

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

**ADOLESCENTES E A BUSCA PELA ATENÇÃO MÉDICA NO MUNICÍPIO DE SÃO  
CRISTÓVÃO/SE**

Aracaju

2017

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

Davi Lucas Araújo Matos

**ADOLESCENTES E A BUSCA PELA ATENÇÃO MÉDICA NO MUNICÍPIO DE  
SÃO CRISTÓVÃO/SE**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao colegiado do curso de  
Medicina da Universidade Federal de Sergipe  
realizado como requisito parcial para a  
obtenção do título de bacharel em  
Medicina.

Orientador: Prof. Emanuel Messias Costa

Co-orientador: Prof. Enaldo Vieira de Melo

Aracaju

2017

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

Davi Lucas Araújo Matos

**ADOLESCENTES E A BUSCA PELA ATENÇÃO MÉDICA NO MUNICÍPIO DE  
SÃO CRISTÓVÃO/SE**

Aracaju, 09 de Janeiro de 2017

---

Autor: Davi Lucas Araújo Matos

---

Orientador: Prof. Emanuel Messias Costa  
DME/CCBS/Universidade Federal de Sergipe

Aracaju  
2017

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

Davi Lucas Araújo Matos

**ADOLESCENTES E A BUSCA PELA ATENÇÃO MÉDICA NO MUNICÍPIO DE  
SÃO CRISTÓVÃO/SE**

Aracaju, 09 de Janeiro de 2017.

---

Examinador (a)  
Universidade Federal de Sergipe

Aracaju  
2017

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização da amostra por sexo, idade e tipo de escola .....	42
<b>Tabela 2.</b> Busca por atendimento médico regular, segundo o tipo de escola, sexo e faixa etária .....	42
<b>Tabela 3.</b> Busca pelo atendimento médico regular correlacionando a faixa etária e o tipo escolar dos adolescentes – inclua aqui a correlação com sexo.....	43
<b>Tabela4.</b> Caracterização da amostra quanto à procura pelo atendimento nos últimos 12 meses, o local onde foi realizado este atendimento, principais queixas que levam a procura médica e o principal responsável que leva o adolescente para o serviço médico.....	44
<b>Tabela 5.</b> Caracterização da amostra quanto a principal fonte informação buscada pelos adolescentes diante às prevenções de DST e Gravidez.....	45

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

<b>DST:</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>UBS:</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>OMS:</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PNDA:</b>	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio
<b>ONU:</b>	Organização das Nações Unidas
<b>ECA:</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>OPAS:</b>	Organização Pan Americana de Saúde
<b>PROSAD:</b>	Programa de Saúde do Adolescente
<b>SIH:</b>	Serviço de Internação Hospitalar
<b>SUS:</b>	Sistema Único de Saúde
<b>CEBRID:</b>	Centro Brasileiro de Informações de Drogas Psicotrópicas
<b>NESA:</b>	Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente
<b>PENSE:</b>	Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
<b>UERJ:</b>	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
<b>PA:</b>	Pará
<b>SE:</b>	Sergipe
<b>SP:</b>	São Paulo
<b>CE:</b>	Ceará
<b>PR:</b>	Paraná
<b>RS:</b>	Rio Grande do Sul

## Índice

1. Revisão da Literatura .....	8
1.1 Definição, período e características físicas e mentais.....	8
1.2 Principais agravos e queixas médicas do adolescente .....	9
1.3 A consulta médica do adolescente .....	11
1.4 Medidas preventivas ao adolescente: álcool e drogas, DST, gravidez, obesidade, saúde mental .....	16
1.5 Considerações finais .....	26
1.6 Referências Bibliográficas .....	27
2. Normas de publicação da Revista IMIP .....	32
3. Artigo Científico: Adolescentes e a busca pela atenção médica no município de SãoCristóvão/SE.....	39
Página de identificação .....	39
Resumo .....	40
Abstract .....	41
Página de ilustração .....	42
Introdução .....	46
Metodologia .....	47
Resultados .....	48
Discussão.....	50
Referências .....	54
Anexo1. Instrumento de coleta de dados.....	56

## **1. Revisão de Literatura**

### **1.1 Definição, Período e Características físicas e mentais**

A saúde do adolescente em nível internacional vem recebendo atenção especial desde o início do século XX, quando profissionais de saúde observaram que este grupo populacional merecia estudos aprofundados pelas suas particularidades (Ruzany, 2002).

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos nos desenvolvimentos físico, emocional, mental, social e sexual (Eisenstein, 2005). Segundo a OMS, esta fase compreende o período de transição psicossocial que ocorre entre a infância e a vida adulta, entre dos 10 aos 19 anos (Cristovam, 2013). Ela se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo independência econômica e integração em um grupo social (Eisenstein, 2005; Del Ciampo, 2011).

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos, critérios este utilizado para fins políticos e estáticos. Nas normas e políticas de saúde do Ministério da Saúde do Brasil, os limites das faixas etárias de interesse são as idades de 10 a 24 anos. Ainda no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 1990, considera a criança a pessoa até os 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (Eisenstein, 2005).

A adolescência é uma fase de grandes transformações, em que as mudanças biológicas da puberdade são universais e visíveis, dando-lhes altura, forma e sexualidade (Eisenstein, 2005). Essas mudanças também devem incluir as alterações cognitivas, sociais e de perspectiva sobre a vida (Schoen-Ferreira, 2010).

Esse conjunto de modificações que ocorrem na segunda década de vida predispõe o adolescente à maior vulnerabilidade devido aos riscos para sua saúde e qualidade de vida, relacionados a comportamentos associados ao tabagismo, consumo de álcool e drogas, relações sexuais desprotegidas, dietas inadequadas e sedentarismo. Estes elementos compõem o cenário de causas diretamente relacionadas à morbidade e mortalidade entre os adolescentes (Del Ciampo, 2011).

No Brasil, os primeiros passos na atenção à saúde do adolescente foram dados há mais de vinte anos com a criação de serviços pioneiros em Rio de Janeiro e São Paulo (Castells e Silber, 1998). Com o apoio da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), em 1989 foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), sendo um programa com normas e prioridades definidas (Ruzany, 2002).

A puberdade é uma parte da adolescência responsável pelas principais modificações biológicas. Constitui um período curto, com cerca de dois a quatro anos de duração, representando para o ser humano o início da capacidade reprodutiva. São transformações somáticas de caráter universal, com início após a reativação de neurônios hipotalâmicos que estimulam a secreção pulsátil dos hormônios luteinizantes (LH) e fólculo estimulante (FSH), liberados pela glândula hipófise. O crescimento esquelético linear, alteração da forma e composição corporal, desenvolvimentos dos órgãos e dos caracteres sexuais, representam os principais fundamentos dessa fase da adolescência (Lourenço, 2010).

Segundo Vygotski, a adolescência representa um importante avanço do desenvolvimento intelectual, abrindo para o jovem a consciência social, conhecimento da ciência e as diversas esferas da vida cultural são assimilados. Através da comunicação social entre pessoas da mesma faixa etária, o adolescente forma os pontos de vista sobre o mundo, as relações pessoais, seu futuro e estrutura-se o sentido pessoal da vida (Facci, 2003).

## **1.2 Principais agravos e queixasmédicas do adolescente**

O adolescente, via de regra, é um indivíduo saudável, que recorre pouco aos serviços de saúde. Assim, perde-se a oportunidade de prestar cuidados antecipatórios e preventivos e muitas afecções podem passar despercebidas, como as alterações de crescimento e desenvolvimento puberal, patologias ginecológicas, distúrbios alimentares e psicossociais (Manual de Atenção à Saúde do Adolescente/SP, 2006).

A identificação de problemas de saúde mais prevalentes fornecem subsídios para os serviços de atendimento e os programas de prevenção, contribuindo para elaboração de

políticas públicas, medidas preventivas, além do controle e redução das principais queixas de morbidade e mortalidade desta faixa etária (Del Ciampo, 2011).

Nos países em desenvolvimento, a adolescência representa cerca de 25% da população geral, e tem seus principais riscos à saúde e causas de morbidade e mortalidade relacionados ao meio ambiente, consideradas como causas evitáveis. Destaca-se neste meio, a violência, os acidentes de trânsito, abuso de substâncias, agravos da gravidez e a contaminação por doenças, resultante das precárias condições de vida e iniquidade social (Cristovam, 2013; Del Ciampo, 2011).

A maioria dos adolescentes busca a unidade de saúde com queixas mal definidas, vagas ou gerais. Eles costumam procurar os recursos médicos por circunstâncias emergenciais, emprenho dos seus familiares ou por imposição dos serviços de saúde (Cristovam, 2013).

Segundo Sells e Blum, o uso de drogas, as práticas sexuais desprotegidas e a violência urbana também passaram a fazer parte, com frequência, do elenco de problemas dos adolescentes (Ruzany, 2002).

Formigili, Costa e Porto, analisando o programa de atendimento aos adolescentes na rede básica de saúde no município de Belém-PA, mostraram que o grupo é responsável por pequena parcela dos atendimentos dos serviços de saúde. Quando busca o atendimento, geralmente é por agravo à saúde, gravidez e problemas odontológicos (Ferrari, 2008).

Um estudo realizado no município de Salvador, avaliando dados de internações de adolescentes registradas no SIH-SUS em 1999, revelou que três grupos de causas foram responsáveis por 70% das internações: gravidez, parto e puerpério (54,9%); causas externas (9,5%) e doenças do aparelho digestivo (6,0%). Neste estudo, adolescentes do sexo feminino foram responsáveis por cerca de 70% das internações, com afecções da gestação sendo a principal causa. As lesões e envenenamentos (causas externas) predominaram no sexo masculino, representando o segundo principal motivo de internamento para as adolescentes do sexo feminino (Nascimento, 2003).

Um levantamento epidemiológico realizado na cidade Ribeirão Preto/SP revelou o perfil de morbidade hospitalar entre adolescentes residentes nesta região. Em relação aos dados, a pneumonia, diarreia e a apendicite foram às principais causas de internação

de adolescentes entre 10-14 anos, nos anos de 1986, 1997 e 2006. Os adolescentes entre 15-19 anos tiveram como principais causas de internações as mesmas da faixa dos 10-14 anos, acrescentando também problemas relacionados com a gravidez, parto e puerpério. Neste estudo, houve um predomínio do sexo feminino nas internações para faixa etária dos 15-19 anos, enquanto que o sexo masculino contribuiu mais para as internações da faixa dos 10-14 anos (Del Ciampo, 2011).

Um outro estudo, realizado com indivíduos menores de 15 anos atendidos em um Hospital Secundário da rede pública na cidade de Fortaleza-CE, mostrou que as principais queixas, em ordem de prevalência, foram: febre, vômitos, diarreia, dispnéia e lesão corto-contusa (Veras, 2009).

Estudo retrospectivo realizado por Cristovam et al. (2013) em uma Unidade Básica de Saúde, no município de Cascável/PR, entre os anos de 2011 e 2012, analisando indivíduos de ambos os sexos e com a faixa etária entre 11 e 21 anos, revelou as principais causas de procura pelo atendimento médico pelos adolescentes. No sexo masculino, os cinco principais sintomas foram: consulta de rotina (19,3%), infecção respiratórias das vias áreas superiores (10,8%), cefaléia (4,5%), rinite alérgica (3,8%) e obesidade (3,4%). Em relação ao sexo feminino, as cinco principais queixas relatadas foram: consulta de rotina (17,5%), infecções de vias áreas superiores (7,9%), cefaléia (5,4%), dismenorreia (5,1%) e dispepsia (4,9%).

Um estudo realizado na Sérvia apontou que as causas mais frequentes de hospitalizações entre adolescentes foram doenças respiratórias, doenças do aparelho digestivo, acidentes e outras causas externas. Além do crescimento da mortalidade durante os anos de 1988-2004 nesta fase da vida, a principal causa de mortalidade para o sexo masculino foram os tumores, enquanto as causas externas foram mais prevalentes no sexo feminino (Del Ciampo, 2011).

### **1.3 A consulta médica do adolescente**

A consulta do adolescente nos serviços de saúde deve ter como objetivos, além da prevenção dos agravos, o diagnóstico, a monitorização, o tratamento e a reabilitação dos problemas de saúde (Grossman, 2008).

O Ministério da Saúde (2013) recomenda ações de atenção primária à saúde na escola através da Unidade de Saúde, com o objetivo de elaborar, juntamente com a escola, instrumentos de coleta sobre informações básicas de saúde. A frequência anual da avaliação de saúde é recomendada pelo Ministério da Saúde e um direito do adolescente.

Os Departamentos de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo e da Sociedade Brasileira de Pediatria apresentam as seguintes recomendações (Oselka, 2000; Taquette, 2010):

- O médico deve reconhecer o indivíduo progressivamente capaz e atendê-lo de forma diferenciada;
- O médico deve respeitar a individualidade de cada adolescente, acolhendo-o e centrada em valores de saúde e bem-estar do jovem;
- O adolescente quando capaz de avaliar seu problema e de conduzi-lo tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis, garantindo-se a confidencialidade e a execução dos procedimentos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos, assumindo seu tratamento;
- Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas, com o exposto consentimento do adolescente;
- A participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável, sendo que há limites desse envolvimento;
- A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem;
- Em situações consideradas de risco (gravidez, abuso de drogas, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, risco de vida ou a saúde de terceiros) e frente à realização de procedimentos de maior complexidade (biópsia, cirurgias), torna-se necessária a participação dos pais ou responsáveis;
- Em todas as situações que necessitem quebra de sigilo médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos dessa atitude.

A dinâmica da consulta é compreendida em dois momentos: entrevistar o adolescente sozinho e, em seguida, com os familiares/acompanhantes. Entrevistar o adolescente sozinho auxiliá-lo a ter responsabilidade com a própria saúde, além de permitir que aspectos sigilosos sejam discutidos durante a consulta. Para complementar a consulta, é importante que haja um espaço para familiares e/ou acompanhantes para elucidar detalhes importantes sobre a saúde do adolescente (Grossman, 2008).

É comum que o adolescente seja levado pelos seus pais, com certa frequência contra sua vontade. Já os familiares podem apresentar vários níveis de conflito, desde os mais acolhedores até àqueles que ficam impotentes diante do impacto causado pela adolescência do filho (Grillo, 2011).

O acolhimento nos consultórios deve ser cordial e compreensivo, para que se sintam valorizados e à vontade nos mesmos, sendo que um erro nesse fundamento pode afastar o adolescente e até perder a adesão a este serviço (Grossman, 2008).

Durante a consulta, alguns pontos podem facilitar a relação entre o profissional de saúde e o adolescente. O sigilo é um ponto fundamental, pois o adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, além da sua conscientização que esse pode ser rompido em situações de risco (gravidez, ideação suicida). O oferecimento de tempo e de escuta também são pontos que merecem destaque para o sucesso da consulta. A identidade profissional do médico é outro ponto, onde será nele que o adolescente inspirará confiança e respeito. O último ponto é a família, pois em algumas circunstâncias, ela poderá conversar com o profissional, este devendo obedecer aos critérios confidenciais e o sigilo estabelecido com o adolescente (Grillo, 2011).

Para a adesão do adolescente ao espaço que é lhe oferecido, é necessário permitir que ele seja ouvido, possa expor suas ideias, sentimentos e experiências, além de ser respeitado e valorizado (Ferrari, 2008).

Melo et al. cita que a satisfação dos adolescentes durante a atenção médica focaliza as distintas dimensões que envolvem o cuidado com a saúde, desde a acessibilidade, relação profissional-paciente e as condições estruturais, sendo assim, aspectos que avalia o quanto de serviços de saúde atendem as expectativas dos usuários. Em seu estudo, mostrou que os usuários apresentam total nível de satisfação no requisito empenho da equipe médica para resolver seus problemas durante a consulta.

Em relação ao espaço físico que envolve o médico e o adolescente, a porta do consultório deve permanecer fechada durante a consulta, tendo como objetivo de garantir uma boa entrevista e privacidade (Grossman, 2008).

A avaliação do adolescente pelo profissional de saúde é centrada para o atendimento das questões biológicas, além de ter competência para lidar com o componente mental. É necessário que o adolescente seja atendido não apenas como portador de uma doença, mas como um ser humano que vive um momento especial da sua existência. É importante abordar o paciente sobre suas modificações corporais e mentais, os relacionamentos familiares e na escola, sobre as horas de lazer e também em relação às últimas consultas médicas. O profissional de saúde é aquele que vai ouvir as suas dificuldades físicas e psicológicas, vai examiná-lo e emitir um diagnóstico. Independente da queixa, o adolescente deve ser visto globalmente, como um ser que apresenta características biológicas e psíquicas e que vive numa determinada família e sociedade (Grossman, 2008; Ruzany, 2002; Grillo, 2011).

Os adolescentes deverão receber esclarecimentos sobre a importância de se tornarem decididos quanto aos cuidados da sua saúde. Além disso, eles serão informados sobre o seu crescimento físico, desenvolvimento psicossocial e sexual<sup>9</sup>. Cabe também ao profissional incentivar uma conduta responsável nos jovens, prover informações importantes e corretas sobre os riscos da saúde, além de identificar os que estão em situação de risco para oferecer ajuda adequada em tempo hábil (Ruzany, 2002).

O médico envolvido na prática da Medicina do Adolescente precisa estar preocupado com as peculiares dimensões éticas da relação médico-paciente nesse período da vida. Além disso, o profissional deverá orientar os adolescentes sobre prevenção de acidentes de trânsito, realização de atividade física regular, cuidados com a saúde oral, dicas de uma alimentação saudável, práticas sexuais seguras, dificuldades da escola ou trabalho, desaconselhar uso de cigarros e drogas, além de outros temas que sejam relevantes para a vida do adolescente (Grossman, 2008; Grillo, 2011).

Os princípios éticos no atendimento a adolescentes no serviço de saúde se referem especialmente à privacidade, confidencialidade, sigilo (regulamentado pelo artigo 103 do Código de Ética Médica) e autonomia, esta contida no Capítulo II, artigo 17, do Código de Ética Médica (Taquette, 2010). Segundo Neinsten, o respeito a esses

preceitos encoraja rapazes e moças a procurarem ajuda quando necessário, além de protegê-los da humilhação e discriminação que podem resultar da revelação de dados confidenciais (Taquette e Vilhena, 2005). Uma pesquisa, realizada por Reddy et al. nos Estados Unidos, mostra que a maioria dos jovens não revelaria certas informações se a confidencialidade não fosse garantida (Taquette e Vilhena, 2005).

Estudo realizado nos Estados Unidos mostra que, quando o sigilo e a confidencialidade não são garantidos, a maioria dos adolescentes não revela certas informações. Além disso, há discordância entre a lei e os princípios éticos do atendimento. Os principais conflitos estão relacionados com características da consulta de adolescentes, pobreza, violência da sociedade brasileira, atividade sexual em menores de 15 anos, pesquisa científica e relação médico-paciente adolescente (Taquette, 2010).

De acordo com a Associação Médica Americana (1997), as visitas de rotina de adolescentes e familiares ao consultório configuram-se como uma oportunidade para (Grossman, 2008):

- a) reforçar mensagens sobre promoção de saúde;
- b) identificar adolescentes e jovens que estejam sujeitos a comportamentos de risco ou que se encontrem em estágios iniciais de distúrbios físicos e/ou emocionais;
- c) promover imunização adequada;
- d) desenvolver vínculos que favoreçam um diálogo aberto sobre questões de saúde.

O profissional de saúde deve estar atento nos casos em que os pais tentem transferir a responsabilidade pela dificuldade que estão sentindo em lidar com os filhos. Esta tentativa pode interferir de forma negativa, dificultando ou impedindo a possibilidade de uma comunicação mais efetiva com o jovem (Grillo, 2011).

Segundo Grossman (2008), o exame físico representa o momento da consulta que apresenta o maior grau de dificuldade. Isto é decorrente da pouca prática que a equipe de saúde (médicos, enfermeiros) vivenciou durante sua formação. Desse modo, devido ao desconforto pela manipulação do corpo de um indivíduo em pleno desenvolvimento, muitos profissionais optam por realizar um exame físico incompleto.

Deve-se realizar, sempre que possível, um exame físico completo na primeira consulta, incluindo avaliação visual, cuidados com a cavidade oral, observar pele e mucosas, coluna vertebral, o aparelho genital e outros. A explicação prévia de como será realizado este exame é de fundamental importância para tranquilizar o paciente e facilitar no momento que forem divulgados os achados (Grossman, 2008).

É interessante perguntar ao adolescente se deseja ou não um acompanhante durante o exame, citando como exemplo um profissional da enfermagem, já que a presença do familiar, muitas vezes, pode constranger o adolescente (Grillo, 2011).

Diante de um corpo em amadurecimento, a consulta clínica deve ser composta de instrumentos para a aferição de medidas antropométricas (curvas do padrão OMS) e também para classificá-lo no estágio puberal através dos critérios de Turner. Esses dados devem ser registrados em prontuário para serem acompanhados nas consultas subsequentes (Grossman, 2008).

Stringham e Weitzaman destacam a importância de que na consulta de rotina dos adolescentes sejam abordadas questões quanto ao envolvimento com a violência e que sejam traçadas condutas de aconselhamento e prevenção (Ruzany, 2002).

Um estudo realizado com Equipes de Saúde da Família, na atenção básica no município de Londrina-PR, destacou a dificuldade de realizar um programa específico para os adolescentes, resultado da prioridade por parte de médicos e enfermeiros de atenderem outros programas municipais e ministeriais. Somado a isto, o atendimento do adolescente no serviço fica restrito à rotina de demanda, assim como é feito para a população geral (Ferrari, 2008).

Ainda neste estudo foi demonstrado que às ações programáticas realizadas pelos médicos durante a consulta foram orientações sobre o Pré-Natal, prevenção de câncer de colo uterino e planejamento familiar. Quanto às orientações preventivas, 60% dos médicos afirmaram realizar orientações sobre DST/AIDS e outros sobre gravidez (Ferrari, 2008).

#### **1.4 Medidas Preventivas ao adolescente: álcool e drogas, DST, gravidez, obesidade, saúde mental;**

O manual de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2006 afirma que os profissionais de saúde devem incluir medidas de promoção de saúde e de prevenção de agravos como componentes fundamentais da consulta.

Esse manual do Ministério da Saúde também orienta as visitas de rotina de adolescentes, jovens e suas famílias ao serviço de saúde configuram-se como oportunidade para: 1) desenvolver ações de educação em saúde; 2) realizar imunizações de acordo com o calendário vacinal; 3) desenvolver vínculos que favoreçam um diálogo aberto sobre questões de saúde e outros interesses; 4) identificar fatores de risco que impliquem em vulnerabilidade; 5) incentivar a participação em atividades esportivas, culturais, lazer, além de grupos organizados pela comunidade; 6) incentivar o diálogo com a família e orientá-las sobre as etapas normais do desenvolvimento do filho.

A seguir, seguem os temas mais pertinentes do Serviço de Saúde ao adolescente que necessitam de medidas preventivas:

a) Álcool e Drogas

A adolescência constitui um período crucial no ciclo vital para o início do uso de drogas, seja como mera experimentação, seja como consumo ocasional, indevido ou abusivo (Cavalcante, 2008).

Estudos realizados entre escolares e estudantes universitários mostram que nas diversas regiões do país o álcool é a droga mais utilizada, seguido pelo tabaco. Os solventes se mantêm como os mais comuns no terceiro mundo, após álcool e tabaco, enquanto nos países desenvolvidos a maconha ocupa o terceiro lugar (Tavares, 2001).

Um estudo realizado por Galduróz, Noto e Carlini (1997), por intermédio do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), com estudantes do ensino fundamental e médio de dez capitais brasileiras, revelou que o álcool e os solventes são as drogas mais consumidas entre os adolescentes (Lepre, 2009).

Em Ribeirão Preto/SP, um estudo transversal em 1.025 escolares da rede pública e privada, utilizando questionário anônimo auto-aplicado, mostrou que o uso de drogas ilícitas é maior na burguesia, enquanto que o álcool é maior no proletariado. Além disso, o estudo também mostrou que todas as taxas de uso crescem com a idade, sendo o consumo maior no sexo masculino (Tavares, 2011).

Estudo organizado pela Universidade Federal de Pelotas/RS, em 2005, mostrou que em relação ao uso na vida do adolescente, as drogas lícitas são as mais consumidas entre adolescentes do ensino médio, das redes públicas e particulares, sendo o álcool correspondendo a 86% e o tabaco 41% da preferência dos entrevistados. Em relação ao uso de drogas ilícitas, esse estudo revelou em primeiro lugar do consumo a maconha (13,9%), seguido dos solventes (11,6%) e dos remédios ansiolíticos (8,0%) (Tavares, 2011).

Nos Estados Unidos, estima-se que mais de três milhões de crianças e adolescentes fumem tabaco. O álcool é usado pelo menos uma vez por mês por mais de 50% dos estudantes do ensino médio, sendo que 31% chega a se embriagar mensalmente. Dryfoos encontrou na população jovem americana (13-18 anos), as seguintes taxas de uso de tabaco, álcool e drogas: 12% de fumantes pesados (um maço ou mais ao dia); 15% de bebedores pesados (cinco ou mais doses por dia em três ou mais dos últimos quinze dias; e 30% fazem uso frequente de cocaína (três ou mais vezes no último mês) (Marques, 2000).

O uso de álcool entre adolescentes é um tema controverso no meio social e acadêmico brasileiro. Ao mesmo tempo em que a lei brasileira define como proibida a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos (Lei nº9.294, 1996), é praticamente comum o consumo de álcool entre os jovens, seja em ambiente domiciliar, festas ou locais públicos (Pechansky, 2004).

O consumo aumentou drasticamente com a produção de bebidas alcoólicas em escala industrial. Segundo Siqueira (2005), a associação entre produção em massa e a divulgação fez com que a produção brasileira de cerveja, a bebida alcoólica mais consumida entre os jovens, alcançasse a expressiva marca de 9 bilhões de litros anuais, no ano de 2005 (Lepre, 2009).

Vivarta em 2003 e Gomide em 2004, explicam que além da exposição a propagandas muito bem elaboradas, os jovens e a sociedade de uma forma geral não associam bebidas alcoólicas a drogas. Galduróz et al em 2005 e Pinsky em 2004 citaram que esses fatos têm feito com que o uso abusivo de álcool venha aumentando entre os adolescentes brasileiros (Lepre, 2009).

Em um levantamento realizado com uma amostra de adolescentes representativa da população de Porto Alegre, Pechansky e Barros coletaram dados de mais de 900 jovens entre 10-18 anos, concluindo que em até 71% deles era frequente a experimentação das bebidas alcoólicas na faixa etária estudada, chegando a 100% na idade de 18 anos (Pechansky, 2004).

Existem alguns fatores de risco associado ao início e a manutenção do uso de álcool entre adolescentes, entre os quais destacamos (Pechansky, 2004):

- O fato de adolescentes terem amigos que usam drogas;
- Elementos relacionados à estrutura de vida do adolescente desencadeiam um papel fundamental na gênese da dependência (classe social média e baixa, presença apenas da mãe no convívio domiciliar do adolescente, trauma familiar, falta de suporte parenteral, estilo de vida não convencional).

Os prejuízos provocados pelas drogas podem ser agudos ou crônicos, produzindo alterações duradouras e até irreversíveis. Todas as substâncias psicoativas usadas de forma abusiva produzem o aumento do risco de acidentes e da violência. Esse risco ocorre especialmente com o álcool, droga mais utilizada pelos adolescentes (Marques, 2000).

Os prejuízos do uso de álcool em um adolescente são diferentes dos prejuízos evidenciados em um adulto, seja por especificidades existências dessa época da vida ou por questões neuroquímicas do amadurecimento cerebral. O álcool pode ocasionar intoxicações graves, além de hepatite e crises convulsivas (Pechansky, 2004; Marques, 2000).

Alguns prejuízos associados à intoxicação e ao beber regularmente nesta fase (Pechansky, 2004):

- Morte, secundária principalmente a acidentes automobilísticos;

- Aumento da violência sexual, tanto para o agressor quanto para a vítima, com maior exposição a doenças sexualmente transmissíveis e gravidez;
- Prejuízos acadêmicos (déficit de memória relacionado à dependência do álcool, comprometimento do processo de aprendizagem, queda no rendimento escolar);
- Dependência química na idade adulta.

Os inalantes, como a cola de sapateiro, solventes de tinta, esmalte e lança-perfume incluem uma ampla gama de substâncias absorvidas pelos pulmões. Algumas síndromes neurológicas podem ocorrer com o uso crônico, como neuropatia periférica, ototoxicidade e encefalopatia (Marques, 2000).

A cocaína e as anfetaminas estimulam as ações dopaminérgicas e noradrenérgicas, podendo produzir durante sua intoxicação, crises convulsivas, isquemias miocárdica e cerebral, além de quadros paranóides. O uso endovenoso destas drogas está relacionado à transmissão de doenças como a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), hepatites B e C. A cocaína e o “crack” são drogas que podem desenvolver dependência de forma rápida (Marques, 2000).

Segundo Hird et al, a maconha produziria a síndrome amotivacional, caracterizada por passividade, apatia, falta de objetivos, de ambição e de interesse pela comunicação, podendo levar a queda no desempenho escolar, o que pode aumentar a ansiedade e conseqüentemente o aumento do seu uso (Marques, 2000).

A família influencia a forma como o adolescente reage à ampla oferta de droga na sociedade atual. Relações familiares saudáveis desde o nascimento da criança servem como fator de proteção para toda a vida e, de forma particular, para o adolescente (Cavalcante, 2008).

Para Hawkins e colaboradores em 1992, os quatro elementos do vínculo social que se mostram inversamente correlacionados com o uso de drogas são (Schenker, 2005):

- (i) vínculo forte com os pais;
- (ii) compromisso com os pais;
- (iii) envolvimento regular com atividades da igreja ou de outros movimentos;

(iv) crença nas expectativas gerais, normas e valores da sociedade.

Soares ,em 1997 , citou que a política e os programas de prevenção ao consumo de drogas deveriam estar voltados tanto para mudanças em contextos de socialização e interação dos indivíduos, delimitados e específicos a sua condição de classe, quanto para mudanças estruturais mais gerais que melhorem a distribuição de renda e o acesso aos bens socialmente produzidos (Canoletti, 2005).

Segundo Barroso et al, há a necessidade de utilizar estratégias didáticas que modifiquem a maneira de interação dos adolescentes inseridos na sociedade, ampliando a capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável, a fim de que possam atingir a promoção de saúde. Os autores também acrescentam a necessidade de elaborar e realizar a implementação dos programas que visem à promoção e prevenção da saúde aos adolescentes, que enfoquem a detecção precoce de fatores de risco para uso e/ou abuso de drogas lícitas e ilícitas, além de viabilizarem o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde e informação (Cavalcante, 2008).

Weiss, em 1982, citou que a criação e o desenvolvimento de programas de prevenção ao consumo de drogas, como todas as demais, são consequência de decisões políticas, estando sujeitas a pressões e vulneráveis às reviravoltas políticas (Canoletti, 2005).

O estudo de Brook e colaboradores (1990) abordam dois mecanismos através dos quais fatores de proteção reduziram o uso de drogas pelo adolescente. Um deles é o mecanismo risco/proteção por meio do qual a exposição aos fatores de risco é moderada pela presença de fatores de proteção. Os autores mostraram que o risco colocado por amigos que usavam drogas foi moderado pela forte inter-relação entre pais e os adolescentes e pelo comportamento convencional e formal dos pais. No outro mecanismo, proteção/proteção, segundo o qual um fator potencializa o outro. O exemplo dado pelos autores revelou que o vínculo entre o adolescente e seu pai intensificou os efeitos protetores, tais como o comportamento formal do adolescente, as características maternas positivas e a harmonia marital, atuando positivamente na prevenção do uso de drogas. (Schenker, 2005).

Segundo Kodjo e Klein (2002), os adolescentes que tem objetivos definidos e investem no futuro apresentam probabilidade menor do uso de drogas, porque o uso

interfere nos seus planos. Hoffmman e Carbone (2002) também notaram que a elevada auto-estima, os sentimentos de valor, habilidade, respeito e satisfação com a vida podem servir de proteção para os jovens contra a dependência de drogas quando combinada com outros fatores protetores do seu contexto (Schenker, 2005).

#### b) Doenças sexualmente transmissíveis (DST)

A incidência de doenças sexualmente transmissíveis vem aumentando, podendo ter como consequência uretrites, salpingites, infertilidade, câncer de colo uterino e pode aumentar as chances de contaminação pelo HIV e da sífilis (Taquette e Paula, 2004).

Os fatores biológicos, psíquicos e sociais podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes às DST. Do ponto de vista biológico, o epitélio do colo uterino na adolescência se encontra mais exposto aos germes (clamídias e gonococos). A menarca precoce leva a um início mais cedo da atividade sexual, aumentando a probabilidade de contaminação. No âmbito psíquico, a adolescência é uma fase de definição da identidade sexual com experimentação e variabilidade de parceiros (Taquette e Paula, 2004).

Estudo realizado com adolescentes que procuraram atendimento médico no NESA/UERJ (Taquette et col ,2001-2002) mostraram que o uso infrequente de preservativos, atraso escolar e o uso de drogas lícitas e ilícitas foram as principais variáveis associadas à DST. Os autores também citam que para se obter uma diminuição destes riscos são necessários investimentos estruturais em nossa sociedade, como o acesso à educação e à saúde (Taquette e Paula, 2004).

Yazlle et al, em 1999, apontam que a ideia de praticar sexo, entre os adolescentes, envolve sentimentos de imunidade relacionados a doenças e gravidez, e por essa razão, não se preocupam com prevenção (Benincasa, 2008).

As campanhas de incentivo a utilização de preservativos para as relações sexuais devem ser intensificadas, sendo a principal tarefa das equipes de saúde que trabalham com adolescentes. Segundo dados do Ministério da Saúde, os mais baixos índices de uso se encontram na faixa etária de 15-19 anos (Taquette e Paula, 2004).

Camargo e Bárbara (2004) indicam que além de aumentar o nível de informação sobre a transmissão do HIV e a necessidade do uso de preservativos, é preciso

disponibilizar informações, oferecer programas de educação sexual que possam aumentar a capacidade de tomada de decisão e desenvolver práticas mais seguras (Benincasa, 2008).

Segundo Taquette e Paula (2004), outras medidas de redução do risco de contaminação por DST-AIDS são:

- (i) orientação sobre o início da vida sexual;
- (ii) fidelidade mútua;
- (iii) redução do número de parceiros;
- (iv) abandono de práticas sexuais de risco.

Miranda, Gadelha e Szwarcwald, em 2005, acreditam que a prevenção da infecção pelo HIV e de outras DST, quando baseada no desenvolvimento de estratégias de redução de parceiros e no incentivo de relacionamentos estáveis, tem se mostrado eficaz para os adolescentes. Yazlle, Duarte e Gir Elucir, em 1999, informam que a seleção de parceiros para a prevenção é um fator de proteção, sendo que essa prevenção seria feita pela seleção de um único parceiro para manter relações sexuais e que este não apresente fator de risco para HIV (Benincasa, 2008).

Trabalho realizado por Brêtas et al. (2005), sobre o conhecimento sobre DST/AIDS entre estudantes adolescentes mostrou que quanto à prevenção dessas doenças, as garotas demonstraram ter mais conhecimento que os rapazes, principalmente no que diz respeito ao uso de preservativo masculino, seguido de consulta médica periódica e maior conhecimento do parceiro sexual.

#### c) Gravidez

A gravidez é a primeira causa de internações em moças com idade de 10-19 anos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Freitas et al, em 2002, aproximadamente um quarto do total de partos é realizado entre adolescentes de 10-19 anos (Benincasa, 2008). Nos Estados Unidos, a cada ano, quase um milhão de adolescentes engravidam e, destas, 85% não são planejadas (Benincasa, 2008).

Segundo Brown et al.(2006) e Dufort et al.(2006), a gravidez na adolescência tem se destacado como um problema de saúde pública em vários países do mundo. A gravidez nesta fase da vida, pelo ponto de vista do médico, tem sido considerada como fator de risco tanto para a mãe quanto para o filho, e também, como fator agravante ou desencadeador de transtornos psicológicos e sociais (Benincasa, 2008; Yazille, 2009).

Considerando que a gravidez na adolescência e a sua recorrência podem ser prevenidas, é necessário considerar a inclusão da população de adolescentes nos programas de assistência à saúde da mulher com ênfase na anticoncepção e orientações sexuais, além de garantir essa assistência como uma das prioridades na atenção primária à saúde (Yazille, 2009).

Schaffer et al propõem um programa de saúde na escola, reunindo grupo de adolescentes para a discussão de aspectos relacionados à saúde reprodutiva, com participação efetiva e diária de profissional de saúde (Yazille, 2009).

O desenvolvimento tecnológico, presenciado pela contracepção, disponibiliza informações relacionadas aos métodos anticoncepcionais existentes, considerada como uma das melhores formas de adesão a um programa de prevenção (Berfoli, 2005).

Estudo realizado por Berlofi et al (2005) sobre a prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes revelou que há uma parceria de utilização de métodos contraceptivos, tendo como exemplo a pílula e o condom. Os autores também citam que, provavelmente, está havendo maior conscientização por parte dos jovens em relação a dupla proteção, prevenindo as DSTs e a gravidez.

#### d) Obesidade

O aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade em idades cada vez mais precoces tem despertado a preocupação de pesquisadores e profissionais da área de saúde, em razão dos danos e agravos à saúde provocados pelo excesso de peso, tais como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, hiperlipidemias, dentre outros. Além disso, uma proporção de adolescentes com excesso de peso mantém a corpulência na vida adulta e os hábitos alimentares estabelecidos na infância e adolescência, o que indica a prevenção de ganho de peso excessivo nos jovens (Enes, 2010; Vargas, 2011).

Os determinantes para o excesso de peso compõem um conjunto de fatores biológicos, comportamentais e ambientais que se inter-relacionam e se potencializam mutuamente. Características presentes na gestação, estado nutricional da infância, além de mudanças do padrão alimentares e de atividade física são os principais determinantes que mais contribuem pelo excesso de peso (Enes, 2010).

Hábitos alimentares da família, em especial dos pais, são determinantes, tanto na aquisição de hábitos alimentares saudáveis nos primeiros anos de vida quanto na obtenção e manutenção de novos hábitos. O consumo adequado de frutas, legumes e verduras tem sido apontado como um fator protetor para a ocorrência de obesidade. Drapeau et al. em um estudo prospectivo para verificar o efeito de mudanças nos padrões alimentares sobre o Índice de Massa Corpórea (IMC), verificaram que a redução do consumo de alimentos com elevado teor de lipídio ou o aumento do consumo de frutas e hortaliças refletiram positivamente sobre o controle de peso (Enes, 2010; Vargas, 2011).

A OMS afirma que a prática regular de atividade física previne o excesso de peso (reduzindo o risco de obesidade), auxilia na redução ou prevenção da hipertensão arterial, osteoporose, promove o bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão. Em crianças e jovens, a atividade física interage positivamente com as estratégias para a adoção de uma dieta saudável, desestimulando o uso de álcool, das drogas e tabagismo, reduz a violência e promove a integração social (Oliveira, 2005).

As pesquisas no Brasil apontam para uma frequência de sedentarismo entre crianças e adolescentes, utilizando diferentes parâmetros, variando em torno de 89%. A prática regular de atividade física tem sido colocado como estratégia importante na promoção de saúde e também para prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares (Silva, 2005).

#### e) Saúde Mental

A adolescência é tradicionalmente conhecida como uma fase de instabilidade emocional, com mudanças físicas e emocionais (Avanci, 2007). A saúde mental de crianças e adolescentes tornaram-se uma questão prioritária nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde, em função da desigualdade da atenção dedicada a esta

faixa etária, quando comparada à atenção dedicada às etapas do desenvolvimento do adulto e idoso (Freitas, 2013).

Segundo Feijó e Chaves (2002) é um período de nova relação com o mundo adulto, o adolescente encontra-se diante de conflitos pessoais e familiares, questionamento e ambivalências, podendo confundir a si mesmo e aos que o cercam sobre os limites de “normalidade” (Avanci, 2007).

Alguns estudos discutem o risco elevado do suicídio e da depressão da adolescência, chegando a 20% a prevalência de depressão nessa faixa etária em alguns países (Avanci, 2007). Segundo Coleta (2002) deve-se haver uma prática de intervenção na depressão infantil e da adolescência, em que o tratamento se baseia no enfoque biopsicossocial, o qual inclui terapia (individual, familiar ou em grupo), uso de medicamentos, avaliação e planejamento educacional, avaliação da colocação e treinamento de habilidades escolares (Freitas, 2013).

Segundo os autores Manninen e col, 1997; Vitolo e col, 2005; Assis e col, 2006 e Kestila, 2006; vários fatores tornam a criança e o adolescente mais vulneráveis a sofrerem problemas na área de saúde mental (Avanci, 2007):

- Os individuais (sexo, idade, características psicológicas);
- Os familiares (história de problemas de saúde mental, problemas de álcool e drogas, violências física ou psicológica ou sexual, violência entre os pais, perdas por mortes);
- Os socioculturais (pobreza, apoio e suporte social);
- Os biológicos.

Lima e Caponi, em 2011, mencionaram em seu trabalho uma intervenção de âmbito preventivo, designada “força tarefa”, que atua com o objetivo de disciplinar e/ou controlar as condutas na infância e adolescência, em prol da saúde mental. A tática é infiltrar-se nas escolas e nos outros aparelhos de institucionalização de crianças, incluindo os serviços públicos de saúde, em uma tentativa de diagnosticar precocemente a população em risco de ser acometida por uma doença mental (Freitas, 2013).

## 1.5 Considerações Finais

Os adolescentes atravessam um processo dinâmico e complexo de maturação, em que as transformações culturais, o surgimento de novas habilidades cognitivas e o seu novo papel na sociedade são determinantes do questionamento de valores dos adultos que o cercam. Isso vem levando o adolescente a uma maior exposição para atitudes e situações que podem ser ameaçadoras à sua saúde e a de quem o cerca como, por exemplo, acidentes, gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas e distúrbios alimentares (Grossman, 2009).

O atendimento ao adolescente requer do profissional, além do conhecimento técnico-científico, interesse, disponibilidade, experiência, capacidade de interação, reconhecimento de limites e postura ética, condições indispensáveis para o relacionamento com o adolescente e sua família (Bonetto, 2000).

## 1.6 Referências Bibliográficas

Aquino JHW, Fortes FM. Cefaléia na adolescência. *Adolescência e Saúde*; vol.6, nº3, 2009.

Avanci JQ, Assis SG, Oliveira RV, Ferreira RM, Pesce RP. Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2007, vol.23, n.3, pp.287-294.

Benincasa M, Rezende MM, Coniaric J. Sexo desprotegido e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Psicologia: Teoria e Prática-2008*; 10(2): 121-134.

Berfoli LM, Alkmin ELC, Barbieri M, Guazzelli CAF, Araújo FF. Prevenção de reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Act Paul Enferm*, 2006;19(2): 196-200.

Bonetto D, Sauer MTN, Eisenstein E, Gomes SMT. O atendimento do adolescente. *Departamento Científico de Adolescência da SBP*, 2000.

Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Muroya RL. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Rev Esc Enferm USP-2009*; 43(3):551-7

Canoletti B, Soares CB. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, vol 9, p115-29, 2005.

Cavalcante MBPT, Alves MDS, Barroso MGT. Adolescência, Alcool e Drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Esc Anna Nery Rev Enfermagem*; 12(3): 555-59, Ceará – 2008.

Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com os serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006; 22(8):1565-1574.

Cristovam MAS, Franciscato DV, Osaku NO, Gabriel GFCP, Alves NML, Pereira RA. Perfil dos atendimentos em um ambulatório de medicina do adolescente. *Adolesc.Saúde*, Rio de Janeiro, 2013.

Cotrim BC, Carvalho CG, Gouveia N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública.*, Universidade de São Paulo, 2000; vol 36, n.6, p.636-45.

Del Ciampo LA, Del Ciampo IRL. Perfil de morbidade e hospitalização entre adolescentes da região de Ribeirão Preto/SP. *Medicina (Ribeirão Preto)*2011, 44(2): 195-211 <http://www.fmrp.usp.br/revista>.

Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Centro de Estudos Integrados da Infância, Adolescência e Saúde – FCM/UERJ*, Rio de Janeiro, 2005.

Enes CC, Slater B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.13, n.1, p.163-171, São Paulo, 2010.

Facci MGD. A Periodização do Desenvolvimento Psicológico Individual na Perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigostski. *Cad Cedes, Campinas n.62 p.64-81*, 2004.

Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Adolescência: ações e percepções dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família. *Interface-Comunic, Saúde., Educ.*,v.12, n.25, p.387-400, Paraná, 2008.

Freitas MAL, Ferret JCF. Práticas de Intervenção em Saúde Mental na Infância. *ISBN 978-85-8084603-4*, Paraná, 2013.

Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007; 23(3):564-574

Grillo CFC, Cadete MMM, Ferreira RA, Guimarães PR, Miranda SM. Saúde do Adolescente. *Núcleo de Apoio em Saúde Coletiva – UFMG*; 2011.

Grossman E, Ruzany MH, Taquette SR. A consulta do adolescente e jovem. *Ministério da Saúde: Secretária de Atenção à Saúde*, 2008; cap.1, p.41.

Guimarães EA, Witter GP. Gravidez na adolescência: conhecimentos e prevenção entre jovens. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, ano XXVII, nº2/07: 167-180.

Lepre RM, Martins RA. Raciocínio moral e uso abusivo de bebidas alcoólicas por adolescentes. *Paideia*, Vol 19, nº42, 39-45; São Paulo, 2009.

Lourenço B, Queiroz LB. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. *Rev Med (São Paulo)*, 2010; 89(2):70-5.

Manual de Atenção à Saúde do Adolescente. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas Públicas, São Paulo, 2006.

Marques ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. *Rev Brasileira de Psiquiatria*, 2000; 22(Supl II): 32-6.

Melo WA, Spanhol KD, Carvalho MDB. Satisfação dos usuários acerca das equipes médicas e enfermagem de um pronto atendimento inicial. *VIII Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar*, Paraná;ISBN 978-85-8084-603-4.

Ministério da Saúde. Portal da Saúde. PENSE 2015: Mais adolescentes buscam pelos serviços de saúde. Acessado em 01/01/2017 através do <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25337-mais-adolescentes-buscam-pelos-servicos-de-saude>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde*. 1ª edição; Brasília/DF, 2013.

Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. *Orientações para o atendimento à saúde do adolescente*. Brasília/DF, 2013.

Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Saúde Integral de Adolescentes e Jovens. *Orientações para a organização de serviços de saúde*. Brasília/DF, 2005.

Monteiro RLM, Monteiro DLM. A mídia na informação sobre saúde sexual. *Adolescência e Saúde*, volume 2, n.1, 2005.

Nascimento EMR, Mota E, Costa MCN. Custos das internações de adolescentes em unidades da rede hospitalar integrada ao SUS em Salvador, Bahia. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*; 12(3): 137-145, 2003.

Oliveira DC, Pontes APM, Gomes AMT, Ribeiro MCM. Conhecimentos e Práticas dos Adolescentes acerca de DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. *Esc Ana Nery Rev Enferm*, 2009; 13(4): 833-41.

Oliveira TC, Silva AAM, Santos CJN, Silva JS, Conceição SIO. Atividade física e sedentarismo em escolares da rede pública e privada de ensino em São Luís. *Rev Saúde Pública*, 2010; 44(6): 996-10004.

Oselka G, Troster EJ. Aspectos Éticos do Atendimento Médico do Adolescente. *Rev Ass Brasil* 2000; 46(4): 289-311.

Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev Bras Psiquiatria*, 2004; 26(Supli I): 14-17.

Puccini RF, Bresolin AMB. Dores recorrentes na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*; vol 79, Supl.1,2003.

Reato LF, Fongaro GF, Sá GAC, Zampol JRB, Soares MCM, et al. Perfil dos atendimentos do ambulatório de adolescentes do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina da Fundação ABC. *RBM*, 1998. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=1261](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1261).

Ruzany MA, Andrade CLT, Esteves MAP, Pina MF, Szwarcwald CL. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, 2002, 18(3):639-649.

Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3): 707-717, 2005.

Schoen-Ferreira TH, Farias MA, Silvares EFM. Adolescência através dos Séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2010, Vol. 26 n.2, PP. 227-234.

Silva MAM, Rivera IM, Ferraz MRMT, Pinheiro AJT, Alves SWS, Moura AA, Carvalho ACC. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Crianças e Adolescentes da Rede de Ensino da Cidade de Maceió. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* ; vol 84, nº5, 2005.

Taquette SR. Conduta Ética no Atendimento à Saúde de Adolescente. *Adolescência e Saúde*, vol 7. nº1;2010.

Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Vale MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde dos adolescentes. *Cad. Saúde Público, Rio de Janeiro*, 21(6): 1717-1725, 2005.

Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças Sexualmente Transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.*, 37(3): 210-214; Rio de Janeiro, 2004.

Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Prevalência de uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev Saúde Pública*; 35(2): 150-158; São Paulo, 2001.

Vargas ICS, Sichieri R, Pereira GS, Veiga GV. Avaliação de programa de prevenção de obesidade em adolescente de escolas públicas. *Rev Saúde Pública*, 2011; 45(1):59-68.

Veras JELF, Joventino ES, Oliveira JS, Melo FSO, Silva SF, Ximenes LB. Análise das causas de atendimento de crianças e adolescentes menores de 15 anos em Pronto-Atendimento de um Hospital Secundário de Fortaleza. *61º Congresso Brasileiro de Enfermagem : Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental*; Ceará, 2009.

Yazille MEHD, Franco RC, Michelazzo D. Gravidez na adolescência: uma proposta para a prevenção. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, v.31, n.10, p.477-479, 2009.

|

|

|

|

|

|

██████████

|

██████

|

**1.** |

██████████

|

███

|

██████████

████████████████████

|

|

██████████

████████████████████

███

███

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100



### **3. Artigo científico**

**Adolescentes e a busca pela atenção médica no município de São Cristóvão/SE.**

**Adolescents and the search for medical attention in the municipality of São Cristóvão / SE.**

**Davi Lucas Araújo Matos**

*Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.*

*Rua Cláudio Batista, s/n - Cidade Nova, Aracaju - SE, 49060-108, Brasil.*

**Emanoel Messias Costa**

*Professor da disciplina Pediatria pela Universidade Federal de Sergipe.*

*Rua Cláudio Batista, s/n - Cidade Nova, Aracaju - SE, 49060-108, Brasil.*

**Enaldo Vieira de Melo**

*Professor da disciplina Pediatria pela Universidade Federal de Sergipe.*

*Rua Cláudio Batista, s/n - Cidade Nova, Aracaju - SE, 49060-108, Brasil.*

## **Adolescentes e a busca pela atenção médica no município de São Cristóvão/SE.**

### **Resumo**

**Objetivos:** Comparar a atenção médica regular em relação à idade, sexo e tipo escolar dos entrevistados; Descrever as principais fontes de informações buscadas pelos adolescentes para prevenção de DST e gravidez; Descrever as principais queixas e o meio pelo qual o adolescente busca atenção médica. **Metodologia:** Estudo transversal com 176 adolescentes de 12 a 19 anos matriculados em quatro escolas do município de São Cristóvão/SE, sendo aplicado um questionário padronizado sobre o tema. **Resultados e Conclusão:** O estudo revelou que a frequência de busca pelo atendimento médico regular foi de 39,8%, com maior procura pelos estudantes da rede privada, principalmente entre os alunos da faixa etária dos 12-15 anos; em torno de 64% dos adolescentes buscaram atendimento médico nos últimos 12 meses, sendo realizado em preferência no Posto de Saúde; a principal queixa apontada pelos adolescentes foi à cefaléia; a maioria dos adolescentes também informou que costumam serem levados ao médico pelos pais; o apoio dos pais foi a principal fonte de informação para prevenção de DST e gravidez.

**Palavras chave.** Adolescentes. Atenção médica. Saúde.

## **Adolescents and the search for medical attention in the municipality of São Cristóvão / SE.**

### **Abstract**

**Objectives:** Comparing regular medical attention in relation to the age, gender and type school of the interviewees; Describing the main sources of information sought by teens to prevent themselves of STDs and pregnancy; Describing the main complaints and the means by which the adolescent seeks medical attention. **Methodology:** A cross-sectional study with 176 adolescents aged 12 to 19 enrolled in four schools in the city of São Cristóvão / SE, applying the standardized questionnaire on the subject. **Results and Conclusion:** The study revealed the frequency of search for regular medical care was 39.8%, with a greater demand for students in the private network, especially among students aged 12-15 years; Around 64% of the adolescents have sought medical care in the last 12 months, being performed in preference at the Health Center; The main complaint pointed out by adolescents was headache; Most teens also reported that their parents are the ones who take them there. Parents' support was the main source of information to prevent STDs and pregnancy.

**Key words:** Teens. Medical Attention. Health.

## PÁGINA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1. Caracterização da amostra por sexo, idade e tipo de escola.

Variável	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	100	56,8
Masculino	76	43,2
Total	176	100
<b>Faixa etária (anos)</b>		
12-15	127	72,2
16-19	49	27,8
Total	176	100
<b>Tipo de escola</b>		
Pública	101	57,4
Privada	75	42,6
Total	176	100

Tabela 2. Busca por atendimento médico regular, segundo o tipo de escola, sexo e faixa etária

Atendimento médico regular	Sim n (%)	Não n (%)	p-valor
<b>Tipo de escola</b>			0,026
Privada	37 (49,3)	38 (50,7)	
Pública	33(32,7)	68 (67,3)	
<b>Sexo</b>			0,189
Feminino	44 (44,0)	56 (56,0)	
Masculino	26 (34,2)	50 (65,8)	
<b>Faixa etária</b>			0,388
12-15 anos	48 (37,8)	79 (62,8)	
16-19 anos	22 (44,9)	27 (55,1)	

Tabela 3. Busca pelo atendimento médico regular: correlação entre a faixa etária e o tipo escolar e correlação entre tipo escolar e o sexo do entrevistado.

Faixa etária	Tipo escolar	
	Pública N (%)	Privada N (%)
<b>12-15 anos</b>		
<b>Busca atendimento médico regular</b>		
<b>Sim</b>	12 (21,4)	36 (50,7)

Não	44 (78,6)	35(49,3)
p-valor	0,001	
<b>Faixa etária</b>		
<b>16-19 anos</b>		
<b>Busca atendimento médico regular</b>		
<b>Sim</b>	21 (46,7)	1 (25)
Não	24 (53,3)	3 (75)
p-valor	0,62	

Tabela 4. Caracterização da amostra quanto à procura pelo atendimento nos últimos 12 meses, o local onde foi realizado este atendimento, principais queixas que levam a procura médica e o principal responsável que leva o adolescente para o serviço médico.

Variável	N	%
<b>Procurou atendimento médico nos últimos 12 meses?</b>		
Sim	113	64,2
Não	63	35,8
Total	176	100
<b>Local do atendimento nos últimos 12 meses?</b>		
Posto de saúde	54	47,8
Centro de especialidades médicas	5	4,4
Programa da prefeitura	3	2,7
Pronto-socorro	6	5,3
Consultório particular	45	39,8
Total	176	100
<b>Queixas que levam a procura pelo médico</b>		
Afecções cardíacas	3	2,2
Afecções ginecológicas	2	1,5
Afecções urinárias	2	1,5
Alergia	11	8,2
Consulta médica de rotina	13	9,7
Cefaléia	28	20,9
Dor abdominal	7	5,2
Dor inespecífica	15	11,2
Dores osteomusculares	13	9,7

Tabela 4. Continuação:

Febre	<b>8</b>	<b>6</b>
Sintomas respiratórios	14	10,4
Tonturas	6	4,5
Vômitos	3	2,2
Outros (<1%)	5	3,5
Total	134	100
<b>Responsável</b>		
Levado pelos pais	163	92,6
Iniciativa da escola	1	0,6
Iniciativa do adolescente	12	6,8
Total	176	100

Tabela 5 Caracterização da amostra quanto a principal fonte informação buscada pelos adolescentes diante às prevenções de DST e Gravidez.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Prevenção da DST</b>		
Amigos ou terceiros	50	28,4
Pais	64	36,3
Médico	38	21,5
Internet e mídia	59	33,5
Escola	14	7,9
Nenhuma	2	0,1
Total	176	100%
<b>Prevenção da gravidez</b>		
Amigos ou terceiros	46	26,1
Pais	84	47,7
Médico	32	18,1
Internet e mídia	46	26,1
Escola	12	0,6
Nenhuma	4	0,2
Total	176	100

## INTRODUÇÃO

A adolescência corresponde a um período de transição entre a infância e a idade adulta<sup>1</sup>. É um grupo social que está em importantes transformações biológicas e mentais, articuladas a um redimensionamento de identidades e papéis sociais<sup>2</sup>. Neste processo, a questão da atenção médica entra como auxílio para acompanhar o desenvolvimento físico e psíquico, além de tratar possíveis disfunções orgânicas.

A adesão entre o médico e o adolescente é um dos desafios. Ela é expressa na medida em que o paciente segue a opinião, a informação e os cuidados médicos<sup>3</sup>. Na adolescência, as características dos pacientes e dos procedimentos adversos a adesão são: idade mais avançada, gênero feminino e tratamentos longos<sup>3</sup>. Adicionalmente, a comunicação sobre a doença do adolescente costuma se restringir entre o médico e os pais, o que promove mais um obstáculo para adesão com o paciente. Dentre as estratégias para melhorar essa adesão médico-paciente, estão os programas educativos e a construção de vínculos<sup>3</sup>.

A ocorrência não admitida da possibilidade de danos à própria saúde potencializa-se à medida que não há ações preventivas. Isso leva o adolescente a encontrar dificuldades de prever as reais consequências dos seus atos. Como exemplo, podemos citar a gravidez não planejada, o uso de substâncias químicas ou a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DST)<sup>1</sup>. Além destes, citamos o tabagismo, consumo de álcool, uso de drogas, dietas inadequadas e o sedentarismo como causas diretamente relacionada à morbidade e mortalidade entre os adolescentes<sup>4</sup>. Ações programáticas e preventivas, além da intervenção ao adolescente juntamente com a capacitação dos profissionais de saúde devem ser desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS), na tentativa de modificar tal cenário<sup>2</sup>.

Um estudo foi realizado na cidade de Ribeirão Preto entre os anos de 1988, 1997 e 2006 sobre as causas de internamento entre adolescentes. Destacou-se a pneumonia,

diarréia e apendicite na faixa etária entre 10-14 anos. Entre adolescentes de 15-19 anos, além das principais causas citadas na faixa etária mais jovem, acrescentamos as causas obstétricas (gravidez, parto e puerpério)<sup>4</sup>.

O objetivo geral do trabalho foi comparar a busca pela atenção médica regular e seus possíveis fatores associados entre estudantes adolescentes de escolas particulares e públicas da cidade de São Cristóvão/SE. Os objetivos específicos foram: 1) Comparar a busca pela atenção médica regular em relação à idade, sexo e grupo escolar (público e privado) dos entrevistados; 2) Descrever as principais fontes de informação buscadas pelos adolescentes quanto à prevenção de gravidez e prevenção de DST; 3) Descrever as principais queixas entre adolescentes e o meio pelo qual buscam as consultas médicas.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo transversal com 176 adolescentes matriculados em escolas públicas e particulares no município de São Cristóvão/SE. Este município faz parte da grande Aracaju, distante 23,4 quilômetros da capital, conta com a população de 78.864 habitantes. Os dados foram coletados no período de 22 de Setembro a 6 de Dezembro de 2016.

Os critérios de inclusão foram adolescentes com idade entre 12-19 anos e a presença do aluno no dia da aplicação do questionário.

Os critérios de exclusão foram a ausência de aluno no dia da aplicação do questionário, preenchimento incompleto do questionário, além de recusa do próprio aluno. Nenhum aluno se recusou a preencher o questionário.

Um questionário padronizado foi produzido através de perguntas relacionadas com a busca pela atenção médica, onde os estudantes foram interrogados sobre: (i) Realização de atendimento médico regular; (ii) Acesso ao atendimento médico e o seu local de realização nos últimos 12 meses; (iii) Principais queixas; (iv) Fontes de

informações para prevenções de DST e gravidez; (v) Meio utilizado para procurar o serviço médico.

O questionário foi aplicado, esclarecido e preenchido entre adolescentes nas seguintes escolas daquele município: Colégio Estadual Professora Glorita Portugal, Escola Estadual Professora Olga Barreto, Colégio Alternativo, Escola Municipal Lauro Rocha. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi levado pelos alunos para casa para assinatura dos pais.

Os dados coletados foram analisados no Programa SPSS versão 20.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, CAAE62423716.5.0000.5546.

## **RESULTADOS**

Neste estudo, participaram 176 adolescentes que estudam em quatro escolas localizadas no município de São Cristóvão. Entre as escolas participantes, foram visitadas três do sistema público de ensino e uma escola do sistema privado. No estudo, as idades dos entrevistados variaram entre 12 até os 19 anos. A faixa etária dos 12-15 anos foi a mais prevalente. Quanto ao sexo dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (Tabela 1).

O estudo revelou que a frequência pela busca do atendimento médico regular entre os entrevistados foi de 39,8%, apresentando um intervalo de confiança entre 31,8 - 46,6%.

Foi avaliada a relação entre a busca do atendimento médico regular entre os adolescentes e as variáveis sexo, tipo de escola e faixa etária. Observou-se que o tipo de escola foi a única variável que apresentou relevância estatística, com maior busca por atendimento médico entre adolescentes da rede particular de ensino, comparados aos estudantes da rede pública (Tabela 2).

O segundo pressuposto foi avaliar se essa diferença a respeito da maior procura pela atenção médica por estudantes da rede privada seria resultado de uma distribuição

diferente em relação ao sexo. Através da análise, observou-se que tanto os entrevistados da escola pública quanto os da escola privada apresentam a mesma proporção masculina e feminina (Tabela 3).

No entanto, notou-se que existe uma diferença na frequência de faixas etárias entre os estudantes nas escolas pela busca do atendimento regular. Ao estratificar os dados em relação a faixa etária, a análise considerando a variável busca pelo atendimento médico regular em relação ao tipo de escola, observou-se: (i) Na faixa etária de 12-15 anos, os estudantes da escola privada apresentaram maior frequência de procura por atendimento regular, 50,4% VS 21,4%, em relação aos alunos da rede pública, apresentando significância estatística; (ii) Na faixa etária de 16-19 anos, observou-se uma maior frequência da busca por atendimento regular entre os alunos da rede pública, 46,7% VS 25,0%, em relação aos estudantes da rede particular, porém, sem significância estatística (Tabela 3).

Quanto à procura por atendimento médico nos últimos 12 meses, 64% dos entrevistados afirmaram que foram atendidos neste período. Entre aqueles que buscaram atenção médica durante este período, os principais locais de atendimento foram o posto de saúde, seguido pelo consultório particular, os quais responderam por 88% dos atendimentos (Tabela 4).

Com relação às principais queixas que levam o adolescente a procurar o serviço médico destaca-se a cefaléia, referida por 20,9% dos entrevistados. Outras queixas mais frequentes foram: a dor inespecífica (11,2%); os sintomas respiratórios (10,4%); dores osteomusculares (9,7%); consulta de rotina (9,7%); alergia (8,2%); febre (6,0%) e dor abdominal (5,2%) (Tabela 4).

Mesmo no período da adolescência, os entrevistados mostraram uma dependência importante dos pais para que sejam levados para o médico. Apenas 6,8% dos adolescentes relataram iniciativa própria para buscar atendimento médico. Um adolescente referiu o estímulo da escola para buscar esta atenção (Tabela 4).

A Pesquisa também abordou os adolescentes a respeito das fontes que eles buscam para informações sobre as prevenções de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. Segundo resultados do estudo, a maioria dos adolescentes conversa com os pais para se manterem informados quanto às prevenções de DST (36,3%) e gravidez

(47,7%), seguida pela busca na internet e livros para adquirirem essas informações (33,5% para DST e 26,1% para gravidez). A conversa com os amigos foi à terceira opção de fonte de prevenções para DST e Gravidez. O serviço médico foi opção de busca de informações para a prevenção de DST e gravidez pelos adolescentes em 21,5% e 18,1%, respectivamente. A escola é fonte de informação para prevenção de DST em aproximadamente 8% dos adolescentes entrevistados, não atingindo nem 1% para a prevenção de gravidez (Tabela 5).

## **DISCUSSÃO**

Este estudo utilizou uma amostra de estudantes entre 12-19 anos, faixa etária correspondente ao da adolescência, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Neste estudo, quando avaliamos em relação à faixa etária que mais procura atenção médica regular, observou-se que a faixa de 16-19 anos apresentou maior índice de procura, 44,9% contra 37,8% da faixa dos 12-15 anos ( $p = 0,388$ ). Este resultado é diferente do que se observou em um estudo retrospectivo realizado em Cascavel-PR por Cristovam et al., o qual encontrou maior procura por serviço médico na faixa etária de 13 a 16 anos (63,7%)<sup>5</sup>. Outro estudo realizado em um ambulatório de Adolescentes na Faculdade de Medicina no ABC também mostrou maior procura por atendimento médico entre adolescentes de faixas etárias mais baixas (10-14 anos = 68,5%)<sup>6</sup>.

No estudo, também se observou uma maior prevalência do sexo feminino (44,0%) em relação à procura de atenção médica regularmente, mas não houve significância estatística. Este resultado é semelhante ao do estudo encontrado por Cristovam et al. que também revela uma maior procura de adolescentes do sexo feminino (56,3%)<sup>5</sup> por atenção médica. Este resultado pode ser explicado pelos achados de um estudo realizado por Gomes R et al (2007). Nele, os autores concluem que a ausência do homem no serviço de saúde seria devido ao medo da descoberta de uma doença grave, a dificuldade para o acesso dos homens pela falta de unidades específicas, o serviço de saúde pouco apto em absorver a demanda masculina pela escassez de campanhas voltadas para este segmento e também a questão cultural<sup>7</sup>.

Quanto à busca por atendimento médico regular em relação ao grupo escolar, observamos que ela ocorre em 49,3% dos alunos da rede particular e em 34,2% dos alunos da rede pública. Este é um resultado baixo e considerado preocupante, pois uma parcela significativa de estudantes engaja-se em comportamentos de risco à saúde (sexo desprotegido uso de substâncias psicoativas, abuso do álcool, entre outros) principalmente na faixa dos 15-18 anos, conforme os dados do estudo de Carlini-Cotrim B et col (2000)<sup>8</sup>. O estudo de Claro LBL et al mostrou que a chance de um aluno da escola pública demandar um serviço médico foi menos da metade do que a chance de um aluno da escola privada, independente do sexo, morbidade referida e auto-avaliação do estado geral de saúde<sup>9</sup>.

Ao estratificarmos os dados em relação à faixa etária, correlacionando a variável busca pelo atendimento médico regular em relação ao tipo de escola, observou-se que estudantes de 12-15 anos da rede privada apresentaram maior frequência de procura por atendimento regular (50,4%; p 0,026) em relação aos alunos da rede pública. No entanto, também foi observado que os alunos de 16-19 anos da escola pública apresentaram frequência da busca por atendimento regular maior que os alunos da rede particular de ensino, porém sem relevância estatística. Um estudo com diversas classes sociais, em uma cidade americana com programas de inclusões sociais em serviços de saúde mostrou que, apesar das facilidades de acesso, os menos desfavorecidos buscavam e utilizavam menos os serviços de saúde<sup>9</sup>.

Aproximadamente 64,2% dos adolescentes afirmaram presença em consulta médica nos últimos 12 meses e os principais locais destes atendimentos foram o Posto de Saúde (47,8%) e o Consultório particular (39,8%). Segundo levantamento do Ministério da Saúde, através da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PENSE 2005) em parceria com o IBGE e o Ministério da Educação, entre os serviços mais procurados pelos adolescentes do 9º ano do ensino fundamental, 45,1% afirmaram ter ido a uma Unidade Básica de Saúde e 22,8% procuraram atendimento em consultórios médicos ou clínicas particulares<sup>18</sup>. O Ministério da Saúde recomenda ações de atenção primária à saúde na escola através da Unidade de Saúde, com o objetivo de elaborar, juntamente com a escola, instrumentos de coleta sobre informações básicas de saúde<sup>10</sup>. A frequência anual da avaliação de saúde é recomendada pelo Ministério da Saúde e um direito do adolescente<sup>10</sup>.

Como destacado, a principal queixa apontada pelos adolescentes foi a cefaléia, com 20,9% do percentual. O nosso resultado é diferente do estudo encontrado por Cristovam et al, onde o diagnóstico mais prevalente dos adolescentes, em ambos sexos, que procuraram o ambulatório médico foi de rotina/síndrome do adolescente normal<sup>5</sup>. Em nosso estudo, a busca pelo atendimento médico como consulta de rotina representou 9,7% dos casos. Em relação às principais queixas observadas em indivíduos menores de 15 anos em uma unidade de emergência pediátrica de um hospital secundário da rede pública de Fortaleza durante os meses de Janeiro e Maio de 2009 (Freitas et al.), as queixas mais prevalentes foram febre (24,95%), vômitos (15,5%), diarreia (11,8%) e dispnéia (8,9%)<sup>12</sup>. Em estudo desenvolvido na Suécia, realizado em 1962, nove mil crianças e adolescentes foram avaliados quanto à presença de cefaléia<sup>11</sup>. Em relação aos adolescentes, especificamente na faixa etária dos 15 anos, os resultados mostraram que ao menos 70% deles já haviam referido o sintoma<sup>11</sup>

A queixa de dor recorrente que evolui em surtos com duração, frequência e intensidade bastante diversificada, separada por períodos assintomáticos, é comum no consultório médico<sup>13</sup>. No estudo de Oster e Nielsen, realizado com escolares de 6 a 19 anos de idade, na Dinamarca, foram verificadas prevalências de 20,6% da cefaléia, 15,5% para dor nos membros e 14,4% para dor abdominal recorrente<sup>13</sup>. No nosso estudo, a dor sem localização específica ocupou o segundo lugar, acometendo 11,2% dos entrevistados.

Os dados relativos à fonte de informação para prevenção da gravidez mostrou que 47,7% são dos pais; 26,1% são dos amigos e 26,1% também são da internet e livros. Este resultado é diferente do estudo de Guimarães e Witter (2007) com adolescentes sobre conhecimento e prevenção da gravidez, revelando que a principal fonte de informação para prevenção dos riscos do sexo desprotegido e da gravidez parte da escola (55%)<sup>14</sup>. A pesquisa de Mello (1995) foi feita com adolescentes gestantes e não gestantes, sugerindo intervenção pelo ambiente escolar aos alunos em termos de prevenção e também junto à família e ao companheiro da adolescente, visando à ampliação da rede de apoio social a gestante<sup>14</sup>.

Nosso estudo revelou que a principal fonte de informação para prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) para os adolescentes foram os pais (36,4%). Este resultado é semelhante aos resultados da pesquisa de Oliveira DC et al

(2003)<sup>15</sup>, que destaca a família com principal meio de comunicação para respostas referentes às fontes de informação sobre saúde. Também em nosso estudo, a internet/livros foi a segunda opção de busca (33,5%), seguido dos amigos (28,4%), médico (21,5%) e a escola (7,4%).

Conforme vimos, a escola ficou em último lugar como fonte de informação da prevenção sobre DST, quando deveria ser um dos principais meios para este tipo de ação. Este resultado corrobora os dados encontrados por Oliveira DC et al, o qual mostrou que apenas 10,1% dos entrevistados apontaram a escola como fonte de informação na busca pela saúde<sup>15</sup>. Este fato demonstra a necessidade de maior compreensão das dificuldades dos professores em abordar o tema, bem como suas representações, de forma que a escola exerça um dos principais papéis da sociedade<sup>15</sup>.

Um resultado interessante do estudo foi em relação à internet e a mídia em geral serem eleitos como a segunda principal fonte de informação para prevenção, tanto para DST como na gravidez. Segundo Oliveira, o jornalista deve tentar traduzir as informações e as pesquisas produzidas pela comunidade científica para uma linguagem clara e didática<sup>16</sup>. Assim, a mídia torna-se capaz de ajudar os especialistas de saúde através da comunicação nas tarefas de orientação, prevenção, planejamento e tratamento<sup>16</sup>.

Em nosso estudo, os adolescentes demonstraram uma dependência importante da família para serem levados ao serviço médico. Esta dependência foi vista por 92,6% dos entrevistados. As orientações do Ministério da Saúde sobre o atendimento à saúde do adolescente destacam que na maioria das vezes, o adolescente não procura o atendimento médico espontaneamente, sendo levado pelos pais, muitas vezes contra a sua vontade. Além disso, a participação da família não se restringe apenas em levá-lo ao serviço médico. A sua inclusão torna-se necessária nas situações onde possa ocorrer risco de vida do adolescente ou de terceiros<sup>17</sup>.

O estudo concluiu que houve uma baixa procura pelo atendimento médico regular pelos estudantes adolescentes do município de São Cristóvão/SE. Além disso, houve diferenças na busca por atendimento médico regular com relação a faixa etária e tipo de escola, de modo que essa busca era maior nas escolas particulares, principalmente na faixa etária dos 12-15 anos, cujo resultado obteve significância estatística. Em relação a este resultado, os dados aqui apresentados merecem ser

analisados com futuras pesquisas posteriormente. A maioria dos entrevistados afirmou que procurou atendimento médico nos últimos 12 meses e que o local mais visitado foi o Posto de Saúde. Diante das principais queixas que promovem a busca por atendimento médico, a cefaléia foi a mais citada pelos estudantes. Estes, em sua maioria, referiram que esta procura pelo atendimento é realizada junto com os pais. Os pais foram os principais meios de busca para prevenção de DST e gravidez, segundo a opinião dos estudantes. Este estudo, através de seus resultados, espera representar uma contribuição às políticas e aos programas daquele município, com o intuito de auxiliar na melhoria da atenção à saúde dos adolescentes.

### **Agradecimentos**

Às escolas Glorita Portugal, Olga Barreto, Lauro Rocha e ao colégio Alternativo por abrir o seu espaço, possibilitando a realização das coletas de dados.

### **REFERÊNCIAS**

- 1.Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Muroya RL. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Rev Esc Enferm USP-2009*; 43(3):551-7.
- 2.Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Adolescência: ações e percepções dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família. *Interface-Comunic, Saúde., Educ.,v.12, n.25, p.387-400, Paraná, 2008.*
- 3.Oliveira, V. Z. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia., v. 9, n. 3, p. 459-469, 2004.*
- 4.Yazille MEHD, Franco RC, Michelazzo D. Gravidez na adolescência: uma proposta para a prevenção. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.31, n.10, p.477-479, 2009.*
- 5.Cristovam MAS, Franciscato DV, Osaku NO, Gabriel GFCP, Alves NML, Pereira RA. Perfil dos atendimentos em um ambulatório de medicina do adolescente. *Adolesc.Saúde, Rio de Janeiro, 2013.*

- 6.Reato LF, Fongaro GF, Sá GAC, Zampol JRB, Soares MCM, et al. Perfil dos atendimentos do ambulatório de adolescentes do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina da Fundação ABC. RBM, 1998. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=1261](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1261).
- 7.Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007; 23(3):564-574
- 8.Cotrim BC, Carvalho CG, Gouveia N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública.*, Universidade de São Paulo, 2000; vol 36, n.6, p.636-45.
- 9.Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com os serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006; 22(8):1565-1574.
- 10.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde*. 1ª edição; Brasília/DF, 2013.
- 11.Aquino,JHW, Fortes FM. Cefaléia na adolescência. *Adolescência e Saúde*; vol.6, nº3, 2009.
- 12.Veras JELF, Joventino ES, Oliveira JS, Melo FSO, Silva SF, Ximenes LB. Análise das causas de atendimento de crianças e adolescentes menores de 15 anos em Pronto-Atendimento de um Hospital Secundário de Fortaleza. *61º Congresso Brasileiro de Enfermagem : Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental*; Ceará, 2009.
- 13.Puccini RF, Bresolin AMB. Dores recorrentes na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*; vol 79, Supl.1,2003.
- 14.Guimarães EA, Witter GP. Gravidez na adolescência: conhecimentos e prevenção entre jovens. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, ano XXVII, nº2/07: 167-180.
- 15.Oliveira DC, Pontes APM, Gomes AMT, Ribeiro MCM. Conhecimentos e Práticas dos Adolescentes acerca de DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. *Esc Ana Nery Rev Enferm*, 2009; 13(4): 833-41.
- 16.Monteiro RLM, Monteiro DLM. A mídia na informação sobre saúde sexual. *Adolescência e Saúde*, volume 2, n.1, 2005.
- 17.Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. *Orientações para o atendimento à saúde do adolescente*. Brasília/DF, 2013.
- 18.Ministério da Saúde. Portal da Saúde. PENSE 2015: Mais adolescentes buscam pelos serviços de saúde. Acessado em 01/01/2017 através do <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25337-mais-adolescentes-buscam-pelos-servicos-de-saude>.



## ANEXOS

### QUESTIONÁRIO

Nome:

Idade:

Data de nascimento:

Escola:

1) Procurou atendimento médico nos últimos 12 meses?

Sim    Não

2) Onde foi feito esse atendimento?

Posto de Saúde

Pronto Socorro

Centro de especialidades médicas

Consultório particular

Programa realizado pela prefeitura    \*Outro

\*Caso tenha marcada a opção “Outro”, descreva abaixo QUAL?

\_\_\_\_\_

3) Procura atendimento médico regularmente? MS: Atendimento anualmente.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

4) Quais queixas mais frequentes que o leva a procurar atendimento médico?

---

---

---

5) Qual a fonte de informação sobre questões como:

a) Prevenção de DST?

- Conversa com amigos ou terceiros
- Conversa com pais
- Serviço médico
- Internet, rede social, revistas
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

b) Prevenção de Gravidez ?

- Conversa com amigos ou terceiros
- Conversa com pais
- Serviço médico
- Internet, rede social, revistas
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

6) Como é a busca pelo atendimento médico?

- Levado pelos pais
- Iniciativa do próprio aluno

Iniciativa da escola  Programa da prefeitura

Outro. Qual? \_\_\_\_\_