



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO**

DANNIELLY AZEVEDO DE OLIVEIRA

**UM ESTUDO SOBRE O PERFIL SEXUAL E REPRODUTIVO DAS
ADOLESCENTES DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO
DE NATAL/RN**

**NATAL/RN
SETEMBRO/2014**

DANNIELLY AZEVEDO DE OLIVEIRA

**UM ESTUDO SOBRE O PERFIL SEXUAL E REPRODUTIVO DAS
ADOLESCENTES DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE
NATAL/RN**

Dissertação a ser apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ORIENTADOR: Profa. Dra. Maria Ângela Fernandes Ferreira

CO-ORIENTADOR: Profa. Dra. Maisa Paulino Rodrigues

NATAL/RN
SETEMBRO/2014

DANNIELLY AZEVEDO DE OLIVEIRA

**UM ESTUDO SOBRE O PERFIL SEXUAL E REPRODUTIVO DAS
ADOLESCENTES DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE
NATAL/RN**

Dissertação a ser apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Ângela Fernandes Ferreira

Orientador – Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli

Membro Efetivo Externo – Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Profa. Dra. Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho

Membro Efetivo Interno – Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Dedico cada traço, cada palavra
deste trabalho a minha amada filha Iasmin.
Essa vitória é nossa! Amigas para sempre!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus que diante de todas as circunstâncias de minha vida me tem feito tirar lição para crescimento. Por me fazer forte e me erguer diante de todas as coisas. Por ser autor e mantenedor da vida e por me dar a oportunidade de seguir em frente.

À minha mãe Maria do Céu por ser sempre o apoio que busquei em todos os momentos. Por ser, de fato, a segunda mãe para nossa lasmin. Fazendo-se presente na minha ausência.

À minha filha lasmin por ser inspiração a cada dia para que eu possa seguir em frente.

Ao meu pai Arnaldo e aos meus irmãos Arnaldo Júnior e Izabely por estarem sempre presentes.

Ao meu amado Ricardo Alexandre por seu carinho, cuidado, dedicação, amor e por dividir comigo cada momento, trazendo apoio e amparo.

Aos meus amigos Carlos Eduardo Moura, Maria Tereza Moura, Lindaracy Galvão e Karina Aglio por se fazerem sempre presentes em diversos momentos de minha vida trazendo apoio, amizade. Vocês são os irmãos que Deus me presenteou.

Aos meus queridos amigos e irmãos Betânia Maciel, Eliana Fernandes, Hortência Gondim e Jonas Sâmi pela amizade, força e por não me deixarem desistir nunca. Sou muito grata a vocês por todas as nossas vivências, reflexões e por nossos momentos “milk”!

À Ana Cássia Nogueira por me fazer suspender e reencontrar. Para sempre serei muito grata.

Aos meus alunos e colaboradores em alto grau Eloiza Cunha, Evelyn Medeiros, Linden Jonson, Sâmela Marques, Alyne Swerda, Jônatas Meireles, Anderson Brito e Elisandra Catarina. Sem vocês essa pesquisa não teria caminhado. A dedicação de vocês trouxe sempre ânimo. Muito obrigada!

Às Coordenações de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN) e Universidade Potiguar (UnP) pela colaboração em diversos momentos em busca de alcançar mais este degrau.

À Professora Ângela Ferreira por todo o apoio dado, mesmo diante das circunstâncias mais adversas e por acreditar que se poderia alcançar.

Às Professoras Maisa Paulino e Jovanka Bittencourt por todo o apoio que me foi trazido sempre, de todas as formas.

Às Professoras membros dessa banca examinadora por gentilmente avaliarem esta pesquisa.

E de forma especial às adolescentes participantes do estudo. Vocês tornaram real o sonho!

A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.

(Albert Einstein)

OLIVEIRA, D.A. UM ESTUDO SOBRE O PERFIL SEXUAL E REPRODUTIVO DAS ADOLESCENTES DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN. 2014. 68 fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal – RN, 2014.

RESUMO: A adolescência é vista como uma fase da vida marcada por uma série de transformações físicas e comportamentais, o que leva a determinadas situações de risco, como o início precoce da atividade sexual, a gravidez e a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis. Baseado nessa afirmação, a pesquisa objetivou de forma geral: conhecer o perfil sexual e reprodutivo das adolescentes de um serviço de referência no município de Natal. De maneira específica: descrever as características sócioeconômicas, sexuais e reprodutivas individuais e familiares da população em questão, como também, verificar possível associação entre gravidez e idade de início da atividade sexual com os aspectos socioeconômicos. O Estudo seccional realizado em banco de dados a partir dos registros de 463 adolescentes que buscaram atendimento num serviço de referência em saúde Sexual e Reprodutiva, no período de março de 2011 a junho de 2012. Os dados coletados foram submetidos à análise realizada pelos programas Excel 2007 e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0. Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, com números absolutos e percentuais, sendo a sua apresentação feita por meio de tabelas de distribuição e frequências. Os resultados mostraram que os pais dessas adolescentes (65,7% - pai; 57,8% - mãe), possuíam ensino fundamental; renda familiar inferior a dois salários mínimos (66,2%); algum tipo de dependência química na família (33,5%) e presença de violência doméstica (20,6%). Foi verificada uma maior probabilidade de gravidez quando a mãe tinha apenas o ensino fundamental (26,3%), outras pessoas que não o pai ou a mãe contribuíam com a renda familiar (33,3%) e (26%) quando havia dependência química na família. O início precoce da atividade sexual foi observado quando a mãe apresentava ensino fundamental (57,3%), outras pessoas que não o pai ou a mãe contribuíam com a renda familiar (63,1%) e o uso de drogas/álcool como um problema familiar (67,6%). Concluiu-se que tais vulnerabilidades aparecem como reflexo da baixa condição social dessas jovens, agravadas pela herança afetiva que é ofertada a cada indivíduo desde o nascimento. Estes achados poderão subsidiar as políticas públicas de vigilância da saúde às adolescentes em diversas áreas.

Palavras-chave: Adolescente. Sexualidade. Vulnerabilidade.

OLIVEIRA, D.A. **A STUDY ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE PROFILE OF TEENAGERS FROM A REFERENCE SERVICE IN THE CITY OF NATAL / RN.** 2014. 68 f. Master Science Degree in Public Health, Federal University of Rio Grande do Norte (UFRN), Natal - RN, 2014.

ABSTRACT: Adolescence is seen as a phase of life marked by a series of physical and behavioral changes, which leads to certain risk situations, such as early sexual activity, pregnancy and the occurrence of sexually transmitted diseases. Based on this statement, this research aimed generally: meet the sexual and reproductive adolescents of a reference service in Natal profile. Specifically describe the socio-economic, sexual and reproductive individual and family characteristics of the population in question, but also verify possible association between pregnancy and age of onset of sexual activity with the socioeconomic aspects. The sectional study conducted in the database from the records of 463 adolescents seeking care in a referral center in Sexual and Reproductive Health in the period March 2011 to June 2012. The data collected were subjected to analysis by Excel 2007 and Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0. For data analysis, descriptive statistics, with absolute numbers and percentages was used, and its presentation by means of distribution and frequency tables. Results showed that the parents of these adolescents (65.7% - father; 57.8% - mother), had primary education; family income less than two minimum wages (66.2%); any type of chemical dependency in the family (33.5%) and presence of domestic violence (20.6%). A higher probability of pregnancy was verified when the mother had only primary education (26.3%), persons other than the father or mother contributed to family income (33.3%) and (26%) when there was substance abuse in the family early onset of sexual activity was observed when the mother had primary education (57.3%), persons other than the father or mother contributed to family income (63.1%) and the use of drugs / alcohol as a problem family (67.6%). It was concluded that such vulnerabilities appear as a reflection of the low social status of these young people, aggravated by emotional inheritance that is offered to every individual from birth. These findings may perhaps, support public health surveillance policies for adolescents in several areas.

Key words: Adolescents. Sexuality. Vulnerability.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Perfil educacional de adolescentes assistidas em um serviço de Referência em Saúde do Adolescente. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.....29
- Tabela 2** – Perfil socioeconômico de adolescentes assistidas em um serviço de Referência em Saúde do Adolescente. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.....30
- Tabela 3** – Relações sociais de adolescentes assistidas em um serviço de Referência em Saúde do Adolescente. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.....31
- Tabela 4** – Dados sexuais e reprodutivos de adolescentes assistidas em um serviço de Referência em Saúde do Adolescente. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.....32
- Tabela 5** – Dados sobre violência e dependência química de adolescentes assistidas em um serviço de Referência em Saúde do Adolescente. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.....33
- Tabela 6** – Associação entre o desfecho “Ocorrência de gravidez” e as variáveis independentes utilizadas no estudo. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.....34
- Tabela 7** – Associação entre o desfecho “Idade de início da atividade sexual” e as variáveis independentes utilizadas no estudo. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.....35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HPV – Papiloma Vírus Humano

INCA – Instituto Nacional do Câncer

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ONU – Organização das Nações Unidas

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

SUS – Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

ASAJ – Área Temática de Saúde do Adolescente e do Jovem

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

UBS – Unidade Básica de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	01
1.1 CONTEXTUALIZANDO O TEMA	01
1.2 PROBLEMA E PROBLEMATIZAÇÃO	02
1.3 JUSTIFICATIVA.....	03
2. OBJETIVOS	04
3. REVISÃO DE LITERATURA	05
3.1 MARCO LEGAL RELACIONADO À ADOLESCÊNCIA.....	05
3.2 O SER ADOLESCENTE E O SER JOVEM.....	06
3.3 VULNERABILIDADE SOCIAL E SUAS CONSEQUENCIAS NA SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	08
3.3.1 O processo de formação das classes sociais	09
3.3.2 Conceituando vulnerabilidade e seu contexto em saúde	10
3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS AO ADOLESCENTE.....	12
3.4.1 Processo histórico relacionado às políticas de saúde para o adolescente	12
3.4.2 Políticas públicas para o adolescente no Brasil	15
3.5 SAÚDE, SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	19
3.5.1 Conhecimento das adolescentes a respeito de sua saúde sexual e reprodutiva	19
3.5.2 Métodos de barreira como forma de prevenção, conhecimento e adesão da adolescente	20
3.5.3 O papel do profissional de saúde nas ações de promoção e prevenção à saúde das adolescentes	21
3.5.4 Promoção à saúde da adolescente	22

4. METODOLOGIA.....	26
4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM DE PESQUISA.....	26
4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	26
4.3 SELEÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	27
4.3.1 Critérios de inclusão.....	27
4.3.2 Critérios de exclusão.....	28
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4.5 COLETA, ARMAZENAMENTO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES: ETAPAS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	28
5. RESULTADOS.....	31
6. DISCUSSÃO.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	51
APÊNDICES.....	60
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - FICHA DE CADASTRO DO ADOLESCENTE	
ANEXOS.....	65
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZANDO O TEMA

A adolescência é uma fase da vida do indivíduo marcada por intensas mudanças. Nesse período, ocorre transição da infância para a fase adulta, além de rápidas transformações, tanto físicas e fisiológicas, quanto psicossociais - conflito com o início das relações sexuais, momentos de incerteza, ansiedade, insegurança, isolamento, transtornos de vínculos afetivos, consolidação da auto-imagem e auto-estima, amadurecimento emocional e mental, questionamento sobre imposições, regras, valores, identidade, conflitos familiares, emocionais e sociais, com preocupação quanto à formação de grupos de amigos (GODINHO et al., 2000).

É válido considerar que o processo de transição à vida adulta alterou-se muito nas sociedades ocidentais modernas. A construção social da adolescência na atualidade se faz sob o aprofundamento do processo de individualização, com dinâmicas peculiares conforme o segmento social considerado (ALVES; BRANDÃO, 2009).

Na realidade praticada no Brasil, a desigualdade social, política e econômica vão influenciar de forma direta o comportamento social de cada indivíduo. Esses comportamentos característicos de cada classe social serão inseridos de maneira imperceptível nos relacionamentos familiares e poderão ser observados de forma mais contundente no ambiente escolar (de maneira positiva ou não). Assim, numa dinâmica familiar onde predomina distância emocional, superficialidade nas relações, violência, como acontece nas classes sociais mais baixas, os indivíduos se tornam mais vulneráveis a situações de risco social e pessoal.

Considerando a sua condição de “pessoa em desenvolvimento”, o adolescente traz em si uma condição intrínseca de vulnerabilidade. Entende-se por vulnerável os adolescentes que estão expostos a situações de violência, ao uso de drogas e a experiências relacionadas a privações que permeiam a ordem afetiva, cultural e socioeconômica desfavorecendo o pleno desenvolvimento biopsicossocial (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010).

Uma circunstância que traz vulnerabilidade, mais especificamente relacionado à sexualidade em adolescentes do sexo feminino, é o fato de que nessa faixa etária a fecundidade é alta. O início da atividade sexual é considerada "precoce" entre 15 e

19 anos por razões biológicas relacionadas ao desenvolvimento humano. Esse fenômeno atinge uma grande proporção de adolescentes de classes menos favorecidas economicamente e em período de formação da educação básica (IBGE, 2009). Outra consequência preocupante reside no aumento do risco de doenças sexualmente transmissíveis (DST), considerando ainda o baixo uso de preservativo entre adolescentes (BRASIL, 2006).

É importante lembrar que fatores biológicos, psíquicos, sociais, entre outros, interferem na sexualidade. A baixa idade da menarca pode favorecer a antecipação do primeiro coito, já que os hormônios pubertários intensificam o desejo sexual. Em relação ao desenvolvimento psíquico, a adolescência é uma fase de definição da identidade sexual, em que há experimentação e variabilidade de parceiros. O sentimento de onipotência faz com que os jovens sintam-se invulneráveis, expondo-se a perigos sem prever consequências. Apesar de receberem informações sobre DSTs, estas não conduzem a ações em prol da saúde. A família desempenha importante papel por meio da transmissão de valores e atitudes. A estrutura familiar em que falta cuidado repercute na vida sexual dos adolescentes, podendo levá-los a relacionamentos sexuais desprotegidos, para suprir, talvez, uma carência emocional (TAQUETTE; VILHENA, 2008).

Considerando o ponto de vista social, a influência do grupo, o nível econômico, a pouca escolaridade, a dependência química e a violência, em seus vários contextos, estão relacionados à baixa idade nas primeiras relações sexuais, ao número de parceiros, às atitudes de proteção contra as DSTs e a ocorrência de gravidez (TAQUETTE; VILHENA, 2008; BRASIL, 2006).

1.2 PROBLEMA E PROBLEMATIZAÇÃO

Nesse contexto, esse estudo busca uma reflexão acerca da vulnerabilidade de adolescentes considerando os processos sociais que condicionam tal fase de vida, os valores e expectativas nelas envolvidos identificando determinadas situações relativas aos aspectos sociais, sexuais e reprodutivos nessa faixa etária.

De igual modo busca-se desenhar um perfil dessa população específica, a partir de adolescentes assistidas por um serviço de referência no estado do Rio

Grande do Norte, revelando elementos que possam contribuir para uma assistência direcionada e qualificada.

Nessa direção alguns questionamentos emergiram: qual perfil das adolescentes usuárias de um Centro de Referência em Saúde Sexual e Reprodutiva? Quais os fatores que tornam as adolescentes vulneráveis à situações de risco nessa fase de suas vidas?

Acredita-se que a falta de uma educação adequada, o não entendimento das orientações realizadas pelos profissionais dos serviços de saúde ou a negligência por parte dos jovens, por se considerarem distantes da contaminação pelas DST's podem estar contribuindo para torná-los vulneráveis. Ressalta-se, entretanto, que a promoção da saúde não é realizada somente nos serviços referenciados, mas, outros espaços também devem colaborar com a educação e orientação sexual, como é o caso da família e da escola. No entanto, a participação destes setores não exime a responsabilidade dos serviços de atenção à saúde de prestar assistência adequada e qualificada.

1.3 JUSTIFICATIVA

Assim, o presente estudo tem como relevância científica a possibilidade de divulgação dos achados relacionados ao perfil de adolescentes em serviços de referência para atendimento em saúde do adolescente, sendo possível identificar suas vulnerabilidades para circunstâncias diversas. Salienta-se que durante a revisão de literatura percebeu-se o reduzido número de fontes bibliográficas referentes a estudos em centros de referência em saúde sexual e reprodutiva a essa faixa etária da população, fato que motivou a pesquisadora para a realização deste estudo. Buscou-se aprofundar as relações existentes entre as vulnerabilidades e suas causas sociais. De igual modo, a vivência da autora como enfermeira nesse tipo de serviço, a fez buscar conhecer de forma mais ampla o perfil social, sexual e reprodutivo da clientela em foco.

Por fim esta pesquisa poderá subsidiar o serviço e quiçá implantar melhorias nas condições de atendimento ao adolescente, considerando as ações relacionadas a promoção e prevenção a saúde deste grupo específico.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Conhecer o perfil sexual e reprodutivo das adolescentes de um serviço de referência no município de Natal, no período de março de 2011 e junho de 2012.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Descrever as características socioeconômicas, sexuais e reprodutivas, individuais e familiares da população em questão.

Verificar possível associação entre a ocorrência de gravidez e idade de início da atividade sexual com os aspectos socioeconômicos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 MARCO LEGAL RELACIONADO À ADOLESCÊNCIA

O sistema de elaboração de Leis de um Estado sempre esteve relacionado ao contexto histórico no qual uma sociedade está inserida. Considerando essa afirmativa observamos que o marco legal internacional e direcionado ao cuidado com o adolescente ocorre a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada em 1948, por intermédio da Organização das Nações Unidas (ONU). Este vem assegurando uma série de convenções internacionais onde são estabelecidos estatutos de cooperação mútua e mecanismos de controle que possam garantir “a não violação e o exercício pelo cidadão de um elenco de direitos que possam ser considerados básicos à vida digna, os chamados direitos humanos” (BRASIL, 2007, p. 21).

À medida que, historicamente, a sociedade vai se alterando e vão emergindo outras realidades sociais necessárias à manutenção desse direito, também irão surgir diversos pactos genéricos e específicos para que, legalmente, continue a ser garantido às crianças e aos adolescentes o direito que lhes é cabido.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 vem constituir o marco jurídico no que se refere a transição democrática e a institucionalização dos direitos humanos no País. Os anos 90, por sua vez, foram o período de reordenamento jurídico e institucional aos novos parâmetros democráticos nacionais e internacionais (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, é aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei n.º 8.069/1990) que regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal. Ela rompe com o Regime anterior da Lei n.º 6.697, de 10/10/1979 (Código de Menores – revogado), que circunscrevia às crianças e aos adolescentes em situação irregular (BRASIL, 2007; SILVA, 2008, BRASIL, 2010b). Por outro lado, o ECA prevê a garantia dos direitos da criança e do adolescente em qualquer situação jurídica, tendo como objetivo a proteção integral, dando assim cumprimento aos compromissos internacionais assumidos na Convenção Internacional dos Direitos da Criança nas Nações Unidas e, como dito anteriormente, regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2010b).

O Estatuto prevê que apesar da condição de ser em desenvolvimento é expressamente garantido à criança e ao adolescente o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da identidade, autonomia, valores e ideias, direito de opinião e expressão, de buscar espaços de refúgio e auxílio e de ter orientação (Lei n.º 8.069/1990, artigo 17) (BRASIL, 2010b).

Dentro dessa perspectiva de integralidade da assistência ao indivíduo como ser, o Estatuto da Criança e do Adolescente reserva, ainda, garantia do direito à saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). De maneira prioritária garantir atendimento médico, farmacêutico e outros recursos para seu tratamento e recuperação; promoção de programas de assistência médica e odontológica, prevenindo agravos do segmento infanto-juvenil; determina vacinação obrigatória; permanência dos pais ou responsáveis junto com a criança e o adolescente, caso este seja internado (BRASIL, 2007).

Novas políticas públicas de atendimento a infância e a juventude são estabelecidas, tomando por base as diretrizes semelhantes às que regem o SUS: descentralização e municipalização; controle social e participação da comunidade; manutenção de recursos específicos; integração operacional de diversos órgãos, oportunizando a garantia de agilidade para o atendimento (BRASIL, 2007).

Os conceitos e direcionamentos no que dizem respeito à saúde, surgem e se difundem como consequência das transformações que vem ocorrendo na organização social, principalmente no que se conceitua por família e se estende até a esfera pública. Nesse entendimento (social e legal) e, especialmente, falando de adolescência, foram sendo adotadas práticas na sociedade as quais conduziram ao processo de formação do caráter social dessa faixa etária, que é de responsabilidade do Estado. Assim, e de acordo com os preceitos que regem o SUS, essa responsabilidade (entre outras), é prestada a partir de uma assistência pública, onde o indivíduo, quando devidamente assistido,

chega à maturidade pelo exercício do direito de se auto aperfeiçoar para, então, gozar de uma cidadania plena ou de um conjunto de direitos que se articulam progressivamente, apropriados gradativamente pela pessoa em seu processo de desenvolvimento” (CASTRO, 2009, p. 22).

3.2 O SER ADOLESCENTE E O SER JOVEM

A conotação social, a ocupação de espaços e a consciência do seu papel como figura ativa na configuração da sociedade, determina a forma como o adolescente será inserido nas políticas públicas. Antes, é necessário, porém, que se conheçam os conceitos que permeiam, diferenciam e ao mesmo tempo complementam o adolescente e a juventude.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os adolescentes são pessoas entre 10 e 19 anos, e jovens aqueles na faixa etária entre 15 e 24 anos (TOLEDO, 2008). No Brasil, são considerados adolescentes aqueles que estão na faixa etária de 12 a 18 anos, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente. É possível, então, observar certa discrepância entre a definição determinada pela Organização Mundial de Saúde e a do Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo a primeira também adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Geralmente a diferença estará relacionada ao significado dos termos: os significados determinados a adolescência tem caráter negativo, refletindo ideias relacionadas a dependência, agressividade, irresponsabilidade, impulsividade e descontrole emocional. Em contrapartida, a juventude como conceito é mais brando, tendo significado positivo, remetendo a ideia de independência, criatividade e responsabilidade (TOLEDO, 2008).

Dessa forma, se fosse considerada apenas a faixa etária, seria analisar o indivíduo de forma limitada e reduzida, pois analisando o conjunto se poderia levar a crer que os adolescentes e jovens, enfrentam semelhantemente as mesmas experiências, conflitos e incertezas dessas fases. Assim, como aponta Toledo (2008) e Brasil (2007) as fronteiras cronológicas são uma referência para a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica e delimitação de políticas públicas, mas na vida concreta e na experiência singular de adolescentes e jovens, tais fronteiras não estão dadas de um modo homogêneo e fixo.

De acordo com Brêtas et al (2009, p. 552):

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Neste processo, as modificações do corpo neste período ocorrem de forma muito rápida, profunda e marcante para o resto da vida do indivíduo, o que acaba sendo um referencial importante no que diz respeito à adolescência.

Os autores citados anteriormente, afirmam ainda que essas intensas transformações físicas e biológicas, nesta fase do desenvolvimento humano, influenciam todo o processo psicossocial da formação da identidade do adolescente. Esse corpo, diferente de todos os outros, emerge das profundezas desse turbulento processo, no qual a identidade é talvez a tarefa evolutiva mais importante da adolescência.

Borges et al (2010) relata que nesse contexto de grandes mudanças permeadas na adolescência, a sexualidade presente em toda a trajetória de vida do ser humano, busca sua afirmação nesta fase. No entanto, o desenvolvimento da sexualidade nem sempre é acompanhado de um amadurecimento afetivo e cognitivo, o que torna a adolescência uma etapa de extrema vulnerabilidade a riscos como a gravidez não planejada e as doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Os autores referidos insistem também que a sexualidade é algo presente em toda a trajetória vital do ser humano, buscando sua afirmação na adolescência (BORGES et al, 2010; BRASIL, 2008).

Associado a todas essas questões, os fatores biológicos, a falta de informação e os conceitos equivocados facilitam a transmissão de doenças sexuais durante a fase da adolescência. Os adolescentes nem sempre usam métodos contraceptivos que os proteja contra gravidez não planejada e DST/AIDS na sua primeira relação sexual (CIRINO; NICHATA; BORGES, 2010; CONTI; BORTOLIN; KÜLKAMP, 2006).

A adolescência é um processo de desenvolvimento específico de cada indivíduo, levando em consideração a singularidade de cada ser, marcado não só pelo fator cronológico, mas também por processos biopsicossociais (TOLEDO, 2008). Em consideração a este fator, e como defende o autor citado anteriormente, há de se considerar não mais a “adolescência”, mas sim “as adolescências”.

Diante do exposto, apesar da adversidade do conceito cronológico que é dado a adolescência, este é construído historicamente considerando tanto as dimensões cronológicas, quanto as biológicas e sociais, tornando-se, assim, um processo dinâmico e singular.

3.3 VULNERABILIDADE SOCIAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE DA ADOLESCENTE

Compreender o conceito de vulnerabilidade e as circunstâncias que tornam os adolescentes vulneráveis exige compreender também, de maneira mais profundada, a formação das classes sociais. A partir dessa compreensão será possível reconhecer os fatos relacionados à saúde desses jovens e às desigualdades sociais e miséria que envolvem as classes menos favorecidas.

3.3.1 - O processo de formação das classes sociais: vulnerabilidades como resultados.

Para compreender como surgem as circunstâncias de vulnerabilidade é mister buscar primeiramente entender o processo de formação das classes sociais numa sociedade. A base da compreensão de toda a dinâmica social se constrói de maneira invisível onde as classes sociais se “produzem e se reproduzem antes de tudo ‘afetivamente’ por herança familiar” (SOUZA, 2009, p. 404).

Cada indivíduo nasce dentro de um contexto familiar e social muito concreto e peculiar. No caso da classe média, por exemplo, por identificação afetiva. Isto é, absorvendo e seguindo um aprendizado que é transmitido aos indivíduos por identificação emocional com as figuras paternas. De acordo com Freitas (2009) e Souza (2009) as crianças acabam adquirindo imperceptíveis heranças emocionais e morais familiares para indicar comportamento social que nada tem a ver com intenções ou racionalizações explícitas. Dessa forma, os indivíduos dessa classe social acabam apresentando as capacidades de disciplina, do autocontrole, do cálculo prospectivo que permitem a ideia e a prática da noção de responsabilidade auto responsável e racional, que são na realidade as causas sociais da posição dominante das classes média e alta (SOUZA, 2009).

Assim, o que a classe média aprende na escola é uma extensão das virtudes que já estavam sendo aprendidas desde o berço, dentro do ambiente domiciliar. Por outro lado, na realidade das classes menos favorecidas, o contexto em que nascem e recebem a “herança afetiva” é desestruturado e tende a reproduzir sua própria exclusão.

Tal tipo de estrutura familiar é contrária a família desorganizada a qual existe desorganização econômica e moral de seus membros. Uma família desorganizada não garante entre os membros o desenvolvimento satisfatório

emocional e afetivo. Os pais não conseguem demonstrar a seus filhos amor, carinho. Não conseguem fazê-los enxergar que são seres únicos a eles e que detêm por eles um amor incondicional, pelo simples fato de que não receberam isso de suas famílias (COSTA; ASSIS, 2006; SOUZA et al., 2009).

O resultado desse processo de construção afetiva e social é observado muito claramente na diferença de desempenho da classe média e baixa na escola. Para a criança da classe média, a escola é uma continuação do que é ofertado emocionalmente no ambiente familiar, onde são formados indivíduos disciplinados e regidos pelo princípio do desempenho diferencial (SOUZA, 2009). Na classe baixa, como os vínculos emocionais são superficiais e desorganizados, não favorecem o aprendizado escolar de maneira eficiente, favorável a criar na criança o estímulo afetivo para o estudo.

A partir dos processos invisíveis determinados no ambiente domiciliar, se confirmam e reforçam os processos de formação das classes sociais. Assim, as desvalias que favorecem as vulnerabilidades são, na realidade, resultados da formação dessa classe social. Não será a renda que os indivíduos de uma classe social possuem que os farão agir como semelhantes, mas a construção afetiva e pré-reflexiva montada de forma imperceptível que se torna compartilhada sem que haja qualquer intervenção consciente (FREITAS, 2009; SOUZA, 2009).

3.3.2 Conceituando vulnerabilidade e seu contexto em saúde

Vulnerabilidade significa a capacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associadas a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. Esse conceito surge a partir da ideia de indivíduo participante de um contexto próprio seu, porém inserido no que gostaria de chamar pluralidade de circunstâncias. Seu conceito, inicialmente, foi empregado na área da saúde, especificamente ao que estava relacionado às pesquisas sobre o HIV/AIDS (SILVA, 2008).

Ayres et al (2003 p. 118) enfatiza que o “conceito de vulnerabilidade especificamente aplicado à saúde, pode ser considerado o resultado do processo de progressivas interseções entre o ativismo diante da epidemia da AIDS e o

movimento dos Direitos Humanos”. Assim, o termo passa a ser utilizado na saúde pública, tanto quando se falava em prevenir a AIDS, como também no que dizia respeito às formas de intervenção junto às pessoas inseridas em um contexto sociocultural e histórico.

A idéia de vulnerabilidade vem confirmar a visão de um homem que se estabelece dentro de uma diversidade de circunstâncias, determinadas a partir das suas diferenças. Não cabe mais, então, a idéia de pensar as ações e práticas educativas baseadas numa perspectiva de universalidade do sujeito (BRASIL, 2007). Partindo dessa premissa, outro aspecto relevante se apresenta: a noção de risco envolvida com a temática da vulnerabilidade. Este seria o cruzamento entre perigo e controle.

Assim, o conceito de risco na área da saúde, foi fortalecido principalmente na década de 1980, quando passou a ser utilizado enfatizando desde a questão dos mecanismos causais até comportamentos individuais. Entretanto, desde o fim desta década até os dias atuais, coexistem também os enfoques que consideram as “características mais contextuais e estruturais” (SILVA, 2008).

Dessa forma, a cerne da prevenção estava relacionada apenas a comportamentos individuais, porém com a visão ampla da relação entre os conceitos de risco e vulnerabilidade, passa-se a considerar além das situações comportamentais individuais “as relações e interações estruturais em que ocorrem os riscos. Com essa mudança, a expressão ‘vulnerabilidade’ se fortalece, pois apresenta uma maior amplitude conceitual” (SILVA, 2008, p. 58). Sendo fundamentado na consideração de circunstância que desencadeiem ou não o adoecimento, observando o todo e cada indivíduo.

A partir, então, da associação da noção de risco e vulnerabilidade, surgiram modificações na assistência a ser prestada. As políticas públicas de saúde estruturaram-se no sentido de que os programas pudessem favorecer intervenções considerando esse conceito ampliado, ou seja, todos os fatores que podem causar risco de adoecimento.

Dessa forma, os grupos ditos como vulneráveis são a “população-alvo” de programas governamentais planejados para conter o aumento do risco, ou seja, são ações planejadas para conter, diminuir ou eliminar situações consideradas como de riscos para o indivíduo e/ou para uma população.

Contudo, é importante frisar que a organização de políticas públicas que atendam ao adolescente, foi resultado de um processo de práticas discursivas que tem uma trajetória de construção histórica e cultural. O modelo assistencial a ser desenvolvido junto com os adolescentes deve permitir a discussão sobre as regras da adoção de um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a resistência às pressões externas, a expressão de sentimentos, opiniões, dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, de forma a dar condições para o enfrentamento e a resolução de problemas e dificuldades encontradas no dia-a-dia (BRASIL, 2007).

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS AO ADOLESCENTE

3.4.1 Processos histórico relacionado às políticas de saúde para o adolescente: OMS e OPAS

Após a Segunda Guerra Mundial, passa a ser responsabilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS), a atuação em assessorar e coordenar os assuntos de saúde internacionais, a partir da criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948. No que se referem aos países da América Latina e Caribe, é organizado um escritório regional, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), funcionando como extensão da OMS relacionada a orientações e modelos. Assim, essas instituições servem, a partir de então, como agências especializadas nas temáticas internacionais de saúde com fins de elaborar normas e disseminar diretrizes relacionadas a saúde, havendo, para isso, todas as evidências científicas necessárias (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

Duas ações principais no âmbito da OMS que antecederam direcionamentos específicos no que diz respeito a saúde juvenil foram, primeiramente, a formação de um *Comitê de Experts da OMS em Problemas de Saúde do Adolescente* em 1964. Este resultou na elaboração de um informe em 1965 onde foram direcionados conceitos e parâmetros sobre adolescência, os quais foram divulgados a comunidade mundial e são adotados até a atualidade, como por

exemplo, a conceituação de que a adolescência é uma fase de transformações quando se leva em consideração as demais fases do desenvolvimento. Posteriormente, em 1976, foi elaborado um novo grupo de especialistas no *Comitê de Experts em Necessidades de Saúde dos Adolescentes*. Neste, publicado em 1977 é reafirmado o “parâmetro cronológico como norteador da abordagem e insere a idéia de período de transição para conceituação de adolescência”. (BRASIL, 2007b)

Na década de 1980, a OMS abordou algumas temáticas relacionadas a adolescência em fóruns e conferências. Porém, o que é possível observar é que apesar de haver algumas discussões sobre a temática da adolescência, as questões de saúde relacionadas a essa fase do desenvolvimento ainda não apresentavam espaços definidos de debate. Assim, observa-se que a abordagem ao adolescente dada pela OMS, mostrava-se, até então, “diluída e pulverizada em reuniões que visavam discutir a saúde da mulher e da criança, especialmente, os aspectos reprodutivos.” (CASTRO, 2009)

Em maio de 1989, a OMS adotou em sua 42ª Assembléia Mundial de Saúde o tema pela primeira vez: “A Saúde dos Jovens”, tendo sido mundialmente debatido em sua especificidade. E diante dos debates, os relatórios gerados apontaram como problemas de saúde dos jovens a necessidade de reconhecer à heterogeneidade deste segmento da população, como também, as condições de vida destes. Alguns dos principais problemas de saúde relacionados a esta faixa etária, referem-se aos aspectos sexuais e reprodutivos. Tais relatórios reconhecem a insuficiência de informação sobre o comportamento dos jovens e sua relação com a saúde, como também a necessidade de maior compromisso político no que diz respeito ao planejamento e implantação de ações para esse grupo específico (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007b; MACEDO, 2010).

Diante do que foi levantado, foram trazidas como estratégias a promoção da integração de vários setores (saúde, esporte, educação e arte), da inserção da família e dos recursos comunitário (formação de uma rede assistencial ao adolescente). Em seguida aos debates técnicos, uma série de recomendações foram estabelecidas aos Estados membros, pelos especialistas, em vários âmbitos

da assistência gerada ao adolescente, principalmente no que diz respeito a estruturação política e dos serviços (MACEDO, 2010)

Assim, observa-se que 42ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS, “A Saúde dos Jovens”, foi o marco no que diz respeito a sistematização das ações de saúde para adolescentes desenvolvidas nas Américas e Caribe. Essas recomendações resultaram na elaboração de dois documentos norteadores, em 1990 e 1992: o *Marco Conceptual de la salud integral del adolescente y de su cuidad* e o Plano de ação sobre a saúde do adolescente nas Américas (OPAS, 1990).

O *Marco Conceptual de la salud integral del adolescente y de su cuidad*, de 1990, tem caráter conceitual, propondo-se a ser utilizado como referência para as ações de saúde dos adolescentes. Tal documento atuou como um operacionalizador de algumas recomendações direcionadas pela 42ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS. Vem avaliar aspectos fundamentais para atenção a saúde dos adolescentes a partir de três conceitos: o significado de saúde integral do adolescente, o marco de referência para promoção à saúde e as dimensões da atenção integral (OPAS, 1990).

No ano de 1992, a OMS e a OPAS, aprovam o Plano de ação sobre a saúde do adolescente nas Américas, o qual retoma as recomendações da 42ª Assembléia Geral de Saúde e tem como propósito a promoção do fortalecimento e do desenvolvimento de programas nos países do continente. O objetivo principal é orientar o planejamento e a execução de ações em saúde do adolescente. Para alcançar esse fim, mostra o panorama demográfico, a situação educacional e de empregos de adolescentes (de 10 a 19 anos) e jovens (de 15 a 24 anos) da área de abrangência das Américas. O documento também realiza a análise do processo saúde-doença, direcionando os aspectos específicos para os quais o planejamento deve ser orientado (CASTRO, 2009).

A partir do ano 2000 a OMS e OPAS, continuam mantendo o compromisso determinado com relação ao adolescente. Tal compromisso é observado através da elaboração de documentos e resoluções como a Estratégia para Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente e a Estratégia Global sobre Saúde Reprodutiva. A primeira está voltada para promover nos países membros o fortalecimento e o acesso aos serviços de saúde. A segunda tem como

objetivo principal incentivar o alcance das metas internacionais sobre a saúde reprodutiva, com táticas especiais quanto às situações de pobreza, as desigualdades de sexo, os riscos dos adolescentes (UNICEF et al., 2008).

3.4.2 Políticas públicas para o adolescente no Brasil

De acordo com Eduardo (2006), até a década de 1990 não existiam em nosso país ações específicas para o adolescente, sendo as ações relacionadas a estes incorporadas nas políticas gerais.

No Brasil, além da influência dos organismos internacionais no que diz respeito ao desenvolvimento de programas de saúde voltados à população adolescente, é fundamental levar em consideração alguns acontecimentos que contribuíram para a elaboração e estruturação de estratégias visando atender às necessidades de saúde deste público.

Considerando o contexto brasileiro, o percurso que culminou na idéia da criança e do adolescente como sujeitos de direito e em condições especiais de desenvolvimento vem de muito tempo, e representa o esforço demasiado de diversos movimentos, dentre os quais se destacam as Comunidades da Igreja Católica em várias partes do país e dos Movimentos das Pastorais de Periferia Urbana a partir do final da década de 1970. Ajuntado a essa luta, vem se determinar as precárias condições de vida da maior parte das crianças e adolescentes, que não tinham resposta ante às inadequadas práticas governamentais de assistência ao indivíduo nessa faixa etária de vida. Além disso, o momento sociopolítico vivido no país tornara-se propício para tornar mais acentuadas as discussões relativas aos direitos da criança e do adolescente e a reivindicar o reconhecimento legal de direitos e concretizar o movimento em defesa da criança e do adolescente, como discutido em momento anterior (BRASIL, 2007b).

No que se refere aos direcionamentos de base legal, Almeida (2011, p. 30), relata:

A Constituição Federal Brasileira de 1988, nos artigos 227 e 228, reconhece a criança e o adolescente como prioridades, estendendo a estes o direito de cidadania. O artigo 227 é esclarecedor ao determinar como um dever do Estado e da sociedade civil garantir a prioridade de atendimento às necessidades das crianças e adolescentes.

A reforma sanitária brasileira contribuiu para a elaboração e estruturação de estratégias visando atender às necessidades de saúde do adolescente. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentados e sistematizados pelas Leis Orgânicas da Saúde Nº 8080 e Nº 8142, de 1990, possibilitou a reorganização do modelo de assistência à saúde no Brasil, designando responsabilidades específicas para a gestão federal, estadual e municipal (BRASIL, 2007).

A atribuição de poderes aos municípios promove uma maior interlocução entre os diversos setores os quais poderão planejar e articular ações de promoção à saúde do adolescente a partir das realidades de cada lugar. Ao preconizar a integralidade da assistência, o SUS estabelece uma condição essencial para a atenção ao adolescente: a articulação e continuidade das ações nos âmbitos da promoção, prevenção e reabilitação dos agravos e doenças que acometem esse grupo populacional. A diretriz da participação comunitária está de acordo com as orientações da OMS e da OPAS para a atenção integral à saúde do adolescente (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007b).

Vale salientar que a partir do processo de descentralização e com as novas gestões municipais, os jovens passam a participar mais ativamente dos espaços de discussão e dos debates relativos às políticas públicas para a juventude, tornando o adolescente figura ativa nas gestões públicas (ANDRADE, 2008; ALMEIDA, 2011).

Com fins de se fazer cumprir a Constituição Federal de 1988 e tendo por influência a 42ª Assembléia Mundial de Saúde, em Novembro de 1989 o Ministério da Saúde institui o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) para a população entre 10 e 19 anos. Tem por finalidade criar intra e intersetorialmente ações para promover a saúde dos adolescentes, favorecer a implantação de programas nos estados e municípios, dando ênfase e reforço àquelas que estão em andamento. Dentre as atribuições determinadas a este programa estão elaboração de normas técnicas, fomento de ações para tornar a rede de serviços apta ao atendimento do adolescente, a criação de centros de referência viabilizando um sistema de referência e contra referência, promoção de estudos e pesquisa sobre adolescência nas diversas áreas, como também o aperfeiçoamento do sistema de informação em saúde. As ações prioritárias do PROSAD estão voltadas para o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal,

saúde do escolar, saúde mental, saúde reprodutiva, prevenção de acidentes, cultura, trabalho, esporte e lazer (BRASIL, 1989).

No ano de 1999, são ampliadas, pelo Ministério da Saúde, as especificidades de atendimento até a faixa etária dos 24 anos. Assim, as ações da área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde (ASAJ) são destinadas aos adolescentes entre 10 e 19 anos, como também aos jovens entre 15 e 24 anos (BRASIL, 2004).

As buscas no que diz respeito às melhorias na atenção à saúde da população adolescente e jovem teve novo direcionamento durante o ano de 2005 e no ano seguinte foram iniciadas discussões e pactuações com gestores estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2007). Porém, somente no ano de 2009, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) aprova o documento proposto inicialmente como uma Política Nacional com Diretrizes da Atenção Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

A importância de tal documento pode ser visualizada a seguir:

As Diretrizes Nacionais da Atenção para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde são apresentadas no sentido de promover a incorporação da atenção à saúde deste grupo populacional à estrutura e mecanismos de gestão, à rede de atenção do SUS e às ações e rotinas dos serviços em todos seus níveis. Este documento utiliza os termos “adolescências” e “juventudes” demarcando que os parâmetros cronológicos são úteis para a investigação epidemiológica e planejamento de ações, porém não contemplam a diversidade de experiências econômicas, sociais e culturais que este segmento vivencia (BRASIL, 2010).

As Diretrizes Nacionais em saúde do adolescente vem reafirmar a importância da atenção básica como estratégia prioritária de ação. Colocam que é necessária observação das necessidades locais para que haja ações responsivas, bem como o uso da educação em saúde “em uma perspectiva participativa, emancipatória e voltada para equidade e cidadania” (ALMEIDA, 2011).

Atualmente duas ações de grande importância devem ser enfatizadas, em nível de Ministério da Saúde, no que se refere à saúde do adolescente: o Programa Saúde na Escola, instituído pelo Decreto Presidencial Nº 6.286, de 05/12/2007; e a Caderneta de Saúde do Adolescente, formalizada por meio da Portaria Ministerial (MS) Nº 3.147, de 17/12/2009.

O Programa Saúde na Escola trata-se de uma estratégia conjunta entre os Ministérios de Saúde e Educação para fortalecimento e estabelecer relação entre suas redes de atenção. Nessa direção, busca otimizar espaços, equipamentos e recursos disponíveis para ajudar na ampliação do alcance e do impacto das ações de saúde e educação no país. De igual modo, na identificação de vulnerabilidades aos quais os adolescentes e jovens estão expostos e que possam comprometer o rendimento/desenvolvimento escolar, colabora na promoção da troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes. Segundo Almeida (2011), as ações preconizadas são realizadas tanto na escola quanto na UBS e envolvem avaliação das condições de saúde, promoção e prevenção da saúde, monitoramento, avaliação e educação permanente.

Atualmente, o programa caminha para a universalidade à medida que o número de municípios que aderem à estratégia vem aumentando. A proposta tem garantido assistência à saúde dos escolares de maneira inclusiva e qualificada (FONSECA et al, 2013).

Um dos métodos utilizados para adesão dessa clientela é a Caderneta de Saúde do Adolescente que tem como objetivo facilitar o acesso do público adolescente (10 a 19 anos) aos serviços de saúde. Além de favorecer uma melhor articulação junto às escolas da área de abrangência dos territórios das Estratégias Saúde da Família (ESFs), também busca dar apoio aos profissionais no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, cuidados e orientação na prevenção de doenças e agravos e em ações educativas.

Segundo Horta, Lage e Sena (2009), apesar do pensamento teórico existente sobre a importância do jovem como coparticipe na construção das políticas públicas de saúde, este ainda é objeto dessas políticas por uma ótica de riscos e vulnerabilidade. Observa-se que os programas destinados a esta população têm baixa capacidade de favorecer mudanças, “ainda se concentrando num campo de ações programáticas pontuais que não avançam para o delineamento de uma política voltada para a saúde dos jovens”.

Dessa forma, mesmo diante de toda a abertura para a discussão sobre a adolescência e participação dessa população de forma ativa nesses debates para formulação e reformulação das políticas públicas de forma geral e de saúde, em particular, ainda é necessário avançar para “um diálogo mais amplo, ora setorializado, ora intersetorial”, porém capaz de enxergar de maneira efetiva os

jovens em seus espaços sociais, “atender as suas demandas e necessidades para além de um foco de problemas e riscos, compreendidos como sujeitos”(HORTA;SENA, 2010). É necessário que a abertura para diálogo e discussão traga mudança, alteração e repercussão positiva na qualidade de vida desses jovens.

3.5 SAÚDE, SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.

A discussão sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em nosso país tem levantado muitos debates, questionamentos e divergência de opiniões. Constitui uma questão de direitos humanos, bem como o exercício pleno do direito fundamental à saúde, a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos dessa população (BRASIL, 2006).

O desenvolvimento da sexualidade está diretamente relacionado ao desenvolvimento integral do indivíduo. Da maneira como cada ser aprende a relacionar-se consigo mesmo, com os outros e alcança um equilíbrio emocional que lhe permita manifestar seus sentimentos, dar e receber afeto dependerá do exercício harmonioso de sua sexualidade. Tal processo se inicia na infância, fortalece-se na adolescência para que possa ser vivenciado na idade adulta.

A maior parte das adolescentes experimenta o desejo sexual diferente dos rapazes: para os meninos o impulso é iminentemente genital e separado das noções relacionadas a sentimentos, nas meninas é difuso e associado a questões emocionais (BRASIL, 2006). A primeira relação sexual tem ocorrido cada vez de forma mais precoce, tendo a idade média para seu início situada entre 15 e 16 anos, com tendência a acontecer mais cedo em classes sociais desfavorecidas (BRASIL, 2006).

Assim, várias questões são trazidas quando se discute sexualidade na adolescência, como: maturidade física precoce; senso de indestrutibilidade (nada poderá acontecer); postura familiar; visões opostas e muitas vezes contraditórias da sociedade sobre a temática; pressão dos colegas; influência dos meios de comunicação.

3.5.1 Conhecimento das adolescentes a respeito de sua saúde sexual e reprodutiva

São várias as razões para comportamentos sexuais desprotegidos entre adolescentes. Uma delas é a desinformação, na medida em que as adolescentes parecem desconhecer o seu período fértil ou o uso de anticoncepcionais do modo correto, ou simplesmente, não acreditam na existência do risco de gravidez e doenças desde a primeira relação sexual (BORGES et al, 2010).

Linard, Fernandes e Rocha (1999) afirmam que mulheres jovens realizam um exame preventivo uma vez ao ano, entretanto, encontram-se mal informadas, principalmente em relação às medidas preventivas de câncer ginecológico e DST.

Conforme Borges et al (2010), para estimular uma atitude preventiva dos adolescentes em relação às DST's, a educação é algo fundamental. Porém, o processo educativo é complexo e envolve numerosos aspectos inerentes ao comunicador, à comunicação e à audiência para que as metas se tornem factíveis e atinjam os objetivos esperados.

Assim, considerando o que direciona Borges et al (2010, p. 286):

“Não basta simplesmente oferecer informações, pois estar informado não significa necessariamente conhecer; estar ciente não significa necessariamente tomar medidas, decidir tomar medidas não significa necessariamente fazer. “

Portanto, é necessário desenvolver o senso de responsabilidade individual e grupal; só esse compromisso pode conduzir às mais efetivas e aceitas mudanças de comportamento, uma vez que, se baseia em aceitação e não em obrigação (BORGES et al, 2010).

3.5.2 Métodos de barreira como forma de prevenção, conhecimento e adesão da adolescente.

O preservativo masculino e feminino são os dois únicos métodos que oferecem dupla proteção contra a gravidez e DST/AIDS. A eficácia deles como anticoncepcionais depende muito da maneira como são usados (técnica e consistência de uso). Estudos clínicos com o preservativo masculino mostram que a eficácia pode chegar a uma taxa de falha de 2-4%, semelhante à da pílula. Os outros métodos de barreira (diafragma, capuz cervical, espermicidas) podem dar

alguma proteção contra DIP (doença inflamatória pélvica) e DST, mas não protegem efetivamente contra a AIDS. Sua eficácia anticoncepcional, em uso perfeito, pode igualar-se à dos preservativos, mas, em uso rotineiro, esses métodos apresentam uma taxa de falha maior (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

Os métodos de barreira são de extrema importância quando nos referimos ao ato sexual, mas por outro lado, a camisinha não protege 100%, pois a infecção atinge a região da vulva o que deixa a mulher exposta à contaminação pelo HPV, tornando esta área aberta à infecção pelo vírus.

Estudos mostram que apesar do preservativo ser o método contraceptivo mais conhecido, esse conhecimento não garante a prática adequada de sua utilização (ALMEIDA et al., 2003; ROMERO et al., 2007; DIB, 2007). Provavelmente, o pensamento de indestrutibilidade e onipotência (GOMES, 2006), comum no adolescente, faça com que os mesmos, mesmo sabendo dos riscos relacionados a não-utilização dos métodos de barreira, façam a opção de não utilizarem.

3.5.3 O papel do profissional de saúde nas ações de prevenção à saúde das adolescentes

De acordo com Lopes (1998 apud DAVIM et al, 2005) afirmam que o exame de Papanicolau, é tido como instrumento mais adequado, prático e barato para o rastreamento do câncer de colo de útero, também denominado de citologia e mais popularmente conhecido como exame preventivo. Este exame consiste no esfregaço ou raspado de células esfoliadas do epitélio cérvico-vaginal, tendo seu valor tanto para prevenção secundária quanto para o diagnóstico, possibilitando a descoberta de lesões pré-neoplásicas e da doença em seus estágios iniciais.

O exame de Papanicolau quando incorporado no cotidiano da vida adulta, este possui forte influência na redução da incidência do câncer de colo de útero e da morbimortalidade de suas portadoras. Para tanto, pelo Ministério da Saúde (MS) está preconizado que toda mulher dos 25 aos 59 anos de idade, ou antes, se já iniciou sua vida sexual, deve se submeter ao exame preventivo, com periodicidade anual, inicialmente. Após dois exames consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia do colo de útero, este adquire periodicidade trianual. Consoante Silva (2009) estudos realizados, após resultado negativo, constatou-se

que o risco cumulativo de desenvolver a referida patologia é bastante reduzido, mantendo tal redução nos cinco anos subsequentes.

Dentre os profissionais da Saúde, segundo Fonseca, Chiesa, Oliveira (1994) e Davim et al (2005) o enfermeiro deve ser um profissional atuante em programas de prevenção e controle do câncer de colo do útero, trabalhando as ações que contribuam para o esperado impacto sobre a morbimortalidade dessa patologia. Diante disto, este deve estar alerta para a captação de mulheres que integram o grupo de risco e daquelas na faixa etária de maior incidência preconizada pelo Ministério da Saúde (MS); executar corretamente a técnica de coleta; preencher os dados na solicitação do exame; manutenção, identificação e acondicionamento dos frascos e lâminas; provisão do material, bem como a busca das mulheres, quando presente resultado anormal, encaminhando-as para o tratamento adequado.

Na realidade dos serviços de saúde, é observado pelos profissionais que as adolescentes, na maioria das vezes, não estão preparadas para a realização do exame, pois não conhecem a importância ou demonstram medo quanto à sua realização. Além disso, observa-se a falta de informação, o pouco interesse sobre formas de contaminação, cura e tratamento no que se refere à saúde ginecológica. Não são apurados os conhecimentos que apresentam sobre DST, tampouco se seus pais conversam sobre sexo, se há relatos de casos de DST – HPV na família, entre outros fatores (FONSECA; CHIESA; OLIVEIRA, 1994; DAVIM et al, 2005) .

3.5.4 Promoção à saúde da adolescente

A promoção à saúde é definida como um processo que permite aos indivíduos adquirir maior controle sobre sua saúde por meio de conhecimentos, atitudes e comportamentos que serão favoráveis a manutenção e aquisição dela em diferentes enfoques de teoria e prática (CZERESNIA, 2003).

Para se compreender o conceito de promoção à saúde é preciso considerar dois aspectos importantes. O primeiro deles é o de que a promoção à saúde está baseada no modelo da produção social do processo saúde-doença. A partir desse entendimento é possível entender que a saúde de cada indivíduo (ou grupo) depende das ações humanas, interações sociais, políticas públicas, modelos assistenciais, entre outros (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

Partindo desse princípio, o Estado tem a responsabilidade de gerar políticas públicas de saúde integradas às políticas sociais e econômicas e favoreça garantia de sua efetivação (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004). Dessa forma, a saúde é resultado da implementação positiva de políticas públicas saudáveis e não de ações exclusivas do setor saúde, principalmente quando se compreende erroneamente como acesso aos serviços de atendimento clínico ambulatorial.

O segundo aspecto relacionado a promoção à saúde é a capacidade que os indivíduos e a comunidade têm de “atuarem no controle, implementação e manutenção do seu bem-estar, visto nas suas múltiplas dimensões (física, mental, social e espiritual)” [MORAIS et al., 2010]. Assim o sujeito exerce papel como ator social, capaz de interferir na sua realidade, buscando melhorias para o contexto do qual faz parte (SANTOS et al., 2012).

Considerando essa perspectiva, para que haja promoção deverá existir o envolvimento da população para que esta alcance estilos de vida saudáveis e melhore seu autocuidado (CERQUEIRA, 1996). No entanto, vão existir situações voltadas para as pessoas em geral que não serão alcançadas como deveriam por grupos específicos. Dessa maneira se faz “necessário focalizar grupos ou segmentos que, além de suas especificidades, podem ser vistos como mais vulneráveis a condições adversas de saúde” (SANTOS et al., 2012, p. 1276).

Dentro dessa perspectiva, promover a saúde de adolescentes exige a adoção de meios mais eficazes de participação. Os adolescentes são grupo-chave para qualquer processo de transformação social uma vez que seu potencial inovador, criativo, crítico e participativa (quando adequadamente conduzido) pode ser o propulsor de mudanças favoráveis (CAMPOS, 1997) a sua realidade individual e social.

No entanto, estudos apontam que a adolescência é uma fase em que o sujeito torna-se vulnerável a situações de drogadição, violência, gravidez não planejada, DSTs/AIDS, dentre outras situações que demandam ações promotoras de saúde (NJAINÉ, 2006; GURGEL et al., 2008; BRETAS et al., 2009).

Pode-se observar que apesar de a atenção à saúde do adolescente constituir uma política específica (PROSAD), a assistência a este grupo etário continua fragmentada, “apresentando fortes evidências de práticas voltadas para o assistencialismo, que se opõem às concepções promotoras de saúde” (SANTOS et al., 2012, p. 1276).

É imprescindível ajudar os adolescentes na compreensão das circunstâncias e vivências dessa fase de transição para idade adulta, valorizando-os como sujeitos de sua história, destacando a família e a escola como espaços importantes para formação de opinião no sentido de promover saúde (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008). Ressalta-se aqui a importância dos profissionais de saúde como agentes importantes no processo de transformação social, participando na elaboração e implantação de programas e projetos de promoção à saúde e interação social (GONÇALVES; TAVARES, 2007).

Nesse pensamento é possível observar que as políticas de saúde não estão atuando eficazmente em situações relacionadas aos jovens. Existem poucos resultados positivos alcançados pelos serviços especializados e estes esbarram na realidade socioeconômica, exclusão social, desemprego, falta de perspectiva, violência (MORAIS; LEITÃO; BRAGA, 2002).

Dessa forma é reforçado o entendimento de que desenvolver ações de atenção à saúde de adolescentes não é o mesmo que ofertar assistência clínica individual e dar simples informação ou favorecer repressão.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 10):

O modelo a ser desenvolvido deve permitir uma discussão sobre as razões da adoção de um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a resistência às pressões externas, a expressão de sentimentos, opiniões, dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, de forma a dar condições para o enfrentamento e à resolução de problemas e dificuldades do dia-a-dia

Diante disso tem-se como ferramenta de ação a Educação em Saúde, a qual fará com que a informação chegue até o adolescente, trazendo a este consciência de um estilo de vida saudável. É necessário utilizar estratégias didáticas que favoreçam mudança na maneira de interação dos adolescentes inseridos na sociedade, ampliando a capacidade de entendimento da complexidade dos determinantes de ser saudável, a fim de que possam atingir a promoção a saúde (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Para tanto, a capacitação do profissional de saúde que lidam diretamente com o adolescente é imprescindível, permitindo que seu conhecimento científico a respeito da temática seja ampliado e que novas ferramentas sejam adquiridas para o trabalho em prol de uma abordagem mais dinâmica e interdisciplinar dos problemas que vivenciará, envolvendo não somente o adolescente, como também os

elementos sociais aos quais pertence, como família, escola, amigos e parceiros (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Com vistas a se alcançar este pensamento, políticas públicas são desenvolvidas para o adolescente, garantindo seu acesso às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, atenção a doenças e agravos, e reabilitação (BRASIL, 2005) de acordo com os princípios que regem o SUS.

Na implementação das políticas elaboradas há um desafio importante que é a captação do público-alvo, ou seja, trazer o adolescente para as unidades de saúde, com fins de gerar contato destes com a equipe de saúde e assim tornar disponíveis os serviços de apoio, como também favorecer o acesso de maneira mais fácil a informação (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM DE PESQUISA

Ao ser definido o objetivo deste estudo, deliberou-se pelo método quantitativo, tratando-se de um estudo com desenho seccional realizado em banco de dados a partir dos registros de 463 adolescentes que buscaram atendimento em um serviço de referência em saúde Sexual e Reprodutiva, no período de março de 2011 a junho de 2012.

De acordo com Medronho et al. (2009), o estudo seccional é aquela estratégia de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade.

Nos estudos seccionais, a exposição e a condição de saúde do participante são determinadas simultaneamente. Em geral, esse tipo de investigação começa com um estudo para determinar a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde de uma população especificada (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Dessa maneira, as características dos indivíduos classificados como doentes são comparadas às daqueles classificados como não doentes.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido junto ao Programa de Assistência a Saúde do Adolescente (PASA), implantado em junho de 1998, com a proposta de atender adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos de idade. Funcionou no Centro de Saúde Reprodutiva Prof^o Leide Moraes, uma unidade ambulatorial de referência em Saúde Reprodutiva coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte (RN). A escolha deste local esteve relacionada ao fato de ter sido este campo de atividades assistenciais da pesquisadora por quatro anos e ponto inicial dos questionamentos referentes à vulnerabilidade das adolescentes à diversos aspectos.

O Centro de Saúde Reprodutiva Prof^o Leide Morais atende tanto a clientela de forma aberta como referenciada por outras unidades de saúde do município de Natal e demais municípios do RN.

O PASA é constituído por uma equipe multidisciplinar composta por médicos (ginecologista, hebeatra e sexólogo), enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem, que fazem acompanhamento de promoção e prevenção a saúde sexual e reprodutiva. Além disso, outros atendimentos são prestados através de serviços clínicos e de atividades educativas, levando os adolescentes a refletir sobre a sua sexualidade, a prevenção e vulnerabilidade à situações de risco como gravidez, aborto, DST/AIDS e cidadania.

Os adolescentes, em sua maioria do sexo feminino, buscam de forma expressiva o atendimento ginecológico, seguido pela hebeatría e demais atendimentos. Os encaminhamentos mais frequentes são referentes a dermatologia, planejamento familiar e realização de preventivos. Entre estes se destaca de forma relevante o atendimento a adolescentes grávidas, as quais necessitam de serviços especializados, tendo sido registrados 111 atendimentos durante o ano de 2010 (data do último senso realizado no serviço).

Os encaminhamentos são oriundos de diversos bairros de Natal, com destaque para os bairros do Alecrim, Pajuçara, Nossa Sr^a da Apresentação, Felipe Camarão e Quintas, com predominância dos bairros localizados na Zona Norte (42,87%), além de outros municípios do Estado (10%).

A população do estudo foi composta por adolescentes entre 12 e 19 anos, recebidas no serviço do PASA e encaminhadas, após cadastro, para o Setor de Patologia do Trato Genital Inferior (PTGI) para realização de coleta de citologia oncológica no Centro de Saúde Reprodutiva Professor Leide Morais.

4.3 SELEÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

4.3.1 Critérios de inclusão:

Foram incluídas no estudo as adolescentes, do sexo feminino, com idade entre 12 a 19 anos completos e cadastradas no PASA

4.3.2 Critérios de exclusão:

Foram excluídas do estudo

- As fichas que não foram respondidas pelas adolescentes na entrevista inicial;
- As adolescentes fora da faixa pré-determinada.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Em atendimento aos aspectos éticos e legais, contemplados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (2012), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisadora solicitou dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em virtude de que se trabalhou apenas com prontuários das adolescentes que já se encontravam no arquivo da instituição, não havendo assim, contato direto com as adolescentes participantes do estudo. A pesquisa foi autorizada pela Direção Geral do Centro de Saúde Reprodutiva Professor Leide Morais e teve início após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (ANEXO A).

4.5 COLETA, ARMAZENAMENTO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES: ETAPAS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1ª Etapa: Para definição do número da amostra e sua viabilidade, foi traçado perfil da população adolescente do serviço referido, tendo como ponto de partida a coleta de dados nos prontuários das adolescentes. Antes, porém, foi necessário ter acesso ao Livro de Registros daquela unidade assistencial, com fins de se buscar, dentro do período da coleta de dados, o quantitativo de adolescentes que respeitassem ao critério relacionado à faixa etária. Todavia que no referido livro encontravam-se dados relacionados ao registro de cadastro de adolescentes por mês, considerando sua faixa etária e número do prontuário. Dessa forma, foi

possível identificar quais eram os números dos prontuários para iniciar a coleta de dados.

Para coleta das informações foi utilizado o Roteiro de Entrevista de cadastro do PASA (APÊNDICE A), documento que é parte do prontuário do adolescente e contém informações sobre variáveis demográficas e variáveis relacionadas às questões sexuais e reprodutivas. Posteriormente a identificação no Livro de Registro do serviço, considerando o critério de inclusão, chegou-se ao valor de 489 adolescentes inscritas no PASA dentro do período proposto pelo estudo.

Em detrimento do quantitativo de prontuários, optou-se pela montagem de arquivo fotográfico, para que cada folha de cada prontuário fosse fotografada para seguinte leitura e tabulação. Utilizou-se, para este fim, câmeras digitais de alta resolução, onde os dados, considerando as variáveis encontradas, sofreram tabulação simples e foram classificadas para criação do banco de dados no programa Microsoft Office Excel 2007.

Posteriormente, o banco foi transferido para o programa SPSS 17.1, onde os mesmos foram armazenados para posterior análise descritiva e inferencial para fins de elaboração de gráficos e tabelas.

Vale salientar que durante a avaliação dos prontuários para que fossem fotografados, os mesmos eram avaliados com relação ao critério de exclusão e, considerando esse fato, houve exclusão de 26 prontuários. Assim, a amostra do estudo conta com o número de 463 adolescentes.

As variáveis dependentes foram: ocorrência de gravidez e idade de início da atividade sexual. As variáveis independentes selecionadas para o estudo foram: idade, estado civil, estudo atual, nível de escolaridade, tipo de instituição de ensino, pessoas com quem reside, escolaridade dos pais, ocupação dos pais [adaptado da classificação de ocupações do Ministério do Trabalho (BRASIL, 2010c)], número de pessoas que compõem a família, renda familiar, contribuintes da renda familiar, condições de moradia, região onde reside no município, vínculo empregatício (anterior e atual), relações sociais, problemas familiares, aspiração para o futuro, namoro atual, motivação para o início da atividade sexual, uso e importância do preservativo, assédio sexual, menarca, uso e tipos de métodos contraceptivos,

número de gestações, ocorrência de aborto, sofrer violência e tipo, presenciar violência, dependência química.

2ª Etapa: Análise das informações coletadas, elaboração de relatório final da pesquisa. Como dito anteriormente, a análise dos dados foi realizada pelos programas Excel 2007 e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0. Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, com números absolutos e percentuais, sendo a sua apresentação feita por meio de tabelas de distribuição e frequências. A magnitude da associação entre as variáveis desfecho e as independentes foi apresentada através de *Odds ratio*. O teste do qui-quadrado foi utilizado para avaliar a associação entre as variáveis desfecho e independentes. A análise bivariada foi realizada para avaliar o efeito independente das co-variáveis sobre os desfechos.

5 RESULTADOS

Após a análise dos dados obtidos através das informações dos roteiros de entrevista - aplicados às adolescentes em sua primeira consulta no PASA pelos profissionais do serviço (documento integrante do prontuário do indivíduo no serviço e ao qual se buscou como fonte de dados para o estudo atual) - foi possível chegar à elaboração de cinco tabelas acerca do perfil educacional, socioeconômico, características as relações sociais, dados sexuais e reprodutivos, violência, dependência química, bem como uma análise dos fatores associados à gravidez e início precoce da atividade sexual.

De acordo com a Tabela 1 as adolescentes apresentavam, em sua maioria, idade entre 15 e 17 anos, correspondendo a 44,5% do total de adolescentes pesquisadas; 85,1% estavam frequentando a escola, sendo que 71,7% apresentavam o ensino fundamental, provenientes de instituições de ensino públicas (88,2%).

Tabela 1 – Perfil educacional de adolescentes assistidas em um serviço de Referência em Saúde do Adolescente. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.

Variável	Categoria	n	%
Idade	12 – 14 anos	152	32,7%
	15 – 17 anos	206	44,5%
	18 – 19 anos	105	22,6%
Estudo atual	Sim	383	85,1%
	Não	67	14,9%
Escolaridade	Fundamental	320	71,7%
	Ensino médio	111	24,9%
	Superior	15	3,4%
Tipo de instituição de ensino	Pública	367	88,2%
	Privada	49	11,8%

Fonte: Dados obtidos a partir da análise do banco de dados do estudo atual

Visualizando a Tabela 2 é possível perceber que 89,3% das adolescentes estavam solteiras sendo que 42,5% residiam com seus pais. Quanto a escolaridade dos pais foi possível verificar que 65,7% dos genitores (figura paterna) e 57,8% das mães cursaram o ensino fundamental. No que tange a ocupação dos genitores, 37,4% trabalhavam na prestação de serviços e como vendedores (comerciários). Já as mães, em sua maioria, não possuíam qualquer tipo de qualificação, exercendo atividades variadas, inclusive, como agricultora (64,9%). Observou-se que 63,1%

das famílias residiam em casa própria e que 40,8% das moradias se localizavam na região Norte da cidade. A maioria das adolescentes coabitava em moradias com duas a quatro pessoas (61,8%). A renda familiar era inferior a dois salários mínimos (66,7%), sendo o pai ou a mãe responsável por essa contribuição (42,2%). No que se refere ao vínculo empregatício, 90,2% das adolescentes não apresentavam fonte de renda, nem tinham tido vínculo anterior (88,6%).

Tabela 2 – Perfil socioeconômico de adolescentes assistidas em um serviço de Referência em Saúde do Adolescente. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.

Variável	Categoria	n	%
Estado civil	Solteiro	408	89,3%
	Casado/união estável	49	10,7%
Pessoas com quem reside	Pais	194	42,5%
	Pai e companheiro(a)	28	6,1%
	Mãe e companheiro(a)	155	34%
	Companheiro	43	9,4%
	Outros	36	7,9%
Escolaridade do pai	Ensino fundamental	213	65,7%
	Ensino médio	98	30,2%
	Ensino superior	13	4%
Escolaridade da mãe	Ensino fundamental	231	57,8%
	Ensino médio	155	38,8%
	Ensino superior	14	3,5%
Classificação de ocupação do pai	Trabalhadores não qualificados e agricultores	109	29,1%
	Operadores de instalações e máquinas; trabalhadores da montagem, operários, artífices e similares	77	20,6%
	Pessoal dos serviços e vendedores	140	37,4%
	Pessoal administrativo e similares e técnicos e profissionais de nível intermédio	36	9,6%
	Quadros superiores da administração pública, dirigentes, quadros superiores de empresas, especialistas das profissões intelectuais e científicas	12	3,2%
Classificação de ocupação da mãe	Trabalhadores não qualificados e agricultores	286	64,9%
	Operadores de instalações e máquinas; trabalhadores da montagem, operários, artífices e similares	21	4,8%
	Pessoal dos serviços e vendedores	92	20,9%
	Pessoal administrativo e similares e técnicos e profissionais de nível intermédio	36	8,2%
	Quadros superiores da administração pública, dirigentes, quadros superiores de empresas,	06	1,4%

especialistas das profissões intelectuais e científicas			
Número de pessoas que compõem a família	Cinco ou mais	164	36,6%
	Duas a quatro	277	61,8%
	Mora sozinho	07	1,6%
Renda familiar	Dois salários mínimos e mais	140	33,3%
	Menos de dois salários	280	66,7%
Contribui com a renda familiar	Pai ou mãe	191	42,2%
	Pai e mãe	142	31,3%
	Outros	120	26,5%
Condições de moradia	Própria	281	63,1%
	Alugada	123	27,6%
	Cedida	41	9,2%
Região onde reside em natal	Oeste	123	34,2%
	Norte	147	40,8%
	Leste	60	16,7%
	Sul	19	5,3%
	Outros municípios	11	3,1%
Vínculo empregatício anterior	Não	397	88,6%
	Sim	51	11,4%
Vínculo empregatício atual	Não	257	90,2%
	Sim	28	9,8%

Fonte: Dados obtidos a partir da análise do banco de dados do estudo atual

No que diz respeito às relações sociais dessas adolescentes (Tabela 3), 95,5% disse ser fácil de fazer amizades e/ou de muitos amigos e 36,6% relataram existir conflitos em suas relações familiares. Quando questionadas a respeito de que tipo de aspiração elas tinham para o futuro, 43,4% declararam não saber responder ao questionamento. Em contrapartida, 36,5% responderam que desejavam estudar para terminar os estudos e 20,1% responderam que desejavam ser profissionais (autônomo ou não).

Tabela 3 – Relações sociais de adolescentes assistidas em um serviço de Referência em Saúde do Adolescente. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.

Variável	Categoria	n	%
Relações sociais	Fácil de fazer amizade e/ou com muitos amigos	405	95,5%
	Com dificuldade de fazer amizade e/ou com poucos amigos	19	4,5%
Problema que identifica na família	Separação dos pais	80	27,4%
	Uso de drogas/álcool e consequências	89	30,5%
	Outros: conflitos familiares	107	36,6%
	Não relata/não se aplica	16	5,5%
Aspiração para o futuro	Estudar (terminar os estudos)	154	36,5%
	Ser profissional autônomo ou não	85	20,1%
	Não sabe responder	183	43,4%

Fonte: Dados obtidos a partir da análise do banco de dados do estudo atual

Quanto aos dados sexuais e reprodutivos (Tabela 4), 51,2% das adolescentes estavam numa situação de namoro e iniciaram a atividade sexual, em sua maioria, com mais de 16 anos (41,1%), tendo a menarca ocorrido até 12 anos (64,2%). Porém, um dado chama a atenção: 39,7% das adolescentes entre 13 e 16 anos também tinham iniciado a atividade sexual. Quando se observaram os motivos que levaram essas adolescentes a iniciarem a atividade sexual, 43,6% responderam ter sido a curiosidade o fator da motivação.

Tabela 4 – Dados sexuais e reprodutivos de adolescentes assistidas em um serviço de Referência em Saúde do Adolescente. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.

Variável	Categoria	n	%
Namoro atual	Sim	231	51,2%
	Não	220	48,8%
Idade de início da atividade sexual	Não teve	55	12,6%
	Menos de 13 anos	29	6,7%
	De 13 a 16 anos	173	39,7%
	Mais de 16 anos	179	41,1%
Motivação para início da atividade sexual	Curiosidade	103	43,6%
	Ter mais experiência	25	10,6%
	Outras motivações	39	16,5%
	Não se aplica	69	29,2%
Uso do preservativo	Sim	116	37,8%
	Às vezes	54	17,6%
	Não	137	44,6%
Importância do uso do preservativo	Previne dst/aids e gravidez	231	68,8%
	Previne gravidez	19	5,7%
	Previne dst/aids	57	17%
	Não sei	29	8,6%
Sofreu assédio sexual	Não	414	95,4%
	Sim	20	4,6%
Faixa etária em que ocorreu a menarca	De 13 anos acima	125	28,2%
	Até 12 anos	285	64,2%
	Não teve	34	7,7%
Já fez uso de método contraceptivo	Sim	130	38,7%
	Não	206	61,3%
Tipo de método contraceptivo utilizado	Métodos de barreira masculino – condon	17	15,7%
	Métodos hormonais orais	64	59,3%
	Métodos hormonais injetáveis	27	25%
Ocorrência de gravidez	Não	251	78,2%
	Sim	70	21,8%
Número de gestações	Uma vez	42	93,3%
	Duas vezes	03	6,7%
Ocorrência de aborto	Não	97	84,3%
	Sim	18	15,7%

Fonte: Dados obtidos a partir da análise do banco de dados do estudo atual

Mesmo com o início da atividade sexual as adolescentes referiram não fazer uso de preservativo (44,6%), apesar de afirmarem conhecer a importância do uso do artefato para a prevenção das DSTs/AIDS e da gravidez (68,8%). Quanto à prevenção de uma gestação indesejada, as adolescentes responderam não utilizar métodos contraceptivos (61,3%). Entre aquelas que faziam uso de algum método contraceptivo (38,7%), a maioria referiu a utilização de método hormonal oral (59,3%).

Tabela 5 – Dados sobre violência e dependência química de adolescentes assistidas em um serviço de Referência em Saúde do Adolescente. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.

Variável	Categoria	n	%
Sofreu violência	Não	353	91%
	Sim	35	9%
Tipo de violência	Psicológica	24	70,6%
	Física	10	29,4%
Presenciou violência	Não	309	79,4%
	Sim	80	20,6%
Dependência química na família	Não	222	66,5%
	Sim	112	33,5%
Usuário de drogas	Não	320	88,2%
	Sim	43	11,8%
Tipo de droga utilizada	Álcool	22	57,9%
	Drogas químicas ilícitas	16	42,1%

Fonte: Dados obtidos a partir da análise do banco de dados do estudo atual

Quanto à violência e a dependência química (Tabela 5), um percentual elevado (91%) relatou não ter sofrido qualquer tipo de violência. Já o restante, que respondeu positivamente (9%), afirmou ter sido violência do tipo psicológica. Ressalta-se, entretanto, que 79,4% informaram ter presenciado algum tipo de violência. No que diz respeito à dependência química, 33,5% responderam existir dependentes na família sendo que 11,8% das adolescentes eram usuárias de droga, fazendo uso, em sua maior parte (57,9%), de álcool.

A tabela 6 mostra uma maior ocorrência de gravidez nas adolescentes (26,3%) cujas mães tinham o grau de escolaridade somente de ensino fundamental ($p=0,037$); com outros membros da família contribuindo com a renda da familiar (33,3%; $p=0,005$), com problemas na família pelo uso de drogas/álcool

(24,5%; $p=0,057$) e dependentes químicos (26%), e que presenciaram algum tipo de violência (28,1%, $p=0,023$).

Tabela 6 – Associação entre o desfecho “Ocorrência de gravidez” e as variáveis independentes utilizadas no estudo. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.

Variáveis		Ocorrência de gravidez				or	P	IC 95%	
		Dependente		Não				<	>
Independente		n	%	n	%				
		Escolaridade da mãe	Ensino fundamental	46	26,3%	129	73,7%	0,507	0,037
Ensino médio	15		15,3%	83	84,7%				
Contribui com a renda familiar	Pai ou mãe	21	17,4%	100	82,6%	1	0,005	0,452	1,832
	Pai e mãe	17	16%	89	84%	0,91			
	Outros	30	33,3%	60	66,7%	2,381			
Problema que identifica na família	Separação dos pais	12	17,6%	56	82,4%		0,057	0,791	5,379
	Uso de drogas/álcool e consequências	13	24,5%	40	75,5%	2,062			
	Outros: conflitos familiares	08	9,4%	77	90,6%	3,128			
Idade de início da atividade sexual	Menos de 13 anos	10	15,8%	85	84,2%	1	0,024	1,436	10,025
	De 13 a 16 anos	38	24,4%	118	75,6%	1,711			
	Mais de 16 anos	16	41,7%	14	58,3%	3,795			
Presenciou violência	Não	32	15,1%	180	84,9%	2,195	0,023	1,102	4,374
	Sim	16	28,1%	41	71,9%				
Dependência química na família	Não	22	13%	147	87%	2,351	0,013	1,181	4,680
	Sim	19	26%	54	74%				

Fonte: Dados obtidos a partir da análise do banco de dados do estudo atual
or: *odds ratio*, p: valor quiquadrado, IC95%: intervalo de 95% de confiança

A tabela 7 mostra que as adolescentes que iniciaram a atividade sexual até 16 anos moravam com pai e sua companheira (o) (66,7%; $p<0,01$), cuja mãe tem escolaridade até ensino fundamental (57,3%; $p<0,01$), outros membros da família contribuem com a renda familiar (63,1%; $p<0,01$) e que identificam na família problemas com o uso de drogas/álcool (67,6%; $p=0,017$).

Tabela 7 – Associação entre o desfecho “Idade de início da atividade sexual” e as variáveis independentes utilizadas no estudo. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013.

Variáveis		Idade de início da atividade sexual				or	P	IC 95%	
		Dependente		Independente				<	>
		Até 16 anos	Mais 16 anos						
		n	%	n	%				
Pessoas com quem reside	Pais	61	40,1%	91	59,9%	1	0,000		
	Pai e companheiro(a)	18	66,7%	09	33,3%	0,335		0,141	0,795
	Mãe e companheiro(a)	71	54,2%	60	45,8%	0,566		0,353	0,909
	Companheiro	32	84,2%	06	15,8%	0,123		0,050	0,319
	Outros	18	64,3%	10	35,7%	0,372		0,161	0,861
Escolaridade da mãe	Ensino fundamental	110	57,3%	82	42,7%	1,429	0,120	0,952	1,471
	Ensino médio	61	48,4%	65	51,6%			0,654	1,048
Contribui com a renda familiar	Pai ou mãe	63	39,9%	95	60,1%	1	0,000		
	Pai e mãe	67	54%	57	46%	0,564		0,351	0,908
	Outros	68	63,1%	25	26,9%	0,244		0,140	0,426
Problema que identifica na família	Separação dos pais	38	55,1%	31	44,9%	0,666	0,017	0,354	1,253
	Uso de drogas/álcool e consequências	48	67,6%	23	32,4%	0,391		0,204	0,749
	Outros: conflitos familiares	40	44,9%	49	55,1%	1			

Fonte: Dados obtidos a partir da análise do banco de dados do estudo atual
 or: *odds ratio*, p: valor quiquadrado, IC95%: intervalo de 95% de confiança

6 DISCUSSÃO

A população brasileira tem vivido, nas últimas décadas mudanças demográficas consideráveis, relacionadas, principalmente, a uma desaceleração do ritmo de crescimento da população adolescente e jovem (BRASIL, 2010). E mesmo em face à desaceleração, atualmente a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos ainda é bastante numerosa, representando no censo de 2010, um total de 30,3% da população total do país – sendo 66,45% adolescentes de 10 a 19 anos e 33,55% jovens com idades entre 20 e 24 anos (IBGE, 2010).

Desse total de adolescentes, 26,3% são do sexo feminino na faixa etária entre 12 e 19 anos de acordo com o censo atual (IBGE, 2010), seguimento que corresponde ao do estudo ora realizado. Das adolescentes pesquisadas foi possível observar que a grande maioria delas encontra-se na faixa etária entre 15 e 17 anos, pelo fato de que nesta faixa as adolescentes buscam maior orientação e assistência (preventiva e curativa) no que diz respeito ao planejamento reprodutivo e sexual por já terem iniciado a atividade sexual. O menor percentual encontra-se entre 18 e 19 anos, possivelmente por essas jovens já estarem inseridas no mercado de trabalho, onde as longas jornadas dificultam os cuidados de saúde das mesmas.

A maior parte das adolescentes atendidas é residente na capital do Estado, consideravelmente, na zona norte do município de Natal. Um menor número das adolescentes que participaram do estudo reside na zona rural. Observa-se aqui que apesar de o serviço ser de referência para os adolescentes de todo o Estado do Rio Grande do Norte, apenas um pequeno número de adolescentes que procuraram a assistência referenciada residiam em outros municípios.

De acordo com os dados, apenas um pequeno número das adolescentes possuía algum vínculo empregatício. Não se conhece ao certo os motivos desse valor. Eles podem estar relacionados à realidade do desemprego vivenciada nessa faixa etária, como também a escolha pelos estudos apenas. Entretanto, os estudos de Waiselfisz (2007) mostram que se sobressai uma diferença importante: uma incidência maior de jovens do sexo feminino que não trabalham nem estudam. “O restrito mercado de trabalho pode reproduzir as hierarquias sociais existentes, consequentemente os jovens de classe social baixa passam a ter ocupações

desvalorizadas e de baixa remuneração” (BRASIL, 2010), diminuindo, inclusive, suas perspectivas com relação ao futuro.

Além disso, tem-se observado o crescente número de desemprego nesse grupo populacional: de 43,8% em 2000 para 46,6% em 2005. Dessa forma tornou-se “um grave problema social uma vez que as expectativas dos jovens são frustradas por sequer alcançarem a inserção profissional equivalente à de seus pais” (BRASIL, 2010, p. 21). Contudo, continuam mostrando necessidade de obterem um trabalho assalariado.

A literatura vem mostrar que essa necessidade por emprego se dá, principalmente, pelo fato de que os pais dessas adolescentes não conseguem se inserir no mercado de trabalho com uma remuneração digna, impedindo que estes financiem o estudo e o lazer dos filhos. A maior parte das adolescentes participantes do estudo tem renda familiar menor que dois salários mínimos e um maior percentual de pais e mães apresentando escolaridade até o ensino fundamental o que lhes impede de galgar empregos que lhes possibilitem uma maior renda.

Dessa forma, o jovem torna-se impelido a aceitar qualquer trabalho para sobreviver com vínculo legalizado ou não, o que gera pouca e incerta remuneração e tornam difíceis a emancipação financeira ou mesmo o acesso a bens culturais considerados pela sociedade como tipicamente juvenis. Esse acontecimento chama a atenção para outro: que aspiração essas adolescentes mostraram ter quanto ao futuro? Pôde-se observar que essas adolescentes não apresentavam expectativas quanto ao porvir, principalmente, a sua carreira profissional. Muito provavelmente esse desinteresse ou despreparo estará relacionado às questões sociais que envolvem o preparo do indivíduo como ser social para sua vivência em um determinado ambiente. Posteriormente falar-se-á sobre as perspectivas que as classes sociais menos favorecidas têm relacionadas à educação e à relação existente nas famílias dessas classes, tornando-as impossibilitadas de transmitir a seus membros expectativas positivas quanto ao futuro ou quanto ao sucesso profissional, uma vez que não é possível alimentar em um indivíduo uma realidade nunca lhe mostrada antes.

Para compreender melhor o contexto educacional atual é necessário resgatar um pouco da história da educação no Brasil, ou seja, do caráter

extremamente seletivo, tendo acesso à educação com qualidade apenas uma pequena parcela da população. Apesar de o Estado apresentar um discurso e suas determinações legais direcionarem a favor da educação como um direito de todos, não existe factualmente uma universalização do ensino.

Atualmente, é dito existir um ensino universalizado em todas as suas dimensões, porém ele apresenta essa universalização apenas quando se remete ao fator quantitativo: há oferta de vagas nas escolas para a educação básica, ensino fundamental e médio, no entanto a qualidade desse ensino ofertado é muito questionada.

Os dados da população pesquisada demonstram que a maior parte das adolescentes terminou o ensino fundamental e apenas $\frac{1}{4}$ delas estavam cursando o ensino médio, tendo sido a grande maioria advinda de escolas públicas. Contudo, ao se considerar a faixa etária e relacionar com o tempo de estudo foi possível observar que dessas adolescentes, 87,2% deveriam estar cursando ou ter concluído o ensino fundamental (ter entre 9 e 12 anos de estudo), 44,5% deveriam estar cursando o ensino médio (ter em média 12 anos de estudo) e 22,6% deveriam estar na universidade.

Esses dados corroboram outros achados (SAMPAIO; GUIMARÃES, 2009; OLIVEIRA, 2007; FRANCO; ALVES; BONAMINO, 2007) que mostram números crescentes de vagas nas escolas, porém a escola pública atual lida com improdutividade a qual leva a um baixo rendimento escolar: estão na escola, mas o aprendizado é deficiente, de baixa qualidade. A qualidade do ensino depende essencialmente do professor e desde a década de 60 tem ocorrido um rebaixamento na formação de recursos humanos para o magistério. O ensino público brasileiro vem deixando muitas arestas no que diz respeito à educação com qualidade. Em outras palavras, vem enfrentando graves problemas que dificultam e afetam drasticamente seu funcionamento, comprometendo a “função de promover a cidadania por meio da educação” (SOUZA et al., 2009).

Nesse sentido, existem dois fatores fundamentais para o fracasso escolar e posteriormente profissional: a desorganização familiar e a má-fé institucional. De acordo com Freitas (2009, p. 282), “...o fracasso coletivo de toda uma classe se obscurece enquanto tal e aparece a todos, principalmente àqueles que o sofrem,

como fracasso individual, responsabilidade pessoal de cada indivíduo”. Assim, o fracasso educacional não é um fator individual, mas coletivo quando se considera classe social e, também, as políticas públicas que desfavorecem a oferta da educação com qualidade.

O perfil social das adolescentes e de seus familiares vem corroborar com os achados retratados por outros autores (DIB, 2009; SOUZA et al., 2009; FREITAS, 2009; PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010) quando mostra que as adolescentes de classes sociais mais excluídas trazem características que na verdade são consequências de uma educação insipiente associada a uma relação familiar desestruturada, superficial e distante, como será visto amiúde nos parágrafos seguintes, colocando aquelas em situação de risco. São pessoas que por não conseguirem ter um desenvolvimento educacional que as permita alcançar um futuro profissional ascendente, não tem perspectivas de um emprego que supra as suas necessidades e de suas famílias (realidade vivenciada também por seus pais).

Nessa linha de pensamento, as adolescentes assumem vínculos que não lhes dão garantias trabalhistas alguma (muitas vezes trocando a educação de qualidade questionável que ainda lhe é ofertada pela “garantia” de um salário inferior) e que na maior parte das vezes exige delas pouca ou nenhuma qualificação. Diante dessa realidade, essas adolescentes apresentam renda familiar bem abaixo do que se espera e necessitam as famílias numerosas (GODINHO et al., 2000). Essas situações as tornam vulneráveis a uma série de circunstâncias as quais foram apontadas no estudo atual: violência doméstica, dependência química, início precoce da atividade sexual, gravidez indesejada.

Para se chegar a essa compreensão, somada ao entendimento do processo educacional público no país, é necessário retomar o pensamento de que as classes sociais menos abastadas têm uma forte característica de desorganização social (DIAS, 2009; SOUZA, 2009). Quando se fala em vida familiar organizada, refere-se a qualquer organização familiar que possa oferecer confiança, estabilidade e equilíbrio emocional às crianças. Não se tornam necessários laços de consanguinidade, mas nela as funções de pai e mãe devem existir independente do vínculo biológico com a criança. É preciso que a estrutura familiar seja construída num ambiente seguro e emocionalmente equilibrado, sendo capaz de suprir à criança as suas demandas afetivas, construindo nela a autoconfiança infantil.

Os pais nessa realidade desigual, apesar da “miséria” econômica e moral que estrutura sua vida, também sonham com o sucesso escolar dos filhos. Eles sabem a importância de estudar e querem que os filhos estudem, por isso se esforçam para “não deixar faltar nada dentro de casa” e, dessa forma, fazerem o possível para que seus filhos tenham sucesso na escola e, assim, superem sua própria condição social” (SOUZA et al., 2009). Contudo, diariamente e de maneira imperceptível para si, compartilham experiências de vida que não serão positivas às necessidades e incentivo à educação.

Os conselhos a favor do estudo não encontram exemplos concretos para os legitimar, considerando que os próprios familiares possuem uma relação emocionalmente distanciada com o conhecimento. É um incentivo em favor de algo estranho ao observado no seio familiar, o qual não faz parte da realidade vivenciada por essas crianças. Um mundo que não lhes pertence e não reconhecem como seus. Percebe-se, então, que há uma distância grandiosa entre o desejo e o querer dos pais quanto ao ensino e aquilo que eles realmente ensinam.

As adolescentes que iniciaram sua vida sexual precocemente, bem como aquelas que engravidaram nessa fase da vida relataram ser comum o uso de drogas/álcool na família. Possivelmente a explicação esteja mais uma vez no processo de desestruturação familiar. De acordo com Guimarães et al. (2009), o universo familiar em que habita o dependente químico é considerado disfuncional, onde se convive numa atmosfera familiar precária, ou seja, os adolescentes percebem a família como negativa, sem laços estreitos, não há apoio nem felicidade nesse ambiente, além de não existir uma hierarquia bem definida. Sentem de sua família falta de apoio emocional (leia-se dos pais), regras/disciplina, monitoramento e limites.

Diante desse quadro e a fim de evitarem situações aversivas em família, as adolescentes passam a integrar grupos de pares desviantes (GUIMARÃES, 2004) que podem ocasionar a dependência química ou buscam esse apoio em outras fontes como amigos ou a pessoa com quem se envolvem emocionalmente, o que pode favorecer ao início precoce da atividade sexual e/ou a ocorrência de gravidez.

A respeito da confiança que deve ser construída Costa e Assis (2006) dizem que a possibilidade de desenvolver confiança básica em si e no meio demanda qualidade nos vínculos que se possui. Os vínculos afetivos constituem a base do apoio social, a qual confere sensação de segurança ao adolescente, fortalecendo-o para enfrentar as dificuldades. A importância dada à qualidade dos vínculos como fator de proteção a adolescentes deve ser estendida a todas as circunstâncias de sua vida.

Uma família desorganizada não garante entre os membros o desenvolvimento satisfatório emocional e afetivo. Os pais não conseguem demonstrar a seus filhos amor, carinho. Não conseguem fazê-los enxergar que são seres únicos a eles e que detêm por eles um amor incondicional, pelo simples fato de que não receberam isso de suas famílias. Esse aprendizado não existiu para eles. Como expressar um sentimento que nunca vivenciaram? Dessa forma, a autoconfiança necessária não será construída (COSTA; ASSIS, 2006; SOUZA et al., 2009).

Além disso, na realidade dessas famílias, muitas vezes as questões econômicas determinam que os pais trabalhem o dia inteiro e nos momentos em que estão em casa quando não são envolvidos pelo vício, que consome grande parte do seu tempo e renda, garantem a subsistência familiar, cuidando da roupa, limpeza e comida. Por vezes se torna impossível aos pais uma relação com os filhos pautada no respeito, carinho e cuidado, pois não receberam isso de suas famílias. Não podem oferecer aquilo que nunca tiveram. Essa falta de diálogo e carinho acaba refletindo em situações que, pela carência de orientação e cuidado, deixam a adolescente vulnerável, como é o caso do início da atividade sexual ou gravidez precoce ou até mesmo o desinteresse pelo estudo.

Nessa vertente de pensamentos Borges, Nichiata e Schor (2006) e Wagner (2001) mostram que adolescentes contam principalmente com as mães para o esclarecimento de dúvidas, evidenciando a ausência de diálogo e participação do pai na vida de suas filhas. Com um nível de escolaridade mais elevado, as mães transmitem maior conhecimento às filhas no que diz respeito a diversos assuntos, incluindo neles a sexualidade.

Assim, nas classes sociais menos favorecidas, a desorganização familiar acaba sendo marcada pelo descaso, abandono e violência, não se tornando possível um desenvolvimento cognitivo e emocional saudável para as crianças. Em contrapartida e para reforçar ainda mais as limitações causadas pelo ambiente familiar, no que diz respeito à educação, surge um obstáculo inesperado que será a própria escola.

Por outro lado, a estrutura familiar organizada tem uma forte influência no processo educacional dos seus filhos. O componente afetivo que os pais direcionam a vida escolar destes será decisivo para a maioria dos processos de ensino-aprendizagem bem sucedidos. A criança percebe que é recompensada quando apresenta desempenho positivo na aprendizagem através da aprovação, carinho e atenção dos pais. Ao compreender que aquele fato é importante para estes, a criança passará a realizar suas ações no sentido de receber essa aprovação. De igual modo, percebe que estas mesmas pessoas ficam tristes e sofrem quando ela não se dedica de forma suficiente. Dessa forma os pais são capazes de demonstrar a importância social e simbólica ao que é escolar, atribuindo um lugar efetivo e valorizado à criança que estuda. O aprendizado se torna um dever ou responsabilidade moral. E quando isso acontece, o estudo não ocorre apenas pelo proveito que se pode retirar dele, mas porque se acredita no seu valor e isso faz com que o indivíduo busque o conhecimento por acreditar que estará realizando uma ação positiva para si e que receberá reconhecimento por isso (FREITAS, 2009; SOUZA, 2009; SOUZA et al., 2009).

Com relação ao estado civil foi evidenciado que a maior parte dessas adolescentes é solteira, tendo elas sua mais alta proporção de idade entre 13 e 15 anos. No entanto, um percentual significativo delas apresentou-se casada (10,7%), o que corrobora com Carneiro e Rocha (2009) quando dizem que o casamento acaba por ser uma saída fácil e rápida nas classes sociais menos favorecidas numa realidade em que as mulheres são extremamente vulneráveis ao abuso sexual e físico. Afirmam os autores que o maior perigo é encontrado dentro das casas dessas mulheres: “ainda na infância, quando as relações são muito próximas e é maior a dependência”. Referem, ainda, que o abuso sexual nessas classes sociais é uma prática naturalizada, onde homens adultos usam dos mais frágeis para o trabalho e, no caso das mulheres, para sua satisfação sexual. Dessa maneira, prematuramente,

ainda crianças assumem atividades domésticas e, ao chegar da puberdade, tornam-se mais vulneráveis, muitas vezes sendo abusadas por seus próprios parentes (CARNEIRO;ROCHA, 2009; DIAS, 2009). É nesse cenário social extremo e levando em consideração a miséria econômica que muitas adolescentes vivem, nas famílias onde ainda exista algum grau de comprometimento da mãe, uma das saídas imediatas é o matrimônio.

Considerando o raciocínio referente a dependência familiar, nesse estudo verificou-se que um pequeno número das adolescentes afirmou ter sofrido violência sexual ou outros tipos de violência. Provavelmente estas respostas podem estar relacionadas ao temor que tenham da possibilidade de represálias ou de sofrerem algum tipo de violência física ou diante de ameaças realizadas pelo agressor que, muitas vezes, para não serem denunciados, ameaçam contra a vida das próprias vítimas ou de seus familiares. Assim, essas adolescentes acabam por encobrir a real situação em que vivem. Muito por considerarem que, principalmente, a violência física é naturalizada como ato disciplinar e assim se torna tão sutil ou tão viciosa que passa de forma despercebida e está tão arraigada no modo de ser que se encontra justificativa para que ela ocorra (DIAS, 2009). Não obstante, algumas poucas, confiando na confidencialidade e privacidade garantidas pelo ambiente terapêutico, se utilizam de momentos como a consulta em saúde para denunciar os maus tratos e as circunstâncias de violência que sofrem (BRASIL, 2010).

No que se refere à atividade sexual, encontrou-se que a maior parte das adolescentes iniciou a atividade sexual com mais de 16 anos. Em contrapartida, foi encontrado que uma parte significativa das adolescentes teve sua primeira relação entre 13 e 16 anos. CODEPPS (2006) diz que a primeira relação sexual tem ocorrido de forma cada vez mais precoce. A idade média situa-se entre 15 e 16 anos, com uma tendência de acontecer mais cedo entre os adolescentes de classes sociais menos favorecidas. Boruchovitch (1992) diz que o entrar na puberdade acarreta um amadurecimento biológico que não necessariamente coincide com o amadurecimento cognitivo e emocional, o que acaba por constituir um fator de risco para uma iniciação sexual prematura e suas consequências.

Já o estudo de Dib (2007) mostra início da atividade sexual aos 13 anos. Essa inicialização se dá, muitas vezes, quando impulsionadas por seus pares, pelos meios de comunicação, como também por sensações como a curiosidade

(considerando o estudo atual, esta foi a maior causa relacionada ao início da atividade sexual), desejo, necessidade de afeto ou de independência ou quando agem pelo impulso do momento, envolvendo-se em atividades sexuais sem estarem preparadas emocionalmente (CODEPPS, 2006; MACEDO, 2010; ZAVAREZA, 2010).

O estudo evidenciou que a maior parte dessas adolescentes não fez uso de método contraceptivo, incluindo o preservativo, apesar de a maioria conhecer sua importância na prevenção das DSTs e gravidez. Os dados são reforçados pelo estudo de Dib (2007) que também relata não utilização do preservativo na maior parte de sua amostra, como também de outros métodos contraceptivos na primeira relação sexual. Boruchovitch (1992) refere que a adolescente apesar de se sentir amadurecida para iniciar a atividade sexual, ele não se sente a vontade para discutir com seu parceiro a respeito de métodos contraceptivos. Por outro lado, outros autores (DORETO, 2006; MARTINS et al, 2006 apud DIB, 2007) sinalizaram para achados diferentes.

Assim, faz-se necessário aprofundar o estudo de algumas variáveis relacionadas à sexualidade neste estudo, pois, além de existirem resultados contrários na literatura, há incongruências nos dados quando se afirma, por exemplo, que existe conhecimento a respeito do uso do preservativo, mas não se faz uso dele. Também, quando essas adolescentes afirmam em sua maioria não fazer uso de método contraceptivo, mas não houve ocorrência de gravidez, nem de abortamentos na maior parte da amostra. A mesma situação ocorreu no que diz respeito ao aborto. Em outras palavras, as adolescentes afirmaram conhecer o método de barreira e sua importância, no entanto não fizeram uso dele, o que gera preocupação, pois implica em reforçar o desenvolvimento das ações de promoção à saúde da adolescente que estimulem comportamentos e atitudes de mudança que favoreçam a elas uma vida sexual saudável e segura.

É discurso das políticas públicas de saúde considerar que a família e a escola podem e devem estar envolvidas com a saúde do adolescente, porém, de acordo com o que vem sendo observada no estudo, a orientação familiar deixa muito a desejar quando se trata de qualquer assunto, principalmente referente à sexualidade, levando os jovens a aprenderem ou satisfazerem suas curiosidades com informações errôneas adquiridas muitas vezes de colegas mais velhos ou até

mesmo de revistas não qualificadas para o assunto. Com relação à escola, esta, em sua maior parte, omite esse tema justificando ser esta uma responsabilidade familiar ou de profissionais de saúde (SANTOS, 2010).

No roteiro de entrevista, fonte de dados do estudo, não existe nenhum tipo de questionamento referente aos espaços onde as adolescentes adquiriram informação a respeito da sexualidade, reprodução e formas de prevenção para DSTs, gravidez e outros assuntos. Dessa forma, há necessidade de uma melhor investigação que possibilite uma maior compreensão a respeito do papel de espaços como a escola e a família em relação à saúde das adolescentes.

Vale registrar que os prontuários apresentavam falhas, isto é, lacunas no preenchimento das entrevistas, inviabilizando a coleta de dados de forma completa. Nesse sentido, quando foi questionado a enfermeira do serviço a respeito do porquê das falhas nos prontuários (espaços em aberto, sem resposta) foi respondido que estas situações ocorriam em virtude das atendentes realizarem a abertura do prontuário sem que houvesse a entrevista, apenas com o preenchimento dos dados de identificação. Ou então de forma inadequada entregavam a ficha a adolescente para que fizesse o preenchimento como um questionário.

Dessa forma foi observado que a adolescente respondia apenas aquilo que era de seu interesse e que não a comprometesse. Essa situação foi uma limitação ao nosso estudo, pois os dados relacionados às suas vulnerabilidades foram omitidos (sócio demográfico e relacionados à sexualidade). A ocorrência dessas situações, permitidas pelas atendentes, só foram descobertas mediante a realização deste estudo, durante a coleta de dados, quando se verificou a irregularidade no preenchidos dos prontuários.

No que tange à promoção da saúde do adolescente, os sentidos atribuídos apontaram para: a prevenção de agravos; a redução ao espaço escolar; a ausência nos serviços de saúde; e a parceria para viabilizar as ações.

Percebeu-se, no entanto, iniciativas para promover a saúde dos adolescentes, o que se configurou como atividades educativas realizadas de forma contingencial e ainda centradas na informação, sinalizando para um trabalho interdisciplinar, mais especificamente nas instituições escolares e associações (SANTOS et al., 2012).

Pensar intervenções pautadas na promoção da saúde implicam mudanças na forma de prestar assistência. Os profissionais devem apostar em ações cujo foco não recaia somente sobre a doença do adolescente, mas devem trabalhar segundo os determinantes do processo saúde-doença (MORAIS et al., 2010), levando em consideração que aqueles são sujeitos singulares, inseridos em contextos particulares seus. Dessa maneira será possível encontrar respostas positivas no que diz respeito a assistência ao adolescente e na promoção eficaz de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados permitiu mostrar que as adolescentes de classes sociais menos favorecidas trazem características que na verdade são consequências de uma relação familiar desestruturada, superficial e distante, colocando-as em situação de risco. São pessoas que não conseguem ter um desenvolvimento educacional que as permita alcançar um futuro profissional ascendente, não tem perspectiva de um emprego que supra a suas necessidades e de sua família (realidade vivenciada também por seus pais). Geralmente com isso assumem vínculos que não lhes dão garantias trabalhistas alguma (muitas vezes trocando a educação de qualidade questionável que ainda lhe é ofertada pela “garantia” de um salário inferior) e que na maior parte das vezes exige delas pouca ou nenhuma qualificação. Diante dessa realidade, essas adolescentes apresentam renda familiar bem abaixo do que se espera e necessita a famílias para viver com dignidade.

Assim foi visto que as diferenças entre classes sociais explicam em muito o sucesso individual e/ou coletivo de uma classe social. As vulnerabilidades apontadas são, na verdade, consequências de uma relação familiar desestruturada, superficial e distante. O indivíduo é reflexo do ambiente onde vive e daquilo que lhe é ofertado. Dessa forma foi possível observar que a educação de baixa qualidade, acaba sendo um disparador da decadência dessa classe. A má-fé institucional não faz da escola um caminho para a ascensão social (como deveria ser de fato), mas na verdade é uma forma de legitimar essas desigualdades. Nesse pensamento, considerar que um indivíduo em uma classe social menos favorecida apresente situações diversas de vulnerabilidade: tenha baixa escolaridade, baixa renda, apresente dependência química na família (ou que seja dependente), situações de violência familiar (incluindo o abuso sexual), início precoce de atividade sexual e não-utilização de métodos contraceptivos e gravidez indesejada/precoce é observar o resultado da diferenciação entre as classes sociais, onde umas são privilegiadas em detrimento de outras.

Apesar de considerar que para que haja mudança de atitude é necessário que haja abertura de espaços para que esses conceitos/conhecimentos invisíveis

sejam trazidos, refletidos e criticados, para que só então se inicie o processo lento da mudança, acredita-se que o presente estudo também apresentou, com as informações levantadas, dados importantes a respeito do perfil de adolescentes que buscam serviços de referência para esta faixa etária. Tais dados poderão fornecer elementos norteadores para políticas públicas preventivas e educativas às adolescentes em diversas áreas, mesmo considerando uma realidade local, como a do município de Natal, uma vez que os achados reiteram a realidade do país de modo geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Adriana Alves de. **Concepções sobre os desafios no atendimento do adolescente: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** 2011. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

ALMEIDA, Aline Campos Gonçalves; SAKAMA, Adriana Takamatsu; CAMPOS, Rosângela Galindo de. **A correlação do Câncer do colo uterino com o Papilomavírus Humano.** Revista APS. v.9. nº2. p. 02/08. julho/dezembro, 2006.

ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas de et al. **Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia.** Rev. Saude Publica, São Paulo, v. 37, n. 5, p.566-575, maio 2003.

ALVES, Camila Aloisio; BRANDÃO, Elaine Reis. **Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 2, p.661-670, 2009.

ANDRADE, Elisabete Agrela de. **Gestão municipal de políticas públicas dirigidas a juventude e possíveis aproximações com a promoção a saúde.** 2008. 189 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

AYRES, José R.C. de M. et al. In CZERESNIA, Dina (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BORGES, João Bosco Ramos et al. **Impacto das palestras educativas no conhecimento em relação às doenças sexualmente transmissíveis e câncer do colo uterino em Jundiaí, São Paulo.** Revista Einstein, Publicação oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Enstein. p.286.nº8(3). 2010.

BORGES, Ana Luíza Vilela. NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi. SCHOR, Néia. **Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.** Rev. Lat. Am. de Enfermagem, Ribeirão Preto, v 14, n 3, p. 422-7, mai/jun 2006.

BORUCHOVITCH, Evely. **Fatores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 26, n. 6, p.437-443, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v26n6/10.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 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.** Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **[Estatuto da criança e do adolescente (1990)]**. Estatuto da criança e do adolescente. – 7.ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010b.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.** Relatório Técnico. Brasília. 2007b. Brochura.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (Org.). **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 56 p. (B). Textos Básicos de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília (DF); 2005.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Oficina Construção da política nacional de atenção à saúde de adolescentes e jovens.** Relatório Técnico. Brasília. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas.** Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

BRÊTAS, José Roberto da Silva et al. **Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes.** REVISTA Escola de Enfermagem da USP. v. 3, n. 43, p. 552.2009.

BRINGHENTI, M.E.Z. et al. **HPV na gênese de lesões cérvico-uterinas - Métodos diagnósticos (Citopatologia – Tipagem viral).** Revista Brasileira de Análises Clínicas, v.33, n.3, p.117-120, 2001.

CAMPOS, GWS. **Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS.** São Paulo: Lemos; 1997.

CAMPOS, GW; BARROS, RD; CASTRO, AM. Avaliação de política nacional de promoção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** 9 (3). 745-749, 2004.

CARNEIRO, Maria Teresa; ROCHA, Emerson. **Do fundo do buraco: o drama social das empregadas domésticas.** In: SOUZA, Jessé et al. A ralé brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Cap. 7. p. 125-142.

CARNEIRO, Siderley de Souza; MOREIRA, Marise Amaral Rebouças; ALMEIDA NETTO, Joaquim Caetano de. **HPV e câncer do colo uterino.** Rev. patol. trop; v. 33, n.1, jan-jun, 2004.

CARVALHO, Maria Cristina de Melo Pessanha; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. **Lesões precursoras do câncer cervicouterino: Evolução Histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica.** Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery. v. 3, n 14. p. 619/621.julho/setembro, 2010.

CASTRO, Dulce Maria Fausto de. **A saúde mental do adolescente entre duas políticas públicas: o programa saúde do adolescente (prosad) e a política de saúde mental.** 2009. 150 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Cap. 7.

CAVALCANTE, MBPT; ALVES, MDS; BARROSO, MGT. **Adolescência, álcool e drogas: Promoção da Saúde.** Esc Anna Nery Rev Enferm. set; 12 (3): 555-59, 2008.

CERQUEIRA, MT. **Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Cien Saude Colet 120(23):342-347, 1996.

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi; BORGES, Ana Luíza Vilela. **Conhecimento, atitude, e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes**. Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery, v. 1, n 14, p. 126-134, janeiro-março, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

CONTI, Francieli S; BORTOLIN, Silvia; KULKAMP, Irene Cledes. **Educação e promoção à saúde: comportamento e conhecimento de adolescentes de colégio público e particular em relação ao Papilomavírus Humano**. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. p. 30, 31, v.1, n 18, 2006.

COSTA, Cláudia Regina Brandão Sampaio Fernandes da; ASSIS, Simone Gonçalves de. **Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo**. Psicologia & Sociedade, Rio de Janeiro, v. 3, n. 18, p.74-81, set. 2006. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n3/a11v18n3.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

CZERESNIA, D; FREITAS, CM. (organizadores). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa *et al.* **Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal-RN sobre o exame de Papanicolau**. Revista Escola de enfermagem da USP, v.39, n 3.p.297-298. 2005.

DIAS, Aretuzza de Fátima. **Vivências e percepções de adolescentes em situação de exclusão social sobre a violência**. 2009. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DÍAZ, J. ; DÍAZ, M. **Anticoncepção na Adolescência**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Cadernos, Juventude e desenvolvimento. Vol.1. Brasília. Agosto, 1999.

DIB, Silvia Cristina Souza. **Contracepção na adolescência: conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais entre alunos de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto - SP**. 2007. 137 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DORETO, Daniella Tech. **Estudo do conhecimento de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de uma área de um Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto – SP**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

EDUARDO, Lara de Paula. **Política de atenção ao adolescente em são carlos: os limites e as possibilidades institucionais**. 2006. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

FONSECA RMGS, CHIESA AM, OLIVEIRA MAC. **A práxis da enfermeira na prevenção do câncer ginecológico num contexto de integração docente assistencial**. Revista Esc. Enferm. USP 1994; 28(3): 321-331.

FONSECA, Franciele Fagundes et al. **As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção**. Revista Paulistana de Pediatria, São Paulo, v.31, n.2, p.258-264, jun.2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000200019>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

FRANCO, Creso; ALVES, Fátima; BONAMINO, Alícia. **Qualidade do ensino fundamental: políticas, suas possibilidades, seus limites**. Educ. Soc., Campinas, v. 28, n. 100, p.989-1014, out. 2007.

FREITAS, Lorena. **A instituição do fracasso: A educação da ralé**. In: SOUZA, Jessé et al. A ralé brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Cap. 12. p. 281-304.

GODINHO, R.A. et al. **Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?**. Rev.latinom.am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, abril 2000.

GOMES, Sônia Maria T.A. **Maternidade e paternidade responsáveis na adolescência**. Adolesc Saude, v. 3, n. 3, p.11-17, 2006.

GONÇALVES, SSPM; TAVARES, CMM. **Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11(4): 586-92.

GUIMARÃES, Ana Beatriz Pedriali et al. **Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas**. Rev Psiquiátr., São Paulo, v. 36, n. 2, p.69-74, 2009.

GUIMARÃES, Ana Beatriz Pedriali. **Meninas usuárias de drogas**: relatos de aspectos familiares, início de uso, distúrbios alimentares e comportamentos sexuais de risco [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004.

GURGEL MGI, et al. **Gravidez na adolescência**: tendência na produção científica de enfermagem. Esc. Anna Nery. 12(4):800-804, 2008

HORTA, Natália de Cássia; LAGE, Angela Maria Drumond; SENA, Roseni Rosângela de. **Produção científica sobre políticas públicas direcionadas para jovens**. Rev. Enf. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.538-543, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a15.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

HORTA, Natália de Cássia; SENA, Roseni Rosângela de. **Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil**: um estudo de revisão. Physis, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.475-495, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a08v20n2.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

IBGE. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (Org.). **Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil, 2009** <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsau_de.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.

IBGE. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (Org.). **Censo demográfico 2010**: resultados gerais da amostra. 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/99/cd_2010_resultados_gerais_amostra.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2014.

LAPIN, G.A. et al. **Comparação entre a colpocitologia oncótica de encaminhamento e a da gravidade das lesões cervicais intra-epiteliais**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.34, n.2, p.120-125, Abril 2010.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. **Tipos de estudos epidemiológicos**: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. e Epidemiologia e Serviços de Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.189-201, out 2003. Bimestral. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v12n4/pdf/v12n4a03.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

LINARD, Andrea Gomes; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; ROCHA, Christianne Macêdo de. Nível de conhecimento da mulher jovem sobre HPV (Papilomavírus Humano), **Pesquisa Méd. Fortaleza**, v. 02. nº03/04. p.88. julho/dezembro, 1999.

MACEDO, Maria Rita de Cássia. **Políticas públicas e promoção da saúde dos adolescentes e jovens do sexo masculino: saúde sexual e reprodutiva, masculinidades e violências..** 2010. 100 f. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

MEDRONHO, Roberto A. et al. **Epidemiologia** – 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2009

MOYSÉS, SJ; MOYSÉS, ST; KREMPEL,MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9 (3). 627-641

MORAES, LMP; LEITÃO, GCM; BRAGA, VAB. Uso de drogas por adolescentes: construção de conceitos. In: SOUZA, AMA; BRAGA, VAB; FRAGA, MNO. **Saúde, saúde mental e suas interfaces**. Fortaleza (CE): Pós-Graduação DENF/UFC/FFOE, FCPC; 2002. p. 93-100.

MORAIS, N.A. et al. Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**. 22(3): 507-518, 2010.

NJAINE, K. **Sentidos da violência ou a violência sem sentido: o olhar dos adolescentes sobre a mídia, Brasil**. *Interface Comunic Saúde Educ*. 20(10):381-392, 2006.

OLIVEIRA, Romualdo Portela de. **Da universalização do ensino fundamental ao desafio da qualidade: uma análise histórica**. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 28, n. 100, p.661-690, out. 2007

OPAS, **The conceptual framework of comprehensive adolescent health and its care**. Washington, 1990 (mimeo).

PESSALACIA, Juliana Dias Reis; MENEZES, Elen Soraia de; MASSUIA, Dinéia. **A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública**. *Rev Bioethikos*, São Camilo, v. 4, n. 4, p.423-430, 2010.

ROMERO, Kelencristina T. et al. **O CONHECIMENTO DAS ADOLESCENTES SOBRE QUESTÕES RELACIONADAS AO SEXO**. Rev Assoc Med Bras, v. 57, n. 1, p.14-19, 2007.

SAMPAIO, Breno; GUIMARÃES, Juliana. **Diferenças de eficiência entre ensino público e privado no Brasil**. Econ. Aplic., São Paulo, v. 13, n. 1, p.45-68, jan. 2009. Bimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ecoa/v13n1/v13n1a03.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

SANTOS, Antonía Alizandra Gomes dos. **Práticas e saberes de promoção da saúde para adolescentes na estratégia saúde da família de Fortaleza-Ceará**. 2010. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

SANTOS, Antonía Alizandra Gomes dos. **Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(5):1275-1284, 2012

Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde (CODEPPS). Secretaria Municipal de Saúde (Org.). **Manual de Atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. 328 p.

SILVA, Elga Oliveira De Menezes. **Atuação do enfermeiro no atendimento aos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva**. 2009. 33f. Trabalho de Conclusão de Curso – Enfermagem, Universidade Potiguar, Natal, 2009.

SILVA, Rose Méri Santos da. **O discurso da vulnerabilidade social e os processos de constituição dos sujeitos "asematizáveis"**. 2008. 179 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Educação Ambiental, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

SOUZA, Jessé. **Considerações Finais**. In: SOUZA, Jessé et al. A ralé brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: Ufmg, 2009. p. 403.

SOUZA, Jessé et al. **A ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: UFMG, 2009. 483 p.

TAQUETTE, Stella R.; VILHENA, Marília Mello de. **Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência**. Psicol. Estud., Maringá, v. 13, n. 1, p.105-114, 2008.

TOLEDO, Melina Mafra. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: REVISÃO INTEGRATIVA**. 2008. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

UNICEF et al. World report on child injury prevention: summary. In: **World report on child injury prevention: summary**. OMS, 2008.

WAGNER, A. **A comunicação em família com filhos adolescentes**: o relato de uma experiência. In: FÉRES-CARNEIRO (Org.) Casamento e família: do social à clínica. Rio de Janeiro: Nau, 2001, p. 38-52.

WASELFISZ, J. **Relatório de Desenvolvimento Juvenil**. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2007.

ZAVAREZA, Lierge Gallo. **A adolescente e sua sexualidade no contexto das políticas públicas**. 2010. 188 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Centro de Pós-graduação e Pesquisa, Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2010.

APENDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**FICHA DE CADASTRO DO ADOLESCENTE**

Data ___/___/___ Nº Prontuário:_____ SUS:_____

1-IDENTIFICAÇÃO

Idade:___D.N___/___/___ Sexo:M() F()

Filiação_____

Endereço_____ Bairro_____

Cidade:_____ UF:_____ Telefone_____

Possui alguma deficiência: ()SIM, Qual?_____ () NÃO

1.1 ESTADO CIVIL: () Solteiro(a) () Casado(a) () União estável () Divorciado(a) () Separado(a)

1.2 ESCOLARIDADE

Estuda? ()SIM/ Ano_____ () Fundamental () Médio () Superior

() NÃO: () não alfabetizado(a) Ens. Fundamental: () Comp / () incomp

Ens. Médio:() Comp/ () incomp Ens Superior: () Comp/ () incomp

1.3 ESCOLA QUE ESTUDA:() Pub Municipal () Pub Estadual() Pub Federal() Privada () Filantrópica

2- SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

2.1 COM QUEM RESIDE: () Pais () Pai () Mãe () Pai e companheiro(a)

() Mãe e companheiro(a) () companheiro Outros?() Quem?_____

2.2 NÍVEL DE INSTRUÇÃO: Pai

NÍVEL DE INSTRUÇÃO: Mãe

() Não alfabetizado

() Não alfabetizado

() Ens. Fund. completo () Ens.Fund. incompleto

() Ens. Fund. completo () incompleto

() Ens Médio completo () Ens médio incompleto

() Ens. Médio completo () incompleto

() Superior completo () incompleto

() Superior completo () incompleto

() Desconhece

() Desconhece

2.3 PROFISSÃO DO PAI_____

PROFISSÃO DA MÃE_____

2.4 Nº DE PESSOAS QUE COMPÕEM A FAMÍLIA: () Mora sozinho(a) () Duas a quatro pessoas
() cinco ou mais

2.5 RENDA DA FAMÍLIA: () Menos de um salário mínimo () Um salário mínimo () Dois salários mínimos
() Mais de dois salários mínimos () Desconhece

2.6 QUEM CONTRIBUI COM A RENDA FAMILIAR:

() Pai () Mãe () Avô e/ou Avô () tio e/ou tia () companheiro(a) () outros, quem? _____

2.7 COND. DE MORADIA: () Própria () Alugada () Cedida () outros, qual _____

2.8 PARTICIPA DE ALGUM PROGRAMA SOCIAL OU É ASSISTIDO(A) POR ALGUM SERVIÇO SOCIAL? () Sim, qual? _____ () Não

3- SITUAÇÃO PROFISSIONAL DO ADOLESCENTE

3.1 JÁ TRABALHOU? () NÃO () SIM, EM QUE? _____

3.2 TRAB? () NÃO () SIM, EM QUE? _____ () LEGALIZ. () NÃO LEGALIZ.

3.3 HORAS TRABALHADAS: () 4h () 6h () 8h () mais de 8h

3.4 JÁ REALIZOU E/OU REALIZA ALGUM CURSO PROFISSIONALIZANTE?

() SIM, QUAL? _____ () NÃO

4- RELAÇÕES SOCIAIS

4.1 REALIZA ATIVIDADE FÍSICA E/OU ESPORTE? () SIM, QUAL? _____ () NÃO

4.2 NAS RELAÇÕES DE AMIZADE CONSIDERA-SE:

() Fácil de fazer amizade e/ou com muitos amigos () Com dificuldade de fazer amizade e /ou com poucos amigos

4.3 RELAÇÃO COM OS FAMILIARES: () BOA () REGULAR () DIFÍCIL

4.4 QUAL O PRINCIPAL PROBLEMA QUE VOCÊ IDENTIFICA NA SUA FAMÍLIA? _____

4.5 QUAL O PRINCIPAL SONHO OU ASPIRAÇÃO? _____

5- SOBRE SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA:

5.1 NAMORA? () SIM () NÃO

5.2 COM QUE IDADE VOCÊ TEVE SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?

Não teve Menos de 13 anos De 13 a 16 anos Mais de 16 anos

5.3 O QUE MOTIVOU VOCÊ A INICIAR SUA VIDA SEXUAL? Curiosidade Pelo relacionamento

Ter filhos Ter mais experiência Para ter prazer Por pirraça Para se sentir mais adulto

Para prender o namorado Por dinheiro Não se aplica

5.4 COSTUMA USAR PRESERVATIVO? Sim Não As vezes**5.5 NA SUA OPINIÃO QUAL A IMPORTÂNCIA DO USO DO PRESERVATIVO?** Previne DST/AIDS

Previne Gravidez Previne DST/AIDS e Gravidez Não sei

5.6 VOCÊ JÁ SOFREU ABUSO OU ASSÉDIO SEXUAL? SIM NÃO**5.7 HÁ NA FAMÍLIA ALGUMA DOENÇA PREEEXISTENTE?** SIM,

QUAL? _____ NÃO

5.8 JÁ ESTEVE INTERNADA? NÃO SIM,

motivo: _____

ESPECÍFICO DO SEXO FEMININO**5.9 COM QUE IDADE TEVE A PRIMEIRA MESTRUAÇÃO?** Não teve Até 12 anos De 13 a

16 anos 17 ou mais

5.10 JÁ USOU ALGUM CONTRACEPTIVO? NÃO SIM,

QUAL? _____

5.11 JÁ ENGRAVIDOU ALGUMA VEZ? NÃO SIM, Quantas vezes? Uma vez Duas vezes

Três ou mais

5.12 VOCÊ JÁ ABORTOU ALGUMA VEZ? NÃO SIM, Espontâneo Provocado**ESPECÍFICO DO SEXO MASCULINO****5.13 JÁ ENGRAVIDOU ALGUÉM?** NÃO SIM **5.14 ASSUMIU O FILHO?** NÃO SIM**6- VIOLÊNCIA E DROGAS****6.1 SOFREU VIOLÊNCIA?** NÃO SIM, TIPO? Verbal Física Psicológica**6.2 JÁ PRESENCIOU VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR?** SIM NÃO**6.3 ALGUÉM NA FAMÍLIA FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA E/OU DROGAS?** _____

6.4 USA OU JÁ USOU ALGUM TIPO DE DROGA?()NÃO ()SIM,Qual/quais_____

6.5 COM QUE IDADE VOCÊ COMEÇOU A USAR DROGAS?()Até 10 anos()11 a 15 anos ()16 a 21 anos

SOLICITA E/OU SERÁ ENCAMINHADO(a) PARA O SEGUINTE ATENDIMENTO:

()Ginecológico ()Hebeatra ()Nutricionista ()Sexólogo ()Psicológico ()Enfermagem

()Serviço Social ()outros_____

OBSERVAÇÕES:_____

Assinatura do Profissional:_____

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO DE ADOLESCENTES ATENDIDAS NUM SERVIÇO DE REFERÊNCIA QUANTO À SUA VULNERABILIDADE ÀS PATOLOGIAS GINECOLÓGICAS

Pesquisador: DANNIELLY AZEVEDO DE OLIVEIRA E SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17773213.7.0000.5292

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 440.324

Data da Relatoria: 27/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto para desenvolvimento de uma dissertação de mestrado, no qual, 400 sujeitos compostos por adolescentes do sexo feminino entre 12 e 19 anos, recebidas no serviço e encaminhadas para o Setor de Patologia do Trato Genital Inferior (PTGI) para realização de coleta de citologia oncológica no Centro de Saúde Reprodutiva Professor Leide Morais, Natal, RN serão arrolados. As patologias ginecológicas são processos que acarretam grandes desconfortos à mulher, além de que geralmente estão relacionadas ao contágio por via sexual. A adolescência é vista como uma fase da vida marcada por uma série de transformações físicas e comportamentais, o que leva a determinadas situações de risco, dentre estas de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo vírus HPV. Para definição do número da amostra e sua viabilidade, deverá ser traçado perfil epidemiológico da população adolescente do serviço referido, tendo como ponto de partida a coleta de dados nos

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 440.324

prontuários das adolescentes. Para coleta das informações será utilizado o Roteiro de Entrevista de cadastro do PASA, documento que é parte d prontuário do adolescente e contém informações sobre variáveis demográficas e variáveis relacionadas às questões sexuais e reprodutivas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar a população adolescente feminina de um serviço de referência em Saúde Sexual e Reprodutiva no município de Natal, no período entre maio de 2011 e junho de 2012.

Objetivo Secundário:

Descrever as características sócio-econômicas, sexuais e reprodutivas da população em questão. Identificar aspectos individuais e coletivos das adolescentes que evidenciam a vulnerabilidade ao HPV e às DSTs, entre outras patologias ginecológicas. Identificar patologias ginecológicas presentes nas adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora não descreve os riscos mínimos que pode ocorrer com o manuseio dos prontuários. Benefícios são descritos..

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem valor científico por contribuir com a realização de processos de educação em saúde sexual junto as adolescente para favorecer uma tomada de consciência e assim diminuir o comportamento de risco e consequentemente a doenças

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados. A pesquisadora pediu dispensa de TCLE por ser um trabalho de coleta de dados de prontuários.

Recomendações:

Inserir que pode haver riscos mínimos ao manusear os prontuários dos sujeitos arrolados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma. Todas as recomendações anteriormente solicitadas foram acatadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 440.324

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

NATAL, 30 de Outubro de 2013

Assinador por:
Joao Carlos Alchieri
(Coordenador)

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

