

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**DENISE SOARES DE CIRQUEIRA**

**ESTUDO DO PERFIL ANTROPOMÉTRICO, ESTILO DE VIDA E  
COMPORTAMENTO SEXUAL DE ADOLESCENTES DO PROGRAMA  
SAÚDE NA ESCOLA**

**GOIÂNIA**

**2014**

**DENISE SOARES DE CIRQUEIRA**

**ESTUDO DO PERFIL ANTROPOMÉTRICO, ESTILO DE VIDA E  
COMPORTAMENTO SEXUAL DE ADOLESCENTES DO PROGRAMA  
SAÚDE NA ESCOLA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de concentração:** Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**Linha de Pesquisa:** Promoção e Educação em Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Maria de Souza

**GOIÂNIA**

**2014**

# FOLHA DE APROVAÇÃO

**DENISE SOARES DE CIRQUEIRA**

## **ESTUDO DO PERFIL ANTROPOMÉTRICO, ESTILO DE VIDA E COMPORTAMENTO SEXUAL DE ADOLESCENTES DO PROGRAMA SAUDE NA ESCOLA.**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 27/05/2014.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Maria de Souza – Orientadora e Presidente  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marislei de Sousa Espíndola Brasileiro – Membro Externo  
Faculdade Unida de Campinas - Unicamps

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia de Sá Barros – Membro Efetivo  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Karina Marques Salge – Membro Suplente Externo  
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nilza Alves Marques Almeida – Membro Suplente  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

## DEDICO....

Ao **Douglas**, querido companheiro. Obrigada pela paciência, incentivo, força e principalmente pelo carinho.

Ao **Arthur e Gustavo**, meus queridos filhos. Estímulo para não desistir e sempre fazer o melhor.

## **AGRADECIMENTOS**

... À minha orientadora Profa. Dra. Márcia Maria de Souza, por ter aceito este desafio ao meu lado, pelas orientações sempre pertinentes, repletas de cuidado e pelo crescimento que me proporcionou quando, me desafiou a concluir dentro dos prazos um bom e novo trabalho. Por sua atenção e dedicação durante essa trajetória. Muito Obrigada!

.... À Profa. Dra. Patrícia de Sá Barros, pela realização da análise estatística deste estudo e participação nas bancas de qualificação e defesa.

... À Bancas examinadoras dessa pesquisa, pelas valiosíssimas contribuições dadas a esta dissertação.

... Aos professores e pesquisadores vinculados ao NESC/UFG que o tornam uma importante instituição acadêmica na área da saúde coletiva.

... Aos familiares e amigos, e a todos que acompanharam uns mais de perto, outros de longe, esta minha jornada de dedicação ao mestrado e por compreenderem meu distanciamento e ausências em alguns eventos.

... Aos colegas de turma pelo período que compartilhamos saberes, experiências e momentos de descontração.

... Aos gestores das Secretaria de Municipal de Saúde de Goiânia e Distrito Sanitário Campinas Centro.

... Aos colegas de trabalho que acompanharam parte de meu processo acadêmico, me apoiando e incentivando.

... Enfim a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e estiveram comigo ao longo dessa trajetória difícil, porém compensatória e enriquecedora.

“De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre começando...

A certeza de que precisamos continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

Portanto devemos:

Fazer da interrupção, um caminho...

Da queda, um passo...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro...”

(Fernando Sabino)

**CIRQUEIRA, DSC. Estudo do perfil antropométrico, estilo de vida e comportamento sexual de adolescentes do Programa Saúde na Escola.** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde(UFG/NESC/SES) Goiânia; 2014.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento, marcada por importantes mudanças de natureza biopsicossocial, a partir das quais originam-se necessidades e demandas específicas de saúde. As práticas assistenciais têm demonstrado a dificuldade em vincular os adolescentes aos serviços de saúde. A partir da implantação do Programa Saúde na Escola, surge um importante espaço social para o desenvolvimento de práticas integrais e efetivas de atenção à saúde do adolescente. Buscamos investigar o perfil antropométrico, estilo de vida e comportamento sexual de adolescentes do Programa Saúde na Escola, em Goiânia – Goiás. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 1171 adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade, matriculados em instituições públicas de ensino, participantes do Programa Saúde na Escola. Utilizou-se um questionário, protocolo preconizado pela Organização Panamericana de Assistência à Saúde, e para a análise utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences 17.0. A avaliação antropométrica foi interpretada através do software Anthro-Plus-2007. Os resultados demonstram que dos 1171 adolescentes, 610 eram do sexo masculino e 561 do feminino, sendo que 54,8% estavam na faixa etária entre 10 a 14 anos. A maioria dos entrevistados apresentaram peso (74,3%) e altura (94,1%) adequados para idade. Nota-se que 20,9% dos adolescentes estavam com excesso de peso; realizavam de 4 a 6 refeições por dia (72,6%), sendo que 3 refeições aconteciam na presença de familiares (91,7%). A média da primeira relação sexual foi 13,8 anos. Quanto ao número de parceiros sexuais, entre os meninos foi mais frequente a existência de vários parceiros (10%), enquanto para as meninas predominou o único parceiro (15,9%). O acometimento por alguma Doença Sexualmente Transmissível foi mais frequente entre as adolescentes (0,9%). Os resultados apresentados permitem conhecer a prevalência de fatores de risco para a saúde dos adolescentes, gerando evidências para subsidiar o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde no ambiente escolar, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes.

**Palavras-chave: Adolescente, Saúde Escolar, Promoção da Saúde**

CIRQUEIRA, DSC. **Study of anthropometric profile, lifestyle and sexual behavior of adolescent School Health Program.** [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde(UFG/NESC/SES) Goiânia; 2014.

Adolescence is a stage of development, marked by important changes in biopsychosocial nature, from which originate the specific needs and demands of health. Healthcare practices have shown the difficulty in linking the teens to health services. After the implementation of the School Health Program, comes an important social space for the development of comprehensive and effective care practices adolescent health. We seek to investigate the anthropometric profile, lifestyle and sexual behavior of adolescent School Health Program in Goiania – Goias. This is a cross-sectional study among 1171 adolescents between 10 and 19 years old, enrolled in public institutions education, participants in the School Health program. We used a questionnaire protocol recommended by the Pan American Health Assistance Organization, and the analysis used the Statistical Package for the Social Sciences 17.0. Anthropometric assessment was interpreted by Anthro-Plus-2007 software. The results show that of 1171 adolescents, 610 were male and 561 were female, and 54.8% were aged between 10-14 years. Most respondents had lower weight (74.3%) and height (94.1%) suitable for age. Note that 20.9% of adolescents were overweight; performed 4 to 6 meals per day (72.6%), with 3 meals took place in the presence of family (91.7%). The average of first sexual intercourse was 13.8 years. As for the number of sexual partners among boys was more often there are multiple partners (10%), while girls predominated single partner (15.9%). Affection for some Sexually Transmitted Disease was more common among adolescents (0.9%). The results allow to know the prevalence of health risk factors of adolescents, generating evidence to inform the development of health promotion activities in the school environment, contributing to improving the quality of life of adolescents.

**Keywords: Adolescent, School Health, Health Promotion**



## LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAIS	Centro de Assistência Integral à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIAMS	Centro Integral de Assistência Médico Sanitária
CSF	Centro de Saúde da Família
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
DSL	Distrito Sanitário Leste
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência
HPV	Papilomavírus
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IPBE	Instituições Públicas de Ensino
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Assistência a Saúde
MS	Ministério da Saúde
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PN	Pré - Natal
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPE	Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> - Distribuição estratificada da idade dos adolescentes em relação ao sexo, Goiânia (GO), 2014.....	43
<b>TABELA 2</b> – Distribuição dos adolescentes por sexo e classificação da avaliação antropométrica, de acordo com os valores de score z de Índice de Massa Corporal e Estatura/Idade, Goiânia – GO, 2014.....	44
<b>TABELA 3</b> - Distribuição dos estilos de vida de adolescentes de acordo com sexo, Goiânia (GO), 2014.....	45
<b>TABELA 4</b> – Distribuição do comportamento sexual de adolescentes de acordo com o sexo, Goiânia (GO), 2014 .....	47

# SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

EPIGRAFE

RESUMO E PALAVRAS CHAVE

ABSTRACT AND KEY-WORDS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE TABELAS

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
2.1 Geral .....	15
2.2 Específicos.....	15
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
3.1 Adolescência .....	16
3.1.1 Puberdade .....	18
3.2 Estilo de vida na adolescência .....	19
3.2.1 Aspectos nutricionais.....	19
3.2.2 O consumo de drogas na adolescência .....	22
3.3 Saúde sexual e reprodutiva na adolescência .....	26
3.3.1 Transmissão das DST e HIV/AIDS .....	28
3.3.2 A gravidez na adolescência .....	31
3.3.3 Violência sexual .....	33
3.4 Políticas públicas direcionadas a saúde do adolescente .....	35
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>39</b>
4.1 Tipo do estudo .....	39
4.2 Local e população do estudo.....	39
4.3 Período de coleta dos dados .....	40
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão .....	40
4.5 Instrumento e coleta de dados .....	40
4.6 Variáveis do estudo .....	41
4.7 Análise dos dados .....	42
4.8 Aspectos éticos .....	42

<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>50</b>
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>56</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>75</b>

## 1.INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano, marcada por importantes transformações físicas, psicológicas e sociais, que compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos, e geralmente, se inicia com a puberdade e termina com a inserção social, profissional e econômica do indivíduo (OMS, 2010).

O contingente populacional constituído pelos adolescentes tem despertado a atenção dos países em desenvolvimento, pois representam aproximadamente 25% da população (UNICEF, 2011). No Brasil, dados relativos ao ano de 2010 apontam que os adolescentes representam 18% da população geral, o que corresponde a um total de quase 34 milhões de habitantes. A grande maioria vive no meio urbano, representando aproximadamente 80% do contingente total desse grupo. Em Goiânia, os adolescentes correspondem, a aproximadamente 16% da população (IBGE, 2010).

Tradicionalmente, os adolescentes e jovens configuram-se como um grupo etário mais sadio quando comparados aos demais grupos populacionais, e seus problemas de saúde são pouco visíveis diante das políticas públicas de saúde, exceto por questões que envolvem a saúde reprodutiva (ANDRADE et al, 2011; VIEIRA et al, 2011). Além disso, os jovens demonstram uma elevada resistência a uma aproximação com as instituições de saúde, ao mesmo tempo que os profissionais de saúde têm dificuldade em acolher os adolescentes que os procuram (MUZA, COSTA, 2002).

Porém, as diversas transformações ocorridas no âmbito social, econômico, cultural e demográfico, vêm chamando a atenção para as particularidades da demanda desse grupo, que tem seus principais riscos à saúde relacionados as causas externas de morbimortalidade, com destaque para as consequências da violência, tais como os homicídios e os acidentes de trânsito (FARIAS JÚNIOR et al, 2009; BRÊTAS, 2010; OMS, 2011; UNICEF, 2011, FILIPINI et al, 2013).

Durante a adolescência, período marcado por intensas mudanças biopsicossociais, ocorre a adoção de novos hábitos e comportamentos, expondo os adolescentes a diversos fatores de risco (PESSALACIA et al, 2010; LISBOA, LERNER, 2013). Dentre os quais, destacamos os relacionamentos sexuais sem proteção, que podem

ocasionar doenças infectocontagiosas (HIV/Aids, hepatites B e C, HPV); a gravidez na adolescência; o consumo de drogas lícitas e ilícitas; a alimentação inadequada e o sedentarismo (DAVIM et al, 2009; FARIAS JÚNIOR et al, 2009; OMS, 2011; BRAZ et al, 2013).

Percebe-se que as principais causas de morbimortalidade mais prevalentes entre os adolescentes podem ser prevenidas na atenção primária em saúde, através do desenvolvimento de estratégias que atendam às necessidades dessa população e reduzindo o número de óbitos e agravos preveníveis (HENRIQUES, ROCHA, MADEIRA, 2010).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF), considerada modelo de atenção primária em saúde, está intimamente ligada à comunidade, e possui cenário favorável ao desenvolvimento de ações que sustentem a perspectiva da integralidade do cuidado ao adolescente, envolvendo ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006a; HENRIQUES, ROCHA, MADEIRA, 2010).

Entretanto, a implementação dessas ações pelos profissionais de saúde não é uma tarefa fácil, uma vez que se percebe, que os adolescentes não adentram cotidianamente as unidades de saúde como as demais pessoas de outras faixas etárias, e as práticas assistenciais têm revelado as dificuldades em vincular os adolescentes às ações propostas. Sendo assim, é necessário que o setor saúde busque sistematizar práticas integrais e efetivas junto aos adolescentes, implementando estratégias em locais em que já se encontram no cotidiano, incluindo-se a escola (HORTA, MADEIRA, ARMOND, 2009).

Neste contexto, a escola surge como um espaço social com grande potencial promotor de saúde, favorecendo o desenvolvimento de atitudes e práticas saudáveis, não apenas entre os escolares, mas extensivo às famílias e a comunidade (BRASIL, 2010a).

Deste modo, com o objetivo de fortalecer as práticas de prevenção a doenças e promoção da saúde no ambiente escolar, surge em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), que caracteriza-se como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009a). Entre as várias ações de saúde previstas no programa destacam-se a promoção da alimentação saudável e de

segurança alimentar; a promoção da cultura de paz e dos direitos humanos; a prevenção e redução do consumo de álcool e a prevenção do uso de drogas; a promoção da saúde sexual e reprodutiva; e avaliações periódicas de saúde dos alunos no ambiente escolar (BRASIL, 2011a).

Para que estas ações em saúde sejam efetivas, o profissional de saúde deve ser capaz de ampliar a sua visão em relação ao conceito de saúde; desenvolver um trabalho em equipe e modificar a produção do cuidado, focalizando as necessidades dos adolescentes em suas diversas dimensões (FONTOURA, MAYER, 2006; PENSO et al, 2013).

O adolescente bem assistido hoje, de acordo com as necessidades peculiares desta fase da vida, poderá ser o adulto sadio de amanhã (HORTA, MADEIRA, ARMOND, 2009). Tal situação reforça a importância da atenção à saúde estar direcionada à prevenção de riscos e à promoção de saúde do adolescente, e o elo entre saúde e educação é visto como necessário e fundamental neste processo (GOMES, HORTA, 2010).

Para o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), os adolescentes devem constituir um grupo prioritário para a promoção da saúde, em razão dos comportamentos que os expõem a diversas situações de riscos, bem como devido sua importância como futuros cidadãos produtivos.

Conhecer as condições de saúde dos adolescentes possibilita descrever a magnitude e a distribuição de importantes fatores de risco e proteção à saúde atual e futura, essencial para orientar políticas públicas voltadas para este público (REIS et al, 2013).

Diante do exposto, este estudo teve como propósito caracterizar as condições de saúde de adolescentes participantes do Programa Saúde na Escola, pertencentes a uma região do município de Goiânia-Goiás, com o objetivo de contribuir para o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde de acordo com as necessidades identificadas, viabilizando um cuidado direcionado para as suas demandas. Entende-se que os resultados obtidos poderão ser utilizados para estabelecer estratégias preventivas nessa fase da vida, na lógica da prevenção e controle dos fatores de risco à saúde do adolescente, fortalecendo ações intersetoriais entre a área da saúde e da educação.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Investigar o perfil antropométrico, estilo de vida e comportamento sexual de adolescentes atendidos pelo Programa Saúde na Escola em Goiânia-Goiás.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever as características demográficas da população do estudo, de acordo com o sexo e estratificação etária;
- Analisar o perfil antropométrico dos adolescentes, de acordo com o sexo;
- Verificar o estilo de vida dos adolescentes, de acordo com o sexo;
- Descrever o comportamento sexual dos adolescentes, de acordo com o sexo.



### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Adolescência

Compreendida como uma construção histórica e social, o conceito atual de adolescência, enquanto uma das etapas específicas do desenvolvimento humano, em que ocorre a passagem da infância para a vida adulta, tem seu surgimento muito recente, consolidando-se, apenas, no século XX (TRAVERSO-YEPEZ, PINHEIRO, 2002).

Antigamente, não existia uma distinção entre a infância e adolescência, os conceitos atribuídos a essas fases eram sobrepostos, não existindo algo que as separasse, ocorrendo uma passagem direta da infância para a vida adulta (ÀRIES, 1981).

Os primeiros estudos relacionados à adolescência surgiram a partir do século XX. Através da publicação de Stanley Hall, em 1904, a adolescência foi legitimada como objeto de estudo e atenção, propiciando inspiração para demais pesquisas abrangendo os fatores biológicos, sociais, culturais, políticos e econômicos, envolvidos nesta etapa da vida (GUIMARÃES et al, 2004; LÍRIO, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), adolescência é definida como um período do ciclo de vida que compreende a faixa etária entre os 10 aos 19 anos de idade (OMS, 2010). O Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE também adota este critério (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Já em termos legais, a classificação é mais restrita. O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, descreve o adolescente como sendo aquele na faixa etária entre os 12 aos 18 anos (BRASIL, 2013c).

A OMS estabelece que para uma melhor compressão da adolescência, devemos subdividi-la em três fases: a primeira adolescência, dos 10 aos 14 anos; a adolescência média dos 15 aos 17 anos e a adolescência tardia dos 18 aos 20 anos incompletos (WHO, 1986).

Existe uma disparidade de pontos de vista quanto ao início e o término da adolescência. O consenso é maior quando falamos sobre o começo da adolescência, pois esta fase está interligada com o início da puberdade. Entretanto, a dificuldade é

tentar fixar uma data para o seu término, uma vez que os conceitos variam entre as disciplinas e campos de conhecimento (LISBOA, LERNER, 2013).

É imprudente fixarmos universalmente idades específicas para esse período da vida (LÍRIO, 2012). Adolescentes de mesma idade frequentemente estão em fases distintas da puberdade, pois esta tem início e ritmo de progressão muito variáveis entre eles (DAVIM, 2009).

Etimologicamente, a adolescência possui duas compreensões, que caracterizam muito bem as peculiaridades desta etapa da vida.

Originada do latim *ad* (a, para frente) e *olescer* (crescer), significando a condição ou processo de crescimento, em resumo o indivíduo apto a crescer. Adolescência também deriva de *adolescere*, origem da palavra *adoecer*. Adolescente, do latim *adolescere*, significa *adoecer*, *enfermar*. Temos assim, nessa dupla origem etimológica, um elemento para pensar esta etapa da vida: aptidão para crescer (não apenas no sentido físico, mas também psíquico) e para *adoecer* (em termos de sofrimento emocional, com as transformações biológicas e mentais que operam nesta faixa da vida)(OUTEIRAL,1994, p.6).

O rito de *adolescere* é caracterizado por diversos conflitos, quando o jovem não só está vivendo uma transformação física, mas também complexas mudanças em sua personalidade, o que ocasiona várias alterações no seu modo de olhar e ser no mundo (ALAVARSE, CARVALHO, 2006).

É preciso haver o conflito, para que o jovem amadureça e adquira identidade adulta. Na adolescência, existe uma situação que obriga o sujeito a reformular os conceitos que tem a respeito de si mesmo e que o levam a abandonar sua autoimagem infantil e a projetar-se para a vida adulta (ABERASTURY, KNOBEL, 1992).

Este processo pelo qual todo adolescente passa, é chamada de síndrome da adolescência normal, que geralmente acontece a partir de vivências, na maioria das vezes total ou parcialmente inconscientes. A identidade adulta não é alcançada, antes que o adolescente, tenha elaborado ou conscientizado, o que pode ser chamado de três “perdas” fundamentais neste período evolutivo: a perda do corpo infantil, a perda dos pais da infância, a perda de identidade e do papel sociofamiliar infantil (ABERASTURY, KNOBEL, 1992).

Torna-se necessário, compreendermos toda a complexidade do processo de *adolescere*, pois a falta de conhecimento pode resultar em rótulos discriminatórios para os indivíduos nesta etapa da vida, inviabilizando um suporte adequado por parte dos

familiares, professores e profissionais de saúde, que são os mais próximos e interligados ao seu cuidado (COLLI, 2002; HIGARASHI et al, 2011; COSTA et al, 2012).

### **3.1.1 Puberdade**

Embora a concepção de adolescência como fase intermediária entre a infância e a vida adulta seja algo contemporâneo, já puberdade é reconhecida desde as culturas mais antigas como o acontecimento mais relevante da transição da criança para o mundo adulto. O processo do desenvolvimento da puberdade tem origem na estimulação da hipófise pelo hipotálamo e traduzem-se um surto de crescimento que se estabiliza quando o indivíduo alcança a capacidade reprodutiva (LOURENÇO, QUEIROZ, 2010)

A puberdade engloba o conjunto de modificações biológicas que transformam o corpo infantil em adulto, constituindo-se em um dos elementos da adolescência. E caracteriza-se pelos seguintes componentes: crescimento físico; maturação sexual; desenvolvimento dos órgãos reprodutores e aparecimento dos caracteres sexuais secundários; mudanças na composição corporal; desenvolvimento dos aparelhos respiratório, cardiovascular e outros (BRASIL, 2010a).

O estirão puberal dura cerca de 3 a 4 anos e representa ganho de aproximadamente 20% da estatura e 50% do peso adulto do indivíduo. O crescimento e o desenvolvimento são condicionados pelos fatores inerentes ao próprio indivíduo, como também por aspectos socioeconômicos, psicossociais e nutricionais (BRASIL, 2010a).

A maturação sexual na adolescência pode ser avaliada pela Prancha de Tanner, que baseada em uma escala secundária de características sexuais, como o crescimento dos seios, desenvolvimento testicular e peniano e crescimento dos pelos púbicos, permite aos profissionais de saúde avaliar o grau de maturação do indivíduo, independentemente da sua idade cronológica (OLIVEIRA, 2013).

Lourenço e Queiroz (2010) comentam que o desenvolvimento dos caracteres sexuais é mais tardio em adolescentes com baixo nível socioeconômico, ou seja existe interferência de fatores ambientais na maturação puberal. Por exemplo, as adolescentes que possuem melhores condições socioeconômicas apresentam a primeira menstruação mais precocemente do que outras menos favorecidas. Portanto,

o desenvolvimento puberal mais precoce estaria relacionado à influência positiva da melhoria das condições de vida e principalmente do estado nutricional.

Fica evidente que adolecer significa crescer, desenvolver-se. Todos os sinônimos têm conotação positiva, em contraste com as representações sociais contemporâneas do adolescente que o identificam com valores negativos. O adolescente muitas vezes é reconhecido como alguém insatisfeito consigo mesmo, sempre disposto a pôr em risco a vida, pelo prazer ou pela emoção (LISBOA, LERNER, 2013).

Entretanto, destacamos que a adolescência não pode ser rotulada, apenas, como uma fase de riscos, mas deve também ser caracterizada como uma etapa de oportunidades (UNICEF, 2011). É durante essa fase que os adolescentes ingressam no mundo do trabalho ou avançam em sua educação, estabelecem sua própria identidade e começam a participar ativamente na organização do mundo ao seu redor (VENTURA, 2009).

Devemos analisar os contextos que envolvem a adolescência, com suas particularidades, já que os recursos existentes são fundamentais para que esta fase da vida se construa adequadamente, através da interação dos fatores psicobiológicos, socioculturais, ambientais e econômicos, resultando na transformação do indivíduo (HORTA, SENA, 2010).

### **3.2 Estilo de vida na adolescência**

#### **3.2.1 Aspectos nutricionais**

A população brasileira está passando por uma transição nutricional, caracterizada pela redução da prevalência do déficit nutricional e aumento na ocorrência do excesso de peso (MOREIRA, 2009; GIGANTE et al, 2003). A desnutrição, teve sua prevalência diminuída ao longo dos anos, apresentando uma redução de mais de 60% no período de 1996 até 2007 (MONTEIRO et al, 2009). Diferentemente das prevalências do sobrepeso e da obesidade, as quais aumentaram de forma alarmante entre os jovens nas últimas décadas (IBGE, 2010).

Tal situação é atribuída a inúmeros fatores como a urbanização, melhoria nas condições de vida da população, mudanças no estilo de vida relacionada ao aumento da prevalência do sedentarismo, e maior consumo de alimentos hipercalóricos (ARAÚJO et al, 2010; MALTA et al, 2010; KRINSKI, 2011; COELHO et al, 2012).

No Brasil, a prevalência da obesidade entre crianças e adolescentes tem aumentado rapidamente nos últimos anos, entre o período de 1974 a 1997 passou de 4,1% para 13,9% (WANG, MONTEIRO, POPKIN, 2002). Dados mais recentes, obtidos das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) de 2002/20003 (IBGE,2004) e 2008/2009 (IBGE, 2010), mostraram que a prevalência do excesso de peso na adolescência aumentou de 16,6% para 21,7% nos meninos e de 15,1% para 19,4% nas meninas (IBGE, 2010).

Estudos revelam que o caráter epidêmico e a prevalência crescente da obesidade infanto-juvenil são influenciados por modificações no estilo de vida, determinadas por fatores culturais, sociais e econômicos (ROMAGNA et al, 2010; CARVALHO et al, 2013; VASCONCELLOS et al, 2013).

Essas mudanças envolvem hábitos nutricionais inadequados, caracterizados pelo aumento do consumo de alimentos ricos em gordura e com alto valor energético; sedentarismo condicionado pela redução da prática de atividade física; e mudanças no tipo de atividades de lazer (televisão, videogames e computadores) (RAMOS et al, 2013).

Quanto mais intenso e precoce é o surgimento do excesso de peso, maior será o risco de desenvolver comorbidades associadas, tais como: diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, distúrbios no aparelho locomotor, osteoartrite e apnéia do sono. Destacam-se também os danos mentais, onde aqueles jovens que estão fora do padrão físico ditado pela sociedade, chegam a sofrer discriminação, exclusão social e consequentes transtornos psicológicos, como depressão e ansiedade. Ressalta-se, também, o impacto das hospitalizações e dos custos para os sistemas de saúde (LEAL et al, 2012).

A prevalência de obesidade pode variar em comunidades com diferentes níveis socioeconômicos e culturais. Quando a condição econômica é melhor, há maior acesso a alimentos saudáveis e informações relacionadas à saúde, no entanto, a abundância de alimentos pode levar a um consumo exagerado. De forma contrária, nas populações menos favorecidas economicamente, há oferta restrita de frutas, legumes e verduras, e maior disponibilidade de alimentos calóricos e de baixo valor nutricional, no entanto, a quantidade para consumo é menor (RAMOS et al, 2013).

Neste sentido, em Capão da Canoa (Rio Grande do Sul), em 2004, foi identificada uma maior prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes das escolas particulares (39,2%) quando comparados aos de escolas públicas (25,7%) (SUNE et al, 2007). Em Campo Grande – Mato Grosso do Sul, em 2006, para a faixa etária de 6 a 11 anos, as prevalências de sobrepeso e de obesidade foram ligeiramente superiores, sendo de 21,7% e 15,7% nas escolas particulares, e de 11,5% e 13,3% nas escolas públicas (TRAVI, BASTOS, PONTES, 2011).

Da mesma maneira, foram observadas prevalências elevadas para sobrepeso e obesidade na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada pelo IBGE no ano de 2009, com escolares do 9º ano do ensino fundamental das capitais e Distrito Federal, encontrando-se 16% de sobrepeso (14,5% na rede pública e 21,4% na rede privada) e 7,2% de obesidade (6,5% na rede pública e 9,9% na rede privada). No total, 23,2% dos escolares analisados apresentavam excesso de peso (IBGE, 2009).

Os hábitos alimentares sofrem influência de vários fatores internos e externos ao indivíduo. Entre os primeiros, citam-se os emocionais e psíquicos, autoestima e grau de confiança, imagem que a pessoa tem do próprio corpo, experiências vividas, preferências e comorbidades. Fatores ambientais, atitudes e características da família e dos amigos, valores e crenças culturais, grau de instrução, conhecimento a respeito de nutrição e apelo da mídia exercem forte influência no comportamento alimentar dos indivíduos, em especial das crianças e adolescentes, portanto, podem aumentar o risco de desenvolvimento de sobrepeso ou obesidade (MELLO, LUFT, MEYER, 2004).

Os hábitos alimentares, que podem levar ao excesso de peso, estão relacionados a quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos. Os padrões alimentares mudaram nos últimos anos, explicando parcialmente o aumento das taxas de obesidade. Entre essas mudanças, destacam-se o aumento do consumo de bebidas açucaradas, alimentos de alta densidade energética e pobres em micronutriente e o baixo consumo de verduras, vegetais e frutas (CARVALHO et al, 2013).

Na adolescência existe uma tendência ao estabelecimento de costumes e hábitos em grupo. Nessa fase, o comportamento alimentar caracteriza-se por lanches, ingestão de biscoitos, doces, salgadinhos, refrigerantes e outros alimentos ricos em calorias e pobres em micronutrientes. Além disso, é frequente a substituição de refeições principais por lanche ou mesmo a omissão de refeições, principalmente do café da manhã (MELLO, LUFT, MEYER, 2004; FARIAS JÚNIOR, OSÓRIO, 2005).

A obesidade relaciona-se às maneiras de viver e às condições de vida, e as estratégias de prevenção e controle sugeridas pelo Ministério da Saúde (MS) no âmbito populacional compreendem, além da abordagem educacional, medidas que contemplam as diversas dimensões do ambiente (física, econômica, política e sociocultural) (BRASIL, 2008a). Seriam exemplos de estratégias para criar ambientes mais saudáveis, facilitar o acesso a frutas e hortaliças para as populações de baixa renda e propiciar espaços de lazer seguros para a prática de atividade física (REIS, VASCONCELOS, OLIVEIRA, 2011).

O MS apresenta, como estratégia fundamental para fortalecer a vigilância alimentar/nutricional dos escolares, a parceria permanente entre serviços de saúde e escolas. Propõe-se que o acompanhamento dos escolares seja realizado, no mínimo uma vez por ano, pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), com o objetivo de fornecer informações sobre o perfil alimentar e nutricional e os fatores que o influenciam. Se assim for feito, essa faixa etária da população terá o diagnóstico traçado periodicamente, o que ajudará a formular e avaliar as políticas públicas (BRASIL, 2008a).

Programas de educação nutricional e políticas públicas de saúde vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de promover práticas alimentares saudáveis no ambiente escolar, a fim de prevenir agravos à saúde (SANTOS, 2005). Através destes programas, é possível instruir e mobilizar os adolescentes e a comunidade, quanto à adoção de hábitos e a criação de ambientes saudáveis, como cantinas escolares, horta escolar e comunitária e espaços para prática de exercício físico, que trarão melhor qualidade de vida à população (REIS, VASCONCELOS, OLIVEIRA, 2011).

A promoção da alimentação saudável constitui-se numa importante estratégia de saúde pública para o enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais do contexto atual. Para tanto, é necessária uma abordagem integral capaz de prevenir as doenças causadas por deficiências nutricionais, e reduzir a prevalência do excesso de peso e das outras doenças crônicas não transmissíveis associadas (COUTINHO et al, 2008).

### **3.2.2 O consumo de drogas na adolescência**

O uso de drogas tem acontecido desde a antiguidade, seja por meio de motivações culturais ou religiosas, de forma recreativa ou de enfrentamento de problemas.

Dependendo do contexto, esta relação pode apresentar um padrão de utilização patológica, ocasionando prejuízos biológicos, psicológicos e sociais (DUARTE, MARIHISA, 2012).

O uso abusivo de drogas configura atualmente grave problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento. O consumo de álcool, tabaco, drogas controladas e ilícitas aumentam rapidamente, prejudicando de forma significativa a saúde da população mundial (MOUTINHO, LOPES, 2008).

No Brasil, o número de dependentes químicos cresce em torno de 10% ao ano. As estatísticas se referem aos dependentes químicos de drogas lícitas como fumo e álcool e aos dependentes de drogas ilícitas como maconha e cocaína. Também integram a relação das drogas que criam dependência os solventes e alguns medicamentos comprados livremente em farmácias e drogarias (MACHADO et al, 2010).

A utilização das drogas, sejam as lícitas ou ilícitas, está diretamente ligada a cultura da nossa sociedade, ou seja, da infância à velhice, os sujeitos entrarão em contato com algum tipo delas, ainda que não as use ou experimente (RIBEIRO, PERGHER, TOROSSIAN, 1998).

No caso das drogas lícitas, os meios de comunicação veiculam imagens muito favoráveis ao seu uso. Ainda que o tabaco e o álcool causem mais mortes e sofrimentos que as drogas ilícitas, tanto uma quanto outra são divulgadas nas propagandas, através de imagens de pessoas bem sucedidas, como exemplo de glamour, promovendo a sociabilidade e o estímulo à sexualidade (SCHENKER, MYNAIO, 2005; ALMEIDA FILHO et al, 2007; CAPISTRANO et al 2013).

Os problemas para a saúde dos adolescentes decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas são inúmeros e de várias ordens, dentre os quais destaca-se à queda no desempenho escolar, dificuldades de aprendizado, prejuízo no desenvolvimento e estruturação das habilidades cognitivo-comportamentais e emocionais do jovem, e mais gravemente, a morte violenta provocada por acidentes com veículos automotores (PECHANSKY, SZOBOT, SCIVOLETTO, 2004; ALMEIDA FILHO et al, 2007).

O diagnóstico da problemática que envolve o uso do álcool entre os adolescentes, é bastante difícil. Isto porque a própria definição do que seja considerado uso normal já



se apresenta como um obstáculo ao diagnóstico. A literatura da área é bastante controversa, apontando para a necessidade de aprimoramento dos sistemas classificatórios para uso e abuso de álcool na adolescência (PECHANSKY, SZOBOT, SCIVOLETTO, 2004).

Não existe uma fronteira clara entre uso, abuso e dependência. Poderíamos definir uso como qualquer consumo de substâncias, seja para experimentar, seja esporádico ou episódico; abuso ou uso nocivo como o consumo de substâncias já associado a algum tipo de prejuízo (biológico, psicológico, ou social); e por fim dependência como o consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário (BORDIN, 2010).

Quanto mais precoce for a exposição ao álcool, tabaco, ou outras drogas de abuso, maior a possibilidade de desenvolvimento de problemas de intoxicação e dependência. De modo geral, a prevalência de dependência na vida entre aqueles que começaram a usar drogas com menos de 14 anos de idade é de 34% e esta porcentagem cai para 14% entre aqueles que iniciaram o uso com 21 anos ou mais (KOOB, LE MOAL, 2001).

De acordo com o CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), em 2001, em uma amostra pesquisada de 1000 adolescentes, constatou-se que 48% deles já haviam feito uso de substâncias alcoólicas e 5% foram diagnosticados como dependentes químicos. Para o tabaco, os índices encontrados foram de 16% de uso e 2% de dependência, na mesma faixa etária. No que tange as drogas ilícitas, a maconha foi usada por 35 adolescentes pesquisados, caracterizando a dependência em seis deles; a cocaína foi usada por cinco adolescentes, não se comprovando qualquer dependência desta droga (CARLINI et al, 2002).

Em 2006, foram divulgados os dados do II Levantamento Nacional realizado pelo CEBRID. Em um intervalo de quatro anos, todos os índices referentes aos adolescentes se elevaram. O uso de substâncias alcoólicas passou de 48 para 54% e o de dependentes de 5 para 7%. Quanto ao tabaco, o uso teve uma ligeira queda (15,7 para 15,2%), mas a dependência aumentou de 2,2 para 2,9%. O uso de maconha aumentou de 3,5 para 4,1%. Não havendo alteração nos dados de cocaína (CARLINI et al, 2006).

Atualmente, constata-se um número crescente de adolescentes que fazem uso de drogas. A PeNSE (Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar) realizada em 2009, revelou que 71,4% dos adolescentes já tinham experimentado bebida alcoólica alguma vez na vida. Observou-se que tal experimentação foi superior entre os estudantes do sexo feminino 73,1%; quando comparados aos alunos do sexo masculino 69,5% (IBGE, 2009).

Os principais fatores de risco para o uso de drogas entre adolescentes podem ser de âmbito individual (baixa autoestima; sintomas depressivos; alienação, rebeldia; pouca religiosidade; intolerância as frustrações; carência de vínculos familiares, escolares e comunitários), familiar (uso ou dependência de álcool e outras drogas pelos pais, relacionamento deficitário com estes; ausência de normas e regras claras; conflito ou violência familiar); escolar (desempenho insatisfatório, baixo comprometimento com a escola, evasão escolar) e sociocultural (facilidade de acesso as drogas; pouco investimento social, serviços sociais e inadequados de saúde e educação, alta prevalência de crimes) (BORDIN et al, 2010).

Sanchez, Oliveira e Nappo (2004), constataram que a decisão de um grupo de adolescentes moradores de favelas, de não experimentarem drogas foi propiciado por fatores protetores importantes na vida do adolescente, tais como: boa estrutura familiar, presença da religiosidade, disponibilidade de informação sobre a dependência e suas consequências, bem como ao estabelecimento de perspectivas de futuro (GIRON, SOUZA, FULCO, 2010).

Assim, os fatores de proteção são condições ou características que diminuem os efeitos dos riscos, aumentam a resiliência e diminuem a vulnerabilidade dos adolescentes em exposição às drogas, protegendo também de outros problemas além do abuso de substâncias como violência, abandono escolar, gravidez e comportamentos sexuais de risco (QUEIROS, 2010).

O uso abusivo de drogas acarreta prejuízos aos jovens, à família e à sociedade, traduzidos em fracasso escolar, perda de emprego, rupturas familiares e violência, crimes, acidentes e encarceramentos. Estima-se que 39% das ocorrências policiais a cada ano estejam relacionadas ao uso de álcool e que 50% das internações por problemas psiquiátricos sejam decorrentes do abuso de álcool e outras drogas (BERNARDY, OLIVEIRA, 2010).

Diante desse atual contexto, o trabalho dos profissionais dos serviços de saúde, deve ser direcionado à educação em saúde, com base na prevenção daqueles que ainda não tiveram contato com a droga ou daqueles que já consumiram, mas ainda não desenvolveram a dependência química (PEIXOTO et al, 2010).

É necessário a utilização de estratégias de educação em saúde direcionadas a adolescentes, através de metodologias ativas, estimulando a reflexão crítica acerca das situações de risco e vulnerabilidades relacionadas ao uso de drogas lícitas e ilícitas (MALTA et al, 2011; SILVEIRA, SANTOS, 2012).

### **3.3 Saúde sexual e reprodutiva na adolescência**

Durante a adolescência, a sexualidade é marcada fortemente pelas transformações biopsicossociais, onde a busca da identidade e o sentimento de onipotência despertam no adolescente uma sensação de invulnerabilidade, a qual associada a pouca experiência de vida e a fatores socioculturais, econômicos e familiares, caracteriza este grupo como de potencial vulnerabilidade (MALTA et al, 2011).

O conceito de vulnerabilidade, compreende os aspectos individuais, coletivos e contextuais que tornam os indivíduos suscetíveis à infecção pelo HIV e à AIDS. As análises de vulnerabilidade buscam integrar três eixos interdependentes, que são as dimensões individual, social e programática (MEYER et al, 2006; BRÊTAS, 2010). Na dimensão individual, consideram-se os valores, conhecimentos, atitudes, comportamentos que interferem na exposição ou prevenção do indivíduo ao HIV/aids. Na dimensão social, buscam-se os fatores contextuais, culturais, políticos, que incidem sobre a vulnerabilidade individual. Na dimensão programática, analisa-se como as instituições de saúde, educação, cultura, proporcionam os recursos sociais que as pessoas precisam para se proteger da infecção pelo HIV e da aids (AYRES, 1997).

A vulnerabilidade dos adolescentes às Doenças Sexualmente Transmissíveis é fruto da interação dos fatores individuais com fatores sociais nos quais estão envolvidos, podendo tornar-se mais vulneráveis ou menos, dependendo de sua capacidade interpretar as mensagens de perigo. Por isso, é necessário estimulá-los a pensar criticamente sobre a realidade em que estão inseridos para que sejam capazes de ter autonomia nas suas escolhas, diminuindo, assim, sua vulnerabilidade (ANJOS et al, 2012).

Na adolescência a vulnerabilidade associa-se principalmente aos mitos e tabus ligados à sexualidade, pois os falsos conceitos e a compreensão distorcida da sexualidade podem impedir o adolescente de vivê-la plenamente sem riscos. Torna-se essencial desmistificar conceitos equivocados e orientar os adolescentes para que exerçam sua sexualidade com segurança, contribuindo para uma prática sexual saudável (MARTINS et al, 2012).

A experiência do primeiro intercurso sexual é um evento normativo do ciclo vital adolescente. Dados recentes sugerem que mais da metade dos jovens brasileiros entre 15 e 19 anos já tiveram relações sexuais pelo menos uma vez na vida e que a média de idade na primeira relação foi de 14,9 anos (PAIVA et al, 2008). Estudos indicam que, quanto mais cedo ocorre a primeira relação, menores as chances dos jovens utilizarem algum método contraceptivo. Entre as possíveis consequências de uma vida sexualmente ativa, destacam-se a gravidez e a contaminação por DST, entre elas o HIV (ALMEIDA et al, 2003; LEITE, RODRIGUES, FONSECA, 2004).

O tipo de vínculo estabelecido com o parceiro com o qual ocorre a primeira relação sexual tende a ser diferente para meninos e meninas. Em um estudo desenvolvido no Rio de Janeiro, a maioria das meninas indicou o namorado como primeiro parceiro sexual (90,7%), enquanto que apenas 33,3% dos meninos tiveram sua primeira relação sexual com uma namorada. Para os meninos, a parceira na primeira relação sexual foi, em geral, uma amiga (55,5%), enquanto que para as meninas, a primeira relação ocorreu com um amigo em apenas 9,3% dos casos (TAQUETTE, VILHENA, PAULA, 2004).

Frente a tal realidade, a sexualidade ainda é tratada de forma diferente para meninos e meninas. No de Gubert, Madureira (2009), foi identificado que ainda hoje os meninos são estimulados a serem fortes e viris, a reforçar a sua masculinidade e iniciar suas relações sexuais precocemente. Já, para as meninas, o incentivo é que as mesmas atrasem ao máximo a sua primeira relação sexual e que preferencialmente se casem virgens.

De acordo com Bordin (2010), alguns fatores podem interferir no desenvolvimento da sexualidade nos adolescentes, como o envolvimento dos pais nas questões relacionadas à sexualidade dos filhos; a atuação da escola, eliminando preconceitos, aprofundando informações, propiciando um amplo campo de discussões; influência de amigos, benéfica ou não; experiências traumáticas relacionadas ao sexo durante

a infância; e outros. Caso essas vivências não tenham ocorrido de forma satisfatória, poderão desencadear comportamentos inadequados no que tange a sexualidade.

### **3.3.1 Transmissão das DST e HIV/AIDS**

As DST tornaram-se um problema de Saúde Pública, trazendo implicações para a sociedade em diversas dimensões. Além das internações e procedimentos necessários para tratamento de suas complicações, as DST causam ainda grande impacto social que se traduz em elevados custos para a economia do país (BRASIL, 2010a; MALTA et al, 2011).

No Brasil, a incidência de DST/AIDS tem crescido na população em geral, sendo o número de adolescentes contaminados também crescente. A iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros e a pouca utilização de preservativos, associada a uma maior liberdade sexual, são alguns dos fatores conhecidos que podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes às DST e HIV/AIDS (CODES et al, 2006; BARRETOS, SANTOS, 2009; MALTA et al, 2011, IBGE, 2013d).

Em Goiás, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), desde o início da epidemia de aids até outubro/2009, foram registrados 11.918 casos em indivíduos maiores de 13 anos e desses, 3.501 em adolescentes - 12 a 19 anos (BRASIL, 2010b). Em relação às DST, foram notificados 14.063 casos na faixa etária de 10 a 24 anos (BRASIL, 2008b). O perfil da epidemia de AIDS em jovens no Estado de Goiás mostrou predominância entre os heterossexuais numa série histórica do ano 2000 a 2012, após 2003 houve um significativo aumento, três vezes mais, de casos em jovens homossexuais (SPAIS, 2012).

De acordo com o MS, apesar da taxa de infecção de AIDS entre jovens ter se estabilizado nos últimos anos, até junho de 2009, haviam sido registrados 66.114 casos de AIDS entre jovens de 13 a 24 anos no Brasil. Isso representa 11% dos casos notificados de AIDS no país desde o início da epidemia (BRASIL, 2010b).

Na década de 80, os casos notificados de HIV/AIDS caracterizavam-se por atingirem mais pessoas do sexo masculino e pertencentes às categorias de transmissão homo/bissexuais, além da sanguínea. O percurso da epidemia na década de 90 mudou, no sentido do aumento da incidência em mulheres, da elevação do número

de casos pela via de transmissão heterossexual (BASTOS, SZAWARCWALD, 2000; FONSECA, SZWARCOWALD, BASTOS, 2002).

A faixa etária adolescente apresenta peculiaridades em relação à história natural da doença que devem ser destacadas. Apesar da redução gradativa da incidência da AIDS entre homens que fazem sexo com homens (HSH), isso não tem acontecido entre jovens com tal comportamento que, ao contrário, vem aumentando. Esse grupo populacional continua apresentando taxas mais altas de incidência de AIDS, o que caracteriza uma epidemia concentrada (SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2009)

Um outro dado que chama a atenção, em adolescentes, é a inversão da razão homem/mulher entre aqueles da faixa dos 13 aos 19 anos. No Brasil, para cada seis rapazes há 10 moças acometidas. Desde 1996, todos os anos, o número de casos em mulheres desta faixa etária tem sido maior do que o dos homens (BRASIL, 2008b; BARBOSA JÚNIOR et al, 2009).

Investigações epidemiológicas nacionais indicam que aproximadamente 25% das DST são diagnosticadas em jovens com menos de 25 anos de idade. Destaca-se que no Brasil apenas a sífilis e a aids são de notificação compulsória, e as demais são subnotificadas (BRASIL, 2006b; COSTA et al, 2013).

A população adolescente apresenta características que podem potencializar suas vulnerabilidades. As mulheres adolescentes têm um risco biológico maior, pois seu epitélio uterino é mais exposto e as DST são predominantemente assintomáticas. Por outro lado, são vítimas frequentes da violência baseada no gênero, com pouco controle sobre suas relações sexuais e sobre o uso do preservativo, têm parceiros mais velhos e sofrem mais violência sexual (TAQUETTE et al, 2005; TAQUETTE et al, 2011).

Quanto aos adolescentes HSH, nesta fase da vida acontecem as primeiras experiências sexuais e, geralmente sem o conhecimento ou acolhimento da família. O sofrimento psíquico advindo da homofobia e do isolamento social a que estes adolescentes são submetidos contribui para que se exponham a situações de maior risco de contraírem DST/AIDS (TAQUETTE et al, 2005; TAQUETTE et al, 2011).

Outro fator de aumento de vulnerabilidade é o menor acesso aos serviços de prevenção e tratamentos. São poucas as unidades de saúde que oferecem

atendimento em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes de forma individualizada, com privacidade e confidencialidade (TAQUETTE et al, 2011).

Sabe-se que existem fatores do contexto familiar e da escola que podem ser protetores para o comportamento sexual de risco, como: viver com ambos os pais; ter um maior envolvimento familiar e monitoramento parental; além de receber orientações sobre saúde sexual e reprodutiva na escola (IBGE, 2013).

A iniciação sexual de adolescentes do sexo masculino é mais precoce do que a observada para o sexo feminino. Os dados da PeNSE 2009, revelaram que 30,5% dos escolares já haviam tido relação sexual alguma vez na vida, sendo em maior proporção para os meninos (43,7%) do que para as meninas (18,7%). Quanto à informação sobre o uso de preservativos, 75,9% disse ter usado preservativo na última relação sexual (IBGE, 2009).

Vários são os fatores que levam adolescentes a não utilizarem preservativo na primeira relação sexual; entre eles, podem-se citar: o não planejamento do ato sexual; não ter preservativo no momento da relação sexual; e até mesmo a falta de conhecimento e instrução em relação ao uso (BATISTA, MARTINS, 2011).

O preservativo é um método eficaz na prevenção da contaminação pelo HIV, outras DST e gravidez. No entanto, apesar da ampla divulgação sobre as formas de prevenção das DST/AIDS desenvolvida no Brasil, muitos jovens ainda não adotam tais práticas, o que aponta uma dissociação entre o acesso à informação e a transformação desse saber em práticas no cotidiano dos adolescentes (OLIVEIRA et al, 2009).

Estudos demonstram que as meninas apresentam mais dificuldades em negociar o uso do preservativo com o parceiro do que os meninos. Este fato, associa-se a conotação de promiscuidade, ou seja, se a menina precisa usar o preservativo é porque tem o hábito de ter muitos parceiros, o que a coloca num status social questionável. Estabelece-se, assim, uma nova regra para o não uso do preservativo (MARTINS et al, 2006; TEIXEIRA et al, 2006; SAMPAIO et al, 2011).

Vários estudos apontam que a maior vulnerabilidade dos jovens tanto à infecção por DST/AIDS como à gravidez indesejada tem relação direta com a limitação das opções de lazer e cultura, do acesso aos equipamentos sociais, incluindo serviços de saúde e educação (SZWARCOWALD et al, 2000; MALTA, et al, 2011)

Portanto, é fundamental o entendimento que as taxas de infecção por DST em cada faixa etária são influenciados por comportamentos específicos, e essa compreensão deve auxiliar os profissionais de saúde a desenvolver estratégias de prevenção adequadas para cada idade (OLIVEIRA et al, 2013).

### **3.3.2 A Gravidez na adolescência**

A gestação nesta fase da vida merece destaque na literatura e é reconhecida com um problema de saúde pública, uma vez que, altera significativamente a vida da adolescente, podendo desencadear riscos biológicos, psicossociais e nutricionais (FRANCESCHINI et al, 2003; XIMENES NETO et al, 2007; BERETTA et al, 2011).

Aproximadamente 36 milhões de adolescentes no Brasil com idade até 19 anos têm vida sexual ativa. No período de um ano, uma em cada treze adolescentes engravida, 600 mil partos de adolescentes são realizados e a estimativa de abortos ao ano é de 500 mil (BRASIL, 2010c).

No Brasil, segundo o MS, houve um aumento da ocorrência de gravidez na adolescência e uma redução nas demais faixas etárias (BRASIL, 2010c). A taxa de fecundidade da mulher adulta continua caindo, sendo que as famílias estão cada vez menores; há uma média de 3,39 pessoas por lar. Já no que se refere à gravidez na adolescência os dados mostram que esse é um fenômeno que pouco tem se alterado ao longo dos anos, o que significa que as taxas de fecundidade ainda permanecem superiores às de mulheres com idade superior a 20 anos (IBGE, 2010c).

A gestação precoce é multifatorial e sua etiologia está relacionada a aspectos de ordem biológica, psicológica e social. Como fatores intensamente relacionados à gravidez na adolescência, são citados: menarca precoce; precocidade da iniciação sexual; dificuldades para práticas anticoncepcionais; características próprias da adolescência; ausência de projeto de vida; falta de políticas públicas de saúde, educação, assistência social, que trabalhem de maneira mais efetiva com esse grupo; e, sobretudo, falta de diálogo no âmbito de suas famílias, que oriente os adolescentes na vivência de sua sexualidade (BELO, SILVA, 2004; AMORIM et al, 2009; NERY et al, 2011; SOUZA et al, 2012).

A gravidez na adolescência é uma temática amplamente estudada, sendo que a maioria das pesquisas enfocam este evento como sendo de risco para a adolescente, (DUARTE et al, 2006; HEILBORN et al, 2006). Dentre as complicações citadas na



literatura, destacam-se a pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, abortamento espontâneo, parto prematuro, anemia e baixa adesão à amamentação, além de resultados obstétricos e perinatais desvantajosos, como baixo crescimento intrauterino e aumento da incidência de recém-nascidos pré-termo e de baixo peso (CARNIEL et al, 2006; DUARTE et al, 2006; HEILBORN et al, 2006, MARTINEZ et al, 2011, MIRANDA et al, 2013).

Neste contexto, o acompanhamento pré-natal (PN) é universalmente reconhecido como um dos fatores determinantes para a evolução normal da gravidez. Entretanto, as adolescentes não realizam o PN adequadamente, ou seja, comparecem a um número menor de consultas e iniciam mais tardiamente o acompanhamento. Os motivos que poderiam justificar estas ocorrências, são o desconhecimento sobre os serviços disponíveis, falta de autonomia decisória, estigmas sociais e dificuldades financeiras (MIRANDA et al, 2013).

No Brasil, a gravidez na adolescência é considerada uma situação risco social, a partir do qual derivam-se vários problemas, como o abandono escolar e do trabalho, os conflitos familiares, a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência, que interferem na estabilidade emocional da adolescente (DIAS, TEIXEIRA, 2010; BUENDGENS, ZAMPIERE, 2012).

De acordo com Dias e Teixeira (2010) a gestação na adolescência pode ser desejada e considerada uma experiência gratificante. A gravidez nesse período pode representar a busca por reconhecimento e concretização de um projeto de vida para algumas adolescentes, especialmente aquelas de nível socioeconômico menos favorecido. A carência afetiva associada à ausência ou limitação nas perspectivas de construção de um projeto de vida podem ser fatores determinantes para a ocorrência de uma gestação na adolescência, ao menos, em classes desprivilegiadas.

Segundo a política de atenção à saúde do adolescente a redução das iniquidades sociais é uma das prioridades em nosso país, onde as ações e estratégias de promoção da saúde e redução das iniquidades da gestação na adolescência devem ser organizadas em rede de atenção à saúde, pela análise da situação de um território e pela participação social, respeitando-se as diversidades (BRASIL, 2006b).

A educação sexual deve ser considerada como a mais importante forma de prevenção dos problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Constitui-se

como um processo contínuo e permanente de aprendizagem, que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas a sexualidade humana e, promovendo atitudes e comportamentos saudáveis (BRASIL, 2009b).

### **3.3.3 Violência Sexual**

A violência sexual é uma das mais antigas expressões da violência de gênero e uma brutal violação de direitos humanos, de direitos sexuais e de direitos reprodutivos. Embora comprometa pessoas de ambos os sexos e em qualquer idade, as evidências apontam que o fenômeno atinge principalmente as mulheres (DREZETT et al, 2011).

De acordo com os dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do MS, a violência sexual ocupa o segundo lugar dentre as outras formas de violência, na faixa etária de 10 a 14 anos, com 10,5% das notificações, ficando atrás apenas da violência física (13,3%). Na faixa de 15 a 19 anos, esse tipo de agressão ocupa o terceiro lugar, com 5,2%, atrás da violência física (28,3%) e da psicológica (7,6%). O percentual é maior em crianças do sexo masculino (17%) do que no sexo feminino (11%) (BRASIL, 2013e).

Pressupõe-se que a violência sexual contra crianças e adolescentes é mais frequente do que anunciam os dados estatísticos, graças a um silêncio das vítimas, dos familiares, vizinhos, agentes de saúde, educadores, e outros profissionais (PINHEIRO, CORREIA, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o abuso sexual de crianças como:

o envolvimento de uma criança em atividade sexual que ele ou ela não compreende totalmente, não tem capacidade para dar seu consentimento informado ou para o qual a criança, por seu desenvolvimento, não está preparada e não pode consentir ou que viola as leis ou tabus sociais (OMS, 2003 p. 15).

Várias são as consequências da violência sexual contra crianças e adolescentes, as quais se apresentam em diversos níveis de gravidade. Os principais danos físicos são lesões genitais e anais, como lacerações, fissuras, sangramentos, DST, gravidez, entre outros. Os danos psicossociais são distintos, como, por exemplo, distúrbios de sono e alimentação, baixo rendimento escolar, fugas de casa, depressão, uso abusivo de substâncias psicoativas, delinquência, prostituição e risco de revitimização ao longo da vida (OMS, 2003; SILVA, FERRIANI, SILVA, 2011).

A violência sexual pode acontecer por contato físico, ou seja, carícias não desejadas, penetração oral, anal ou vaginal com o pênis ou objetos, masturbação forçada, dentre outros; e sem contato físico, por exposição obrigatória a material pornográfico, exibicionismo e uso de linguagem erotizada em situação inadequada (SANTOS, 2004).

O abuso sexual tem pouca visibilidade, já que normalmente é cometido por alguém próximo, em quem a criança confia. Os principais abusadores são pessoas do sexo masculino (pais, padrinhos, avós, irmãos, tios) e o ambiente em que o abuso mais ocorre é o doméstico (UNICEF, 2006). Esse vínculo familiar contribui para que os dados sejam tão obscuros, pois o mesmo que agride é aquele a quem a criança ama. Acredita-se que no Brasil menos de 10% dos casos chegam às delegacias (RIBEIRO, FERRIANI, REIS, 2004).

Entre 40 e 60% do abuso sexual familiar, ocorre mais frequentemente contra meninas de 15 anos ou menos, e diferenças regionais ou culturais não parecem ser significativas nesse sentido (UNICEF, 2006).

Dentre as medidas que devem ser adotadas para a proteção da criança e dos adolescentes está a notificação do abuso sexual aos órgãos de proteção (Conselho Tutelar, Delegacias e Ministério Público), que contribui para combater a violência no caso individual da criança vítima e auxilia a compreender tal fenômeno, considerando os índices epidemiológicos que se tornam mais fidedignos (BRASIL, 2010d).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), determina como obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra a criança ou adolescente e o abuso sexual é uma das formas mais graves de maus-tratos. A principal preocupação em uma intervenção deve ser a avaliação da capacidade da família de proteger a criança de novos abusos e a necessidade ou não do afastamento imediato da criança. A proteção da vítima pode ocorrer através de dois caminhos: o afastamento do abusador ou o afastamento da vítima (HANBGZANG, RAMOS, KOLLER, 2011).

A notificação é, portanto, um instrumento importante para dimensionar a magnitude dos casos de violência, e, conseqüentemente, permite estimar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância em saúde e serviços de assistência, assim

como o desenvolvimento e aperfeiçoamento de redes de proteção (DESLANDES et al, 2011).

O tempo de duração do abuso sexual está relacionado com o contexto em que ocorre a violência. Abusos sexuais extrafamiliares tendem a ter menor tempo de duração em comparação aos abusos ocorridos no contexto intrafamiliar, pois a criança necessita de um tempo maior para perceber que os comportamentos do agressor são abusivos. Fatores como a dinâmica do segredo e o vínculo próximo com o agressor também contribuem para maior duração dos abusos intrafamiliares (HABGZANG, RAMOS, KOLLER, 2011).

O Disk Denúncia Nacional, assumido em 2003 pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH), é parte integrante dos esforços do governo para a quebra do pacto de silêncio estabelecido na maioria das ocorrências de violação dessa natureza. A estratégia que estimula a denúncia, aumentou o número de relatos de casos ou suspeitas de ocorrência de violência sexual contra crianças e adolescentes ocorridos em todo o território nacional (BRASIL, 2010e).

Os dados registrados por este serviço são alarmantes. No relatório da SEDH relativo ao Serviço do Disk Denúncia Nacional há o registro de mais de cento e trinta mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes em todo o território nacional, no período que vai de maio de 2003 a agosto de 2010 (BRASIL, 2010e).

Brino e Willians (2003), identificaram em sua pesquisa que em 44 % dos casos de abuso sexual praticada contra crianças e adolescentes, o professor é a primeira pessoa a saber.

A escola deve ser uma parceira fundamental na luta contra a violência sexual. Ela deve ajudar a romper o pacto de silêncio que circunda os crimes sexuais contra crianças e adolescentes. Sua ação é de extrema relevância, tanto no movimento pela prevenção do problema, como também no combate, auxiliando quem sofre essas agressões a ter um atendimento adequado para que volte a ter uma vida mais saudável e feliz (ROCHA, LEMOS, LÍRIO, 2011).

#### **4. Políticas Públicas direcionadas para a saúde do adolescente**

Há apenas duas décadas, as discussões em relação a atenção à saúde do adolescente têm apresentado uma maior ênfase no Brasil, impulsionadas pela criação de serviços pioneiros no Rio de Janeiro e em São Paulo. A partir de 1989, com o apoio

da OPAS (Organização Panamericana de Assistência à Saúde), o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) foi implantado pelo MS (RUZANY et al, 2002).

O PROSAD visava à implantação de serviços que garantissem um atendimento adequado aos adolescentes entre 10 e 19 anos, fundamentado numa política de promoção de saúde, de identificação de riscos, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, sendo orientada pelo princípio da atenção integral e abordagem multiprofissional (BRASIL, 1993).

Entretanto, a gradativa reorientação do modelo de atenção, associada a baixa frequência dos usuários nos serviços de saúde, culminou no enfraquecimento do Programa na maioria das cidades que havia sido implementado. Atualmente, observa-se que, apesar da atenção à saúde do adolescente constituir uma política específica, a assistência dispensada a este grupo etário continua fragmentada, apresentando fortes evidências de práticas voltadas para o assistencialismo, que se opõem às concepções promotoras de saúde (RUZANY et al, 2002).

De acordo com Santos (2012), existe a possibilidade desta fragmentação ser superada, através da implantação das equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Pode-se dizer que a ESF, configura-se como uma política de saúde pública que pode favorecer a mudança da saúde do adolescente, através da capacidade de promover assistência integral baseada nos princípios do SUS (VIEIRA et al, 2011).

Já que o adolescente é pouco propenso a procurar os serviços de saúde, tornou-se necessário o estímulo de ações interinstitucionais e comunitárias e de abordagens inovadoras. Diante disto, a escola destaca-se como um ambiente alternativo e propício para as práticas de saúde (ANDRADE et al, 2011). Parcerias entre o MS e o da Educação são realizadas para efetivar as ações em todas as esferas da gestão pública, representadas primeiramente pelo Projeto Saúde e Prevenção na Escola (SPE), e atualmente pelo Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2008d; BRASIL, 2009a).

O SPE tem como propósito a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos através da valorização da diversidade, da redução de vulnerabilidade de adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis (DST e HIV), da gravidez não planejada, do uso do álcool, tabaco e outras drogas (BRASIL, 2006c).

O PSE foi recentemente instituído, e tem como objetivo ampliar o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde e contribuir para a formação integral dos estudantes, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. É uma iniciativa de política integrada que considera o conceito de Promoção da Saúde (PS) e tem como uma de suas principais diretrizes a intersetorialidade. O PSE reforça a importância da articulação entre os setores da saúde e da educação e, também, entre os diversos setores da sociedade, de modo a contribuir para a melhoria das condições de vida da comunidade escolar e fortalecer o acesso aos serviços de saúde de atenção básica (BRASIL, 2009a).

Neste sentido, o espaço escolar emerge como um local privilegiado, para o desenvolvimento de práticas de saúde, por ser considerada um espaço de convivência e de intensas interações sociais, no qual os fatores determinantes das condições de saúde e doença podem ser problematizados, a partir de cada realidade e com os diferentes atores envolvidos. É necessário que a escola trabalhe a saúde como parte integrante da vida das pessoas, considerando as experiências e o saber da comunidade escolar, de modo a favorecer nesse espaço uma ação mais reflexiva e crítica (GOULART, 2006).

No PSE, a proposta é que ocorra a articulação entre os setores da saúde e da educação, com o intuito de ampliar o impacto das ações de saúde aos estudantes e seus familiares. Geralmente, a articulação intersetorial é executada pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e as escolas do seu território adstrito, onde devem atender às diversas demandas da comunidade escolar, na perspectiva da atenção integral (BRASIL, 2009a).

Neste sentido, os mecanismos de ação para o Programa alcançar seus objetivos baseiam-se em três componentes, que deverão ser desenvolvidos articuladamente entre os setores, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2011a). São eles:

- I. Avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens;
- II. Promoção da saúde e prevenção;
- III. Educação permanente e capacitação de profissionais da saúde e da educação e de jovens;

Com base nesses componentes de ação do Programa, as principais atividades a serem desenvolvidas, relacionadas ao componente I, são a avaliação nutricional; avaliação da saúde bucal, oftalmológica e auditiva; além da avaliação das condições de saúde nas perspectivas clínica e psicossocial, principalmente em relação ao calendário vacinal e à detecção precoce da Hipertensão Arterial Sistêmica. Em relação às ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos e Doenças, os focos são a promoção da segurança alimentar, da alimentação saudável e da saúde bucal; prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas; promoção de atividades físicas; educação para a Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/AIDS; promoção da Cultura de Paz e prevenção dos diversos tipos de violência; e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2009a).

A saúde escolar inserida na nova proposta de ações de saúde passa a romper com o modelo curativo baseado em ações pontuais assistencialistas, repensando os padrões de atendimento às necessidades em saúde da comunidade escolar. Adota-se neste modelo, parcerias entre os serviços de educação e saúde, de forma a construir planejamentos que se adequem e que retratem o contexto de cada realidade escolar (MARQUES, QUEIROZ, 2012).

O estudo das intervenções em escolas, principalmente relacionadas as atividades do PSE, são importantes para auxiliar no planejamento e no direcionamento de novas estratégias para o alcance dos objetivos propostos pelo programa. Diante da carência de estudos em relação a saúde dos adolescentes atendidos pelo Programa Saúde na Escola em Goiânia, constatou-se a necessidade de desenvolver este estudo com uma amostra representativa deste grupo etário, com o intuito de contribuir para o desenvolvimento de práticas assistenciais mais efetivas.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e de corte transversal. O estudo transversal abrange como sujeito as pessoas ou uma amostra da população, fazendo um recorte temporal, o que permite realizar associações entre as variáveis (ROTHMAN, GREENLAND, LASH, 2008).

### 4.2 Local e população do estudo

Estudo realizado na região leste do município de Goiânia, capital do Estado de Goiás, situado na Região Centro - Oeste do Brasil. De acordo com o IBGE (2010), Goiânia possui uma população residente de 1.302.001 habitantes. A zona urbana do município é geograficamente subdividida em sete Distritos Sanitários de Saúde (Sul, Sudoeste, Oeste, Norte, Noroeste, Campinas Centro e Leste) (FIGURA1).



**Figura 1:** Regiões administrativas do município de Goiânia.

Fonte: GOIÂNIA (2012)

A região Leste é composta por 80 bairros, com uma população estimada de 168.000 habitantes (GOIÂNIA, 2010). Possui 14 Instituições Públicas Básicas de Ensino (IPBE) estaduais e 17 municipais, e conta com ampla cobertura da Estratégia de Saúde da Família - ESF. Esta região, destaca-se como campo de atuação (aulas práticas) dos cursos da área de saúde (medicina, enfermagem, nutrição, odontologia,



farmácia e biomedicina) da Universidade Federal de Goiás. A UFG tem acordo firmado por convênio entre as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e de Educação.

A população do estudo constituiu-se de 1171 adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos matriculados em cinco (5) instituições públicas da rede básica de ensino (Estadual e Municipal), situadas na região leste de Goiânia-GO.

#### **4.3 Período de coleta dos dados**

A coleta de dados nas escolas ocorreu em dias letivos, no período matutino, nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012.

#### **4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

As IPBE foram selecionadas de acordo com a área geográfica, adstrita e com cobertura dos Centros de Saúde da Família CSF / Estratégia Saúde da Família (ESF) e atendidos pelo Programa Saúde na Escola, nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012, totalizando 1171 adolescentes.

A população de estudo foi composta por adolescentes conforme os seguintes critérios de elegibilidade: adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária entre 10 a 19 anos; matriculados nas referidas instituições de ensino (estadual e municipal); e com autorização concedida pelos pais ou responsável legal, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido [TCLE] (**APENDICE A**).

Os adolescentes foram convidados a participar da pesquisa, no momento da consulta de enfermagem, realizada na ocasião da implantação do Programa Saúde na Escola (PSE), nas referidas instituições de ensino.

Foram excluídos os adolescentes que não se dispuseram a participar do estudo; os que não foram autorizados pelos pais ou responsáveis, e aqueles que faltaram à aula no dia da coleta de dados.

#### **4.5 Instrumento e coleta de dados**

Utilizou-se para a coleta de dados um questionário - protocolo preconizado pela Organização Panamericana de Assistência à Saúde [OPAS] (ANEXO-A), o qual foi testado e validado por profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) e equipe técnica da Coordenação do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Ressaltamos que o devido instrumento,

tem sido utilizado pelos enfermeiros (ESF) da Região Leste de Goiânia no cotidiano de suas atividades junto aos adolescentes atendidos pelo Programa Saúde na Escola.

A coleta de dados foi realizada por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG), no momento da consulta de enfermagem (aulas práticas) da disciplina curricular, Enfermagem Hebiátrica, orientados e supervisionados por professora da referida instituição de ensino. A aplicação dos questionários foi realizada em salas disponibilizadas pela escola, respeitando-se a privacidade do adolescente.

#### 4.6 Variáveis do estudo

Para atender os objetivos propostos nesta pesquisa foram utilizados os dados obtidos no protocolo, nos itens referentes a:

- Variáveis relacionadas à categorização do perfil demográfico: idade e sexo.
- Variáveis relacionadas ao perfil antropométrico: índice de massa corporal e estatura para a idade. Adotou-se como referência a proposta da Organização Mundial da Saúde para adolescentes de 10 a 19 anos (WHO, 2007) (QUADROS 1 e 2).

O IMC é definido como a relação entre o peso (kg) e o quadrado da altura (m<sup>2</sup>). A mensuração do peso (kg) foi realizada utilizando balança eletrônica portátil, com capacidade máxima de 150 kg e precisão de 50g. Durante a aferição do peso, o adolescente foi posicionado em posição ortostática, braços estendidos ao longo do corpo, com roupas leves e sem sapatos.

Quadro 1 – Pontos de corte de IMC para a idade estabelecidos para adolescentes.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
< Escore z-3	Magreza acentuada
≥ Escore-z-3 < Escores-z-2	Magreza
≥ Escore-z-2 ≤ Escores-z+1	Eutrófico
Escore-z +1 ≤ Escores-z+2	Sobrepeso
> Escore-z +2 ≤ Escores-z +3	Obesidade
> Escore-z +3	Obesidade grave

Fonte: WHO (2007)

A altura foi aferida utilizando estadiômetro, com fita métrica metálica retrátil, com precisão de 0,1cm, fixado em parede sem rodapé, com a cabeça do adolescente posicionado no plano de Frankfurt.

Quadro 2 – Ponte de corte de estatura para idade estabelecidos para adolescentes.

<b>Valores críticos</b>	<b>Diagnóstico nutricional</b>
< Escore z-3	Muito baixa estatura para idade
≥ Escore-z-3 < Escores-z-2	Baixa estatura para idade
≥ Escore-z-2	Estatura adequada para idade

Fonte: WHO (2007)

- Variáveis relacionados ao estilo de vida: quantidade de refeições por dia e com a família; idade do primeiro uso do tabaco, álcool e outras drogas.

- Variáveis referentes ao comportamento sexual: sexarca (primeira relação sexual), idade da sexarca, tipo de relação sexual (heterossexual ou homossexual); uso de preservativo masculino, número de parceiros sexuais; acometimento por alguma DST e abuso sexual.

#### **4.7 Análise dos Dados**

Os dados foram digitados no programa da Microsoft Office Excel 2013, sendo, posteriormente, transferidos para análise dos dados no programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS 17.0.

A análise foi realizada através da distribuição de frequências, e as diferenças entre as proporções foram analisadas pelos testes de  $\chi^2$  aceitando como nível de significância ( $p < 0,05$ ).

A avaliação antropométrica foi interpretada utilizando o software Anthro-Plus-2007 (WHO, 2007).

#### **4.8 Aspectos Éticos**

Esta pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atualizada para 466/2012 (BRASIL, 1996; 2012b), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital

das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo N° 058/2009  
**(ANEXO-B)**.

## 5. RESULTADOS

A população desta pesquisa constitui-se de 1171 adolescentes, sendo 52,1% do sexo masculino e 47,9% do sexo feminino, estratificados na faixa etária entre 10 a 19 anos (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição estratificada da idade dos adolescentes em relação ao sexo, Goiânia (GO), 2014

Faixa etária (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
10 - 14	349	57,2	292	52,2	641	54,8
15 - 17	237	38,9	235	41,8	472	40,3
18 - 19	24	3,9	34	6,0	58	4,9
Total	610	52,1	561	47,9	1171	100

A Tabela 2 apresenta a distribuição do perfil antropométrico dos adolescentes de acordo com o índice de massa corporal e estatura para a idade. Identificou-se que 74,3% dos adolescentes apresentaram o peso adequado, não havendo diferenças entre os sexos. Entre os entrevistados, 20,4% apresentaram excesso de peso (6,5% obesos e 13,9% sobrepeso). A maioria dos adolescentes (94,1%) apresentaram estatura adequada para a idade.

**Tabela 2** – Distribuição dos adolescentes por sexo e classificação da avaliação antropométrica, de acordo com os valores de score z de Índice de Massa Corporal e Estatura/Idade Goiânia – GO, 2014

Classificação		Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Índice Massa Corporal#</b>	Magreza acentuada	5	0,8	2	0,3	7	0,6
	Magreza	18	2,9	14	2,5	32	2,7
	Eutrófico	456	74,8	413	73,7	869	74,3
	Sobrepeso	80	13,1	82	14,7	162	13,9
	Obesidade	36	6,0	32	5,7	68	5,8
	Obesidade grave	5	0,8	4	0,7	9	0,7
	SI	10	1,6	14	2,4	24	2,0
<b>Estatura / Idade#</b>	Adequada	564	92,5	537	95,7	1101	94,1
	Baixa estatura	15	2,5	17	3,0	32	2,7
	Muito baixa estatura	6	1,0	5	1,0	11	0,9
	SI	25	4,0	2	0,3	27	2,3

#World Health Organization (2007) / SI (sem informação)

A tabela 3 mostra a caracterização do estilo de vida dos adolescentes de acordo com o sexo. A maioria realizou de 4 a 6 refeições por dia (72,6%), com predominância no sexo masculino (75,1%). Verificou-se que 91,7% dos adolescentes, realizaram até três refeições por dia com a presença de familiares, com diferença significativa entre os sexos ( $p \leq 0,001$ ). Em relação ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, 98,2% dos adolescentes nunca fumaram, 93,7% nunca ingeriram bebida alcoólica e 99,0% nunca fizeram uso de drogas ilícitas.

**Tabela 3** - Distribuição dos estilos de vida de adolescentes de acordo com sexo, Goiânia (GO), 2014

Estilos de vida		Masculino		Feminino		Total		p
		N	%	N	%	N	%	
Número de Refeições / dia	1 - 3	140	23,0	159	28,4	299	25,6	0,029*
	4 - 6	459	75,1	391	69,6	850	72,6	
	>7	7	1,2	5	0,9	12	1,0	
	SI	4	0,7	6	1,1	10	0,8	
Número de Refeições / família	0 - 3	558	91,6	516	92,1	1074	91,7	0,004*
	4 - 6	44	7,1	38	6,7	82	7,0	
	>7	1	0,2	-	-	1	0,1	
	SI	7	1,1	7	1,2	14	1,2	
Idade do início do fumo (anos)	Nunca	599	98,2	559	99,6	1158	98,9	#
	10 - 12	1	0,2	-	-	1	0,1	
	13 - 15	3	0,5	-	-	3	0,2	
	≥ 16	2	0,3	-	-	2	0,2	
	SI	5	0,8	2	0,4	7	0,6	
Idade do início do álcool (anos)	Nunca	570	93,3	528	93,9	1098	93,8	0,512
	10 - 12	17	2,9	13	2,4	30	2,4	
	13 - 15	14	2,3	12	2,2	26	2,2	
	≥ 16	5	0,9	5	1,0	10	0,9	
	SI	6	1,0	4	0,7	10	0,9	
Drogas ilícitas	Sim	3	0,5	2	0,4	5	0,4	0,553
	Não	602	98,7	557	99,2	1159	99,0	
	SI	5	0,8	2	0,4	7	0,6	

SI (sem informação); \*nível de significância  $p \leq 0,005$  ; # não houve correlação

De acordo com a tabela 4, menos da metade dos adolescentes entrevistados (22%) já havia tido sua primeira relação sexual (sexarca), sendo a faixa etária predominante entre 12 e 14 anos (10,7%). A média de idade da primeira relação foi de 13,8 anos. Dos participantes sexualmente ativos a maioria afirmou a prática heterossexual (21,2%) e com único parceiro (13,6%). Dentre estes, um baixo percentual (14,7%) afirmou sempre utilizar preservativos durante a prática sexual, sendo o uso mais frequente entre os meninos (16,7%). Em relação ao acometimento por alguma DST, houve predominância entre as meninas (0,9%), com diferença estatística significativa entre os sexos ( $p \leq 0,001$ ).



**Tabela 04** – Distribuição do comportamento sexual de adolescentes de acordo com o sexo, Goiânia (GO), 2014

Comportamento sexual		Masculino		Feminino		Total		p
		N	%	N	%	N	%	
<b>Sexarca</b>	Sim	147	24,1	109	19,4	256	22,0	0,155
	Não	455	74,6	444	79,2	899	76,7	
	SI	8	1,3	8	1,4	16	1,3	
<b>Idade da sexarca (anos)</b>	≤ 11	21	3,5	2	0,4	23	2,0	0,000*
	12 - 14	85	13,9	40	7,1	125	10,7	
	15 - 19	37	6,0	64	11,3	101	8,6	
	SI	12	2,0	11	2,0	23	2,0	
<b>Relação Heterossexual</b>	Sim	140	22,9	108	19,1	248	21,2	0,230
	Não	455	74,6	444	79,2	899	76,7	
	SI	9	1,5	8	1,4	17	1,4	
	N/C	455	74,6	444	79,1	899	76,7	
<b>Relação Homossexual</b>	Sim	6	1,0	1	0,4	7	0,5	0,119
	Não	140	22,9	108	19,1	248	21,2	
	SI	9	1,5	8	1,4	17	1,4	
	N/C	455	74,6	444	79,1	899	76,7	
<b>Parceiros</b>	Único	70	11,5	89	15,9	159	13,6	0,000*
	Vários	61	10,0	14	2,5	75	6,5	
	SI	24	3,9	14	2,5	38	3,2	
	N/C	455	74,6	444	79,1	899	76,7	
<b>Uso de preservativo</b>	Sempre	102	16,7	70	12,5	172	14,7	0,415
	As vezes	23	3,8	24	4,3	47	4,1	
	Nunca	17	2,8	11	2,0	28	2,4	
	SI	13	2,1	12	2,2	25	2,1	
	N/C	455	74,6	444	79,0	899	76,7	

<b>DST</b>	Não	498	81,7	510	90,9	1008	86,0	
	Sim	2	0,3	5	0,9	7	0,6	0,000*
	SI	110	18,0	46	8,2	156	13,4	
<b>Abuso sexual</b>	Sim	4	0,7	11	2,0	15	1,3	
	Não	508	83,2	464	82,7	972	83,0	0,181
	SI	98	16,1	86	15,3	184	15,7	

SI (sem informação); N/C (não contempla); \*nível de significância  $p \leq 0,001$

## 6. DISCUSSÃO

O aumento da epidemia de obesidade tem sido observado em diversos países. Da mesma forma, nota-se que este aumento tem atingido todas as faixas etárias e níveis socioeconômicos (WANG, MONTEIRO, POPKIN, 2002; CAMPOS, LEITE, ALMEIDA, 2006). Segundo dados recentes da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008-2009, a prevalência de excesso de peso na adolescência vem aumentando continuamente em todo o Brasil (IBGE, 2010).

No presente estudo, a prevalência de excesso de peso (20,4% = 13,9% sobrepeso e 6,5% obesidade) observada nos adolescentes avaliados foi semelhante a prevalência nacional de 20,5% (IBGE, 2010). Estudos realizados nas regiões Sul (ADAMI, VASCONCELOS, 2008; VIEIRA et al, 2008), Sudeste (GUEDES et al, 2010) e Nordeste do Brasil corroboram com estes achados (CAMPOS, LEITE, ALMEIDA, 2006). Não houve diferença significativa quanto as prevalências de excesso de peso corporal entre os adolescentes do sexo feminino e masculino.

Apesar de excesso de peso ser mais frequente entre as meninas, estudos populacionais e de base escolar demonstram que, deve-se atentar para os meninos, visto que, ao longo do tempo, a frequência da obesidade tem aumentado continuamente nesse grupo. Entre 1974 e 2009 os meninos aumentaram cerca de seis vezes a prevalência de excesso de peso (de 3,7% para 21,7%) (IBGE, 2010).

O aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade parece estar relacionado a interações complexas entre fatores genéticos e ambientais, sendo as alterações nos padrões nutricionais e de atividade física considerados as maiores responsáveis pelo aumento da adiposidade (MONTEIRO, VICTORA, BARROS, 2004; SUNE et al, 2007, IBGE, 2010; MOREIRA, MURARO, BRITO, 2013).

Dentre os adolescentes avaliados, constatamos que as prevalências de déficit de peso foram baixas, 3,5% no sexo masculino e 4,0 % no sexo feminino. Segundo o critério adotado para a classificação de déficit nutricional, uma prevalência de até 2,5% seria aceitável numa população com bom estado de nutrição. Esses achados corroboram com os do IBGE (2010) e de Marinho (2008), que demonstram um processo de transição nutricional, com diminuição da desnutrição e aumento do sobrepeso e obesidade (BATISTA FILHO, RISSIN, 2003).

Essa redução da desnutrição deve-se à melhoria no grau de escolaridade, aumento do poder aquisitivo das famílias, expansão dos cuidados básicos de saúde, bem como do crescimento dos serviços de saneamento básico (MONTEIRO et al, 2009; LIMA et al, 2010).

A prevalência de baixa estatura entre os adolescentes analisados foi de 3,6%, não havendo diferença entre os sexos. Esses achados foram inferiores aos resultados da POF 2008-2009 (IBGE, 2010), onde 7,6% dos meninos e 6,3% das meninas tinham déficit de altura. Já em Cascavel (PR), os meninos apresentaram maior frequência de baixa estatura (10,7%), e as meninas, a prevalência foi de 7,9% (COSTA et al, 2011).

Em estudo representativo realizado no Brasil mostrou que a prevalência da baixa estatura leve entre adolescentes com idade entre 10 e 19 anos variou de acordo com a classe econômica (IBGE, 2010). As principais causas da baixa estatura leve incluem pré-natal deficiente, pouco ganho de peso durante a gravidez, desmame precoce ou alimentação suplementar inadequada, baixo nível educacional da mãe, insuficiência qualitativa e/ou quantitativa da ingestão de alimentos durante a infância, e alta frequência de infecções (CLEMENTE, 2012).

Uma vez que a alimentação pode exercer influência nos processos de saúde e doença no contexto familiar, o conhecimento acerca do comportamento alimentar dos adolescentes é de grande relevância (ROSSI et al, 2008).

Verificou-se neste estudo que a maioria dos adolescentes realizaram de 4 a 6 refeições por dia (72,6%). Na Bahia, o percentual encontrado foi maior, com 96,6% dos adolescentes realizando três ou mais refeições por dia (SANTOS et al, 2005). Já os resultados de Levy et al (2010), demonstram que 79% dos adolescentes estudados tomavam café da manhã, 93% almoçavam e 94% jantavam, valores elevados para as três refeições principais.

A ingestão alimentar diária distribuída em maior número de refeições implica no consumo de menores porções a cada refeição, além de conter a fome e evitar o jejum prolongado, o que poderia resultar em ingestão excessiva nas refeições principais (almoço e jantar), podendo gerar ganho de peso e conseqüentemente obesidade (BRASIL, 2005).

Constatou-se também que a maioria dos estudantes realizava frequentemente três refeições por dia na presença de familiares (91,7%), com diferença estatística significativa entre os sexos ( $p \leq 0,001$ ).

Os resultados da PeNSE 2012 mostraram que 66,4% dos escolares faziam cinco ou mais refeições na semana com a presença dos pais ou responsáveis. Na Região Sul, foi observado o maior percentual (71,1%) e, na Região Sudeste, o menor (64,6%). Com relação aos Municípios das Capitais, a maior proporção foi observada em Florianópolis (71,5%) e a menor, em Salvador (47%) (BRASIL, 2013).

As refeições realizadas em família de maneira constante e frequente, além de influenciar nas escolhas alimentares também socializam os jovens e os ensinam sobre comunicação, estilos de vida, nutrição e bons hábitos alimentares (BRASIL, 2008a).

O hábito de realizar refeições em família tem sido inversamente associado com o uso de tabaco, álcool, droga e baixo rendimento escolar. E ainda, é fator protetor contra comportamentos alimentares inadequados, como práticas não saudáveis para controlar o peso e compulsão alimentar (ARAKI et al, 2011).

As refeições em família representam um importante evento na promoção de uma alimentação saudável. Os alimentos servidos e as refeições oferecidas, em geral, são determinados pela família, ou seja, se a mesma se alimenta em casa ou se faz as refeições fora do lar (ROSSI et al, 2008).

Esses resultados apontam para a necessidade de intensificação e ampliação das ações de promoção de saúde dirigidas a jovens. Programas de educação nutricional e políticas públicas de saúde vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de promover práticas alimentares saudáveis, a fim de prevenir agravos à saúde (SANTOS, 2005). Por meio desses programas, é possível instruir e mobilizar crianças, jovens, famílias e comunidades quanto à adoção de hábitos saudáveis e a criação de ambientes saudáveis e espaços para prática de exercício físico, que trarão melhor qualidade de vida à população (BRASIL, 2008a).

Em relação ao comportamento sexual, observamos que a média de início da vida sexual dos adolescentes está bem próxima aos 14 anos (13,8%) para ambos os sexos. Grande parte das meninas informou ter tido a primeira relação sexual entre os 15 e 19 anos (11,3%), enquanto mais da metade dos meninos (13,9%) iniciou mais precocemente, entre 12 a 14 anos ( $p \leq 0,001$ ).

Resultados semelhantes foram encontrados em uma amostra representativa de adolescentes brasileiros entre 13 e 19 anos, segundo estudos da PeNSE (IBGE, 2009) a média geral da primeira relação sexual foi de 14,9 anos, resultados também encontrados em outros estudos (CERQUEIRA-SANTOS, KOLLER, WILCOX, 2008; PAIVA et al, 2008;; MALTA et al, 2011; MARINHO et al, 2013; OLIVEIRA, 2013).

Segundo a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP), realizada com indivíduos de 15 a 64 anos de idade, com representação em todo território nacional, no ano de 2008 e publicada pelo MS em 2011, revelam que há maior porcentagem de homens (36,9%) do que de mulheres (17%) tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade, apontado para um padrão de menor idade masculina na primeira relação sexual (BRASIL, 2011).

As diferentes influências sociais e culturais de gênero relativas à prática sexual que acometem homens e mulheres podem explicar essa informação. Enquanto os homens têm sua iniciação sexual exigida como uma etapa simbólica de passagem à vida adulta, de forma oposta as mulheres ainda são pressionadas para abstinência antes do matrimônio (MARINHO, AQUINO, ALMEIDA, 2009; HUGO et al, 2011).

Em relação ao número de parceiros sexuais, entre os adolescentes predominou a existência de vários parceiros sexuais (10,0%) enquanto para as meninas foi mais frequente o relato de parceiro único (15,9%), com diferença estatística significativa ( $p=0,00$ ). Esses resultados corroboram com a literatura, a qual afirma que homens possuem maior número de parceiras sexuais (ANTUNES et al, 2002; GOMES et al, 2002; TEIXEIRA et al, 2006). Em média o número de parceiros é maior para os rapazes (4,92 parceiras/ano) do que para as moças (1,72 parceiros/ ano) (MELO NETO, CERQUEIRA-SANTOS, 2012).

As adolescentes, em média, apresentam um número menor de parceiros por ano, sendo que a maior parte das suas relações sexuais ocorrem em um contexto de relacionamento fixo. Os meninos, por sua vez, apresentam médias maiores de parceiras no mesmo período de tempo e suas relações ocorreram tanto em contexto de relacionamento fixo quanto não fixo (CRUZEIRO et al, 2010).

Para os homens, a diversidade de parceiras implica o maior uso do preservativo, enquanto para as mulheres observa-se uma relação inversa. Pode ser constatado que a iniciativa do uso da camisinha na relação sexual é atribuída quase sempre ao

homem, de modo que se a mulher assume essa função passa a ser vista como “fácil” e sem valor. Aliado a isso tem-se a visão de mulher associada à passividade e dependência, o que acaba por vulnerabilizá-la diante da DST/aids, na medida em que pode exercer pouca influência nas decisões referentes à sua sexualidade (SAMPAIO et al, 2011).

É interessante notar aqui que essas mulheres, possivelmente, encontram maior dificuldade em negociar com os parceiros não apenas o uso do preservativo, mas também discutir o próprio relacionamento (TEIXEIRA et al, 2006).

A menarca e a sexarca precoce tornam as adolescentes vulneráveis às DST, à AIDS e à gravidez. No presente estudo, 80,2% das adolescentes já haviam tido a menarca, sendo a idade média aos 12 anos. A precocidade da menarca na adolescência nos remete à necessidade da orientação sexual precoce, para garantir a efetividade das informações sobre sexualidade num caráter preventivo, pois as tendências de queda da idade média da menarca e da iniciação sexual aparecem associadas à gravidez na adolescência (CABRAL, 2003; BRETAS, OHARA, JARDIM, 2008; MELO NETO, MALTA et al, 2011; CERQUEIRA-SANTOS, 2012; OLIVEIRA, 2013).

No presente estudo, entre os jovens sexualmente ativos, a maioria (86%) afirmou que nunca teve qualquer DST. Dentre os que já apresentaram queixas, houve predomínio entre as adolescentes 0,9% ( $p \leq 0,001$ ). Contrair DST é uma grande consequência dos comportamentos sexuais de risco; portanto, o baixo índice declarado não é conclusivo, mas pode ser considerado como fator positivo para as políticas de saúde.

Deve ser considerado que o baixo número de parceiros sexuais contribui para redução de contaminação de DST. Além disso, estudos desse tipo também devem considerar que várias DST podem não ter manifestado sintomas nesta população, ou seja, os participantes não sabem do seu estado de contaminação (MELO NETO, CERQUEIRA-SANTOS, 2012).

E ainda, os tabus e preconceitos fazem com que as pessoas evitem buscar cuidados especializados, principalmente adolescentes do sexo feminino, que precisam de especial atenção, já que, pelo Ministério da Saúde, em diversos casos de DST, não é fácil distinguir os sintomas das reações orgânicas comuns do organismo feminino (BARROS, 2002; BRASIL, 2010).

Os hábitos sexuais começam no início da atividade sexual e perduram ao longo da vida, por isto a importância do comportamento seguro desde a adolescência (HUGO et al, 2011).

A elaboração e implementação de estratégias de promoção da saúde reprodutiva e sexual dos adolescentes deve ser considerada, sem que haja generalizações entre os diferentes indivíduos pertencentes a diferentes grupos de diferentes classes sociais. Essas estratégias deveriam alcançar, não somente o adolescente que já está engajado na atividade sexual, mas sim, também aquele que ainda não iniciou a vida sexual, daí a importância de se conhecer a idade da primeira relação, estimulando e inserindo atitudes de responsabilidade em relação à sexualidade e reprodução, preparando-o assim para um início da vida sexual sem riscos (BERGAMIN, BORGES, 2009).



## 7. CONCLUSÃO

- A pesquisa foi realizada com 1171 escolares, de cinco instituições da rede básica de ensino da região leste de Goiânia-Go, sendo duas escolas estaduais e três municipais.
- Dentre os adolescentes participantes do estudo, 54,8% estavam na faixa etária entre 10 a 14 anos.
- A maioria dos adolescentes apresentou peso e altura adequada para idade, respectivamente 74,2% e 94,1%. Nota-se que 20,4% estavam com excesso de peso, não havendo diferença entre os sexos.
- A maioria dos adolescentes realizou de 4 a 6 refeições por dia (72,6%), sendo que 3 refeições aconteceram na presença de familiares (91,7%).
- A média da primeira relação sexual foi 13,8 anos, sendo predominante no sexo masculino a faixa etária entre 12 a 14 anos (13,9%) e no sexo feminino entre 15 a 19 anos (11,3%).
- Houve diferença significativa entre os sexos ( $p=0,000$ ) quanto ao número de parceiros sexuais, sendo que entre os meninos foi mais frequente a existência de vários parceiros (10%), enquanto para as meninas predominou o único parceiro (15,9%).
- O acometimento por alguma DST foi mais frequente entre as adolescentes (0,9%).

Ao finalizar este processo de pesquisa, estudo e elaboração de conhecimento, buscamos cumprir com o objetivo de entregar resultados confiáveis, válidos e coerentes com os objetos de estudo propostos. Esses achados tornam-se relevantes como subsídios para o desenvolvimento de ações e intervenções pelo Programa Saúde na Escola no município de Goiânia.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todos os cuidados, deve-se considerar algumas limitações, como a possibilidade de ter ocorrido algum viés de informação sobre o comportamento sexual e o uso de álcool, tabaco e outras drogas, temas de natureza delicada e que pode causar constrangimento quanto ao sigilo das informações coletadas.

Em virtude da utilização de questionários com perguntas objetivas, alguns resultados levantaram dúvidas, que não puderam ser respondidas por esta pesquisa. Questões como o tipo de parceiro com quem o adolescente estabelece a primeira relação sexual, os motivos para não utilizar o preservativo e as diferenças de gênero encontradas, poderiam ser mais bem exploradas em estudos qualitativos.

Este estudo mostrou a importância da continuidade de projetos e programas já existentes, como Programa Saúde na Escola que há vários anos vem sendo divulgado e implantado no município de Goiânia. Por meio de um diagnóstico mais preciso sobre a realidade da saúde dos adolescentes, as instituições envolvidas como as Secretarias de Saúde e Educação em parceria com as Universidades podem planejar ações específicas para atender as necessidades de saúde e bem estar dos adolescentes do município de Goiânia. Contudo, este estudo também pode permitir a devolutiva para a gestão pública dos resultados encontrados.

## REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ADAMI, F.; VASCONCELOS, F. A. G. de. Obesidade e maturação sexual precoce em escolares de Florianópolis - SC. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 11, n. 4, Dec. 2008 .
- ALAVARSE, G.M.A.; CARVALHO, M.D.B. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Dec. 2006.
- ALMEIDA, M.C.C. et al. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.5, Oct. 2003.
- ALMEIDA FILHO, A. J. et al. O adolescente e as drogas: consequências para a saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, dez.2007.
- AMORIM, M. M. R. et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, Aug. 2009.
- ANDRADE, D.W.P. et al. Adolescência: pane no sistema – configurando responsabilidades. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, jan/mar, 2011.
- ANJOS, R. H. D. dos et al. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.4, Aug. 2012.
- ARAKI, E. L. et al. Padrão de refeições realizadas por adolescentes que frequentam escolas técnicas de São Paulo. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 29, n. 2, p. 164-70, June 2011.
- ARAUJO, C. et al. Estado nutricional dos adolescentes e sua relação com variáveis sociodemográficas: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v.15, supl. 2, p. 3077-2084, Oct. 2010 .
- ÁRIES, P. **História social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- AYRES, J.R.C.M. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/ Programa de DST/AIDS. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Bol Epidemiol**; v. 15, n.3, p. 2-4, 1997.
- BARRETO, A. C. M.; SANTOS, R.S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 809-816, Dec. 2009.
- BARBOSA JUNIOR, A. et al. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 727-737, Apr. 2009.
- BARRETO, A. C. M.; SANTOS, R.S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 809-816, Dec. 2009.

BARROS, M.N. Saúde sexual e reprodutiva. In: M. de L.J. CONTINI (Coord.). **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Psicologia, p. 46-54, 2002.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.65-76, 2000.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p.181-191, 2003 .

BATISTA, A.B.; MARTINS, A.L.M. Conhecimento de adolescentes sobre o uso de preservativo masculino. **Cenarium Pharm**; ano 4, n. 4, p. 1-30, maio/nov 2011.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 479-87, Aug. 2004.

BERETTA, M.I.R. et al. A construção de um projeto na maternidade adolescente: relato de experiência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 533-36, Apr. 2011 .

BERGAMIN, M.D.; BORGES, A.L.V. Fatores associados à iniciação sexual entre adolescentes da zona oeste do município de São Paulo. **Rev Gaúcha de Enfermagem**. Porto alegre (RS), vol. 30, n. 3, 420-8, set 2009.

BERNARDY, C.C.F.; OLIVEIRA, M.L.F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], vol.44, n.1, p11-17, Mar. 2010.

BORDIN, S. et al. **Sistemas diagnósticos em dependência química – conceitos básicos e classificação geral**. In: FLIGIE, NB; BORDIN, S; LARANJEIRA, R. (Org.) Aconselhamento em dependência química. 2ªed. São Paulo: Roca, 2010.

BORDIN, S. et al. **Abuso de álcool, tabaco e outras drogas na adolescência**. In: FLIGIE, NB; BORDIN, S; LARANJEIRA, R. (Org.) Aconselhamento em dependência química. 2ªed. São Paulo: Roca, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde – DAPS. Coordenação Materno-Infantil – COMIN. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm) [acesso em 20/08/2013]

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 236p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. **Política Nacional da Atenção à Saúde**. Brasília: 2006a. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.286, 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde nas Escolas. Brasília, DF, 2007. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)>. Acesso em: 12 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas: série A**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico AIDS e DST**. Ano V, no. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: 2008d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Ano VI - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2009, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Brasil acelera redução de gravidez na adolescência**. Brasília. 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Juridical aspects of the attention to victims of violence: questions and answers for health professionals**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010d.

\_\_\_\_\_. **Relatório do Disk Denúncia Nacional de maio de 2003 a agosto de 2010**. Brasília: SEDH, 2010e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. PCAP – 2008 - **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos de idade** [Internet]. Brasília; 2011b. [citado 2013 nov. 11]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/pcap-2008>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – HIV - DST**. Ano I - nº 1 – até 52ª sem, dez, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> [acesso em 20/08/2013]

\_\_\_\_\_. Saúde de adolescentes e jovens. **Caderneta**. Acessado em 15/04/2013, de <http://portal.saude.gov.br/saude/.2013a>

\_\_\_\_\_. **Indicadores sociais. Crianças e adolescentes**. Acessado em 15/04/2013, de <http://www.ibge.gov.br/home/>, 2013b

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990**. BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Acessado em 15/04/2013, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069), 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013d

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.

BRÊTAS, J.R.S.; OHARA, C.V.S.; JARDIM, D.P. O comportamento sexual de adolescentes em algumas escolas no município de Embu, São Paulo, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS); v. 29, n. 4, p. 581-7, dez 2008.

BRÊTAS, J.R.S. et al. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. **Rev esc enferm USP**; v. 43, n. 3, p. 551-7, 2009.

- BRÊTAS, J.R.S. Vulnerabilidade e adolescência. **Rev Soc Bras Enferm Ped**, v.10, n.2, 89-96, dez, 2010.
- BRINO, R.F.; WILLIAMS, L.C.A. Concepções da professora acerca do abuso sexual infantil. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Autores Associados, Julho, 2003.
- BUENDGENS, B.B.; ZAMPIERI, M.F.M. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. **Esc Anna Nery** (impr.), jan-mar; v.16, n. 1, p. 64- 72, jan-mar, 2012.
- CABRAL, CS. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 19, Supl 2, p. 283-92, 2003.
- CAMPOS, L.A.; LEITE, A.J.; ALMEIDA, P.C. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares adolescentes do município de Fortaleza. **Rev Nutr**; vol. 19, n. 5, pp. 531-8, 2006.
- CAPISTRANO, F.C. et al. Perfil Sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Esc Anna Nery**, abr/jun; vol.17, n. 2, pp. 234-241, 2013.
- CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil – 2001**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional; 2002. p. 480.
- CARLINI, E.A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.
- CARNIEL, E. F. et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v. 6, n. 4, p. 419-426, 2006.
- CARVALHO, E.A.A. et al. Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. **Rev Med Minas Gerais**; v. 23, n. 1, p. 74-82, 2013.
- CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S.H.; WILCOX, B. Condom use, contraceptive methods, and religiosity among youths of low socioeconomic level. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 11, n. 1, p. 94-102, 2008.
- CLEMENTE, A.P.G. et al. A baixa estatura leve está associada ao aumento da pressão arterial em adolescentes com sobrepeso. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]; v.98, n.1, p. 06-12, 2012.
- CODES, J.S. et al. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**; v. 22, n. 2, p. 325-34, 2006.
- COELHO, L.G.; CANDIDO, A.P.; MACHADO-COELHO, G.L.; FREITAS, S.N. Association between nutritional status, food habits and physical activity level in schoolchildren. **J Pediatr** (Rio J); v. 88, n.5, p. 406-12, sept-oct, 2012.

- COLLI, A.S. Conceito de adolescência. In: Marcondes E., Vaz F.A.C, Ramos J.L.A., Okay, Y., organizadores. **Pediatria Básica**. 9 ed. São Paulo: Sarvier; p. 653-711, 2002.
- COSTA, M.C.D. et al. Estado nutricional de adolescentes atendidos em uma unidade de referência para adolescentes no Município de Cascavel, Estado do Paraná, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 355-361, jul-set. 2011.
- COSTA, R.F. et al. Cuidado ao adolescente: contribuições para a enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 197-202, abr/jun. 2012.
- COSTA, C.C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev esc enferm USP** [online]; v. 47, n. 1, p. 152-9, 2013.
- COUTINHO, J.G. et al. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 2, p. S332-S340, 2008.
- CRUZEIRO, A. L. et al. Comportamento sexual de risco: fatores associados número de parceiros sexuais e ao uso de preservativos em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl.1, p. 1149-1158, 2010.
- DAVIM, R.M.B et al. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 2, p. 131-140, abr./jun.2009.
- DESLANDES, S. et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1633-1645, ago. 2011.
- DIAS, A.C.G.; TEIXEIRA, M.A.P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**, v. 20, n. 45, p. 123-131, 2010.
- DREZETT, J. et al. Contribution to the study of the sexual violence against the adolescent: a perspective of sexual and reproductive health and violation of human rights. **Adolescência e Saúde**: v. 1, n. 4, p. 31-9, 2004.
- DREZETT, J. et al. Influência do exame médico-legal na responsabilização do autor da violência sexual contra adolescentes. **Rev Bras Cresc e Desenv Hum**; v. 21, n. 2, p. 189-197, 2011.
- DUARTE, C.M. et al. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 19, n. 4, p. 236-243, 2006.
- DUARTE, C. E.; MARIHISA, R.S. **Experimentação, uso e abuso e dependência de drogas**.In: SENAD. Prevenção do uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho – Conhecer para ajudar. 3. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.
- FARIAS JUNIOR, G.; OSORIO, M.M. Padrão alimentar de crianças menores de cinco anos. **Rev Nutr**; Campinas, v.18, n. 6, p. 793-802, dec. 2005.
- FARIAS JÚNIOR, J.C et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Rev Panam Salud Publica** v. 25, n. 4, Apr. 2009.
- FILIPINI, C.B. et al. Transformações físicas e psíquicas: um olhar do adolescente. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 22-29, jan/mar, 2013.



FONSECA, M.G.; SZWARCOWALD, C.L.; BASTOS, F.I. Análise sociodemográfica da epidemia da AIDS no Brasil, 1989-1997. **Cad Saude Publica**; v. 36, n. 6, p. 678-685, Dec. 2002.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm**; v. 59, n. 4, p. 532-7, 2006.

FRANCESCHINI, S.C.C. et al. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. **Rev Nutr**, v. 15, n. 2, p. 171-179, 2003.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Pequenas Vítimas. Relatório UNICEF – Situação da Infância Brasileira 2006**. Brasília: UNICEF. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/>>. Acesso em: 8 out. 2013.

\_\_\_\_\_ **O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades / Fundo das Nações Unidas para a Infância**. – Brasília, DF: UNICEF, 2011.

GIGANTE, D.P. et al. Tendências no perfil nutricional das crianças nascidas em 1993 em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: análises longitudinais. **Cad Saude Publica**; v. 19, supl. 1, p. 141-7, 2003.

GIRON, M.P.N.; SOUZA, D.P.; FULCO, A.P.L. Prevenção do tabagismo na adolescência: um desafio para a enfermagem. **Reme – Rev. Min. Enferm**; v. 14, n. 4, p. 587-594, out./dez. 2010.

GOMES, W.A. et al. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 4, p. 301-308, 2002.

GOMES, C.M.; HORTA, N.C. Promoção da saúde do adolescente em âmbito escolar. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 486-499, out./dez. 2010.

GOULART, R.M.M. Promoção de saúde e o programa escolas promotoras da saúde. **Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde**; v. 1, n. 1, p. 05-13, 2006.

GUBERT, D., MADUREIRA, V.S. Iniciação sexual de homens adolescentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n. 4, p. 1119-1128, 2009.

GUEDES, D.P. et al. Impacto de fatores sociodemográficos e comportamentais na prevalência de sobrepeso e obesidade de escolares. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**; v.12, n. 4, p. 221-31, 2010.

GUIMARÃES, B.E.M. et al. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes - um desafio para os profissionais de saúde do município de Goiânia – GO. **Revista da UFG**, v. 6, n. 1, jun. 2004.

HABGZANG, L.F.; RAMOS, M.S.; KOLLER, S.H. A revelação do abuso sexual: as medidas adotadas pela rede de apoio. **Psic: Teor e Pesq, Brasília**, v. 7, n. 4, p. 467-73, Out-Dez. 2011.

HEILBORN, M. L. et al. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

HENRIQUES, B.D.; ROCHA, R.L.; MADEIRA, A.M.F. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. **Rev Med Minas Gerais**; v. 20, n. 3, p. 300-309, 2010.

HIGARSHI, I.H. et al. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Rev. Enferm. UERJ**. v.19, n. 3, p. 375-380, jul-set, 2011.

HORTA, N.C.; MADEIRA, A.M.F.; ARMOND, L.C. **Desafios na atenção à saúde do adolescente**. In: Borges ALV, Fujimori E. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. São Paulo: Manole; p.119-41, 2009.

HORTA, N.C.; SENNA, R.R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas no Brasil: um estudo de revisão. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p. 475-495, 2010.

HUGO, T.D.O. et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual entre jovens: estudo de base populacional. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2207-2214, nov.2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003 (POF). Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil** [cited 2013 Jan 10]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2003medidas/default.shtm>

\_\_\_\_\_(IBGE). **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2009**. Coordenação de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro, 2009.

\_\_\_\_\_(IBGE). **Censo Demográfico 2010: resultados preliminares**, 2010.

\_\_\_\_\_(IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2008/2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [Citado em 2013 Jan 9]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.

\_\_\_\_\_(IBGE). **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2012**. Coordenação de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro, 2013.

KOOB, G.F.; LE MOAL, B.M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. **Neuropsychopharmacology**, Feb; v. 24, n. 2, p. 97-129, 2001.

KRINSKI, K. et al. Estado nutricional e associação do excesso de peso com gênero e idade de crianças e adolescentes. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum**, v.13, n.1, p. 29-35, 2011.

LEVY, R.B. et al. Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, São Paulo, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**; v. 13, n. 3, p. 457-67, 2010.

LEAL, V.S. et al. Excesso de peso em crianças e adolescentes no Estado de Pernambuco, Brasil: prevalência e determinantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1175-1182, jun, 2012.

LEITE, I.C.; RODRIGUES, R.N.; FONSECA, M.C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 474-481, 2004.

LEVY, R.B. et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 2, p. 3085-3097, 2010.

LIMA, A.L.L. et al. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). **Rev. Saúde Pública**; v. 44, n. 1, p. 17-27, 2010.

LÍRIO, L.C. A construção histórica da adolescência. **Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo**: EST, v. 1, p.1675-1688, 2012.

- LISBOA, M.R.; LERNER, K. O perigo de ser adolescente: discursos e representações sobre cuidado e risco na promoção de saúde. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, supl. 4, fev. 2013.
- LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L.B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Rev Med (São Paulo)**, v. 89, n. 2, p. 70-5, abr-jun. 2010.
- MACHADO, N.G. et al. Uso de drogas e a saúde sexual de adolescentes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro; v. 18, n. 2, p. 284-90, abr/jun. 2010.
- MALTA, D.C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 2, p. 3009-3019, 2010.
- MALTA, D.C. et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev Bras Epidemiol**; v. 14, supl. 1, p. 147-56, 2011.
- MALTA, D.C. et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Rev Bras Epidemiol**; v. 14, Supl.1, p. 136-46, Sept. 2011.
- MARINHO, C.L. **Estado nutricional de crianças de 0 a 10 anos acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) na 1ª coordenadoria regional de saúde do estado do Rio Grande do Sul, Brasil**. [Course conclusion article]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
- MARINHO, L.F.B.; AQUINO, E.M.L.; ALMEIDA, M.C.C. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. **Cad Saúde Pública**; v. 25, supl. 2, p. 227-239, 2009.
- MARINHO, T.M.S. et al. Opinião e comportamento relacionados à sexualidade de adolescentes atendidos em serviço de saúde no Nordeste do Brasil. **Adolesc. Saúde**; v. 10, Supl. 1, p. 7-15, 2013.
- MARQUES, J.L.; QUEIROZ, M.V.O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev Gaucha Enferm**, v. 33, n. 3, p. 65-72, 2012.
- MARTINEZ, E.Z. et al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, vol.27, n.5, p. 855-867, 2011.
- MARTINS, L.B.M. et al. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 57-64, 2006.
- MARTINS, C.B.G. et al. Sexualidade na adolescência: mitos e tabus. **Cienc. enferm.**, Concepción , v. 18, n. 3, p. 25-37, 2012 .
- MELLO, E.D.; LUFT, V.C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **J. Pediatr (Rio J.)**; v. 80, n. 3, p. 173-82, jun. 2004.
- MELO NETO, O.C.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Comportamento Sexual e Autoestima em Adolescentes. **Contextos Clínicos**, v. 5, n. 2, p. 100-111, julho-dezembro, 2012.
- MEYER, D.E.E. et al. “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1335-42, 2006.

MIRANDA, F.R.D. et al. Pré-natal na adolescência: uma revisão crítica. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 43-50, abril, 2013.

MONTEIRO, P.; VICTORA, C.; BARROS, F. Fatores de risco sociais, familiares e comportamentais para a obesidade em adolescentes. *Rev Panam Salud Publ*; v. 16, n. 4, p. 250-7, 2004.

MONTEIRO, C.A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev. Saúde Pública*; v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

MOREIRA, R.B. **Composição corporal de escolares de 10 a 15 anos: um estudo longitudinal**. [Dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

MOREIRA, N.F.; MURARO, A.P.; BRITO, F.S.B. Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. *Arq Bras Endocrinol Metab*; v. 57, n. 7, Oct. 2013.

MOUTINHO, E.C.V.S.; LOPES, G.T. Enfermeiro do programa saúde da família da família: conceitos e crenças sobre drogas e modelos teóricos explicativos. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro; v. 16, n. 1, p. 51-7, jan/mar. 2008.

MUZA, G.M.; COSTA, M.P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 321-328, jan-fev, 2002.

NERY, I. S. et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. *Rev Bras Enferm*; v. 64, n. 1, p. 31-37, 2011.

OLIVEIRA, P.C. **Estudo do comportamento e conhecimentos em sexualidade entre adolescentes de Goiânia – Goiás** [Dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2013. 100p.

OLIVEIRA, D.C. et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm*; v. 13, n. 4, p. 833-41, out/dez, 2009.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Adolescent Health**. Disponível em: [http://www.who.int/features/factfiles/adolescent\\_health/facts/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/en/index.html), 2010. Acesso em: 19.05.2013

\_\_\_\_\_. Organização Mundial de Saúde. Health topics: Adolescent health. Disponível em: [http://www.who.int/features/topics/adolescent\\_health/facts/en/>](http://www.who.int/features/topics/adolescent_health/facts/en/>), 2011. Acesso em: 05.10.2013

OUTEIRAL, J.O. **ADOLESCER: Estudos sobre adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, supl.1, p. 45-53, 2008.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. **Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online], vol.26, supl.1, p. 14-17, 2004.

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sócio-demográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e Drogas (CAPS ad). *J. bras. psiquiatr*; v. 59, n. 4, p. 317-21, 2010.

- PENSO, M.A. et al. 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.
- PESSALACIA, J.D.R. et al. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Rev Bioethikos** – Centro Universitário São Camilo, v. 4, n. 4, p. 423-430, 2010.
- PINHEIRO, R.R.; CORREIA, M.G. Violência Sexual Infantojuvenil em Natal: uma avaliação dos programas sociais. **INTERFACE** – Natal/RN; v.9, n.2, jul/dez, 2012.
- QUEIROS, S. **Fatores de risco e de proteção para consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes**. In S. D. Seibel, (Org). *Dependência de drogas*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.
- RAMOS, M.L.M. et al. Sobrepeso e obesidade em escolares de 10 a 14 anos. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza, v. 26, n. 2, p. 223-232, abr./jun., 2013.
- REIS, C.E.G.; VASCONCELOS, I.A.L.; OLIVEIRA, O.M.V. Panorama antropométrico dos escolares brasileiros. **Rev Paul Pediatr**; v. 29, n. 1, p. 108-16, 2011.
- REIS, D.C. et al. Vulnerabilidades e necessidades de acesso a atenção primária a saúde na adolescência. **Cienc Cuid Saúde**, v. 12, n. 1, p. 63-71, jan/mar, 2013.
- RIBEIRO, T.W.; PERGHER, N.K.; TOROSSIAN, S.D. Drogas e adolescência: uma análise da ideologia presente na mídia escrita destinada ao grande público. **Psicol Reflex Crit**; v. 11, n. 3, 1998.
- RIBEIRO, M.A., FERRIANI, M.G.C., REIS, J.N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 456-464, 2004.
- ROCHA, G.O.R.; LEMOS, F.C.; LÍRIO, F.C. Enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil: políticas públicas e o papel da escola. **Cadernos de Educação | FaE/PPGE/UFPel** | Pelotas, v. 38, p. 259 - 287, janeiro/abril, 2011.
- ROMAGNA, E.S. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma unidade básica de saúde em Canoas, Rio Grande do Sul, e comparação do diagnóstico nutricional entre os gráficos do CDC 2000 e da OMS 2006. **Scientia Medica** (Porto Alegre); v. 20, n. 3, p. 228-231, 2010.
- ROSSI, A.; MOREIRA, E.A.M; RAUEN, M.S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr.** [online], v.21, n.6, p. 739-748, 2008.
- ROTHMAN, K.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. **Modern Epidemiology**. 3 ed. Philadelphia USA: Lippincott Williams, 2008.
- RUZANY, M. H. et al (2002). Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 639-649, mai-jun, 2002.
- SAMPAIO, J. et al. Ele não quer usar camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.1, p.171-181, 2011.
- SANCHEZ, Z.V.M., OLIVEIRA, L.G., NAPPO, A.S. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciênc Saúde Coletiva**; v. 9, n. 1, p. 43-55, 2004.

SANTOS, B.R. **Métodos para a identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. 2 ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Ministério da Educação; 2004.

SANTOS, J.S. et al. Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas, Bahia. **Rev Nutr**; v. 18, n. 5, p. 623-32, Oct. 2005.

SANTOS, L.A. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev Nutr**; v. 18, n. 5, p. 681-92, Sept/Oct, 2005.

SANTOS, A. A.G et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.17, n.5, p. 1275-1284, 2012.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Cienc Saude Colet**; v.10, n.3, p. 707-717, 2005.

Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. **Aspectos da epidemia de AIDS entre homossexuais e bissexuais masculinos no estado do Rio de Janeiro**. [Internet]. [acesso em 30 abril 2013]. Disponível em [www.saude.rio.rj.gov.br/](http://www.saude.rio.rj.gov.br/).

Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia [cited 2013 out 03]. Distritos Sanitários ocupam territórios e facilitam ações da saúde. Goiânia. Available from: [http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/2011/12/26122011\\_distritos.shtml](http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/2011/12/26122011_distritos.shtml).

SILVA, L.M.P; FERRIANI, M.G.C.; SILVA, M.A.I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Rev. bras. enferm.** [online], v.64, n.5, p. 919-924, 2011.

SILVEIRA, R.E; SANTOS, A.S. Contextos de vulnerabilidade entre adolescentes do ensino fundamental de Uberaba (MG). **Enfermagem em Foco**; v. 3, n. 4, p. 182-185, 2012.

SOUZA, T.A. et al. Gravidez na adolescência: percepções, comportamentos e experiências de familiares\*. **Rev Rene**; v. 13, n. 4, p. 794-804, 2012.

SOUZA LEÃO, L. M. **Saúde do Adolescente: atenção integral ainda no plano da utopia**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Recife: NESC – Instituto de Pesquisas Ageu Magalhães. Fiocruz, 2004.

SUNE, F.R. et al. Prevalência e fatores associados para sobrepeso e obesidade em adolescentes de uma cidade no Sul do Brasil. **Cad Saude Publica**; v. 23, n. 6, p. 1361-71, 2007.

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE - SPAIS. Secretaria de Saúde de Goiás. **Perfil epidemiológico do HIV/Aids e coinfeções no estado de Goiás. Goiânia (Goiás): SES; 2012.** Disponível em [http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_502\\_PerfilAdaAAidsAnoAEstadoAdeAGoiasAAeAcoinfecoes.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_502_PerfilAdaAAidsAnoAEstadoAdeAGoiasAAeAcoinfecoes.pdf). Acesso em 14 de novembro de 2013.

SZWARCWALD, C. L. et al. Comportamento de risco dos conscritos do exército brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais socioeconômicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Fiocruz, v.16, supl.1, p. 113-128, 2000.

TAQUETTE, S.R., VILHENA, M.M., PAULA, M.C. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: Um estudo transversal com adolescentes do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, 282-290, 2004.

TAQUETTE, S.R. et al. Relatos de experiência homossexual em adolescentes masculinos. **Ciênc Saude Coletiva**; v. 10, n. 2, p. 399-407, Apr/June, 2005.

TAQUETTE, S.R. et al. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**; v. 44, n. 4, p. 467-470, jul-ago, 2011.

TEIXEIRA, A.M.F.B. et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p. 1385-1396, 2006.

TRAVERSO-YEPEZ, M.A.; PINHEIRO, V.S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicol. Soc. [online]**, v.14, n.2, p. 133-147, 2002.

TRAVI, M.I.C.; BASTOS, P.R.H.O.; PONTES, E.R.J.C. Prevalência de sobrepeso, obesidade e circunferência abdominal alterada em escolares de 6 a 11 anos de idade em Campo Grande/MS. **Rev Bras em Promoção Saúde**; v. 24, n. 1, p. 54-62, 2011.

VASCONCELOS, M.B. et al. Estado nutricional e tempo de tela de escolares da Rede Pública de Ensino Fundamental de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 713-722, abr, 2013.

VENTURA, M. Direitos **Reprodutivos no Brasil**. FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA. 3ª ed. 2009.

VIEIRA, M.F.A. et al. Estado nutricional de escolares de 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental das escolas urbanas da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.24, n.7, p. 1667-1674, 2008.

VIEIRA, R.P. et al. Assistência a saúde e demanda dos serviços na Estratégia Saúde da Família: a visão dos adolescentes. **Cogitare Enferm**; v. 16, n. 4, p. 714-20, out/dez, 2011.

XIMENES NETO, F.R.G. et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 3, p. 279-285, 2007.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B.M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. **Am J Clin Nutr**;v. 75, n. 6, p. 971-7, 2002.

World Health Organization. (WHO). **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.

\_\_\_\_\_ (WHO). **Guidelines for medico- legal care for victims of sexual violence**. Geneve; 2003.


\_\_\_\_\_ (WHO). **Discussion papers on adolescence. Nutrition in adolescence – issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development**. Geneva: WHO, 2005

\_\_\_\_\_ (WHO). **Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015: breaking the chain of transmission**. Geneva: WHO; 2007.

\_\_\_\_\_ (WHO). **Child Growth Standards**. ([http:// www.who.int/growthref/enf/](http://www.who.int/growthref/enf/)). 2007.

## ANEXO A



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		INSTITUIÇÃO						
NOME E SOBRENOME _____			DATA DE NASCIMENTO					
ENDEREÇO _____			DIA _____ MÊS _____ ANO _____					
CIDADE _____ TEL _____			SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
<b>AValiação CLÍNICO/PSICOSSOCIAL DO ADOLESCENTE</b>								
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b>								
PERINATAIS normais <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	CRESCIMENTO normais <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	DESENVOLVIMENTO normais <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	VACINAS COMPLETAS <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	DOENÇAS CRÔNICAS <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	OBSERVAÇÕES _____ _____ _____ _____		
ACIDENTES INTOXICAÇÃO <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	CIRURGIA HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	USO DE MEDICAMENTOS/SUBSTÂNCIAS <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	MALTRATO <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	JUDICIAIS <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		OUTROS <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>								
DIABETES <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	OBESIDADE <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	CARDIOVASCULAR (HTA, cardiopatia, etc) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	ALERGIA <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	INFECÇÕES (TBC, HIV, etc) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		OBSERVAÇÕES _____ _____ _____ _____	
ÁLCOOL/DROGAS <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	VIOLÊNCIA INTRA-FAMILIAR <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	MÃE ADOLESCENTE <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	JUDICIAIS <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	OUTROS <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não				
<b>FAMÍLIA</b>								
<b>CONVIVE COM</b>			<b>NÍVEL DE INSTRUÇÃO</b>		<b>TIPO DE TRABALHO</b>			
Não Na casa No quarto Mãe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Companheiro/a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Pai ou substituto Mãe ou substituta <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ensino médio completo/curso técnico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/>		Pai ou substituto Mãe ou substituta <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Não estável <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/>			
<b>VIVE</b>			<b>HABITAÇÃO</b>		<b>OCUPAÇÃO</b>			
Sim Não Em instituição <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Na rua <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Compartilha a cama <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			ENERGIA ELÉTRICA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sim não ÁGUA Na casa Fora da casa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DEJETOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		PERCEPÇÃO FAMILIAR DO ADOLESCENTE Boa Regular Má Não há relação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>EDUCAÇÃO</b>								
ESTUDA <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	NÍVEL Não alfabetizado <input type="checkbox"/> E. fundamental <input type="checkbox"/> E. médio <input type="checkbox"/> E. superior <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS NA ESCOLA <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	ANOS REPETIDOS <input type="checkbox"/> Causa _____	ABANDONO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sim não Causa _____	EDUCAÇÃO FORMAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Qual? _____ sim não _____			
<b>TRABALHO</b>								
ATIVIDADE <input type="checkbox"/> Trabalha <input type="checkbox"/> Procurando 1ª vez <input type="checkbox"/> Não e não procura <input type="checkbox"/> Desocupado	IDADE DE INÍCIO DO TRABALHO _____ TRABALHO _____ _____ _____	HORÁRIO DE TRABALHO <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> O dia todo <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Fim de semana <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/> n/c	RAZÃO DO TRABALHO <input type="checkbox"/> Econômica <input type="checkbox"/> Autonomia <input type="checkbox"/> Porque gosta <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> n/c	TRABALHO LEGALIZADO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> n/c	TRABALHO INSALUBRE <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> n/c	TIPO DE TRABALHO _____ _____ _____		

VIDA SOCIAL					
<b>ACEITAÇÃO</b> Bem aceito <input type="checkbox"/> Rejeitado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	<b>NAMORADO (A)</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>AMIGOS</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>ATIVIDADE DE GRUPO</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>ESPORTE</b> <input type="checkbox"/> h/semana TV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h/dia	<b>OUTRAS ATIVIDADES</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais? _____ _____ _____
HÁBITOS					
<b>SONO NORMAL</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>ALIMENTAÇÃO ADEQUADA</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>REFEIÇÕES/DIA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>FUMO</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cig/dia	<b>IDADE DE INÍCIO DO FUMO</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos	<b>OUTRO TÓXICO</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Freqüência e tipo _____ _____
<b>REFEIÇÕES/DIA COM A FAMÍLIA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<b>ÁLCOOL</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> equivalente a litros de cerveja/sem.	<b>IDADE DE INÍCIO DO ÁLCOOL</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos	<b>DIRIGE VEÍCULO</b> Qual? _____ <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não _____ _____
GINECO-UROLÓGICO					
<b>MENARCA/ESPERMARCA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos meses	<b>DUM</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dia mês ano <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Não corresp.	<b>CICLOS REGULARES</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>DISMENORRÉIA</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>FLUXO PATOLÓGICO/SECREÇÃO PENIANA</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>DST</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Qual? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Gestações <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/>
SEXUALIDADE					
<b>NECESSITA INFORMAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>RELAÇÕES SEXUAIS</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Hetero <input type="checkbox"/> Homo <input type="checkbox"/> Ambas	<b>COMPANHEIRO (A)</b> <input type="checkbox"/> Companheiro único <input type="checkbox"/> Vários companheiros <input type="checkbox"/> n/c	<b>SEXARCA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos	<b>DISPAREUNIA</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> n/c	<b>CONTRACEPÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> n/c
		<b>PRESERVATIVO</b> <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> n/c	<b>ABUSO SEXUAL</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
SITUAÇÃO PSICOEMOCIONAL					
<b>AUTO-PERCEPÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Cria preocupação <input type="checkbox"/> Impede relação com os demais		<b>IMAGEM CORPORAL</b> <input type="checkbox"/> Alegre <input type="checkbox"/> Muito tímido <input type="checkbox"/> Nervoso <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Outro		<b>ADULTO DE REFERÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro familiar <input type="checkbox"/> Fora da casa <input type="checkbox"/> Nenhum	
<b>PROJETO DE VIDA</b> <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Ausente					
EXAME FÍSICO					
<b>ASPECTO GERAL</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>PESO</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg IMC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>ALTURA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm	<b>PELE E ANEXOS</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>CABEÇA</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>ACUIDADE VISUAL</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>ACUIDADE AUDITIVA</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
		<b>BOCA E DENTES</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>PESCOÇO E TIREÓIDES</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>TÓRAX E MAMAS</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	
<b>CARDIO-VASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>PRESSÃO ARTERIAL</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>FREQ. CARDÍACA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bat/min	<b>ABDOME</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>GENITO-URINÁRIO</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>TANNER</b> <input type="checkbox"/> mamas <input type="checkbox"/> pelos pubianos <input type="checkbox"/> genitais	<b>VOLUME TESTICULAR</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dir. cm3 Esq.
		<b>COLUNA</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>EXTREMIDADES</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>NEUROLÓGICO</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	
<b>OBSERVAÇÕES</b> _____ _____ <b>IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA INTEGRAL</b> _____ _____ <b>INDICAÇÕES DE CONSULTAS EXTERNAS</b> _____ _____ <b>RESPONSÁVEL</b> _____ <b>DATA</b> _____					


Qual assunto você gostaria que a escola trabalhasse em conjunto com a saúde?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO B

 **UFG**

---

PROCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 058/2009 Goiânia, 08/07/2009

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL: Prof.ª. Enf.ª. Márcia Maria de Souza

TÍTULO: “Educação sexual em instituições públicas de ensino: diagnóstico da região leste de Goiânia-Goiás”

Área Temática: Grupo III

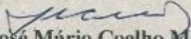
Local de realização: Colégios e Escolas da Região leste de Goiânia: EM-Madre Francisca; EM-Maria Cândida Figueiredo; EM-José Décio Filho; EM-Virgínia Gomes Pereira.

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, analisou e aprovou o projeto de pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Todas as exigências deste CEPMHA foram devidamente atendidas.

Informamos que não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

O CEPMHA/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*)

  
Farm. José Mário Coelho Moraes  
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

---

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu filho (a) está convidado (a) participar, como voluntário, da pesquisa: **“Educação sexual em instituições públicas de ensino: diagnóstico da Região Leste de Goiânia-Goiás”**. Após esclarecido (a) sobre a mesma e autorizando a participação do seu filho (a), por favor, assine este documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado. A pesquisa tem como objetivo principal, conhecer a concepção dos escolares sobre sexualidade nas Instituições de Ensino de Goiânia – Goiás.

Solicitamos sua colaboração, no sentido de autorizar seu filho (a) a conceder entrevista sobre a temática em questão. A seguir prestaremos a você alguns esclarecimentos:

- Fica garantida que tal procedimento não trará nenhum risco, desconforto ou danos ao seu filho (a).
- A participação não implica em despesa de qualquer natureza e as atividades acontecerão no horário de aula.
- Respeitaremos sua liberdade em retirar o consentimento a qualquer momento ou deixar de participar do estudo, sem prejuízos para a sua pessoa.
- Estará assegurada a não identificação dos sujeitos participantes da pesquisa.
- Serão mantidas de forma confidencial as informações obtidas.

Tendo recebido as informações necessárias sobre a pesquisa a ser desenvolvida e ciente dos meus direitos;

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, autorizo meu filho (a): \_\_\_\_\_ a  
participar deste estudo.

Goiânia, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Orientadora e Pesquisadora responsável: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Maria de Souza (FEN/UFG)

Contato: (62)32098280

Participante: \_\_\_\_\_