

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ALVANDREY SOUZA



ROLEMBERG

**Educação em saúde: Conceitos, Atitudes e Conhecimentos entre
adolescentes no contexto da educação básica.**

**Health education: concepts, attitudes and knowledge among
adolescents in the context of basic education.**

ARACAJU-SE

2016

ALVANDREY SOUZA ROLEMBERG

**Educação em saúde: Conceitos, Atitudes e Conhecimentos entre
adolescentes no contexto da educação básica.**

Health education: concepts, attitudes and knowledge among adolescents in the context of basic education.

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Orientadora:

Profa. Dra. Andréa Ferreira Soares

ARACAJU-SE

2016

ALVANDREY SOUZA ROLEMBERG

Educação em saúde: Conceitos, Atitudes e Conhecimentos entre adolescentes no contexto da educação básica.

Health education: concepts, attitudes and knowledge among adolescents in the context of basic education.

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Aprovada em ___/___/___

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Ferreira Soares

Autor: Alvandrey Souza Rolemberg

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

“Consagra ao Senhor todas as tuas obras e teus planos serão bem sucedidos.” (Prov.16-3).

Agradeço a Deus por toda bênção e proteção, e pela força cedida a mim para que eu nunca desistisse dos meus objetivos.

Aos meus pais pelo amor, compreensão e incentivo aos estudos mesmo que, para isso, abdicassem do convívio comigo, sempre pensando no que é melhor para mim.

Aos meus irmãos pelo apoio incondicional.

A minha namorada pelo amor, estímulo e ajuda direta na realização da minha monografia, e pelo apoio constante ao longo do meu curso.

E, por fim, à minha orientadora Andrea pela paciência, orientação e empenho em nosso trabalho, sempre buscando melhorá-lo cada dia mais.

Precisamos acolher o adolescente.

Acolher para facilitar o conhecer.

Acolher para não precisar recolher.

Acolher para poder aqui e agora colher.

Acolher para que nem o hoje nem o amanhã possam se perder.

Acolher para possibilitar o escolher.

Acolher para a vida não encolher.

Acolher para ser possível... simplesmente... adolescer”.

(ABEN. Projeto Acolher, 2000)

LISTA DE ABREVIATURAS

UFS – Universidade Federal de Sergipe

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

MS – Ministério da Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

UNFPA -Fundo de População das Nações Unidas

SUMÁRIO

1	REVISÃO DA
LITERATURA.....	10
REFERÊNCIAS.....	13
2 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO	
MÉDICA.....	14
3 ARTIGO ORIGINAL.....	24
3.1 FOLHA DE ROSTO.....	24
3.2 RESUMO DO ARTIGO ORIGINAL.....	25

3.3 ABSTRACT.....	26
3.4 INTRODUÇÃO.....	27
3.5 METODOLOGIA.....	28
3.6 RESULTADOS.....	28
3.7 DISCUSSÃO.....	33
3.8 CONCLUSÕES.....	36
REFERÊNCIAS.....	36
TABELAS.....	36
ANEXOS.....	39

1. REVISÃO DA LITERATURA

CONTEXTUALIZANDO A ADOLESCÊNCIA

1.1 Adolescência no contexto cronológico

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a adolescência é definida em limites cronológicos como os jovens entre 10 e 19 anos. Já a definição cronológica da Organização das Nações Unidas (ONU) são os jovens entre 15 e 24 anos, sendo este o critério utilizado para estudos estatísticos e políticos. Atualmente no mundo existe em torno de 1,2 bilhões de adolescentes, correspondendo a 20% da população humana, esse número continua a aumentar. No Brasil, segundo o último censo realizado pelo IBGE (2010), a população jovem é a faixa etária mais expressiva no país, representando aproximadamente 30% da população. É por essa razão que a adolescência vem ocupando um lugar de destaque na sociedade brasileira, reconhecendo a necessidade de proteção dos adolescentes, considerando que são seres em desenvolvimento e sujeitos de direito.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, é definido como adolescente o jovem com a faixa etária de 12 a 18 anos de idade e em alguns casos especiais disposto na lei, o estatuto é aplicado até os 21 anos de idade. Todos os adolescentes podem ter o voto opcional como eleitor e cidadão a partir dos 16 anos. Dessa forma, o conceito de menor de idade fica subentendido para os jovens menores de 18 anos.

1.2 Adolescência no contexto do conflito individual

A adolescência é um período de transição gradual entre a infância e a vida adulta, caracterizado por mudanças físicas, mentais, emocionais, sociais e comportamentais (SOARES et al, 2008). Representa uma importante fase do ciclo vital, marcado pelos esforços do indivíduo na integração social, pela busca e formação da personalidade, pela busca de identidade sexual e pela descobertas das limitações individuais. Os adolescentes fazem parte um grupo prioritário para promoção da saúde em todas as regiões do mundo, em razão dos comportamentos e desejos que os expõem a diversas situações de riscos para a saúde (Sousa et al, 2014).

É importante destacar que, devido às características de variabilidade e diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais que ocorrem nesta fase de vida, a idade cronológica, mesmo que seja o quesito mais usado, por várias vezes não é o melhor parâmetro descritivo em estudos clínicos, antropológicos e comunitários ou populacionais. (Eisenstein, 1999)

A puberdade é um período em que ocorrem mudanças biológicas e fisiológicas que ocorrem no ser humano em determinadas faixas etárias, pela ação dos hormônios do eixo

hipotálamo- hipófise- gonadal. Normalmente, se inicia entre os 8 e os 13 anos para o sexo feminino e entre 9 e 14 anos, para o sexo masculino. É neste período que ocorre o estirão do crescimento, período em que se ganha 20% da estatura final, tem idade de início e velocidade das mudanças variadas entre os indivíduos. Ocorrem as alterações na quantidade e distribuição de gordura no corpo; o desenvolvimento do sistema respiratório, circulatório, das gônadas e o surgimento dos caracteres sexuais secundários (CURITIBA, 2006). Clinicamente, é avaliada em cinco estágios, levando-se em conta, desenvolvimento mamário e pelos pubianos no sexo feminino, aspecto dos órgãos genitais e pelos pubianos no masculino.

Esta fase chega ao fim com o completo crescimento do indivíduo, parada do crescimento, que se constata pela fusão das epífises ósseas dos ossos longos e aquisição da capacidade reprodutiva, de acordo com o amadurecimento gonadal (BRASIL, 1993).

A adolescência é uma fase de busca pessoal da identidade, na qual resultar numa profunda crise existencial. É próprio do adolescente, apresentar a falta de consolidação de sua identidade. Daí a imprecisão e a instabilidade psicológica do jovem. A fonte da sua dificuldade em ser compreendido reside na complexidade com que se encontra diante de si e das várias mudanças típicas dessa fase, ou seja, mudanças físicas, desenvolvimento intelectual, situação emocional, a socialização, separação progressiva dos pais, necessidade de intelectualizar e fantasiar, grupos de amigos. O adolescente, ao perder a condição de criança, busca uma nova identidade que é construída, consciente inconscientemente, em um processo lento e doloroso de elaboração do luto pela perda do corpo de criança, da identidade infantil e da relação com os pais na infância (ABRAMOVAY et al, 2004).

No período da adolescência ocorre mudanças cognitivas, que apresentam aos púberes mudanças no padrão de comportamento e pensamento, resultando em mudanças gradativas, que os tornam mais realistas, mais lógicos e abstrato, dando a capacidade de correlacionar diferentes variáveis, ao estabelecer relações lógicas entre os acontecimentos. Ocorre também uma readaptação do ponto de vista social, encontrando no grupo de iguais, na turma, seu ponto de referência primordial (BALEIRO et al, 1999).

O adolescente deve encarar todas essas mudanças corporais e psicológicas, com calma e naturalidade, entendendo que esse é um processo comum a todos os jovens, no entanto passageiro. De um modo geral, os adolescentes apresentam várias dúvidas e curiosidades com as transformações que estão vivenciando. Buscar o conhecimento, e principalmente esclarecer todas as dúvidas é fundamental para o bom desenvolvimento físico e psicológico do indivíduo, que cuidar de sua higiene pessoal é fundamental para evitar constrangimentos

sociais, e quando suspeitar de algum problema, procurar imediatamente um profissional médico.

1.3 Vulnerabilidade biopsicossocial do adolescente

No Brasil, ainda é frequente a violação dos direitos das crianças e dos adolescentes, mesmo que os mesmos indiquem tendência de queda. Sendo o abandono, o trabalho precoce e a exploração sexual, as principais formas de transgressão dos direitos das crianças e adolescentes. Em adição, a adolescência é caracterizada por mudanças profundas na vida de um indivíduo. E as diferenças físicas e psíquicas acabam por fazer com que os adolescentes se tornem mais vulneráveis ao consumo de bebidas alcoólicas e ao uso de drogas psicotrópicas (Pratta et al 2006).

Em adição às particularidades da adolescência e infância, há os fatores relacionados a realidade de vida na rua, onde os jovens se expõem a uma série de fatores de risco, como o uso de drogas, a prostituição por sobrevivência e a falta do suprimento das necessidades básicas, colocando-os em uma situação de extrema vulnerabilidade. Isso acarreta sérias consequências negativas à saúde. Entre essas consequências, encontram-se as dependências químicas, doenças sexualmente transmissíveis, lesões por acidentes, gravidez indesejada e morte prematura resultante de suicídio ou homicídio (Morais, 2010).

Diante do exposto é de suma importância ressaltar que a construção de uma resposta social à prevenção de riscos à que os jovens estão expostos, depende da ampliação do acesso desses indivíduos à informação e aos recursos para a proteção, individuais e coletivos, através de mudanças que devem ocorrer nas instituições que acolhem os jovens, principalmente, nas escolas onde os adolescentes passam boa parte do seu tempo. Além disso, transformações profundas devem ocorrer para diminuir as desigualdades de poder presentes na nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M.C. et al. Juventudes e sexualidade. Brasília: UNESCO. 2004, 428p.
- BALEEIRO, M. C. et al. Sexualidade do Adolescente: fundamentos para uma ação educativa. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 1999, 320p.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990, e Legislação Correlata. 151p. (Série fontes de referência. Legislação; n.71).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, v. 1, 2 e 3, 1993.
- CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção à saúde do adolescente. Curitiba: SMS/PR, 2006. 2 ed, 2006.122p.
- EISENSTEIN E. Atraso puberal e desnutrição crônica. 1999. Tese de Doutorado – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. PAS - Pesquisa Anual de Serviços, 2010. [Online] Disponível na internet via WWW URL: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/populacao_jovem_brasil/comentario1.pdf. Arquivo consultado em 11 de Junho de 2016.
- MORAIS, N. A, MORAIS, C. A, REIS, S, KOLLER, S. H. Health promotion and adolescence: an example of intervention with street-youth. *Psicol Soc* 2010; 22:507-18.
- PRATTA, E. M. M, SANTOS, M. A. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* 2006
- SOARES, S. M. et al. Workshops on sexuality in adolescence: revealing voices, unveiling views student's of the medium teaching glances. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 set; 12 (3): 485-91.
- SOUSA, Z. A. A. et al. Knowledge and practices of teenagers about health: implications for the lifestyle and self care. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 set; 12 (3): 485-91.
- WHO, World Health Organization. Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

ORIENTAÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO DE NÚMEROS TEMÁTICOS

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico ([Http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo](http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo)) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são

formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex.1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ... ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286. Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira- Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras Oftalmol. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1): [about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993

3 ARTIGO ORIGINAL

3.1 FOLHA DE ROSTO ARTIGO ORIGINAL

Título: Educação em saúde: Conceitos, Atitudes e Conhecimentos entre adolescentes no contexto da educação básica.

Health education: Concepts, attitudes and knowledge among adolescents in the context of basic education.

Autores:

Alvandrey Souza Rolemberg, graduando em medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

Endereço: rua 1, 809, Bairro Robalo. E-mail: alvandrey@hotmail.com

Andrea Ferreira Soares - Doutora Professora do Departamento de Morfologia. Universidade Federal de Sergipe. Email: andrea_fsoares@yahoo.com.br

CONFLITO DE INTERESSES: “nada a declarar”.

3.2 RESUMO

Objetivo: Esta pesquisa visou analisar o nível de conhecimento entre adolescentes sobre temas relacionados à higiene pessoal e suas variantes, como higiene íntima, bucal, ambiental e emocional. **Métodos:** Tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo e do tipo pesquisa-ação, através da aplicação de questionários. A amostra constituiu-se por 825 adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária entre 14 e 21 anos de idade, que cursavam o ensino fundamental e médio de uma escola pública de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Resultados:** Evidenciou-se que cerca de 92% dos adolescentes possuía nível de conhecimento médio sobre os temas abordados nas palestras. A faixa etária, a série e a situação conjugal dos pais foram os indicadores sócio-econômicos que tiveram associação significativa ($p < 0,05$) com o nível de conhecimento dos mesmos. **Conclusão:** O desenvolvimento de hábitos saudáveis na infância e na adolescência depende da integração entre família e escola, bem como do contexto sócio-econômico e demográfico para que se consolidem na sua rotina diária de autocuidado com o corpo.

Palavras-chave: Adolescente; Educação em Saúde; Autocuidado.

3.3 ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze the level of knowledge among adolescents on topics related to personal hygiene and their variants, as intimate hygiene, oral, environmental and emotional. **Methods:** This was a quantitative, descriptive and type action research through the use of questionnaires. The sample consisted of 825 adolescents of both sexes, aged between 14 and 21 years of age who were enrolled in elementary and secondary education of a public school in Aracaju, Sergipe, Brazil. **Results:** It was demonstrated that about 92% of adolescents had average level of knowledge about the topics covered in the lectures. The age, the series and the marital status of the parents were the socio-economic indicators that had significant association ($p < 0.05$) with the level of knowledge of them. **Conclusion:** The development of healthy habits in childhood and adolescence depends on the integration between family and school, as well as the socio-economic and demographic context in order to consolidate in your daily routine self-care with the body.

Keywords: Adolescents; Health Education; Self-care.

3.4 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e do quantitativo de adolescentes e jovens têm sido uma das principais características da sociedade moderna. Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) ¹, há cerca de 1,8 bilhão de adolescentes e jovens, entre 10 e 24 anos, no mundo atualmente, o que significa quase um terço da população mundial, 80% dos quais vivem em países em desenvolvimento. No Brasil, em 2009, foram registrados quase 80 milhões de crianças, adolescentes e jovens de até 24 anos, cerca de 42% da população brasileira (IBGE) ².

As estatísticas demográficas apontam para a necessidade de desenvolver programas e políticas públicas a nível assistencial e educacional, com intuito de garantir atenção à saúde do adolescente em uma perspectiva ampliada e integrada, que procure abranger a complexidade psicobiológica desse período do desenvolvimento humano e seu contexto socioeconômico e cultural³.

Atualmente, uma das maiores dificuldades na atenção à saúde do jovem são as desigualdades sociais, independente do grau de desenvolvimento do país, já que estudos epidemiológicos realizados no Brasil evidenciam que os índices de saúde variam de acordo com o número de habitantes, urbanização e geografia, sendo que quanto maior a urbanização, menor o índice de saúde da população e maiores são as dificuldades de acesso aos serviços de saúde^{2,4}.

Segundo Penso et al. ⁵ é necessário que haja integração entre as políticas e programas no âmbito da saúde e da educação, ou seja, numa perspectiva intersetorial, e com este objetivo foi instituído em 2007, por meio do decreto nº 6.286, o Programa Saúde na Escola (PSE), que visa contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. A parceria entre escola e profissionais da saúde é essencial para se construir um modelo médico-assistencial que priorize ações unificadas, com participação ampla de toda a comunidade envolvida, como familiares, professores e outros profissionais das escolas.

Paula et al. ⁶ considera que há um amplo espectro de temas relacionados à saúde do jovem, que podem ser trabalhados em ambiente escolar, tais como sexualidade e doenças associadas, alimentação saudável e distúrbios alimentares, estresse, violência, drogatização,

higiene corporal e bucal, distúrbios de comportamento, preservação do meio ambiente, prática de atividade física saudável, entre outros. Além disto, o “jovem” constitui um público-alvo mais flexível e disposto a aprender e trocar informações diversas, já que nesta fase ocorre a formação da sua identidade, personalidade, hábitos e estilo de vida, tendo a família e a escola importante papel na condução adequada deste processo.

Diversos estudos sobre os hábitos de higiene pessoal entre adolescentes demonstraram que estes estão associados a fatores sócio demográficos, comportamentais e psicológicos, tais como sexo, idade, situação conjugal dos pais, grau de escolaridade dos pais e do adolescente, renda familiar auto percepção da saúde, estilo de vida e distúrbios psicoemocionais. Nesta fase da vida, a higiene pessoal é parte integrante da busca pela boa aparência física (razões cosméticas) e está sujeita à influência da família e dos seus pares⁷.

Diante do exposto, esta pesquisa visou analisar o conhecimento de adolescentes, que cursavam o ensino fundamental e médio de uma escola da rede pública de ensino, sobre o tema higiene corporal e câncer peniano, através da aplicação de questionários, com vistas a identificar o perfil e os comportamentos de risco à saúde deste grupo etário.

3.5 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo do tipo quantitativo, descritivo e do tipo pesquisa-ação realizado numa escola estadual da rede pública de ensino em Aracaju, Sergipe, Brasil. A amostra constituiu-se por 825 adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária entre 14 e 21 anos de idade, que cursavam o ensino fundamental e médio, nos períodos matutino e vespertino, regularmente matriculados. A escolha do cenário obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: ser de fácil acesso; comportar diversidade social de alunos; estar regularmente matriculado no ensino fundamental ou médio.

Para a coleta de dados, utilizou-se questionário, previamente testado, constituído por questões de múltipla escolha, autoaplicado em sala de aula e de forma anônima, com a finalidade de identificar o perfil sócio-econômico e demográfico, assim como, comportamentos e condições de risco à saúde do adolescente, a cerca do tema higiene pessoal e suas variantes como, higiene íntima, bucal, emocional e ambiental.

Os questionários foram aplicados uma semana antes da realização das palestras, mediante a assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável.

O estudo desenvolveu-se no período de março de 2013 a novembro de 2014. A coleta de dados envolveu a aplicação de questionário uma semana antes da realização da palestra e oficinas educativas, as quais eram realizadas mensalmente, com grupos de 40 a 60 alunos, com duração de 40 minutos, conforme cronograma de atividades da escola.

Análise estatística foi realizada com o auxílio do software livre R, versão 3.2.2 (The R Core Team, 2015). O nível de conhecimento foi medido através de 4 das 8 questões do questionário (questões 2, 3, 5 e 6), onde os discentes que acertaram 0 ou 1 questão, foram classificados como de baixo nível de conhecimento; de 2 a 3 questões, como de médio nível de conhecimento; e aqueles que acertaram as 4 questões, como de alto nível de conhecimento.

Realizou-se análises descritivas uni variadas e inferenciais bivariadas, onde os dados foram expressos em frequências absolutas e relativas. Nos casos em que se objetivou verificar a associação entre variáveis, as mesmas foram expressas em tabelas de dupla entrada. A variável nível de conhecimento foi associada com as variáveis gênero, faixa etária, série, renda familiar e situação conjugal dos pais. E a variável que questiona sobre o desenvolvimento de doença causada por estresse foi associada às variáveis gênero, condição do ambiente escolar, situação conjugal dos pais, perfil dos pais e principal causa de estresse. Para a avaliação inferencial utilizou-se os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, com nível de significância de 5%.

A pesquisa cumpriu as normas da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, e aprovado com parecer 192.673, CAAE: 10334012.9.0000.058.

3.6 RESULTADOS

Dentre os 825 adolescentes avaliados, 46% (n=378) eram do sexo masculino e 54% (n=447) do sexo feminino. A média de idade foi de 15,87. A distribuição por série evidenciou que 46% (n=378) cursavam o ensino fundamental e 54% (n=447) o ensino médio. Quanto a distribuição por renda, observou-se 23% (n=190) com renda menor ou igual a um salário mínimo, 39% (n=320) com renda entre 2 e 5 salários mínimos e 38% (n=315) com renda maior que 5 salários mínimos. Em relação à situação conjugal dos pais, verificou-se que 42% (n=350) dos pais eram casados, 39% (n=318) eram separados e 17% (n=139) vivem juntos. Com relação ao perfil dos pais ou responsáveis, observou-se que 90% (n=744) eram educadores, 7% (n=56) indiferentes e 3% (n=25) ausentes (tabela 1).

Tabela 1- Características sócio-econômicas e demográficas dos adolescentes de uma escola pública de Aracaju, Sergipe, 2013-2014.

	N (%)
Idade	
Entre 10 e 14 anos	159 (19)
Entre 15 e 19 anos	651 (79)
Mais de 20 anos	14 (2)
Gênero	
Masculino	378 (46)
Feminino	447 (54)
Série	
Ensino Fundamental	378 (46)
Ensino Médio	447 (54)
Qual a renda familiar? (salários mínimos)	
≤1	190(23)
2-5	320(39)
>5	315 (38)
Situação conjugal dos pais	
Casados	350 (42)
Separados	318 (39)
Vivem Juntos	139 (17)
Não Sabe	18 (2)
Perfil dos pais ou responsáveis	
Educador	744 (90)
Indiferente	56 (7)
Ausente	25 (3)

Fonte: Dados da pesquisa.

Na tabela 2, observou-se que cerca de 92% dos adolescentes analisados apresentaram nível médio de conhecimento sobre os temas abordados nas palestras e 5,21% nível alto de conhecimento.

Tabela 2 - Distribuição dos adolescentes de acordo com o nível de conhecimento aferido através do questionário. Aracaju, Sergipe, 2013-2014.

Variável	Categoria	N	%
Nível de Conhecimento	Baixo	24	2,91
	Médio	75	91,8
		8	8
	Alto	43	5,21

Fonte: Dados da pesquisa.

Na tabela 3, observou-se que a faixa etária do adolescente, a série e a situação conjugal dos pais tiveram associação significativa com o nível de conhecimento, com $p < 0,05$.

Tabela 3 – Análise bivariada para avaliar a correlação do indicador de conhecimento sobre higiene pessoal com as características sócio-econômicas e demográficas. Aracaju, Sergipe, 2013-2014.

Variável	Categoria	Nível de Conhecimento			P-valor
		Baixo (%)	Médio (%)	Alto (%)	
Gênero	Masculino	13 (3,44)	348 (92,06)	17 (4,50)	0,5066 ^a
	Feminino	11 (2,46)	410 (91,72)	26 (5,82)	
Faixa Etária	Pré-Adolescente	0 (0,00)	142 (88,75)	18 (11,25)	0,0005 ^b
	Adolescente	24 (3,69)	602 (92,47)	25 (3,84)	
	Jovem	0 (0,00)	14 (100,00)	0 (0,00)	
Série	Fundamental	0 (0,00)	244 (93,85)	16 (6,15)	0,0004 ^b
	Médio	24 (4,25)	514 (90,97)	27 (4,78)	
Situação Conjugal dos Pais	Casados	3 (0,86)	331 (94,57)	16 (4,57)	0,0000 ^b
	Separados	19 (5,97)	275 (86,48)	24 (7,55)	
	Vivem juntos	2 (1,44)	135 (97,12)	2 (1,44)	
	Não sabe	0 (0,00)	17 (94,44)	1 (5,56)	
Renda Familiar	1	7 (2,77)	231 (91,30)	15 (5,93)	0,3496 ^b
	2 a 3	4 (1,49)	254 (94,42)	11 (4,09)	
	3	2 (2,90)	61 (88,41)	6 (8,70)	
	Não sabe	11 (4,70)	212 (90,60)	11 (4,70)	

^a Teste de Qui-Quadrado; ^b Teste Exato de Fisher. Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 4, verificou-se que o gênero, a condição do ambiente escolar e o perfil dos pais tiveram correlação significativa com o desenvolvimento de doença causada por estresse, com $p < 0,005$.

Tabela 4 – Análise bivariada para avaliar fatores relacionados ao desenvolvimento de doença causada por estresse entre adolescentes. Aracaju, Sergipe 2013-2014.

Variável	Categoria	Desenvolveu doença		P-valor
		Causada por Estresse Não (%)	Sim (%)	
Gênero	Masculino	277 (73,28)	101 (26,72)	0,0000 ^a
	Feminino	259 (57,94)	188 (42,06)	
Ambiente Escolar	Não saudável	196 (56,32)	152 (43,68)	0,0000 ^a
	Saudável	340 (71,28)	137 (28,72)	
Situação Conjugal Dos Pais	Casados	234 (66,86)	116 (33,14)	0,4021 ^a
	Separados	197 (61,95)	121 (38,05)	
	Vivem juntos	88 (63,31)	51 (36,69)	
	Não sabe	17 (94,44)	1 (5,56)	
Perfil dos Pais	Educador	198 (44,59)	246 (55,41)	0,0002 ^a
	Indiferente	22 (39,29)	34 (60,71)	
	Ausente	16 (64,00)	9 (36,00)	
Outras Causas de Estresse	Aparência	56 (70,89)	23 (29,11)	0,5826 ^a
	Trabalho	39 (63,93)	22 (36,07)	
	Estudos	160 (61,78)	99 (38,22)	
	Família	83 (61,94)	51 (38,06)	
	Relacionamentos	124 (60,49)	81 (39,51)	
	Não sabe	74 (85,06)	13 (14,94)	

^a Teste de Qui-Quadrado; ^b Teste Exato de Fisher. Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao conhecimento sobre o câncer peniano, a amostra revelou que 84,12% (n= 318) dos meninos e 86,57% (n= 387) das meninas já ouviram falar sobre o desenvolvimento desta doença.

Tabela 5. Distribuição percentual dos adolescentes sobre o conhecimento do câncer peniano, segundo o gênero. Aracaju, Sergipe, 2013- 2014.

Gênero	Já ouviu falar em câncer peniano		P-valor
	Não (%)	Sim (%)	
Masculino	60 (15,87)	318 (84,12)	0,3705 ^a
Feminino	60 (13,42)	387 (86,57)	

^a Teste de Qui-Quadrado; ^b Teste Exato de Fisher. Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto às questões relacionadas à conservação do ambiente escolar, verificou-se que 57,82% (n=477) dos alunos consideram o ambiente de sua escola saudável. Cerca de 93% (n=770) já observaram algum colega sujando ou danificando o ambiente escolar e 96,7% (n=798) apontaram o banheiro como o ambiente mais sujo da sua escola. No tocante aos motivos que levam os adolescentes a sujar ou danificar a escola, observou-se que 60% (n=500) citaram a indisciplina como principal motivo (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição percentual dos adolescentes sobre questões relacionadas à conservação do ambiente escolar. Aracaju, Sergipe, 2013-2014.

Variável	Categoria	N	%
O ambiente da sua escola é saudável?	Não	348	42,18
	Sim	477	57,82
Já observou algum colega sujando ou danificando o ambiente escolar?	Não	55	6,67
	Sim	770	93,33
Ambiente da escola que considera mais sujo	Banheiros	798	96,73
	Corredores	1	0,12
	Salas de Aula	9	1,09
	Secretaria	4	0,48
	Quadra de Esportes	10	1,21
	Cozinha	0	0,00
	Nenhum	0	0,00
Motivos que levam o jovem a sujar ou danificar o ambiente escolar	Outros	3	0,36
	Exibicionismo	247	29,94
	Indisciplina	500	60,61
	Não gosta do ambiente escolar	25	3,03
	Falta de motivação	52	6,30
	Outro	1	0,12

Fonte: Dados da pesquisa

3.7 DISCUSSÃO

Na tabela 3, constatou-se que houve associação significativa do nível de conhecimento sobre os temas estudados com a idade, a série, e a situação conjugal dos pais. Com relação ao gênero não houve diferença significativa no nível de conhecimento, podendo ser explicado pela igualdade na aquisição de conhecimento para ambos gêneros. Ao confrontar este resultado com os de outras pesquisas conduzidas com adolescentes, observou-se que as meninas tinham maior preocupação com a higiene pessoal e a saúde (8,9,10). Segundo estes

autores, culturalmente, as meninas aprendem, desde cedo, que é preciso ir regularmente ao ginecologista, apresentam maior sensibilidade para detectar alterações fisiológicas (11) e evitar hábitos inadequados para a sua saúde (12). No entanto, merecem destaque as mudanças de comportamento apresentadas pelos adolescentes do sexo masculino nos últimos anos. Percebe-se o aumento da preocupação com a aparência física devido ao apelo da mídia e do mercado de trabalho.

Os adolescentes apresentaram um nível de conhecimento maior com relação ao auto cuidado que as outras faixas etárias, com o maior percentual dentre aqueles com nível de conhecimento médio. Observou-se que os jovens tendem a apresentar maior curiosidade e ânimo em adquirir conhecimento que os pré adolescentes. Esses achados diferem dos encontrados em um estudo (14), no qual avaliou a auto percepção de saúde de 5028 adolescentes de 15 a 19 anos, matriculados nas escolas públicas do Estado de Santa Catarina, evidenciando que a maioria dos adolescentes desta faixa etária possui menos interesse no auto cuidado e avaliam negativamente a sua saúde.

Já em relação a situação conjugal dos pais, nos casos em que os pais possuem união estável, os adolescentes tiveram os melhores desempenho. E para os pais separados, observou-se maior proporção de estudantes com nível de conhecimento baixo. Estudo sobre ações de educação em saúde a respeito de saúde mental e desempenho escolar em crianças e adolescentes brasileiros, no qual foram entrevistados pais e professores de mais de 9 mil crianças e adolescentes de 81 cidades de 16 estados das cinco regiões brasileiras, também expressou resultados semelhantes, onde segundo este estudo 46% dos filhos com pais divorciados possuem maior desinteresse na aquisição de conhecimento, alguns apresentaram maior retardo escolar, além do desleixo com o auto cuidado (15)

Conforme exposto na Tabela 4, verificou-se que em relação ao desenvolvimento de doenças causadas pelo estresse, que os adolescentes do sexo masculinos foram os que menos relataram ter desenvolvido doenças causadas pelo estresse quando comparados aos sexo feminino. Essa questão pode ser explicada pelo fato dos adolescentes do sexo masculino terem dificuldade de assumir problemas psicoemocionais, por questões intrínsecas ao gênero, cabe ao homem sempre ser forte e inabalável o que muitas das vezes resultam em descuido com sua saúde (16,17). Esses resultados corroboram com um estudo realizado com 480 usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no município de Salvador (BA), sendo que 72% destes são pertencentes ao sexo masculino, no entanto, a maioria destes adolescentes possuem dificuldade de aceitar e falar sobre seus problemas pessoais com outras pessoas (18). A luz destes resultados encontrados fica claro que é importante o desenvolvimento de ações em saúde mental da criança e do adolescente fundamentado na compreensão, intervenção e na participação destes, para uma adequada atenção a essa grande problemática e assim, reduzir preconceitos e hábitos que dificultem o auto cuidado (19,20).

O ambiente escolar também está associado às doenças, onde a ausência de um ambiente escolar saudável está associado a presença de doenças relacionadas ao estresse. Na literatura mundial encontramos vários fatores de risco presentes no ambiente escolar associados ao desenvolvimento do adolescentes como o baixo desempenho escolar (21,22), o bullying (21,23), vivenciar discriminação e racismo (24), vestibular como evento estressante (25), pressão social dos pares e da vida estudantil (26). Assim, problemas de saúde mental entre adolescentes representam importante desafio de saúde pública no mundo.

No que diz respeito às principais causas de estresse, destacam-se os estudos e os relacionamentos. O ambiente ao qual os adolescentes estão expostos, baseado na

competitividade, no sucesso, na padronização de modelos físicos, culturais e até intelectuais, bem como a demanda elevada por adequação de tais modelos estabelecidos geram um desequilíbrio entre a capacidade do indivíduo e as demandas impostas(27). Esta falta de harmonia pode desencadear o estresse. Na literatura encontra-se o estresse relacionado a atividades escolares e as relações interpessoais como fatores bastante presentes entre os adolescentes (28,29,30). E outros trabalhos ainda enfatizam a relação entre o estresse na escola com sintomas de depressão e suicídio (31,32).

Em relação ao perfil dos pais, a maioria dos adolescentes relataram ter pais educadores. No entanto, o que mais chamou a atenção foram os adolescentes que possuíam pais indiferentes. Foram estes, em sua maioria que relataram ter desenvolvidos alguma doença relacionada ao estresse. Os pais indiferentes não estão atentos às necessidades de seus filhos, estão ausentes de suas responsabilidades de educador. Esta omissão pode contribuir para o desenvolvimento de comportamentos agressivos, sentimento de insegurança e desenvolvimento de várias doenças psicossomáticas (33).

Como observado na Tabela 5, constatou-se que em relação ao conhecimento sobre o tema câncer peniano, os adolescentes de ambos os gêneros relataram ter ouvido falar sobre o câncer peniano. É importante destacar que houve grande proporção de alunos referindo ter conhecimento prévio do tema, em ambos os sexos. Neste contexto, é importante destacar a importância do tema, pois tem elevada incidência nas regiões Norte e Nordeste, tem relação com baixas condições socioeconômicas e má higiene íntima (34,35). Vale ressaltar que a educação em saúde é fundamental para divulgar os principais fatores de risco com objetivo de reduzir a incidência, principalmente no Nordeste onde encontra-se uma das maiores incidências do país. Na prevenção do câncer de pênis é necessário a orientação sobre a limpeza diária com água e sabão, principalmente após as relações sexuais e masturbação. A cirurgia de fimose é outro fator de prevenção, pois a presença da fimose dificulta a limpeza adequada, sendo importante, a orientação sobre como a cirurgia é simples e rápida e não necessita de internação (34).

Ao analisar as respostas dos alunos com relação a higiene escolar apresentados na tabela 4, pode-se verificar que mais da metade dos adolescentes relataram que a escola não é um ambiente saudável. Relataram também, em sua grande maioria, que o banheiro é o lugar mais sujo da escola. A luz dessas informações, pode-se presumir que por ser o lugar mais individualizado e de difícil fiscalização torna-se alvo de ações de rebeldia típica da adolescência (36). Neste contexto, a escola não deve apenas contribuir para que os alunos adquiram conhecimentos relacionados a saúde e sim um lugar de aquisição, reforço ou melhoramento de hábitos, atitudes e conhecimentos sobre boas práticas em saúde pessoal e ambiental(37).

Ainda em relação à higiene escolar, pode-se observar que a maioria dos alunos presenciaram os colegas sujando ou danificando a escola. Estes alunos justificam essas práticas inapropriadas ao exibicionismo e indisciplina típico dessa fase de transição que é a adolescência. A indisciplina e o exibicionismo estão presente entre os grandes problemas vivenciados no ambiente escolar, vem ganhando cada vez mais espaço na reuniões escolares, na sala de professores, nos consultórios médicos e preocupa a todos os envolvidos com a educação e a saúde(38).

3.8 CONCLUSÃO

Conclui-se que a escola é um espaço de relações ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico sobre a saúde, na medida em que contribui na construção de valores, hábitos, crenças, conceitos e maneira de conhecer o mundo e interfere diretamente nos saberes e práticas dos adolescentes sobre saúde. A escola Estadual Barão de Mauá é uma escola vinculada ao Programa Saúde na Escola (PSE) e possui coordenação proativa. Nesta escola, observa-se grande integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida dos alunos.

As ações em educação em saúde devem considerar os diversos contextos, nos quais os adolescentes estão inseridos, com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes. Desse modo, estimular o desenvolvimento de hábitos saudáveis na infância e na adolescência, pois ações realizadas nessas fases de vida possuem grande chance de se traduzir em hábitos saudáveis na vida adulta. Diante disso, é fundamental ensinar e incentivar hábitos de saudáveis para os adolescentes, tendo os profissionais e os estudantes de saúde papel de intermediador desse processo.

3.9 REFERÊNCIAS

1. UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas. 2011. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php>. Acesso em: 5 maio 2015.
2. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://teen.ibge.gov.br/mao-na-roda/criancas-adolescentes-e-jovens>>. Acesso em: 29 mar. 2016.
3. Horta NC, Sena RR. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [2]: 475-495, 2010.
4. Lawlor DA, Sterne JAC. Socioeconomic inequalities. *Health. British Medical Journal*, London, v. 334, n. 7601, p. 963-964, 2007.
5. Penso MA, Rodrigues KCT, Arrais, AR, Lordello SR. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.2, p.542-553, 2013.
6. Paula FJF et al. Estudo do perfil da sexualidade entre adolescentes de Londrina. *RBM Rev. Bras. Med.*, v.61, n.7, p. 439-443, jul. 2004.
7. Pykosz LC, Oliveira MAT. A Higiene como tempo e lugar da educação do corpo: preceitos higiênicos no currículo dos grupos escolares do estado do Paraná. *Currículo sem Fronteiras*, v.9, n.1, pp.135-158, 2009.
8. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scand J Public Health* 2008; 36:12-20.
9. Heard HE, Gorman BK, Kapinus CA. Family structure and self-rated health in adolescence and young adulthood. *Popul Res Policy Rev* 2008; 27:773-97.

10. Viero VSF, Farias JM, Ferraz F, Simões PW, Martins JA, Ceretta LB. Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(3) Jul-Set 2015.
11. Shadbolt B. Some correlates of self-rated health for Australian women. Am J Public Health 1997; 87:951-6.
12. Meurer LN, Layde PM, Guse CE. Self-rated health status: a new vital sign for primary care. WMJ 2001; 100:35-9.
13. Sousa T.F et al. Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. Rev Paul Pediatr 2010; 28(4):333-9.
14. Gomidei PIC et al. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. Psico-USF, v. 10, n. 2, p. 169-178, jul./dez. 2005.
15. Arruda MA, Almeida M, Bigal ME, Polanczyk GV, Moura-Ribeiro MV, Golfeto JH. Projeto Atenção Brasil: Saúde Mental e desempenho escolar em crianças e adolescentes brasileiros. Análise dos resultados e recomendações para o educador com base em evidências científicas. Ed. Instituto Glia, Ribeirão Preto, SP, 2010.
16. Paula CS et al. Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. Saúde mental e violência na adolescência. Rev Saúde Pública 2008;42(3):524-8.
17. Couto MCV et al. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(4):390-8.
18. RONCHI, Juliana Peterle; AVELLAR, Luziane Zacché. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. Psicol. teor. prat., São Paulo , v. 12, n. 1, p. 71-84, 2010 .
19. Santos DCM, Jorge MSB, Freitas CHA, Queiroz MVO. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. Acta Paul Enferm 2011;24(6):845-50.
20. Hoffmann MC, Santos DN, Mota EL. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Cad Saúde Pública. 2008;24(3):633-42.
21. Hoffmann MC, Santos DN, Mota EL. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Cad Saúde Pública. 2008;24(3):633-42.
22. Souza LDM, Ores L, Oliveira GT, Cruzeiro ALS, Silva RA, Pinheiro RT, et al. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. J Bras Psiquiatr. 2010;59(4):286-292.
23. Milburn NG, Batterham P, Ayala G, Rice E, Solorio R, Desmond K, et al. Discrimination and mental health problems among homeless minority young people. Public Health Rep. 2010;125(1):61-7.
24. Undheim AM, Sund AM. Prevalence of bullying and aggressive behavior and their relationship to mental health problems among 12- to 15-year-old Norwegian adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2010;19(11):803-11.
25. Silva LSD, Zanini DS. Coping e saúde mental de adolescentes vestibulandos. Estud Psicol. 2011;16(2):147-54.

26. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(2):349-61.
27. Jansen K, Mondin TC, Ores LC, Souza LDM, Konradt CE, Pinheiro RT, et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(3):440-8.
28. Paggiaro, PB; Calais, SL. Estresse e escolha profissional: um difícil problema para alunos de curso pré-vestibular. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v.2, n.2, p. 97-105, 2009.
29. Landstedt E, Gadin KG. Seventeen and stressed - Do gender and class matter? *Health Sociology Review*, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 82-89, 2012.
30. Caires S, Silva C. Fatores de stress e estratégias de coping entre adolescentes no 12º ano de escolaridade. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 28, n. 3, p. 295-306, 2011.
31. Schraml K, Perski A, Gross G; Simonsson-Sarnecki M. Stress symptoms among adolescents: The role of subjective psychosocial conditions, lifestyle, and self-esteem. *Journal of Adolescence*, London, v. 34, p. 987-996, 2011.
32. Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MR, Roberts R, Cooper SP, et al. Factors associated with depression symptoms in high school students in São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(1):34-40.
33. GomideI PIC et al. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. *Psico-USF*, v. 10, n. 2, p. 169-178, jul./dez. 2005.
34. INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA/MS) PRÓ-ONCO. Câncer de pênis, Disponível:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/penis/>. (Capturado em 29 de maio de 2016).
35. Reis AAS et al. Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1105-1111, 2010.
36. Passos LF. A indisciplina e o cotidiano escolar: novas abordagens, novos significados. In: AQUINO, J. G. (Org.). *Indisciplina na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1996.
37. Paula CS et al. Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. *Saúde mental e violência na adolescência*. *Rev Saúde Pública* 2008;42(3):524-8.
38. Vasconcellos CS. Os desafios da indisciplina na sala de aula. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_28_p227-252_c.pdf. Acesso em: 24 jul. 2016.