vale ressaltar que o maior número de casos de lesão intra-epitelial de baixo grau (8) estava presente entre as que faziam uso apenas da pílula.

Tabela 3 – Distribuição do número de exames de Papanicolaou com alterações celulares segundo aspectos sexuais e de contraceção das adolescentes. Vila Elói, Quixeramobim, Ceará, Brasil, 2005 a 2008.

Aspectos sexuais e de contraceção	ASCUS		Lesão intra-epitelial de baixo grau		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Idade de início da vida sexual (anos)						
< 15	1	5,9	5	29,4	6	35,3
15 a 19	2	11,8	9	52,9	11	64,7
Número de parceiros sexuais						
1	2	11,8	7	41,1	9	52,9
2	---	---	2	11,8	2	11,8
3	1	5,9	4	23,5	5	29,4
4 ou mais	---	---	1	5,9	1	5,9
Método anticoncepcional em uso						
Condom	1	5,9	4	23,5	5	29,4
Injetável	---	---	2	11,8	2	11,8
Pílula	1	5,9	8	47	9	52,9
Pílula + Condom	1	5,9	---	---	1	5,9
História de DST						
Nenhuma	3	17,6	8	47,1	11	64,7
Clamídia	---	---	1	5,9	1	5,9
HPV	---	---	4	23,6	4	23,6
Condiloma	---	---	1	5,9	1	5,9
Diagnóstico anterior						
ASCUS	---	---	1	5,9	1	5,9
Lesão intra-epitelial baixo grau	---	---	2	11,8	2	11,8
Sem alterações	3	17,6	11	64,8	14	82,4

Fonte de dados: Livro de controle de exames de prevenção do CCU e prontuários.

Quanto a história de DSTs, 6 (35,4%) das adolescentes apresentavam alguma DST diagnosticada pelo exame. Os números mais prevalentes foram relacionados ao HPV - 4 (23,6%). Observou-se um caso de condiloma e outro de clamídia, ambos relacionados à lesão intra-epitelial de baixo grau.

DISCUSSÃO

O número de exames alterados em adolescentes foi bastante expressivo, considerando-se ser uma faixa etária de baixo risco para o CCU. No entanto, 70% dos casos estariam relacionados ao HPV, sendo que a maior prevalência de contaminação do HPV está em adolescentes e jovens (15 a 25 anos), período de início da atividade sexual (BASEMAN; KOUTSKY, 2005).

Tomando dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), do período de 2000 a 2009, de um total de 11.729 casos de carcinoma invasor (todos os estádios), 121 casos foram diagnosticados em mulheres com até 24 anos, o que correspondeu a 1,03% dos casos (WATSON *et al.*, 2008). Conforme a mesma fonte, em uma casuística da Unicamp, de 807 casos, 9 (1,12%) foram diagnosticados em mulheres com até 24 anos de idade, sendo que seis casos eram estágio I, ou seja, de bom prognóstico. Nos Estados Unidos, em uma amostra de 10.846 casos de CCU diagnosticados entre 1998 e 2003, 1,1% dos casos de lesão invasora ocorreu em mulheres com até 24 anos de idade.

Em estudo retrospectivo realizado no Instituto Adolfo Lutz com revisão de 308.603 casos de câncer, de 1996 a 2001, verificou-se que a frequência de achados de atipias citológicas em esfregaços cérvico vaginais vem crescendo gradativamente, sendo este aumento mais evidente entre as adolescentes, quando comparado ao aumento desses achados em mulheres adultas, o que justifica o rastreamento da neoplasia intraepitelial cervical (NIC) com a aplicação dos mesmos métodos utilizados para a mulher adulta jovem também na adolescência (LONGATTO FILHO; SILVA FILHO, 2002; MONTEIRO, 2004).

Estudo realizado no início da década de 1980, nos Estados Unidos, foi um dos primeiros a apontar a tendência crescente da prevalência de lesões intra-epiteliais entre adolescentes. Dentre as 796.337 mulheres rastreadas, 194.069 eram adolescentes entre 15 e 19 anos. Observou-se taxa de 1,9% em 3.651 citologias anormais e prevalência histológica de lesões de todos os graus de 13,3/1000, não sendo observado nenhum caso de carcinoma invasivo (SADEGH *et al.*, 1984).

Embora as lesões de baixo grau em adolescentes sejam mais frequentes, existe o risco de progressão para lesão de alto grau e carcinoma se não tratadas. No entanto, o Ministério da Saúde preconiza que o rastreamento para lesões precursoras do CCU inicie em mulheres com 25 anos de idade até 64 anos, o que pode tornar difícil o diagnóstico e tratamento precoce em adolescentes (BRASIL, 2011).

A faixa etária discutida no estudo e as respectivas alterações celulares encontradas nos exames evidenciam que as adolescentes são, em potencial, uma população de risco para o CCU, devendo ser submetidas ao rastreamento de lesões precursoras. Estudos indicam um aumento na frequência das alterações citológicas cervicais entre as adolescentes (SIMSIR *et al.*, 2002; SILVA *et al.*, 2002). Essa realidade decorre da mudança nos padrões de comportamento sexual, como diminuição da idade de início da vida sexual e aumento no número de parceiros, uma vez que a juventude experimenta um livre-arbítrio crescente e existe uma maior aceitação da família e da sociedade no que se refere à atividade sexual do adolescente.

Estudo anterior realizado por Leal *et al.* (2003) encontrou associação entre a presença de alteração celular epitelial e a baixa escolaridade (primeiro grau incompleto), que correspon-

de atualmente ao ensino fundamental. Teles e Ferrari (2012) encontraram resultados diferentes ao constatarem em estudo com 142 casos de mulheres com lesões precursoras do colo uterino que 67% delas possuíam escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental.

Os resultados de baixa renda familiar encontrados no presente estudo estão em consonância com a literatura que resalta a associação entre baixa renda familiar e o CCU. Em estudo realizado com 120 mulheres portadoras de lesões precursoras do CCU, divididas em: grupo em idade reprodutiva (GIR) e grupo em idade não reprodutiva (GINR), a renda familiar até dois salários mínimos predominou nos dois grupos, destacando-se 60% das mulheres do GIR e 63,3% do GINR (CARVALHO; QUEIROZ, 2011). Outro estudo realizado com 134 adolescentes entre 14 e 19 anos que tinham vida sexual ativa, constatou-se 41 adolescentes com renda familiar de até dois salários mínimos e destas 21 nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou (CIRINO *et al.*, 2010).

Apesar do equilíbrio encontrado nas condições de união das adolescentes (solteiras e casadas ou em união estável), estudo afirma que a atividade sexual persistente de mulheres em união estável predispõe HPV.

No contexto da iniciação sexual precoce é comum que os jovens iniciem seus relacionamentos sexuais cada vez mais cedo e que, além disso, passem a ter maior liberdade sexual, favorecendo a multiplicidade de parceiros, a exposição à infecção pelo HPV e, conseqüentemente, às lesões precursoras de CCU, apesar de que essas alterações só costumam manifestar-se de dois a três anos após o início da vida sexual.

Em estudo realizado com 390 mulheres de idade entre 10 e 59 anos, com alterações citológicas, identificou-se que o início da atividade sexual de 307 (81,0%) mulheres se deu até os 19 anos, sendo que destas 62 (16,4%) tiveram a primeira relação sexual entre 10 e 14 anos (EDUARDO *et al.*, 2012). Outro estudo realizado com 25 mulheres que apresentaram lesões ao exame citológico, 20 iniciaram-se sexualmente antes dos 19 anos (MELO *et al.*, 2009).

Rotelli-Martins *et al.* (2007) afirmam que além do início precoce da vida sexual também se faz importante considerar o histórico de atividade sexual do parceiro, pois este possui influência nas frequências de infecções por HPV.

Questionadas acerca do histórico de atividade sexual de seus parceiros, seis das adolescentes afirmaram desconhecer se os mesmos tiveram relacionamentos com outras mulheres nos últimos anos, contudo as outras 11 afirmaram que seus parceiros tinham se relacionado com outras mulheres.

É perceptível que a atitude do companheiro tem significativa influência no desenvolvimento da infecção por HPV e as lesões precursoras do CCU, pois a maior parte das adolescentes relatou ter tido um único parceiro na vida. No entanto o mesmo comportamento não é o esperado para os homens como descrito anteriormente, o que torna a vida sexual pregressa dos companheiros um fator a ser considerado quando se trata deste câncer e seus fatores associados.

O uso de método anticoncepcional concentrou-se predominantemente no anticoncepcional oral, o que sugere que as adolescentes concentram sua atenção em evitar uma gestação, negligenciando a prevenção do HPV e de outras DSTs, e que

existe o desconhecimento sobre a gravidade dessas doenças e sua relação com a neoplasia cérvico uterina, além de outros métodos anticoncepcionais não mencionados pelas adolescentes.

Em estudo realizado com 390 mulheres, o uso de anticoncepcionais hormonais correspondeu a 140 (35,9%) das participantes, sendo que 131 (93,6%) utilizavam por via oral e as demais o injetável; somente 86 (16,1%) mulheres relataram o uso do condom (EDUARDO *et al.* 2012). Teles e Ferrari (2012) afirmaram que mulheres com vida conjugal, por considerarem seu relacionamento estável, optam pelo uso de anticoncepcionais ou aderem a laqueadura tubária, visando apenas evitar a gestação, preterindo o uso do preservativo.

Apesar de não estar totalmente estabelecida a relação entre o uso de anticoncepcionais orais e a neoplasia cervical, há uma proposição de que o uso prolongado por mulheres sexualmente ativas funcione como cofator para o estabelecimento da infecção por HPV e o desenvolvimento das lesões intra-epiteliais, sendo o risco diretamente proporcional ao tempo de uso (NASCIMENTO *et al.*, 2005).

Nesse estudo, observa-se que a presença de DSTs não foram tão significativas. Permanece ainda pouco entendido o papel das DSTs e seus efeitos biológicos no desenvolvimento de lesões precursoras do CCU (ROSA *et al.*, 2009). A indução da inflamação da cérvix uterina parece ser o mecanismo mais provável para que isso ocorra. Porém, apesar de nenhum outro fator de risco ter magnitude comparável ao HPV para causar esse tipo de câncer, necessita-se de uma série de outros fatores ajam junto para o desenvolvimento da neoplasia.

Segundo estudos de prevalência, mulheres com DST apresentam lesões precursoras do CCU cinco vezes mais fre-

quente do que aquelas que procuram outros serviços de saúde. Portanto, essas mulheres têm maior risco para CCU, principalmente se houver infecção pelo HPV. É razoável que mulheres com DST sejam submetidas à citopatologia de controle pelo maior risco de serem portadoras de CCU (BRASIL, 2006).

O HPV, intimamente relacionado ao desenvolvimento do CCU, possui etiologia viral e sua transmissão dá-se nas formas sexual, por contato e pela via materno fetal (gravidez, intra e periparto), além das diversas formas de contágio, acrescentando-se a invisibilidade de grande parte das manifestações da infecção – o que dificulta a percepção de sua presença (COSTA; GOLDENBERG, 2013). Segundo Rotelli-Martins *et al.* (2007), a infecção persistente por HPV é um fator necessário para o desenvolvimento do CCU e de suas lesões precursoras, sendo os tipos virais 16 e 18 os mais comumente encontrados e que correspondem a aproximadamente 70% dos casos de câncer cervical em todo o mundo.

Beretta e Lopes (2011) relatam que as características virais como tipagem e carga viral do HPV tornam-se mais expressivas quando associadas com outros fatores de risco, tais como: paridade elevada, número de parceiros e o início precoce da atividade sexual.

Constatou-se que 14 adolescentes com alterações celulares não tinham resultados anteriores com alteração e duas haviam sido diagnosticadas anteriormente com lesão intra-epitelial de baixo grau e uma com ASCUS. Esses resultados podem estar relacionados ao fato de que 10 adolescentes nunca tinham realizado exame de prevenção do CCU antes, e destas, 7 (41,3%) apresentaram lesão intra-epitelial de baixo grau e 3 (17,6%) ASCUS. As 4 (23,5%) adolescentes que tinham re-

alizado o exame de Papanicolau há menos de um ano e as 3 (17,6%) que realizaram o exame acerca de um ou dois anos apresentaram, ambas, lesão intra-epitelial de baixo grau.

O Ministério da Saúde preconiza que o exame de Papanicolaou seja realizado anualmente e em casos de não alteração em dois exames anuais consecutivos, a cada três anos. No entanto, o desenvolvimento do CCU não precisa, necessariamente, passar por todos os estágios da carcinogênese, sendo necessária, assim, a realização anual do exame em todas as mulheres, inclusive nas adolescentes cuja incidência tem crescido com a mudança comportamental e sexual da sociedade (BRASIL, 2011).

Caso a mulher até 20 anos apresente alteração sugestiva de ASCUS, esta deverá ser mantida em acompanhamento citopatológico anual até a regressão das alterações por um período de até dois anos. Pode-se considerar regressão quando ocorrerem duas citologias consecutivas negativas. Em caso de persistência após este período ou de citologia com alterações mais relevantes, deverá ser encaminhada à colposcopia. Caso apresentem alterações sugestivas de lesão intra-epitelial de baixo grau, deverão repetir o exame citopatológico a cada 12 meses, sendo referidas para colposcopia somente se houver persistência desse diagnóstico citopatológico por 24 meses (BRASIL, 2011).

Diante dos resultados expostos, ressalta-se a importância que o diagnóstico de uma DST (precursora do CCU) terá em adolescentes. Essas, uma vez sexualmente ativas ou se preparando para a puberdade, devem receber orientações sobre anticoncepção, DST e práticas de sexo seguro, como medidas de proteção e controle das lesões precursoras do CCU, diminuindo a exposição aos fatores de risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados, observa-se a necessidade de dar continuidade a investimentos voltados ao desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do CCU na faixa etária da adolescência, tanto na promoção da saúde, comunicação e mobilização social, quanto na detecção precoce e na gestão do SUS. Ainda é preciso alcançar essas adolescentes em maior escala, principalmente àquelas que apresentam fatores de risco para o CCU e que se iniciaram sexualmente.

Sugere-se que o Ministério da Saúde reavalie a faixa etária prioritária para realização do exame de prevenção, pois todas as mulheres em idade fértil, sexualmente ativas e que não adotam medidas de sexo seguro estão propensas a desenvolver lesões pré-neoplásicas. Compete a equipe de saúde da ESF realizar os exames de prevenção na faixa etária preconizada, mas também de acordo com a necessidade e contexto das adolescentes.

A adolescente, em geral, é uma população de baixa adesão às ações de saúde. Muitas vezes há a procura pelo serviço por outros motivos que não sejam queixas ginecológicas, porém nesse momento o profissional deixa de ter uma visão holística da paciente, deixando passar a oportunidade de oferecer o exame de prevenção.

Os resultados indicam a necessidade de intervenção preventiva nessa faixa etária, devendo-se focar em ações educativas, orientando sobre os métodos anticoncepcionais de barreira para a prevenção de DSTs, identificação de riscos e comportamentos sexuais seguros.

Por fim, enfatiza-se a relevância dos resultados obtidos para a reorientação da oferta do exame de Papanicolaou, ul-

trapassando-se as barreiras ao acesso dos serviços e fornecendo subsídios para os profissionais na detecção, tratamento e acompanhamento das lesões precursoras de CCU entre adolescentes.

REFERÊNCIAS

BASEMAN J., KOUTSKY L.A. The epidemiology of human papillomavirus infections. **Journal of Clinical Virology** 2005; 32: 16-24.

BERETTA, D.; LOPES, R. G. C. Lesões precursoras do câncer do colo do útero: perfil epidemiológico das usuárias do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Brasil. **Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal** Saúde Coletiva, vol. 53, núm. 8, 2011, pp. 201-205, Editorial Bolina Brasil.

BESERRA, E. P.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, M. G. T. **Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças Sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes.** *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 set; 12 (3): 522-28.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 14 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde.** 2. ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e mama** / Cadernos de Atenção Básica; n. 13; Série A; Normas e Manuais Técnicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

CARVALHO, M.C.M.P.; QUEIRÓZ, A.B.A. Mulheres Portadoras de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero e HPV: Descrição do Perfil Socioeconômico e Demográfico. **DST - J bras Doenças Sex Transm** 2011; 23(1): 28-33.

CIRINO, F. M. S. B.; NICHIAITA, L. Y. I.; BORGES, A. L. V. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2010 jan-mar; 14 (1): 126-34.

COSTA, L. A.; GOLDENBERG, P. Papilomavírus Humano (HPV) entre Jovens: um sinal de alerta. **Saúde Soc. São Paulo**, v.22, n.1, p.249-261, 2013.

DAVIN, R.M; LIMA, V.M. de; DANIAS, S.M.M. **Conhecimento de mulheres do terceira idade sobre a prevenção do câncer de colo uterino**. Rev, Baiana de enfermagem. 2002, V. 15, n ½, jan/ago, p.63-68.

EDUARDO, K.G.T; MOURA, E.R.F; NOGUEIRA, P.S.F; COSTA, C.B.J.S.; PINHEIRO, A.K.B.; SILVA, R.M. Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer de colo uterino. **Rev Rene**. 2012; 13(5):1045-55.

LEAL, E. A. S. et al. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco-Acre. **RBGO**, v. 25, n. 2, p. 81-86, 2003.

LONGATTO FILHO, A.; SILVA FILHO, D. **Frequência de esfregaços cérvico-vaginais anormais em adolescentes e adultas: revisão de 308.630 casos.** Rev. Instituto Adolfo Lutz, 2002, 62 (1): 31-34.

MELO, S.C.C.S et. al. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):602-8.

MONTEIRO DLM. **A cérvix uterina da adolescente: estudo da prevalência e dos fatores associados ao câncer de colo uterino e suas lesões precursoras em população de adolescentes atendidas em Hospital Público do Município do Rio de Janeiro** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ; 2004.

MOSCICKI, A. B. HPV infections in adolescents. **Dis Markers.** 15. 2007;23(4):229-34.

NASCIMENTO, M. I. et al. Características de um grupo de adolescentes com suspeita de neoplasia intra-epitelial cervical. **Rev Bras. Ginecol. Obstet.** 2005; 27(10): 619-26.

NOVAES, J. M. C. Importância da colpocitologia na adolescência. **Adolesc. Saúde.**, 2006. 3(1): 18-21.

PEDROSA, M. L.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Lesões intra-epiteliais cervicais em adolescentes: estudo dos achados citológicos entre 1999 e 2005, no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, Dec. 2008 .

PESSINI, S.A.; SILVEIRA, G.P.G.da. Câncer Genital Feminino. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J e col. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMA CH, ROTELLI-MARTINS CM, DERCHAIN SFM, LONGATTO-FILHO A, GONTIJO RC, SARIAN LOZ. Preva-

lência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. **Rev Saúde Pública** 2008; 42(10): 123-30.

ROSA, Maria Inês da et al . Papilomavírus humano e neoplasia cervical. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 5, May 2009.

ROTELLI-MARTINS, CM, FILHO AL, HAMMES LS, DERCHAIN SFM, NAUD P, MATOS JC et al. Associação entre idade da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2007; 29(11): 580-7.

SADEGHI SB, HSIEH EW, GUNN SW. Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia in sexually active teenagers and young adults. Results of data analysis of mass Papanicolaou screening of 796,337 women in the United States in 1981. **Am J Obstet Gynecol**. 1984;148(6):726-9.

SILVA CS, SOUZA MAH, ANGELO AG, PAVANI RS, ADAD , MURTA EFC. Increased frequency of abnormal Papanicolaou smears in adolescents. **Arch Gynecol Obstet** 2002; 266:154-6.

SIMSIR A, BROOKS S, COCHRAN L, BOURQUIN P, IOFFE OB. Cervicovaginal smear abnormalities in sexually active adolescents: implications for management. **Acta Cytol** 2002; 46:271-6.

TELES, C.C.G.D., FERRARI, R. Lesões precursoras para câncer de colo uterino e os aspectos sociodemográficos das portadoras. **Rev Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.03, Nº. 03, Ano 2012: p.865-79.

TELES, C.C.G.D., FERRARI, R. Aspectos reprodutivos associados às lesões precursoras para câncer de colo uterino. **Rev Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.04, Nº. 02, Ano 2013 p.168-82.

WATSON M et al. Burden of cervical cancer in the United States, 1998-2003. **Cancer**. 2008; 113(10 Suppl):2855-64. In: BRASIL. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

EGRESSOS DE UMA COORTE PROSPECTIVA DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: O RETRATO DE FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES

Keylla Márcia Menezes de Souza

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida

Cintia Maria Torres Rocha Silva

Cristiana Ferreira da Silva

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência se configura, atualmente, como um importante tema de investigações na área de saúde pública e foco de políticas públicas em todo o mundo. No Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diversas ações para enfrentamento desse problema, citando-se como exemplo, dentre outras: Política em relação ao planejamento familiar incluindo adolescentes e jovens; Elaboração das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde, Prevenção de Agravos e de Enfermidades na Assistência; Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas em parceria com o Ministério da Educação, UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e UNESCO, ar-

ticulado com as secretarias estaduais e municipais; Produção de materiais educativos e cursos à distância para os profissionais de saúde e educação sobre sexualidade de adolescentes; Capacitação de profissionais de saúde e educação e jovens nas temáticas de saúde sexual e saúde reprodutiva.

Em 2011, do total de 2.913.160 nascimentos vivos no país, 560.889 (19,3%) foram de crianças de mães de 10 a 19 anos; no Ceará e em Fortaleza ocorreram 128.592 e 48.901 nascimentos respectivamente, sendo 26.542 (20,6%) e 8.792 (18,0%) de filhos de mães adolescentes. Embora venha ocorrendo um decréscimo na proporção de gravidez em adolescentes no Brasil, no Ceará e em Fortaleza, esse percentual ainda se mantém elevado, conforme se evidencia na Tabela 1:

Tabela 1. Evolução do percentual de gestações em adolescentes no Brasil, Ceará e Fortaleza, 2000 e 2011

	2000	2011	% de redução (2000-2011)
Brasil	23,4	19,3	-17,5
Ceará	23,5	20,6	-12,3
Fortaleza	21,8	18,0	-17,4

Fontes: <http://tabnet.sms.fortaleza.ce.gov.br>
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

Os estudos acerca da repercussão da gravidez na adolescência sobre a saúde do binômio mãe-filho são controversos, havendo autores que consideram ser difícil atribuir os eventos adversos apenas à idade, tendo em vista que vários fatores associados à gravidez na adolescência são determinantes de risco como pobreza, baixo nível educacional, pré-natal de baixa qualidade (MIRANDA, 2000; CHEN *et al.*, 2007). Diversas pesquisas, entretanto, evidenciam associações significativas entre idade materna e complicações perinatais como eclâmpsia, hipertensão,

infecções, partos cirúrgicos, lesões perineais, ruptura prematura das membranas, desproporção céfalo-pélvica, aborto, placenta prévia, sofrimento fetal agudo, prematuridade, baixo peso e mortalidade neonatal precoce (GOLDANI *et al.*, 2000; RIBEIRO *et al.*, 2000; PAVLOVA-GREENFIELD, 2000; COSTA *et al.*, 2002; WAISSMAN, 2006; SANTOS *et al.*, 2008).

Nos últimos anos observou-se um avanço tecnológico na área da atenção neonatal associada à maior disponibilidade de unidades neonatais de médio e alto risco, possibilitando maiores taxas de sobrevivência de um grande número de recém-nascidos (BRASIL, 2012) que, entretanto, muitas vezes, passam a conviver com condições biológicas que os tornam mais vulneráveis a inúmeros agravos, ou ainda, com sequelas que podem limitar o seu potencial de desenvolvimento. São crianças que necessitarão de cuidados mais especializados e diferenciados (DUARTE, 2007; ARAÚJO *et al.*, 2005). Para Fracolli e Angelo (2006), Moreira e Goldani (2010), essas crianças são denominadas dependentes de tecnologia/fármacos, internacionalmente conhecidas como Children With Special Healthcare Needs (CABRAL *et al.*, 2004). Também, são consideradas de alto risco, pois apresentam condições de saúde que requerem cuidados contínuos, muitas vezes temporários ou permanentes. O seguimento desse grupo tem sido recomendado na literatura, considerando seu início na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e tendo continuidade após a alta hospitalar em um ambulatório especializado, com avaliações sistemáticas do crescimento e desenvolvimento, prevenção de riscos e danos, entre outros aspectos (VIERA *et al.*, 2008). Em se tratando de mães adolescentes, a situação é mais complexa, pois necessitam desenvolver a capacidade para cuidar do filho frágil, dependente de cuidados especiais (FOLLE; GEIB, 2004).

Para isso, precisam de uma rede social de apoio, visto que nessa condição se encontram diante de uma série de restrições de oportunidades como educação de qualidade, trabalho e perspectivas futuras (SILVA *et al.*, 2009).

Na região Nordeste do Brasil, ainda são escassos os estudos sobre crianças egressas de UTIN, nascidas de mães adolescentes. Dessa forma, a presente pesquisa busca preencher essa lacuna ao ter por objetivo descrever aspectos relacionados à saúde (morbidade, hospitalização, acesso ao ambulatório de seguimento, óbito) de crianças filhas de mães adolescentes, egressas de UTIN, no município de Fortaleza, Ceará.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa.

A população foi constituída por todas as crianças egressas de unidades de terapia intensiva neonatal pública ou conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) que nasceram no município de Fortaleza, no período de 01 de julho a 31 de dezembro de 2007, correspondendo a 1.143 recém-nascidos; destes 221 faleceram e 924 receberam alta. Dos que receberam alta, 474 residiam em Fortaleza e 430 eram do interior do estado do Ceará.

Essas crianças fazem parte de um estudo de coorte de recém-nascidos acompanhados por todo o período de tempo em que estiveram hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal dos seguintes hospitais: Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Hospital Geral César Cals (HGCC), Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital Cura D'ARS, Hospital Angeline, Hospital Geral Dr. Waldemar Al-

cântara e Hospital Infantil Albert Sabin. O referido estudo de coorte teve como título “Diagnóstico da qualidade da atenção perinatal prestada em instituições de saúde participantes da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal” e foi conduzido por pesquisadores membros da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal (RENOSPE).

A partir dos dados da coorte, os pesquisadores da RENOSPE elaboraram um projeto intitulado “Acessibilidade, Utilização e Qualidade da Atenção à Saúde Ofertada a Crianças Egressas de Cuidados Intensivos Neonatais no Município de Fortaleza-Ceará”, aprovado para financiamento no edital Universal MCT/CNPq N ° 14/2009, e que teve por objetivo avaliar o acesso e a utilização da assistência à saúde de crianças egressas de unidades de terapia intensiva no município de Fortaleza, Ceará.

Foi feita a revisão do banco de dados da coorte para selecionar os egressos residentes em Fortaleza e identificar o endereço e telefone da família, e após o contato telefônico, agendou-se a visita domiciliária. Com o intuito de minimizar a perda dos egressos, foram implementadas várias estratégias: revisão do banco do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do ano de 2007, para comparar os endereços com os do banco da RENOSPE; revisão dos prontuários eletrônicos das Unidades de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza; visita aos ambulatórios de seguimento (follow-up) de recém-nascidos de alto risco existentes em Fortaleza.

Os dados foram coletados no período de janeiro a dezembro de 2010, por meio de uma entrevista com as mães ou responsáveis pela criança, realizada no domicílio por pesquisadoras de campo que utilizaram um formulário com as seguin-

tes questões: variáveis socioeconômicas da família; características maternas; práticas de assistência após a alta hospitalar da criança: acesso a serviços de seguimento na atenção básica e secundária, consulta com profissionais especializados, uso de medicamentos; padrão de morbidade e intercorrências clínicas das crianças (hospitalizações) e óbito.

Foi considerada a idade da mãe quando ela teve a criança e por ocasião da data da visita domiciliar. Quanto às variáveis ter companheiro, escolaridade, ocupação remunerada, situação trabalhista e renda, foram analisadas considerando as respostas no momento da entrevista domiciliar.

As crianças foram classificadas como de alto risco (CARDOSO; FALCÃO, 2004), e, portanto preenchiam os critérios para acompanhamento em ambulatório de follow-up, se apresentassem uma das seguintes condições: Asfixia perinatal grave (Apgar no 5º minuto inferior a 7); Infecções congênicas (rubéola, toxoplasmose, citomegalovirose, herpes, sífilis, doença de Chagas, parvovirose); Infecções adquiridas (sepsis, meningite, osteomielite, enterocoliteneccrosante com ressecções); Cromossomopatias; Síndromes genéticas; Malformações graves; Hidropsia fetal imune e não imune; RN submetidos à exsanguineotransfusão; Filhos de mães diabéticas; RN de muito baixo peso ao nascer (peso de nascimento inferior a 1.500g).

Dos 474 egressos residentes em Fortaleza, foram localizados 207, desses 37 eram filhos de mães adolescentes (idade de 10 a 19 anos) e constituem o objeto de estudo do presente artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 35 mães e 37 crianças (havendo dois partos gemelares). Quanto ao perfil sociodemográfico

fico, a idade quando teve a criança variou de 13 a 19 anos. No momento da entrevista a maioria (77,1%) possuía companheiro, mas seis não conviviam com o pai da criança; as que se declararam pardas e pretas corresponderam a maior proporção da amostra (62,9%); verificou-se que 37,1% concluíram o ensino médio e apenas 45,7% exerciam ocupação remunerada, porém dessas somente 7 (43,7%) possuíam carteira assinada (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis sociodemográficas das mães de crianças egressas de UTIN. Fortaleza, março de 2010 a junho de 2011.

Variáveis sociodemográficas	N°	%
Situação conjugal		
Com companheiro	27	77,1
Sem companheiro	8	22,9
Cor/raça		
Parda	19	54,3
Branca	11	31,4
Preta	3	8,6
Indígena	2	5,7
Escolaridade		
Analfabeta	2	5,7
Ensino fundamental incompleto	8	22,9
Ensino fundamental completo	4	11,4
Ensino médio incompleto	8	22,9
Ensino médio completo	13	37,1
Ocupação remunerada		
Sim	16	45,7
Não	19	54,3
Situação trabalhista (n=16)		
Trabalho informal sem carteira assinada	9	56,3
Trabalho formal com carteira assinada	7	43,7
Renda familiar (SM)		
< 1	2	5,7
1 - 2	20	57,1
2,1 - 3	9	25,7
>3	4	11,4
Benefícios sociais		
Bolsa família	13	37,1
Não	22	62,9

A situação conjugal apresentou-se como positiva, visto que a presença do companheiro contribuiu para minimizar a insegurança de cuidar sozinha da criança (SILVA *et al.*, 2009).

Identificou-se baixa escolaridade no momento da entrevista, pois 40,0% das mães tinham oito ou menos anos de estudo e 37,3% haviam concluído o ensino médio, quando o esperado era que apenas uma ainda estivesse cursando por ter 16 anos, o que talvez possa ser explicado pela gravidez precoce que as levou a abandonar a escola, conforme relatam autores como Menezes *et al.*, 2004; Barnet *et al.*, 2004; Kassar *et al.*, 2006. No entanto, para Dias e Teixeira (2010) a experiência de gestação na adolescência não é necessariamente um fator limitador das oportunidades de escolarização e da busca por um futuro melhor. Pantoja (2003), estudando adolescentes paraenses, observou que a maternidade adolescente fortaleceu a permanência na escola, uma vez que, na concepção dessas jovens, a escolaridade esteve associada às noções de mobilidade social e ao projeto de “ser alguém na vida”, possibilitando a oportunidade de oferecer uma vida melhor ao filho.

Observou-se que a maioria possuía renda familiar até 2 salários mínimos e mais da metade (54,3%) não exercia atividade remunerada, fatos que podem estar associadas à baixa escolaridade, que reduz as possibilidades de entrar no mercado de trabalho e representam um impacto negativo no seu potencial de ascensão econômica (PERSONA *et al.*, 2004; MICHELAZZO *et al.*, 2004; CHALEM *et al.*, 2007).

Quanto às variáveis obstétricas analisadas, verificou-se que a maioria (97,1%) fez pré-natal, porém 40,0% realizaram o número de consultas inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Predominaram os partos vaginais (60,0%) e 88,6%

das crianças nasceram em hospitais públicos. Com relação ao planejamento da gestação, 11 mães (31,4%) desejaram engravidar, as outras planejavam a gravidez para outro momento ou não queriam engravidar, mas dessas apenas uma fez uso de abortivo (Tabela 3).

Tabela 3. Variáveis obstétricas das mães de crianças egressas de UTIN. Fortaleza, março de 2010 a junho de 2011.

Variáveis obstétricas	Nº	%
Pré-natal		
Sim	34	97,1
Não	1	2,9
Nº de consultas		
<6	14	40,0
≥6	21	60,0
Tipo de parto		
Vaginal	21	60,0
Cesárea	14	40,0
Hospital de nascimento		
Público	31	88,6
Privado conveniado ao SUS	4	11,4
Gravidez desejada		
Sim, quis engravidar naquele momento	11	31,4
Quería ter engravidado em outro momento, mas ficou feliz	20	57,1
Não queria ter engravidado e ficou triste quando soube da gravidez	4	11,4

Um elevado percentual de adolescentes (40,0%) não realizou o número mínimo de seis consultas preconizado pelo Ministério da Saúde, considerado com pré-natal adequado (BRASIL, 2000). Gama *et al.* (2001), Goldenberg *et al.* (2005) e Pinto *et al.* (2005) ressaltam que as adolescentes iniciam mais tardiamente o acompanhamento pré-natal e realizam um menor número de consultas. Estudos apontam que o acompanhamento pré-natal inadequado confere uma maior chance de

ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer (Gama *et al.*, 2001; Simões *et al.*, 2003; Goldenberg *et al.*, 2005). Embora a presente pesquisa não permita mensurar o risco de parto prematuro nos casos de pré-natal inadequado, ressalta-se a proporção 46,7% de número de consultas inferior a seis entre os prematuros enquanto todos os não prematuros realizaram seis ou mais consultas, podendo-se atribuir o efeito de causalidade reversa.

Em relação ao desejo de engravidar na adolescência apenas 11,% referiram tristeza com a gravidez, chamando a atenção o fato de 31,4% terem desejado a gestação. Alguns estudos mostram que esse evento é muitas vezes almejado pelas adolescentes, existindo diferentes vivências da maternidade e para algumas jovens é uma experiência de vida plena de significados positivos. (SILVA *et al.* 2009; SANTOS; SCHOR, 2003).

Quanto ao perfil das 37 crianças filhas de mães adolescentes (dois partos gemelares), a faixa etária variou de 29 a 41 meses, sendo a maioria do sexo masculino (64,9%). Verificou-se elevado percentual (83,8%) de baixo peso ao nascer (<2500g) e de prematuridade (81,1%). Foram classificadas como alto risco 19 crianças (51,3%), que preenchiam os critérios para acompanhamento em ambulatório de follow-up. Dessas, apenas três (15,8%) nunca foram acompanhadas. Constatou-se elevada proporção de hospitalizações após a alta da UTIN, com predomínio das doenças respiratórias (57,7%) e cinco óbitos (13,5%), tendo como causa básica pneumonia (3 casos), meningite (1 caso) e parada respiratória (1 caso). No momento da visita domiciliária, segundo a opinião das mães, 22 crianças estavam saudáveis e 10 apresentavam problemas de saúde (Tabela 4).

Tabela 4 Perfil das crianças egressas de UTIN, filhas de mães adolescentes.
Fortaleza, março de 2010 a junho de 2011.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Masculino	24	64,9
Feminino	13	35,1
Peso ao nascer (g)		
<2500	31	83,8
≥2500	6	16,2
Prematuridade		
Sim	30	81,1
Não	7	18,9
Alto risco		
Sim	19	51,4
Não	18	48,6
Realizaram follow-up		
Foram acompanhadas, mas tiveram alta	20	54,1
Ainda em acompanhamento	5	13,5
Nunca foram acompanhadas	12	32,4
Situação da criança de alto risco no follow-up (n=19)		
Foram acompanhadas, mas tiveram alta	12	63,2
Ainda estão sendo acompanhadas	4	21,0
Nunca foram acompanhadas	3	15,8
Hospitalização após alta da UTIN		
Sim	26	70,3
Não	11	29,3
Óbito		
Sim	5	13,5
Não	32	86,5
Problema de saúde atual (n=32)		
Saudáveis	22	68,8
Deficiência auditiva	4	12,5
Problema neurológico	1	3,1
Deficiência visual e motora	1	3,1
Deficiência visual e problema neurológico	1	3,1
Deficiência motora e problema neurológico	1	3,1
Problema cardíaco e neurológico	1	3,1
Problema neurológico	1	3,1

O elevado percentual de crianças com baixo peso ao nascer e prematuridade está de acordo com os achados de Goldenberg *et al.* (2005) e Gama *et al.* (2002).

As crianças classificadas como de alto de risco e que precisavam ser acompanhadas no ambulatório de follow-up, na sua maioria, tiveram acesso a esse serviço. Ressalta-se que o acompanhamento clínico nos primeiros anos de vida é primordial para a detecção precoce de alterações no desenvolvimento e as intervenções necessárias em tempo oportuno, como também a identificação das necessidades da família e a orientação aos pais frente ao tratamento de seus filhos. (FERRAZ *et al.*, 2010).

Chamou a atenção o elevado percentual de hospitalizações após alta (70,3%), o percentual de internações entre os prematuros foi de 73,3% (22/30) e entre os não prematuros foi de 57,1% (4/7). As internações tiveram como principal causa as doenças do aparelho respiratório, resultados semelhantes aos descritos na literatura. A prematuridade por si só pode ser um fator de risco independente para a alteração da função pulmonar posterior. Essa alteração já em idade precoce estaria relacionada à alta morbimortalidade por doenças respiratórias nesta população durante o primeiro ano de vida (FRIEDRICH, 2005).

As crianças que faleceram eram todas prematuras e apresentavam história de hospitalizações anteriores por doenças respiratórias. Quanto à idade do óbito, duas faleceram no primeiro ano de vida e três antes de completar dois anos de idade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O retrato de filhos de mães adolescentes egressos da coorte prospectiva de recém-nascidos internados em UTIN na cidade de Fortaleza trata-se de uma caracterização pioneira, cujos resultados revelam a necessidade de aprimorar o acesso ao acompanhamento em ambulatórios de seguimento, tendo em vista o alto percentual de crianças prematuras, de baixo peso ao nascer, elevados percentuais de problemas de saúde e a grande maioria com história de internação posterior.

É oportuno destacar a necessidade de investigações de base populacional, bem como de avaliação dos serviços de seguimento de recém-nascidos de alto risco, inclusive de mães adolescentes, para orientar as políticas públicas favorecendo o aumento da oferta desses serviços, a integralidade da assistência prestada, na perspectiva da ampliação do espectro de qualidade das linhas de cuidado ofertadas à díade mãe-filho.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO B. F. DE, TANAKA A. C. D. A, MADI J. M, ZATTI H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 5, n. 4, p. 463-469, 2005.

BARNET B., ARROYO C., DEVOE M., DUGGAN A. K. Reduced school dropout rates among adolescent mothers receiving school-based prenatal care. **ArchPediatrAdolescMed**. v. 8, p. 158-262, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana de Saúde. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, p.228, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Assistência Pré-Natal**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

CABRAL, P. F. A. *et al.* Percepção da criança e do adolescente em estar dependente de tecnologia: aspectos fundamentais para o cuidado de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, jun. 2013.

CABRAL I. E. SILVA J. J, ZILLMANN D. O, MORAES J. R. M. M. RODRIGUES E.C. A criança egressa da terapia intensiva pediátrica na luta pela sobrevivência. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 1, p. 9-35 Jan-Fev. 2004.

CARDOSO, L. E. B., FALCÃO, M. C. Programa de Atualização em Neonatologia (PRORN) / organizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria. In: **Seguimento Ambulatorial do Recém nascido de Risiko**. Porto Alegre: Ed. Artmed/Panamericana, p. 201, 2004.

CHALEM, E. *et al.* Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, jan. 2007.

CHEN, X. K., WEN, S. W., FLEMING, N., DEMISSIE, K., RHODS, G. G., WALKER, M. T. Pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. **Int. J. Epidemiol.**, v. 36, n. 2, p. 368-373, 2007.

COSTA M.C, SANTOS C.A.T, NASCIMENTO SOBRINHO C.L., FREITAS J.O., FERREIRA K.A.S.L., SILVA M.A, *et al.* Childbirth and live newborns of adolescent and young adult mothers in the municipality of Feira de Santana, Bahia State, Brazil, 1998. **Cad Saúde Pública**. 2002. v.18, n.3, p. 22-715.

DIAS A.C.G., TEIXEIRA M.A.P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, V. 20, n. 45, p.123-131, jan.-abr. 2010.

DUARTE C.M.R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1511-1528, 2007.

FERRAZ S.T. *et.al*, Programa de *Follow-up* de Recém-nascidos de Alto Risco: Relato da Experiência de uma Equipe Interdisciplinar. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 133-139, jan./mar. 2010

FRACOLLI R.A., ANGELO M.A. experiência da família que possui uma criança dependente de tecnologia. **Rev Min Enferm.** v.10, n.2,p 31-125, Abr-Jun. 2006.

FRIEDRICH L., CORSO AL., JONES MH. Prognóstico pulmonar em prematuros. **JPediatr.** V. 8, s.1, 77-88, 2005.

FOLLE E., GEIB L.T.C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Rev Latino-am Enfermagem.** V.12, n.2, p. p.90-183, Mar-Abr. 2004.

GAMA, S.G.N; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad Saúde Pública.** v. 18, n 1, p.153-61. 2002.

GAMA S.G.N., SZWACWALD C.L., LEAL M.D.C., THEME FILHA M.M. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev Saúde Pública.** v. 35,p.74-80, 2001.

GOLDANI, M. Z., BETTIOL., H., BARBIERI, M. A., TOMKINS, A. Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southeast Brazil, in 1978-79 and 1994. **Cad. Saúde Pública.** v. 16, n. 4, p. 1041-1047, 2000.

GOLDENBERG P., FIGUEIREDO M.C.T., SILVA R.S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1077-1086, jul-ago, 2005.

KASSAR, S. B. *et al*. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v. 6, n. 4, p. 397-403, out/dez. 2006.

MICHELAZZO, D., YAZLLE M.E.H.D., MENDES M.C., PATTA M.C., ROCHA J.S.Y; MOURA M.D. Indicadores sociais

de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 633-639, set. 2004.

MENEZES, I. H. C.; FRANCESCANTONIO, D., SILVA, M. H. M. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. **Rev. Nutr, Campinas**, v. 17, n. 2, p. 185-194, abr-jun. 2004.

MIRANDA, L. E. V.; LOPES, J. M. A. **Manual de perinatologia.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2000.

MOREIRA M. E. L, GOLDANI M.Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciênc Saúde Coletiva.** v.15, n.2, P. 7-321, Mar.2010.

PAVLOVA-GREENFIELD, T.; SUTIJA, V. G.; GUDAVALLI, M. Adolescent pregnancy: positive outcome at a community hospital. **J. Perinat. Med.**, v. 28, n. 6, p. 443-446, 2000.

PANTOJA, A. L. N. “Ser alguém na vida”: Uma análise sócio-anropológica da Gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cad Saúde Pública.** v. 19, s. 2, p. 335-343, 2003.

PERSONA, L. I. A; SHIMO, A. K. K.; TARALLO, M. C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 745-750, set./out. 2004.

PINTO L. F, MALAFAIA M. F, BORGES J. A, BACCARO A., SORANZ D.R. Perfil social das gestantes em unidade de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciênc Saúde Coletiva.** v.10, p.13-205, 2005.

RIBEIRO E. R. O, BARBIERI M. A, BETTIOL H., SILVA A. A. M. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública.** v. 34, n.2, p. 42-136, 2000.

SILVA, L. A. DA *et al.* Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, mar. 2009 .

SIMÕES V. M. F., SILVA A. A. M., BETTIOL H., LAMY-FILHO F., TONIAL S. R., MOCHEL E. G. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev Saúde Pública.** v.3, n. 37, p. 65-559, 2003.

SANTOS, G. H.; MARTINS, M. G.; SOUSA, M. S. *Teenage pregnancy and factors associated with low birth weight.* **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 5, p. 224-231, 2008.

SANTOS, S. R DOS, SCHOR N. Vivências da maternidade na adolescência precoce **Rev Saúde Pública.** v. 37, n.1, p.15-23, 2003.

VIERA, C. S., MELLO. D. F DE., OLIVEIRA, B. R. G de. O seguimento do prematuro e baixo peso ao nascer egresso da terapia intensiva neonatal na família: uma revisão de literatura. **Online braz. j. nurs.** V.7, n. 3, 2008.

WAISSMAN, A. L. Análise dos fatores associados à recorrência de gravidez na adolescência. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

