



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
LÚCIA DO NASCIMENTO

A CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA PARA A REDUÇÃO
DE DANOS À SAÚDE DO ADOLESCENTE NO
MUNICÍPIO DE IGUATU-CE

FORTALEZA-CEARÁ

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LÚCIA DO NASCIMENTO

A CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA PARA A REDUÇÃO DE DANOS À SAÚDE DO
ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE IGUATU-CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Área de Concentração Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia de Almeida

FORTALEZA – CEARÁ

2009

LÚCIA DO NASCIMENTO

A CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA PARA A REDUÇÃO DE DANOS À SAÚDE DO
ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE IGUATU-CE

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da Criança e
do Adolescente do Centro de Ciências da
Saúde da Universidade Estadual do Ceará,
como requisito parcial para obtenção do Grau
de Mestre.

Aprovada em: 05/05/2009

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia de Almeida
Universidade Federal do Ceará - Orientadora

Prof.^a Dr.^a Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará

Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz
Universidade Estadual do Ceará

Aos meus pais Raimundo Nascimento e Francisca Josefa de Jesus "in memoriam" e à minha filha Silvia Helena do Nascimento pela oportunidade de vivenciar e compreender o verdadeiro sentido de ser família.

AGRADECIMENTOS

À minha filha Silvia Helena pelo amor, carinho e por saber entender minha ausência.

Às amigas com as quais dividimos a mesma casa, pela paciência e apoio à minha filha, possibilitando que pudesse me ausentar com certa tranquilidade.

À amiga e colega do mestrado Jacirene, pelo apoio durante a coleta de dados me acompanhando em todas as escolas nas quais apliquei os questionários.

Ao amigo Carlile Lavor por ser o principal articulador de todo este processo de pós-graduação junto a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS).

À Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia de Almeida, pelo carinho e orientação dispensados ao longo destes dois anos de pós-graduação.

Aos professores doutores Paulo César Almeida e Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida pela atenção e pelas contribuições realizadas a este trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge e à Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz pelos ensinamentos, pelo apoio e compreensão para com todo o grupo de alunos de Iguatu.

A então secretária de educação do Município de Iguatu Maria Marlene Amâncio pela presteza com que me atendeu e pelo estímulo durante a coleta dos dados.

À OPAS, pelo apoio financeiro para que fizesse este mestrado.

À UECE que através do Curso de Mestrado Profissional de Saúde da Criança e do Adolescente, abriu para mim um importante espaço de aprendizagem no campo acadêmico.

Aos adolescentes e aos pais e mães de adolescentes sujeitos desta pesquisa e que concordaram em participar contribuindo para a produção do conhecimento e também para o meu crescimento pessoal, serei sempre muito grata.

Ao Criador que me sonda e conhece que cuida de mim do nascer ao por do sol obrigada! Por segurar-me pela mão, para que mesmo tropeçando conseguisse avançar e superar os desafios e adversidades.

“Quanto mais conhecemos mais amamos”.

Leonardo da Vinci

RESUMO

NASCIMENTO, L. **A contribuição da família para a redução de danos à saúde do adolescente no Município de Iguatu-CE.** 2009. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

A Adolescência é uma fase da vida em que várias mudanças acontecem e se refletem no comportamento do indivíduo. Já a saúde do adolescente, depende da interação entre as esferas biológica, psicológica e social. Estudos baseados na teoria sistêmica familiar evidenciam que a família cumpre a tarefa de preparar os membros para enfrentar dificuldades e crises, originadas externamente e internamente, que podem levar a modificações estruturais e funcionais, repercutindo sobre o bem-estar e a saúde. O desenvolvimento de políticas de redução de danos coincide com os avanços no processo de conhecimento no campo da saúde e o desenvolvimento de práticas de cuidado e promoção da saúde. Fatores preditores de risco e de proteção familiar são o objeto deste estudo, através dos quais se definem o nível de vulnerabilidade familiar. O estudo teve por objetivos avaliar os fatores de proteção ou de risco para a saúde do adolescente do Município de Iguatu, associados ao funcionamento familiar. É um estudo descritivo, transversal desenvolvido através da aplicação de questionários estruturados. São elementos da pesquisa pais, mães e adolescentes na faixa de 10 a 19 anos no Município de Iguatu-CE. Foram aplicados 1440 questionários, sendo 720 para adolescentes e 720 para pais e mães de adolescentes. As características das famílias, os fatores de risco e/ou proteção foram analisados, inicialmente, de maneira uni variada. Em seguida, fez-se a análise bivariada dos mesmos, verificando as associações entre estes e as variáveis desfecho para a saúde dos adolescentes. Em relação à comunicação e existência de vínculos com os pais, o estudo evidenciou ausência de risco para 75,0% dos participantes significando a existência de fatores protetores tais como: coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio/suporte. Da mesma forma a comunicação e conexão conjugal confirma ausência de risco para 72,9% dos participantes. O estudo demonstrou a existência de fatores de risco e vulnerabilidades na comunicação com parentes e a família nuclear em 50,5% das famílias estudadas sugerindo seja feito um estudo de avaliação em profundidade para as famílias que apresentaram risco ou alto risco em relação a este fator. Em relação a comportamentos de risco por parte dos adolescentes ficou evidenciado que adolescentes do sexo feminino apresentaram maior vulnerabilidade em assumir condutas de risco.

Palavras Chave: Adolescência, Família, Saúde do adolescente, Redução de danos.

ABSTRACT

THE CONTRIBUTION OF FAMILY TO REDUCTION DAMAGES TO HEALTH OF ADOLESCENT IN MUNICIPAL OF IGUATU/CE

The adolescence is a stage of life which several changes happen and reflect in behavior of individual. Already the health of adolescent, depends on interaction among the biological, psychological and social spheres. Studies based in familiar systematic theory highlight that family accomplish the task to prepare the components to face difficulties and crisis, originated externally and internally, that can take to structural and functional modifications, resounding about the welfare and health. The development of politics of reduction of damages coincides with advances in process of knowledge in health field and the development of practices of care and promotion of health. Factors predict of risk and familiar protection are the object of this study, through which define the level of familiar vulnerability. The study had as objectives to evaluate the factors of protection or risk to adolescent's health of Municipal of Iguatu., associated to familiar functioning. It is descriptive and transversal study developed through application of questionnaires structured. The elements of research are fathers, mothers and adolescents in rate of 10 to 19 years old in municipal of Iguatu/CE. It was applied 1440 questionnaires, being 720 to adolescents and 720 to fathers and mothers of adolescents. The features of families, factors of risk and/or protection were analyzed, initially, of uni variety mode. Afterwards, it did analysis bivariety of them, verifying the associations among these and the variables close to health of adolescents. In relation to communication and existence of links with fathers, the study highlighted absence of risk to 75% of participant meaning the existence of factors protective such as: cohesion, stability, mutual respect, help /support. Of the same way the communication and conjugal connection confirm absence of risk to 72,9% of participant. The study demonstrated that existence of risk factors and vulnerabilities in communication with relatives and nuclear family in 50,5% of families studied suggesting that be done a study of evaluation in deep to families that shown risk or high risk in relation to this factor. In relation to behaviors of risk by adolescent's side stayed highlighted that adolescents of female gender shown bigger vulnerability in assume conducts of risk.

KEY-WORDS- Adolescence, Family, Health of adolescent, Reduction of damages

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	(Acquired Immune Deficiency Syndrome) Síndrome da Imunodeficiência adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Anti-drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infanto juvenil
CDC	(Center for Disease Control) Centro para Controle de Doenças
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Human Immunodeficiency Vírus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
REDUC	Rede Brasileira de Redução de Danos
RELARD	Rede Latino Americana de Redução de Danos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINDROME	Conjunto de sinais e sintomas
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

1	População residente no Iguatu-CE por faixa etária e sexo, 2006.....	20
2	População residente no Iguatu-CE por faixa etária e sexo, 2007.....	26
3	Caracterização da estrutura familiar dos adolescentes participantes da pesquisa realizada no Município de Iguatu entre fevereiro e outubro de 2008.....	88
4	Comunicação-conexão com o pai em adolescentes na faixa de dez a 19 anos no Município de Iguatu-Ce no período de fevereiro a outubro de 2008.....	89
5	Classificação de fatores preditores de risco relacionado à comunicação – conexão com o pai em adolescentes no Município de Iguatu-CE, no período de fevereiro a outubro de 2008.....	90
6	Caracterização da organização familiar (Hierarquia-Poder) em famílias com adolescentes do Município de Iguatu-CE. 2008.....	91
7	Caracterização da organização familiar (Hierarquia e Funções) em famílias de adolescentes do Município de Iguatu-CE no período de fevereiro a outubro de 2008.....	91
8	Pontuação sobre organização familiar de famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	92
9	Classificação de risco sobre organização familiar em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	92
10	Classificação total de risco relacionado à comunicação-conexão com o pai e organização familiar em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	93
11	Caracterização da comunicação-conexão com a mãe em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	94
12	Classificação de risco sobre comunicação-conexão com a mãe em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	95
13	Caracterização da comunicação-conexão com a família nuclear (Rituais) em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	96
14	Classificação de risco sobre comunicação-conexão com a família nuclear em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008	97

15	Caracterização da comunicação-conexão com parentes (Rituais) em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	97
16	Distribuição da pontuação sobre comunicação-conexão com parentes em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	98
17	Classificação de risco sobre comunicação-conexão com parentes em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-Ce. 2008.....	98
18	Caracterização da organização familiar (Hierarquia e Limites) em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-Ce. 2008.....	99
19	Distribuição da pontuação sobre organização familiar em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	100
20	Classificação de risco relacionado à organização familiar em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	100
21	Classificação de risco relacionado à comunicação-conexão com a mãe, a família nuclear, e parentes; organização familiar em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	101
22	Distribuição de comportamento de risco em adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	102
23	Classificação de risco relacionado ao comportamento, em adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	103
24	Prevalência de comportamento de risco por sexo em adolescentes do Município de Iguatu-CE. 2008.....	103
25	Cruzamento das variáveis: comportamentos de risco x sexo dos adolescentes do Município de Iguatu-CE 2008.....	104
26	Distribuição das categorias de participantes que responderam ao questionário para pais e mães de adolescentes do Município de Iguatu-Ce. 2008.....	106
27	Número de pessoas existentes por família de pai ou mãe de adolescente no Município de Iguatu-CE. 2008.....	106
28	Número de filhos existentes em cada família de pai ou mãe de adolescente no Município de Iguatu-CE. 2008.....	107
29	Caracterização da comunicação-conexão conjugal em pais e mães de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	107
30	Classificação de risco em relação à comunicação-conexão conjugal em famílias com adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	108

31	Caracterização da organização familiar relacionada aos pais e mães de adolescentes do Município de Iguatu-CE. 2008.....	109
32	Classificação de risco sobre organização familiar relacionada aos pais e mães de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	110
33	Classificação de risco relacionado à comunicação-conexão conjugal e organização familiar em famílias com filhos adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	110
34	Caracterização da comunicação-conexão com a mãe e a família nuclear entre famílias com filhos adolescentes do Município de Iguatu-CE. 2008.....	111
35	Classificação de risco relacionado à comunicação-conexão c/a mãe e família nuclear em famílias com filhos adolescentes no Município de Iguatu-Ce. 2008.....	112
36	Caracterização de comportamentos de risco entre pais e mães de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.....	113

LISTA DE FIGURAS

1	Módulos assistenciais e sistema de referência da microrregião de Iguatu	22
2	População de adolescentes de Iguatu na faixa etária de dez a 19 anos. 2007.....	26

LISTA DE QUADROS

1	Principais indicadores de saúde, em 2004, 2005 e 2007.....	27
2	Programas implementados pelo nível municipal.....	69
3	O instrumento e suas variáveis	79
4	Questionário para pais ou mães	80
5	Escala abreviada de condutas de risco.....	81

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.2 Contextualização do objeto de estudo.....	16
1.2.1 Evolução histórica da adolescência.....	16
1.2.2 Caracterização dos adolescentes no Brasil, Ceará, Iguatu.....	23
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 Geral.....	29
2.2 Específicos.....	29
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA : ADOLESCÊNCIA, RISCO, RESILIÊNCIA E VULNERABILIDADE; FATORES PREDITORES DE RISCO E PROTEÇÃO...	31
3.1 Aspectos biopsicossociais da adolescência	31
3.2 Adolescência e família.....	39
3.3 Saúde do adolescente.....	33
3.3.1 Conceitos de risco, resiliência e vulnerabilidade; fatores risco	50
3.4 Adolescência e políticas públicas.....	65
4 O PERCURSO METODOLÓGICO.....	76
4.1 Tipologia do estudo	76
4.2 Local do estudo.....	82
4.3 População do estudo e amostra	83
4.4 Coleta de dados.....	83
4.5 Análise dos dados.....	85
4.6 Aspectos éticos.....	86
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	88
6 CONCLUSÕES	116
REFERÊNCIAS.....	123
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	133
ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	136
ANEXO B – QUESTIONÁRIO ADOLESCENTES.....	137
ANEXO C – QUESTIONÁRIO PAIS E MÃES.....	142

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. Segundo a Organização Mundial da Saúde a adolescência corresponde ao período entre 10 e 19 anos, ou seja, a segunda década de vida. (BRASIL, 2005).

A legislação brasileira considera adolescência o período que vai de doze anos completos a dezoito anos de idade. (ECA, 1990).

Objetivando a identificação de requisitos orientadores de investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública, tem sido adotado na conceituação de adolescência, o critério cronológico, ignorando-se as características individuais. Entretanto, é importante ressaltar que a abordagem conceitual da adolescência, deve considerar também critérios biológicos, psicológicos e sociais (BRASIL, 2005).

Durante a Idade Média não existia a concepção clara nem da infância nem da adolescência de acordo com historiadores da vida cotidiana, a exemplo de Philippe Ariès (ARIÉS, 2006). As sociedades primitivas reconhecem a entrada no mundo adulto através de cerimônias ou ritos de passagem, variáveis na forma e de natureza exclusivamente social. Para algumas sociedades camponesas não há nitidamente uma fase de adolescência e, ao atingir a puberdade, a pessoa já é considerada adulta. As crianças eram percebidas na sua dependência e, tão logo pudessem viver sem a atenção constante da mãe, eram integradas ao mundo adulto. Os adolescentes, por sua vez, já eram considerados adultos, sob esse ponto de vista. Somente a partir do século XVII iniciou-se a compreensão da adolescência como idade definida.

Contemporaneamente a adolescência é reconhecida e experimentada em contextos sociais, históricos e culturais. Observa-se que nas sociedades urbanas a escassez de vagas no mercado de trabalho, dificuldades no período de educação formal e as lutas que os jovens têm que enfrentar para garantir sua autonomia financeira vem contribuindo para complicar o período da adolescência nas diversas camadas da população.

A implementação oficial de políticas de redução de danos coincide com os avanços no processo de conhecimento no campo da saúde e o desenvolvimento de práticas de cuidado e promoção da saúde. Esses avanços permitem extrapolar o enfoque epidemiológico de risco para introduzir o conceito de vulnerabilidade buscando responder à compreensão de que a chance de adoecimento das pessoas resulta de um conjunto de aspectos não somente individuais como também coletivos.

Neste estudo sobre adolescência buscou-se a compreensão dessa etapa da vida, tendo a clareza de que se trata de um grupo prioritário, diante das necessidades especiais e imediatas que o processo de maturação impõe. Compreende-se como sendo de relevância o desenvolvimento do mesmo, para o estabelecimento de políticas públicas que favoreçam um ambiente saudável para o desenvolvimento e a integração familiar e comunitária bem como qualidade de vida saudável. E ainda, o estudo deve ser instrumento de orientação para a prática cotidiana das equipes do Programa Saúde da Família na programação e execução de atividades que se voltem para a promoção da saúde dos adolescentes e das famílias em geral.

A motivação para desenvolver a pesquisa advém da minha prática profissional como ex-gestora de sistemas Microrregional e Municipal de Saúde, gerente de serviços de saúde, profissional de enfermagem com especialização em saúde da família - experiências que me trouxeram a clareza que a não sistematização de ações de saúde específicas para adolescentes e seus familiares requer estudos que sirvam para diagnóstico que venham subsidiar o planejamento e ações de saúde para este grupo.

Nesta perspectiva é que o estudo tem como objetivo avaliar os fatores de proteção ou de risco para a saúde do adolescente do Município de Iguatu-CE, associados ao funcionamento familiar.

1.2 Contextualização do objeto de estudo

1.2.1 Evolução histórica da adolescência

Segundo Heidemann 2006, a palavra adolescente de acordo com sua evolução diacrônica do latim ao português, prende-se ao radical *olescere; crescer*. A forma vernácula prende-se diretamente ao semantema de *adolere: aumentar; queimar, sacrificar queimando, e adolescere: crescer em idade e força* (HEIDEMANN, 2006). Ainda segundo a autora em todas as formas está presente a idéia de mudança, do desgaste, da busca do amadurecimento. Adolescer é crescer, tornar-se adulto.

A idade das pessoas nem sempre foi considerada como um dado importante ao longo das antigas civilizações. As primeiras noções sobre as idades do homem se confundiam com conceitos ligados à astrologia ou crenças religiosas, cabendo aos párocos da igreja católica o mérito de haver organizado os primeiros registros sobre as idades, mesmo diante de um conjunto de comportamentos e saberes em que ainda não era tão fácil a associação entre o número e o ser biológico do homem (ARIÉS, 2006).

Ao mesmo tempo em que os párocos tentavam cumprir as determinações da igreja sobre o registro das idades ou a inscrição dos nascimentos, veio reforçar a aceitação dessa medida pelos costumes da época, a imposição na França de Francisco I (ARIÉS, 2006).

Observamos, segundo Ariés (2006), que a importância pessoal da idade evoluiu com os registros em documentos feitos pelas escolas especialmente das pessoas mais abastadas, onde constava a data e o local de nascimento daqueles que nasceram por volta dos séculos XIV e XV.

Na Idade Média, a idade do homem passou a ser tratada como categoria científica de grande representação. O termo “adolescência” surge para designar os que tinham idade entre 14 e 28 anos e podendo durar até 30 ou 35 anos. Antigos tratados registraram na Idade Média a compreensão da época sobre as idades do homem, chegando a traçar uma correspondência com os planetas em número de sete (ARIÉS, 2006).

A compreensão e o sentimento da infância consistiam na diferença que a sociedade fazia entre o grau de dependência, passando imediatamente da infância para idade adulta, tão logo a criança pudesse sobreviver sem os cuidados constantes da mãe ou de outra pessoa. (ARIÉS, 2006). Para Grossmann, (1998) a indeterminação da idade se estendia a todas as atividades sociais, aos jogos e brincadeiras às profissões e às armas (GROSSMANN, 1998).

Ariès (2006) chama a atenção sobre três fatos que teriam influenciado essa compreensão: i) na transição da Idade Média para a Idade Moderna o Estado passou a assumir um novo papel dentro do espaço social; ii) o avanço do aprendizado da leitura e dos livros, distanciando os indivíduos da comunidade e; iii) o nascimento de novas formas de religião, onde os fiéis passaram a demonstrar maior interiorização e intimidade da devoção (ARIÉS, 2006).

Destaca-se aqui o forte papel desempenhado pela escola como instituição capaz de oferecer condições de proteção moral às crianças e jovens, através dos colégios que se transformaram em locais de instrução e de educação, essenciais à sociedade. Ao separar os filhos das famílias o sentimento de fragilidade das crianças começa a ser notado. (ARIÉS, 2006).

A educação era tida, na idade média, como a maneira de tornar o indivíduo preparado para o convívio com os demais, e nos colégios não havia separação de turmas por faixas etárias, sendo indiferentes os fenômenos biológicos relacionados à idade. (ARIÉS, 2006).

A partir do século XVII iniciou-se a compreensão da adolescência como uma idade definida. De figura distante e sem maior significado para o mundo dos adultos a criança, conquista um novo espaço social como membro da família que

agora já é capaz de desligar-se um pouco da luta constante pela sobrevivência para desenvolver laços afetivos. (ARIÉS, 2006)

A consolidação da figura do adolescente se iniciou pela Europa e é percebida de forma mais concreta na Alemanha através da arte musical que pelas mãos de Wagner expressou todas as características próprias da idade adolescente tais como pureza, espontaneidade, alegria de viver e força física (ARIÉS, 2006).

Por volta de 1900, a França reconhece a idade da adolescência e, passou a integrar o pensamento de que os jovens, ou adolescentes seriam os novos valores capazes de renovar a sociedade. Após a 1ª guerra mundial, a consciência da juventude espalhou-se pelo mundo como um sentimento generalizado que supervalorizava o jovem e menosprezava o idoso (ARIÉS, 2006).

Iniciado ainda no século XVII e durante todo o Século XVIII, o iluminismo teve ampla abrangência mundial. No século XIX, alguns movimentos foram marcantes tais como a introdução das mulheres e das crianças como membros ativos da sociedade e o grande avanço industrial e tecnológico, juntamente com a organização das classes trabalhadoras. Nesse contexto começa a se definir a imagem do adolescente. Surge o temor de uma fase onde são possíveis os riscos para o adolescente e para a sociedade, passando a ser tratada por médicos e educadores (GROSSMANN, 1998).

Avaliar os fatores de proteção ou de risco para a saúde do adolescente do Município de Iguatu nos leva inicialmente a estabelecer relações entre espaço, risco, e saúde. Desta forma é indispensável uma caracterização deste espaço - Iguatu - para que se possa estabelecer conjugação singular de fatores demográficos, culturais e sociais com as demais categorias em estudo.

A Cidade de Iguatu caracteriza-se por particularidades que trazem reflexos para toda uma geração que nela nasce e cresce. Ela ocupa o lugar de sede administrativa dos vários órgãos regionais do governo do estado, e também é sede para as atividades de educação cultura e comércio na Região Centro-Sul.

O Município de Iguatu, cenário de nossa pesquisa, teve suas origens a partir da povoação do interior do Ceará, no século XVII, onde a cruzada dos primeiros desbravadores contou com o Padre João de Matos Serra, que começou a missão e pacificação junto aos índios Quixelôs, legítimos donos dessas paragens, dando início ao povoado que em sua gênese recebeu o nome de Telha.

Desmembrado do Município de Icó em 27 de novembro de 1851, o povoado de Telha recebeu a denominação de Vila, passando posteriormente em 21 de agosto de 1874, pela Lei n.º 1612, a categoria de cidade.

A admissão do topônimo Iguatu, que significa na linguagem indígena “água grande”, “água boa”, aconteceu em 20 de outubro de 1883. Esse nome deve-se ao fato do Município ser cortado pelo rio Jaguaribe (de regime temporário) e pelo rio Trussu, além de apresentar em seu subsolo lençol freático com inúmeras lagoas dentre as quais a maior do Ceará que tem nome homônimo. O grande impulso no desenvolvimento do Município se deu no início do século XX, com a construção da estrada de ferro ligando-o a Capital Fortaleza, fato que propiciou o surgimento das primeiras indústrias e a expansão do comércio e das comunicações.

Centro das atenções socioculturais da Região Centro-Sul, além da tradicional festa em homenagem a Padroeira da cidade, Senhora Santana, realizada em julho, outros festejos fazem parte do Calendário Municipal, como: Semana do Município (janeiro), Iguatu Festeiro que comemora o São João Fora de Época, Exposição Agropecuária (setembro), Fenercsul Feira de Negócios do Centro Sul promovida pelo SEBRAE (novembro), constituindo esses eventos uma opção de lazer até para as populações circunvizinhas.

O Município de Iguatu está localizado na Região Centro Sul do Estado do Ceará e ocupa uma área de 728 km². Limita-se ao Norte com Quixelô e Acopiara; ao Sul com Cariús, Cedro e Várzea Alegre; ao Leste com Icó e Orós e a Oeste com Jucás e Acopiara. Apresenta um relevo baixo e plano, tendo a cidade 217 m de altitude e sendo de 213 m a média do Município. A média pluviométrica anual é de 870,3 mm e o período chuvoso está entre os meses de janeiro e abril. A temperatura média é de 28º C. Junho geralmente é o mês mais frio e novembro o mais quente. A umidade relativa anual média é de 61,8%. A direção predominante dos ventos é O-SE.

Uma característica importante de Iguatu é o fato de ser banhado por dois dos principais rios do Ceará: Trussu e Jaguaribe, sendo também extensas áreas do Município cobertas pela bacia do Orós maior açude do Estado.

Distante 378 km da Capital Fortaleza, o Município de Iguatu é ligado a esta, por rodovias asfaltadas e por ferrovias (linha Sul). Está situado a 55 km da BR-116 e dispõe de várias linhas intermunicipais e interestaduais e conta também com um aeroporto para pouso e decolagem de aeronaves de pequeno porte.

Conforme estimativa IBGE 2006, a população iguatense é de 92.983 habitantes, sendo estimado um crescimento de 1,4% de habitantes para o ano de 2006. Predominantemente urbana, residem na sede do Município e dos distritos 73% dos habitantes (TABELA 1).

TABELA 1 – População residente no Iguatu-CE por faixa etária e sexo, 2006.

População iguatense em 2006			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	849	725	1.574
1 a 4	3.379	3.278	6.657
5 a 9	4.419	4.303	8.722
10 a 14	5.180	5.161	10.341
15 a 19	4.997	5.225	10.222
20 a 29	7.661	8.243	15.904
30 a 39	6.181	6.791	12.972
40 a 49	4.432	5.108	9.540
50 a 59	3.399	3.862	7.261
60 a 69	2.271	2.819	5.090
70 a 79	1.574	1.768	3.342
80 e +	624	734	1.358
Ignorada	-	-	-
Total	44.966	48.017	92.983

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

A rede de Educação iguatense oferece cursos de nível médio, técnico comercial e conta com uma Escola Técnica Federal, com ensino Técnico Profissionalizante em Economia Doméstica, Técnico em Agropecuária e outras. O ensino universitário é desenvolvido por núcleos da UECE (Universidade Estadual do Ceará), URCA (Universidade Regional do Cariri), Uva, (Universidade Vale do

Acaraú) e Faculdade Teológica do Nordeste que oferecem cursos nas áreas de Pedagogia, Letras, Ciências Físicas e Biológicas, Enfermagem, Direito, Educação Física, Economia e outros cursos nas áreas de ciências humanas e sociais. A rede de ensino médio e fundamental é composta de colégios da rede privada e pública, contando também com cursos de línguas espanhola e inglesa.

As últimas conquistas em educação foram o Centro Vocacional Tecnológico, CVT que oferece cursos de qualificação para professores do ensino médio e reforço para os alunos, nas áreas de química, física, biologia, eletromecânica e informática; o Liceu de Artes e Ofício, moderna escola de ensino médio com capacidade para atender 1.800 alunos e a Escola de Saúde Pública de Iguatu, cuja missão é desenvolver atividades de educação permanente para os que trabalham no setor de saúde.

A atual organização do Sistema Local de Saúde (SILOS) em Iguatu deu-se a partir do processo de territorialização iniciado na década de 1990, onde o Município foi dividido em Distritos Sanitários segundo critérios geográficos populacionais, sociais e culturais. A consolidação do processo se deu com a implantação do Programa Saúde da Família que assumiu o desafio de inverter o modelo de atenção, existente fortalecendo a concentração de esforços para atuar na promoção da saúde ao invés de apenas combater a doença.

O Município de Iguatu hoje compõe a 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará com mais nove municípios circunvizinhos: Acopiara, Cariús, Catarina, Deputado Irapuan Pinheiro, Jucás, Mombaça, Piquet Carneiro, Quixelô e Saboeiro.

Módulos Assistenciais e Sistemas de Referência - Microrregião de Iguatu -

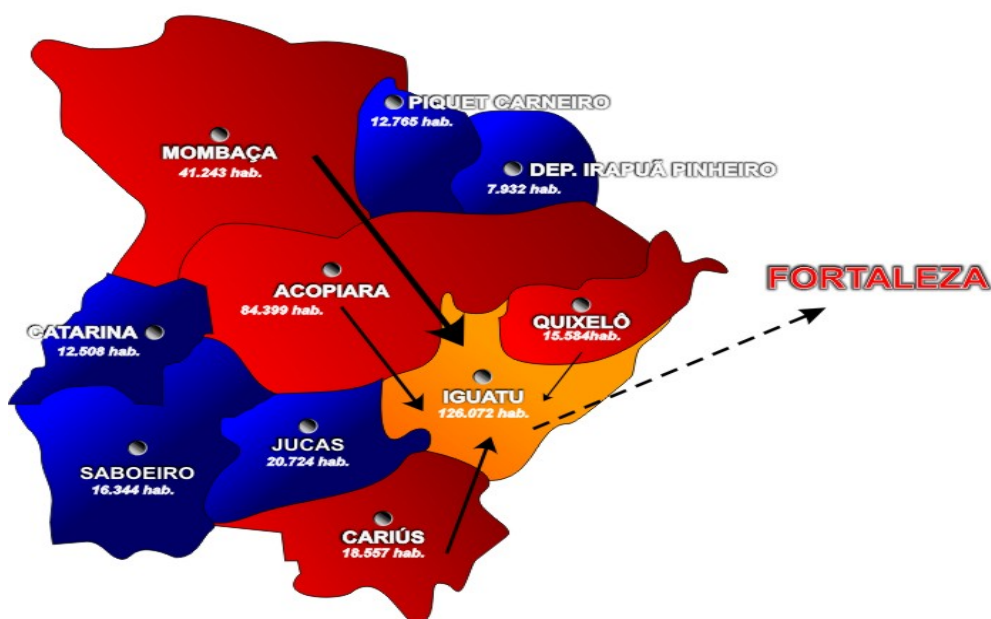


FIGURA 1 – Módulos assistenciais e sistema de referência da microrregião de Iguatu.

Atualmente o Município que já se encontrava em Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme a NOAS/SUS/02, aderiu ao Termo de Compromisso de Gestão conforme a Portaria Nº. 699 GM de 30 de março de 2006 do Ministério da Saúde.

Pólo Assistencial de Saúde para os municípios da 18ª Região de Saúde do Estado, Iguatu é referência na atenção secundária também para os municípios das regiões de Icó e outros. O Município é sede da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde / CRES, órgão de representação da Secretária de Saúde do Estado.

De acordo com o IBGE, estimativa 2006, a população microrregional é de 290.137 habitantes.

No que se refere à organização dos serviços de saúde a atenção primária é estruturada através da Estratégia de Saúde da Família, que funciona com 22 equipes compostas por (médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde).

Como suporte para a atenção básica o Município conta com um Laboratório Regional de Patologia Clínica, Centro de Reabilitação Física, Centro de Controle de Zoonoses, o Laboratório de fabricação de Medicamentos Fitoterápicos, a Central de Assistência Farmacêutica, a Vigilância a Saúde através da Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. O Município conta também com uma rede estruturada de saúde mental que consta de: Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III), Centro de Atenção Psicossocial Anti drogas (CAPS ad), Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPS I), e Residência Terapêutica. O Município conta também com serviços ambulatoriais de referência em 18 especialidades.

A atenção secundária hospitalar é representada pelo Hospital Regional – construído em 1994 – Hospital Pólo, público municipal que mantém plantonistas por 24 horas nas especialidades de clínica médica, Gineco-obstetrícia Traumatologia, Ortopedia, Pediatria, Cirurgia e Anestesiologia, e pela Casa de Saúde e Maternidade Agenor Araújo, filantrópico que atua como complementar para o SUS, além de um hospital privado. No Município há ainda diversas clínicas privadas que realizam exames de imagenologia como endoscopia, ultrassonografia, mamografia e tomografia. O Município conta com um Hemocentro pertencente à Secretaria de Saúde do Estado.

1.2.2 Caracterização dos adolescentes no Brasil; Ceará; Iguatu

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), adolescente é a pessoa com idade entre 12 e 18 anos. Todo adolescente é sujeito de direitos específicos assegurados por lei e vive uma fase especial do seu desenvolvimento, de constituição de sua identidade e afirmação da sua autonomia.

O Brasil é hoje um país com 21.249.557 adolescentes, sendo 10.546.314 do sexo feminino; (49,6%) e 10.703.243 do sexo masculino. (50,4%) A população de adolescentes representa 12,5% do total da população brasileira. (UNICEF, 2006).

Em relação à educação dados do Ministério da Educação dão conta de que ainda é grande o número de adolescentes analfabetos: 1,9 milhões de jovens entre 15 e 24 anos; como também o número dos que estão fora da escola:

2.232 milhões; 33% dos adolescentes de 15 a 19 anos freqüentam o ensino médio; 41% concluíram o ensino fundamental. (Ministério da Educação/INEP).

Já os indicadores de saúde revelam que 13% das mulheres de 15 a 19 anos têm pelo menos um filho. Isso representa um total de 1,1 milhões de mulheres/mães;

- 700 mil meninas de 10 a 19 anos são atendidas para procedimentos de parto na rede pública de saúde por ano;
- 13,4% das pessoas atingidas pela AIDS são jovens entre 10 e 24 anos - sendo 72% do sexo masculino e 28% feminino;
- Dos óbitos ocorridos entre jovens de 15 a 19 anos, 72% são por causas externas (homicídios, suicídios, e mortes por acidentes de trânsito), o que reduz em pelo menos três anos a expectativa média de vida dos homens brasileiros;
- A concentração (85,3%) das vítimas de exploração sexual comercial está na faixa etária de 12 a 17 anos (DATASUS).

O UNICEF divulgou resultado de pesquisa realizada em 2007 onde buscou ouvir a opinião dos adolescentes sobre diversos temas. 85% dos adolescentes entrevistados definiram “Família” como sendo a instituição com maior responsabilidade pela garantia dos direitos dos adolescentes e por seu bem estar. Para os adolescentes o fato de estar com a Família contribuiu para que 70% dos entrevistados se sentissem mais felizes. Brigar com a família foi o principal motivo apontado para sentir-se infeliz e inseguro para 61% dos adolescentes. 84% dos adolescentes consideraram justa a forma como os pais os corrigem; 90% sentiam-se respeitados pela família: 95% consideraram a família como a instituição mais importante para a sociedade (UNICEF, 2007).

No Ceará, a Secretaria da Saúde do Estado desenvolve três projetos nas áreas prioritárias de atenção à saúde de jovens e adolescentes. O Projeto Espaço Jovem desenvolve o protagonismo juvenil nas decisões de atividades e ações, promovendo o atendimento na família e na comunidade, com ações de promoção de saúde e informações para o desenvolvimento saudável e para a cidadania.

O Projeto Saúde e Prevenção da Escola, do Ministério da Saúde, promove a integração entre saúde e educação, com o objetivo principal de promoção da saúde sexual e reprodutiva para reduzir a vulnerabilidade de jovens e adolescentes às Doenças Sexualmente Transmissíveis, à AIDS e à gravidez não planejada.

O projeto Saúde do Adolescente na Atenção Primária está fortalecendo as atividades dos serviços de atenção ao adolescente no Programa Saúde da Família e unidades básicas de saúde, com a utilização de protocolos de atendimento de acordo com as normas operacionais da Secretaria da Saúde. Os programas envolvem jovens e adolescentes dos 12 aos 19 anos. No Ceará, essa faixa etária representa cerca de 20% da população, com aproximadamente 1,6 milhões de habitantes.

De acordo com o documento “Situação da Infância do Ceará: Estatuto da Criança e Adolescente como Instrumento de Implementação de Direitos”, do Fórum de Organizações Não Governamentais de Defesa da Criança e do Adolescente (Fórum DCA/CE) o ensino proporcionado pelo Estado é de baixa qualidade. Para tal afirmação, o Fórum se baseia no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, no qual os alunos cearenses tiveram média de 3,2 em 2005. Utilizando dados do censo de 2000, eles mostram que 26,54% da população acima de 15 anos é composta por analfabetos. Entre os jovens de nove a 17 anos, o índice fica em 9%. Já a evasão escolar, repetência e pouca assistência à educação especial persistem. Quanto ao trabalho infantil, o documento mostra um crescimento no número de jovens explorados, com idades entre cinco e 15 anos, passando de 10,2% da população em 2004 para 11,89% em 2005, conforme dados do IBGE.

Em relação à violência sexual, os pesquisadores do Fórum encontraram dificuldades para obter dados, mas registraram entre 2003 e 2006, 1.236 casos de abuso e exploração, utilizando informações do Centro de Referência da Assistência Social. Os pequenos moradores de rua continuam sendo uma realidade. Em 2006, eram 494 crianças nessa situação, segundo o Núcleo de Articulação de Educadores Sociais de Rua. A saúde também é motivo de preocupação. O documento denuncia que a taxa mortalidade infantil no Ceará é de 28 por mil nascidos vivos, enquanto a do País é de 22,5. Além disso, as mortes por doenças diarreicas ficam em 5,2% das internações, contra 3,4% no Brasil.

O Município de Iguatu tem uma população de adolescentes de 20.800 segundo fonte da Secretaria Estadual de Saúde SIAB 2007, o que corresponde a 22,36% de sua população total. Desse total de 20.800 adolescentes, 50,9% estão na faixa etária de 10 a 14 anos e 50,5 são do sexo feminino.

TABELA 2 - População residente no Iguatu-CE por faixa etária e sexo, 2007.

População iguatense em 2007			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
10 a 14	5.243	5.223	10.466
15 a 19	5.056	5.288	10.344
Total	10.299	10.511	20.800

Fonte: SIAB, Município de Iguatu

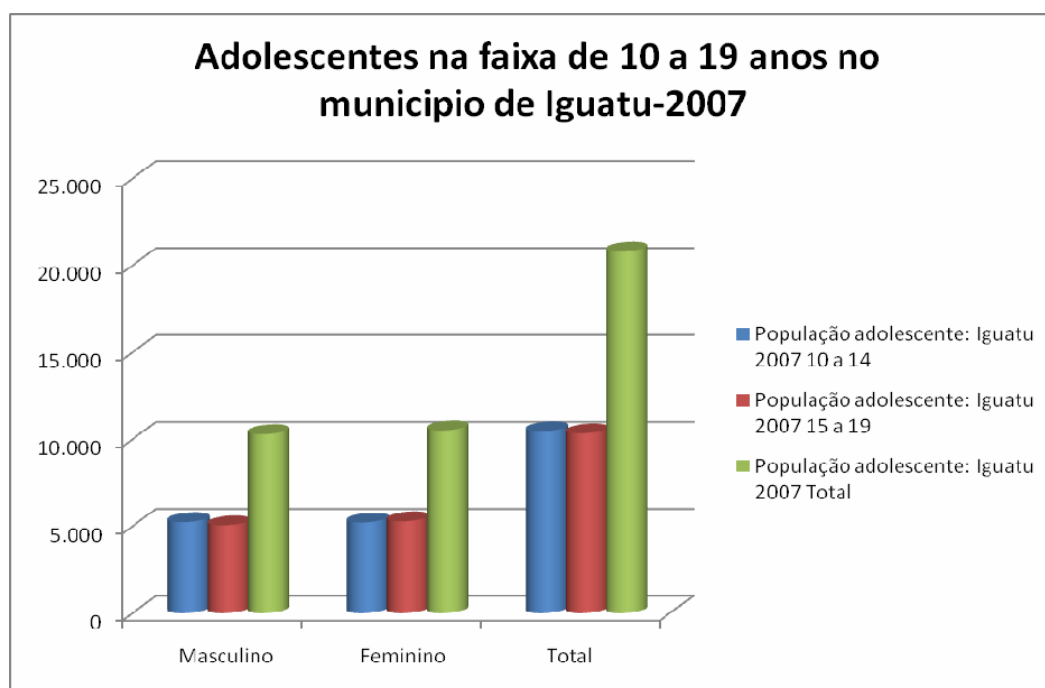


FIGURA 2 – População de adolescentes de Iguatu na faixa etária de dez a 19 anos. 2007.

De acordo com dados do Ministério da Educação o Município de Iguatu apresenta taxas de aprovação em 2007 de 77% no sétimo ano; 79,1% no oitavo ano e de 81,2%. Esses dados referem-se aos adolescentes na faixa de dez a 14 anos. Foram registrados os seguintes índices de reprovação para a mesma faixa etária: 20,9% no sétimo ano; 16,4% no oitavo ano; 14,5% no nono ano. A taxa de analfabetismo na faixa etária de dez a 15 anos é de 11,40% e na faixa de 15 anos ou mais é de 30,80%.

Em relação à saúde o Município vem apresentando uma evolução positiva dos principais indicadores tais como redução da taxa de mortalidade infantil, aumento do número de consultas do pré-natal, redução da gravidez na adolescência e da taxa de mortalidade por causas externas em adolescentes conforme quadro a seguir:

Indicadores de saúde	2004	2006	2007
Taxa de Mortalidade Infantil	27,3	18,5	17,3
Percentual de mulheres grávidas com sete ou mais consultas de pré-natal	13,5	67,4	67
Percentual de Adolescentes Grávidas de 10 a 14 anos	1,2	0,8	0,36
Percentual de Adolescentes Grávidas de 15 a 19 anos	24,4	24,2	20,3
Taxa de mortalidade por causas externas de até 19 anos	27,0	33,6	18,4

Fonte: SESA do Município de Iguatu

QUADRO 1 – Principais indicadores de saúde, em 2004, 2005 e 2007.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar os fatores familiares intervenientes na saúde do adolescente no Município de Iguatu-CE.

2.2 Específicos

- Caracterizar os tipos e o funcionamento das famílias dos adolescentes residentes no Município de Iguatu-CE;
- Estimar a prevalência de fatores preditores de risco e de proteção para a saúde dos adolescentes no Município de Iguatu-CE.

**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: ADOLESCÊNCIA,
RISCO RESILIÊNCIA VULNERABILIDADE; FATORES
PREDITORES DE RISCO E PROTEÇÃO**

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: ADOLESCÊNCIA, RISCO RESILIÊNCIA E VULNERABILIDADE; FATORES PREDITORES DE RISCO E PROTEÇÃO

3.1 Aspectos biopsicossociais da adolescência

Calligaris (2000) e Pirotta (2006) abordam os significados atribuídos à adolescência na maioria das vezes como sendo contraditórios. A adolescência pode ser vista como fase de contestação das estruturas sociais, busca da liberdade, do tempo livre e do lazer; outras vezes como grupo transgressor das regras sociais, próximo da delinquência e da criminalidade. Dessa forma a sociedade mantém com a juventude uma relação ambígua marcada pelo desejo de controle das forças transformadoras dos jovens e, por outro lado, pelo desejo de perpetuar a juventude. Em sua idealização os adultos e crianças no mundo atual podem querer ser como adolescentes.

O Adolescente experimenta uma fase da vida em que várias mudanças acontecem e se refletem no comportamento do indivíduo, dependendo a sua saúde, da interação entre as esferas biológica, psicológica e social.

Na maioria das sociedades, a transição da adolescência para a vida adulta é marcada por alguns eventos bastante significativos. Entre estes se destacam como sendo os mais evidentes a saída da escola e do lar paterno, a procura do trabalho, o serviço militar, o casamento e a constituição da família. É a saída de um estado de indefinição para um estado de autonomia e responsabilidades onde necessitará ser orientado pela sociedade como um todo (GROSSMANN, 1998).

A instituição da adolescência na cultura ocidental veio acompanhada por complicações sociais e subjetivas resultantes do próprio comportamento dúbio dos adultos, em relação aos adolescentes. De acordo com Calligaris (2000, p.19) quando a adolescência passou a ser instituída, e surgiram às complicações sociais e

subjetivas dessa fase da vida, “tais dificuldades foram inicialmente atribuídas às mudanças hormonais que ocorrem naturalmente na puberdade”. (CALLIGARIS, 2000, p.19). Entretanto, o autor reconhece que a puberdade apenas, define o início da adolescência, sendo a responsável pelas modificações biológicas no corpo do adolescente. Correlativas às mudanças físicas, ocorrem mudanças psicológicas que o conduzem a novas relações afetivas e sociais (CALLIGARIS, 2000).

Aberastury e Knobel (1981, p.13) chamam atenção sobre as mudanças na adolescência que acarretam a perda da identidade de criança e a busca de uma nova identidade quando afirma: [...] “o comportamento na adolescência torna-se flutuante entre uma dependência e independência extremas, e só a maturidade lhe permitirá, mais tarde, aceitar ser independente dentro de um limite de necessária dependência” (ABERASTURY; KNOBEL, 1981, p.13).

O autor ressalta o sentimento de luto vivido pelos adolescentes com as perdas relativas às mudanças físicas e da identidade de criança no processo de amadurecimento:

A perda que o adolescente deve aceitar ao fazer o luto pelo corpo é dupla: a de seu corpo de criança, quando caracteres sexuais secundários colocam-no ante a evidência de seu novo status e o aparecimento de menstruação na menina e do sêmem no menino, que lhes impõem o testemunho da determinação sexual e do parceiro que terão que assumir, não só na união com o parceiro, mas na procriação (ABERASTURY; KNOBEL, 1981, p.14).

Já Miriam Heidemann, (2006) destaca os conflitos como sentimento inerente à adolescência:

[...] é na fase adolescente que o ser humano inicia questionamentos sobre sua existência, buscando encontrar referenciais para sua descoberta interior. Inicia-se o conflito de existir, acompanhado da necessidade de desenvolver as relações físicas, emocionais, espirituais, familiares, sociais e grupais (HEIDEMANN, 2006, p.19).

Ao caracterizar a adolescência, a autora a descreve como um período de franca vulnerabilidade física, psicológica e social. Sendo nessa etapa da vida que o indivíduo assume características que irão viabilizar o desenvolvimento pleno como ser humano. Durante essa fase são modificadas estruturas físicas mentais e emocionais, originando comportamentos antes não experimentados (HEIDEMANN, 2006).

Knobel 1993 afirma que o adolescente em sua busca de uma identidade adulta, passa por um período “turbulento” (variável segundo o seu ecossistema sócio-familiar), onde comportamentos considerados anormais ou patológicos em outras fases do desenvolvimento devem ser considerados normais nessa transição para a vida adulta.

A identidade adulta, entretanto, não é alcançada antes que o adolescente tenha elaborado e/ou conscientizado o que podem ser consideradas as três “perdas” fundamentais deste período evolutivo: a) a perda do corpo infantil, b) a perda dos pais da infância, e v) a perda da identidade e papel sócio-familiar infantil.

a) PERDA DO CORPO INFANTIL

As transformações corporais que se desencadeiam a partir da puberdade são vividas geralmente com muita ansiedade pelo adolescente. Durante esse momento o/a adolescente conta com uma mentalidade ainda infantil, num corpo que vai se desenvolvendo de forma incontrolável para o sujeito.

A sexualidade, que agora surge no nível genital, exige do adolescente uma reformulação de seus mundos interna e externamente. As mudanças corporais obrigam também o/a adolescente a reformular a imagem mental que tem de seu próprio corpo o que só vai se tornando possível à medida que ele/ela elabora a perda do corpo infantil e consegue aceitar o novo corpo. Uma identidade adulta, alicerçada em responsabilidade e autoconhecimento, só poderá surgir a partir da aceitação do próprio corpo com todas as transformações próprias desta fase evolutiva, e as suas concomitantes psicológicas;

b) PERDA DOS PAIS DA INFÂNCIA:

Neste problema o aspecto mais importante é o da dependência / independência dos filhos em relação aos pais e vice-versa. O desenvolvimento é vivido, na adolescência, com muita agressividade e culpa, com avanços e regressões. Estabelece-se o fenômeno psicológico chamado de “ambivalência dual” onde ambas as partes desejam e temem o crescimento, a maturação sexual e todas as responsabilidades e “riscos” que isso pode (ou poderia) implicar. Os pais até

então idealizados e supervalorizados pelo filho ou filha (necessário para um adequado desenvolvimento infantil), passam a ser alvo das mais violentas críticas e questionamentos, e surge a necessidade de uma busca de figuras de identificação fora do âmbito familiar.

Nessa busca o/a adolescente tenta, procura, substituir muitos aspectos da sua identidade familiar por outra mais individual e enriquecida por novos elementos do seu âmbito social mais amplo. É quando começa a verdadeira socialização num caminho que leva ao sentimento de individualidade;

c) PERDA DA IDENTIDADE E DO PAPEL INFANTIL

Na infância, a relação de dependência é a situação natural do convívio da criança com os pais. Quando chega a adolescência há uma confusão de papéis, pois o adolescente não sendo mais criança e não sendo ainda adulto, tem dificuldade em se definir nas diversas situações da sua cultura. Procura assim o apoio do grupo onde ele deposita toda sua confiança e esperança, deixando a cargo dos pais as mais significativas obrigações e responsabilidades.

A adesão a grupos, nessa fase, tem uma função importante para o estabelecimento de uma identidade adulta, pois facilita o distanciamento dos pais, e permite novas “identificações” levando a novas configurações e reestruturações da personalidade. Por algum tempo o/a adolescente experimenta vários papéis, identificando-se com diferentes figuras ou grupos do seu meio social e assimilando valores e papéis fora do meio familiar.

Nesta etapa da vida podem-se assumir diferentes identidades, que podem ser transitórias, ocasionais ou circunstanciais. Tudo numa mesma pessoa que começa a sentir e necessita entender a sua intimidade. Estas “perdas” se elaboram realizando verdadeiros processos de LUTO. Isto obriga o adolescente a utilizar todos os seus mecanismos de defesa, nesta elaboração, que é o que leva a conduta considerada aparentemente “anormal” ou até “patológica”, aos olhos dos adultos. O/a adolescente exterioriza seus conflitos de acordo com as suas possibilidades e as do seu meio, com as suas experiências e estruturas psicobiológicas (KNOBEL, 1993).

Diante dos estudos desenvolvidos sobre os diversos tipos de condutas dos adolescentes, e depois de analisá-los e agrupá-los, Knobel (1993) propõe a existência de aparente “patologia” (que aos olhos do mundo adulto), se apresenta com manifestações alternativas e, às vezes, crises diversas e transitórias formuladas como a “**Síndrome da Adolescência Normal**” a qual permite uma aproximação mais objetiva e menos preconceituosa em relação à adolescência, sendo caracterizada por:

Busca de si mesmo e da identidade adulta

Durante a puberdade e na adolescência já estabelecida, acontecem importantes fatos biológicos, como a mudança corporal com aparecimento das características sexuais primárias e secundárias, ativação hormonal, modificações de atitudes físicas, que leva a um vagaroso processo de autoconhecimento que permite ter uma identidade adolescente **que procura constantemente ter a desejada identidade adulta**, que só se consegue evolutivamente e elaborando o luto pela identidade infantil perdida.

Assim vêm-se os adolescentes com diversas identidades: transitórias, ocasionais, circunstanciais e mudando com maior ou menor rapidez e/ou intensidade. Quem sou Eu? É a pergunta que muitas vezes se formula o/a adolescente, entretanto a resposta somente chega quando este adolescente vai se transformando em “jovem” e “adulto jovem”;

A tendência grupal

Nessa busca da individualidade o/a adolescente desloca o sentimento de dependência dos pais para o grupo de companheiros e amigos, onde todos se identificam com cada um. Neste momento pertence mais ao grupo de companheiros do que à família. Esta aceitação revela-se na obediência as regras grupais em relação a tudo, o que se observa na vestimenta, modas diversas, costumes e preferências de todos os tipos. O grupo é importante e altamente significativo porque constitui o passo intermediário no mundo externo para alcançar a identidade adulta;

Necessidade de intelectualizar e fantasiar: (desenvolvimento do pensamento abstrato)

Estas são as formas mais típicas do pensamento adolescente, onde se usam estas capacidades como mecanismos de defesa frente ao que acontece a nível corporal. É um tipo de fuga para o interior, uma espécie de reajuste emocional, que leva à preocupação por princípios éticos, filosóficos, sociais e políticos, que muitas vezes implicam formular-se um plano de vida bem diferente do que se tinha até esse momento, e que também permite a teorização acerca de grandes reformas que poderiam acontecer no mundo exterior. São os momentos de criatividade, de ilusões e de grandes projetos;

As crises religiosas

As crises religiosas do adolescente se manifestam por atitudes de ateísmo ou de misticismo, ambas geralmente como situações extremas e até cheias de fanatismo. Às vezes, o mesmo jovem passa por períodos de negação da religiosidade ou de exaltação da mesma, o que revela a situação mutável do seu mundo interno. Entretanto, em nosso meio o mais freqüente é observar, que, diante da religião o adolescente oscila entre uma atitude entusiasta ou indiferente.

Neste momento pode predominar mais uma crença, um fanatismo, que a religiosidade. A atitude mais indiferente parece predominar em certos setores de classe média e universitários;

A vivência temporal singular

Existe neste período evolutivo certa desorientação temporal, em que as urgências são enormes e as postergações irracionais. Tudo pode chegar a ser “agora ou nunca”, ou um permanente “ainda temos tempo”. É durante a adolescência que a dimensão temporal vai adquirindo lentamente características discriminativas. Presente, passado e especificamente futuro, são noções que são elaboradas durante a adolescência;

A evolução da sexualidade

O estímulo biológico e cultural praticamente empurra o adolescente para iniciar-se na atividade genital, no mínimo com fantasias. Inicialmente, procura tímida, mais intensamente, um/uma parceira. É o momento dos contatos, das carícias mais íntimas, e/ou do “amor apaixonado”, porém geralmente transitório e até fugaz. A evolução sexual adolescente vai de uma fase prévia de masturbação a uma atitude lúdica, que leva à aprendizagem: jogos eróticos, bailes, esportes, carinhos, todos com conteúdo exploratório de si mesmo e de outro/outra. São poucos os casos de uma verdadeira e consciente atividade genital responsável e com amor.

A heterossexualidade afetiva amadurecida, só se atinge quando a própria adolescência vai-se apagando e surge o/a jovem com uma sexualidade responsável dentro de seu particular sistema cultural estruturante;

Atitude social reivindicatória

Na sociedade há uma contradição entre as possibilidades materiais do ser humano, que praticamente tudo pode (ou poderia), e o/a adolescente que frente a esse “tudo” é marginalizado. Isso é o que leva a uma atitude social reivindicatória. Através de sua atitude e sua força ele tenta modificar a sociedade, que por sua vez vive mudanças intensas, influenciando ao indivíduo.

O domínio de um mundo adulto incompreensível e exigente, a escassez limitante das possibilidades de emprego e trabalho, a divisão de classes, faz com que o indivíduo tente superar isso, mediante crises violentas de reforma social. O jovem, normal e adequado ao seu processo evolutivo, deve contestar e reivindicar um mundo, uma sociedade, uma humanidade melhor, mais justa e mais cheia de amor;

Manifestações contraditórias de conduta

A conduta do adolescente está dominada pela ação. Ele não pode manter uma linha de conduta rígida, permanente e absoluta, embora o queira. Sua personalidade é permeável e sua instabilidade necessária. Lida permanentemente

com o imprevisível, tanto no seu mundo interno como no externo. Joga com seu corpo, sua alma, sua conduta de acordo com as possibilidades confusas. Fixar-se numa só conduta, não corresponde a um comportamento normal, nem ajuda a aprender da experiência;

Separação progressiva dos pais

Para atingir a maturidade é necessário ter individualidade e independência reais. A separação progressiva dos pais, a entrada na turma, e a posterior individuação discriminativa são passos necessários do processo evolutivo humano. Muitos pais em nossa cultura se angustiam frente ao crescimento dos filhos e chegam até negá-lo. O conflito de gerações é uma realidade necessária para o desenvolvimento sadio, tanto dos filhos adolescentes como o de seus pais;

Constantes flutuações do humor e do estado de ânimo

Uma conquista, por mínima que seja entusiasma e alegria. Uma frustração aborrece e deixa triste. Isto acontece milhares de vezes ao dia. Sua luta com os pais, a sociedade, os preconceitos, o medo, seus triunfos físicos, ou sua realização intelectual, uma aprovação, uma rejeição; tudo constante e vertiginosamente alternando no dia a dia, explicam os sentimentos de solidão e os de exaltação. Estas mudanças de estado de ânimo são normais.

Para pais, mestres, educadores e todos os profissionais que de alguma maneira trabalham com adolescentes, considera-se fundamentais estas idéias e suas aplicações. O conhecimento destas características psicológicas facilita a compreensão das condutas que se apresentam e evitam fazer “diagnósticos” errados e preconceituosos, assim como humilhantes atitudes de rejeição e críticas prejudiciais (KNOBEL, 1993).

3.2 Adolescência e família

Produto de diversas formas de organização entre os humanos ao longo dos tempos, a família atende às necessidades materiais de sobrevivência e de reprodução da espécie. No início da história da humanidade as primeiras sociedades eram coletivistas, tribais, nômades e se organizavam a partir da descendência feminina, pois se desconhecia a participação masculina na reprodução. Estudos de Engels 1984 retratam que os papéis sexuais e sociais de homens e de mulheres não tinham uma definição rígida, assim como as relações sexuais não eram monogâmicas, sendo às vezes igualitários em algumas tribos.

Com o reconhecimento da participação do homem na reprodução e posterior estabelecimento da propriedade privada, predominaram as relações monogâmicas, a fim de se garantir herança aos filhos legítimos. Com o controle sobre o corpo e a sexualidade femininos, criou-se a família monogâmica, a divisão sexual e social do trabalho entre homens e mulheres. Estabelece-se, assim, uma nova ordem social centrada na descendência patrilinear e no controle dos homens sobre as mulheres, o patriarcado (ENGELS, 1984).

A família, termo oriundo do vocábulo latino *famulus*, que significa “escravo doméstico”, consolidou-se na Roma Antiga. Na família romana o patriarca tinha sobre seu poder a mulher, os filhos, os escravos e os vassalos, além do direito de vida e de morte sobre todos eles. A autoridade do *pater familiae* sobre os filhos estava acima até mesmo da autoridade do Estado, podendo a seu critério transformá-los em escravos ou vendê-los, durante toda a vida do patriarca (ENGELS, 1984).

Da mesma forma que o sentimento da infância demorou a ser percebido ao longo das idades do homem, também o sentimento da família, somente passa a ser percebido em torno dos séculos XV e XVI, vindo a solidificar-se no século XVII. Compreensão que se configura a partir dos estudos de Pelot *apud* Ariès (2006, p.143).

[...] a idéia dos historiadores do direito era de que os laços de sangue constituíam dois grupos concêntricos: a família ou mesnie que equivale a família conjugal moderna, e a linhagem que abrangia todos os descendentes de um mesmo ancestral. Até o Século XIV, as mulheres tinham papéis importantes na família, dentre estes os de substituir o homem, quando ausente ou louco. Com a percepção do sentimento de família moderna por volta do Século XV, os poderes do marido são reforçados, sendo que todos os atos praticados pela mulher sem seu consentimento ou da justiça, tornam-se nulos (PELOT *apud* ARIÈS, 2006, p.143).

A família medieval mantinha uma relação estranha com os filhos, podendo ser classificada de sem afeto visto que mantinha o hábito de mandar seus filhos a outras famílias para trabalharem e aprender boas maneiras, enquanto recebiam filhos de outras famílias em suas casas. As crianças eram enviadas em torno dos sete anos de idade e retornavam entre 14 e 18 anos de idade. Chamadas de aprendizes, elas executavam todas as atividades domésticas. Segundo Áries (2006) na sociedade medieval não existia a escola com abrangência para todos, sendo esta forma mais comum de promover a educação (ARIÈS, 2006).

Já a família moderna no início do século XVIII institui um espaço de privacidade para o grupo pais e filho. A família já se organiza em torno da criança, criando a separação entre família e sociedade construindo a vida privada. Volta a se preocupar com a educação dos filhos, desta feita prestigiando a criação das escolas, sob a influência da igreja católica com suas “grandes ordens religiosas dedicadas ao ensino”. A escola, juntamente com a família retirou a criança da sociedade dos adultos, não aceitando mais adultos no momento do atendimento à criança (ARIÈS, 2006).

O autor afirma que por volta do século XX, o sentimento da família já evoluíra e ultrapassara a fase em que filhos conviviam no mesmo ambiente com escravos e agregados. As casas das famílias passaram a ser espaços de intimidade e aproximação e especialmente em relação aos filhos já demonstravam certo sentimento de afetividade ao usarem tratamento no diminutivo ao se referirem as crianças (ARIÈS, 2006).

Baptista 2004 coloca que o grande papel a ser desempenhado pela família é o de provisão do cuidado informal para seus membros, já que existe o consenso atual de que a família cuida de atender às necessidades físicas e psicológicas de seus membros.

A família é também considerada fonte de socialização primária, com função de construir vínculos saudáveis e ensinar normas sociais adequadas para seus componentes. Famílias com funcionamento inadequado podem transmitir normas inadequadas através do modelo de comportamento dos pais.

Estudo bibliográfico de Schenker e Minayo (2003) identifica a importância do empenho e habilidades que os pais devem ter no processo de criação dos filhos, ferramentas essenciais para evitar a transmissão de modelos de comportamentos desviantes. As autoras identificaram vários trabalhos que sugerem ser a família capaz de influenciar positiva ou negativamente para que o adolescente seja preservado de alguns danos, ou assuma atitudes socialmente perigosas.

Destacam ainda, que ao tentar se desprender da tutela dos pais na busca do amadurecimento, os adolescentes buscam nos amigos preencher o vazio que experimentam. Esses momentos são considerados como sendo os mais importantes na vida dos adolescentes, cabendo aos pais compreender o momento de transição normal: “[...] compreender esses aspectos é fundamental para a transição saudável do adolescente, podendo ser negociados, com sucesso, numa relação estruturada no afeto e apoio mútuo entre pais e filhos”. (SCHENKER; MINAYO, 2003, p.302).

Wagner, através de um estudo de revisão bibliográfica publicado na revista psicologia em estudo, Maringá, 2005, aborda aspectos da comunicação entre os adolescentes e a família, demonstrando que a pessoa da família mais procurada para conversar, independente do sexo do adolescente é a mãe.

O modelo de família brasileira tem suas bases no modelo patriarcal caracterizado pela consangüinidade e hierarquização de valores, hierarquia entre os membros e a idéia de posse dos pais em relação aos filhos dependentes. A Constituição Federal de 1988 no seu Artigo 226 conceitua de maneira mais avançada, considerando família a união estável entre o homem e a mulher, bem como a convivência do grupo formado por um dos pais e seus descendentes (Art.226, p. 3º e 4º). O Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece: “entende-se por família natural a comunidade formada pelos pais ou qualquer um deles e seus descendentes”. (ECA, 1990, art. 25).

Atualmente a coexistência de diferentes arranjos familiares num mesmo contexto tem modificado, paulatinamente, o conceito de família e provocado um processo de assimilação e construção de novos valores. Estas mudanças podem ser observadas, por exemplo, na transição do modelo nuclear/intacto (pai+mãe+filhos) para a família descasada (mãe+filhos ou pai+filhos) e, posteriormente, recasada (pai + esposa / madrasta + filhos; mãe + esposo / padrasto + filhos). Pesquisas indicam que esta passagem de um modelo a outro, exige dos membros da família uma adaptação às mudanças de relacionamento, papéis e estrutura familiar, assim como às demandas do mundo externo (WAGNER *et al.*, 1999).

A família é, quase sempre, o primeiro ambiente freqüentado pelas crianças, no qual se inicia o processo de socialização. Ela transmite, além do sustento biológico, cuidados adequados, afeto, padrões, valores e normas de conduta que são incorporadas pelos filhos durante o desenvolvimento de sua personalidade (CECCONELLO, 2003).

A família também desempenha funções importantes de reprodução e regulação sexual, garantindo a reprodução da espécie; socialização e educativa, transmitindo a cultura, valores e costumes através de gerações; manutenção e produção de recursos de subsistência, determinando a divisão do trabalho de seus membros e contribuindo para a vida econômica da sociedade (CHERNÁNDEZ, 1999).

Para Gomez, (1999) a família cumpre a tarefa de preparar os membros para enfrentar dificuldades e crises, originadas tanto externamente como internamente, que podem levar a modificações estruturais e funcionais, repercutindo sobre o bem-estar e a saúde familiar (GOMEZ, 1999).

Além das situações de crise familiar originadas por eventos negativos, traumáticos e desagradáveis, as mudanças do ciclo vital também podem contribuir para a ocorrência de crise. Eventos como casamento, adolescência, gravidez são exemplos. Outro tipo de crise deriva de situações ou eventos acidentais que causam desmembramento ou desestruturação familiar, com impacto muito desfavorável para a dinâmica familiar (GOMEZ, 1999).

Bronfenbrenner, psicólogo russo-americano, desenvolveu uma teoria chamada teoria ecológica dos sistemas e trata da formação do indivíduo que segundo ele nasce e se desenvolve dentro de um sistema de relações que são afetadas por múltiplos níveis do ambiente mais próximo. A família é o primeiro sistema social no qual o indivíduo é inserido quando de seu nascimento. (BRONFENBRENNER, 1987)

De acordo com a Teoria Ecológica dos Sistemas de Bronfenbrenner, (1987) o ambiente é dividido nos níveis:

MICROSISTEMA – (primeiro e mais interno) padrões e atividades de interação do entorno próximo ao indivíduo. A palavra interação se refere às trocas bidirecionais entre o indivíduo e o seu meio. **MESOSISTEMA** – engloba conexões entre microsistemas como o lar, a escola, a vizinhança, a creche, etc. que fomentam o desenvolvimento do indivíduo. **EXOSISTEMA** – se refere aos cenários sociais próximos que afetam as experiências dos indivíduos. Podem ser relações formais como o local de trabalho dos pais, os serviços de saúde e bem estar da comunidade, a rede social da família ou mesmo membros da família extensa. O Exosistema é muito importante no apoio ao desenvolvimento do indivíduo. Pesquisas indicam que famílias isoladas por ausência ou escassez de vínculos sociais ou formais – como o desemprego, por exemplo – mostram um percentual elevado de conflitos (FARIAS, 2006).

MACROSISTEMA – o nível mais exterior do modelo de Bronfenbrenner (1987) consiste nos valores, leis, costumes e recursos de uma cultura particular. A ação do macrosistema recai por vias indiretas na qualidade do mesosistema. Por exemplo: as políticas sanitárias interferindo na qualidade do ambiente de creches ou escolas (FARIAS, 2006).

Cecconello 2003 adverte que para compreender a natureza das relações familiares é necessário reconhecer a interdependência dos papéis e das funções de todos os membros que compõem este sistema. A mútua influência entre os seus membros ocorre tanto de forma direta como indireta. A relação entre os pais e a criança é influenciada pela relação conjugal, e vice-versa. Assim, diferentes níveis

de análise podem contribuir para o entendimento das relações, tanto o individual como o dos subsistemas.

A autora nos orienta que Bronfenbrenner amplia esse enfoque, ao propor a análise do microssistema familiar em relação a outros sistemas que o influenciam tanto direta como indiretamente, bem como em relação à cultura na qual ele está inserido. Assim, a análise do desenvolvimento de uma criança dentro do microssistema familiar deve incluir a análise de sua interação no mesossistema, como a creche, a escola, a família extensa e os vizinhos.

Da mesma forma, também deve incluir uma análise da influência do exossistema, como o trabalho de seus pais, a sua rede de apoio social e a comunidade, e do macrosistema, como questões culturais e econômicas, valores e padrões de conduta transmitidos intergeracionalmente e pela sociedade (CECCONELLO, 2003).

No microssistema familiar, durante o processo de socialização de uma criança, inicia-se o desenvolvimento de díades (BRONFENBRENNER, 1979/1996). Uma díade é formada sempre que pessoas prestam atenção nas atividades uma da outra ou delas participam.

Noronha (2006) reafirma a importância da família para a superação das dificuldades quando destaca: “A resiliência pode ser observada quando há união familiar, qualidade no relacionamento de pais e filhos, em práticas educativas envolvendo afetos, reciprocidade e equilíbrio de poder.” Nas pesquisas sobre resiliência, a exclusão social e a pobreza têm sido destacadas como adversidades crônicas que podem comprometer o potencial de desenvolvimento dos sujeitos, aspectos que tornam o estudo relevante do ponto de vista dos fatores condicionantes da saúde dos adolescentes.

Baptista Nunes Maklim (2005) nos fala de um modelo circunplexo de interação da família, fundamentada na teoria sistêmica familiar e apresentada por Olson, Russel e Sprenkle (1983). Esse modelo aborda três dimensões importantes para a compreensão do funcionamento da família, quais sejam: Coesão, Adaptabilidade e Comunicação. Os fatores preditores de risco ou de proteção familiar trabalhados por nós se baseiam nesta teoria apresentada acima.

A coesão familiar seria definida como uma variação entre separação e conexão dos membros da família ou o vínculo emocional que seus integrantes possuem uns com os outros, sendo compostos pelas coalizões internas entre os membros, os vínculos ou ligações, amizade, interesses em comum e recreação na família.

A adaptabilidade se refere à capacidade da família de ser flexível para mudanças, por meio da variação na estrutura de poder e nas regras de relacionamento em detrimento de novos obstáculos ou eventos estressantes que ocorrem no seu interior, sendo composto por assertividade, controle, disciplina, além de negociação de estilos e regras.

Por último, a comunicação familiar seria composta pela empatia, escuta reflexiva, comentários que servem como suporte e a capacidade dos membros de dividirem seus sentimentos uns com os outros. (BAPTISTA, 2005).

A literatura aponta a família como podendo contribuir ou atrapalhar o adolescente na escolha de uma profissão:

[...] é considerado essencial para a escolha não somente o conhecimento que ele tem de si mesmo, mas também o conhecimento do projeto dos pais, o processo de identificação e o sentimento de pertencimento a família, o valor dado às profissões pelo grupo e a maneira como o jovem utiliza e elabora os dados familiares (SANTOS, 2005, p.58).

O sistema familiar é um sistema aberto – quando saudável – e dinâmico. Ele muda com o passar do tempo: modificações no número de membros – por entrada ou saída – e processo de desenvolvimento – entrada ou término de etapas, por exemplo. (FARIAS, 2006)

No que diz respeito aos adolescentes, as peculiaridades biopsicossociais relacionadas ao processo de crescimento, desenvolvimento pessoal (maturidade emocional e intelectual) e inserção social caracterizam este grupo como de alta vulnerabilidade aos agravos sociais envolvendo diferentes demandas que compreendem principalmente sua família.

Ao visualizar a adolescência dentro do universo familiar, constata-se que em quase todas as sociedades a família é a única referência para a criança e, com

base nessa interação, formam-se as primeiras regras, valores e crenças do indivíduo, ou as crenças primárias, regras para a ação às quais a criança não tem condições críticas de refutar ou colocar em cheque.

Os estudos citados por Baptista (2005) revelam que as relações familiares podem auxiliar as pessoas no desenvolvimento de sentimentos de pertença e competência, atuando na capacidade do indivíduo de controlar o ambiente à sua volta e nas respostas orgânicas (imunidade) e psicológicas, tais como o aumento de recursos para o enfrentamento de crises no decorrer da vida.

Áries propõe um enfoque psicossocial no estudo da família ao concebê-la como uma categoria histórica e psicológica influenciada pelas condições sócio-econômicas, pelo caráter das relações sociais e internas. Sugere ainda, ser necessário superar o enfoque psicopatológico dos conflitos e problemas da família e considera imprescindível a análise de variáveis sociopsicológicas que expressem a incidência do social, cultura, idéias princípios, normas e valores e as repercussões psicológicas. (ARIÉS, 2006).

Assim sendo os diagnósticos de vulnerabilidades e as conseqüentes propostas de intervenção junto aos adolescentes e suas famílias necessitam considerar a mediação exercida entre estes sujeitos e seus contextos sociais pelos programas e serviços disponíveis. Alguns eventos que ocorrem na família podem se transformar em situações de crise colocando em risco o bom funcionamento familiar e a adolescência é um desses.

Algumas famílias são capazes de desenvolver mecanismos de adaptação e enfrentamento às crises (resiliência), outras já não conseguem enfrentar a crise por si mesmo e às vezes perdem o controle apresentando desequilíbrio e desajuste.

3.3 Saúde do adolescente

Heidemann (2006) sugere que por ser a adolescência um período de vulnerabilidade, requer que pais, profissionais de saúde e de educação, bem como toda a sociedade identifiquem os problemas que podem acarretar dano à saúde dos

adolescentes para que possam adotar medidas de tratamento, prevenção e promoção da saúde.

A preocupação com a saúde do adolescente se concretiza com o surgimento de uma especialidade médica voltada para esta fase da vida, a hebiatria. Embora, entre nós pareça ainda pouco difundida. No Brasil na década de 50, surgiram os primeiros esforços isolados, de introdução de disciplina específica para tratar adolescentes nos cursos de medicina. Verônica Coates (1999) em artigo para a revista *Adolescência Latino americana*, relata a existência em 1954 na Universidade Federal da Bahia, de aulas de graduação para alunos do sexto ano do curso médico, na disciplina de Clínica de Pediatria, abordando o problema dos menores em perigo social: abandono, causas e profilaxia, a legitimidade, delinquência juvenil e seus aspectos (COATES, 1999).

A autora também destaca a experiência do Rio Grande de Sul em 1965, com a implantação da Comunidade Terapêutica Leo Kanner – clínica de internação psiquiátrica para adolescentes, que contava com três psiquiatras, um neurologista e um pediatra. Em 1969 esta atividade passa a desenvolver o Programa de Atenção à Saúde do Educando, atividade integrada a professores universitários e que serviu de modelo para muitas escolas públicas e privadas (COATES, 1999).

Diferente da população dos outros grupos etários, os adolescentes pouco se beneficiam de programas específicos de saúde. As principais causas de morte nesse grupo etário são acidentes e homicídios.

No que diz respeito aos adolescentes, as peculiaridades biopsicossociais relacionadas ao processo de crescimento, desenvolvimento pessoal (maturidade emocional e intelectual) e inserção social caracterizam este grupo como de alta vulnerabilidade aos agravos sociais envolvendo diferentes demandas que compreendem família, grupo social e os sistemas de atenção (pedagógico, saúde, assistência social, trabalho, lazer, esporte, outros).

Em 1988, diversos setores da sociedade civil, em conjunto com algumas ONGs, mobilizaram-se pela criação de uma nova política para crianças e adolescentes. Eles formaram o Fórum Permanente de Entidades Não-Governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente, que atuou como

interlocutor da sociedade civil no Congresso. A articulação e a mobilização contribuíram para a inclusão na Constituição Federal dos artigos 227 e 228, que versam sobre a garantia, com absoluta prioridade, dos direitos fundamentais e sociais para crianças e adolescentes e a não responsabilidade criminal para menores de 18 anos. Dois anos depois em 13 de julho de 1990 foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (SIERRA; MESQUITA, 2006).

As autoras que são sociólogas sugerem que a relação entre vulnerabilidade e direitos para crianças e adolescentes deve abolir a idéia de sujeitos incapazes, e fortalecer as ações que lhes garantam experimentar o bem-estar na infância. Sendo assim, é preciso rever as formas de realização da proteção social, utilizando-se da segurança jurídica para viabilizar a produção de bem-estar tanto no espaço público quanto doméstico, direcionando a política social para a redução dos fatores de vulnerabilidade que ameaçam o bem-estar da população infanto-juvenil (SIERRA; MESQUITA, 2006).

Sierra e Mesquita (2006) destacam entre os fatores de vulnerabilidades das crianças e adolescentes os seguintes:

- os riscos inerentes à dinâmica familiar: são os problemas relacionados ao alcoolismo, aos conflitos entre casais que fazem da criança a testemunha de ofensas e agressões; enfim, toda forma de violência doméstica, traumas, abusos sexuais, carências afetivas, etc.;
- os riscos relacionados ao lugar de moradia: a precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, a disponibilidade dos espaços destinados ao lazer, as relações de vizinhança, a proximidade a localização dos pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas;
- os riscos relacionados à forma de repressão policial às atividades do tráfico de drogas e a violência urbana;
- o risco do trabalho realizado pelas instituições que os recebem: constituem os abusos praticados por profissionais, que são encobertos por uma estratégia de funcionamento que exclui a participação social;

- os riscos à saúde: compreende a ausência de um trabalho de prevenção e o acesso ao atendimento médico e hospitalar;
- os riscos do trabalho infantil: muitas são as crianças exploradas até pela própria família, trabalhando na informalidade, o risco da exploração da prostituição infantil: crianças provenientes de famílias pobres que se prostituem por dinheiro;
- os riscos inerentes à própria criança ou adolescente: a sua personalidade e seu comportamento podem torná-los mais vulneráveis aos riscos de envolvimento com drogas, gravidez precoce, prática do roubo, furto, etc.

As autoras advertem ainda que a vulnerabilidade das crianças e adolescentes transcende seu tamanho, força ou idade, mas liga-se às práticas sociais, haja vista que muitas vezes, eles apanham dos pais, são constrangidos por professores ou desrespeitados por vizinhos.

Atualmente, pesquisas visam a entender como e por que alguns adolescentes expostos aos diversos fatores de risco se desenvolvem adequadamente e tornam-se adultos saudáveis. Estes adolescentes que tiveram força para enfrentar as dificuldades do ambiente e responderam a desafios cancelando o impacto negativo dos riscos, são chamadas resilientes.

A *resiliência* pode ser entendida como a capacidade dos indivíduos de superar os fatores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados. Crianças resilientes são aquelas que, não apenas evitam os efeitos negativos associados aos fatores de risco, mas que desenvolvem competência social, acadêmica e vocacional.

As descobertas de numerosos estudos ao longo dos últimos 20 anos sugerem que a qualidade da relação pai-adolescente tem um impacto significativo no desenvolvimento ou prevenção de comportamentos de risco relacionados à saúde do adolescente.

Embora existam muitos comportamentos que possam ser considerados de risco, o Centro para Controle e Prevenção de Doença (CDC – Center for Disease

Control and Prevention) identificou seis comportamentos de risco à saúde como sendo particularmente relevantes para o desenvolvimento da saúde ideal. Estes seis comportamentos de risco incluem: (a) comportamentos que contribuem para danos e violência não intencional; (b) uso de tabaco; (c) uso de álcool e outras drogas; (d) comportamentos sexuais que contribuem para gravidez involuntária e doenças sexualmente transmissíveis; (e) comportamentos alimentares insalubres e (f) inatividade física. Estes comportamentos são geralmente estabelecidos no início da infância e podem persistir e intensificar-se ao longo do período de adolescência.

Pratta e Santos (2007) publicaram estudo recente sobre o relacionamento familiar com adolescentes usuários e não usuários de drogas. Como resultado que chamou mais atenção obtiveram que: Os dois grupos – usuários e não usuários de substâncias psicoativas – apontaram a presença do diálogo como uma característica positiva no relacionamento familiar, contudo, principalmente para os usuários, parece que esse veículo ainda não é explorado em toda a sua amplitude, uma vez que eles apontaram a “falta de diálogo” como aspecto negativo desse relacionamento. Essa visão apresentada pelos adolescentes do estudo em questão nos leva a refletir, sobre a importância do diálogo no contexto familiar (PRATTA; SANTOS, 2007).

3.3.1 Conceitos de risco, resiliência, vulnerabilidade e fatores de risco

As mudanças que se evidenciam na adolescência torna o ser adolescente vulnerável a riscos de diversas naturezas, assim sendo, procuramos nos apoiar nos conceitos de **risco, resiliência e vulnerabilidade** como categorias centrais para nosso estudo.

O conceito de risco tem suas origens na epidemiologia, cujo foco consiste em estudar padrões de doença em determinadas populações e fatores que influenciam estes padrões.

Do ponto de vista epidemiológico as pesquisas sobre risco têm como objetivo procurar respostas para questões como: que pessoas desenvolvem

doenças e que pessoas não desenvolvem, por que motivos elas desenvolvem doenças e o que pode ser feito para diminuir a incidência destas.

Para Ceconello (2003) tais questões tornaram-se um desafio para os pesquisadores em Psicopatologia do Desenvolvimento, que focalizaram seus esforços no sentido de estabelecer diagnósticos precisos e identificar **fatores de risco e proteção** associados com susceptibilidade para desenvolver doenças. A busca se deu no sentido de se compreender os mecanismos básicos pelos quais estes fatores modificam a ocorrência de determinada doença com o objetivo de propor intervenções que reduzam a sua incidência, baseada na interação risco/proteção.

A presença de fatores de risco presume a existência de uma probabilidade estatística em uma determinada população para o desenvolvimento de alguma desordem. Considera-se que, o risco tem um potencial para predispor pessoas e populações a resultados negativos específicos. Os fatores de risco podem ser ambientais intrapessoais e interpessoais.

Anteriormente o risco era concebido unicamente em termos estáticos, como um fator que predisponha a um resultado negativo. De acordo com Ceconello (2003), anteriormente a simples presença de **um fator de risco** já era suficiente para se prever conseqüências indesejáveis.

Atualmente, já existe uma visão mais dinâmica sobre o risco atribuindo a ele uma conotação de processo onde o risco passa a ser percebido como uma variável vinculada diretamente ao resultado provocado. Esta visão proporciona o entendimento de como a variável risco causa determinado resultado em uma pessoa e em outra não, ou ainda, como a mesma variável provoca resultados diferentes para a mesma pessoa em momentos diferentes (CECCONELLO, 2003).

As Ciências Sociais vêm estudando o risco na perspectiva daquele que o percebe: como o indivíduo percebe as situações de risco, seja como cidadão, seja como trabalhador. Para os cientistas sociais, as avaliações de risco não podem deixar de lado fatores subjetivos (éticos, morais, culturais) que direcionam as opções dos indivíduos.

Atualmente a concepção de risco na adolescência assume uma significação especial, na medida em que se relaciona à exposição, violência, drogas e precocidade das experiências sexuais.

Dentre as experiências particulares vividas na adolescência destaca-se na atualidade a de situação de risco psicossocial, compreendida como toda e qualquer vivência em que o jovem experimenta o estresse de forma significativa em sua vida, seja por questões de características pessoais, seja pelas sócio-ambientais. Brasil *et al.* (2006) destaca a investigação e análise dos fatores de risco como importantes aspectos que inscrevem o adolescente em uma problemática particular (BRASIL *et al.*, 2006).

Os fatores de risco individuais encontram-se relacionados às características como gênero, problemas genéticos, carência de habilidades sociais, intelectuais e características psicológicas limitadas; e os de riscos ambientais, como a violência, ausência ou fragilidade de suporte social e afetivo e o baixo nível sócio econômico (CECONNELLO, 2003; BRASIL *et al.*, 2006).

Sendo assim, o termo comportamento de risco refere-se às ações que se caracterizam como ameaças ao desenvolvimento saudável que o adolescente pode alcançar superando situações adversas, que segundo a Teoria dos Sistemas Ecológicos não são isoladas, mas integradas às vivências dos processos proximais, ou seja, nas interações estabelecidas com pessoas, objetos símbolos através de atividades cotidianas, de desempenho de papéis e da internalização de significados, tanto no seu microsistema, quanto na integração deste com o meso e macro sistema.

De acordo com a Teoria dos Sistemas Ecológicos, os processos proximais mantidos pelos adolescentes têm características pertencentes a sua cultura e são instrumentos centrais na formação de sua identidade, contendo a dinâmica de risco e também de proteção para o desenvolvimento (AMPARO, ALVES; CÁRDENAS, 2004; MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

Nesse contexto, a Teoria dos Sistemas Ecológicos contribui para a compreensão das diversidades que marcam a população de adolescentes e famílias

desta pesquisa, bem como, a interação deles e seu ambiente, uma vez que esse modelo tem como objeto de estudo o homem social inserido em um contexto natural.

Assim, não se pensam os fatores de risco de forma isolada, independente e fragmentada, pois a exposição ao perigo que os potencializa ocorre de diversas formas e em vários contextos. O ambiente ecológico de desenvolvimento humano não se limita a um único e imediato; deve ser concebido como estruturas concêntricas inter-relacionadas que afetam o desenvolvimento do indivíduo. E os diversos tipos fazem emergir diferentes padrões de comportamentos, sentimentos e pensamentos, ampliando ou estagnando os processos daqueles que estão inseridos em todos os graus dos sistemas e contextos (BRASIL *et al.*, 2006; BRONFENBRENNER, 1987; MORAIS; KOLLER, 2004).

A concepção de desenvolvimento humano da Teoria dos Sistemas Ecológicos encontra-se dividida em quatro níveis dinâmicos inter-relacionados, o *tempo*, a *pessoa* o *processo* e o *contexto*. Nessa perspectiva, ela é contextual e se constitui a partir de processos proximais através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem produzindo constância e mudança nas características pessoais no decorrer da vida (BRONFENBRENNER, 1987).

O *Processo* é definido pelo modo de relação entre as características da *pessoa* e o ambiente e ele se caracteriza em proximais. O segundo componente do modelo é a *Pessoa*, com suas características biopsicológicas e as que se constroem através da interação com o ambiente. O *Contexto* possui quatro níveis ambientais: o *microsistema*, em que se identificam as interações face-a-face, o *mesossistema*, que é composto pela relação entre o micro, o *exossistema*, sendo aquele em que a pessoa focalizada não participa efetivamente, mas cujos eventos influenciam na sua vida e o *macrossistema*, que se constitui pelos valores, crenças culturais, sociais e pelas ideologias. Por último, as mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo de vida são analisadas pelo *Tempo* (MORAIS; KOLLER, 2004).

Dentro destes parâmetros, a violência é entendida como intervenção física ou simbólica, realizada de forma impositiva e claramente amparada em relações de desequilíbrio de poder, de um indivíduo ou grupo contra outro (BRASIL *et al.*). As estatísticas oficiais apontam no sentido de uma tendência mundial, desde

os anos 50 do século XX, para o crescimento dos crimes e da violência social e interpessoal. No Brasil, o alvo preferencial de morte por homicídio compreende adolescentes e jovens adultos masculinos, em especial procedentes das chamadas classes populares urbanas (ADORNO, 2002).

Percebe-se aqui a profunda integração entre as vivências cotidianas dos processos proximais (experiências de abandono, de agressão, de instabilidade afetiva) e os aspectos macrossistêmicos como a urbanização sem planejamento, a ausência de políticas públicas efetivas nas áreas de saúde e educação, emprego, entre outros fatores (ADORNO, 2002).

Ao enunciar a droga como um fator de risco é preciso tratar esta questão na versão da atualidade, entendida como aquilo que orienta os adolescentes na busca de um elemento mágico que os distancia dos laços sociais e do reconhecimento de um sofrimento inerente à existência humana. Uma leitura mais acurada da experiência da adolescência aponta-a como um período em que os conflitos psicossociais, a necessidade de integração social, a busca da auto-estima e de independência familiar colocam o sujeito em uma posição de vulnerabilidade, que pode legitimar sua busca por um alívio rápido dentro de uma sociedade em que o tempo é também um produto a ser consumido (HEIDEMANN, 2006; SCHENKO; MINAYO, 2004; CECONNELO, 2003).

Por outro lado, as substâncias psicoativas encontram sua expressão no eixo e macrossistemas, através do tráfico como forma de subsistência e enriquecimento econômico, da desigualdade e da injustiça social trazendo estigmas e preconceitos com relação a comunidades economicamente desfavorecidas e que convivem com o comércio ilegal de drogas. Percebe-se, assim, mais uma vez a dinâmica entre a formação da identidade adolescente e o convívio com as dimensões históricas e sócio-culturais (FROSI; KOLLER, 2004; YUNES, MIRANDA; CUELLO, 2004). Outro aspecto de risco refere-se à precocidade do início da vida sexual, tendo em vista os elementos relacionados à fecundidade, com os quais os adolescentes devem lidar como, por exemplo, o uso de contraceptivos e a gravidez, bem como a prevenção das DSTs/AIDS.

A precocidade da vida sexual e reprodutiva no Brasil (Iguatu) encontra-se refletida no aumento da Taxa Específica de Fecundidade (TEF) do grupo de idade de 15 a 19 anos, em contraposição à queda observada em todos os outros grupos (ABEP - Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2006). A partir deste quadro também é preciso considerar a dinâmica pessoal de cada adolescente, assim como as crenças e valores quanto à sexualidade, que são construídos nas sociedades ocidentais e que, com o caminhar histórico, possibilitam inúmeras recombinações entre faixa etária indicada para possibilidade reprodutiva e qualidade de alimentação, orientação sexual e experimentação, modalidades de relacionamentos afetivos e fidelidade conjugal, entre tantas outras.

Assim, nesta pesquisa reconhece-se que o desenvolvimento do adolescente depende da particularidade cultural construída a partir da modernidade, como também que a vivência do estresse econômico e afetivo interage com seu estar no mundo.

Fatores protetores são considerados as características individuais, familiares e elementos sócio-culturais que eliminam, diminuem ou neutralizam o risco.

Os fatores de risco para o uso de drogas relacionado à família são: Falta de vínculo, de supervisão dos pais e de cuidados; ambiente familiar caótico ou desintegrado, com relações parentais inadequadas; Filhos com condutas agressivas ou tímidas; relações ineficazes entre pais e filhos, sobretudo de filhos com distúrbio de conduta; pais ou cuidadores que abusam das drogas com doenças mentais, ou envolvidos em delitos; percepções de aprovação sobre o uso de drogas na família, escola, trabalho, companheiros ou comunidade (SCHENKER; MINAYO, 2003).

Fatores de proteção: Vínculos familiares fortes e positivos; vigilância dos pais nas atividades dos filhos, com seus companheiros na escola, atividades extracurriculares e outros âmbitos; apoio emocional, cognitivo, financeiro e social de acordo com as necessidades dos filhos; adoção de regras claras sobre o uso de drogas; definição de limites claros nas atividades dos filhos de acordo com a idade: hora de chegada, atividades fora de casa, tipos de amigos (SCHENKER; MINAYO, 2003).

Seja como for que se constitui o risco, é possível aprender formas de enfrentamento a partir da convivência com indivíduos que o vivenciaram e ultrapassaram com sucesso. A resposta do indivíduo ao risco tem sido descrita em termos de vulnerabilidade e resiliência (CECCONELLO, 2003). Por vulnerabilidade entende-se a predisposição individual para desenvolver variadas formas de psicopatologias ou comportamentos não eficazes, ou susceptibilidade para um resultado negativo no desenvolvimento. No outro lado, está a resiliência, como a predisposição individual para resistir às conseqüências negativas do risco e desenvolver-se adequadamente.

Os termos mais utilizados para tratar a adversidade são fatores de risco, eventos de vida ou estressores, enquanto que os fatores de proteção são usualmente nomeados como mediadores (buffers).

Grande parte dos autores define de forma didática três tipos de fatores de proteção para a criança/adolescente (i) fatores individuais: auto-estima positiva, autocontrole, autonomia, características de temperamento afetuoso e flexível; (ii) fatores familiares: coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio/suporte; (iii) fatores relacionados ao apoio do meio ambiente: bom relacionamento com amigos, professores ou pessoas significativas que assumam papel de referência segura à criança e a faça sentir querida e amada (BAPTISTA, 2005).

Os processos de proteção têm como característica essencial provocar uma modificação na resposta do indivíduo aos processos de risco. Possuem quatro principais funções: (i) reduzir o impacto dos riscos, fato que altera a exposição da pessoa à situação adversa; (ii) reduzir as reações negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco; (iii) estabelecer e manter a auto-estima e auto-eficácia, através de estabelecimento de relações de apego seguras e o cumprimento de tarefas com sucesso; (iv) criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse de seus membros. (POLETTI; KOLLER, 2008).

A família pode atuar como fator protetivo, mas também como um fator de risco. Esta suposta ambigüidade é justificada quando se considera a família como o grupo social básico da pessoa, cuja função e estrutura são determinantes em seu desenvolvimento. As relações entre pais e filhos, são caracterizadas por uma

enorme complexidade, sendo, então, indispensável a promoção, por parte dos pais, de um ambiente incentivador, protetivo e seguro, no qual os filhos possam aprender e se desenvolver (POLETTTO; KOLLER, 2008).

A família protetiva proporciona o alicerce necessário para a socialização. Dentre as, várias características que estão relacionadas à resiliência, encontram-se o vínculo positivo entre a criança e seus pais (ou cuidadores), a ausência de discórdia conjugal severa e o enfrentamento positivo de problemas. Famílias que apresentam coesão, aconchego, continência e estabilidade, nas quais as relações são permeadas por afeto, equilíbrio de poder, cuidados adequados, senso de pertencimento e disciplina consistente são mais propensas a ter membros saudáveis emocionalmente (BAPTISTA, 2005).

O apoio familiar, durante situações de estresse, pode ajudar as crianças a manter um senso de estabilidade e rotina frente a mudanças, mesmo que o relacionamento positivo seja com apenas um dos pais (BAPTISTA, 2005).

A constituição da família está baseada em relacionamentos e na qualidade das inter-relações, e não simplesmente em sua estrutura. Os relacionamentos interpessoais, de um modo geral, atuam como promotores da adaptação das pessoas, principalmente as que vivem com altos níveis de estresse, ao prover apoio emocional, instrumental e informações (POLETTTO; KOLLER, 2008).

O apoio emocional refere-se à disponibilidade de uma pessoa com quem a criança ou adolescente possa discutir seus problemas, confiar sentimentos e aborrecimentos; o apoio instrumental diz respeito à ajuda e assistência em tarefas como atividades escolares, transporte e assistência financeira; o apoio por meio de informações relaciona-se à disponibilidade de avisos, orientações e informações sobre os recursos da comunidade. Durante a infância, a família representa geralmente a rede de apoio mais próxima da criança. (POLETTTO; KOLLER, 2008).

Coesão familiar, comunicação, qualidade do relacionamento entre pais e filhos, envolvimento paterno na educação da criança e práticas educativas envolvendo afeto, reciprocidade, estabilidade, confiança e equilíbrio de poder favorecem o desenvolvimento e o bem-estar de crianças e adolescentes, mesmo

quando expostos a ameaças ou situações de risco variadas (BRONFENBRENNER, 1987; BAPTISTA, 2005).

Além disso, o estabelecimento de uma rede de apoio social efetiva auxilia os pais durante o processo de socialização da criança, servindo como um recurso ao qual eles podem recorrer em momentos de *stress* (BRONFENBRENNER, 1987).

Resiliência refere-se a comportamentos adaptados em resposta a fatores de risco. Deste modo, para falarmos em resiliência, a condição de risco deve ser imprescindível, pois não é possível afirmar que uma pessoa está sendo resiliente, se o risco não estiver presente, ou seja, se não estiver em jogo a habilidade da pessoa para enfrentar a situação. O mesmo acontece com a vulnerabilidade. Sem a presença do risco, a vulnerabilidade não se manifesta. Para Blum (1999), Resiliência é a capacidade de recuperar e manter um comportamento adaptado após um dano. O autor sugere que se estructurem programas que favoreçam a resiliência e minimizem os riscos (BLUM, 1999).

Nesse caso a Resiliência está ligada às ações de prevenção que podem ser propostas a partir do conhecimento dos fatores de risco e de proteção. Quatro intervenções são identificadas e propostas pelo autor:

i) Redirecionamento do impacto de Risco; ii) Redirecionamento da reação que se faria por uma trajetória diferente; iii) Desenvolvimento da auto-estima e do poder de ações positivas (auto-eficácia), por meio de relações pessoais, de novas experiências e de aprendizagem para suplantar desafios; iv) Criação de oportunidades que permitam ao indivíduo ter acesso a recursos (BLUM, 1999).

Ainda segundo Blum 1999 o modelo de desenvolvimento social incorpora essas quatro dimensões. É baseado na criação de habilidades para a vida e reconhece a necessidade da participação do ambiente que cerca o indivíduo como família, escola e comunidade.

O modelo citado por Blum (1999) que resume os elementos chave para a resiliência e que tem servido de base para orientar os diversos programas de atenção ao adolescente tais como Amor à Vida, Espaço Jovem, que fazem parte de nossa política estadual, é conhecido como PCAP (*People, Contribution, Activies, Place*).

Dessa forma como as causas mais comuns de doenças entre os adolescentes são as sociais e comportamentais o modelo básico de resiliência exige uma mudança de nossos paradigmas passando de apenas cuidados com as doenças para a prevenção e promoção da saúde contribuindo para os programas de desenvolvimento e apoio à saúde integral do adolescente (BLUM, 1999).

Cecconello (2003) trata de resiliência utilizando estudos que a definem como um processo de adaptação. Para definição de adaptação a autora coloca como critério haver se baseado na perspectiva ecológica do desenvolvimento humano proposta por Bronfenbrenner, em sua teoria.

Diante dessa perspectiva o desenvolvimento ocorre através de processos de interação recíproca da pessoa com outras pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato, denominados como processos proximais.

Conforme mencionado pela autora, dois tipos de efeitos podem resultar dos processos proximais: competência, que se refere à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidade para conduzir e direcionar seu próprio comportamento, e disfunção, que se refere à manifestação recorrente de dificuldades em manter o controle e a integração do comportamento (CECCONELLO, 2003).

Pessoas podem apresentar predisposição para o desenvolvimento de alguma patologia e esta nunca se manifestar, a não ser que seja desencadeada por alguma situação estressante. Contudo, é necessário estar ciente de que um fator de risco tem o potencial para atuar como tal e, dependendo da existência de fatores mediadores, é que ele poderá não atuar como risco.

A autora cita como exemplo, a pobreza, considerada pela literatura como um fator de risco potencial para o desenvolvimento das pessoas, no entanto, se puder contar com fatores de proteção, como coesão familiar e rede de apoio social, elas poderão não apresentar conseqüências negativas. Neste caso, a pobreza não atuou como risco, apesar de existir uma alta probabilidade para tal. Por outro lado, se uma pessoa desencadeou alguma doença ou conseqüência negativa pela exposição a este fator de risco, como, por exemplo, a depressão, prossegue a autora pode-se dizer que a pobreza contribuiu para desencadear este problema, desempenhando, assim, um papel de risco (CECCONELLO, 2003).

Conclui-se que, para analisar os processos de resiliência e vulnerabilidade, é necessário examinar fatores de risco e proteção em interação.

Segundo a autora Risco e Vulnerabilidade são processos relacionados com resultados negativos ou indesejados. O risco pode ser identificado tanto em nível individual como em nível ambiental. A vulnerabilidade, por outro lado, está relacionada com uma característica pessoal, inata ou adquirida. Para se observar tanto as influências do risco, como as manifestações da vulnerabilidade é necessário que haja interação com os eventos da vida (CECCONELLO, 2003).

O conceito de vulnerabilidade foi primeiramente associado especificamente à saúde pública, no contexto de epidemia da AIDS, por Mann e colaboradores, principalmente a partir de 1992, quando publicou o livro: "*AIDS in the world*", nos Estados Unidos. Originado da discussão sobre Direitos Humanos, o termo inicialmente associado à defesa dos direitos de cidadania de grupos ou indivíduos fragilizados jurídica ou politicamente, passou a ser utilizado nas abordagens analíticas, teóricas, práticas e políticas voltadas à prevenção e controle da epidemia. (AYRES, 2006).

Yunes e Szymanski (2001, p.28), ao citar o pesquisador Murphy e colaboradores definem vulnerabilidade como a 'susceptibilidade à deteriorização de funcionamento diante de stress'. Nesse sentido, a vulnerabilidade se associa às diferenças individuais e às formas de lidar com elas associadas às dificuldades ambientais. Dessa forma, reconheceu-se a complexa interação, entre a predisposição individual à vulnerabilidade, o ambiente vivenciado e a presença/ausência de estrutura social.

Sapienza e Pedromônico 2005 em artigo para revista de psicologia de Maringá descrevem alguns fatores que tornam um indivíduo vulnerável como:

[...] prematuridade, desnutrição, baixo peso, lesões cerebrais, atraso no desenvolvimento, família desestruturada, minoria social, desemprego, pobreza, dificuldade de acesso à saúde e educação. Aquelas crianças com desvantagens socioeconômicas cujas mães sejam também jovens, solteiras e pobres ou que tenham vindo de famílias desorganizadas (riscos psicossociais), ou ainda crianças que tenham pais com desordens afetivas, esquizofrenia, desordens anti-sociais, hiperatividade, déficit de atenção e isolamento (riscos genéticos) são potencialmente vulneráveis aos eventos estressores e são consideradas crianças em risco para problemas de desenvolvimento (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Segundo Campos *et. al.* (2006) as análises de vulnerabilidades integram três eixos de compreensão dos aspectos das vidas das pessoas, de comunidades que as tornam mais ou menos susceptíveis de adoecer.

É necessário que os diagnósticos de vulnerabilidades e as consequentes propostas de intervenção junto aos adolescentes e suas famílias considerem a mediação exercida entre estes sujeitos e seus contextos sociais pelos programas e serviços disponíveis.

Na literatura sobre família a Resiliência é definida de maneira similar à encontrada na literatura em que o foco é a pessoa, tomando por base critérios como adaptação, risco e proteção. Entretanto, o seu nível de análise é diferente, uma vez que a resiliência em famílias envolve a habilidade do sistema familiar como um todo. O conceito de adaptação neste nível refere-se à habilidade da família para enfrentar as transições normativas e não-normativas do seu ciclo de vida, produzindo processos proximais entre seus membros que gerem competência, e não disfunção (CECCONELLO, 2003).

Entre os processos que geram competência, é citada a utilização de indução de disciplina durante a socialização dos filhos. Entre os processos que geram disfunção, estão a presença de abuso e maus tratos na relação entre pais e filhos (CECCONELLO, 2003). Inferências sobre adaptação deste sistema são feitas, a partir dos efeitos que os processos proximais produzem nos membros da família.

Quando a família está fortalecida como unidade funcional, ela contribui para a resiliência de todos os seus membros. A maneira como a família interage com as adversidades é fundamental para a adaptação de cada membro e do sistema como um todo. Se, durante a interação com os fatores de risco, a família se mantiver

coesa, com cada membro desempenhando seu papel com competência, pode-se inferir que a família está apresentando resiliência, contribuindo para a resiliência individual de seus membros. Se, pelo contrário, existem distorções nestes papéis, como, por exemplo, violência doméstica na relação entre pais e filhos, pode-se dizer que a família está sendo vulnerável. (CECCONELLO, 2003)

A autora ressalta o fato de que algumas evidências apontadas na literatura levantam a hipótese de que há continuidade na adaptação ao longo do tempo e através das transições. De acordo com estas evidências, algumas pessoas e famílias são, geralmente, vulneráveis, outras são, freqüentemente, resilientes. A autora considera a importância de se identificar **os fatores de risco** que aumentam a probabilidade de uma disfunção durante as transições e **os fatores de proteção** que reduzem a severidade dos resultados negativos.

A noção da continuidade na vulnerabilidade e resiliência constituem apenas um dos aspectos necessários para o entendimento de fatores de risco e proteção que influenciam as transições, dependendo as transições também de fatores como: i) a natureza da demanda pessoal e social durante as transições; ii) os recursos pessoais e sociais; e, iii) o significado da transição para a pessoa e sua família (CECCONELLO, 2003).

Em estudo desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999), pesquisadores destacam dois fatores que servem de orientação **como indicadores da adaptabilidade ou de vulnerabilidade à crise**: O grau de satisfação dos membros da família com diferentes aspectos de sua vida; e A presença ou ausência de problemas de saúde ou de comportamento. Se alguma família é vítima de alguma tragédia que causa a morte abrupta do pai, podemos esperar que passe por um momento de dificuldade e sofrimento, mas não necessariamente por uma crise.

O efeito desse tipo de acontecimento dependerá do grau de união e de apoio existente entre os membros dessa família, de sua capacidade de recuperar-se moralmente e de se reorganizar-se, do valor dado à morte, da ajuda que encontrarem nos familiares, nos amigos e na comunidade etc. Se algum desses ingredientes falhar, é possível que a mãe ou algum dos filhos desenvolva alguma

sintomatologia física ou emocional, que poderá refletir-se no rendimento pessoal, acadêmico ou profissional. Esta sintomatologia funciona como uma mensagem convidando todos os envolvidos na situação a avaliar suas posições e competência como grupo, para resolver os problemas (CHERNÁNDEZ, 1999).

Conforme a etapa do ciclo vital em que se encontra a família, todos estes fatores variam; verifica-se, porém, que as famílias mais vulneráveis à crise se caracterizam por: 1) possuir escassa vinculação afetiva e baixa flexibilidade; 2) seus membros vacilam a depender do apoio e compreensão da família; 3) preferem confiar em pessoas que não sejam da família, evitando pessoas próximas, fazem poucas coisas juntos e sentem que entre eles se estimula a atitude de cada um ir para o seu lado; 4) predomina um estilo comunitário fechado, com resistência ao compromisso mútuo, com ausência de responsabilidades e não incluem a maioria dos membros nas decisões que afetam a todos (CHERNÁNDEZ, 1999).

Há redução de vulnerabilidade no momento da crise quando existem poucas tensões que ameacem a estabilidade emocional, social ou econômica da família, tais como separação conjugal, infidelidade, dificuldades na relação sexual, gravidez indesejada ou fora de uma união estável, abortos, perdas econômicas severas, desemprego prolongado, enfermidades crônicas incapacitantes, morte violenta, suicídio ou desaparecimento de algum dos membros, prisão, violência física ou sexual.

Contudo não significa dizer que ao apresentar algum desses eventos, a família esteja predestinada a ter problemas. O que acontece é a necessidade de um reajuste objetivo, para que o grupo familiar consiga assimilar esses acontecimentos como pontos de apoio para sua própria evolução (CHERNÁNDEZ, 1999).

Para melhor compreender as experiências dos adolescentes e suas famílias frente aos riscos de adoecimento torna-se necessário utilizar a *análise de vulnerabilidade*, instrumental proposto na década de 1990 para intervenção sobre a epidemia de AIDS segundo Campos et. al. 2006. Essas análises de vulnerabilidades integram três dimensões para a compreensão dos aspectos das vidas das pessoas, de comunidades que as tornam mais ou menos susceptíveis de adoecer quais sejam:

- I. **Dimensão individual da vulnerabilidade:** O principal foco das análises desta dimensão está no princípio de que todos os indivíduos são susceptíveis. O ponto de partida para tais análises segundo Ayres, Calazans, Saletti Filho e França Júnior 2006, são aspectos próprios ao modo de vida das pessoas que podem contribuir para que se exponham ou ao contrário protejam-se dos riscos. Tem a ver com o grau e à qualidade da informação que as pessoas dispõem no nosso caso os adolescentes e suas famílias, sobre a AIDS e suas formas de transmissão, bem como sobre sexualidade, uso de drogas e serviços; e ainda depende da capacidade de elaborar essas informações incorporando-as ao cotidiano de suas preocupações, além da possibilidade de transformação em práticas de prevenção; (CAMPOS *et al.*, 2006).
- II. **Dimensão Social da Vulnerabilidade:** Compreendendo os processos saúde-doença como processos sociais, torna-se necessário avaliar a dimensão social da vulnerabilidade, onde o acesso à informação, seu conteúdo e qualidade e o que isto representa diante dos valores e interesse das famílias e dos adolescentes, o possível experimentar, envolve aspectos sócio culturais, políticos e morais. Aqui o foco é o contexto através dos vários aspectos como a estrutura jurídico-política e as diretrizes de governo, as relações de gênero, raciais e entre gerações, comportamento sexual, religião, condições sócio-econômicas em geral oferecem compreensão para os comportamentos e práticas relacionadas à exposição às condutas de risco e ao próprio risco;
- III. **Dimensão Programática ou Institucional da Vulnerabilidade:** Através dessa dimensão buscam-se avaliar, em certas circunstâncias sociais, de que modo às instituições de saúde, educação, bem-estar social e cultura atuam como elementos que reproduzem ou aprofundam as condições sociais de vulnerabilidade. Interroga-se o quanto os nossos serviços de saúde e educação estão contribuindo para que contextos desfavoráveis sejam compreendidos e superados pelos adolescentes e suas famílias? O quanto oferecem para que os mesmos possam transformar suas relações, valores e se interessem por se livrar das situações de vulnerabilidade? (CAMPOS *et al.*, 2006).

3.4 Adolescência e políticas públicas

O reconhecimento das crianças e dos adolescentes enquanto agentes na cena pública foi sendo construído ao longo dos períodos moderno e contemporâneo da história ocidental, concomitante à constituição do Estado Moderno. Segundo Ariés (2006) no século XIX, iniciam-se as ações estatais de proteção à criança, com ênfase sob o ponto de vista ultra moralista (vitoriano) e voltado para a disciplina.

No Brasil, as políticas públicas para a juventude não têm uma tradição histórica, sobretudo numa ótica participativa. Recentemente tem-se observado por parte dos formuladores das políticas governamentais a preocupação com esse segmento. Nesse sentido, destacam-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e a lei Orgânica da Saúde que regulamenta o dispositivo constitucional que considera saúde como um direito social (1990) e destaque para elaboração e aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) que reconhece todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais.

Em cumprimento a nova Constituição, o Ministério da Saúde em 1989 criou o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD cujos objetivos foram: promover a saúde integral, normatizar ações, estimular e apoiar implantação nos estados e municípios, promover e apoiar pesquisas relativas à adolescência, estimular a criação de sistema de informação e contribuir com as atividades intra e intergovernamentais visando à formulação de uma política nacional para a juventude a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal.

Em estudo realizado por Ruzany no ano de 2000 (11 anos depois) em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, sobre a implantação do Programa de Saúde do Adolescente proposto pelo Ministério da Saúde, ficou evidenciado que o Programa não estava sendo trabalhado em 21 das 70 unidades avaliadas, e que das 49 que faziam parte do PROSAD, somente em sete unidades os adolescentes contavam com atendimento de pré-natal, ginecologia, pediatria e clínico (RUZANY, 2000).

A Lei Orgânica da Assistência Social (1993) que regulamenta o direito constitucional à assistência social do Estado e garante a proteção especial à adolescência e o amparo aos adolescentes carentes, e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (1996) que regulamenta o direito à educação também como direito público subjetivo de todo cidadão (LEÃO, 2005).

Em 2005 o Ministério da Saúde publicou O Marco Legal da Saúde de Adolescentes onde destaca os instrumentos legais de proteção aos direitos dessa clientela, especificamente os instrumentos legais que garantem o pleno exercício do direito fundamental à saúde, em âmbito nacional e internacional. No mesmo ano foi lançado pelo Ministério da Saúde o Manual: Saúde Integral de Adolescentes e Jovens (Orientações para a Organização de Serviços de Saúde) com orientações básicas para nortear a implantação e ou implementação de ações e serviços de saúde que atendam os adolescentes e jovens de maneira integral, resolutiva e participativa (BRASIL, 2005).

O Brasil guarda tradição de políticas sociais fragmentadas que tiveram seu início a partir de 1923, com a regulamentação das caixas de aposentadoria e pensão dos trabalhadores dos setores econômicos mais importantes. Este foi o início do sistema previdenciário e de assistência médica de âmbito nacional. Em razão dessa origem as políticas sociais vêm-se estruturando de forma fragmentada (VASCONCELOS, 1999).

Por um lado, as políticas se expandiram pela luta de grupos organizados da população por seus interesses, que são diversificados e variados. Por outro lado, segundo Vasconcelos 1999 as políticas sociais também se expandiram como resposta parcial do Estado a essas reivindicações, buscando a adesão política da população aos diferentes grupos que se vêm revezando no poder e, ao mesmo tempo, procurando a expansão do mercado de bens e serviços para as empresas privadas.

Os vários movimentos de integração das políticas sociais, entre os quais se destacam a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 (em substituição aos antigos institutos de aposentadoria e pensão organizados por categoria profissional) e do SUS em 1988, não conseguiram evitar em sua totalidade

as políticas sociais fragmentadas. A grande maioria de instituições e trabalhadores da saúde se dirigia para o atendimento individualizado das pessoas, desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem. (VASCONCELOS, 1999).

Entretanto próprio Vasconcelos 1999 nos fala que o perceber da fragmentação das diversas políticas sociais tem favorecido o surgimento de propostas de integração das várias ações no campo social.

Família e comunidade passaram a ser reconhecidos internacionalmente como importantes pontos de integração das políticas sociais. A escolha pela ONU do ano de 1994 como o ano Internacional da Família confirma o movimento de priorização política da família. Em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família. Tal decisão política visou reorganizar a rede de assistência à saúde através de uma política direcionada para a Universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidação do processo de descentralização (CAMPOS *et al.*, 2006).

Nos primeiros anos de sua criação o Programa Saúde da Família enfrentou algumas dificuldades em cumprir os seus objetivos dependendo da realidade social e política dos municípios onde estava sendo implantado. Segundo Vasconcelos 1999 o que caracterizava essas dificuldades era o fato de que em alguns desses locais costumavam-se denominar de saúde da família práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. Qualquer tipo de intervenção da equipe era considerado como familiar.

Ainda de acordo com Vasconcelos 1999 ao não se ter clara a distinção entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, o termo família perde sua especificidade. Não se teria mostrado clara a diferenciação entre as várias situações de risco vivenciadas pelas famílias ou entre os diversos contextos familiares em que se situam os problemas de saúde para, assim, distinguir as diferentes metodologias de abordagem necessárias. Tal fato acontece ainda hoje em menores proporções por causa da verticalização dos diversos programas de saúde pública, ficando restrita a percepção e intervenção dos profissionais locais, e por necessidades de educação permanente (VASCONCELOS, 1999).

Almeida (2003) considera o avanço que foi a criação do Programa de Saúde da Família uma vez que foi idealizado como estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde, e que o mesmo vem, de certa forma, se adequando aos fundamentos da reforma sanitária, ao ancorar-se na epidemiologia social e na descentralização administrativa, através da municipalização das ações de saúde.

Da mesma forma Campos *et al.* (2006) coloca que o Programa Saúde da Família – PSF tem sido considerado uma estratégia eficaz na reorganização da Atenção Básica por ter como pressupostos: o foco na família, a descrição da clientela, a prática clínica segundo a lógica da epidemiologia social e, como ponto forte, o estabelecimento de vínculo, laços de compromisso e a responsabilidade entre os profissionais e a população.

Um modelo de Atenção Primária a Saúde focado na unidade familiar e construído operacionalmente na comunidade o Programa Saúde da Família pode ser visto como a experiência brasileira de um modelo coletivo de atenção primária (ANDRADE, BARRETO; BEZERRA, 2006).

A atenção específica ao adolescente no Município de Iguatu se dá através dos programas e ações definidos pela política estadual de saúde para o adolescente: Espaço Jovem, Projeto Amor à Vida e Atenção ao adolescente na atenção primária de saúde, por programas e ações implementados pelos diversos setores do Município, mais especificamente as secretarias de saúde, educação, ação social e cultura.

Programa	Objetivo
Adolescente para Adolescente: abc da saúde	Formar multiplicadores de educação em saúde entre os adolescentes nas escolas públicas do Município;
Projeto Adolescência Saudável	Viabilizar atendimento ambulatorial diferenciado uma vez por semana em 22 UBSF
Cursinho Força Jovem Programa Bolsa Universidade	Viabilizar o Acesso dos Jovens à Universidade
Projeto Primeiros Passos	Favorecer a inclusão produtiva do adolescente
Implantação do Centro de Ação Jovem (CAJ)	Facilitar o desenvolvimento de grupos de adolescentes e jovens favorecendo o seu empoderamento, criando uma rede de informação que fortaleça o auto-cuidado;
Estação Juventude Escola de música Eleazar de Carvalho Festival de Câmara Natal de Luz	Oferecer programas de cultura e expressão artística para adolescentes e família;
Mobilização e criação de grêmios estudantis nas escolas da rede municipal	Ampliar a participação de adolescentes na gestão escolar;
Manutenção de dois Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) Estruturação de Projeto de Geração de Emprego e Renda Ações sócio-educativas às Famílias – ASEF	Estruturar serviço de Assistência as famílias em situação de vulnerabilidade Social;
Assistência Psicossocial às crianças e adolescentes no abrigo domiciliar; Funcionamento do Conselho Tutelar; Funcionamento do Conselho dos Direitos da Criança e Adolescente	Propiciar medidas de proteção à crianças e adolescentes com direitos violados;
Implantação do Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS; Instalação de um Disque Denúncia; Implantação do Projeto Sentinela; Implantação do Projeto Transforme; Capacitação dos profissionais para formar a rede de proteção às vítimas de violência e exploração social; Implantação das comissões de maus-tratos nos PSF e HRI;	Estruturar serviços de assistência a criança, adolescente, mulheres e idosos vítimas de violência e exploração sexual;

QUADRO 2 – Programas implementados pelo nível municipal.

Constatamos que apesar dos vários esforços já demonstrados, as ações para atenção integral à saúde dos adolescentes no Município de Iguatu ainda necessitam de especial atenção e implementação o que contribuirá para transformá-las em políticas prioritárias e específicas para esse segmento.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) desenvolveu em 1999 o Projeto de Avaliação da Saúde Familiar que teve como objetivo a avaliação da saúde da família, dentro do contexto de atenção integral a saúde do adolescente, na linha de trabalho do programa de saúde, família e população da Divisão de Promoção e Proteção da saúde da OPAS. O referido projeto resultou das discussões e decisões tomadas sobre o tema, entre 1984 e 1992, na reunião mundial em favor da infância, da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1999).

Nas sugestões dadas pela OPAS para contribuir com a solução da complexa problemática da adolescência, a família é vista como um dos enfoques integradores que devem ser aplicados como estratégia de abordagem e como um dos microambientes promotores de saúde, desenvolvimento e bem-estar (CHERNÁNDEZ, 1999).

Em 1990 a OPAS definiu os pontos de referência para a promoção de saúde integral dos adolescentes da seguinte forma: (OPAS, 1999).

- **Propósitos:** Saúde integral para todos os adolescentes (Bem-estar e desenvolvimento de todos os adolescentes);
- **Desafios:** Reduzir a desigualdade de oportunidades; Aumentar os níveis de promoção e prevenção; Fortalecer a satisfação de necessidades;
- **Mecanismos de promoção de saúde bem-estar e desenvolvimento:** Desenvolvimento da capacidade do auto cuidado; Promoção da ajuda mútua de grupos-Desenvolvimento de ambientes saudáveis: família, escola comunidade;
- **Estratégias:** Reforço da participação social; Reforço dos serviços de saúde; Coordenação intersetorial; Aplicação de enfoques integradores: de risco,

familiar, comunitário, intersetorial OPAS Do citado projeto, originou-se um subprojeto envolvendo vários países, promovido pela OPAS financiado pela Fundação Kellog a partir de 1992, com a finalidade de desenvolver um instrumento para a identificação de famílias em situação de risco. O objetivo era criar um instrumento que pudesse contribuir para a adequação dos serviços de atenção à saúde do adolescente dentro do contexto psicossocial e transdisciplinar que o inspirou. (OPAS, 1999).

O processo de criação dos questionários teve a participação de grupos de profissionais, acadêmicos e pesquisadores sobre a família nos países da região das Américas, de maneira que tanto o manual de instruções como os questionários receberam contribuições das seguintes universidades: Universidade de Minnesota, Universidade do Chile, Universidade Santo Tomás de Bogotá, Universidade de Caldas (Colômbia), Universidade de São Paulo e Universidade de Buenos Aires. Também contribuíram pessoas de programas de saúde do adolescente de Costa Rica, do Rio de Janeiro e das Antilhas, coordenados pelos consultores da Organização Panamericana da Saúde, em reuniões (OPAS, 1999).

Buscando contribuir para a construção do conhecimento sobre o funcionamento familiar especificamente no Município de Iguatu estamos utilizando o mesmo instrumento padronizado pela OPAS quando de seu estudo inicial.

Durante a adolescência os indivíduos estão expostos a determinados fatores de risco o que os torna susceptíveis ao uso de drogas e outras condutas que poderão causar sérios danos à saúde. Entre os fatores estão: uso de drogas pelos pais, a falta de integração às atividades escolares, desestrutura familiar, violência doméstica, a pressão de grupo entre outros.

Alguns desses fatores são muito semelhantes àqueles que fazem parte da própria adolescência como os conflitos psicossociais, a necessidade de integração social, a busca da auto-estima e de independência familiar. Sanchez *et al.* (2005) observa que a faixa etária do início do uso de drogas está dentro da faixa etária da adolescência ou seja de dez a 19 anos e que no Brasil o início do consumo ocorre principalmente entre dez e 12 anos (SANCHEZ *et al.*, 2005).

A vulnerabilidade para o uso indevido de álcool e drogas é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente. (FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006).

A droga aparece como um atrativo para o adolescente que pode estar vivenciando uma relação conflituosa com a família, ou estar sofrendo influência da própria família ou do grupo de amigos. Quando a droga surge, os conflitos sofridos na adolescência se acentuam e são sentidos na família, causando um abalo na estrutura familiar.

A família tem um papel importante na criação de condições relacionadas tanto ao uso abusivo de drogas pelo adolescente quanto aos fatores de proteção, funcionando igualmente como antídoto, quando o uso de drogas já estiver instalado (SCHENKER; MINAYO, 2003, p.301).

A redução de danos trabalha, somando práticas educativas pautadas na realidade e emancipação dos sujeitos, somando estratégias 'positivas' como a disseminação do conhecimento científico e de um estilo de vida saudável, que não se mostram suficientes isoladamente. Essa abordagem incluiu, conforme novos pressupostos educacionais, as vivências e experiências dos sujeitos em questão, suas condutas e códigos de comunicação, motivando a sua capacidade de compreender, decidir e abordar a questão, fortalecendo a reflexão e a autonomia individual. (FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006).

Esse conceito atualmente tem uso ampliado para além da área de 'drogas', sendo utilizado em outras áreas da Saúde, como a reprodutiva e fora de seu âmbito como nas ações ambientais (CONTE *et al.*, 2004 *apud* FIGUEIREDO, 1999; FIGUEIREDO; AYRES, 2002).

Do ponto de vista didático a **Redução de Danos** pode ser entendida por duas vertentes principais: 1) como uma estratégia para reduzir danos de HIV/DST em usuários de drogas e 2) como conceito mais abrangente que inclui ações no campo da saúde pública e de políticas públicas que visam a prevenir os danos antes que eles aconteçam (CONTE *et al.*, 2004).

Ainda segundo Conte *et al.* (2004):

[...] acredita-se que Redução de Danos são estratégias que podem ser desenvolvidas em diferentes campos e que visam à construção de possibilidades de vida a partir de ações que considerem os processos de subjetivação. Possibilidades de Vida podem ser traduzidas por auto-estima, autocuidado, reconhecimento do sujeito em um vir-a-ser (devir) desejante. Quando a escola considera a realidade com drogas e aborda esta questão de forma ética, estará reduzindo danos subjetivos. Quando a rede de saúde se pauta pela estratégia de RD, ocorre maior probabilidade do/a usuário/a ser acolhido/a e estabelecer vínculo (qualidade de vida). Quando a segurança aborda o/a usuário/a com ética estará fazendo RD subjetiva.

A Política Nacional de Redução de Danos no Brasil nasceu vinculada ao Programa Nacional de combate às DST's/AIDS. As estratégias de redução de danos obtiveram a primeira manifestação oficial de apoio internacional dos países ibero-americanos, com a realização pelos ministérios da saúde desses países da Conferencia sobre AIDS em Brasília no ano de 1993.

O primeiro Programa de Redução de Danos foi oficializado no Brasil em 1995 em Salvador-BA. Com o desenvolvimento de várias associações, programas e projetos, dentre elas a Associação Brasileira de Redutores de Danos, (ABORDA) a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) e a Rede Latino Americana de Redução de Danos (RELARD) o Brasil começou a ocupar lugar de destaque na América Latina.

No ano de 2004 o Ministério da Saúde através da portaria nº 2197 que redefiniu e ampliou a atenção para usuários de álcool e outras drogas pelo SUS, adota no capítulo V, a lógica da redução de danos como estratégia para êxito das ações a serem desenvolvidas. (BRASIL, 2004).

Em 2005 o Ministério da Saúde Regulamenta a Política de Redução de Danos em serviços atribuindo um incentivo financeiro através da portaria nº 1059, para os municípios que já contavam com os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD implantados (BRASIL 2005), através da Política de Saúde Mental.

A implementação oficial de políticas de redução de danos coincide com os avanços no processo de conhecimento no campo da saúde e o desenvolvimento de práticas de cuidado e promoção da saúde. Esses avanços permitem extrapolar o enfoque epidemiológico de risco para introduzir o conceito de vulnerabilidade

buscando responder à percepção de que a chance de adoecimento das pessoas resulta de um conjunto de aspectos não somente individuais como também coletivos, contextuais que tanto acarretam maior ou menor suscetibilidade às doenças quanto maior ou menor disponibilidade de recursos para se proteger (CAMPOS *et al.*, 2006).

A partir da revisão da literatura sobre o tema – adolescência, e por entender ser a adolescência uma fase onde há maior vulnerabilidade física, psíquica e social, algumas questões nos parecem relevantes para melhor compreender este grupo na perspectiva de propor ações de saúde para o mesmo, tais como:

- Em quais proporções famílias do Município de Iguatu poderão atuar como protetoras, fortalecendo nos adolescentes a capacidade de ultrapassar de maneira tranqüila o período ou a fase de transição, contribuindo para o amadurecimento equilibrado do jovem?
- Quais os níveis de adaptabilidade ou de vulnerabilidade das famílias e de seus membros diante de crises?

A nossa pretensão é traçar o perfil de funcionamento das famílias com filhos adolescentes no Município de Iguatu, utilizando como marco conceitual as teorias do estresse familiar, que se concentram nos conceitos de vulnerabilidade à crise e o poder de recuperação da crise.

PERCURSO METODOLÓGICO

4 O PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipologia do estudo

A pesquisa foi estruturada com base na abordagem quantitativa tipo de estudo descritivo, transversal, desenvolvido através da aplicação de questionários estruturados, instrumento elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde, (OPAS) testado e aplicado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Chile e patrocinado pela Organização Pan-Americana da Saúde.

Pesquisadores do funcionamento familiar da OPAS (1990) sugeriram alguns conceitos e premissas que foram tomados por base para elaboração do instrumento de avaliação da saúde. Desse modo, o trabalho foi desenvolvido com base nos seguintes conceitos.

O enfoque de risco, como abordagem conceitual e metodológica onde as pessoas da família e os grupos têm diferentes graus de possibilidade de desviar-se da saúde e do bem-estar; os fatores que determinam os níveis de saúde, bem-estar e desenvolvimento de crianças e adolescentes são numerosos e inter-relacionados; o controle dos fatores de risco, por supressão ou por compensação, diminui a probabilidade de dano e o reforço dos fatores protetores aumenta as possibilidades de saúde melhor (OPAS, 1999).

O conceito de família visto em uma perspectiva social: Um dos microambientes onde permanece o adolescente e que, portanto, tem como responsabilidade conseguir que seu funcionamento favoreça um estilo de vida saudável; Um contexto, complexo e integrador, pois participa da dinâmica interacional dos sistemas biológico, psicossocial e ecológico, no âmbito dos quais se mobilizam os processos fundamentais de desenvolvimento do adolescente; Uma unidade psicossocial sujeita à influência de fatores socioculturais protetores e de risco, cuja interação a torna vulnerável a viver situações de crise ou apresentar padrões disfuncionais; Um dos fatores protetores, caracterizando-se, portanto,

como um dos focos da prevenção primordial e redução de dano a saúde (HERNÁNDEZ, 1999).

Alguns fatores interagem entre si e são utilizados para definir **o nível de adaptabilidade ou de vulnerabilidade da família e seus membros à crise**, em resposta a um evento estressante ou a uma situação. São os seguintes:

- A. O tipo de relações que os membros da família mantêm entre si;
- B. O estilo de enfrentamento dos problemas
- C. As fontes de apoio do adolescente e de sua família;
- D. Os valores e crenças de sua família;
- E. O acúmulo de tensão e estresse;
- F. Os recursos da família para vencer as tensões.
- G. Problemas de saúde e de comportamento. (OPAS, 1999).

Os questionários desenvolvidos inicialmente pela OPAS, quando da sua aplicação identificaram dentre os muitos aspectos do funcionamento familiar avaliados, os fatores que mais se associaram com a predição de risco. O reconhecimento desses fatores de predição de risco ajuda a detectar e a intervir preventivamente nas famílias com adolescentes que apresentam riscos, além de auxiliar seu papel no processo de saúde e doença de seus membros (OPAS, 1999).

Diante dos resultados obtidos, a equipe de investigadores assumiu o desafio de criação e validação de uma versão abreviada do instrumento “*como é a sua família*” nos formatos para pais e para filhos. O objetivo foi obter um instrumento de triagem breve e de fácil aplicação e interpretação, permitindo assim fazer cálculos iniciais de risco em determinadas populações. Os novos instrumentos estão organizados **agora somente pelos fatores de predição que foram significativos e tem a seguinte denominação: “Como é sua família- Breve” para ambos os formatos.**

Os critérios para inclusão de itens no novo instrumento foram obtidos a partir de uma análise fatorial realizada sobre as variáveis do modelo inicial. Dos fatores analisados, foram considerados somente aqueles que se relacionavam com as porcentagens de variância.

Estes fatores são:

- **Comunicação-Conexão:** fator definido como forma, espaço e disponibilidade para a interação familiar e nível de satisfação que este gera nos membros, tantos nos pais, como entre pais e filhos.
- **Funções e Rituais:** fator definido como as atividades freqüentes e sistemáticas que realiza a família em conjunto e que colaboram para a formação da identidade.
- **Hierarquia e Limites:** fator definido como a ordem interior de uma família que define o pertencimento a ela e o conjunto de normas que organiza a família.
- **Flexibilidade:** fator definido como a capacidade do sistema familiar para adaptar-se funcionalmente a novas solicitações provenientes de dentro da família e do ambiente externo (OPAS, 1999).

O instrumento com o qual se trabalhou é composto por uma área associada com a predição de vulnerabilidade familiar perante a crise e que se denomina “tipos de relações” e está organizada pelas “variáveis relacionais cuja organização é a seguinte”: (OPAS, 1999).

- Estrutura familiar;
- Hierarquia e limites;
- Conexão familiar;
- Participação familiar;
- Comunicação pai-filho;
- Comunicação conjugal;
- Rituais.

O Instrumento e suas variáveis

Questionário para Adolescentes	
Perguntas	Variáveis
Idade, sexo, quantas pessoas moram na casa, quantos irmãos?	Estrutura
Revezamento nas tarefas e responsabilidades na casa?	Flexibilidade-Funções
O pai dedica um tempo por dia para falar com seus filhos? Satisfação ao conversar com o pai? Facilidade de expressar sentimentos ao pai? O pai entende você? Se estivesse em dificuldades contaria ao pai? Satisfação na relação com parentes?	Comunicação-Conexão com o pai
A mãe dedica um tempo por dia para falar com os filhos? Satisfação ao conversar com a mãe? Facilidade de expressar sentimentos à mãe? A mãe entende você? Se estivesse em dificuldades contaria à mãe?	Comunicação-Conexão
Compartilhar alguma refeição diariamente? Fazer algo como família ao menos uma vez por semana? Compartilham com parentes próximos os eventos importantes?	Rituais Comunicação-Conexão com a família nuclear e parentes
Satisfação de passar junto o tempo livre?	Comunicação-Conexão-Rituais
Quem manda na família; Quem funciona como pai na família?	Hierarquia-Poder
Quem funciona como mãe na família?	Hierarquia-Funções

QUADRO 3 – Questionário para Adolescentes.

Questionário para pais ou mães	
Perguntas	Variáveis
Idade , sexo, quantas pessoas moram na casa, quantos filhos.	Estrutura
Revezar-se nas tarefas e responsabilidades na casa?	Flexibilidade-Funções
Cada um expressa o que deseja?	Comunicação-Conexão
O pai dedica um tempo por dia para falar com seus filhos?	Comunicação-Conexão
A mãe dedica um tempo por dia para falar com seus filhos?	Comunicação-Conexão
Compartilhar alguma refeição diariamente?	Rituais
Satisfação de passar junto o tempo livre?	Comunicação-Conexão-Rituais
Todos, cada noite, tiram um tempo para conversar e compartilhar alguma atividade?	Comunicação-Conexão
Satisfação ao conversar com seu esposo (a)?	Comunicação-Conexão
Facilidade de expressar sentimentos ao esposo (a)?	Comunicação-Conexão
Esposo (a) sabe como se sente mesmo sem perguntar?	Comunicação-Conexão
Se estivesse em dificuldades contaria ao seu esposo (a)?	Comunicação-Conexão
Quem manda na família?	Hierarquia-Poder

QUADRO 4 – Questionário para pais ou mães.

O instrumento permite obter uma pontuação numérica para cada fator do funcionamento familiar. Esta pontuação se obtém somando-se os números marcados como resposta em cada uma das perguntas. A pontuação é estabelecida com base nos resultados do estudo piloto, em outros estudos e nas teorias do estresse familiar que giram em torno dos conceitos de vulnerabilidade à crise e o poder de recuperação da crise e que fundamentam os questionários. Cada questionário já define a classificação numérica de risco para cada fator estudado como: Sem Risco; Risco; Alto Risco, bastando apenas compararem-se os resultados numéricos obtidos com as respostas aos resultados classificatórios que aparecem ao final de cada fator analisado. (HERNÁNDEZ, 1999).

O instrumento utiliza valores de referência para classificação de risco de acordo com os fatores estudados conforme a seguir:

- Para o fator Comunicação-conexão com o pai: de 0 a 1= Alto Risco; de 2 a 3= Risco; de 4 ou mais= Sem Risco;
- Para o fator Organização familiar: de 0 a 1= Alto Risco; 2 =Risco; 3 = Sem Risco;
- Comunicação-conexão com a mãe: 0 a 1 = Alto Risco; 2 a 3 = Risco; 4 ou mais = Sem Risco. (ANEXOS B e C).

ESCALA ABREVIADA DE CONDUTAS DE RISCO

a) Fumou mais de uma vez ao mês?
b) Ficou bêbado mais de uma vez ao mês?
c) Usou maconha mais de uma vez ao mês?
d) Usou drogas ilegais como cocaína, heroína, crack ou LSD?
e) Usou drogas como tranqüilizantes, hipnóticos mais de uma vez ao mês?
f) Usou solventes voláteis como cola, éter ou outros solventes e inalantes?
g) Tem se envolvido em brigas?
h) Alguma vez tentou suicídio?
i) Ficou grávida ou deixou alguém grávida involuntariamente?

QUADRO 5 – Escala abreviada de condutas de risco

Valores de ponderação definidos para estes critérios de risco pelos pesquisadores que elaboraram o instrumento:

Pontuações diferenciais por pergunta:

- As perguntas “d e “h” valem **5 pontos**
- As perguntas “b”; “c”; “e” e “f” valem **4 pontos**
- As perguntas “g” e “i” valem **3 pontos**
- A pergunta “a” vale **2 pontos**

Classificação de risco:

- **Risco alto:** aquelas pessoas que obtenham um total de pontos em condutas de risco igual ou superior a **5**;
- **Risco:** aquelas pessoas que obtenham valores entre **2 e 4** pontos;
- **Sem risco:** aquelas pessoas que relatam não assumir condutas relacionadas com as nove perguntas.

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi validado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Chile e patrocinado pela Organização Pan-Americana da Saúde. A população estudada foi um conjunto de famílias com adolescentes entre dez e 19 anos de idade de um estabelecimento educacional de Santiago-Chile (HERNÁNDEZ, 1999). (ANEXOS B e C).

4.2 Local do estudo

O estudo se deu no Município de Iguatu, localizado no centro-sul do estado do Ceará que conta com uma população total de 92.989 habitantes, destes 20.800 são adolescentes na faixa de dez a 19 anos. O Município conta com 25mil famílias e destas em torno de 16 mil são famílias com adolescentes. Iguatu caracteriza-se por ser pólo na área de saúde e referência regional na área de produção de serviços e comercial. Em relação à atenção ao adolescente o Município conta com diversos programas e ações tais como Conselho Tutelar; CRAS; Programa Espaço Jovem; Programa Amor á Vida dentre outros. Aplicaram-se os questionários em cinco escolas municipais de primeiro e segundo grau do Município de Iguatu: Escola Carlota Távora; Colégio Adahil Barreto; Escola Elze Lima Verde; Escola João Paulino; Escola Alba Araújo. Responderam questionários também, pais ou mães de adolescentes participantes ou não das reuniões de pais e mestres.

4.3 População do estudo e amostra

A população estudada foi composta pelas famílias com filhos adolescentes na faixa de dez a 19 anos sendo aproximadamente $N = 16.000$ famílias. (SIAB; 2007). Os participantes da pesquisa foram constituídos dos adolescentes na faixa de 10 a 19 anos que estudavam em escolas públicas, dos seus pais e de suas mães.

Amostra

Considerando que a população de famílias com adolescentes é de uma amplitude infinita, utilizou-se então, a fórmula a seguir, empregada nessa situação. Escolheu-se a variável “fatores de risco para a saúde do adolescente”, com uma porcentagem de 50% de existência entre as famílias da cidade, considerando-se que esse valor implica em tamanho máximo de amostra, ao se fixar o nível de significância (tomou-se $\alpha = 0,05$) e o erro amostral (fixou-se o erro amostral relativo em 12%). Aplicados esses valores na fórmula, temos que o tamanho da amostra ficou igual a 600 famílias. Para eventuais perdas de informações e ou questionários, aplicou-se uma margem de erro de 20%, quando, desse modo, o tamanho final da amostra resultou em 720 famílias. Tendo-se que aplicar o instrumento em 720 adolescentes e 720 pais ou mães de adolescentes.

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q}{e^2}$$

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário “**Como é sua Família - Breve**” para filhos (ANEXO B). e um questionário “**Como é sua Família Breve para pais e mães,**” (ANEXO C). Esses estruturados para serem respondidos em forma auto-aplicada, individual e direta sendo aplicado em cada

grupo familiar ou de forma coletiva em grupos de adolescentes ou pais, nos colégios e nas reuniões de pais. Os requisitos para aplicação dos Instrumentos foram:

Existência de uma família na qual possua um ou mais filhos entre dez e 19 anos de idade compartilhando a residência. Consideramos para este estudo “família” como sendo um grupo de duas ou mais pessoas que vivem juntas, que estão relacionadas por laços de sangue, por matrimônio ou adoção, que possuam uma relação estável de pelo menos um ano e que compartilham a mesma casa. Quanto ao critério de “compartilhar a mesma casa”, neste estudo significa que esta é a residência estável das pessoas, o lugar onde as pessoas mantêm os seus pertences e onde descansam habitualmente.

Tipos de Família

- a. **Famílias nucleares completas:** aquelas em que convivem os pais biológicos e os filhos solteiros;
- b. **Famílias incompletas:** aquelas em que convivem os filhos solteiros e um dos pais biológicos ou adotivos que é o chefe ou a cabeça da família. Outra forma de família incompleta é aquela em que convivem só os irmãos, filhos dos mesmos pais, falecidos ou totalmente ausentes, de modo que algum ou alguns dos irmãos assumem o papel materno ou paterno frente aos demais.
- c. **Famílias extensas:** em que convivem pessoas de três gerações (avós, filhos e netos) ou com relações de parentesco com o adolescente, distintas das de pai, mãe ou irmãos, tais como tios, primo, sobrinho, cunhado;
- d. **Famílias reconstituídas:** em que convivem a mãe e o pai, separados ou divorciados, com os filhos de uma ou mais uniões anteriores e seu novo companheiro;
- e. **Famílias mistas:** em que convivem um pai e uma mãe com filhos de uniões anteriores dos dois e, em alguns casos filhos concebidos nessa união atual;
- f. **Família com pai “visitante”:** é uma variante de família incompleta, o pai não convive com a família, mas socialmente não se considera como incompleta, porque cumpre com as funções de esposo e pai tem os privilégios e

atribuições de chefe de família. Esta forma de família é comum em culturas nas quais se aceita que o homem mantenha uma relação estável com duas ou mais companheiras com filhos.

O instrumento foi respondido em sua totalidade desde o momento em que se começava a aplicação, sendo aplicado em lugar reservado. Na escolha das famílias deu-se prioridade aos pais e mães e adolescentes com vínculo com a escola pública.

Para escolha das escolas onde se aplicaram os questionários utilizou-se como critério de participação na pesquisa as escolas do município nas quais existisse maior número de alunos na faixa etária de dez a 19 anos.

Dessa forma aplicaram-se questionários em cinco escolas municipais de primeiro e segundo grau do Município de Iguatu, a saber: Escola Carlota Távora, 201 alunos responderam questionários; Colégio Adahil Barreto 149 alunos responderam; Escola Elze Lima Verde 86 alunos; Escola João Paulino 94 alunos; Escola Alba Araújo 190 alunos responderam questionários totalizando 720 alunos. Também responderam aos questionários próprios para pais ou mães de adolescentes 720 pais ou mães de adolescentes quando da participação de reuniões de pais e mestres e alguns na própria residência.

4.5 Análise dos dados

Para melhor apresentação, os dados, foram digitados e armazenados em banco de dados utilizando o *softwer* SPSS na versão 16.0 e organizados em tabelas, quadros e/ou gráficos. Foram calculadas para as variáveis quantitativas as medidas estatísticas de tendência central e de variação.

As características das famílias, bem como os fatores de risco e/ou proteção foram analisados, inicialmente, de maneira univariada. Em seguida, foi feita a análise bivariada dos mesmos, quando nessa ocasião foram verificadas as associações entre os fatores de risco e as variáveis desfecho para a saúde dos adolescentes.. Para tanto, foram utilizados os testes não-paramétricos de χ^2 , de Fisher, Fisher-Freeman-Halton e

de Razão de Maximo Verossimilhança. Foi considerado como estatisticamente significante aquelas inferências cujo p foi menor que 0,05.

4.6 Aspectos éticos

Para a coleta dos dados foi solicitada a autorização da secretaria de educação do Município. Cada escola em que se deu a coleta dos dados liberou as turmas nas quais existiam alunos na faixa de dez a 19 anos. A partir disso, os questionários foram aplicados coletivamente e forma aleatória, em sala de aula, com duração aproximada de 20 minutos. Solicitou-se aos alunos que não deixassem em branco nenhuma questão e enfatizou-se o anonimato do questionário.

Por se tratar de menores os adolescentes que participaram da pesquisa além de terem sido orientados e consentirem em participar da pesquisa assinando termo de consentimento, receberam autorização de seus pais ou mães para participar do estudo, através da assinatura de termo de autorização e consentimento livre e esclarecido, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ensino e Pesquisa. Esta pesquisa foi avaliada e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará em Processo de nº. 07534249-9. FR 184447.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como se pode observar na Tabela 3, a idade dos adolescentes variou de dez a 19 anos, com média de 13 ± 2 anos, quando 82,1% se encontravam na faixa etária entre dez a 14 anos.

A maioria dos adolescentes era do sexo masculino (53,5%). Eles tinham em média 5 ± 2 irmãos, residindo no mesmo domicílio em média cinco pessoas. Observou-se, ainda, que 33,5% das famílias conviviam com seis a 17 pessoas no mesmo domicílio, caracterizando a existência de um número expressivo de famílias extensas.

TABELA 3 – Caracterização da estrutura familiar dos adolescentes participantes da pesquisa realizada no Município de Iguatu entre fevereiro e outubro de 2008.

Variável	Número	Percentual	Média	DP
1.Idade:				
10 a 14	591	82,1	13 anos	2 anos
15 a 19	129	17,9		
Total:				
2.Sexo:	720			
Masculino	385	53,5		
Feminino	335	46,5		
Total				
3.Irmãos:	720			
0 a 2;	415	57,6		
3 a 4;	197	27,4	5 irmãos	2 irmãos
5 a 17	108	15,0		
Total				
4.Pessoas que moram na casa:	720			
1 a 5;	479	66,5		
6 a 7	159	22,1	5 pessoas	2 pessoas
8 a 17	82	11,4		

TABELA 4 – Comunicação-conexão com o pai em adolescentes na faixa de dez a 19 anos no Município de Iguatu-CE no período de fevereiro a outubro de 2008.

Variável	Nunca		M.Raramente		Al.Vezes		C/frequência		Q/Sempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. O pai dedica um tempo p/ dia p/falar c/os filhos	141	19,6	43	6,0	257	35,7	118	16,4	161	22,4	720	100,0
2. Fica satisfeito c/a maneira como fala c/o pai	126	17,5	44	6,1	227	31,5	120	16,7	203	28,2	720	100,0
3. É fácil expressar seus sentimentos p/ seu pai	246	34,2	78	10,8	203	28,2	72	10,0	121	16,8	720	100,0
4. Seu pai o entende	150	20,6	60	8,3	228	31,7	96	13,3	186	25,8	720	100,0
5. Se estiver em dificuldades pode falar c/o pai	169	23,5	49	6,8	187	26,0	129	17,9	186	25,8	720	100,0

$P < 0,0001$

O desenvolvimento na adolescência caracteriza-se por um período turbulento, sendo vivido com muita agressividade e culpa. A comunicação satisfatória entre os membros da família mantém estreita relação com o bem-estar dos mesmos.

Percebe-se pelos dados da comunicação-conexão com o pai (TABELA 4) que expressivo percentual 25,6% (184) dos adolescentes apontou que o pai nunca ou muito raramente disponibiliza um tempo por dia para falar com os filhos. Para o percentual de 38,8% (279) por outro lado, “quase sempre” e “com frequência” o pai disponibiliza tempo por dia para falar com os filhos.

Em relação à satisfação da conversa com os pais, observou-se que os adolescentes 23,6% (169) “nunca ou muito raramente” estão satisfeitos. Quanto à facilidade para expressar seus sentimentos para seus pais, observou-se que a grande maioria 45% (324) “nunca ou muito raramente” considera fácil expressar sentimentos para seus pais.

Para 28,9% (208) dos participantes a percepção de ser compreendido pelo pai varia de nunca até muito raramente. A confiança de poder falar com o pai quando em dificuldades para 30,3% (218) “nunca ou muito raramente” é percebida.

Análise do teste estatístico da Tabela 4: Observou-se em relação a comunicação-conexão com o pai uma maior pontuação ($p < 0,0001$) em relação à satisfação com a comunicação com o pai e à facilidade de expressar sentimentos para com o mesmo.

A média de pontuação para este item: comunicação-conexão com o pai foi de 5 ± 3 significando Sem Risco.

TABELA 5 – Classificação de fatores preditores de risco relacionado à comunicação – conexão com o pai em adolescentes no Município de Iguatu-CE, no período de fevereiro a outubro de 2008.

Classificação	Nº	%
Alto Risco	115	16,0
Risco	72	10,0
Sem Risco	533	74,0
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

Conforme a análise do teste da tabela acima 26% das famílias apresentam vulnerabilidades relacionadas com o fator comunicação-conexão com o pai (Alto Risco e Risco), contudo a proporção de adolescentes sem risco (74,0%) foi predominante prevalecendo à capacidade de adaptabilidade ou proteção revelada através da análise do referido fator.

TABELA 6 - Caracterização da organização familiar (Hierarquia-Poder) em famílias com adolescentes do Município de Iguatu-CE. 2008

Quem manda na minha família	Nº	%
Ambos	269	37,4
Mãe	216	30,0
Pai	120	16,7
Todos	50	6,9
Outra Pessoa	29	4,0
Ninguém	31	4,3
Total	715	99,3

$P < 0,0001$

Em relação à organização familiar avaliada através do fator Um (comunicação-conexão com o pai e organização familiar) observou-se que para 37% dos adolescentes a hierarquia familiar encontra-se compartilhada entre pais e mães. Contudo chama a atenção o fato de que para 30% dos adolescentes quem manda na família é a mãe, enquanto que somente 16,7% apontaram o pai como sendo o chefe da família. Fica desta forma caracterizado o papel marcante da mulher na hierarquia familiar, em Iguatu.

TABELA 7 – Caracterização da organização familiar (Hierarquia e Funções) em famílias de adolescentes do Município de Iguatu-CE no período de fevereiro a outubro de 2008

Quem funciona como pai na família(Hierarquia e Funções)	Nº	%
Pai	439	61,0
Outra Pessoa	96	13,3
Ninguém	85	11,8
Varia	91	12,6
Total	711	98,8

$P < 0,0001$

As pesquisas realizadas pelo IPEA no Brasil sobre família mostram a diversidade na sua organização, composição e forma de sociabilidade. Atualmente existem estruturas familiares diferentes coexistindo em nossa sociedade, onde se podem encontrar cônjuges com filhos de casamentos anteriores, jovens mães solteiras e pais separados dividindo as despesas e cuidados com os filhos. Embora

tenham ocorrido todas essas mudanças na composição da família afetando substancialmente a vida doméstica, incidindo sobre as relações estruturais e definindo o modelo familiar, alguns pais mantêm ainda a visão nuclear de família, ou seja, aquela composta por pai, mãe e filhos. (MARTINS *et al.*, 2007).

Quando do questionamento sobre quem funciona como pai na família obteve-se a confirmação de que o papel de pai em sua maioria vem sendo desempenhado pelo próprio pai conforme apontaram 61,7% dos adolescentes indicando a prevalência de mais um fator de proteção familiar.

TABELA 8 – Pontuação sobre organização familiar de famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.

Pontos	Nº	%
0	34	4,7
1	122	16,9
2	155	21,5
3	200	27,8
4	209	29,0
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

TABELA 9 – Classificação de risco sobre organização familiar em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Classificação	Nº	%
Alto Risco	156	21,7
Risco	155	21,5
Sem Risco	409	56,8
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

Em relação à organização familiar uma proporção bastante significativa (43,2%) das famílias apresenta classificação de Alto Risco e Risco ensejando que seja feito um estudo de avaliação mais aprofundado. A análise estatística confirma a predominância de fatores de proteção para 56,8% das famílias.

A adaptabilidade é capacidade da família de ser flexível para mudanças, por meio da variação na estrutura de poder e nas regras de relacionamento em detrimento de novos obstáculos ou eventos estressantes que ocorrem no seu interior (BAPTISTA, 2005).

O relacionamento baseado no diálogo surge como um componente fundamental na dinâmica familiar, uma vez que funciona como um dos meios, possivelmente o primordial, para que as relações entre pais e filhos alcancem uma qualidade mais satisfatória e sejam saudáveis.

A média da pontuação total do fator Um foi 8 ± 3 .

TABELA 10 – Classificação total de risco relacionado à comunicação-conexão com o pai e organização familiar em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Classificação	Nº	%
Alto Risco	121	16,8
Risco	111	15,4
Sem Risco	488	67,8
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

Ao computar-se a pontuação total do fator Um composto pelas variáveis teóricas: Estrutura familiar (TABELA 3); Comunicação-conexão (TABELA 4); Hierarquia-Poder (TABELA 6); Hierarquia-Função (TABELA 7) e Rituais (TABELA 13) obteve-se o seguinte resultado: 32,2% (232) de Alto Risco e Risco: e 67,8 % Sem Risco. O que permite que se diga que em relação a este fator de predição que para a maior proporção de famílias 67,8% (488) predomina a existência de mecanismos de adaptabilidade e proteção.

TABELA 11 – Caracterização da comunicação-conexão com a mãe em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.

Variável	Nunca		Muito raramente		Algumas vezes		Com frequência		Quase sempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.A mãe dedica um tempo por dia p/ falar c/os filhos.	33	4,6	23	3,2	216	30,0	215	29,9	233	32,4	720	100,0
2.Fica satisfeito c/a maneira como conversa c/a mãe	33	4,6	19	2,6	192	26,7	215	29,9	261	36,3	720	100,0
3.É fácil expressar sentimentos p/sua mãe	82	11,4	26	3,6	222	30,8	166	23,1	224	31,1	720	100,0
4.A mãe o entende	55	7,6	23	3,2	249	34,6	183	22,6	230	31,9	720	100,0
5.Se estiver em dificuldades pode falar c/a mãe.	49	6,8	20	2,8	142	19,7	252	35,0	257	35,7	720	100,0

$P < 0,0001$

Na comunicação-conexão com a mãe (TABELA 11) observou-se que apenas 7,8% dos participantes disseram que nunca ou muito raramente a mãe dedica um tempo por dia para falar com os filhos enquanto que a maioria (62,3%) respondeu que com frequência ou quase sempre a mãe dedica um tempo por dia para falar com os filhos.

Quanto à dificuldade para expressar sentimentos para sua mãe, obteve-se que 15% (108) dos adolescentes disseram “nunca ou muito raramente” é fácil expressar sentimentos para a mãe enquanto em relação ao pai este índice vai para 45% (324)

A forma como conversa com a mãe é motivo de satisfação freqüente ou quase sempre para 66,2% (476) dos adolescentes.

Análise do teste estatístico: observou-se uma maior pontuação ($p < 0,0001$) na comunicação-conexão com a mãe nos itens: dedica um tempo para falar com os filhos e facilidade para expressar sentimentos.

TABELA 12 – Classificação de risco sobre comunicação-conexão com a mãe em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Classificação	Nº	%
Alto Risco	23	3,2
Risco	20	2,8
Sem Risco	677	94,0
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

Na classificação de risco sobre a variável comunicação-conexão com a mãe a proporção de famílias sem risco predominou com percentual maior 94,0% (676) do que alcançado na avaliação do mesmo fator em relação ao pai 74,0% (532) caracterizando forte fator preditor de proteção familiar.

Na avaliação da variável comunicação-conexão com o pai, a proporção de 43,7% (314) dos adolescentes referiu poder falar com o pai caso estejam em dificuldades. Em relação à mãe esta mesma variável apresenta uma frequência bastante elevada de diálogo 70,7% (509) dos adolescentes afirmam poder falar com a mãe caso se encontrem em dificuldades, confirmando dados já apresentados em outros estudos (WAGNER *et al.*, 2002). Portanto define a mãe como elemento com maior capacidade de ouvir e promover o diálogo com o adolescente nos momentos considerados difíceis, contribuindo para afastar os riscos e atuando como forte fator de proteção.

TABELA 13 - Caracterização da comunicação-conexão com a família nuclear (Rituais) em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Variável	Nunca		Muito Raramente		Algumas vezes		Com frequência		Quase sempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Compartilham alguma refeição juntos	64	8,9	33	4,6	247	34,3	182	25,3	194	26,9	720	100
Fazem alguma coisa juntos toda a família, pelo menos uma vez por semana	84	11,7	33	4,6	261	36,3	164	22,8	178	24,7	720	100
Gostam de passar juntos o tempo livre	87	12,1	35	4,9	243	33,8	171	23,8	184	25,6	720	100
Revezam nas tarefas e responsabilidades na casa	63	8,8	28	3,9	173	24,0	238	33,1	218	30,3	720	100

$P < 0,0001$

Os participantes responderam: "nunca ou muito raramente", nas seguintes proporções para os itens: compartilhamento das refeições 13,5% (97); realização de alguma atividade toda a família juntos 16,3% (117); gostam passar junto o tempo livre 17% (122). Quanto ao revezamento de tarefas e responsabilidades para 63,4%(453) das famílias ele se dá quase sempre ou com frequência, segundo os adolescentes.

Análise do teste estatístico: observou-se uma menor pontuação ($p < 0,0001$) nas atividades consideradas Rituais da família à exceção do revezamento nas tarefas e responsabilidades da casa.

As variáveis Funções e Rituais avaliam o fator definido como as atividades freqüentes e sistemáticas que realiza a família em conjunto e que colaboram para a formação da identidade.

TABELA 14 - Classificação de risco sobre comunicação-conexão com a família nuclear em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Classificação	Nº	%
Alto Risco	116	16,1
Risco	76	10,6
Sem Risco	528	73,3
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

A pesquisa revelou que os rituais como revezamento nas tarefas de casa; refeições compartilhadas e fazer alguma coisa juntos toda a família ao menos uma vez por semana são praticados em 73,3% (527) das famílias demonstrando a existência deste fator de proteção familiar nessas famílias. Entretanto para 26,1% (187) dos participantes, essas funções encontram-se prejudicadas interferindo negativamente na coesão familiar que seria composta pelas coalizões internas entre os membros, os vínculos ou ligações, amizade, interesses em comum e recreação na família.

TABELA 15 – Caracterização da comunicação-conexão com parentes (Rituais) em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Variável	Nunca		M Raramente		Algumas Vezes		Com frequência		Quase sempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Compartilham com parentes próximos acontecimentos importantes	53	7,4	24	3,3	256	35,6	204	28,3	183	25,4
Sente satisfação na relação c/seus parentes	56	7,8	32	4,4	180	25,0	237	32,9	215	29,9

$P < 0,0001$

Com freqüência ou quase sempre 63,9% (460) das famílias compartilham com parentes próximos acontecimentos importantes e 57,9% (416) manifesta satisfação na relação com seus parentes.

Análise do teste estatístico: Observou-se maior pontuação ($p < 0,0001$) para o compartilhamento de acontecimentos com os parentes e satisfação na relação com os mesmos.

TABELA 16 – Distribuição da pontuação sobre comunicação-conexão com parentes em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Pontos	Nº	%
0	30	4,2
1	62	8,6
2	112	15,6
3	241	33,5
4	275	38,2
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

TABELA 17 – Classificação de risco sobre comunicação-conexão com parentes em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Classificação	Nº	%
Alto Risco	92	12,8
Risco	112	15,6
Sem Risco	516	71,6
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

O relacionamento baseado no diálogo surge como um componente fundamental na dinâmica familiar, uma vez que funciona como um dos meios, possivelmente o primordial, para que as relações entre pais e filhos alcancem uma qualidade mais satisfatória e sejam saudáveis.

Ao analisar-se a relação dos adolescentes com a mãe a Família Nuclear e parentes e organização familiar observou-se que em relação à comunicação com a Mãe apenas 6% (43) das famílias se classificaram como sendo de Alto Risco e Risco, enquanto que a proporção de famílias sem risco 94% (676) foi predominante (TABELA 10).

Na comunicação com a Família Nuclear observou-se que 28,4% (204) das famílias se encontravam classificadas como sendo de Alto Risco e Risco, enquanto que houve predominância da proporção de famílias Sem Risco 71,6% (515).

Análise do teste da Tabela 15: A Comunicação Conexão com Parentes revelou 28,4% (204) de famílias em Alto Risco e Risco sendo que foi predominante a proporção de famílias Sem Risco 71,7% (516).

Hierarquia e Limites: fator definido como a ordem interior de uma família que define o pertencimento a ela e o conjunto de normas que organiza a família.

O estudo das relações de hierarquia e limites dentro da família nos remete a uma estrutura teórica capaz de explicar o seu contexto mais amplo. Nesse sentido, a Teoria de Bronfenbrenner dos Sistemas Ecológicos citada anteriormente, oferece subsídios para compreender a família em seu contexto de desenvolvimento e as complexas relações entre seus membros.

TABELA 18 – Caracterização da organização familiar (Hierarquia e Limites) em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Variável	A mãe	Out. pessoa	Varia	Ninguém	Não sei	Total
Quem funciona como mãe na família	616	47	34	18	5	720
	85,6	6,5	4,7	2,5	,7	100,0

$P < 0,0001$

Do grupo de adolescentes pesquisados somente 0,7 (5) não sabem quem funciona como mãe na família. Ao responder sobre quem desempenha as funções de mãe na família 85,6% (616) disseram ser a própria mãe que desempenha esse papel.

Valores de referência para pontuação: Alto Risco: 0; Risco 1; Sem Risco: 2.

TABELA 19 – Distribuição da pontuação sobre organização familiar em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Pontos	Nº	%
0	60	8,3
1	48	6,7
2	612	85,0
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

TABELA 20 – Classificação de risco relacionado à organização familiar em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.

Classificação	Nº	%
Alto Risco	60	8,3
Risco	48	6,7
Sem Risco	612	85,0
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

Análise do teste da Tabela 18: A Organização Familiar do fator Dois apresentou proporção de 15% (108) de famílias em “Alto Risco” e “Risco”; enquanto a proporção das famílias “Sem risco” 85% (612) foi predominante. Aqui identificamos como forte fator de proteção familiar nas famílias pesquisadas do Município de Iguatu a presença da mãe e a comunicação entre esta e seus filhos. Como se observa em relação aos pais a prevalência de “Alto Risco” 16% (115) e “Risco” 10% (72) está mais elevada. Nesse caso estão diminuídos o suporte e a capacidade dos filhos de dividirem seus sentimentos com os pais ou com outros membros da família.

TABELA 21 – Classificação de risco relacionado à comunicação-conexão com a mãe, a família nuclear, e parentes; organização familiar em famílias de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Classificação	Nº	%
Alto Risco	107	14,9
Risco	256	35,6
Sem Risco	357	49,6
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

Contudo, a classificação geral do fator Comunicação-conexão com a Mãe, a Família Nuclear e Parentes, Organização Familiar mostrou que a proporção de famílias sem risco 49,6% (359) é menor que a proporção de famílias em risco e alto risco 50,4% (362) predominando a existência de fatores de risco e vulnerabilidades na comunicação com parentes e a família nuclear nas famílias estudadas.

Pesquisas realizadas durante os últimos 20 anos sugerem que a qualidade da relação entre pais e adolescentes tem obtido impacto significativo no desenvolvimento de comportamentos de risco a saúde dos adolescentes.

Em revisão bibliográfica de estudos publicados entre o ano de 1996 e 2007, Neumann *et al.* (2008) analisam relações específicas entre modelos de pais e seis principais comportamentos de risco em adolescentes. Os adolescentes crescidos sob disciplina autoritária demonstraram consistentemente mais comportamentos seguros e menos comportamentos de risco comparados a adolescentes vindos de famílias não autoritárias.

A expressão *conduta de risco* pode ser definida como participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente. Muitas dessas condutas podem iniciar apenas pelo caráter exploratório do jovem, assim como pela influência do meio (grupo de iguais, família); entretanto, caso não sejam precocemente identificadas, podem levar à consolidação destas atitudes com significativas conseqüências nos níveis individual, familiar e social.

O instrumento utilizado por nós avalia também alguns comportamentos ou condutas de risco à saúde como sendo particularmente relevantes para o desenvolvimento da saúde ideal. Estas condutas de risco incluem: (a) uso de tabaco; (b) uso de álcool e outras drogas; (c) comportamentos que contribuem para danos e violência não intencional (d) suicídio; (e) comportamentos sexuais que contribuem para gravidez involuntária e doenças sexualmente transmissíveis.

TABELA 22 – Distribuição de comportamento de risco em adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Variável	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a. Fumou mais de uma vez ao mês	45	6,3	675	93,8	720	100,0
b. Ficou bêbado mais de uma vez ao mês	58	8,1	662	91,9	720	100,0
c. Usou maconha mais de uma vez ao mês	9	1,3	711	98,8	720	100,0
d. Usou drogas ilegais como cocaína, heroína, ou LSD mais de uma vez ao mês	3	0,4	717	99,6	720	100,0
e. Usou outras drogas como tranqüilizantes, hipnóticos etc. mais de uma vez ao mês	5	0,7	715	99,3	720	100,0
f. Usou solventes voláteis como cola, éter ou outros solventes e inalantes	10	1,4	710	98,6	720	100,0
g. Tem se envolvido em brigas	197	27,4	523	72,6	720	100,0
h. Alguma vez tentou suicídio	38	5,3	682	94,7	720	100,0
i. Ficou grávida ou já deixou alguém grávida involuntariamente	17	2,4	703	97,6	720	100,0

$P < 0,0001$

TABELA 23 – Classificação de risco relacionado ao comportamento, em adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Classificação	Nº	%
Sem Risco	486	67,5
Risco	148	20,6
Risco Alto	86	11,9
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

Os resultados demonstraram que um número bastante significativo 32,5% (234) dos adolescentes apresentou Risco e Alto Risco em relação a comportamentos de risco. Ao se analisar a associação entre essa variável e sexo, resultou que adolescentes do sexo feminino tiveram maior probabilidade 40% (134) de assumir condutas de risco do que o sexo masculino (esses apenas 26% (100)), indicando, portanto, maior vulnerabilidade para essa categoria. A diferença de condutas foi estatisticamente significativa $p < 0,0001$. (TABELA 24).

TABELA 24 – Prevalência de comportamento de risco por sexo em adolescentes do Município de Iguatu-CE. 2008

Fator de risco	Sexo				RP		p < 0,0001
	Feminino		Masculino		IC	95%	
	Nº	%	Nº	%			
Sim	134	40,0	100	26,0	1.39	1.61	
Não	201	60,0	285	74,0	1.19		

TABELA 25 – Cruzamento das variáveis: comportamentos de risco x sexo dos adolescentes do Município de Iguatu-CE 2008

Comportamentos de risco	Sexo				RP IC 95%	p
	Masculino		Feminino			
	Nº	%	Nº	%		
Fumou + de 1 vez ao mês	Sim 12 Não 373	3,1 96,9	Sim 33 Não 302	9,9 90,1	1,63 1,35; 1,99	< 0,0001
Ficou bêbado + de 1 vez ao mês	Sim 25 Não 360	6,5 93,5	Sim 33 Não 360	9,9 90,1	1,25; 0,98;1,58	<0,0001
Usou maconha + de 1 vez ao mês	Sim 1 Não 384	,3 99,7	Sim 8 Não 327	2,4 97,6	1,93 1,51; 2,47	<0,0001
Usou drogas ilícitas como cocaína e outras + de 1 vez ao mês	Sim 0 Não 385	0 100,0	Sim 3 Não 332	,9 99,1	2,16 1,99; 2,33	<0,0001
Usou tranqüilizantes, hipnóticos mais de 1 vez ao mês	Sim 3 Não 382	,8 99,2	Sim 2 Não 333	,6 99,4	0,85; Fem0,29;2,5 1,12 Masc 0,54; 2,3	<0,0001
Usou solventes, cola, outras substâncias voláteis + de 1 vez	Sim 0 Não 385	0 100,0	Sim 10 Não 325	3,0 97,0	2,18 2,01; 2,37	<0,0001
Envolveu-se em brigas + de 1 vez ao mês	Sim 85 Não 300	22,1 77,9	Sim 112 Não 223	33,4 66,6	1,33 1,14; 1,56	<0,0001
Alguma vez tentou suicídio	Sim 26 Não 359	6,8 93,2	Sim 12 Não 323	3,6 96,4	1,30 1,03; 1,63	<0,0001
Ficou grávida ou já deixou alguém grávida involuntariamente	Sim 4 Não 381	1,0 99,0	Sim 13 Não 322	3,9 96,1	1,67 1,27; 2,2	<0,0001

Em relação ao fato de que adolescentes do sexo feminino apresentaram proporcionalmente, um maior índice de vulnerabilidade na adoção de condutas consideradas de risco deve-se considerar que embora se tenha utilizado um instrumento padronizado e internacionalmente testado, reconhece-se que sua principal função não é avaliar com precisão somente a existência de condutas de risco por parte do adolescente, e sim identificar fatores de adaptabilidade ou de vulnerabilidade familiar que têm efeitos sobre a sua saúde, sendo a escala abreviada de condutas de risco apenas um item na composição do questionário.

Desse modo a interpretação dos dados relacionados pela escala abreviada de condutas de risco neste estudo deve ser feita com cautela: primeiro em relação ao possível viés relacionado com a predominância da faixa etária que respondeu ao instrumento (82,1% na faixa de 10 a 14 anos), e segundo pelo fato de que mesmo com a garantia de anonimato, alguns adolescentes não tenham querido se expor, por autocensura, inibição, desconfiança ou outros motivos.

Observou-se que existe predominância do sexo feminino em relação às seguintes condutas de risco: uso de fumo: masculino 3,1%; feminino 9,9%; álcool: masculino 6,5%; feminino 9,9%; maconha: no sexo masculino apenas 0,3%; feminino 2,4; no caso de drogas ilegais como cocaína, heroína ou LSD no sexo masculino 0% e feminino 0,9%; solventes e outros inalantes: masculino 0%; feminino 3,0%; envolvimento em brigas: masculino 22,1%; feminino 33,4%; engravidou ou deixou alguém grávida involuntariamente: masculino 1,0%; feminino 3,9%; Já em relação a uso de tranqüilizantes e hipnóticos e outra drogas consideradas legais: pelo sexo masculino 0,8%; no feminino 0,6%; e tentativa de suicídio: masculino 6,8% e feminino 3,6%.

Quando se comparam estes dados aos dados do V Levantamento Nacional do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) realizado em 2004, verifica-se que há total discordância entre a relação de prevalência de uso de drogas e sexo, o que sugere que se realize estudo específico sobre o tema no Município de Iguatu para que se possa comparar aos dados aqui obtidos. Enquanto no levantamento do CEBRID a prevalência sobre o uso das drogas ilícitas e, incluindo álcool e fumo, é do sexo masculino, nosso estudo aponta para uma maior prevalência de uso pelo sexo feminino. Contudo o estudo confirma que a experiência com drogas se inicia cedo entre dez e 12 anos.

A percepção que os pais têm sobre o seu papel familiar foi avaliada através da aplicação do questionário “Como é sua família-Breve” para pais e mães, que avalia os seguintes fatores: Fator Um: comunicação-conexão conjugal e organização familiar; Fator Dois: comunicação-conexão com a mãe e a família nuclear e Escala abreviada de condutas de risco.

Caracterização dos participantes que responderam ao questionário para pais e mães de adolescentes.

TABELA 26 – Distribuição das categorias de participantes que responderam ao questionário para pais e mães de adolescentes do Município de Iguatu-CE. 2008.

Variável	Nº	%
Quem completou o questionário:		
A Mãe	515	71,5
O Pai	151	21,0
Outra Pessoa	54	7,5
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

A grande maioria dos participantes era a mãe (71,5%) e apresentaram uma faixa etária média de 40 ± 10 anos. Eles tinham em média 3 ± 1 filhos, residindo no mesmo domicílio em média cinco pessoas. Observou-se, ainda, que 18,3% das famílias conviviam com seis a 17 pessoas no mesmo domicílio, caracterizando a existência de um número expressivo de famílias extensas. (TABELAS 24, 25 e 26).

TABELA 27 – Número de pessoas existentes por família de pai ou mãe de adolescente no Município de Iguatu-CE. 2008

Variável	Nº	%
Quantas pessoas existem na família		
1 – 3	178	24,7
4	268	26,5
5	147	20,4
6 – 7	96	13,3
8 – 12	36	5,0
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

TABELA 28 – Número de filhos existentes em cada família de pai ou mãe de adolescente no Município de Iguatu-CE. 2008

Variável	Nº	%
Quantos filhos existem na família:		
1	130	18,1
2	278	36,6
3	165	22,9
4 – 5	94	13,1
6 – 13	53	7,4
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

A média de filhos existentes por cada família informada foi de 3 ± 1 filhos

TABELA 29 – Caracterização da comunicação-conexão conjugal em pais e mães de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Variável	Nunca		Muito raramente		Algumas vezes		Com frequência		Quase sempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.O pai dedica um tempo /dia p/falar c/os filhos	156	21,7	175	24,3	252	35,0	41	5,7	96	13,3	720	100,0
2.Fica satisfeito c/a maneira como conversa c/companheiro(a)	127	17,6	270	37,5	155	21,5	32	4,4	136	18,9	720	100,0
3.É fácil expressar seus sentimentos p/ o cônjuge ou companheiro	134	18,6	278	38,6	156	21,7	38	5,3	114	15,8	720	100,0
4.Seu esposo(a) companheiro(a) O (a) entende	137	19,0	218	30,3	200	27,8	33	4,6	132	18,2	720	100,0
5.Se tem dificuldades pode comentar com o esposo(a)	127	17,6	293	40,7	139	19,3	34	4,7	127	17,6	720	100,0

$P < 0,0001$

Em relação ao tempo dedicado para falar com os filhos percebe-se ser bem mais expressivo o percentual dos participantes 46% (331) de pais e mães que

disseram que o pai nunca ou muito raramente dedica um tempo por dia para falar com os filhos, comparado aos adolescentes 25,6% (184). A insatisfação em relação a forma como conversa com o companheiro(a) foi citada por 55,1% (396) dos pais e mães.

A dificuldade em expressar sentimentos para o companheiro (a) foi colocada por 57,2% (411) que disseram nunca ou muito raramente é fácil expressar seus sentimentos para o companheiro (a). Quanto ao acesso ao diálogo com o companheiro (a) 58,3% (419) disseram que nunca e muito raramente pode falar com o esposo (a) ou companheiro caso esteja em dificuldades.

Wagner e Levandowski (2008) observaram que, mesmo frente à ruptura do laço conjugal, as crises e dificuldades que possa haver em família, ainda assim aqueles núcleos que conseguem construir fronteiras nítidas entre os seus membros e manter uma hierarquia capaz de preservar a relação de cuidado, proteção e amor para com seus filhos, têm grande potencial para reorganizar-se de forma mais exitosa.

Análise do teste estatístico: observou-se uma menor pontuação ($p < 0,0001$) em relação à facilidade de expressar sentimentos e diálogo com o esposo ou companheiro.

TABELA 30 – Classificação de risco em relação à comunicação-conexão conjugal em famílias com adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Variável	Nº	%
Alto Risco	122	16,9
Risco	73	10,1
Sem Risco	525	72,9
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

Na avaliação da comunicação-conexão conjugal observa-se que a proporção de famílias em situação de “risco e alto risco” 27% (194) é menor que a proporção de famílias sem risco 72,9% (524).

De acordo com o modelo circunplexo de interação da família, fundamentado na teoria sistêmica apresentada por Olson, Russel e Sprenkle: A comunicação familiar seria composta pela empatia, escuta reflexiva, comentários que servem como suporte e a capacidade dos membros de dividirem seus sentimentos uns com os outros.

Possuir fronteiras nítidas identifica a família como tendo um nível comunicação aberta profundo, responsável e afetivo com seus filhos. Este seria o nível mais positivo de comunicação onde todos os membros da família poderiam expressar seus sentimentos e questionamentos sem se sentirem ameaçados (WAGNER *et. al.*, 2002).

Já a maioria das crianças e adolescentes, segundo Martins *et al.*, considera como membros de sua família aqueles pelos quais nutre algum sentimento de afeição e de confiança, estando vinculada mais ao sentimento de amor do que aos laços de sangue.

Quando do questionamento sobre quem funciona como pai na família obteve-se a confirmação de que o papel de pai em sua maioria vem sendo desempenhado pelo próprio pai conforme apontaram 61,7% (444) dos adolescentes indicando a prevalência de mais um fator de proteção familiar.

TABELA 31 – Caracterização da organização familiar relacionada aos pais e mães de adolescentes do Município de Iguatu-CE. 2008

Variável	Nº	%
Quem Manda na família		
Ambos	393	54,6
Mãe	174	24,2
Pai	117	16,3
Todos	9	1,3
Outra pessoa	20	2,8
Ninguém	4	0,6
Total	717	96,6%

$P < 0,0001$

TABELA 32 – Classificação de risco sobre organização familiar relacionada aos pais e mães de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Variável	Nº	%
Alto Risco	16	2,2
Risco	312	43,3
Sem Risco	393	54,6
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

Chama a atenção o fato de encontrar fatores preditores de risco e alto risco em 45,5% (327) das famílias relacionados à organização familiar ensejando que se faça estudo mais aprofundado sobre este item.

Valores de referência para pontuação total do fator UM comunicação-conexão conjugal e organização familiar: Alto Risco: 0-2; Risco: 3-5; Sem Risco: 6 ou mais.

TABELA 33 – Classificação de risco relacionado à comunicação-conexão conjugal e organização familiar em famílias com filhos adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008.

Variável	Nº	%
Alto Risco	121	16,8
Risco	56	7,8
Sem Risco	543	75,4
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

Análise do teste da Tabela 31: A classificação final do fator Um: comunicação-conexão conjugal e organização familiar indicam que a proporção de famílias sem risco 75,4% (542) foi predominante.

Avaliação do Fator Dois (questionário para pais e mães)

TABELA 34 – Caracterização da comunicação-conexão com a mãe e a família nuclear entre famílias com filhos adolescentes do Município de Iguatu-CE. 2008

Variável	Nunca		Muito raramente		Algumas vezes		Com frequência		Quase sempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Revezamento nas tarefas e responsabilidades na casa	94	13,1	260	36,1	225	31,3	47	6,5	94	13,1	720	100,0
Cada um expressa o que pensa e deseja	42	5,8	327	45,4	206	28,6	26	3,6	119	16,5	720	100,0
Gostam de passar juntos o tempo livre	52	7,2	320	44,4	169	23,5	22	3,1	157	21,8	720	100,0
A mãe dedica um tempo p/dia p/falar c/os filhos	23	3,2	371	51,5	144	20,0	12	1,7	170	23,6	720	100,0
Compartilham alguma refeição diariamente	37	5,1	329	45,7	186	25,8	24	3,3	144	20,0	720	100,0
Se reúnem em algum Momento do dia para conversar ou compartilhar alguma atividade	62	8,6	240	33,3	240	33,3	35	4,9	143	19,9	720	100,0

$P < 0,0001$

O revezamento nas tarefas e responsabilidades na casa para 49,2% (354) dos participantes nunca ou muito raramente existe. Já a proporção de famílias 51,2% (368) que consideraram que nunca ou muito raramente cada membro da família expressa o que pensa e deseja foi predominante demonstrando a dificuldade de diálogo enfrentada pelas famílias.

Para 51,6% (371) dos pais ou mães nunca ou muito raramente “gostam de passar junto o tempo livre”. Em relação à mãe disponibilizar um tempo por dia para falar com os filhos 54,7% (393) disseram: nunca ou muito raramente, enquanto que somente 7,8% (56) dos adolescentes assim responderam. Quanto ao compartilhar alguma refeição diariamente 50,8% (365) disseram nunca ou muito raramente. Já 52,2% (361) dos adolescentes disseram que com frequência e quase sempre compartilham alguma refeição diariamente.

Análise do teste estatístico: Observou-se uma maior pontuação ($p < 0,0001$) na comunicação-conexão com a mãe e a família nuclear nos itens: não revezamento das tarefas e responsabilidades; não consegue expressar o que pensa e deseja; não gostar de passar juntos o tempo livre; e dedicação de tempo por dia para falar com os filhos.

TABELA 35 – Classificação de risco relacionado à comunicação-conexão c/a mãe e família nuclear em famílias com filhos adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Variável	Nº	%
Alto Risco	168	23,3
Risco	74	10,3
Sem Risco	478	66,4
Total	720	100,0

$P < 0,0001$

Análise do teste da Tabela 33: A classificação final do fator dois apresenta para 33,6% (242) das famílias Risco e Alto Risco com a proporção de famílias Sem Risco 66,4% (478) predominante, significando que a comunicação-conexão com a mãe e a família nuclear em 66,4% (478) das famílias estudadas vem atuando como fator preditor de proteção.

TABELA 36 – Caracterização de comportamentos de risco entre pais e mães de adolescentes no Município de Iguatu-CE. 2008

Variável	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%		
a. Fumou mais de uma vez ao mês	225	31,3	495	68,8	720	100,0
b. Ficou bêbado mais de uma vez ao mês	129	17,9	591	82,1	720	100,0
c. Usou maconha mais de uma vez ao mês	7	1,0	713	99,0	720	100,0
d. Usou drogas ilegais como cocaína, heroína, ou LSD mais de uma vez ao mês	1	0,1	719	99,9	720	100,0
e. Usou outras drogas como tranqüilizantes, hipnóticos etc. mais de uma vez ao mês	24	3,3	696	96,7	720	100,0
f. Usou solventes voláteis como cola, éter ou outros solventes e inalantes	2	0,3	718	99,7	720	100,0
g. Tem se envolvido em brigas	46	6,4	674	93,6	720	100,0
h. Alguma vez tentou suicídio	53	7,4	667	92,6	720	100,0
i. Ficou grávida ou já deixou alguém grávida involuntariamente	132	18,3	588	81,7	720	100,0

$P < 0,0001$

A proporção de condutas de risco assumidas pelos pais no estudo foi caracterizada pela predominância do uso das chamadas drogas lícitas ou socialmente aceitas como fumo 31,3% (225) e álcool 17,9% (129) e atividade sexual inconseqüente 18,3% (131).

O consumo de drogas pelos pais está relacionado à maior risco de os filhos se tornarem usuários, uma vez que o comportamento parental lhes serve de modelo. Schenker e Minayo (2005) ressaltam que a atitude positiva da família quanto ao uso de substâncias psicoativas, independente de consumo, constitui risco para os adolescentes se iniciar, uma vez que as relações familiares são um dos fatores mais relevantes a ser considerado conjuntamente com outros.

Ao realizar pesquisa de revisão bibliográfica sobre o assunto, Schenker e Minayo 2004 identificaram a participação da família como estrutura de relevância, em toda a literatura, pelo seu papel de co-autora tanto do surgimento do abuso de drogas quanto criadora de possibilidades de saúde para os seus membros (SCHENKER; MINAYO, 2004).

Existem diversos métodos de tratamento para o abuso de drogas, sendo que todos reconhecem a influência que a família do adolescente tem no desenvolvimento e na manutenção do abuso de drogas. As diversas formas de terapia familiar importantes para a abordagem do uso de drogas na adolescência têm sua origem na teoria sistêmica cuja ênfase se dá na natureza relacional e contextual do comportamento humano.

Segundo este pensamento o funcionamento do indivíduo está reciprocamente interconectado ao dos outros indivíduos que compõem o seu primeiro contexto relacional: a família. Esta abordagem considera o assumir desta conduta de risco como um sintoma de disfunção familiar, uma vez que o comportamento individual ocorre e adquire o seu significado no contexto desse micro-ambiente ou micro-instituição. A adicção é entendida como um conjunto de comportamentos desajustados que refletem problemas do sistema familiar como um todo (SCHENKER; MINAYO, 2004).

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Nesta pesquisa detectou-se que os adolescentes percebem o interesse dos pais em falar com os filhos de forma diferenciada. Enquanto 25,6% consideram que o pai nunca ou muito raramente dedica um tempo por dia para falar com os filhos, em relação à mãe somente 7,8% dos adolescentes percebe a falta de dedicação ou interesse em conversar.

Considerando que 71,5% dos que responderam ao questionário para pais e mães eram mães, chama a atenção o fato de que para os próprios pais e mães participantes do estudo 46,0% consideram que o pai não dedica um tempo por dia para falar com seus filhos e 54,7% consideram que a mãe nunca ou muito raramente dedica um tempo por dia para falar com os filhos. Tal fato sugere que as próprias mães consideram insuficiente o tempo dedicado ao diálogo com os seus filhos.

A satisfação com a maneira como conversa com o pai é vista por 23,6% dos adolescentes como inexistente. Já em relação à mãe somente 7,2% se dizem insatisfeitos. Quanto à expressão de sentimentos parece haver por parte dos adolescentes, em relação aos pais grande dificuldade de diálogo, ficando a mãe como membro da família que inspira maior confiança para conversar sobre sentimento e ou problemas.

A comunicação conjugal revelada no estudo expressa dificuldades no diálogo, uma vez que 55,1% dos pais e mães disseram que nunca ou muito raramente ficam satisfeitos com a maneira como conversa com o companheiro (a) ou esposo (a).

A comunicação familiar é composta pela empatia, escuta reflexiva, comentários que oferecem suporte e a capacidade dos membros de dividirem seus sentimentos uns com os outros.

Observou-se que para a maioria dos adolescentes a hierarquia familiar é compartilhada entre o pai e a mãe. Contudo para 30% dos adolescentes quem

manda na família é a mãe, enquanto que somente 16,7% apontaram o pai como sendo o chefe da família.

O papel de pai vem sendo desempenhado pelo próprio pai para a maioria dos adolescentes (61,7%) contribuindo para o aumento de fatores de proteção familiar. O estudo em relação à Estrutura familiar; Comunicação - conexão com o pai; Hierarquia-Poder; Hierarquia - Funções e Rituais demonstrou a existência de fator de adaptabilidade e prevalência de fatores de proteção em 67,8% das famílias estudadas.

O estudo dos fatores preditores de risco em famílias de adolescentes leva-nos ainda aos conceitos de vulnerabilidade e adaptabilidade familiar originários das teorias do stress familiar.

Por vulnerabilidade entende-se a predisposição individual para desenvolver variadas formas de patologias ou comportamentos não eficazes, ou susceptibilidade para um resultado negativo no desenvolvimento.

Contudo, para compreender os processos saúde-doença como processos sociais tornam-se necessário avaliar a dimensão social da vulnerabilidade, onde o acesso à informação, seu conteúdo e qualidade e o que isto representa diante dos valores e interesse das famílias e dos adolescentes, o possível experimentar, envolve aspectos sócio culturais, políticos e morais.

A adaptabilidade se refere à capacidade da família de ser flexível para mudanças, por meio da variação na estrutura de poder e nas regras de relacionamento em detrimento de novos obstáculos ou eventos estressantes que ocorrem no seu interior.

Os fatores de proteção familiar têm como funções: reduzir o impacto dos riscos, as reações negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco; estabelecer e manter a auto-estima e auto-eficácia, através de estabelecimento de relações seguras de apego e o cumprimento de tarefas com sucesso; além de criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse de seus membros.

Famílias que apresentam coesão, aconchego, continência e estabilidade, nas quais as relações são permeadas por afeto, equilíbrio de poder, cuidados adequados, senso de pertencimento e disciplina consistente são mais propensas a ter membros saudáveis emocionalmente.

A frequência de diálogo dos adolescentes com a mãe, já identificada através de outros estudos é confirmada nesta pesquisa onde 70,7% referem ter facilidade para conversar com as mães caso esteja em dificuldades, definindo a mãe como elemento com maior capacidade de ouvir e promover o diálogo com o adolescente nos momentos considerados difíceis, contribuindo para afastar os riscos e atuando como forte fator de proteção.

Quando da avaliação em relação ao fator: Comunicação-conexão com a Mãe, a Família Nuclear e Parentes, Organização Familiar demonstraram-se a existência de fatores de risco e vulnerabilidades na comunicação com parentes e a família nuclear em 50,5% das famílias estudadas. Na análise estatística observou-se uma menor pontuação ($p < 0,0001$) para funções e rituais da família. Sugere-se seja feito um estudo de avaliação em profundidade para as famílias que apresentaram risco ou alto risco em relação a este fator.

Em relação à comunicação e existência de vínculos com os pais o estudo evidenciou ausência de risco para 75,0% dos participantes significando a existência de fatores protetores tais como: coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio/suporte. Da mesma forma a comunicação e conexão conjugal confirma ausência de risco para 72,9% dos participantes.

Os dados acima se relacionados com a existência de comportamentos de risco por parte dos adolescentes, (apenas 32,5% (234) adolescentes relataram condutas de risco), confirmam que a comunicação entre pais e filhos e a existência de vínculos afetivos detectados em 74% (532) das famílias funcionam como suporte e fatores de proteção para a saúde dos adolescentes.

O uso de substâncias psicoativas normalmente começa na adolescência, e pode surgir como consequência das mudanças normais que ocorrem nesta fase.

O uso do álcool se manifesta como um fenômeno social, já o uso da maconha, quase sempre é influência de colegas; sendo que o uso de outras drogas ilegais está associado mais à qualidade da relação estabelecida entre os pais e o filho do que de outros fatores. Desta forma, supõe-se que o uso de drogas mais graves é consequência de uma disfunção familiar.

Em relação a condutas de risco o estudo demonstrou que 32,5% dos adolescentes apresentaram risco e alto risco. As adolescentes do sexo feminino apresentaram maior vulnerabilidade em relação ao uso de substâncias psicoativas (40,0%), enquanto que os do sexo masculino apresentaram (25,9%) de risco e alto risco. A diferença de condutas foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). (TABELA 22).

Entre os que apresentaram Risco e Alto Risco, adolescentes do sexo feminino revelaram já ter experimentado ao menos uma vez ao mês, fumo, álcool, maconha, drogas ilegais como cocaína, solventes voláteis como cola, éter e outros inalantes, ter se envolvido em brigas e gravidez involuntária em maior número do que os do sexo masculino, que por sua vez já utilizaram outras drogas como tranquilizantes e tiveram tentativas de suicídio em maior proporção do que as meninas.

O estudo demonstrou, em relação aos fatores comunicação e existência de vínculos com os pais, ausência de risco para 74,0% (532) dos participantes significando maior prevalência de fatores preditores de proteção tais como: coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio/suporte. Da mesma forma a comunicação e conexão conjugal confirma ausência de risco para 72,9% (524) dos participantes.

Os dados acima se relacionados com a existência de comportamentos de risco por parte dos adolescentes, (apenas 32,5% (234) adolescentes relataram condutas de risco), confirmam que a comunicação entre pais e filhos e a existência de vínculos afetivos detectados em 74% (532) das famílias funcionam como suporte e fatores de proteção para a saúde dos adolescentes.

A utilização de drogas por parte de adolescentes é bastante preocupante, principalmente por provocar danos irreversíveis à saúde dos jovens.

Sabe-se que a adolescência é um período crítico para o desenvolvimento de: competências pessoais e interpessoais, aquisição de habilidades para atuar e tomar decisões. Estudiosos referem que o uso de drogas é uma forma de lidar com as situações problemáticas da vida. Trata-se de um fenômeno complexo, necessitando para ser entendido, em parte, de análise do contexto sociocultural e familiar.

Acredita-se que, considerando a construção histórica da juventude e o significado que o consumo de drogas assume neste grupo, a abordagem preventiva de 'redução de danos' na família, facilita a implementação das ações de promoção e prevenção em saúde. Torna-se importante para as equipes do Programa Saúde da Família olhar de modo mais acurado para o meio familiar, visando à compreensão dos fenômenos que nele ocorrem e buscando entender de que modo a família pode ser protetora ou facilitadora dos comportamentos de risco dos filhos, inclusive do abuso de drogas e de uma possível dependência.

Tal estratégia tem o potencial de incluir, além da discussão de substâncias lícitas e tão amplamente consumidas como o álcool e o cigarro, a discussão de estratégias e técnicas utilizadas pelos pais e mães para orientar o comportamento de seus filhos, tentando atingir objetivos específicos em determinadas situações.

O Programa de Saúde da Família na Atenção Básica aborda as pessoas, famílias, grupos e instituições em sua integralidade. Considera aspectos da prevenção e promoção da saúde e sua interface com o social, trabalhando com educação em saúde e cidadania.

É necessário que a equipe do PSF seja preparada para estimular junto às famílias o desenvolvimento de práticas educativas socialmente aceitáveis como envolvimento positivo, aceitação da autonomia, controle positivo da disciplina, e divisão da tomada de decisões. Trata-se de estimular a sensibilidade para os sentimentos dos filhos e o envolvimento positivo, que também podem ser traduzidos como expressão do afeto, apoio e compreensão, estratégias já comprovadas como de grande valor para a prevenção em relação ao abuso de substâncias psicoativas e aos problemas de conduta.

Torna-se importante considerar a Redução de Danos como um conjunto de medidas de saúde pública que buscam potencializar o trabalho em rede, a inclusão social, a produção da autonomia e o protagonismo dos adolescentes, além de minimizar as conseqüências adversas do uso de álcool e drogas, infecção pelo HIV e de hepatites.

Reconhecendo a importância da família como parceira sugere-se a sensibilização e capacitação das equipes do PSF para introdução de treinamento em ações de redução de danos para famílias que apresentam vulnerabilidades, como forma de possibilitar a construção de novos modelos de fortalecimento da atenção às famílias na atenção básica.

Assim sendo, torna-se possível à família atuar junto à saúde do adolescente, seja na promoção da saúde, seja na prevenção de doenças contribuindo para a estratégia de Redução de Danos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 92p.

ADORNO, S. Exclusão socioeconômica e violência urbana. **Sociologias**, Porto Alegre, v.4, n.8, p.24-35, jul./dez. 2002.

ALMEIDA, V.L. **Programa de Saúde da Família: espaço instituinte de produção de qualidade de vida e de novas práticas de enfermagem**. 2002, 203f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002;

AMPARO, D.M., ALVES, P.B.; CÁRDENAS, C.J. Pertencimento e identidade em adolescentes em situação de risco em Brasília. **Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, Brasília, v.14, n.1, p. 1-13 2004.

ANDRADE, I.O., BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R..C. Atenção primária à saúde e estratégia Saúde da Família. In: **Tratado de Saúde Coletiva**, 2. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2006.

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M.S. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-6652005000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun. 2007. Pré-publicação.

ARIÈS, P. **Historia social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006, 196p.

ASMUS, C.I.R.F., RAYMUNDO, C.M., BARKER, S.L., PEPE, C.C.C.; AUGUSTO, R.M.H.. Atenção integral à saúde de adolescentes em situação de trabalho: lições aprendidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320050004400018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun. 2007. Pré-publicação.

ASSIS, S.G., AVANCI, J.Q., SILVA, C.M.F.P., MALAQUIAS, J.V., SANTOS, N.C., OLIVEIRA, R.V.C.; A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação

AYRES, J.R.C.M., FREITAS, A.C., SANTOS, M.A.S., SALETTI FILHO, H.C., FRANÇA-JÚNIOR, I. Adolescência e AIDS: avaliação de uma experiência educativa entre pares. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.123-38, fev 2003.

AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA-JÚNIOR, I. Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**, 2. ed., Rio de Janeiro: FioCruz., 2006.

BAPTISTA, Makilim Nunes, BAPTISTA, Adriana Said Daher y DIAS, Rosana Righetto. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicol. cienc. prof.**, v.21, n.2, p.52-61, jun. 2001. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-9893200100020007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2008. ISSN 1414-9893.

BARRETO, M.A.; AIELLO-VAISBERG, T. escolha profissional e dramática do viver adolescente; Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil, **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2000, v.13, n.3, p.465-473.

BLUM, R.W. Risco e resiliência sumário para desenvolvimento de um Programa: Conceptos básicos para el desarrollo de un Programa. **Adolesc. Latinoam.** 1997, v1, n.1, p.16-19. abr./jun, 1997. Disponível em: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301997000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2009.

BRASIL, K.T.; ALVES, P.B.; AMPARO, D.M.; FRAJORGE, K.C. Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do DF, **Paideia**, Brasília, v.16, n.35, p.377-384, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes**-Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____, **Saúde integral de adolescentes e jovens**, Brasília, 2005

BROECKER, C. Z.; JOU, G.I. Práticas educativas parentais: a percepção de adolescentes com e sem dependência química. **Psico USF**, v.12, n.2, p.269-279, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712007000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2009.

BRONFENBRENNER, U. **La ecologia del desarrollo humano**. Barcelona: Paidós, 1987.

CALLIGARIS, C. **A Adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000, 81p.

CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CARDOSO, C.P.; COCCO, M.I.M. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.6, 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação.

CEARÁ, FUNDAÇÃO ESTADUAL DO BEM-ESTAR DO MENOR, Estatuto da Criança e do Adolescente, Fortaleza: s.n., 1990.

CECCONELLO, A.M. **Resiliência e vulnerabilidades em famílias em situação de risco**. 2003, 320f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CECCONELLO, A.M.; KOLLER S.H., Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.3, p. 515-524, 2003.

COATES, V. História brasileira da medicina do adolescente: comemorando 10 anos da ASBRA. **Adolesc. Latinoam.** v.1, n.4, p.260-265, 1999. Disponível em: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301999000100010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 22 mar, 2009.

CONTE, M. et al: **Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da atenção básica.** 1, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2008. doi: 10.1590/S1413-73722006000100008.

COSTA, F.T.; TEIXEIRA, M.A.P., GOMES, W.B., Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais Universidade Federal do Rio Grande do Sul, **Latinoam**, v.3, n.2, nov. 2002. ISSN 1414-7130.

D'EL REY, G.J.F.; PACINI, C.A.; CHAVIRA, D.J.F. Fobia social em uma amostra de adolescentes. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v.11, n.1, p. 111-114, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação.

DIAS, S. A inquietante estranheza do corpo e o diagnóstico na adolescência. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação.

ENGELS, F. **A Origem da família, da propriedade privada e do Estado.** São Paulo: Global, 1984.

FAUSTINI, D.M.T.; NOVO, N.F.; CURY, M.C.F.S.; JULIANO, I. Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação.

FEFERMANN, M.; FIGUEIREDO R. Redução de danos como estratégia de prevenção de drogas entre jovens; : Boletim do Instituto de Saúde, nº 40, dezembro de 2006. São Paulo, Instituto de Saúde – SES.

FISCHER, F.M., OLIVEIRA, D.C., TEIXEIRA, L.R., TEIXEIRA, M.C.T.V., AMARAL M.A. Efeitos do trabalho sobre a saúde de adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000400019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-public

FLORES, S.T.; SCHIRMER, J. Violência intrafamiliar na adolescência na cidade de Puno - Peru. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.4, p.578-85, jul./ago. 2006.

FONTANELLA, B.J.B. Adolescente com compulsão de assistir TV: relato de caso. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v.28, n.2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 . 2007. Pré-publicação;

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA: Situação mundial da infância 2007 (UNICEF), 2006.

GOMES, W.A., COSTA, M.C.O., SOBRINHO, C.L.N., SANTOS, C.A.S.T., BACELAR, E.B. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. *J. Pediatr (Rio J.)*, Porto Alegre, v.78, n.4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação;

GOMEZ, M. T. Ortiz. La salud familiar. *Rev. Cubana Med Gen Integr.*, v.15, v.4, p. 439-45; 1999.

GROSSMAN, E. La adolescencia cruzando los siglos. *Adolesc. Latinoam. [online]*. v.1, n.2, p.68-74, jul./sep. 1998. Disponível em <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301998000100003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1414-7130. Acesso em: 14 mar. 2008.

HEIDEMANN, M., **Adolescência e saúde**. uma visão preventiva. Petrópolis: Vozes, 2006, 148;

HERNÁNDEZ, C.A. **Família e adolescência**: indicadores de saúde. 2. ed. Washington, DC., EUA: OPAS/OMS, 1999.

HOFFMAN, L.; PARI, S.Y; HALL, E. **Psicologia del desarrollo hoy**. Madrid: McGraw-Hill, 1997;

KALOUSTIAN, S.M. **Família brasileira, a base de tudo**. 6. ed, São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 2004.

KNOBEL, Maurício. Adolescência normal – Componente Psicológico Síndrome da adolescência normal. *Aula na Pós-Graduação de Saúde Mental na UNICAMP, junho 1993*.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *J. Pediatr. (Rio de J.)*, Porto Alegre, v.80, n.2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação

LIRA, J.B.; DIMENSTEIN, M. Adolescentes avaliando um projeto social em uma unidade básica de saúde. *Psicol. estud.*, Maringá, v.9, n.1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação.

LOPES, R.E.; MALFITANO, A.P.S. Ação social e intersectorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação;

LUCHESI, L.B.; SANTOS, C.B.. Enfermagem: o que esta profissão significa para adolescentes. Uma primeira abordagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>

=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publica;

MADDALENOM, M.P, INFANTE-ESPINOSA, F. **Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes em Latinoamérica y El Caribe**: desafios para la próxima década. revista salud pública de México, v.45, 2003. Suplemento.

MARCON, S.S., ELSEEN, I. A enfermagem com um novo olhar. A necessidade de se enxergar a família. **Rev. Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-26, jan./dez. 1999.

MARTINS, E.; SZYMANSK, H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estud. pesqui. psicol.**, v.4, n.1, p.0-0. jun. 2004. ISSN 1808-4281.

MARTINS, P.O; TRINDADE, Z. A.; ALMEIDA, A.M.O. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007.

MATHEUS, T.C. O discurso adolescente numa sociedade na virada do Século. **Psicol. USP.**, São Paulo, v. 14, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação;

MCNEAL, J.U., **Los niños como consumidores de productos sociales y comerciales**. Kellogg: Fundación W.K., 2000;

MENDONCA, M.H.M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas eqüitativas. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação;

MONTEIRO, M.C.N.; CABRAL, M.A.AI.; JODELET, D.. As representações sociais da violência doméstica: uma abordagem preventiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007.

MOURA, F.C. Adolescência: efeitos da ciência no campo do sujeito. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652005000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação.

NJAINE, K. Sentidos da violência ou a violência sem sentido: o olhar dos adolescentes sobre a mídia. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.10, n.20, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação;

NORONHA, M.G.R.C.S.; CARDOSO, P.S.; MORAES, T.N.P.I.; CENTA, M. L. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc. saúde coletiva**; v.14, n.2, p.:497-506, mar./abr. 2009.

NUÑO GUTIÉRREZ, B.L; VILLASEÑOR FARÍAS, M.; HIDALGO-SAN MARTÍN, A; RASMUSSEN-CRUZ, B. Análisis de texto de áreas críticas relatadas por adolescentes en servicio de orientación. **Rev. Saúde Pública**, v 32, n 4, p. 361-366. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jun. 2008. ISSN 0034-8910.

OLIVEIRA, D.C.; FISCHER, F.M., MARTINS, I.S., TEIXEIRA, L.R.; SÁ, C.P. 2001. Futuro e liberdade: o trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v.6, n.2, p.245-258, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2001000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007.

OLIVEIRA, D.C.; FISCHER, F.M.; AMARAL, M.A.; TEIXEIRA, M.C.T.V.; SÁ, C. P. A positividade e a negatividade do trabalho nas representações sociais de adolescentes. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.18, n.1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007.

OLIVEIRA, M.C.S.L., PINTO, R.G.; SOUZA, A.S., Perspectivas de futuro entre adolescentes: universidade, trabalho e relacionamentos na transição para a vida adulta, Universidade de Brasília. **Temas em Psicologia**,v.11, n.1, 2003.

OLIVEIRA, M.C.S.L.; VIEIRA, A.O.M.. Narrativas sobre a privação de liberdade e o desenvolvimento do self adolescente. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 32, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022006000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Família e Adolescência: indicadores de saúde: manual de aplicação de instrumentos e instrumento abreviado. 2. ed. Washington, D.C., EUA: Fundação W. K. Kellogg, 1999. 88p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 37.a Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo, Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003.

PAULA, C.S.; BARROS, M.G.; VEDOVATO, S.M.; DANTINO, M.E. PROBLEMAS DE saúde mental em adolescentes: como identificá-los? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.28, n.3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação;

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C.M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, 26, suppl. 1, pp. 14-17, 2004.. ISSN 1516-4446. doi: 10.1590/S1516-44462004000500005

PETRINI, J.C. Mudanças sociais e familiares na atualidade: reflexões à luz da história social e da sociologia. **Memorandum**, v.8, p.20-37, 2005. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos08/petrini01.htm>, Acesso em: 25 nov. 2008.

POLETTI, M.; KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estud. psicol. (Campinas)**, v.25, n. 3, p. 405-416, 2008. ISSN 0103-166X.

PRATTA, E.M.M., SANTOS, M.A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio/ago. 2007.

RIBEIRO, M.E. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4 jul./ago. 2004.

ROAZZI, Antonio; DIAS, Maria da Graça B. B.; ROAZZI, Maira. A representação da desigualdade econômica em crianças e adolescentes de nível socioeconômico diferentes. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação

RONDON, P.H.B. A adolescência, seus conflitos e soluções. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982006000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação

ROSA, M.D. Adolescência: da cena familiar à cena social. **Psicol. USP.**, São Paulo, v.13, n.2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação.

RUZANY, M.H. **Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado) -Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000;

SANTOS, L.M.M.: O papel da família e dos pares na escolha profissional. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.1, p. 57-66, jan./abr. 2005;

SCHOEN-FERREIRA, T.H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E.F.M. A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v.8, n.1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007.

SCHOEN-FERREIRA, T.H.; SILVA, D.A.; FARIAS, M.A.; SILVARES, E.F.M.A. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (CAAA) - UNIFESP/EPM. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 7, n.2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid

=S1413-73722002000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação

SHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p:649-659, maio/jun., 2004;

_____. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10 , n. 3, p. 707 - 717 2005.

SIERRA, V.M., MESQUITA, W. A. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. **São Paulo em perspectiva**, v.20, n.1, p. 148-155 jan./mar 2006

SILBER, T.J. Aspectos éticos da relação médico-paciente adolescente. **Adolesc. Latinoam. [online]**. v.3, n.2, nov. 2002. Disponível em: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302002000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. de 2008. ISSN 1414-7130.

SILVA, M.C.F. Práticas psicoterápicas na infância e na adolescência. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v.25, n.1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação;

TENGAN, S.K.; MAIA, A.K. Psicoses funcionais na infância e adolescência. **J. Pediatr. (Rio de J.)**, Porto Alegre, v.80, n.2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300002&lng=pt&nrm=iso>.. Acesso em: 16 Jun. 2007.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A.; PINHEIRO, V.S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v.14, n.2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822002000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação;

_____. Socialização de gênero e adolescência. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.13, n.1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun. 2007.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. PINHEIRO, V.S. Adolescência, Saúde e Contexto social: esclarecendo práticas. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Psicologia & Sociedade**; v.19, n.1, p. 107-114, jan/abr. 2007.

TRINDADE, Z.A; MENANDRO, M.C.S. Pais adolescentes: vivência e significação. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v.7, n.1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação

WAGNER, A., FALCKE, D., OLIVEIRA, L.M.B.S., MOSMANNAE C.P. A Comunicação em famílias com filhos adolescentes, **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 75-80, jan./jun. 2002.

WELLER, Wivian. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v.32, n.2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun 2007. Pré-publicação.

YUNES, J.; PRIMO, E. Características da mortalidade em adolescentes brasileiros das capitais das Unidades Federadas. **Rev. Saúde Pública. [online]**. 1983, v. 17, n. 4 [citado 2007-07-03], p. 263-278. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101983000400002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0034-8910.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS OU MÃES E FILHOS MENORES DE 18 ANOS (De acordo com a Resolução 196/96)

TÍTULO DO PROJETO: *A Contribuição da Família para a Redução de Danos à Saúde do Adolescente*

PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Nome: Lucia do Nascimento

Você e seu filho (a) estão sendo convidados para participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações que você precisa saber sobre essa pesquisa que estamos fazendo. A sua participação e a de seu filho(a) nesse estudo é muito importante para nós, mas, se você não quiser participar, autorizar, ou se seu filho(a) não puder participar, ou se quiser desistir depois que assinar, isso não vai trazer nenhum problema para você.

- 1) O estudo é importante para avaliar como a família pode atuar como protetora, fortalecendo nos adolescentes a capacidade de ultrapassar de maneira tranquila o período ou a fase de transição, contribuindo para o amadurecimento equilibrado do jovem.
- 2) O estudo será feito para: avaliar o funcionamento das famílias do Município de Iguatu tendo por base o enfoque de risco, evidenciando a existência de fatores de proteção ou de risco para a saúde do adolescente. São ainda nossos objetivos: Identificar os tipos de famílias de adolescentes residentes no Município; Descrever o funcionamento das famílias com filhos adolescentes no Município; Identificar a prevalência de fatores preditores de riscos para a saúde dos adolescentes.
- 3) O produto final deste trabalho será uma proposta para inclusão no protocolo de atendimento do PSF de ações que estimulem e fortaleçam a auto-estima das famílias para que se identifiquem potencialidades, perspectiva de vida e de futuro, contribuindo com a função protetora da família mesmo na presença de sérias ameaças ao desenvolvimento saudável do adolescente.
- 4) 4. Para participar você responderá a um questionário que será apresentado em sua residência e para que seu filho participe será aplicado um questionário com perguntas objetivas a ser respondido na sala de aula da escola que seu filho(a) frequenta. O questionário será aplicado apenas para esse estudo e não vai atrapalhar seu filho(a) durante as aulas não vai causar problemas a ele (ela), nem prejudicar o seu desempenho na escola.
- 5) Para garantir que não haja maiores prejuízos em sala de aula contamos com autorização da Secretaria de Educação do Município que já comunicou à direção da Escola sobre a pesquisa a ser realizada.

- 6) A sua participação e a de seu filho(a) nesse estudo não é para tratar de alguma doença e você não terá despesas com a participação de vocês.
- 7) Todas as informações sobre você e seu filho(a) nesse estudo vão ser secretas e só os autores terão conhecimento delas.
- 8) Os autores poderão apresentar e publicar os resultados desse estudo, mas as informações sobre você e seu filho(a) não vão aparecer de forma alguma.
- 9) Você tem a liberdade de desistir ou de parar de colaborar com esse estudo, no momento em que desejar, sem ter que explicar o motivo. Se você desistir, isso não vai causar nenhum prejuízo para a sua saúde ou para o bem-estar de seu filho (a), nem vai atrapalhar o seu desempenho na escola onde ele estuda.
- 10) O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará avaliará este documento.

Contato com a responsável pela pesquisa: Fones: (88) 3581 9411: 3581 0175

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS - ESCLARECIDO

Eu.....residente:.....,
profissão:..... RG Nº..... concordo, em participar e autorizo de livre e espontânea vontade que meu filho(a) participe do estudo: A Contribuição da Família para a Redução de Danos à Saúde do Adolescente. Declaro que foram dadas todas as informações necessárias e que foram esclarecidas todas as dúvidas por mim apresentadas.

Iguatu: ____/____/____

Assinatura do participante e responsável pelo menor

Assinatura do pesquisador que aplicou o termo

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa
Av. Paranjana, 1700 Campus do Itaperi CEP. 60.740-000 Fortaleza-Ce
Fone: 31019890. E-mail: cep@uece.br

Fortaleza, 13 de maio de 2008

TÍTULO: "A CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA PARA A REDUÇÃO DE DANOS À SAÚDE DO ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE IGUATU". Processo: 07534249-9. FR 184447.
NOME: Lúcia do Nascimento. ORIENTADORA: Dra. Vera Lúcia Almeida.

Parecer

O projeto tem como objetivo geral: Avaliar o funcionamento das famílias do município de Iguatu tendo por base o enfoque de risco, evidenciando a existência de fatores de proteção ou de risco para a saúde do adolescente. E como objetivos específicos: Identificar os tipos de famílias de adolescentes residentes no município; Descrever o funcionamento das famílias com os filhos adolescentes no município; Identificar a prevalência de fatores preditores de riscos para a saúde dos adolescentes. O projeto está estruturado, consta de introdução; referencial teórico; justificativa. Toda essa discussão amparada em um número considerável de autores. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa que será desenvolvido nas escolas públicas de Iguatu. O universo da pesquisa são as famílias com filhos adolescentes na faixa de 10 a 19 anos. A definição da amostra está clara e os critérios de inclusão estão estabelecidos. Na coleta de informações a pesquisadora utilizará um questionário para os pais e outro para os filhos (formulários em anexo). Os questionários foram validados pela Faculdade de Medicina da Universidade do Chile e patrocinados pela OPAS. A análise dos dados será feita por meio de recursos estatísticos. O estudo é relevante, contribuirá para aprofundar o conhecimento sobre as famílias do município e orientar políticas públicas para a área.

O projeto atende aos requisitos da Resolução 196/96, do CNS, portanto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.


Profª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE

ANEXO B

“COMO É A SUA FAMÍLIA – BREVE” (formato para filhos de dez a 19 anos)¹

QUESTIONÁRIO Nº. _____

- A. Todas as suas respostas são absolutamente confidenciais; portanto, as únicas pessoas que saberão suas respostas pertencem ao grupo de pesquisadores.
- B. Todas as perguntas devem ser respondidas.
- C. Se você mudar de opinião, anule com um traço em cima da primeira resposta e marque a resposta nova.

1. Quantos anos você tem? _____

2. Sexo ____ feminino ____ masculino

3. Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa? _____

4. Quantos irmãos você tem? _____

FATOR 1: Comunicação-conexão com o pai e organização familiar

a) Comunicação-conexão com o pai

Pense como é a SUA família atualmente. Faça um círculo no número que corresponda à resposta certa em cada caso.

Na minha família:

	Nunca	Muito raramente	Algumas vezes	Com freqüência	Quase sempre
5. Meu pai dedica um tempo por dia para falar com os filhos	0	0	1	2	2
6. Fico satisfeito com a maneira como converso com meu pai	0	0	1	2	2
7. É fácil expressar meus sentimentos para meu pai	0	0	1	2	2
8. Meu pai me entende	0	0	1	2	2
9. Se estiver em dificuldades posso falar com meu pai	0	0	1	2	2

Pontuação sobre a comunicação-conexão com o pai _____

Valores de referência: AR: 0-1; R:2-3; SR:4 ou mais

b) Organização familiar

10. Quem manda na minha família? (selecione e marque só uma resposta)

__1 Minha mãe __ 1Meu pai __ 2 Ambos __ 1 Outra pessoa

__0 Ninguém __0 Todos __0 Não sei

11. Quem funciona como pai em minha família? (selecione e marque só uma resposta)

__ 2Meu pai __0Varia __ 1Outra pessoa

__0Ninguém __ 0 Não sei

PONTUAÇÃO SOBRE A ORGANIZAÇÃO FAMILIAR _____ Valores de referência AR: 0-1; R: 2;SR:3 ou mais

PONTUAÇÃO TOTAL DO FATOR UM (a+b) _____ Valores de referência AR:0-3; R:4-6; SR:7 ou mais

**FATOR 2: Comunicação-conexão com a mãe, a família nuclear e parentes;
organização familiar**

a) Comunicação-conexão com a mãe

Na minha família:

	Nunca	Muito raramente	Algumas vezes	Com frequência	Quase sempre
12. Minha mãe dedica um tempo por dia para falar com os filhos	0	0	1	2	2
13. Fico satisfeito com a maneira como converso com minha mãe	0	0	1	2	2
14. É fácil expressar meus sentimentos para minha mãe	0	0	1	2	2
15. Minha mãe me entende	0	0	1	2	2
16. Se estiver em dificuldades posso falar com minha mãe	0	0	1	2	2

Pontuação sobre a comunicação-conexão com a mãe _____

Valores de referência: AR: 0-1; R:2-3; SR:4 ou mais

b) Comunicação-conexão com a família nuclear

	Nunca	Muito raramente	Algumas vezes	Com frequência	Quase sempre
17. Compartilhamos alguma refeição diariamente	0	0	1	2	2
18. Fazemos alguma coisa juntos, toda a família, pelo menos uma vez por semana	0	0	1	2	2
19. Gostamos de passar juntos o tempo livre	0	0	1	2	2
20. Revezamos nas tarefas e responsabilidades na casa	0	0	1	2	2

Pontuação sobre a comunicação-conexão com a família nuclear: _____

Valores de referência: AR: 0-3; R: 4; SR: 5 ou mais

c) Comunicação-conexão com parentes

	Nunca	Muito raramente	Algumas vezes	Com frequência	Quase sempre
21. Compartilhamos com parentes próximos acontecimentos importantes	0	0	1	2	2
22.Sinto satisfação na relação com meus parentes	0	0	1	2	2

Pontuação sobre a comunicação-conexão com parentes _____

Valores de referência: AR: 0-1; R: 2; SR: 3 ou mais

d) Organização familiar

23. Quem funciona como mãe em minha família?(selecione e marque somente uma resposta)

2 Minha mãe 0 Varia 1 Outra pessoa

0 Ninguém 0 Não sei

Pontuação sobre a organização familiar _____

Valores de referência: AR: 0; R: 1; SR: 2

PONTUAÇÃO TOTAL DO FATOR DOIS (a+b+c+d) _____

Valores de referência: AR: 0-3; R:14-18; SR:19 ou mais

ESCALA ABREVIADA DE CONDUTAS DE RISCO

	Sim	Não
Você fumou mais de uma vez ao mês?		
Você ficou bêbado mais de uma vez ao mês?		
Você usou maconha mais de uma vez ao mês?		
Você usou drogas ilegais como cocaína, heroína ou LSD mais de uma vez por mês?		
Você usou outras drogas como tranqüilizantes, hipnóticos, etc. mais de uma vez ao mês?		
Você usou solventes voláteis como cola, éter ou outros solventes e inalantes?		
Você tem se envolvido em brigas?		
Alguma vez tentou suicídio?		
Você ficou grávida ou deixou alguém grávida involuntariamente alguma vez?		

MUITO OBRIGADO (A) POR SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO C

“COMO É SUA FAMÍLIA-BREVE (Formato para pais e mães)”

QUESTIONÁRIO Nº. _____

A. Todas as suas respostas são absolutamente confidenciais: portanto, as únicas pessoas que saberão suas respostas pertencem ao grupo de pesquisadores.

B. Todas as perguntas devem ser respondidas.

C. Se você mudar de opinião, anule com um traço em cima da primeira resposta e marque a resposta nova.

1. Quem completa o questionário? a mãe____ o pai____ outra pessoa____

2. Quantos anos você tem? ____

3. Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa? ____

4. Quantos filhos existem na sua família? ____

FATOR 1: Comunicação-conexão conjugal e organização familiar.

a) Comunicação-conexão conjugal

Pense como é a Sua família atualmente. Faça um círculo no número que corresponda à resposta certa em cada caso.

Em nossa família:

	Nunca	Muito raramente	Algumas vezes	Com frequência	Quase sempre
5.O pai dedica um tempo por dia para falar com seus filhos	0	0	1	2	2
6.Fico satisfeito com a maneira como converso com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)	0	0	1	2	2
7.É fácil expressar meus sentimentos para meu (minha) esposo(a) ou companheiro(a)	0	0	1	2	2
8.Meu (minha) esposo(a) ou companheiro(a) me entende	0	0	1	2	2
9.Se tenho dificuldades, posso comentar com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)	0	0	1	2	2

Pontuação sobre a comunicação-conexão conjugal_____

Valores de referência: AR: 0-1;R:2-4;SR:5 ou mais

b) Organização familiar

10.Quem manda em nossa família? (selecione e marque uma única resposta)

1 A mãe 1 O pai 2 Ambos 1 Outra pessoa 0 Varia

0 Ninguém 0 Todos 0 Não sei

FATOR 2: Comunicação-conexão com a mãe e a família nuclear

	Nunca	Muito raramente	Algumas vezes	Com frequência	Quase sempre
11.Revezamento nas tarefas e responsabilidades na casa	0	0	1	2	2
12. Cada um expressa o que pensa e deseja	0	0	1	2	2
13. Gostamos de passar juntos o tempo livre	0	0	1	2	2
14. A mãe dedica um tempo por dia para falar com seus filhos	0	0	1	2	2
15. Compartilhamos alguma refeição diariamente	0	0	1	2	2
16. Reunimos-nos em algum momento do dia para conversar ou compartilhar alguma atividade	0	0	1	2	2

Pontuação sobre a comunicação-conexão com a mãe e a família nuclear

Equivalente à PONTUAÇÃO TOTAL DO FATOR DOIS _____

Valores de referência: AR: 0-7; R: 8; SR: 9 ou mais

ESCALA ABREVIADA DE CONDUTAS DE RISCO

	Sim	Não
Fumou mais de uma vez ao mês?		
Ficou bêbado mais de uma vez ao mês?		
Usou maconha mais de uma vez ao mês?		
Usou drogas ilegais como cocaína, heroína ou LSD mais de uma vez por mês?		
Usou outras drogas como tranqüilizantes, hipnóticos, etc. mais de uma vez ao mês?		
Usou solventes voláteis como cola, éter ou outros solventes e inalantes?		
Tem se envolvido em brigas?		
Você alguma vez tentou suicídio?		
Ficou grávida ou deixou alguém grávida involuntariamente?		

MUITO OBRIGADO (A) POR SUA COLABORAÇÃO!

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)