

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**GUSTAVO DE OLIVEIRA**

**SAÚDE PÚBLICA PARA OS ADOLESCENTES:  
LEVANTAMENTO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE DESTA  
POPULAÇÃO.**

**CRICIÚMA**

**2013**

**GUSTAVO DE OLIVEIRA**

**SAÚDE PÚBLICA PARA OS ADOLESCENTES:  
LEVANTAMENTO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE DESTA  
POPULAÇÃO.**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, para obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família.

Orientador (Tutor): Prof<sup>o</sup> Dr. Joni Marcio de Farias.

**CRICIÚMA**

**2013**

**GUSTAVO DE OLIVEIRA**

**SAÚDE PÚBLICA PARA OS ADOLESCENTES:  
LEVANTAMENTO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE DESTA POPULAÇÃO.**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, para obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família, com Linha de Pesquisa em Saúde Coletiva.

Criciúma, 27 de Março de 2013

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Joni Marcio de Farias – Doutor – UNESC – Orientador

Prof. Bárbara Regina Alvarez – Doutora - UNESC

Prof. Victor Julierme Conceição dos Santos – Mestre - UNESC

Prof. Francielle Lazzarin de Freitas Gava - Especialista - UNESC

**Dedico este trabalho a minha família, meus amigos, e a todos que ao longo deste percurso estiveram comigo auxiliando nessa caminhada de aprendizagem e de sonhos.**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço...

A Deus pelo dom da vida,

Ao meus pais pelo ensinamento desde minha concepção,

A minha irmã Thaise pelo apoio incondicional,

Aos meus amigos, que me ensinaram que nunca estarei sozinho,

Aos colegas e amigos residentes, pela felicidade de vivenciar nessa especialização a oportunidade de crescimento profissional e pessoal, em especial à Vanise pela contribuição essencial ao desenvolvimento deste trabalho,

Ao meu orientador e tutor Joni Marcio de Farias pela amizade, confiança e respeito,

Aos que participaram desse período de aprendizagem e estudos, que dedicaram seu tempo para contribuírem nessa formação!

Muito Obrigado!

***“Investir na saúde da população adolescente e jovem é custo efetivo porque garante também a energia, espírito criativo, inovador e construtivo dessas pessoas, que devem ser consideradas como um rico potencial, capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento do País.”***

**Ministério da Saúde**

## RESUMO

O Ministério da Saúde, dentro de suas políticas públicas, busca a promoção da saúde e a prevenção de agravos como foco de trabalho, transitando da cultura biomédica para uma visão integral, com enfoque multidisciplinar. Incorporar um estilo de vida saudável no cotidiano tem se mostrado mais eficaz quando ocorre desde a infância, onde os conhecimentos e comportamentos adquiridos nessa fase e na adolescência tendem a perdurar pela vida adulta. Conhecer este panorama amplia as possibilidades de desenvolvimento de ações e estratégias para prevenção de doenças e promoção de saúde. Diante disso temos como objetivo: Verificar as ações ou estratégias realizadas para melhorar o conhecimento em saúde dos adolescentes escolares. Metodologicamente trata-se de pesquisa transversal com abordagem descritiva. A população foi constituída pelos escolares do 1º ao 3º ano do Ensino Médio, das redes privada e pública de ensino do município de Criciúma, Santa Catarina, totalizando 9.853 escolares, e pelos profissionais de saúde das 48 Unidades Básicas de Saúde do município, sendo 34 cadastradas como Estratégias de Saúde da Família (ESF), totalizando 36 equipes. A amostra ficou constituída por 163 adolescentes, de 14 a 19 anos, sendo 68 (41,7%) do sexo masculino e 95 (58,3%) do sexo feminino, e por 25 gerentes das ESF. A pesquisa, realizada através de questionários, revela que a média do IMC dos adolescentes classifica-os como eutróficos. Do total de adolescentes: 44,2% realizam atividades com remuneração; 14,1% praticam esportes como sua principal atividade de lazer; 75,4% conhecem e consideram que a unidade de saúde do seu bairro está bem localizada. Porém, 86,5% dos jovens desconhecem o correto horário de funcionamento, sendo que 60% sugerem o funcionamento no período noturno. Nenhum adolescente conseguiu relatar corretamente as ações e serviços disponibilizados pelas unidades de saúde, e apenas 2,5% responderam saber as atividades direcionadas para os adolescentes. 33,1% dos jovens opinaram que se poderia oferecer mais Ações de Prevenção. Apenas 1,8% já ouviram falar sobre a Caderneta de Saúde do Adolescente e, dos conteúdos que consideraram importante aprender, apenas 52,8% estão presentes na Caderneta. Percebe-se que a Caderneta de Saúde do Adolescente não dá condições necessárias para que o jovem compreenda os benefícios de incorporar um estilo de vida saudável e quais procedimentos tomar, já que o conhecimento em saúde não tem utilidade apenas educacional, também é utilizado na decisão por qual atitude tomar frente às adversidades e patologias apresentadas ao longo da vida. Do total de 25 ESF, 13 relataram conhecer Caderneta de Saúde do Adolescente, enquanto as outras 12 desconhecem essa iniciativa. Dos 13 gerentes de unidade que relataram ter conhecimento, apenas 1 profissional soube relatar os conteúdos presentes nesse material. As estratégias utilizadas pelas unidades de saúde do município são: Educação em Saúde e palestras, mas os temas desenvolvidos nem sempre correspondem às necessidades dos jovens. É necessária a realização de diagnósticos de saúde locais para conhecer a realidade dos jovens e adaptar o conteúdo das informações à sua vida, além de atividades práticas em grupo.

**Palavras-chave:** adolescente, saúde, saúde pública.

## ABSTRACT

The Ministry of Health, in its public policies, seeking health promotion and disease prevention as the focus of work, moving the biomedical culture to a comprehensive vision, with a multidisciplinary focus. Incorporating a healthy lifestyle in everyday has been more effective when it occurs from childhood, where knowledge and behaviors acquired in this phase and adolescence tend to persist into adulthood. Knowing this panorama extends the possibilities of developing actions and strategies for disease prevention and health promotion. Objective: Check the actions or strategies undertaken to improve the health knowledge of school adolescents. Methodologically it is cross-sectional survey with a descriptive approach. The population was composed of students from 1st to 3rd year of high school, from private and public schools of the town of Criciúma, Santa Catarina, totaling 9853 students, and health professionals from 48 Basic Health Units in the county, 34 Indexed Strategies and Family Health (ESF), totaling 36 teams. The sample consisted of 163 adolescents, aged 14 to 19 years, and 68 (41.7%) males and 95 (58.3%) were female, and 25 managers of the FHT. The survey, conducted through questionnaires, reveals that the average BMI of adolescents classifies them as eutrophic. Of all adolescents: 44.2% conduct activities with pay; 14.1% play sports as their main leisure activity and 75.4% know and believe that the health unit of your neighborhood is well located. However, 86.5% of young people are unaware of the correct hours of operation, and 60% suggest the operation at night. No teenager could correctly report the actions and services provided by health facilities, and only 2.5% reported knowing the activities targeted to teens. 33.1% of young people felt that we could offer more shares Prevention. Only 1.8% have heard about the Handbook of Adolescent Health and the content it considered important to learn, only 52.8% are present in the Handbook. It is noticed that the Handbook of Adolescent Health does not provide necessary conditions for the youth to understand the benefits of incorporating a healthy lifestyle and what procedures to take, since the health knowledge is not useful only educational, it is also used in the decision by which action to take in the face of adversity and pathologies presented throughout life. Of the total of 25 FHS, 13 reported knowing Handbook of Adolescent Health, while the other 12 are unaware that initiative. Of the 13 unit managers who reported having knowledge, only 1 report the learned professional content present in this material. The strategies used by health facilities in the municipality are: Health Education and lectures, but the themes developed not always meet the needs of young people. It is necessary to perform diagnostic health sites to know the reality of young people and adapt the content of the information to your life, as well as practical activities group.

**Keyword:** adolescent, health, public health.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Distribuição dos adolescentes conforme abrangência da regional de saúde

Tabela 02 – Distribuição dos adolescentes conforme turno e ano de estudo

Tabela 03 – Distribuição dos adolescentes conforme idade em anos de vida

Tabela 04 – Caracterização dos adolescentes conforme idade e variáveis antropométricas

Tabela 05 – Distribuição dos adolescentes que realizam atividade com remuneração, separados por período de serie / ano que estudo e por gênero.

Tabela 06 – Distribuição dos adolescentes quanto a principal atividade que realizam nos períodos que não está na escola.

Tabela 07 – Distribuição dos adolescentes que conhecem e como considera a localização geográfica da unidade de saúde do bairro

Tabela 08 – Distribuição dos adolescentes que conhecem o horário de funcionamento da unidade de saúde do bairro

Tabela 09 – Opinião dos adolescentes sobre quais atividades / serviços a unidade de saúde pode oferecer direcionados a eles

Tabela 10 - Opinião dos adolescentes sobre quais conhecimentos relacionados à saúde considera importante aprender

Tabela 11 – Atitude dos adolescentes e/ou pais em casos de doenças que não é considerado urgência e que são considerados de urgência.

Tabela 12 – Situação relatada pelos adolescentes por não procurar a unidade básica de saúde em casos de doenças

Tabela 13 – Distribuição dos adolescentes e familiares que possuem plano de saúde privado

Tabela 14 – Profissionais citados que compõe as equipes das Unidades de Saúde

Tabela 15 – Atitude dos profissionais de saúde da equipe da unidade frente a casos de doenças que não é considerado urgência e que são considerados de urgência.

Tabela 16 – Qual o contato estabelecido entre a UBS e a Escola com Ensino Médio da sua zona de abrangência?

Tabela 17 - Quais atividades / ações a Unidade desenvolveu direcionada para os adolescentes (Ensino Médio) neste ano?

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar  
PMC – Prefeitura Municipal de Criciúma  
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde  
PSE – Programa Saúde na Escola  
PSF – Programa Saúde da Família  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense  
URS - Unidade Regional de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
2.1 OBJETIVO GERAL .....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
3.1 SAÚDE PÚBLICA .....	16
3.2 CONSTITUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA .....	18
3.3 MUDANÇA DE CENÁRIO NO CUIDADO DA SAÚDE .....	21
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	26
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	26
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	26
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	27
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	27
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS .....	28
4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	28
4.7 ANÁLISE DE DADOS .....	29
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	53
<b>APÊNDICES</b> .....	57

## 1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, o termo saúde não se apresenta com uma definição objetiva, mas como uma estrutura conceitual dentro de um processo dinâmico. Nessa perspectiva, a promoção da saúde é uma prática social, que busca uma boa qualidade de vida para a população articulando políticas públicas para este fim. Assim, estratégias são desenvolvidas para que o indivíduo tenha acesso às informações necessárias à sua saúde e incorpore esse conhecimento, adquirindo comportamentos preventivos (MORETTI et al., 2009).

Essas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos são o atual foco do Ministério da Saúde dentro de suas políticas públicas, objetivando uma transformação cultural do atendimento clínico para um cuidado contínuo e multiprofissional (MENDES, 2012).

Uma política exercida atualmente e voltada à Atenção Primária em Saúde é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se constitui numa estratégia de reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2006a). Diversas perspectivas e estratégias foram analisadas, até que em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cujo objetivo principal é promover a qualidade de vida reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde da população atendida pelo Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2006b).

Para isso a promoção da saúde deve compreender ações integradas e de caráter multidisciplinar que fomentem mudanças nos três níveis de atenção: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas, proteção e desenvolvimento social para todos. Assim, apesar da promoção da saúde ser uma abordagem inovadora e com um forte potencial de mudança social, seus princípios ainda estão longe de serem plenamente compreendidos e viabilizados por todos os profissionais e gestores de saúde (CARVALHO, 2008).

Todas as políticas e programas viabilizados pelo Ministério da Saúde visam implementar e qualificar a rede de saúde e o atendimento aos usuários do SUS, além de minimizar problemas que dificultem e/ou impeçam mudanças no modelo de atenção (SILVA; SARRETA; BERTANI, 2007).

Estes programas buscam auxiliar a população na busca de um estilo de vida mais saudável, que de acordo com a OMS – Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006; NAHAS, 2010), os hábitos de vida adotados pelas pessoas diariamente são um dos componentes mais importantes para se ter uma boa saúde.

Este estilo de vida saudável deve ser incorporado na vida dos indivíduos durante seu crescimento. A adolescência é considerada uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, em que diversas mudanças físicas, psíquicas e sociais afetam diretamente o indivíduo. Os comportamentos adquiridos nesta fase tendem a perdurar pela idade adulta, justificando a importância do conhecimento sobre os fatores determinantes para se ter um estilo de vida saudável. Diversas áreas da saúde evidenciam que a aquisição de conhecimentos sobre os fatores de risco auxiliam na mudança de hábitos e comportamentos, assim como o sucesso de abordagens para novos hábitos parece depender da adoção de condutas de aprendizado, em especial para ouvir referências, experiências e expectativas (NAHAS, 2010; CARVALHO, 2008).

A realidade atual aponta baixos níveis de atividade física nas rotinas diárias de adolescentes (HOELSCHER et al., 2009; BASTOS; ARAUJO; HALLAL, 2008), o que é extremamente preocupante tendo em vista que o nível de atividade física adotado nesta faixa etária é um importante determinante para o comportamento ativo na idade adulta. Outro fator encontrado em uma pesquisa com adolescentes catarinenses é que o baixo nível de atividade física foi considerado um dos principais comportamentos de risco à saúde (FARIAS JÚNIOR et al., 2009).

Esse fato pode apresentar vínculo com a falta de conhecimento adequado da relação entre inatividade física e surgimento de agravos (SILVEIRA; DA SILVA, 2011; BORGES et al., 2009), pois estes podem ser prevenidos pela prática regular de atividades físicas (STRONG et al., 2005).

Os hábitos adquiridos durante a fase da adolescência compõe o estilo de vida da nossa população. Essa situação remete a pesquisas que procurem evidenciar as reais causas do baixo conhecimento em saúde, para compor propostas que combatam os fatores de risco relacionados à saúde, contribuindo de maneira satisfatória para estimular um estilo de vida saudável e ativo.

Tais fatos revelam a importância deste trabalho, como uma forma de identificar o conhecimento atual dos adolescentes do município de Criciúma, ampliando as possibilidades para desenvolvimento de ações e estratégias para os

jovens. Diante disso temos como problema de pesquisa: As ações ou estratégias desenvolvidas estão contribuindo para melhorar o conhecimento em saúde dos adolescentes escolares? E temos como objetivo geral: Verificar as ações ou estratégias realizadas para melhorar o conhecimento em saúde dos adolescentes escolares.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar as ações ou estratégias desenvolvidas para melhorar o conhecimento em saúde dos adolescentes escolares.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o conhecimento em saúde dos adolescentes do Ensino Médio do município de Criciúma;
- Avaliar as estratégias utilizadas pelas Unidades de Saúde como mecanismo de produção de conhecimento em cuidados de saúde de adolescentes do Ensino Médio do município de Criciúma;
- Identificar a relação do conhecimento em saúde dos adolescentes com as estratégias desenvolvidas pelas Unidades de Saúde;
- Investigar quais os conteúdos relacionados à saúde de maior interesse dos adolescentes do município de Criciúma;
- Verificar se os conteúdos sugeridos pelos adolescentes de Criciúma estão descritos na Caderneta de Saúde para Adolescentes do Ministério da Saúde;
- Identificar na Caderneta de Saúde para Adolescentes do Ministério da Saúde quais os conteúdos presentes relacionados a área da Educação Física;
- Avaliar as estratégias utilizadas pela Unidade de Saúde para mudança de comportamento de adolescentes do Ensino Médio do município de Criciúma;

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 SAÚDE PÚBLICA

O Sistema de Saúde no Brasil originou-se influenciado por características trazidas desde o século passado, decorrentes de aspectos econômicos e políticos. Este modelo de atenção à saúde recebeu influências dos movimentos denominados Sanitarismo Campanhista, as Conferências Nacionais de Saúde e Cartas de Promoção da Saúde (LINARD et al., 2011).

O nascimento da saúde pública no Brasil ocorreu na transição do século XIX para o século XX, no período compreendido entre o fim da monarquia e o início da “República Velha”. Posterior a este movimento, a VIII Conferência Nacional de Saúde representou outro marco histórico, uma vez que houve um consenso na sociedade a respeito de que o setor da saúde no Brasil necessitava não apenas da reforma administrativa e financeira, mas também de uma mudança em todo o arcabouço jurídico institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária (ANDRADE; PONTES; JUNIOR, 2000).

Esta proposta de reformulação do Sistema Nacional de Saúde parte das experiências que relataram ser o novo modelo assistencial viável, dando ênfase para a participação e a colaboração da sociedade nas políticas públicas de saúde. A conjuntura social foi favorável para que a Constituição de 1988 incorporasse um conjunto de conceitos e princípios diretivos extraídos das práticas correntes, permitindo, todavia, uma reorganização desta prática na nova lógica da reforma sanitária (LINARD et al., 2011).

Conforme prevê a Constituição Federal, a saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Por meio da Constituição Federal é que foi instituído no país o Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do SUS, regulamentada pelas Leis 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b), pode ser considerada uma “carta

fundadora” de uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade. Logo, busca garantir o direito à saúde a todos, com serviços tanto curativos quanto preventivos, de maneira a oportunizar o acesso ao sistema de saúde a toda população, priorizando os casos mais necessários. E ainda, o SUS está organizado sob a forma de uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, para atender com resolutividade às necessidades de saúde da população.

O sistema de saúde é dividido em níveis de atenção. Cada estrato tem suas prerrogativas e responsabilidades e atende a demandas com determinada complexidade, custo e necessidade de uso de tecnologia.

O primeiro nível de atenção à saúde no SUS é a Atenção Primária, que se orienta por todos os princípios doutrinários do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade. Este nível de atenção inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da população, e quando necessário, faz o recrutamento para os níveis de atenção de maior complexidade (BRASIL, 2007a).

A média complexidade compõe o segundo nível de atenção e é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população cuja complexidade da assistência na prática clínica demande profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007b).

Por sua vez, o terceiro nível de atenção, a alta complexidade, é definido como o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando oferecer a população o acesso a serviços qualificados, integrando aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2007c).

A política do SUS preconiza que os usuários ingressem no sistema pela atenção primária, e em caso de incapacidade de resolução neste nível, sejam encaminhados aos outros níveis de atenção. A promoção da saúde e prevenção de doenças atuam veementemente na atenção primária de modo a reduzir os custos e o acesso aos demais níveis de atenção.

Sob esta perspectiva, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças são o foco atual do Ministério da Saúde (MS) dentro de suas políticas públicas, objetivando uma transformação cultural do atendimento clínico para um cuidado contínuo e multiprofissional (MENDES, 2012).

### 3.2 CONSTITUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

Diante da atual situação de saúde no Brasil, com predomínio das condições crônicas e uma resposta social dos sistemas de saúde fragmentados e voltados, principalmente, para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas, foram instituídas no país através da portaria nº 4.279/10 (BRASIL, 2010a) diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS.

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos e serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, e com responsabilidades sanitárias e econômicas para esta população (MENDES, 2010).

A organização da RAS tendo a atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna, quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010).

A política adotada pelo Ministério da Saúde aponta que as unidades de atenção primária à saúde devem cumprir com algumas funções para contribuir com o funcionamento das RAS: I – Ser base: por sua descentralização a participação no cuidado é sempre necessária; II – Ser resolutiva: capacitada para identificar riscos, necessidades e demandas, e a partir disto articular diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, utilizando-se da clínica ampliada, construindo vínculos positivos capazes de ampliar a autonomia; III – Coordenar o cuidado: “elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS” (BRASIL, 2012, pag. 26), as Unidades são os centros de comunicação e responsabilizam-se pelo cuidado, em uma relação horizontal com os outros pontos, contínua e integrada, podendo articular-se intersetorialmente; IV – Ordenar as redes: a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população adstrita organizá-las em

relação aos outros pontos da rede, podendo contribuir para que a programação dos outros serviços seja fruto na necessidade dos usuários (BRASIL, 2012).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as estruturas que respondem pelas ações de atenção básica à população. A UBS é a principal porta de acesso das pessoas ao sistema de saúde. Devem estar distribuídas no território do município de forma a estarem o mais próximo possível das pessoas. Aquelas UBS que contam com Equipes de Saúde da Família são entendidas como estratégicas para reorientação do modelo assistencial, já que trabalham com equipes multiprofissionais. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

Cada equipe de Saúde da Família deve ter em sua população adstrita no máximo 4.000 pessoas, sendo recomendada uma média de 3.000 (BRASIL, 2012). Em Criciúma temos equipes atendendo populações menores e equipes com população acima da recomendada por unidade.

As equipes multiprofissionais das unidades devem ser compostas, conforme sua modalidade, por médicos, enfermeiros, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), higienizadora e, quando houver equipe de saúde bucal, cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. As unidades devem ter o número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, sendo que são no máximo 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2012).

As Unidades de Atenção Básica a Saúde podem ou não contar com Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Criciúma atualmente são 48 unidades, sendo 34 com ESF, com 36 Equipes de Saúde da Família (sendo duas unidades com duas equipes), e 14 sem Estratégia, apenas como unidades básicas.

Em Criciúma o que se percebe é que as equipes estão completas com os profissionais de nível médio e superior, no entanto equipes ainda se encontram defasadas em relação aos ACS.

Além das Unidades Básicas e das Estratégias, a Prefeitura Municipal de Criciúma (PMC), conduzido pelo Sistema de Saúde, adota um modelo de funcionamento que divide a cidade em 5 Regionais de Saúde, sendo que cada um conta com uma Unidade Regional de Saúde (URS). Nestas Unidades são prestados atendimentos básicos de saúde, inclusive contando com equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, estes locais realizam atendimentos ambulatoriais especializados, concentrando estes serviços em unidades que fazem

parte de cada regional. Alguns dos serviços realizados: psiquiatria, ortopedia, cardiologia, dermatologia, nefrologia, geriatria, ginecologia, pediatria, endocrinologia, pequenas cirurgias, nutrição, psicologia e fisioterapia, todos com agendamento prévio, vacinas e atendimento de gessista (24hs Próspera) para todo o município. Já as duas unidades 24h, além dos serviços supracitados, também contam com o setor de Urgência e Emergência que é responsável pelos atendimentos de Emergência que não podem ser resolvidos nas UBS dos bairros ou que ocorrem após o horário de funcionamento dos mesmos. Estas Unidades são: 24hs Próspera, 24hs Boa Vista, Policlínica Rio Maina, Unidade Regional Central, Unidade Regional Santa Luzia (PMC, 2013).

Esses serviços do município também contam com a rede de Atenção Psicossocial de Criciúma que atualmente possui quatro CAPS - Centros de Atenção Psicossocial (CAPSII, CAPSII-ad, CAPSi e CAPSIII), uma equipe de Consultório na Rua, e três equipes de NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família (compostas cada uma por um fisioterapeuta, um psicólogo, um profissional de educação física, um nutricionista e um farmacêutico) (PMC, 2013).

Para o atendimento psicossocial de adolescentes o serviço especializado de referência é o CAPSi, que presta atendimento a demandas infanto-juvenis do município. Este serviço está voltado a acometimentos graves, com significativo impacto para saúde física, psicológica, relacionamento social e/ou familiar do sujeito (PMC, 2013).

Em Criciúma, algumas ações são realizadas para atender este público, como os grupos de educação em saúde e terapêuticos realizados pelas unidades básicas de saúde e regionais. Essas ações ocorrem após visitas nas escolas, com identificação de temas a serem abordados, e posteriormente realizam essas atividades nas instituições escolares.

Essas são algumas das iniciativas do município para atender as necessidades dos adolescentes, no entanto, são iniciativas que acontecem em algumas unidades, em momentos de maior demanda deste público, ou por iniciativa do profissional. Os NASF's também realizam ações voltadas para este público adolescente que, além disso, fazem parte do Programa Saúde na Escola (PSE) juntamente com as equipes de ESF.

O atendimento ao adolescente ainda permanece incipiente dado que poucos profissionais sentem-se motivados e tem capacidade para trabalhar com

essa população, já que esta fase da vida é um momento peculiar, com muitos questionamentos, conflitos e ambiguidades. A literatura também é escassa em trabalhos que estabelecem relação entre o adolescente e o trabalho e de saúde. (HENRIQUES, ROCHA e MADEIRA, 2010).

A Atenção Básica dispõe do cuidado primário e territorial em saúde e assim sendo, deve estar atenta ao seu papel com os adolescentes, pois nesta fase é possível fornecer aos adolescentes, através dos profissionais de saúde qualificados, informações que visem auxiliar a formação de um sujeito consciente de suas possibilidades de autocuidado. O adolescente, diferentemente da criança, se sente menos dependente de seus pais e experimenta nesta fase a formação de suas próprias decisões, no entanto, ainda não é rígido como um adulto, que em geral possui crenças e valores bem sedimentados, podendo essa ser a fase ideal para educações em saúde bem sucedidas.

### 3.3 MUDANÇA DE CENÁRIO NO CUIDADO DA SAÚDE

O Brasil vem passando por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional acelerados nos últimos anos. A transição demográfica resultou na diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. A transição epidemiológica, outro processo verificado, resultou em um novo perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, um “modelo polarizado de transição”. Tal modelo de transição apresenta, para distintas regiões, o crescimento por DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) e ocorrências de doenças infecciosas. A transição epidemiológica, por sua vez, decorre da urbanização acelerada, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnósticos e das mudanças culturais, entre outros fatores. A transição nutricional, por fim, advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e da inatividade física da vida moderna (MALTA et al., 2006).

O conjunto dessas transições, que vem modificando o processo saúde-doença, com aumento desordenado da morbidade e mortalidade por DCNT, têm gerado novos desafios para o Sistema de Saúde Brasileiro. Diante deste novo cenário, o Ministério da Saúde assumiu como prioridade a estruturação de ações e políticas públicas de promoção à saúde, prevenção e vigilância de DCNT em função das possibilidades existentes para prevenção e controle destas doenças (MALTA et al., 2008).

Uma dessas políticas, voltada a Atenção Primária em Saúde foi a criação no ano de 1994 do Programa Saúde da Família (PSF), três anos mais tarde identificado como Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006a). A ESF, através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades de saúde, atua em ações de promoção e manutenção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos, no âmbito individual e/ou coletivo. Diversas perspectivas e estratégias foram analisadas, até que em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A aprovação da Política Nacional de Promoção à Saúde em 2006 ratificou a institucionalização da promoção da saúde no SUS. A PNPS foi criada com o intuito de organizar, facilitar o planejamento, realização, análise e avaliação do trabalho em saúde e tem como objetivo “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionada aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” e prevê o desenvolvimento de ações ligadas às seguintes áreas: alimentação saudável; prática corporal / atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo a cultura da paz, promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

Além da PNPS, outras iniciativas, como a criação do NASF (BRASIL, 2008), em 2008 e mais recentemente o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011), em 2011, reforçam a questão da promoção da saúde e prevenção de doenças como questões prioritárias na agenda da saúde pública do país.

O Ministério da Saúde em suas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças procura englobar e direcionar seus programas para grupos populacionais específicos, como os Programas de Saúde da Mulher e do Homem, serviços para acamados, idosos, gestantes, crianças, adolescentes entre outros.

Os adolescentes constituem um grupo prioritário para a promoção da saúde em todas as regiões do país, em razão dos comportamentos que expõem a diversas situações de riscos para saúde. Nesse período de transição da infância para a vida adulta, ocorrem intensas transformações cognitivas, emocionais, sociais, físicas e hormonais. Nessa época da vida, crescem a autonomia e independência em relação à família e a experimentação de novos comportamentos e vivências. Alguns desses comportamentos e vivências representam importantes fatores de risco para a saúde, como o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o sexo não protegido. Todos esses fatores aumentam o risco de acidentes e violências, além de contribuírem para o desenvolvimento futuro de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, diabetes e câncer (MALTA et al., 2010).

Em 2009, foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), com 618,5 mil estudantes de escolas particulares e públicas, que frequentam o 9º ano do ensino fundamental, nas capitais e no Distrito Federal, com o intuito de investigar a prevalência de fatores de riscos e proteção para a saúde dos adolescentes. Nesta pesquisa foi observado que 43,1% dos adolescentes são suficientemente ativos em relação à prática da atividade física e que 79,5% dos estudantes assistem televisão por duas horas ou mais por dia. Já o consumo de guloseimas foi de 50,9% e de refrigerantes foi de 37,2% superando o de frutas frescas que foi de 31,5%. Em relação ao tabaco e drogas, 6,3% são fumantes atuais, 71,4% dos alunos disseram já ter experimentado alguma bebida alcoólica. O consumo atual de bebida alcoólica foi de 27% e as drogas ilícitas foram usadas alguma vez na vida em 8,7% (IBGE, 2009).

Esses dados demonstram a atual situação dos escolares no que tange à prevalência de fatores de risco comportamentais para doenças e agravos não transmissíveis e geram evidências para orientar a implementação de políticas públicas e realizar ações para minimizar a exposição de fatores de risco dos adolescentes brasileiros (MALTA et al., 2010).

Na atualidade, a cada dia os adolescentes estão ficando mais expostos aos diversos fatores de risco e raramente procuram os serviços de saúde. Em vista disso procuram-se alternativas para facilitar o acesso desses jovens a informações relevantes para incentivar o autocuidado, estabelecendo ações como o Programa Saúde na Escola (PSE) e a Caderneta de Adolescente do Ministério da Saúde.

O Programa Saúde na Escola, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação instituído em 2007, pelo decreto nº 6286, objetiva a atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, integrando escolas e UBS. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação, evidenciando que a escola é um espaço privilegiado para as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, já que estas podem impactar positivamente na qualidade de vida dos educandos.

Ainda, a articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é, portanto, fundamental para o PSE, sendo uma importante estratégia para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras. O PSE tem como práticas: I - Avaliação clínica e psicossocial; II - Ações de promoção e prevenção, com práticas educativas e de saúde, buscando: “à promoção da alimentação saudável, à promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, à educação para a saúde sexual e reprodutiva, à prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, à promoção da cultura de paz e prevenção das violências, à promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável” (BRASIL, 2012, pag. 76); III - manter práticas de educação permanente qualificando os profissionais, tanto da educação, como da saúde e os jovens, alvo do programa (BRASIL, 2012).

A Caderneta de Saúde do Adolescente foi instituída no âmbito do SUS pela portaria nº 3147/09, e visa apoiar a atenção à saúde da população juvenil, acompanhar o crescimento e desenvolvimento saudáveis e orientar na prevenção de doenças e agravos à saúde, além de facilitar as ações educativas que promovam o aprendizado e a consolidação de estilo de vida saudáveis (BRASIL, 2010b).

A Caderneta de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b) foi constituída como um material a ser utilizados pelos profissionais das UBS para apoiar os adolescentes nesse processo de autodescoberta e autocuidado durante essa fase de transformações.

Este material procurou agregar informações a respeito de diversos assuntos relacionados com a vida do adolescente, como:

- Adolescência e sua responsabilidade com sua própria saúde;
- Os direitos para a saúde do adolescente estão contidos no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente);

- Dicas gerais para o adolescente se preocupar com sua saúde (comida, bebida, banho, sono, higiene pessoal, atividade física, cuidado com acidente cotidiano, automedicação, evitar tristeza prolongada, proteção);

- Cárie – Conceito genérico e atitudes com as orientações para manter os dentes limpos;

- Vacinas – conceito geral; verificação do calendário de vacinas para adolescentes e recomendações em imunizações para os adolescentes;

- Aparecimento de espinhas / Puberdade – conceito geral, sintomas que aparecem, maturação sexual (estágios de Tanner);

- “Conhecer, Ficar, Namorar”: \* Primeira relação sexual e cuidados sobre esta atividade (doenças e gravidez); \* Gravidez: Quando pode ocorrer, fazer o teste, se estiver grávida como agir, precauções e contraceptivos; \* Sexo seguro: uso de camisinhas masculina e feminina;

- Informações úteis: telefones e sites.

Estas iniciativas compõem as principais ações pensadas e organizadas para atendimento da população de adolescentes, porém é necessário investigar se tais serviços estão desempenhando suas funções como planejado em sua origem. Para isso, investigar o conhecimento em saúde dos adolescentes pode contribuir para essa identificação e direcionar se há necessidade de modificações nas atuações dos profissionais de saúde direcionadas a esse grupo.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa transversal, com abordagem descritiva, sendo aquela que observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Este tipo de pesquisa procura realizar descrições das situações e tenta descobrir as relações existentes entre as mesmas (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2007)

### 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída pelos escolares do 1º ao 3º Ano do Ensino Médio, das redes privada e pública de ensino do município de Criciúma, Santa Catarina, e pelos profissionais de saúde das Unidades Básica de Saúde do município.

A população total de adolescentes nessa faixa etária é de aproximadamente 9.853 escolares (IBGE, 2010a), e sua amostragem foi intencional, calculada pela fórmula:  $\sqrt{N} + 1$ ; totalizando 100 adolescentes.

A pesquisa foi realizada no município de Criciúma, abrangendo as 5 (cinco) regionais de saúde do município – Centro, Rio Maina, Boa Vista, Santa Luzia e Próspera. Os estudantes pertenciam ao Ensino Médio da rede Pública Estadual e Privada do município de Criciúma, distribuídos nos três períodos do dia (matutino, vespertino, noturno), totalizando 7 (sete) instituições de ensino num total de 206 adolescentes. O estudo teve uma mortalidade de 43 estudantes, os quais foram excluídos devido ao preenchimento incorreto de alguma das questões, rasuras ou falta de informações essenciais. A amostra ficou constituída então por 163 adolescentes, de 14 a 19 anos, sendo 68 (41,7%) do sexo masculino e 95 (58,3%) do sexo feminino.

Na composição da amostra dos profissionais de saúde, o município conta com um total de 48 Unidades de Saúde, 34 são cadastradas como Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo o total 36 Equipes de Saúde da Família (duas unidades com duas equipes, o restante com uma equipe em cada unidade), sendo que todos os profissionais responsáveis por estas unidades ESF foram convidados para participar da pesquisa. O questionário foi encaminhado para todas as gerentes das unidades de saúde do município de Criciúma. Houve a devolução de 25 questionários, todos corretamente preenchidos, não havendo eliminação de nenhum questionário, compondo a amostra dos profissionais de saúde deste estudo.

#### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Neste estudo foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- adolescentes cursando o Ensino Médio no município de Criciúma;
- profissionais de saúde das Unidades de Saúde do município de Criciúma;
- preenchimento completo, correto e a devolução dos questionários pelos adolescentes e profissionais.
- preenchimento, assinatura e devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APENDICE A);

#### 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critérios de exclusão foi estabelecido o não preenchimento de qualquer um dos critérios de inclusão.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos, foi realizado o contato com a Gerência Regional de Educação de Criciúma para obter o levantamento do número de escolas com Ensino Médio e o número de alunos matriculados, e para solicitar liberação para realização do contato com as escolas. A definição das escolas que participaram da pesquisa aconteceu através da verificação da unidade escolar com maior quantidade de alunos de cada regional de saúde e pela possibilidade da instituição de participar da pesquisa.

O pesquisador realizou contato com a direção das escolas para apresentação do projeto e agendamento da data para coleta de dados com os adolescentes. A coleta de dados procedeu após devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio do preenchimento de questionário pelo adolescente (APENDICE B), em sala de aula, após breve orientação do pesquisador.

Concomitantemente foram encaminhados os questionários para as unidades de saúde (APENDICE C), via Secretaria de Saúde, para preenchimento do mesmo pelos (as) enfermeiros (as) responsáveis pelo gerenciamento das Unidades de Saúde.

Os resultados da pesquisa serão apresentados para a Secretaria Municipal do Serviço Saúde de Criciúma, a fim de contribuir no reconhecimento da situação e organização de ações de promoção do conhecimento em saúde da população jovem.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados, especialmente a livre decisão de participar através da assinatura do TCLE (no caso dos adolescentes a assinatura dos pais ou responsáveis), como também de desistir a qualquer momento, garantindo o direito do sujeito.

Todas as etapas da pesquisa foram realizadas a fim de garantir o sigilo das informações de cada participante de acordo com os preceitos da ética, da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

#### 4.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram inseridos em planilha eletrônica após a coleta, e a análise estatística foi calculada pelo software estatístico SPSS 17.0. Para apresentação das variáveis investigadas foi utilizada a estatística descritiva, estabelecendo frequência absoluta, relativa, média e desvio padrão.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa procurou analisar a situação dos adolescentes do município de Criciúma, buscando identificar as principais características dessa população, verificando se existe relação entre seus hábitos de vida e conhecimento em saúde.

A tabela 01 apresenta a divisão dos adolescentes de acordo com a localização da regional de saúde que territorialmente comportam as unidades escolares. A regional do Centro apresentou maior amostragem por ter em seu território as unidades escolares da rede privada de ensino, e a unidade escolar estadual que oferece o ensino médio no turno vespertino.

Tabela 01 – Distribuição dos adolescentes conforme abrangência da regional de saúde

Regionais de Saúde	F. A. (n)	F. R. (%)
Boa Vista	25	15,3
Rio Maina	30	18,4
Santa Luzia	25	15,3
Próspera	16	9,8
Centro	67	41,1
Total	163	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

Estas regionais de saúde são as divisões estabelecidas pelo Sistema Municipal de Saúde para melhorar a organização e atendimento dos usuários do SUS. Representam os bairros e regiões de maior população do município. Geograficamente, a Próspera situa-se na região ao Leste, o Rio Maina na região Noroeste, a Santa Luzia a Sudoeste, o Boa Vista compreende geograficamente a parte central em direção à oeste do território do município e a regional do Centro compreende parte da região central e a porção sul do município.

Na tabela 02 está apresentada a divisão da amostra dos adolescentes por turno e ano de estudo. Observa-se que nos turnos matutino e noturno a quantidade

de alunos é semelhante, devido a estes períodos serem os mais ofertados para realização do ensino médio em nossa região. Posteriormente, a divisão da amostra pela turma/ano em que o adolescente estuda, conta com representação menor dos estudantes dos 3º anos, justificada pelo período da coleta de dados (novembro) e término do ano letivo em algumas unidades escolares.

Tabela 02 – Distribuição dos adolescentes conforme turno e ano de estudo

Turno/Ano	1º anos		2º anos		3º anos		Total	
	F.A.(n)	F.R.(%)	F.A.(n)	F.R.(%)	F.A.(n)	F.R.(%)	F.A.(n)	F.R.(%)
Matutino	28	17,2	32	19,6	14	8,6	74	45,4
Vespertino	8	4,9	8	4,9	0	0,0	16	9,8
Noturno	24	14,7	23	14,1	26	16,0	73	44,8
Total	60	36,8	63	38,6	40	24,6	163	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

Na tabela 03 é apresentada a distribuição dos adolescentes conforme a idade, sendo que dois grupos foram aglomerados devido a baixa quantidade de representantes nestas faixas etárias, sendo que a representatividade maior no ensino médio é dos adolescentes entre 16 e 17 anos.

Tabela 03 – Distribuição dos adolescentes conforme idade em anos de vida

Idade	Masculino		Feminino		Total	
	F. A. (n)	F. R. (%)	F. A. (n)	F. R. (%)	F. A. (n)	F. R. (%)
14 – 15	17	10,4	20	12,3	37	22,7
16	22	13,5	41	25,2	63	38,7
17	21	12,9	27	16,5	48	29,4
18 – 19	8	4,9	7	4,3	15	9,2
Total	68	41,7	95	58,3	163	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

Estes dados revelam que a grande maioria dos adolescentes do município frequenta o Ensino Médio na idade escolar correta. O início dessa fase de estudos tende a começar quando o adolescente tem cerca de 14 – 15 anos e se finaliza aos 17 - 18 anos.

A tabela 04 caracteriza a amostra da pesquisa com dados de média e desvio padrão nas variáveis antropométricas, divididos por gênero – masculino e feminino, e de todos os adolescentes participantes da pesquisa.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) é uma opção para avaliar e classificar o estado nutricional, dessa forma foi utilizado os pontos de corte propostos por Conde, Monteiro (2006), para analisar de acordo com o sexo e a média da idade dos adolescentes. A média dos sexos masculino e feminino classificam os grupos como eutrófico, não alcançando as marcas que correspondem ao início do sobrepeso para esta idade.

A prevalência do sobrepeso entre os adolescentes vem crescendo nos últimos anos em diversos países, inclusive no Brasil, e estudos se preocupam em interpretar esses casos. Pesquisa de abrangência mundial, com base de dados nacionais de nutrição do Brasil, Estados Unidos, China e Rússia, revelou resultados ascendentes com jovens de 6 a 18 anos na prevalência de sobrepeso no Brasil (de 4,1% para 13,9%), na China (de 6,4% para 7,7%) e nos Estados Unidos (de 15,4% para 25,6%), enquanto na Rússia verificou-se redução (de 15,6% para 9,0%) (WANG; MONTEIRO; POPKIN, 2002).

Tabela 04 – Caracterização dos adolescentes conforme idade e variáveis antropométricas

Variáveis	Masculino (média/DP)	Feminino (média/DP)	Geral (média/DP)
Idade (anos)	16,31 ± 1,01	16,19 ± 0,97	16,24 ± 0,99
Peso (kg)	64,81 ± 10,17	57,22 ± 10,10	60,38 ± 10,77
Estatura (metros)	1,73 ± 0,07	1,63 ± 0,07	1,67 ± 0,09
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	21,51 ± 2,89	21,47 ± 2,99	21,49 ± 2,94

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

Segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada entre 2008 e 2009, apontaram que uma em cada três crianças de cinco a nove anos de idade encontrava-se acima do peso. Já para os adolescentes (dez a 19 anos), o excesso de peso encontrado foi de 21,7% e de 9,4%, respectivamente para o sexo masculino e o feminino (IBGE, 2010b).

Nos 34 anos decorridos de 1974-1975 a 2008-2009, a prevalência de excesso de peso aumenta em seis vezes no sexo masculino (de 3,7% para 21,7%) e em quase três vezes no sexo feminino (de 7,6% para 19,4%). A evolução da prevalência de obesidade nos dois sexos repete, com frequências menores, a tendência ascendente descrita para o excesso de peso (IBGE, 2010b).

Para melhor identificação da amostra da pesquisa, questionou-se sobre a realização de atividades com remuneração, e a maioria dos adolescentes, num total de 91 (55,8%) relatou não trabalhar, enquanto que os outros 72 adolescentes (44,2%) realizam atividades com remuneração (Tabela 05).

O aumento da renda apresenta relação com a prevalência de excesso de peso, devido a melhor oferta de alimentos que nem sempre agrega os mais nutricionais, pois na verdade aumenta o consumo de produtos industrializados. Contribui com isso que razões de prevalências entre classes extremas de renda, com taxas maiores de sobrepeso nos grupos mais favorecidos, sendo três vezes no sexo masculino e de duas vezes no sexo feminino. A prevalência de obesidade também aumentou com a renda no sexo masculino, sendo cinco vezes maior. No sexo feminino, a relação entre obesidade e renda familiar se mostrou curvilínea, com as maiores prevalências observada nas classes intermediárias de renda (IBGE, 2010b).

Tabela 05 – Distribuição dos adolescentes que realizam atividade com remuneração, separados por período de serie / ano que estudo e por gênero.

	1º ano		2º ano		3º ano		Subtotal		Total F.A. (n)
	F.A. (n)		F.A. (n)		F.A. (n)		F.A. (n)		
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem.	Masc	Fem	
Sim	16	16	15	22	2	1	33	39	72
Não	11	17	12	14	12	25	35	56	91
Total	27	33	27	36	14	26	68	95	163

F.A. Frequência Absoluta.

Um fato presente no cotidiano do jovem que está trabalhando, é a utilização de parte ou de todo o seu tempo fora da escola a essa atividade remunerada, dificultando o acesso aos serviços da unidade de saúde. O trabalho pode melhorar a renda do adolescente possibilitando acesso à planos de saúde

(Tabela 13) ou atendimento particular quando necessário (Tabela 11), mas ao mesmo tempo dificulta o contato direto com a unidade de saúde que busca o vínculo com o usuário para conhecimento do diagnóstico de saúde da zona de abrangência.

Buscando identificar as atividades realizadas pelos jovens no tempo livre, a tabela 06 descreve a principal atividade desempenhada pelo adolescente fora do ambiente escolar. Uma grande parcela destes jovens se dedica ao trabalho (44,2%), confirmando os dados da Tabela 05, e posteriormente, a situação que apresenta maior representatividade é a prática de Esportes (14,1%) e caminhada/corrida (8,6%). Analisando por gênero, os adolescentes do sexo masculino tem preferência pela prática esportiva e de academia, enquanto no sexo feminino destaca-se a atividade de caminhada/corrida. As adolescentes relataram a execução das atividades do lar, fato não encontrado no sexo masculino.

Tabela 06 – Distribuição dos adolescentes quanto a principal atividade que realizam nos períodos que não está na escola.

	Masculino	Feminino	Geral	
	F. A. (n)	F. A. (n)	F. A. (n)	F. R. (%)
<i>Trabalha</i>	36	36	72	44,2
<i>Esportes (futebol, vôlei, futsal, skate)</i>	13	10	23	14,1
<i>Caminhada / corrida</i>	2	12	14	8,6
TV / Computador, Internet	4	9	13	8,0
Academia	7	4	11	6,7
Curso	2	8	10	6,1
Atividades do lar	0	8	8	4,9
Escutar ou tocar Música	2	3	5	3,1
Participar de movimentos sociais e religiosos	1	3	4	2,5
Dormir	1	2	3	1,8
Total	68	95	163	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

O conhecimento relacionado à saúde da população compreende o saber como se organiza o sistema de saúde e qual a rede de serviços oferecida na

localidade em que vive e no seu município. Para identificar algumas destas situações, os adolescentes responderam o que sabem a respeito das unidades de saúde da sua região de abrangência, sugestões de alterações para melhorar essa rede, e falaram a respeito de conteúdos que consideram importante conhecer para realizar cuidados com sua saúde.

Inicialmente, a tabela 07 apresenta a quantidade de adolescentes que relataram conhecer a unidade de saúde do bairro em que residem, revelando que a maioria sabe de sua existência. Nessa tabela, os adolescentes que relataram conhecer a unidade de saúde também responderam sobre sua localização geográfica, e o resultado mostrou que os jovens consideram a mesma adequada. Esses resultados podem ter relação com a proximidade geográfica da unidade de saúde com a instituição escolar, fato encontrado nos bairros do município, porém não questionado aos adolescentes.

Tabela 07 – Distribuição dos adolescentes que conhecem e como considera a localização geográfica da unidade de saúde do bairro

	F. A. (n)	F. R. (%)
<i>Sim</i>	143	87,7
- Está bem Localizada	123	75,4
- Não está bem localizada	20	12,3
<i>Não</i>	20	12,3
<i>Total</i>	163	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

Associado ao conhecimento sobre a existência e localização da unidade, está a informação sobre o horário de funcionamento, fato que foi questionado a todos os adolescentes da pesquisa, e o resultado conforme a tabela 08 relata que a maior parte dos jovens desconhece este horário. Aos que responderam conhecer este horário, foi solicitada a descrição do horário de início e término das atividades da unidade, e o resultado alerta que grande parte dos adolescentes não conseguiu descrever corretamente qual o horário de funcionamento.

Tabela 08 – Distribuição dos adolescentes que conhecem o horário de funcionamento da unidade de saúde do bairro

	F. A. (n)	F. R. (%)
<i>Sim</i>	74	45,4
- descreveram corretamente	22	13,5
- não descreveram corretamente	52	31,9
<i>Não</i>	89	54,6
<i>Total</i>	163	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

O número de adolescentes que erraram o horário de funcionamento da unidade de saúde (n=52) é próximo da quantidade de jovens que relataram a necessidade de se expandir este horário para melhor atendimento dos usuários (n=60) e dos jovens que já estão inseridos no mercado de trabalho (n=72).

Os adolescentes que consideraram a necessidade de outros horários manifestaram abertamente sugestões para aprimorar o atendimento, e a principal resposta, com 60% foi o funcionamento da unidade de saúde no período noturno, se estendendo até às 23 horas. Essa sugestão de horário agrega-se a situações presentes no cotidiano dessa população, sendo o início da vida profissional aliado a necessidade e/ou opção de estudar no período noturno. O jovem que começa a trabalhar e frequenta o ensino médio no turno oposto tem seu tempo reduzido dificultando sua presença na unidade de saúde para receber os serviços disponíveis e vê na expansão deste horário uma forma de aumentar seu vínculo com o serviço de saúde.

O restante dos adolescentes também sugeriu que as unidades de saúde deveriam estar abertas 24 horas (30%), ou aberta em pelo menos um dos dias do final de semana (10%). Prosseguindo a investigação do conhecimento em saúde dos adolescentes, buscou-se identificar se o jovem conhece os serviços oferecidos pelo sistema de saúde do município. Neste questionamento realizado com toda a amostra obteve-se que apenas 24,5% (n=40) relataram conhecer quais ações são desenvolvidas e estão disponíveis na unidade de saúde. Essa informação é

importante, pois o conhecimento dos serviços nos direciona a utilização e procura do mesmo quando necessário.

A este grupo de adolescentes que responderam conhecer os serviços que a Unidade de Saúde oferece (apenas 40 dos 163 entrevistados), foi questionado em pergunta aberta quais são estes serviços ofertados a população. Os jovens eram orientados a relatar todos os serviços que eles tinham conhecimento que a unidade de saúde oferta, podendo descrever mais de uma atividade, e como resultados foram identificados que nenhum adolescente conseguiu relatar corretamente estas ações / serviços disponibilizados.

Categorizando as respostas apresentadas, o serviço mais relatado foi consultas médicas (80%), depois atendimento odontológico (35%) e distribuição de medicamentos (20%). Os serviços de vacinas, primeiros socorros, e consultas de enfermagens (15%) também foram lembrados.

Essa informação expõe uma situação presente em toda a população, a falta de informações adequadas dos serviços que estão disponíveis nas unidades de saúde. Esse fato demonstra que há falha na comunicação entre unidade e usuário, que muitas vezes demonstra insatisfação por não receber o atendimento que se espera, fato encontrado na resposta dos adolescentes ao motivo que o fez não procurar a unidade quando identificava estar doente e necessitando de atendimento (Tabela 19). Seria necessário estudo específico, pois esta pesquisa não abrangeu esta situação, para compreender quais melhorias poderiam auxiliar essa relação, contribuindo para que o usuário busque o serviço em local apropriado e a unidade de saúde aperfeiçoe seus atendimentos.

Contribuindo com essa perspectiva, apenas 4 (2,5%) escolares responderam saber as atividades direcionada para os adolescentes (Ensino Médio), e estes relataram que as ações desenvolvidas foram distribuição de camisinhas, palestras educativas, e realização da campanha de vacinação contra a gripe A. Os demais (n=159 – 97,5%) relataram não saber se a unidade desenvolve atividades direcionadas e quais seriam estas ações.

Além de conhecer as atividades desenvolvidas, o adolescente foi questionado quais atividades / serviços poderiam ser desenvolvidas pela unidade de saúde, e os resultados foram categorizados em grupos e apresentados na tabela 09.

Tabela 09 – Opinião dos adolescentes sobre quais atividades / serviços a unidade de saúde pode oferecer direcionados a eles

	F. A. (n)	F. R. (%)
Ações de Prevenção	54	33,1
Atendimentos	36	22,1
Serviços	35	21,5
Qualidade do Serviço	27	16,6
Especialidades	11	6,7
Total	163	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

Dentre os conteúdos relatados pelos adolescentes, o que teve maior citação foi o grupo Ações de Prevenção (33,1%), que inclui as seguintes atividades / ações citadas pelos jovens: conscientização sobre malefícios das drogas em geral, prevenção de DSTs – HIV/AIDS, incentivo a um estilo de vida saudável e ativo, alimentação saudável, higiene corporal, perigos da automedicação. Essa informação representa as principais preocupações dos jovens, os cuidados que mais valorizam nessa fase da vida. Nesse grupo estão as ações de maior disseminação nos meios de comunicação e agrupam as patologias e dificuldades do adolescente. Tais conteúdos citados pelos adolescentes, não estão abordados de maneira ampla na Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010b), preconizada pelo Ministério da Saúde, e este resultado sugere mudanças em seu conteúdo, agregando novos temas e maiores informações para abordar as informações necessitadas pela população jovem.

Outro tema relatado pelos jovens foram o dos Atendimentos (22,1%), que agregou as sugestões: atendimento diferenciado ao adolescente com agenda, atendimento na escola durante o turno de aula, horários especiais para adolescentes que trabalham e estudam a noite, primeiros socorros.

O tema Serviços (21,5%) compreendeu nessa categorização as ações de grupos de atividade física/exercício físico, grupo de controle de obesidade, planejamento familiar – gravidez na adolescência, vacinas, cota de exames para os adolescentes, grupo de orientação e mudanças na adolescência.

Ainda foram citadas atitudes que compuseram o tema Qualidade do Serviço (melhores informações, agilidade no atendimento, maior quantidade de

consultas, profissionais qualificados) e Especialidades (ginecologia, ortopedia, cardiologia, psicologia, nutrição, odontologia, oftalmologia, dermatologia).

Identificar quais ações os adolescentes esperam do sistema de saúde possibilita analisar se estão sendo desenvolvidas as competências estabelecidas pelo município. Atualmente, as UBS, sendo ou não ESF, recebem atribuições para desenvolver práticas de Educação em Saúde com crianças e adolescentes, que contemplem temas específicos, como durante a expansão de casos da gripe A, e conteúdos de interesse dos jovens. Outro programa realizado a âmbito municipal, e que poderia contribuir mais se ampliada suas ações é o PSE.

Esse panorama possibilita comparar as ações desenvolvidas, os anseios dos jovens, e os projetos e programas desenvolvidos e estabelecidos nas esferas governamentais, para analisar se tais ações estão sendo desenvolvimento de maneira adequada e quais atividades específicas precisam ser construídas no âmbito municipal para contribuir no conhecimento em saúde dos adolescentes.

Nessa linha de raciocínio, uma ação do Ministério da Saúde foi desenvolver a Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010), que se constitui um material informativo e de acompanhamento do adolescente ao longo desta fase da vida. Este material possui a versão “do” e “da” adolescente, com conteúdo semelhante, e diferenciação apenas na abordagem do desenvolvimento dos órgãos sexuais e situações específicas de cada gênero.

Baseado na existência e preconização da utilização deste material, fez parte da pesquisa o questionamento aos adolescentes participantes sobre o conhecimento desta Caderneta. O resultado mostra a baixa utilização e disseminação deste material, pois apenas 3 adolescentes (1,8%) responderam já ter ouvido falar sobre a Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010b) do Ministério da Saúde, e nenhum teve contato com o material, sem conhecimento para relatar os conteúdos que são abordados nessa caderneta.

Dessa forma, aumenta a relevância do questionamento realizado em formato aberto para identificar quais conhecimentos relacionados à saúde o adolescente considera importante aprender nessa fase da vida. A tabela 10 presente as respostas dos adolescentes condensadas nos grupos de informações presentes e não presentes na Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010b). O grupo *Conteúdos presentes na Caderneta* é composto pelos temas deste material, enquadrando o anseio dos jovens às informações presentes nesse

fascículo. No grupo *Conteúdos não presentes na Caderneta*, as várias opiniões dos jovens foram agrupadas em temas que não são contemplados em específico.

O grupo “Dicas gerais com a saúde” foi o mais mencionado pelos adolescentes (21,5%) por abranger os conteúdos relacionados a um estilo de vida saudável e ativo, que agrega informações sobre nutrição e alimentação saudável, prática de atividade física, cuidados com a saúde mental. Esses conteúdos são citados na caderneta, porém o adolescente carece de uma quantidade muito maior de informações a respeito destes para realmente poder adquirir práticas saudáveis.

A adolescência é um período da vida importante, onde hábitos adotados nessa fase, como um estilo de vida saudável e ativo, tendem a serem mantidos durante a idade adulta. Este estilo de vida adequado proporciona benefícios para a saúde cardiovascular, manutenção e aumento da massa óssea, contribuindo para um melhor desempenho escolar, prevenindo doenças, melhorando a autoestima, reduzindo casos de depressão e ansiedade (PATE et al., 2006; STRONG et al., 2005).

Agregado a estes riscos de um estilo de vida inadequado para a saúde, a adoção de maus hábitos alimentares torna-se também um componente do âmbito da Saúde Pública, ampliando a importância dessa fase da vida principalmente por se caracterizar por um período estratégico das escolhas que formarão o estilo de vida de jovens e futuros adultos.

Dessa forma, percebe-se que a Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010b) não dá condições necessárias para que o jovem compreenda e fique esclarecido dos benefícios de incorporar um estilo de vida mais saudável. Essa parte do material necessita ser ampliada para dar suporte aos profissionais de saúde na orientação nas unidades de saúde e para que o adolescente tenha contato direto com esse conhecimento que atualmente é considerado importante em todas as fases da vida.

O segundo grupo de assuntos mais citado, denominado Relação Sexual / Sexo Seguro / Gravidez (18,4%), seguido do grupo Puberdade (4,9%) são conteúdos comuns e necessários a essa fase da vida em que o corpo passa por inúmeras mudanças. Porém, também concluímos que a caderneta não abrange o conteúdo básico para realmente esclarecer os jovens sobre todo esse processo de transformações, como reagir e aonde encontrar respostas.

Tabela 10 - Opinião dos adolescentes sobre quais conhecimentos relacionados à saúde considera importante aprender

	F. A. (n)	F. R. (%)
<i>Conteúdos presentes na Caderneta</i>	86	52,8
Responsabilidades, Direitos, ECA	5	3,1
Dicas gerais com a saúde	35	21,5
Cárie – Higiene Bucal	5	3,1
Vacinas	3	1,8
Puberdade	8	4,9
Relação sexual / Sexo seguro / Gravidez	30	18,4
<i>Conteúdos não presentes na Caderneta</i>	77	47,2
AIDS / HIV	6	3,7
Álcool e outras Drogas	3	1,8
Câncer	6	3,7
DST's	21	12,8
Higiene Geral	10	6,1
Medicamentos	4	2,5
Prevenção de doenças / Primeiros Socorros	27	16,6
<i>Total</i>	163	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

Dentre os conteúdos que foram citados, mas não estão presentes na caderneta, destacam-se os temas Prevenção de doenças / Primeiros Socorros (16,6%) e DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis (12,8%). Essa informação retrata o anseio dos jovens por conhecerem melhor certos conteúdos, de interesse para o seu cotidiano e seu relacionamento social e afetivo, que educam para o restante da vida.

Esses resultado e informações nos faz refletir que o conhecimento em saúde não tem utilidade apenas educacional, essa base teórica é utilizada na decisão por qual atitude tomar frente às adversidades e patologias apresentadas ao longo da vida. Discernir se a doença que pode estar se desenvolvendo representa um caso de urgência ou não é realizado antes da tomada de decisão sobre qual

atitude realizar. Essa situação foi questionada aos jovens, e os resultados são apresentados nas próximas tabelas.

A tabela 11 apresenta as atitudes realizadas pelos pais e/ou adolescentes quando identificado alguma alteração no estado normal de saúde, em casos considerados de urgência e casos onde não se identifica uma urgência, podendo ser o surgimento de uma patologia, e dessa forma não necessitando de um atendimento instantâneo especializado.

Nos casos de Não Urgência, a resposta predominante foi a Automedicação (34,4%), demonstrando uma realidade que preocupa a saúde pública, pois essa atitude pode não ser eficaz e mascarar futuros sintomas necessários para realização de um correto diagnóstico. Outra análise é a veiculação na mídia de medicamentos para patologias consideradas comuns, como dores de cabeça, resfriados e gripes, que aumenta o consumo de medicamentos sem prescrição e orientação de um profissional capacitado.

Tabela 11 – Atitude dos adolescentes e/ou pais em casos de doenças que não é considerado urgência e que são considerados de urgência.

	F. A. (n)		F. R. (%)	
	Não Urgência	Considerado Urgência	Não Urgência	Considerado Urgência
Pronto Socorro / Hospital	20	97	12,3	59,5
Clínica ou Consultório Particular	8	19	4,9	11,7
Atendimento 24 horas	30	43	18,4	26,4
Unidade de Saúde	43	3	26,4	1,8
Automedicou e ficou em casa	56	0	34,4	0,0
Não realizou nada	5	1	3,1	0,6
Procurou a farmácia	1	0	0,6	0,0
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

Numa pesquisa com adolescentes do estado de São Paulo, menores de 18 anos, foi encontrada prevalência de automedicação em 56,6% dos jovens, onde os principais responsáveis e indutores da automedicação foram as mães e funcionários de farmácias (PEREIRA et al., 2007).

As outras atitudes mais realizadas nos casos de não urgência foram buscar os serviços da Atenção Básica, nas Unidades de Saúde (26,4%) e nos atendimentos 24 horas (18,4%). O atendimento 24 horas pode ser enquadrado nesse caso como Atenção Básica, pois em alguns bairros é a mesma estrutura que oferece os serviços de uma ESF, além do que, dependendo do horário das situações vivenciadas pelos jovens, a Unidade de Saúde poderia estar fechada.

Nas situações consideradas de urgência encontramos as atitudes que o adolescente e/ou pais analisaram necessário buscar atendimento imediatamente para verificar a condição de saúde. A maioria das respostas mostrou que a atitude mais comum é buscar o atendimento no Pronto Socorro / Hospital (59,5%) ou no Atendimento 24 horas (26,4%), serviços estes capacitados para realizações de procedimento de urgência e emergência.

Algumas análises observadas conforme o resultado apresentado na Tabela 11:

- o Atendimento em consultório particular aumentou nos casos considerados de urgência, mas mesmo acontecendo isto, identificou-se que quem possui plano de saúde não utiliza somente essa forma para buscar atendimento em saúde, utilizando o SUS concomitantemente;

- A automedicação não apareceu nas situações de urgência, afirmando que há patologias que culturalmente possui medicamentos pré-determinados, com a população fazendo uso indiscriminado sem orientação;

- A UBS não se apresenta como a porta de entrada para o Sistema Municipal de Saúde, fato que dificulta um diagnóstico de saúde mais preciso da população adstrita.

Identificada a atitude dos adolescentes e/ou pais frente aos sintomas na alteração do estado normal de saúde, os jovens foram questionados sobre qual o principal motivo que os leva a não procurar a unidade de saúde nessas situações.

A tabela 12 expõe estes resultados, onde 44,8% dos jovens não responderam essa questão por consideraram que procuram a atenção básica perante essas situações de doença. Dentre os demais, o principal motivo relatado foi

Problemas no Atendimento (23,3%), e dentro deste grupo enquadram-se as seguintes situações relatadas: demora no atendimento, não ser atendido por má vontade dos profissionais, falta de eficiência no atendimento, considerar o atendimento dos Hospitais mais eficiente, necessidade de mais equipamentos na unidade, falta de informação sobre a localização da unidade e sobre os recursos disponíveis que são ofertados.

Em vista do levantamento realizado perante a atitude tomada na presença de patologias e os motivos por procurarem outros serviços além da UBS, os adolescentes também foram indagados sobre a posse de plano de saúde privado. O resultado encontrado e relatado na tabela 13 mostra que 30,7% dos jovens relatam ter um plano de saúde privado, porém é interessante analisar que apenas 4,9% dos jovens utiliza este benefício em situações consideradas de não urgência, e nas situações de urgência esse valor sobe para 11,7% (conforme Tabela 11).

Tabela 12 – Situação relatada pelos adolescentes por não procurar a unidade básica de saúde em casos de doenças

	Masculino	Feminino	Geral	
	F. A. (n)	F. A. (n)	F. A. (n)	F. R. (%)
Não responderam	30	43	73	44,8
Problemas no Atendimento	16	22	38	23,3
Automedicação / Chá	2	19	21	12,9
Não considerou grave / Ficou em casa	14	4	18	11,0
Considerou grave, procurou outro serviço	3	6	9	5,5
Não foi por orientação dos Pais	3	1	4	2,5
Total	68	95	163	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

A tabela 13 apresenta que dos 50 jovens que relatam possuir plano de saúde, em 38 casos o Plano de Saúde agrega os demais familiares. Na comparação, encontramos que apenas a metade destas 38 famílias, ou seja, apenas em 19 casos de urgência o adolescente e/ou pais utilizaram a posse do plano de saúde para buscar atendimento (Tabela 11).

Tabela 13 – Distribuição dos adolescentes e familiares que possuem plano de saúde privado

	F. A. (n)	F. R. (%)
<i>Possui Plano</i>	50	30,7
É de toda a família	38	23,3
Não é de toda a família	12	7,4
<i>Não possui plano</i>	113	69,3
<i>Total</i>	163	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

Conhecida uma realidade no contexto da saúde pública do município de Criciúma, entende-se que proposições devam ser planejadas para aprimorar os serviços de saúde direcionados aos adolescentes. Este retrato mostra necessidades desse grupo populacional e possibilita desenvolver resoluções a fim de contribuir na aquisição de conhecimento em saúde, e na transformação deste em hábitos de vida saudáveis. Percebe-se também que existe a falta de conhecimento dos jovens sobre as ações e programas institucionalizados para esse público, necessitando encontrar o elo que se rompeu nesse percurso para efetivar essa política pública de saúde. Os resultados adquiridos contribuem para uma proposta de melhoramentos na Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010b), que contemple os conteúdos de anseio dessa população.

Para compor a pesquisa, complementando as informações dos adolescentes, foi desenvolvido questionário para levantamento de dados da realidade vivenciada pelos profissionais de saúde das UBS do município de Criciúma, e conhecer os serviços organizados a população adolescente, suas dificuldades e necessidades.

O instrumento encaminhado para as Unidades de Saúde continha questões com o objetivo de identificar como a equipe se estabelece e como procede no atendimento primário aos usuários. As demais questões abordavam mais especificamente assuntos relacionados aos adolescentes, o contato estabelecido com as redes de ensino e quais atividades / serviços que são realizados e disponibilizados a essa parte da população.

Inicialmente as gerentes foram questionadas abertamente sobre “Quais os profissionais que compõe a equipe desta Unidade?”, e a tabela 14 apresenta os profissionais citados nas respostas.

Conforme apresentado no referencial teórico, as equipes de ESF são compostas por enfermeiros, médicos, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, higienizadora e, quando houver equipe de saúde bucal, cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012), dessa forma a grande maioria das unidades está composta com estes profissionais. Algumas gerentes por terem atendimentos de médicos especialistas nas dependências da sua unidade citaram estes profissionais como sendo parte da equipe.

Tabela 14 – Profissionais citados que compõe as equipes das Unidades de Saúde

	F. A. (n)	F. R. (%)
Enfermeira	25	100,0
Técnico em Enfermagem	19	76,0
Auxiliar de Enfermagem	6	24,0
Médico	24	96,0
Agente Comunitário de Saúde	24	96,0
Higienizadora	20	80,0
Cirurgião Dentista	9	36,0
Auxiliar de Dentista	9	36,0
Psicólogo	2	8,0
Ginecologista	1	4,0
Pediatra	3	12,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa.

A respeito da unidade de saúde, a questão seguinte perguntava o horário de funcionamento das unidades de saúde, e 20 gerentes (80,0%) responderam que o mesmo é das 7 as 12 horas no período matutino, e das 13 as 17 horas no período vespertino. Os demais gerentes (5 – 20,0%) responderam que o horário de atendimento da unidade de saúde é das 7 horas da manhã às 17 horas da tarde. Divulgar o correto horário de funcionamento é um passo essencial para que o usuário estabeleça vínculo com o serviço, e recordando a Tabela 08, percebemos

que 86,5% dos adolescentes não sabiam ou não relataram corretamente o horário de funcionamento da ESF.

Durante o período de funcionamento da unidade, e para começar a identificar as ações da equipe de profissionais, a tabela 15 relata a resposta das gerentes quanto a atitude da equipe frente a casos de doenças considerados urgências e casos de não urgência.

Em casos onde não é considerado urgência, a tabela apresenta que em apenas 28,0% das vezes é realizado o atendimento, nas demais situações o usuário é orientado a como realizar o atendimento, sendo que em 52,0% dos casos o atendimento é agendado (para o dia seguinte ou para a semana seguinte, conforme organização da unidade de saúde). Diferentemente dos casos de não urgência, quando a unidade de saúde entende que o caso é urgente, em 96,0% dos casos é prestado atendimento ao usuário.

Tabela 15 – Atitude dos profissionais de saúde da equipe da unidade frente a casos de doenças que não é considerado urgência e que são considerados de urgência.

	F. A. (n)		F. R. (%)	
	Não Urgência	Considerado Urgência	Não Urgência	Considerado Urgência
Atende	7	24	28,0	96,0
Agenda Atendimento	13	0	52,0	0,0
Orienta aonde encontrar Atendimento	2	1	8,0	4,0
Encaminha para atendimento	0	0	0,0	0,0
Orienta a pegar número para consultar	3	0	12,0	0,0
Total	25	25	100,0	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

A situação apresentada pelas gerentes, onde apenas 28,0% dos usuários que buscam o serviço de saúde, numa situação de não urgência, estabelece uma aproximação com a insatisfação relatada por 23,3% dos adolescentes que

encontram Problemas no Atendimento das unidades (conforme Tabela 12), e por isso evitam ir às unidades e procuram outros serviços.

Prosseguindo na investigação da situação das unidades, todas as gerentes relataram ter um bom contato com as instituições escolares, e que o processo de organização das atividades acontece tanto por procura da escola pela necessidade de conteúdo educativo aos adolescentes, quanto pelo contato das enfermeiras e ACS com a instituição para realização de campanhas e ações. As gerentes também foram questionadas sobre a forma de contato estabelecido entre a UBS e as escolas que atendem adolescentes do Ensino Médio, e os resultados estão presentes na tabela 16.

Tabela 16 – Qual o contato estabelecido entre a UBS e a Escola com Ensino Médio da sua zona de abrangência?

	F. A. (n)	F. R. (%)
Não tem Ensino Médio, somente séries iniciais	10	40,0
Educação em Saúde	8	32,0
Campanhas de Promoção e Prevenção	7	28,0
Total	25	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

Dentre as ações desenvolvidas pela UBS, estão Campanhas de Promoção e Prevenção, que englobaram os seguintes temas: vacinação, influenza, DST – HIV/AIDS, Prevenção ao Uso do cigarro e outras drogas, Combate a violência. Dessa forma, a tabela 17 apresenta as atividades de Educação em Saúde e as Campanhas de Promoção e Prevenção realizadas pela UBS divididas por temas, e se este conteúdo está inserido ou não na Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010b).

Na comparação com a tabela 10, que relata a opinião dos adolescentes sobre quais conhecimentos em saúde interessa aprender, destaque o tema Dicas gerais com a saúde, que não teve atividades desenvolvidas por nenhuma ESF participante da pesquisa. No grupo dos *Conteúdos não presentes na Caderneta* encontra-se situação contrária, com os temas relacionados a Álcool e outras Drogas, e principalmente DST – AIDS / HIV presente na opinião dos adolescentes (Tabela 10) e nas atividades / ações realizadas pela Unidade de Saúde.

Além do questionamento das ações realizadas, os locais onde estas atividades aconteceram também foram questionados na pesquisa. Das 15 ESF que abrangem escolas com Ensino Médio, 14 gerentes efetivaram suas ações nas dependências da instituição escolar e apenas 1 gerente relatou organizar essa atividades na própria unidade de saúde.

Identificado as atividades / ações organizadas pelas ESF e os locais que acontecem, a pesquisa abordou se os profissionais da unidade de saúde tem conhecimento sobre a Caderneta de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b). Do total de 25 ESF participantes da pesquisa, 13 relataram conhecer este material, enquanto as outras 12 desconhecem essa iniciativa. Dos 13 gerentes de unidade que relataram ter conhecimento sobre a caderneta, apenas 1 profissional soube relatar os conteúdo presentes nesse material (Alimentação saudável, Puberdade, Estágios de desenvolvimento de Tanner, Sexualidade, Sexo seguro). Dos demais, 2 profissionais apenas relataram conhecer o material porém não descreveram nenhum assunto específico, e os outros 10 gerentes citaram temas como Drogas, DST, AIDS – HIV, Saúde Mental, violência sexual contra criança e adolescente, que não estão abordados de maneira significativa na caderneta.

Esse fato, juntamente com os 1,8% dos adolescentes entrevistados que relataram conhecer a Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010b), mostra a baixa utilização deste material nas unidades de saúde do município. Uma iniciativa seria a utilização deste material para melhorar os serviços realizados para os adolescentes, principalmente os que frequentam o Ensino Médio, pois estão próximos da transição para a idade adulta.

Agregada a essa situação, as gerentes de 80,0% (20) das ESF participantes da pesquisa afirmaram que durante o ano de 2012 foi realizado acompanhamento de adolescentes gestantes. Das 20 unidades que relataram casos de gravidez em adolescentes, em 16 delas teve de 1 a 4 casos, e destaca-se outras 2 unidades que expuseram ter acompanhado 9 casos e em outra 18 casos de gravidez em jovens durante o ano. Situação que reflete a deficiência no processo de educação destes jovens, com a necessidade de analisar se a maneira como este assunto é divulgado está sendo positiva para que as jovens se apropriem deste conhecimento. Outro fato é que não temos como atingir todas as jovens em idade fértil para que a gravidez passe a ser algo planejado pelas famílias.

Tabela 17 - Quais atividades / ações a Unidade desenvolveu direcionada para os adolescentes (Ensino Médio) neste ano?

	F. A. (n)	F. R. (%)
<i>Conteúdos presentes na Caderneta</i>	4	16,0
Responsabilidades, Direitos, ECA	0	0,0
Dicas gerais com a saúde	0	0,0
Cárie – Higiene Bucal	0	0,0
Vacinas	0	0,0
Puberdade	1	4,0
Relação sexual / Sexo seguro / Gravidez	3	12,0
<i>Conteúdos não presentes na Caderneta</i>	11	44,0
Combate Tabagismo, Álcool e outras Drogas	4	16,0
DST's - AIDS / HIV – Hepatites	5	20,0
Higiene Geral	1	4,0
PSE - Programa Saúde na Escola	1	4,0
<i>Não realizaram ações</i>	10	40,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa

Completando este levantamento com as gerentes, foi questionado quais conhecimentos relacionados a saúde você considera importante para os adolescentes (Ensino Médio) aprenderem durante este período da vida? A grande maioria dos gerentes descreveu suas respostas em torno dos conteúdos: Conhecimento sobre a sexualidade e Orientações sobre o início da vida sexual; DST – HIV/AIDS; Métodos contraceptivos e planejamento familiar; Álcool, Tabaco e outras Drogas. Outros assuntos foram menos citados, mas estavam presentes nas falas dos profissionais: Higiene corporal e oral; Orientações e prevenções de doenças bucais; Vacinas; Responsabilidades (com o próprio corpo, sobre seus atos); Obesidade; Medicamentos; Mudanças hormonais e psicológicas na adolescência.

## 6 CONCLUSÃO

A promoção da saúde e a prevenção de agravos, atual foco do Ministério da Saúde dentro de suas políticas públicas, compreende ações integradas e de caráter multidisciplinar para fomentar mudanças nos três níveis de atenção: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas, proteção e desenvolvimento social para todos. Porém, é necessária uma melhor compreensão desses princípios, de sua abrangência e das formas de ação pra sua viabilização. Para isso, é imprescindível que seja incorporado um estilo de vida saudável no cotidiano dos indivíduos, e a mesma parece mais eficaz na infância e adolescência, já que os comportamentos adquiridos nessa fase tendem a perdurar pela idade adulta.

Diante disso, este trabalho buscou conhecer e colaborar de forma efetiva para a promoção de saúde, através do Sistema Municipal de Saúde de Criciúma, evidenciando que atualmente, o município de Criciúma possui uma rede de serviços direcionada à população jovem, mas se observa a necessidade de aprimoramento da mesma. A pesquisa demonstra a falta de conhecimento dos jovens acerca do que lhe é ofertado sobre prevenção de doenças e promoção da saúde, demonstrando falha de comunicação entre a população jovem usuária e o sistema de saúde.

O município ainda não recebeu suporte suficiente para utilizar todos os programas informativos e educacionais que são preconizados pelo próprio Ministério da Saúde. As estratégias utilizadas são: Educação em Saúde e palestras. Estas ações se mostram positivas, porém limitadas. Não estão atingindo a população jovem de forma efetiva, sendo necessário reavaliar a forma de realização, os locais utilizados (geralmente feito nas escolas), e principalmente capacitar os profissionais de saúde, que não tem o contato necessário com essas informações nem a capacitação específica acerca das ações voltadas aos jovens. A Caderneta de Saúde para Adolescentes do Ministério da Saúde não é utilizada como material informativo pelas unidades de Saúde do município.

Outra questão está relacionada ao tipo de informação. Nem sempre o que o jovem anseia corresponde ao que é desenvolvido pelo sistema de saúde. As informações repassadas aos jovens nas estratégias adotadas se baseiam muito no que é divulgado de uma maneira mais global, principalmente pelos meios de comunicação, e não necessariamente correspondem às necessidades locais. As

principais preocupações apontadas pelos jovens pesquisados, e dessa forma, os pontos a serem trabalhados com essa população são:

1) *Ações de prevenção*: conscientização sobre malefícios das drogas em geral, prevenção de DSTs – HIV/AIDS, incentivo a um estilo de vida saudável e ativo, alimentação saudável, higiene corporal, perigos da automedicação, primeiros socorros; 2) *Atendimento diferenciado*: ao adolescente com agendamento, na escola durante o turno de aula, horários especiais para adolescentes que trabalham e estudam a noite; 3) *Serviços*: grupos de atividade física/exercício físico, grupo de controle de obesidade, planejamento familiar – gravidez na adolescência, vacinas, cota de exames para os adolescentes, grupo de orientação e mudanças na adolescência; 4) *Qualidade do Serviço*: (melhores informações, agilidade no atendimento, maior quantidade de consultas, profissionais qualificados) e oferta de médicos especialistas (ginecologia, ortopedia, cardiologia, psicologia, nutrição, odontologia, oftalmologia, dermatologia).

Tais conteúdos, citados pelos adolescentes, não estão abordados de maneira ampla na Caderneta de Saúde do Adolescente. Observa-se também que seu conteúdo está mais voltado à 1ª fase da adolescência – aproximadamente entre 10 e 14 anos de idade. Este resultado sugere alterações em seu conteúdo, agregando estes novos temas e maiores informações.

Na área da Educação Física, a Caderneta de Saúde do Adolescente não aborda conteúdos específicos, apenas cita os benefícios da prática regular de exercícios físicos, sem relatar quais as modificações que ocorrem no organismo em virtude dessa prática. Precisa abordar as alterações no organismo e os cuidados na escolha e realização da prática de exercícios físicos. Da mesma forma, qual o profissional específico que realiza essa orientação.

A realização de diagnósticos de saúde locais é essencial para reconhecer as necessidades da população jovem e adaptar o conteúdo das informações à essa realidade. Hoje, o acesso às informações é cada vez mais fácil, e os jovens necessitam de um contato mais direto com a realidade, para que as informações contribuam efetivamente na expansão do conhecimento e na sua utilização prática. As estratégias utilizadas como forma de contato com os adolescentes precisam proporcionar espaços de aprendizagem, direcionados à prevenção de agravos e promoção da saúde. É necessário também que tais estratégias englobem não apenas ações de repasse de informações, mas atividades práticas em grupo.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; JUNIOR, T. M. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.8, n.1/2, p. 85-91, 2000.

BASTOS, J. P.; ARAUJO, C. L.; HALLAL, P. C. Prevalence of insufficient physical activity and associated factors in Brazilian adolescents. **Journal of Physical Activity & Health**, v.6, n.5, p.777-794, 2008.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, DF. 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei orgânica da Saúde]. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p.18.055, 20 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648 GM, de 28 de março de 2006**. Brasília, DF, 2006a. Disponível em:  
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 02 fev 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006b. Disponível em:  
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>. Acesso em: 01 fev 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília. CONASS, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:  
<<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>>. Acesso em: 17 mar 2013. 2007b.

BRASIL. **O SUS de A a Z**. Brasília, DF. CONASS, 2007c.

BRASIL. **Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Brasília, DF, 2008.

BRASIL, **Portaria 4.279 GM, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde do Adolescente**. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. **Programa Academia da Saúde**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37078](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=37078)>. Acesso em: 16 mar 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BORGES, T. T. et al. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.7, p.1511-1520, 2009.

CARVALHO, A. I. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.4, 2008.

CONDE, W.L.; MONTEIRO, C.A. Body mass index cutoff points for evaluation of nutritional status in Brazilian children and adolescents. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.82, n.4, p.266-72. 2006.

FARIAS JÚNIOR, J.C. et al. Comportamento de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.25, n.4, p.344-352, 2009.

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

HOELSCHER, D.M. et al. S.H. Prevalence of self-reported activity and sedentary behaviors among 4th-, 8th-, and 11th-grade Texas public school children: the school physical activity and nutrition study. **Journal of Physical Activity & Health**, v.6, n.5, p.535-547, 2009.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010b. Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_encaa/comentario.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/comentario.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2013.

LINARD, A. G. et al. Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n.1, p.114-20, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho. Et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho. Et al. A promoção da saúde e da atividade física no sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e saúde**. V., 13, n.1, 2008.

MALTA, Deborah Carvalho. Et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n.2, p.3009-3019, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília. **Organização Pan-Americana de Saúde**, 2012. 512p.

MORETTI, A. C. et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.18, n.2. p.346-354, 2009.

NAHAS, Marcus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5.ed. Londrina: Madiograf, 2010.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **O papel da atividade física no envelhecimento saudável**. Florianópolis, 2006.

PATE, R.R. et al. Promotion physical activity in children and youth: a leadership role for schools: a scientific statement from the American Heart Association Council on nutrition, physical activity, and metabolism (physical activity committee) in collaboration with the Councils on Cardiovascular Disease in the Young and Cardiovascular Nursing. **Circulation, Journal American Heart Association**, Dallas, v.114, p.1214-1224. 2006.

PEREIRA, F. S. V. T. et al. Automedicação em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n.5, p.453-8. 2007.

PMC – PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA. **Secretaria do Sistema de Saúde**. Criciúma, SC. 2013. Disponível em: <<http://www.criciuma.sc.gov.br/site/sistema/saude>>. Acesso em: 13 fev 2013.

SILVA, E.; SARRETA, F. O.; BERTANI, I. F. As políticas públicas de saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede de saúde em Franca. **Serviço Social e Realidade**, v.16, n.1, p.81-103, 2007.

SILVEIRA, E. F.; DA SILVA, M. C. Conhecimento sobre atividade física dos estudantes de uma cidade do sul do Brasil. **Motriz**, v.17, n.3, p.456-467, 2011.

STRONG, W.B. et al. Evidence based physical activity for school-age youth. **The Journal of Pediatrics**, v.146, n.6, p.732-737. 2005.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Método de Pesquisa em Atividade Física**. 5ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2007.

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

## APENDICES

## APÊNDICE A



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo é uma pesquisa referente a Monografia de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família-Saúde Coletiva, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, intitulado **“Relação entre conhecimento em saúde e utilização dos serviços das Unidades de Saúde pela população de Criciúma, Santa Catarina”** O (a) Sr. (a) foi plenamente esclarecido de que participando desta pesquisa, estará participando de um estudo que tem como objetivo geral: Avaliar as estratégias utilizadas pelas Unidades de Saúde como mecanismos de produção de conhecimento em cuidados de saúde de adolescentes e familiares, utilizando para isso o questionário em anexo. Se o (a) Sr. (a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido seu anonimato. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) Sr. (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Além disso, desconhece-se qualquer risco ou prejuízos oferecidos pela participação da presente pesquisa. Os dados referentes a pesquisa serão resguardados, preceito este assegurado pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) Sr. (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do estudo, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

**A coleta de dados será realizada por Gustavo de Oliveira (Fone: 8408-4435), Profissional de Educação Física residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família da UNESC, orientado pelo Professor Doutor Joni Marcio de Farias (Fone: 9978-1088). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.**

Criciúma (SC) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

**Assinatura da Participante**

## APÊNDICE B

## UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DA FAMÍLIA

## RESOLUÇÃO INSTITUCIONAL: Relação entre conhecimentos em saúde e utilização dos serviços das

## Unidades de Saúde pela população de Criviana, Santa Catarina

## QUESTIONÁRIO DO ADOLESCENTE – Código \_\_\_\_\_

- Identificação: 1) Nome da escola: \_\_\_\_\_
- 2) Turma / Ano que estuda: \_\_\_\_\_ 3) Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
- 4) Idade: \_\_\_\_\_ anos / Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 5) Qual o bairro onde reside? \_\_\_\_\_
- 6) Cor / Raça: ( ) Negra ( ) Branca ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Outra \_\_\_\_\_
- 7) Quais atividades realizadas nos períodos fora da escola? \_\_\_\_\_
- 8) Realiza alguma atividade com remuneração? ( ) Sim ( ) Não
- 8.1) Se sim na questão anterior, qual? \_\_\_\_\_
- 8) Quantidade de pessoas que mora na sua casa incluindo você? \_\_\_\_\_
- 9.1) Quantos irmãos (ãs) você tem? \_\_\_\_\_ 9.2) Idade e sexo deles (Ex: F-12 / M-16) \_\_\_\_\_  
Procure responder corretamente:
- 10) Atualmente qual seu: Peso: \_\_\_\_\_ kg / 1) Qual sua Estatura: \_\_\_\_\_ metros
- Acesso aos Serviços de Saúde
- 11) Você conhece a Unidade de Saúde do seu bairro? ( ) Sim ( ) Não
- 11.1) Se sim na questão anterior, você acha que a unidade de saúde está bem localizada, numa distância razoável da sua casa? ( ) Sim ( ) Não
- 12) Você sabe o horário de funcionamento da Unidade de Saúde? ( ) Sim ( ) Não
- 12.1) Se sim na questão anterior, qual o horário? \_\_\_\_\_
- 13) Para você há necessidade de outros horários de atendimento na Unidade? ( ) Sim ( ) Não
- 13.1) Se sim na questão anterior, qual? \_\_\_\_\_
- 14) Você sabe quais os serviços que a Unidade de Saúde oferece? ( ) Sim ( ) Não
- 14.1) Se sim na questão anterior, quais? \_\_\_\_\_
- 15) Você sabe se a Unidade de Saúde desenvolveu neste ano alguma atividade direcionada para os adolescentes (Ensino Médio)? ( ) Sim ( ) Não
- 15.1) Se sim na questão anterior, quais? \_\_\_\_\_
- 16) Na sua opinião, quais atividades / serviços a Unidade de saúde poderia oferecer para os adolescentes (Ensino Médio)? \_\_\_\_\_

17) Você já ouviu falar sobre a Cartilha do Adolescente do Ministério da Saúde? ( ) Sim ( ) Não

Se sua resposta foi Não, passe para a questão nº 20.

18) Você já teve contato com a Cartilha do Adolescente do Ministério da Saúde? ( ) Sim ( ) Não

18.1) Se sim na questão anterior, onde? \_\_\_\_\_

19) Você sabe quais os conteúdos são abordados nesta cartilha? ( ) Sim ( ) Não

19.1) Se sim na questão anterior, responda: estes conteúdos são importantes para você?

( ) Sim ( ) Não – 19.2) Porque? \_\_\_\_\_

20) Quais conhecimentos relacionados a saúde você considera importantes aprender? Cite-os: \_\_\_\_\_

- Recordando as últimas vezes que VOCÊ teve algum problema de saúde, responda:

21) Qual sua atitude em relação de seus pais / responsáveis quando o problema / doença não é considerado um caso de urgência?

( ) Procura o Pronto Socorro no Hospital (particular ou público)

( ) Procura uma Clínica ou Consultório Particular ( ) Procura o Atendimento 24 horas

( ) Procura a Unidade de Saúde (postinho) ( ) Se automedicou e ficou em casa

( ) Não realizou nada, e não procurou nenhum serviço

( ) Outro – Qual? \_\_\_\_\_

22) Qual sua atitude em relação de seus pais / responsáveis quando o problema / doença é considerado um caso de urgência?

( ) Procura o Pronto Socorro no Hospital (particular ou público)

( ) Procura uma Clínica ou Consultório Particular ( ) Procura o Atendimento 24 horas

( ) Procura a Unidade de Saúde (postinho) ( ) Se automedicou e ficou em casa

( ) Não realizou nada, e não procurou nenhum serviço

( ) Outro – Qual? \_\_\_\_\_

23) Se nas situações anteriores vocês não procuraram o serviço de uma Unidade de Saúde, e acabou realizando outra atitude, qual foi a razão dessa decisão? \_\_\_\_\_

24) Alguma situação relevante que modificou o seu estado de saúde durante a infância e início da adolescência? ( ) Sim ( ) Não

24.1) Se sim na questão anterior, qual? \_\_\_\_\_

25) Você tem Plano de Saúde privado? ( ) Sim ( ) Não

25.1) Se você tem Plano de Saúde, este é para toda família? ( ) Sim ( ) Não

## APÊNDICE C

- 9) Neste ano a Unidade da Saúde fez ou faz acompanhamento de algum caso de gravidez em adolescente? ( ) Sim ( ) Não - R.1) Se sim na questão anterior, quantas? \_\_\_\_\_
- 10) Descreva se há alguma informação a respeito do serviço direcionado aos adolescentes, ou algum fato deste ano que acha interessante relatar: \_\_\_\_\_

- 11) Quais conteúdos relacionados à saúde você considera importante para os adolescentes (Ensinho Médio) aprenderem durante este período? Cite-os: \_\_\_\_\_

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo é uma pesquisa referente a Monografia de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, intitulada "Relação entre conhecimento em saúde e utilização dos serviços das Unidades de Saúde pela população de Criciúma, Santa Catarina". O (a) Sr(a) está sendo plenamente esclarecido de que participando desta pesquisa, estará participando de um estudo que tem como objetivo geral: Avaliar as estratégias utilizadas pelas Unidades de Saúde como mecanismo de produção de conhecimento em cuidados de saúde de adolescentes e familiares utilizando-se para isso o questionário anexo. Se o (a) Sr.(a) virinha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido seu anonimato. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) Sr.(a) não terá direito a nenhum tipo de remuneração. Além disso, desconhece-se qualquer risco ou prejuízo oferecido pela participação na presente pesquisa. Os dados referentes ao Sr.(a) e seu filho/responsável serão resguardados, preceito este assegurado pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, sendo que o(a) Sr(a) poderá solicitar qualquer informação durante as fases do estudo, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta

A coleta de dados será realizada por Gustavo de Oliveira (Fone: 8408-4435), Profissional de Educação Física residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família da UNESC, orientado pelo Professor Doutor Jomil Marcelo de Farias (Fone: 9976-1068). O telefone do Comitê de Ética da Unesc é 3431.2723.

Criciúma, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Assinatura do participante

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DA FAMÍLIA  
PESQUISA INTITULADA: Relação entre conhecimento em saúde e utilização dos serviços das Unidades de Saúde pela população de Criciúma, Santa Catarina

### QUESTIONÁRIO UNIDADE DE SAÚDE

- 1) Nome da Unidade Saúde: \_\_\_\_\_
- 2) Quais Bairros a sua Unidade abrange: \_\_\_\_\_
- 3) Quais os profissionais que compõe a equipe desta Unidade: \_\_\_\_\_
- 4) Qual o horário de funcionamento da Unidade: \_\_\_\_\_
- 5) Como a Unidade procede com casos de doença.
- 5.1) Quando não é considerado urgência?  
( ) Atende / ( ) Agenda atendimento / ( ) Orienta aonde encontrar atendimento  
( ) Encaminha para atendimento / ( ) Outra \_\_\_\_\_
- 5.2) Quando é considerado urgência?  
( ) Atende / ( ) Agenda atendimento / ( ) Orienta aonde encontrar atendimento  
( ) Encaminha para atendimento / ( ) Outra \_\_\_\_\_
- 6) Qual a conexão estabelecido entre a Unidade de saúde e a(s) Escola(s) com Ensino Médio da sua zona de abrangência? \_\_\_\_\_
- 7) Quais atividades / ações a Unidade desenvolveu direcionada para os adolescentes (Ensino Médio) neste ano? \_\_\_\_\_
- 7.1) Em que local foram realizadas essas ações? ( ) Escola / ( ) Unidade de Saúde
- 7.2) Quais atividade / serviços a Unidade de saúde oferta para adolescentes (Ensino Médio)? \_\_\_\_\_
- 8) Os profissionais tem conhecimento sobre a Carilha do Adolescente do Ministério da Saúde? ( ) Sim ( ) Não
- 8.1) Se sim na questão anterior, quais conteúdos dessa Carilha você acha relevante para se trabalhar com os adolescentes (Ensino Médio)? \_\_\_\_\_