

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

GISELE NASCIMENTO LOUREIRO

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE:
INFLUÊNCIA DO GÊNERO NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO SERVIÇO
DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA 192**

Vitória – ES
2019

GISELE NASCIMENTO LOUREIRO

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE:
INFLUÊNCIA DO GÊNERO NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Carrupt Machado Sogame

Área de concentração: Políticas de Saúde,
Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade
e Processos Sociais

Vitória - ES

2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

L892p Loureiro, Gisele Nascimento
Políticas públicas de atenção à saúde do adolescente :
influência do gênero nos atendimentos realizados pelo Serviço
de Atendimento Móvel de Urgência / Gisele Nascimento
Loureiro. - 2019.
72 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Adolescentes. 2. Gênero. 3. Serviços médicos de
emergência. 4. Saúde pública. 5. Política Pública de Saúde. I.
Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.
III. Título.

CDD 613.0433

GISELE NASCIMENTO LOUREIRO

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO
ADOLESCENTE: INFLUÊNCIA DO GÊNERO NOS
ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO SAMU 192**

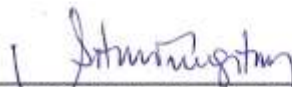
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em 30 de agosto de 2019

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Luciana Carrupt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora



Profª Drª Silvia Moreira Trugilho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM



Profª Drª Filomena Euridice Carvalho de Alencar
Universidade Federal do Espírito Santo- UFES

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, cada momento vivido, pelo profundo aprendizado que nos permite a cada dia, pelo dom da Vida, o maior de todos os presentes. A Ele toda honra e toda a glória. E a Nossa Senhora, Mãe amada, por sempre interceder por nós nos momentos difíceis.

À Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, pela oportunidade de minha formação acadêmica.

À Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo pela oportunidade de realizar o estudo e assim contribuir com a qualidade na assistência a população.

A meu esposo, Roberto, pela dedicação com a família, nosso maior tesouro. Agradeço a paciência e apoio nos momentos em que precisei me ausentar por causa do trabalho e do Mestrado. Obrigada por acreditar em mim, você faz parte desta conquista.

Aos meus filhos Gabriel, Maria Luísa, Lucas e Isadora, por serem luz nas nossas vidas, nos permitindo aprendizado contínuo na missão de educar. Obrigada pelo amor incondicional, pela energia de cada abraço, vocês são o melhor de mim.

Aos meus pais, Clarice e Edson, a quem faltam palavras para expressar toda a minha gratidão. Muitas vezes negaram a eles mesmos para garantir o melhor para seus filhos.

A minha orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame, pelo profissionalismo e dedicação, e por exercer a docência prezando pela formação e conhecimento de seus alunos.

Agradeço a todos os meus colegas de mestrado pelo companheirismo, pela motivação e por toda caminhada que realizamos juntos. Em particular aos que estiveram ao meu lado desde o início, Julianna Vaillant Louzada de Oliveira, Leonardo França Vieira e Simone Apolônio Duarte. Vocês foram incentivos para que eu aceitasse iniciar esta jornada. Ao colega Rodrigo Eustáquio Telles Vieira pela ajuda, mesmo que distante,

sabemos que não é uma caminhada fácil, principalmente quando sacrificamos nossos momentos em família para concluir os estudos.

Agradeço aos meus colegas de trabalho, que estão ao meu lado nas batalhas e conquistas do dia a dia. Em especial, agradeço aos Professores e Mestres: Caio Duarte Neto, Julianna Vaillant Louzada de Oliveira e Leonardo França Vieira. Vocês são minha inspiração! Admiro a alegria e empolgação que demonstram com a arte de ensinar. Obrigada por me acolherem junto ao Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar da Rede de Urgência e Emergência. Aos amigos Machado e Vinícius por fazerem parte de toda esta trajetória. A Rose e Durval pelo apoio, escuta e paciência, pois estiveram diariamente, partilhando no trabalho, das minhas angústias e vitórias. A todos os colegas do SAMU que de alguma forma contribuíram para que este estudo fosse concretizado.

A todos os professores do Mestrado pelo conhecimento transmitido. Agradeço, sobretudo, à Prof.^a Dr.^a Silvia Moreira Trugilho por aceitar o convite de fazer parte desse momento tão especial, em compor a banca de defesa de minha dissertação.

À Gabi, nossa Secretária do Mestrado, por todas as palavras de incentivo, pelo apoio e carinho.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Filomena Alencar, inspiração para o exercício da Pediatria desde o período da graduação, exemplo de profissional e docente. Muito obrigada por fazer parte deste momento, compondo a banca de defesa de minha dissertação.

À população atendida pelo SAMU, agradeço por acreditarem no serviço e contribuírem para o nosso aprendizado. Nossa missão é garantir à população capixaba, através da Regulação Médica das Urgências e Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, acesso e atendimento em situações de agravo agudo à saúde.

“Direi ao Senhor: Ele é o meu Deus, o meu refúgio, a minha
fortaleza, e nele confiarei.”
(Salmo 91:2)

RESUMO

Introdução: A adolescência é foco de políticas de saúde pública, entretanto nota-se que esta parcela da população tem tido pouca atenção às suas necessidades. Considerando os processos de saúde e doença, características pessoais resultantes de interações biológicas, psicológicas e sociais, estabeleceram-se diretrizes no Programa Saúde do Adolescente para o atendimento adequado a essa população. Observamos características peculiares e diferenças marcantes em relação ao gênero nesta fase da vida. No sistema de saúde, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, representa a garantia de acesso à continuidade da assistência e pode constituir um importante marcador de qualidade da condição de saúde de adolescentes. **Objetivo:** Discutir a influência do gênero nas ocorrências envolvendo adolescentes atendidos pelo SAMU 192 no Espírito Santo. **Métodos:** estudo observacional, transversal com coleta retrospectiva dos dados dos boletins de ocorrência pré-hospitalar no ano de 2015. Foram incluídos adolescentes de 10 a 19 anos, oriundos do atendimento primário, analisadas as variáveis sexo, idade, município da ocorrência, dia da semana, turno, classificação do grau de urgência realizada pelo Médico Regulador, tipo de resposta enviada, tipo da ocorrência, e destino dos adolescentes. **Resultados:** 7,2% da população assistida pelo SAMU 192 no período do estudo era composta por adolescentes, 65% pertencia ao grupo entre 15 e 19 anos, 72% foram atendidos de segunda a sexta-feira, 56% no período diurno, com predomínio de ocorrências de trauma (54,9%), classificados como amarelo (66,2%. A Unidade de Suporte Básico, foi o recurso mais utilizado (73,2%) e 83,8% dos pacientes foram removidos. Observou-se associação significativa ($p < 0,05$) entre o tipo de ocorrência e o gênero, com relação às ocorrências clínicas para o gênero feminino e ocorrências de trauma para o gênero masculino. **Conclusão:** O gênero influenciou no tipo de ocorrência, sendo que o gênero feminino foi mais associado a ocorrências clínicas e masculino ao trauma. Pretende-se com os resultados, contribuir com informações para monitoramento e adequação das políticas de atenção à saúde do adolescente à realidade local.

Palavras-Chave: Gênero. Adolescente. Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is the focus of public health policies, however, it is noted that this portion of the population has had little attention to their needs. Considering the health and disease processes, personal characteristics resulting from biological, psychological and social interactions, guidelines were established in the Adolescent Health Program for proper care to this population. We observed peculiar characteristics and marked differences in relation to gender at this stage of life. In the health system the Mobile Emergency Care Service (SAMU) 192 represents the guarantee of access to continuity of care, can be an important marker of quality of health of adolescents. **Objective:** To discuss the influence of gender on the occurrences of adolescents attended by SAMU 192 in the Espírito Santo State. **Methods:** observational, cross-sectional study with retrospective collection of data from prehospital reports in 2015. We included adolescents (10-19 years) from primary care, analyzed by gender, age, municipality of occurrence, day of the week, shift, classification of the degree of urgency performed by the Regulator, the type of response sent, the type of occurrence, and the destination of adolescents. **Results:** 7.2% of the population assisted by SAMU 192 in the study period consisted of adolescents, 65% belonged to the group of adolescents between 15 and 19 years, 72% were attended from monday to friday, 56% during the day, with trauma (54.9%), classified as yellow (66.2%). The Basic Support Unit was the most used resource (73.2%) and 83.8% of the patients were removed. There was a significant association ($p < 0.05$) between the type of occurrence and gender, in relation to clinical occurrences for females and trauma occurrences for males. **Conclusion:** Gender influenced the type of occurrence, and females was more associated with clinical and male occurrences to trauma, it is intended with the results, contribute information for monitoring and adaptation of adolescent health care policies to local reality.

Keywords: Gender. Teen. Emergency Medical Services.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPSij	Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ESF	Equipe Saúde da Família
IHA	Índice de Homicídios na Adolescência
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PRVL	Programa de Redução da Violência Letal contra Adolescentes e Jovens
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA 24 horas /PA	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas/ Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	10
1.1 JUSTIFICATIVA.....	14
1.2 OBJETIVOS.....	15
1.2.1 Objetivo Geral.....	15
1.2.2 Objetivos Específicos.....	15
2 CAPÍTULO 1 - MATERIAL E MÉTODOS.....	17
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	17
2.2 LOCAL DO ESTUDO.....	18
2.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	18
2.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	19
2.4.1 Variáveis sócio-demográficas.....	19
2.4.2 Variáveis identificadoras do atendimento	20
2.4.3 Variáveis relacionadas ao tipo da ocorrência	20
2.4.4 Variáveis de destino do paciente e desfecho da ocorrência.....	21
2.5 ANÁLISE DE DADOS.....	21
2.5.1 Análise descritiva.....	21
2.5.2 Análise inferencial.....	22
2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	22
3 CAPÍTULO 2 - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS: UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL...23	
4 CAPÍTULO 3 - INFLUÊNCIA DO GÊNERO NAS OCORRÊNCIAS DE ADOLESCENTES ATENDIDOS PELO SAMU NO ANO DE 2015.....	40
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES.....	63
APÊNDICE A - Formulário para Coleta de Dados	64
ANEXOS.....	66
ANEXO A - Boletim de Atendimento Pré-Hospitalar	67
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP	68

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os limites de idade da adolescência são definidos como o período entre 10 a 19 anos, que compreende a segunda década de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). No Brasil, em 13/07/1990, foi sancionada a lei nº 8069, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que se fundamenta na Doutrina da Proteção Integral, e reconhece todas as crianças e adolescentes de 12 a 18 anos de idade como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais (BRASIL, 1990a). No presente estudo foram considerados os limites etários da adolescência de acordo com a OMS, por ser esta faixa etária considerada nos programas do Ministério da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A adolescência pode ser compreendida como uma fase da vida em que os indivíduos experimentam importantes e rápidas transformações biológicas, fisiológicas e emocionais associadas à definição de seu papel social (DEL CIAMPO, L. A.; DEL CIAMPO, I. R. L, 2011). Nessa fase da vida, ocorre a experimentação de novos comportamentos e vivências e algumas dessas experiências são fatores de risco para a saúde, como uso de tabaco, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo, entre outros (REIS et al., 2018). De acordo com a psicopedagogia, o conceito de adolescência deveria ser relacionado à maturidade do indivíduo, o que significa alcançar a independência afetiva e financeira, onde ele estaria preparado para construir a própria família, provendo-a adequadamente para produzir filhos saudáveis e educá-los de forma adequada (CÉSAR, 1998).

Na América Latina cabe destacar Aberastury e Knobel (1989) que pesquisam adolescência, e com sua obra, tornaram-se referência para profissionais de várias áreas. Knobel (1989, p. 29) introduziu a noção de síndrome normal da adolescência, caracterizada por uma sintomatologia que inclui:

- 1) busca de si mesmo e da identidade;
tendência grupal;
- 2) necessidade de intelectualizar e fantasiar;
crises religiosas, que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso;

- 3) deslocalização temporal, onde o pensamento adquire as características de pensamento primário;
- 4) evolução sexual manifesta, que vai do autoerotismo até a heterossexualidade genital adulta;
- 5) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade;
- 6) contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominada pela ação, que institui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida;
- 7) uma separação progressiva dos pais; e
- 8) constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.

Atualmente, observa-se que o comportamento dos adolescentes os torna mais vulneráveis para as causas de mortalidades observadas. Relatório da OMS e colaboradores, ressalta que mais de três mil adolescentes morrem todos os dias, totalizando 1,2 milhão de mortes por ano, por causas amplamente evitáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Em 2015, mais de dois terços dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda na África e no Sudeste Asiático. As lesões de trânsito, as infecções respiratórias inferiores e o suicídio, foram as maiores causas de morte entre os adolescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

No Brasil o Índice de Homicídios na Adolescência (IHA)¹ publicado em 2017 estimava que mais de 43 mil adolescentes, de 12 a 18 anos de idade, poderiam ser vítimas de homicídio nos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes entre os anos de 2015 e 2021. Em relação ao perfil dos adolescentes com maior vulnerabilidade, o estudo revelava que a possibilidade de jovens negros serem assassinados é 2,88 vezes superior aos brancos. Atualmente, os homicídios representam 36,5% das causas de morte entre adolescentes, enquanto para a população total correspondem a 4,8% (MELO; CANO, 2017).

Destaca-se que os homicídios não ocorrem de forma homogênea entre os adolescentes. Segundo Melo e Cano (2017), adolescentes do sexo masculino apresentam risco 11,92 vezes superior ao das meninas, por se envolverem em ocorrências de homicídio. A arma de fogo é o principal meio utilizado nos assassinatos de jovens brasileiros. No Espírito Santo, em 2015, foram registrados 638 óbitos na

¹ O IHA faz parte das ações do Programa de Redução da Violência Letal Contra Adolescentes e Jovens (PRVL), que é uma iniciativa do Observatório de Favelas, realizado em conjunto com a UNICEF e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, foi criado em 2007 e visa à promoção de ações que assegurem que as mortes violentas de adolescentes dos grandes centros urbanos brasileiros sejam tratadas como prioridades na agenda pública (MELO; CANO, 2017).

faixa etária de 10 a 19 anos, 78,2% referentes às causas externas, que em sua maioria, 89,7% ocorreram no sexo masculino (BRASIL, 2017^a), o que confirma a estatística observada em nível mundial e federal, no que diz respeito ao crescimento dos óbitos nesta faixa etária, decorrentes de violências (BRASIL, 2014).

Ao abordar-se o conceito de gênero, observa-se que o uso de sexo e gênero, como sinônimos, reforça a ideia de que o sexo biológico é responsável pelos atributos de homens e mulheres. Desvinculando o conceito de gênero da esfera biológica, gênero se refere à construção social do papel do homem e da mulher e das relações estabelecidas entre eles (NOGUEIRA, 2008). Neste estudo será considerado gênero na perspectiva mais comum, de sexo feminino e masculino, dentro de uma construção histórica e social.

O gênero também exerce influência nos atendimentos de urgência. Cabral e Souza (2008), ao estudar banco de dados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Olinda (PE), verificaram que 7,6% das causas clínicas e 12,8% das causas externas ocorreram em adolescentes. Sendo que 55,1% das ocorrências, por causas clínicas, foram em mulheres, e 72,1% das causas externas em homens, revelando que os homens apresentaram risco três vezes maior do que as mulheres em gerar ocorrências por causas externas (CABRAL; SOUZA, 2008).

A influência do gênero também foi observada por Moreira et al (2018), que realizou pesquisa com o objetivo de verificar a distribuição dos óbitos de adolescentes por acidentes de transporte segundo tipo de vítima, faixa etária e sexo. Observou que o sexo masculino representou o maior número de óbitos tanto na faixa etária de 10 a 14 anos, quanto entre 15 a 19 anos, para todos os tipos de vítimas envolvidos. Dentre esses, pedestre, motociclista, automóvel e outros tipos de transporte terrestre não especificados.

As causas externas já ocuparam, na década de 1990, o segundo lugar de causa de mortalidade no Brasil, independente da faixa etária (MALTA et al., 2012). Em decorrência desse fato, um conjunto de ações foram realizadas com objetivo de reduzir a mortalidade por essas causas. Foi com a colaboração de profissionais de várias áreas, com a experiência de tratamento das sequelas da violência nos serviços

de urgência, emergência e reabilitação, com o apoio de movimentos sociais e com a reflexão acadêmica já acumulada no país desde 1970 que, em 2001, o Ministério da Saúde promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MINAYO et al., 2018). Logo após, criou-se no Ministério da Saúde uma área técnica para cuidar de sua implantação, e a primeira iniciativa foi um programa de prevenção de acidentes e mortes no trânsito (MINAYO et al., 2018). À época, o foco maior foi na assistência às vítimas de acidentes e violências, tendo sido instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), (MINAYO et al., 2018). Em 5 de novembro de 2002, com a Portaria GM/MS 2.048, o Ministério da Saúde descreve o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência, que faz parte da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2004).

Em 2011, a Política Nacional de Atenção às Urgências é reformulada, criando a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, com foco na humanização da atenção e no usuário, baseado em suas necessidades de saúde, visando garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências. Dentre os componentes da Rede de Atenção às Urgências, encontra-se o SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências (BRASIL, 2011a).

O acionamento do SAMU 192 é feito por telefone, por meio do número nacional das urgências, 192. No Estado do Espírito Santo sua área de abrangência é constituída por dezoito municípios, dentro da Macrorregião de Saúde Metropolitana (ESPÍRITO SANTO, 2011). A Central de Regulação Médica das Urgências, ao receber o pedido de ajuda, através do Médico Regulador, dará a esse pedido, podendo ser de natureza: clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica ou psiquiátrica, uma resposta baseada no grau de urgência de acordo com as informações colhidas. A partir desta resposta, decide pela liberação de recurso, ou realiza orientação médica (BRASIL, 2002a).

No Estado do Espírito Santo, o SAMU 192 foi implantado em 2005 por meio de um Convênio firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES, permanecendo assim até os dias atuais. Em 2016, segundo as informações dispostas no Edital 01/2016 da SESA, o SAMU 192 do

Espírito Santo era composto por oito Unidades de Suporte Avançado (USA), 22 Unidades de Suporte Básico (USB), duas ambulâncias reservas, cinco motolâncias e uma central de regulação médica de urgências. As unidades móveis estão distribuídas em 25 bases descentralizadas implantadas e localizadas nos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha, Vitória, Afonso Cláudio, Anchieta, Brejetuba, Itaguaçu, Marechal Floriano, Piúma, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa e Venda Nova do Imigrante (ESPÍRITO SANTO, 2016). Também conta com o apoio de uma Aeronave de Asa Rotativa. Atualmente, o SAMU atende o município de Itarana, além dos municípios relatados anteriormente. Não possui mais o serviço de Motolância, entretanto possui mais duas USA, totalizando 10 USA, sendo que uma delas é para apoio à equipe que tripula a Aeronave de Asa Rotativa, destinada ao atendimento Aeromédico.

Sabendo-se que no ano de 2015 foram realizados cerca de 51.555 atendimentos e que desses, cerca de 7%, eram adolescentes, segundo análise estatística do serviço em 2017, pretende-se responder, por meio desta pesquisa, à seguinte pergunta: Como foi realizada a construção histórica das políticas públicas de atenção aos adolescentes e qual a influência do gênero nos atendimentos realizados aos adolescentes pelo SAMU 192 no ano de 2015?

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse pela pesquisa surgiu por se tratar de uma faixa etária com muitas necessidades e ainda pouca atenção, quando comparada à primeira infância, onde se observam várias campanhas que visam, principalmente a promoção à saúde. A pesquisadora por sua atuação em Pediatria associada à experiência na Urgência e Emergência, através do SAMU 192 do Estado do Espírito Santo, considera importante este tema como objeto de estudo.

Além disso, sabe-se que entre os adolescentes pode-se observar características peculiares e diferenças marcantes em relação ao gênero, e que a violência,

evidenciada por elevados índices de mortalidade, atribuídos a causas externas, comprovam que se trata de um problema para a saúde pública e social.

O estudo propõe conhecer este público e suas necessidades agudas, buscando observar diferenças entre os gêneros, nas ocorrências que levam ao acionamento do SAMU 192, bem como estudar fatores sociodemográficos que possam interferir nessa assistência, e no destino do paciente, a fim de contribuir para um cuidado integral e resolutivo, em conformidade com as políticas públicas estabelecidas.

É possível, analisando os resultados encontrados, verificar se as políticas públicas destinadas aos adolescentes, estão sendo efetivas e devidamente aplicadas, e a partir desta análise, contribuir com informações para monitoramento e adequação dessas políticas à realidade local.

1.2 OBJETIVOS

A seguir estão especificados os objetos que foram traçados para esta pesquisa.

1.2.1 Objetivo Geral

Discutir a influência do gênero nas ocorrências de adolescentes atendidos pelo SAMU 192 no Espírito Santo, à luz das políticas públicas de atenção à saúde do adolescente.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o perfil dos atendimentos aos adolescentes realizados pelo SAMU em 2015, considerando variáveis sociodemográficas, distribuição por dia da

semana, turno, gravidade estimada, tipo de recurso enviado, município de ocorrência, tipo de ocorrência, removidos ou não e cinco destino;

- b) Verificar a associação do gênero ao tipo de ocorrência de adolescentes atendidos pelo SAMU;
- c) Descrever a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

O resultado da presente pesquisa será apresentado em três capítulos, a saber:

O Capítulo 1 intitulado: **MATERIAL E MÉTODOS**, onde são apresentados os materiais e métodos utilizados para a execução da pesquisa.

O Capítulo 2 intitulado: **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS: UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL**, onde se discute quem é a população objeto do estudo, onde se encontram a maior parte de adolescentes do país, e como se estabeleceu o processo de construção das políticas públicas de saúde voltadas à população estudada.

O Capítulo 3 intitulado: **INFLUÊNCIA DO GÊNERO NAS OCORRÊNCIAS DE ADOLESCENTES ATENDIDOS PELO SAMU NO ANO DE 2015**. Apresenta o resultado da pesquisa de campo, após análise de atendimentos do SAMU à adolescentes de 10 a 19 anos, tendo como foco a avaliação das ocorrências envolvendo o sexo masculino e feminino, tipo de ocorrência, turno, dia de semana, recurso enviado e destino desses pacientes.

Por fim será apresentado nas **CONSIDERAÇÕES FINAIS** a síntese produto da referente dissertação.

2 CAPÍTULO 1 - MATERIAL E MÉTODOS

Objetiva-se, neste item, demonstrar o caminho que pretendemos percorrer para investigação do objeto proposto, aprofundando e especificando as etapas a serem desenvolvidas, a população de estudo, a amostra, os instrumentos, a fonte de dados e as variáveis. Ao final, demonstra-se como foi realizada a análise dos dados estatísticos.

2.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se uma pesquisa aplicada, explicativa e quantitativa organizada em três momentos: no primeiro momento, caracterizado por pesquisa bibliográfica onde foram utilizadas as bases de dados disponíveis na PUBMED, MEDLINE, e LILACS, inicialmente utilizando os descritores *Gender, Adolescents, Emergency Medical Services, Emergency Medicine, Emergencies*, nos idiomas inglês e português. Estratégia adotada: *Gender AND Adolescents AND Emergency Medical Services AND Emergency Medicine*. Filtros utilizados: Base de Dados: PUBMED, MEDLINE e LILACS, assunto principal: *Gênero, Adolescentes, Serviços Médicos de Emergência, Medicina de Emergência, Emergências*, limite: *Adolescentes*.

Na sequência utilizamos as mesmas bases de dados utilizando os descritores, *Gender, Adolescents, Gender Based Violence, Accidents, Prehospital Care*. Estratégia adotada: *Gender AND Adolescents AND Gender Based Violence AND Prehospital Care*. Filtros utilizados: base de dados: PUBMED, MEDLINE e LILACS, assunto principal: *Violência de Gênero, Acidentes, Assistência Pré Hospitalar*, limite: *Adolescentes*, tipo de documento: *Artigo e*, posteriormente selecionados por título. Para todas as estratégias de busca, ao fazer a busca por títulos, selecionamos os artigos na língua inglesa e portuguesa com o período de busca de 1988 até 2019.

No segundo momento realizamos a pesquisa documental não só para sedimentar o estudo, mas também conhecer as políticas que regulamentam as ações direcionadas a atenção aos adolescentes. Foram consultados portarias, legislações, sites institucionais, para contextualizar o estudo sobre o tema.

O presente estudo faz parte de um projeto de pesquisa denominado *Rede de Urgência e Emergência: Estudo do SAMU 192 na Região Metropolitana do Espírito Santo* Coordenado pelo Pesquisador Professor Mestre Caio Duarte Neto. Realizou-se estudo observacional, transversal, com coleta retrospectiva dos dados dos boletins de ocorrência pré-hospitalar do ano de 2015, os quais, também, foram distribuídos espacialmente, em um terceiro momento.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Central de Regulação Médica das Urgências, localizada em Vitória, Estado do Espírito Santo, onde ficam armazenados os prontuários (boletim de ocorrência pré-hospitalar) dos pacientes adolescentes que foram analisados.

2.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Para estimar o tamanho da amostra antes de conhecer a população, procedeu-se ao seguinte cálculo: $n_0 = Z^2 \times \delta^2 / E^2$ onde, n_0 será o número mínimo amostral obtido com a fórmula, Z^2 equivale ao valor correspondente considerando um intervalo de confiança IC de 95% ($Z=1,96$), δ^2 à proporção que se espera encontrar ($\delta=1/2$, ou seja, 0,5) e E^2 equivale ao erro amostral tolerado ($E =0,02$) (BARBETTA, 2010). Assim, obteve-se o número mínimo amostral correspondente a 2.401 registros necessários para compor um banco de dados referente ao ano pretendido para ser estudado que, por arredondamento, foi considerado o número de 2.500 a fim de minimizar os riscos de erro amostral e de possíveis perdas da amostra.

A seleção da amostra ocorreu por meio do processo de amostragem aleatória sistemática, utilizando um intervalo de seleção preestabelecido. O primeiro elemento da amostra foi sorteado e os demais obedeceram ao intervalo: $k= N / n$ onde, N corresponde a população, assistida em 2015, de 51.555 (cinquenta e um mil e quinhentos e cinquenta e cinco) e n a amostra de 2.500 (dois mil e quinhentos),

obtendo-se a constante $K=20.6$, cujo valor foi arredondado para $K=20$. Desta forma, uma das cinco primeiras ocorrências foi sorteada e, a partir dessa, de cada 20 (vinte) ocorrências, uma foi selecionada para a caracterização (BARBETTA, 2010). Desses 2.502 (dois mil e quinhentos e dois) pacientes, foram incluídos 180 adolescentes (7,2%). Destes foram excluídos 38 adolescentes (21,1%) em cujos prontuários não constavam anotações das variáveis de interesse para o estudo, caracterizando assim, uma amostra de 142 adolescentes² (5,7%).

2.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O protocolo de estudo baseou-se na coleta de dados a partir das análises dos boletins de ocorrências (ANEXO A), preenchidos pelas equipes que prestaram assistência ao sujeito participante da pesquisa. Utilizou-se uma ficha (APÊNDICE A) contendo as variáveis pesquisadas, preenchida pelo pesquisador.

2.4.1 Variáveis sociodemográficas

Em relação as variáveis sociodemográficas, foram identificados sexo, idade e município da ocorrência. Conforme Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo de 2011, dos 17 municípios que faziam parte da área de abrangência do SAMU 192 em 2015, 15 pertencem à região Metropolitana e dois pertencem à região Sul porém, para fins de análises, agruparam-se em quatro categorias, seguindo a logística do SAMU 192, fonte da pesquisa e sua área de abrangência em: Grande Vitória (Cariacica, Serra, Viana, Vila Velha, Vitória); Litoral Sul (Anchieta, Guarapari, Piúma); Região de Santa Teresa (Fundão, Itaguaçu, Santa Maria de Jetibá e Santa Teresa); Região de Venda Nova do Imigrante (Afonso Cláudio, Brejetuba, Domingos

² Considerados pré-adolescentes aqueles com idade entre 10-14 anos e adolescentes aqueles com idade entre 15-19 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

Martins, Marechal Floriano, Venda Nova do Imigrante); sendo considerados os municípios de ocorrência (OLIVEIRA, 2018).

2.4.2 Variáveis identificadoras do atendimento

Com relação às variáveis identificadoras do atendimento, foram coletados dados quanto: ao dia da semana (dias de semana e final de semana), turno (matutino, vespertino, noturno), classificação do grau de urgência realizada pelo Médico Regulador a partir das informações colhidas/informadas por telefone, por meio da utilização de cores, sendo: Vermelho: Emergência - casos muito graves com risco de perder a vida; Amarelo: Urgência - necessidade de atendimento mais rápido; Verde: Menor Urgência - pode aguardar atendimento; Azul: Não Urgente - casos para atendimento em Unidade de Saúde e inseridas no Sistema de Regulação Médica do SAMU 192, e-SUS-SAMU, versão 3.2., e o tipo de recurso enviado se: Unidade de Suporte Básico³, Unidade de Suporte Avançado⁴, Motolância⁵ ou Aeronave⁶.

2.4.3 Variáveis relacionadas ao tipo da ocorrência

De acordo com as variáveis relacionadas ao tipo da ocorrência foram coletadas informações quanto ao motivo do chamado:

- a) clínico = dor torácica, dor abdominal, Acidente Vascular Encefálico - AVC,
- b) Parada Cardiorrespiratória - PCR, dispneia, crise convulsiva, desmaio, febre, hemorragia digestiva, queda do estado geral, outros;
- c) gineco-obstétrico: trabalho de parto, abortamento, sangramento, dor pélvica;

³Veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes com risco de vida não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local ou durante o transporte até o destino.

⁴ Veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes com alto risco em emergências que necessitam de cuidados médicos intensivos.

⁵Motocicleta para intervenção do SAMU, sob regulação médica, destinada ao apoio às intervenções ou em situações que viabilizará o início de manobras de suporte básico de vida.

⁶Aeronave de asa rotativa utilizada para transporte de pacientes dotada de equipamentos médicos.

- d) trauma: agressão, queda, acidente de transporte terrestre, queimadura, afogamento e;
- e) psiquiátrico: suicídio, agitação, autoagressão, agressividade, intoxicação.

2.4.4 Variáveis de destino do paciente

Em relação às variáveis de destino do paciente, foram divididos em removidos sim ou não. Dos removidos foram registradas informações quanto ao destino do paciente considerando os serviços de saúde a saber: Hospitais; Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h), Pronto Atendimentos; Outros (Hospitais de Pequeno Porte). Dos não removidos registrou-se como desfecho se o paciente foi liberado no local, se houve recusa de atendimento ou se ocorreu óbito no local.

Outros desfechos consistiram no registro de informações quanto ao desfecho da ocorrência: se o paciente foi liberado no local; se houve recusa de atendimento ou se ocorreu óbito no local.

2.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram organizados em planilha do Excel e exportados para o programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23. Com o referido programa de análise, buscou-se, por intermédio da estatística descritiva, de modo mais específico, de tabelas de distribuição de frequências das variáveis, mensurar as proporções de cada categoria.

2.5.1 Análise descritiva

Em relação à estatística, realizou-se uma análise descritiva desenvolvida, utilizando registros das informações relacionadas ao atendimento do SAMU 192 aos

adolescentes no Espírito Santo. As informações obtidas foram analisadas por meio de estatística descritiva simples, com os cálculos da frequência absoluta e relativa, valores mínimos e máximos, bem como desvio padrão. Os dados foram, posteriormente, resumidos e organizados em tabelas e gráficos.

2.5.2 Análise inferencial

Em seguida foi realizada análise univariada com a associação entre as variáveis e os desfechos realizados utilizando o teste qui-quadrado ou, diante da ocorrência de uma frequência esperada inferior a cinco, o teste Exato de Fisher. Para as variáveis em que houve associação significativa ($p < 0,05$), foi calculado o resíduo do qui-quadrado (resíduo ajustado), sendo considerada associação significativa entre duas categorias na referida casela onde o resíduo ajustado apresentou valor maior que 1,96, ou seja, quanto maior o valor do resíduo ajustado, maior a associação entre as referidas categorias.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo faz parte de um projeto de pesquisa denominado *Rede de Urgência e Emergência: Estudo do SAMU 192 na Região Metropolitana do Espírito Santo* que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), por meio do Parecer nº 1.748.503, no dia 27 de setembro de 2016 (ANEXO B). Está assegurado o sigilo das informações mediante a não identificação nominal dos participantes da pesquisa. A guarda das informações ficará sob responsabilidade da pesquisadora responsável durante o período de cinco anos. O estudo basear-se-á nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

3 CAPÍTULO 2 - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS: UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL

Na adolescência, a saúde não se encerra apenas na ausência de doenças ou na prevenção de comportamentos de risco. Ela está relacionada à qualidade de vida do adolescente, alcançada por meio da satisfação pessoal e do desenvolvimento de competências sociais, e, também, da manutenção relativamente duradoura de comportamentos que promovam o seu desenvolvimento e saúde (COSTA JUNIOR, 2005).

A saúde do adolescente tem sido um tema de interesse crescente não só entre pesquisadores, mas também nas agendas das políticas mundiais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007). Isto se justifica pelo número expressivo de adolescentes no mundo que atingiu a casa de mais de um bilhão na década passada, e pelas repercussões individuais e sociais que esta fase acarreta (SENNA; DESSEN 2015).

No que tange às condições contextuais da adolescência no Brasil, é preciso destacar que, de acordo com o último censo realizado, que corresponde à quinta nação mais populosa do mundo e já ultrapassou 204 milhões de habitantes, dos quais aproximadamente 28% são de adolescentes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), a diversidade e pluralidade de comportamentos e necessidades do adolescente brasileiro são observadas nas condições dos que habitam centros urbanos ou agrícolas, áreas centrais ou periféricas, regiões Norte ou Sul do País, com 84% da população urbanizada e com uma concentração de quase 24 milhões de adolescentes no Sudeste do País. As condições precárias fazem com que os adolescentes parem de estudar e busquem sustento e, quando não conseguem, ficam desocupados correndo o risco de se envolverem com o comércio e/ou uso de drogas ilícitas (GONÇALVES; GARCIA, 2007).

De acordo com Senna e Dessen (2015, p. 233) “[...] a família é considerada central para a promoção da saúde” e destacam ainda, que pesquisa de âmbito nacional, denominada *A voz do adolescente*, observou-se que os adolescentes (95%) apontam a família como principal alicerce do seu desenvolvimento, tendo papel importante nas suas vidas e para a sociedade. De forma semelhante, Reis et al. (2018), em estudo que avaliou resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), também reafirma a importância da família como efeito protetor para a vulnerabilidade, tão marcante neste ciclo de vida.

No âmbito escolar, as condições de saúde refletem diretamente no rendimento acadêmico do adolescente, uma vez que a escola é o segundo contexto mais importante do seu desenvolvimento (ARAÚJO; COSTA, 2009). Como um dos mecanismos de identificação, monitoramento e vigilância de comportamentos de risco, a escola representa um espaço único de educação e promoção de saúde. Tanto dentro, quanto fora da escola, comportamentos relacionados aos hábitos e estilos de vida, quando adquiridos na adolescência, têm efeitos potenciais sobre a sua saúde, em curto e longo prazo (MICHAUD; CHOSSIS; SURIS, 2006).

Historicamente, as concepções teóricas e ações sociais voltadas à infância sempre foram conflituosas, marcadas por ações de violência, punição e repressão, onde parte da história no Brasil foi impiedosa e demarcada por fases características: na colonização, com a aculturação imposta às crianças indígenas pelos jesuítas; a segregação e a discriminação racial na adoção dos *enfeitados*, no período imperial; o infanticídio disfarçado pela Roda dos Expostos e pela exploração do trabalho de crianças no período da introdução das Indústrias, no fim do século XIX e início do XX (RIZZINI IN PILOTTI, 1995; RIZZINI, 1997, 2000). Por outro lado, há os que privilegiam a educação e a assistência, defendendo estratégias que conferem direitos de cidadania e direitos específicos à infância e adolescência (PASSONE, 2007).

Em 1824 nasceu a primeira Constituição brasileira, marcada pelo símbolo do nepotismo. Após a instalação da constituinte, o Imperador Pedro I dissolveu-a, temendo que se realizasse uma Constituição que limitasse seus poderes, porém não se encontra em seu conteúdo nenhuma referência à proteção da criança, ou mesmo adolescência (GUIMARÃES, 1989).

A segunda Constituição brasileira surge em 1891, com ideias diretoras do presidencialismo, do federalismo, do liberalismo político e da democracia burguesa. Entretanto, da mesma forma que a constituição de 1824, não há na primeira Constituição republicana, referência alguma à proteção à criança, fato que provavelmente atribui-se à base familiar patriarcal, cabendo ao pai o destino e o comando de todos os elementos dela integrantes (COELHO,1998).

Em 1920, com a reforma Carlos Chagas, que se observou o início da atenção à infância com ações voltadas para a proteção materno infantil, viabilizado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) com a criação da Inspeção de Higiene Infantil (PARADA; MEDEIROS, 2010).

As Políticas de Saúde no Brasil desenvolveram-se a partir de 1889. Esse período, denominado República Velha, estendeu-se até 1930. Nessa época havia o predomínio de doenças transmissíveis, que ameaçavam interesses econômicos, favorecendo uma resposta do Estado por meio da organização de serviços de saúde pública e realização de campanhas sanitárias. Os trabalhadores do campo e cidade não tinham acesso aos serviços de saúde. O acesso ao atendimento médico só era possível para aqueles que pudessem pagar ou por caridade (PAIM, 1994).

Na República Velha, o Estado, sob a lógica do Estado liberal, só deveria atuar naquilo que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não pudesse fazê-lo. Em princípio não teria por que intervir em saúde. Porém com a emergência de movimentos operários, teve-se o início das leis trabalhistas que incluíam a assistência médica, promovendo uma reação do Estado às condições de saúde da população mediante políticas de saúde, normatizando e organizando a produção e distribuição de serviços. Quadros calamitosos, como epidemias, transformaram-se em demandas políticas, pressionando a ação estatal no âmbito da saúde. Em nenhum instante, no entanto, se configurava a ideia de direito à saúde (COSTA, 1985).

Como resultados das condições de vida e de trabalho insatisfatórios aparecem movimentos sociais urbanos que se dividem sob o ângulo da previdência e da saúde pública, separando as ações de prevenção e controle das doenças na população de

um lado, e a medicina individual (previdenciária, filantrópica, liberal) de outro (BRAGA; GOES, 1986).

Foi neste contexto político e social, que ocorreu um marco na história das políticas públicas voltadas para a criança e ao adolescente, em 1927, quando surgiu no Brasil o Código de Menores como a primeira lei sistematizada voltada especificamente para a criança e ao adolescente. Consolidado em 12 de outubro de 1927, por meio do Decreto nº 17.943-A esse código teve como objetivo dar assistência e proteção aos menores, especificamente aos que se encontrassem em estado de abandono ou delinquência (BRASIL, 1927). Havia a necessidade de reeducar e corrigir a criança nessa época. Entretanto, ensina Rizzini (1997) que não por acaso, pobreza e degradação moral estavam sempre associadas. “Aos olhos da elite, os pobres, com sua aura de viciosidade, não se encaixavam no ideal de nação” (RIZZINI, 1997, p. 65).

Neste período, havia grande preocupação com a mortalidade infantil em todo o país. Em setembro de 1933 foi realizada a Conferência Nacional de Proteção à Infância, que defendia que a proteção à criança tinha por escopo principal assegurar o seu pleno desenvolvimento e, ao mesmo tempo, combater a alta mortalidade infantil que era estimada em 16,8% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1999; ALMEIDA FILHO; LOURENÇO; PORTO, 2007).

No contexto do movimento de 1930 e da instauração do golpe de 1937, sob a agenda de reformas do Estado, o Brasil organizava suas primeiras políticas sociais, nas quais eram reservadas atenções especiais à família e à infância, notadamente no campo da assistência social. Segundo Rizzini (1995, p. 136), para a Constituição de 1937, “A infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado”; cabe a ele assegurar-lhes medidas “Destinadas ao desenvolvimento de suas faculdades”. Desse modo, o Estado proporcionaria um mínimo de condições institucionais para a preservação física e moral das crianças, e, concomitantemente, as famílias teriam o direito de “Invocar o auxílio e proteção do Estado para a subsistência e educação de sua prole” (RIZINNI, 1995, p. 136).

Em 1940, criou-se o Departamento Nacional da Criança, órgão vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, que possuía o objetivo de “Criar viva consciência social da

necessidade de proteção à díade materno-infantil [...] desenvolver estudo, organizar estabelecimentos, conceber subsídio às iniciativas privadas de amparo às mães e filhos e exercer fiscalização” (RIZZINI, 1995, p. 138).

No ano de 1946 foi convocada a Constituinte. Com a nova Constituição promulgada em 18 de setembro de 1946, sua contribuição para a proteção à criança é observada no art. 164, que determina serem obrigatórios a assistência à infância e à adolescência, e o amparo às famílias de prole numerosa (MIRANDA, 1947).

Os anos de 1950, foram marcados pela influência americana à assistência à saúde no Brasil, com a estruturação de grandes hospitais, culminando, em 1953, com a criação do Ministério da Saúde com o propósito de transformar as ações campanhistas em órgãos ou serviços responsáveis pelo tratamento de epidemias, saúde da criança e fiscalização sanitária (MARQUES, 2015).

Os fatos relatados, anteriormente, são consequência da política estabelecida na Era Vargas (1930-1964), onde a saúde caracterizava-se pelo predomínio de doenças da pobreza. Doenças infecciosas e parasitárias e deficiências nutricionais e o aparecimento da morbidade moderna que eram as doenças cardiovasculares, neoplasias, acidentes e violências. Instala-se nesse período um Estado Nacional que possibilita a emergência de uma política nacional de saúde (LUZ, 1979).

A saúde pública passou a ter sua institucionalização no nível federal, pelo Ministério da Educação e Saúde, enquanto a medicina previdenciária e saúde ocupacional vinculavam-se ao Ministério do Trabalho. No âmbito estatal, os serviços de saúde eram representados pela saúde pública, medicina previdenciária e saúde do trabalhador e no setor privado pela medicina liberal, hospitais beneficentes ou filantrópicos e lucrativos (empresas médicas). A educação sanitária passou a ser valorizada e as campanhas de controles de doenças foram institucionalizadas (ROUQUAYROL, 2005).

Em 1968, o Fundo das Nações Unidas para Infância firmou acordo com o governo brasileiro. Paradoxalmente, e em plena atividade da ditadura, o país assumiria formalmente os preceitos da Declaração Universal dos Direitos da Criança, embora

na prática o que se constataria era a aprovação de um novo código de menores, mais repressivo. Paralelamente, nos anos 70 do século passado, os debates sobre os *direitos dos menores* retornariam ao centro das discussões, partindo, mais uma vez, de divergências entre juristas e legisladores, influenciados pelas Convenções Internacionais pelos Direitos da Infância e pelos fóruns internacionais, como a Associação Internacional de Juízes de Menores. Essas convenções “Propunham que a magistratura favorecesse a promoção da família e da comunidade no cuidado da criança e do adolescente, a salvaguarda dos seus direitos, considerando-os sujeitos de direitos”, o que reiterava os princípios enunciados pela Declaração dos Direitos da Criança, de 1959 (RIZINNI, 1995, p. 155).

No período conhecido como Autoritarismo, que compreendeu duas décadas, de 1964 – 1984, as condições de saúde permaneceram críticas. A mortalidade infantil, cujas taxas reduziram-se entre as décadas de 1940 e 1960, permaneceram praticamente inalteradas, o que refletia a crise social e econômica vivenciadas pelo País. Além disso observou-se no período aumento dos casos de tuberculose, malária, Doença de Chagas, acidentes de trabalho (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1999; GUIMARÃES, 1978).

Em 1970 era criada a Coordenação de Proteção Materno infantil, vinculada à Secretaria de Assistência Médica e tinha como objetivo planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, conforme decreto de nº 66.623, de 22 de maio de 1970. A partir dessa década a velocidade da queda da mortalidade aumentava. Encontrava-se em torno de 11,5%, o que estava fortemente dependente do modelo de intervenção das políticas públicas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1999; BRASIL, 2011b).

Em 1975, foi criado o Programa Nacional da Saúde Materno Infantil, cujo propósito era auxiliar na redução da morbidade e mortalidade da mulher e da criança. O Programa tinha como objetivos: concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura da saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna

e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos (BRASIL, 2011c).

O Programa Nacional da Saúde Materno Infantil compreendia seis subprogramas (BRASIL, 2011c): assistência materna: assistência durante a gestação, parto, puerpério, promovendo a saúde da mulher e concepto; assistência à criança e ao adolescente: acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento, prevenindo seus desvios, assim como diagnóstico e tratamento das possíveis intercorrências patológicas; expansão da assistência materno infantil: abordava integração de grupos comunitários, para ações voltadas a saúde materno-infantil; suplementação alimentar: ocorria por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN) que teve como objetivos a prevenção da desnutrição no período gestacional e da lactação, com o propósito de condições satisfatórias de crescimento e desenvolvimento às crianças menores de 6 anos; educação para a Saúde: baseava-se no serviço de informação sobre saúde e seus fatores agravantes, com o objetivo de fornecer orientação sobre comportamentos que resultassem em proteção à saúde; e capacitação de recursos humanos. Para implantação do Programa tornava-se necessária a formação e o treinamento de equipes multiprofissionais para produzir as ações necessárias ao público-alvo.

Em 1978, foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata. Apresentava como uma das principais metas sociais, dos governos, organizações internacionais e toda a comunidade mundial, que todos os povos do mundo, até 2000, atingissem um nível de saúde que lhes permitissem levar uma vida social e economicamente produtiva (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

A Conferência entendeu, por cuidados primários de saúde, os cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e os países pudessem manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários representavam o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde (SNS), aproximando ao

máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituindo também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

Em decorrência destes movimentos internacionais, foi promovido pela Câmara dos Deputados em 1979, o primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) apresentou um documento para debate que, pela primeira vez, propunha a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) para o Brasil (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 1980) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) participou ativamente na elaboração dos textos básicos da VIII Conferência Nacional de Saúde, além de divulgar o documento *Pelo Direito Universal à Saúde* (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 1985).

Entretanto, a proposta de uma Declaração dos Direitos da Criança não encontrou repercussão política na férrea doutrina militar. Aprovou-se o Código de Menores de 1979. Lei que se alinhava aos moldes do antigo Código de Menores da primeira República, consubstanciando a doutrina de situação irregular do menor, segundo a qual “Os menores são sujeitos de direito quando se encontrarem em estado de patologia social, definida legalmente [...], fazendo-se da vítima um réu e tornando a questão ainda mais jurídica e assistencial” (FALEIROS, 1995, p. 81).

Também mobilizados pela influência das discussões internacionais, associados aos fatos descritos anteriormente, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que discute os temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Como produto das discussões se definiu que o Direito à Saúde significa a garantia, pelo estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde. Quanto à Reformulação do SNS o projeto deveria resultar na criação de um SUS que efetivamente representasse a construção de um arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, por meio de uma Ampla Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

No período de 1979 a 1988 observou-se redução na mortalidade infantil, isso aconteceu em consequência de intermediações no processo de urbanização populacional, facilitando o acesso às ações e programas de saúde, assistência médica, saneamento básico (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA 1999; SZWARCOWALD; CASTILHO, 1995).

No final do século XX, o Brasil fortaleceu-se novamente num sistema democrático de governo, a globalização instaurou a mundialização da economia, tecendo espaço para uma ideologia neoliberal de desestatização no campo da política, da economia e das relações sociais. Os movimentos sociais constituíram movimentação intensa em defesa de direitos ou novas posições diante da lei. As crianças e adolescentes passaram a ser protagonistas na história brasileira com movimentos pela defesa e exercício de direitos (LOPES, 2007).

As discussões que se iniciaram em Alma-Ata e tiveram continuidade com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), influenciaram fortemente a Constituição Federal de 1988⁷, resultado de lutas históricas, avançou amplamente enquanto instrumento democrático no Brasil (RAPOSO; COELHO, 2015). Inovou inclusive na apresentação de um artigo específico (Art. 227) ao assegurar à criança e ao adolescente o estado de sujeito de direitos. Isto significa que a criança e o adolescente passam a ter garantidos direitos e deveres de cidadãos, determinando à família, à sociedade, à comunidade e ao Estado a corresponsabilidade pela proteção integral desse público, já que antes a tarefa era exclusiva do antigo juiz de menores (RAPOSO; COELHO, 2015).

Em setembro de 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990) que regulamentou a disposição constitucional que concebeu a saúde como um direito social, independente de contribuição, criando o Sistema Único

⁷E com a promulgação da Constituição em 1988 o governo garantiu o direito à saúde para todos os brasileiros e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

A concepção ampliada de saúde nos mostra a necessidade de políticas intersetoriais, envolvendo a área econômica e os setores sociais, no sentido de redução de riscos e não apenas danos. Assegura universalidade e igualdade no acesso às ações e serviços de saúde visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. Além de uma ampla concepção de saúde a Constituição propõe uma ação integral com amplo espectro de ações (ROUQUAYROL, 2005).

de Saúde (SUS) que apresenta como princípios: Universalização, Equidade, Integralidade (BRASIL,1990b).

Em decorrência do que foi preconizado com a Constituição de 1988, em 1989, foi criado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), vinculado à Divisão Materno-infantil do Ministério da Saúde, que teve como objetivo proporcionar o acesso do adolescente ao sistema de saúde via atenção primária, com enfoque na promoção de saúde e prevenção de agravos, inserido na proposta hierarquizada do SUS e pautado na atenção integral por meio de abordagem multiprofissional (BRASIL,1993).

O PROSAD apresentava predomínio de ações voltadas à sexualidade e reprodução, com pouca variabilidade de metas, o que se explica por ter sido criado na década de 1980, quando o governo estava preocupado em ofertar resposta ao impacto da epidemia do HIV que atingia jovens brasileiros a partir de 15 anos de idade. (JAGER et al., 2014)

Também em 1989, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, deu forte contribuição, enunciando direitos para a infância, redistribuindo as políticas sociais voltadas para a infância. A partir da nova Constituição Federal de 1988 e da Convenção de 1989, efetivou-se eficazmente a construção e publicação da nova lei para a infância e adolescência: O ECA (LOPES, 2007).

O ECA foi promulgado oficialmente em 13 de julho de 1990 pela Lei n. 8.069. Deixa para trás a doutrina de *situação irregular*, revogando o Código de Menores de 1979, e dispõe sobre a política de *proteção integral*. Voltada à criança e ao adolescente, a lei considera criança a pessoa de até 12 anos de idade e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Ou seja, o ECA inclui todas as pessoas de 0 a 18 anos de idade como sujeitos de direito (BRASIL, 2002b). Segundo Gentilli (2015) a doutrina de proteção integral reconhece a infância enquanto detentora de direitos fundamentais como: direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, e também de direitos sociais, como: direito à saúde, à educação, à cultura, à convivência familiar e comunitária, entre outros. A infância passa a ser legislada com medidas protetivas e socioeducativas.

No ano de 1993, editou-se a primeira publicação oficial do PROSAD, *Normas de atenção à saúde integral do adolescente* (BRASIL, 1993), que expôs as diretrizes gerais para o atendimento de adolescentes abordando assuntos do crescimento e desenvolvimento na adolescência, distúrbios da puberdade e o desenvolvimento psicológico do adolescente.

As diretrizes do PROSAD preconizavam que todas as ações deveriam partir de uma visão de adolescência como um fenômeno socialmente construído. Neste sentido considerando-se os processos de saúde-doença, as características pessoais dos adolescentes, resultantes de interações biológicas, psicológicas e sociais em diferentes contextos (BRASIL, 1996)

Pesquisa realizada por Jager et al. (2014) fez algumas reflexões sobre o processo de construção das políticas públicas para adolescentes e considerou que houve o foco em ações de assistência, na inclusão de jovens expostos às condições de vida em áreas de violência urbana, e na aplicação de medidas para evitar a violência, porém houve pouca articulação e valorização da intersetorialidade, necessária à eficácia das ações para o público adolescente e jovem, e conseqüentemente maior dificuldade para concretizar e dar continuidade às políticas voltadas a esse segmento populacional.

O PROSAD reconheceu a importância da capacitação profissional para o atendimento qualificado ao adolescente, mas ainda hoje observa-se que existe carência de profissionais de saúde que se disponibilizem, motivem-se e estejam capacitados para o trabalho com adolescentes. Nesse sentido, é importante articular ações que favoreçam o acolhimento e territorialização da atenção, transformando profissionais e locais de atendimento em uma referência para o cuidado em saúde.

Em 2003, um importante marco no desenvolvimento de políticas voltadas ao adolescente, foi o lançamento oficial do projeto *Saúde e prevenção nas Escolas*. Este projeto teve como elementos inovadores a disponibilização de preservativos nas escolas, a integração entre escolas e as unidades básicas de saúde, respeitando a autonomia dos sistemas educacionais e das escolas, bem como a participação da comunidade em todo o processo (BRASIL, 2006).

Dando continuidade à integração Saúde e Escola foi instituído em 2007 o Programa Saúde na Escola, que representou uma política Intersetorial entre os Ministérios da Saúde e Educação. Apresentava como perspectiva a atenção à saúde integral por meio da prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico. Acontece no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, com participação das Equipes de Saúde na educação de forma integrada. O Programa prevê avaliações clínicas, psicossociais, nutricionais e avaliações da saúde bucal. Há também ações de promoção de saúde e prevenção de doenças por meio da promoção da alimentação saudável, realização de atividades físicas, educação para a saúde sexual e reprodutiva, conscientização quanto ao uso do álcool, tabaco e outras drogas. As ações são direcionadas ao enfrentamento das vulnerabilidades que afetam o desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2007).

Em 2007, também, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, baseando-se nos princípios do SUS e fortificada num processo coletivo estabelecido entre o governo federal, profissionais, gestores, organizações da sociedade civil e movimentos de juventude. A política reconhece que adolescentes e jovens são pessoas em desenvolvimento, demandando atenção ao conjunto integrado de suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais. Os pressupostos dessa política são a integralidade da atenção, a universalização, a efetividade, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a participação juvenil. Enfatiza o fortalecimento da Atenção Básica como um espaço privilegiado para se trabalhar a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a intersetorialidade (BRASIL, 2010).

Em relação às ações intersetoriais destaca-se a publicação de informativos como o *Caderno de Atenção Básica: Saúde na Escola* e a *Caderneta de Saúde do Adolescente* que foram lançados em 2009, nos modelos femininos e masculinos, em ação conjunta do Ministério da Saúde e Educação. A atuação conjunta dos diversos setores aumenta a eficácia no uso de recursos e otimiza os resultados das ações, à medida que possibilita analisar as relações entre os programas existentes (BRASIL, 2009).

A Caderneta de Saúde do Adolescente apresenta-se como um mecanismo que apoia profissionais no atendimento a essa população, favorecendo a atenção integral à saúde e valorizando-os como sujeitos de direitos (BRASIL, 2013).

A partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, o Ministério da Saúde propõe em 2010 as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

As diretrizes estabelecem três linhas prioritárias de ação (BRASIL, 2010): Atenção Integral à saúde sexual e à saúde reprodutiva; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e Atenção Integral ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Essas diretrizes, integradas às outras políticas sanitárias, norteiam ações e programas já existentes no SUS, buscando, ainda, apontar para a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional (BRASIL, 2010).

Segundo Fonseca (2013), as principais vulnerabilidades que acometem crianças e adolescentes são os riscos inerentes a problemas relacionados ao alcoolismo e conflitos entre casais, que as tornam testemunhas de agressões e de várias formas de violência. Os riscos relacionados ao lugar de moradia incluem a precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, a falta de disponibilidade de espaços e lazer, relações de vizinhança e a proximidade da localização dos pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas. Além destes riscos destaca-se ainda os riscos do trabalho infantil e da exploração da prostituição de crianças. Destaca-se segundo o autor, que a personalidade e o comportamento de crianças e adolescentes podem torná-los mais vulneráveis aos riscos do envolvimento com drogas, gravidez precoce e prática do roubo (FONSECA, 2013).

Buscando ainda aprimorar a interação adolescente - Unidade Básica de Saúde o Ministério da Saúde lança em 2013 o caderno Orientações Básicas para as Ações nas Escolas e nas Unidades Básicas de Saúde, que tem por objetivo orientar profissionais

de saúde que atuam nas Equipes de Saúde na Família (ESF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O caderno de orientações tem como proposta contribuir para a resolução e efetividade das ações de saúde, articuladas com as escolas, junto à população adolescente de 10 a 19 anos de idade (BRASIL, 2013).

Em 2017 o Ministério da Saúde publicou um documento atualizado para auxiliar profissionais da atenção básica e saúde da família no cuidado à saúde do adolescente: *Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica*, visando garantir a atenção integral durante a adolescência, elaborando políticas nacionais voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e de Jovens. Buscando, com isso, reduzir as principais doenças e agravos, bem como melhorar a vigilância a saúde e contribuir para a qualidade de vida desses milhões de cidadãos brasileiros que estão na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade (BRASIL, 2017b).

Ao pesquisar as ações realizadas no Estado do Espírito Santo, para a atenção à saúde da criança e do adolescente, observou-se que nos últimos anos existiu um fortalecimento das ações para prevenção da gravidez na adolescência, por meio do projeto *Saúde e Prevenção nas Escolas*, realizado em 2007, que abordou temas como saúde sexual e reprodutiva, gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e o uso abusivo de drogas. Outro evento, realizado no mesmo ano foi a Conferência Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, cujo tema foi *Concretizar Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes: Investimentos Obrigatórios*. E para reforçar as ações de prevenção da gravidez na adolescência foi criado em 2007 o Projeto *Na Real, gravidez na adolescência não é legal* com o intuito de ensinar aos adolescentes da rede pública estadual os princípios de educação sexual sadia, objetivando a redução da ocorrência de gravidez nessa população (FRAGA, 2007).

No ano de 2013 foi implantado O Programa Saúde na Escola no Espírito Santo, com o objetivo de melhorar a interação entre alunos e as Unidades de Saúde, sendo uma importante ferramenta para a promoção de saúde.

Em 2014 ocorreu o Seminário Estadual sobre Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência que discutiu com gestores estaduais e municipais a necessidade de implementar ações para redução do índice de gravidez na adolescência e do abandono escolar (ESPÍRITO SANTO, 2014). Neste mesmo ano, a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA) buscou capacitar as UBS para atuarem como espaço de orientação aos adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva, por meio de oficinas com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde para ações que ajudem a reduzir os índices de gravidez na adolescência, da mortalidade materno-infantil, além dos riscos das doenças sexualmente transmissíveis (STUTZ, 2015).

No Espírito o Governo do Estado através da Secretária de Estado de Direitos Humanos (SEDH), iniciou no ano de 2015 o Projeto Estruturante Ocupação Social. O Programa tem como principal objetivo reduzir os índices de homicídio entre os jovens, que historicamente representam 40% das vítimas de crimes contra a vida, no Espírito Santo (FERRAZ, 2018). São 26 bairros atendidos, entre Grande Vitória e interior, identificados como áreas de alta vulnerabilidade. Para mudar essa realidade, o Ocupação Social busca levar novas oportunidades ao público jovem, a exemplo de cursos profissionalizantes, de ações de promoção e formação em empreendedorismo, junto com projetos de geração de renda, acompanhados de atividades culturais e esportivas. (MENDONÇA, 2016).

Em novembro de 2017 aconteceu o I Simpósio Estadual de Saúde Infantojuvenil. O evento foi realizado com objetivo de promover informações sobre a importância do fortalecimento dos cuidados à saúde integral das crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde e áreas relacionadas. Além de temas como o atendimento ao adolescente e a gravidez na adolescência, o simpósio também discutiu sobre o papel da Rede de Saúde no atendimento ao adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas, e o que pode ser melhorado em relação ao atendimento às crianças e adolescentes em situação de violência, uso de drogas, entre outros aspectos (ESPÍRITO SANTO, 2017).

Como oportunidade para melhorar os direitos e o bem-estar de cada criança e adolescente, principalmente os mais desfavorecidos, foram assumidos compromissos

na Agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (MALTA, 2019).

Segundo Malta (2019, p. 348):

As Nações Unidas estabeleceram políticas e metas que priorizam este público e se expressam em diversos ODS: 1 (Erradicação da Pobreza), 2 (Fome Zero e Agricultura Sustentável), 3 (Saúde), 4 (Educação), 5 (Igualdade de Gênero), 6 (Água Potável e Saneamento), 8 (Trabalho Decente e Crescimento Econômico), 11 (Cidades e Comunidades Sustentáveis) e 16 (Paz e Justiça).

Na última década alguns programas foram fundamentais para a melhoria da saúde da população de crianças e adolescentes como: Rede Cegonha, Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), com garantia de acesso à alimentação saudável de crianças pobres na pré-escola, expansão da Estratégia Saúde da Família, Mais Médicos, Programa Bolsa Família, Programa Saúde na Escola, articulando ações das equipes de atenção básica e educação, o Plano Juventude VIVA, no enfrentamento dos homicídios contra jovens negros, a estruturação da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a notificação compulsória das violências domésticas e as redes de proteção à infância. Como resultado destas ações, verificou-se a redução da desnutrição infantil, a redução em dois terços da mortalidade infantil (2015), o enfrentamento do trabalho infantil e a ampliação da educação infantil (MALTA, 2019).

Entretanto, Malta (2019) refere que com a crise econômica e política, os indicadores retrocederam nos últimos dois anos, em decorrência de cortes nos programas de proteção social. Além disso, notam-se desafios como o elevado índice de morbimortalidade por causas externas, principalmente por agressões, observados por Malta (2019) e por Moreira (2018) em estudo que discute a mortalidade por acidentes de transporte de trânsito entre adolescentes e jovens, no qual evidenciou uma estabilidade nas taxas de mortalidade nos últimos 20 anos, e propõe políticas para atingir a meta ODS 3.6, que tem como objetivo a redução da mortalidade e ferimentos globais por acidentes em estradas, para a metade do observado atualmente, que encontra-se em torno de 39000 óbitos/ano.

Observou-se, historicamente, que o espaço do adolescente vem sendo conquistado mediante a instituição de políticas públicas que materializam direitos de cidadania, e que o principal marco para esta conquista foi o ECA. Apesar de todos os esforços, sabe-se também que garantir estes direitos não é fácil, e depende de diversos fatores que incluem o Estado, a comunidade e a família. Entretanto é evidente que a sociedade capitalista favorece as camadas mais ricas da população, ficando as camadas mais pobres desfavorecidas em relação a direitos básicos. São expostos à vulnerabilidades que incluem baixa qualidade de vida, falta de oportunidades para o trabalho e estudos, aumentando o risco para envolvimento em situações de risco e criminalidade (CASTELHANO; FERRAZOLI; MUNIZ).

Incluir o adolescente por meio da participação nos serviços e atividades de promoção à saúde na comunidade, assim como no processo de avaliação dos programas, seria uma possibilidade de aproximá-los da construção destas políticas, como proposto na Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar.

Lembrando que as ações em saúde são colocadas em prática por meio de uma equipe de intervenção capaz de atender às demandas da população-alvo, e a disponibilidade destes profissionais é uma das principais ferramentas para tornar as ações de um programa eficazes.

Como observado em estudo realizado por Jager et al. (2014) o PROSAD reconheceu a importância da capacitação profissional para o atendimento qualificado ao adolescente, mas ainda hoje observa-se que existe carência de profissionais de saúde que se disponibilizem, se motivem e estejam capacitados para o trabalho com adolescentes.

É necessário, portanto, a garantia de que estes direitos sejam respeitados, para uma juventude saudável, livre de tantas ameaças e conscientes de sua importância para a sociedade. Para isto, devem-se defender medidas protetivas de educação, acesso à justiça, à paz e não violência.

4 CAPÍTULO 3 - INFLUÊNCIA DO GÊNERO NAS OCORRÊNCIAS DE ADOLESCENTES ATENDIDOS PELO SAMU NO ANO DE 2015

A adolescência pode ser compreendida como uma fase da vida em que os indivíduos experimentam importantes e rápidas transformações biológicas, fisiológicas e emocionais associadas à definição de seu papel social. Esse conjunto de modificações os torna mais vulneráveis devido aos riscos para sua saúde e qualidade de vida, principalmente relacionados a comportamentos associados ao tabagismo, consumo de álcool e drogas, agressões, relações sexuais desprotegidas, dietas inadequadas e sedentarismo que compõem o cenário das causas diretamente relacionadas à morbidade e mortalidade observada nesta faixa etária (DEL CIAMPO; DEL CIAMPO, 2011).

Dados da OMS revelavam em 2017, que a população mundial era composta por 1,2 bilhão de adolescentes, ou seja, uma em cada seis pessoas no mundo tinha idade entre 10 e 19 anos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). No Brasil, os adolescentes representavam 17,9% da população brasileira no ano de 2010, dado que corrobora a estimativa global (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). No Espírito Santo, segundo a mesma fonte, os adolescentes correspondiam a 17,2% da população geral, destes 50,5% eram representados pelo sexo masculino e 49,5% pelo sexo feminino (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Uma das portas de entrada no sistema de saúde para esses adolescentes é o SAMU, que, por meio de sua Central de Regulação Médica de Urgências, garante a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências conforme são preconizadas pela Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011a).

Para a operacionalização da rede de atenção às urgências, é fundamental conhecer a demanda e o perfil de morbidade da população atendida no serviço, o que possibilita a análise de suas necessidades e o direcionamento adequado para a efetiva atenção integral à saúde. Os atendimentos do SAMU as crianças e adolescentes em situação

de violência contemplam situações críticas, classificadas como urgência, e a vítima que não foi levada por outros meios a serviços fixos de atendimento à saúde. Portanto, representa parte da população que sofre o fenômeno, sendo exclusivamente detentoras de agravos críticos (DONATO, 2016).

O presente estudo se propôs a conhecer esse público e suas necessidades agudas, buscando observar diferenças entre os gêneros nas ocorrências que levam ao acionamento do SAMU 192, assim como estudar fatores sociodemográficos que possam interferir nessa assistência e no destino do paciente, a fim de contribuir para um cuidado integral e resolutivo, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

Para alcançar estes objetivos realizou-se um estudo observacional, transversal com coleta retrospectiva dos dados dos boletins de ocorrência pré-hospitalar dos meses de janeiro a dezembro do ano de 2015. Os dados foram coletados na Central de Regulação Médica das Urgências, localizada em Vitória, Estado do Espírito Santo, onde ficam armazenados os boletins de ocorrência pré-hospitalar e as informações dos pacientes adolescentes. Foram incluídos pacientes de 10 a 19 anos, considerados adolescentes, conforme Organização Mundial de Saúde, oriundos do atendimento primário e excluídos os pacientes em cujo prontuário não constava as variáveis selecionadas.

A seleção da amostra ocorreu por meio do processo de amostragem aleatória sistemática dos 51.555 pacientes assistidos em 2015, utilizando um intervalo de seleção preestabelecido. Estabeleceu-se uma amostra de 2.502 pacientes, destes, 180 eram adolescentes, que correspondem a 7,2% da população atendida na amostra selecionada. Foram excluídos 38 (21,1%) adolescentes por não apresentarem registro de gravidade presumida, uma das variáveis de interesse, sendo incluídos na presente pesquisa, 142 adolescentes.

Coletou-se informações quanto ao sexo (masculino, feminino), idade em anos (10 a 14 anos – pré-adolescência, e de 15 a 19 anos – adolescência), municípios de ocorrência, período da semana (segunda a sexta-feira e final de semana – sábado e domingo), tipo de ocorrência (clínica, trauma, psiquiátrica, gineco-obstétrica), tipo de

recurso empenhado (Unidade de Suporte Básico (USB), Unidade de Suporte Avançado (USA, USB seguida de USA), se os pacientes foram removidos (se foram encaminhados ao Hospital, Pronto Atendimento/Unidade de Pronto Atendimento - UPA - 24 h ou SVO) ou não removidos do local da ocorrência (liberados no local, recusaram atendimento ou óbito).

Para fins de análise, os 17 municípios atendidos em 2015 foram agrupados em quatro categorias, seguindo a logística administrativa do SAMU, fonte da pesquisa, e sua área de abrangência, tendo em vista, no mínimo, uma USA por região. Foram, assim, categorizados:

- a) Região de Vitória (Cariacica, Serra, Viana, Vila Velha, Vitória);
- b) Região de Guarapari (Anchieta, Guarapari, Piúma);
- c) Região de Santa Teresa (Fundão, Itaguaçu, Santa Maria de Jetibá e Santa Teresa) e;
- d) Região de Venda Nova do Imigrante (Afonso Cláudio, Brejetuba, Domingos Martins, Marechal Floriano, Venda Nova do Imigrante).

A população geral foi classificada quanto ao nível de urgência/gravidade estimada pelo médico regulador no momento do acionamento. A caracterização dos casos foi por interrogatório realizado pelo médico regulador, que estabeleceu diagnóstico sindrômico e presumiu a gravidade para estabelecer prioridades. As informações foram extraídas do sistema de regulação e categorizadas como:

1. Prioridade Absoluta (Vermelho);
2. Prioridade Moderada (Amarelo);
3. Prioridade Baixa (Verde); e
4. Prioridade Mínima (Azul).

Para fins de análise, ao se considerar o nível de urgência/gravidade estimada, devido ao menor número de atendimentos classificados como Prioridade Baixa (Verde) e Prioridade Mínima (Azul) essas variáveis foram agrupadas.

A análise descritiva foi reportada por tabelas de frequências para variáveis nominais e medidas de resumo de dados, como médias, desvio padrão, mínimo e máximo, para as variáveis contínuas. A análise inferencial foi realizada por testes univariados, adotando nível de significância de $p < 0,05$, por meio do teste de qui-quadrado e resíduo do qui-quadrado (aplicado àquelas variáveis nas quais houve associação demonstrada pelo teste do qui quadrado), com Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) para todas as análises, utilizando-se o software SPSS - IBM 23.

Para as variáveis em que houve associação significativa ($p < 0,05$), foi calculado o resíduo do qui-quadrado (resíduo ajustado), sendo considerada associação significante entre duas categorias na referida casela onde o resíduo ajustado apresentou valor maior que 1,96, ou seja, quanto maior o valor do resíduo ajustado, maior a associação entre as referidas categorias.

Como resultado, verificou-se que 7,2% da população assistida pelo SAMU 192 no período do estudo era composta por adolescentes. Desses, foram incluídos no estudo 142 adolescentes (5,7%), dos quais 35% eram do sexo feminino e 65% do sexo masculino. A média de idade era de 15 anos e 6 meses com desvio padrão de mais ou menos 2,77 anos, com idade mínima de 10 anos e máxima de 19 anos.

Dos 142 pacientes incluídos no estudo, a maioria pertencia ao grupo de adolescentes, entre 15 e 19 anos (65%). Foram atendidos de segunda a sexta-feira (72%), no período diurno (56%). Observou-se predomínio de ocorrências de trauma, responsáveis por 54,9% dos atendimentos, seguidas de ocorrências clínicas 30,3%, psiquiátricas 9,9% e gineco-obstétricas 4,9%. Em relação à gravidade estimada, houve predomínio das ocorrências classificadas como amarelo, a USB foi o recurso mais utilizado (73,2%) e 83,8% dos pacientes foram removidos. Dos municípios atendidos pelo SAMU, a Grande Vitória foi responsável por 74% das ocorrências.

Observou-se associação significativa ($p < 0,05$) entre o tipo de ocorrência e o sexo, com relação às ocorrências clínicas para o sexo feminino e ocorrências de trauma para o sexo masculino. Na Tabela 1 apresentamos a análise estatística com as variáveis estudadas em relação ao sexo.

Tabela 1 - Comparação das características sociodemográficas dos pacientes adolescentes atendidos pelo SAMU, idade, distribuição desses atendimentos durante a semana, o turno, o tipo de ocorrência, gravidade estimada, tipo de recurso enviado, município de ocorrência, remoção ou não do paciente após o atendimento

Variável	Sexo				P
	Feminino		Masculino		
	N	%	N	%	
	51	35,9	91	64,1	
Idade					
10 a 14 anos	18	35,3	32	35,2	0,988
15 a 19 anos	33	64,7	59	64,8	
Distribuição por dia da semana					
Dia de semana	36	70,6	66	72,5	0,805
Final de semana	15	29,4	25	27,5	
Turno					
Matutino	14	27,5	12	13,2	0,050
Vespertino	14	27,5	40	44,0	
Noturno	23	45,1	39	42,9	
Tipo de Ocorrência					
Clínica	20	39,2	23	25,3	0,000*
Trauma	19	37,3	59	64,8	
Gineco-Obstétrica	7	13,7	0	0,0	
Psiquiátrico	5	9,8	9	9,9	
Gravidade estimada					
Vermelho	8	15,7	22	24,2	0,406
Amarelo	35	68,6	59	64,8	
Verde/Azul	8	15,7	10	11,0	
Tipo de Recurso Enviado					
USA	6	11,8	20	22,0	0,379
USB	42	82,4	64	70,3	
USB/USA	1	2,0	1	1,1	
Sem informação	2	3,9	6	6,6	
Município de Ocorrência					
Grande Vitória	40	78,4	65	71,4	0,201
Litoral Sul	6	11,8	7	7,7	
Região de Santa Teresa	3	5,9	4	4,4	
Região de Venda Nova do Imigrante	2	3,9	8	8,8	
Sem informação	0	0,0	7	7,7	
Removidos					
Sim	44	86,3	76	83,5	0,663
Não	7	13,7	15	16,5	

USA = Unidade de Suporte Avançado

USB = Unidade de Suporte Básico

* Realizado teste qui-quadrado $p < 0,05$

Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela 2 apresenta a comparação dos pacientes do sexo feminino e masculino atendidos pelo SAMU removidos e não removidos. Quanto aos pacientes removidos apresenta o destino após atendimento; para os não removidos apresenta como desfecho liberado no local, recusa atendimento e óbito.

Tabela 2. Comparação dos pacientes do sexo feminino e masculino atendidos pelo SAMU removidos e qual destino após atendimento, e desfecho dos pacientes não removidos

Variável	Sexo						p
	População Geral		Feminino		Masculino		
	N	%	n	%	N	%	
Removidos SIM							
Hospital	39	32,2	13	29,5	26	33,8	0,716
PA/UPA	18	14,9	8	18,2	10	13,0	
Outros	64	52,9	23	52,3	41	53,2	
Removidos NÃO							
Liberados no local	9	40,9	5	71,4	4	26,7	0,119
Recusa atendimento	8	36,4	2	28,6	6	40,0	
Óbito	4	18,2	0	0,0	4	26,7	
Sem informação	1	4,5	0	0,0	1	6,7	

PA = Pronto Atendimento

UPA = Unidade de Pronto Atendimento

Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela 3 apresenta o resíduo do qui-quadrado (resíduo ajustado) calculado para as variáveis em que houve associação significativa ($p < 0,05$).

Tabela 3. Resíduo do qui-quadrado referente à variável onde houve associação na Tabela 1

TABELA 3		
Variável	Sexo	
	Feminino	Masculino
Clínico	2,4*	-2,4
Psiquiátrico	0,3	-0,3
Trauma	-2,4	2,4*

*Resíduo do qui-quadrado (resíduo ajustado) com valores superiores a 1,96.

Fonte: Elaborada pela autora.

A seguir apresenta-se a discussão tendo como base as leituras realizadas e os resultados de pesquisa de campo.

A adolescência, por suas peculiaridades, se manifesta como um grupo prioritário para a formulação de políticas de promoção à saúde prevenção de doenças e agravos. Nesse período os adolescentes buscam novas referências e experiências, fato que por vezes, pode implicar em comportamentos considerados de risco e exposição a causas externas de óbitos. Esses eventos, além da possibilidade de morte podem resultar em lesões e incapacidades definitivas, que podem causar danos físicos, emocionais, sociais além de intenso sofrimento para os familiares das vítimas e gastos onerosos ao sistema de saúde. São, portanto, um relevante problema de saúde pública em vários países (MALTA et al., 2012).

No ano de 2015 verificou-se que os adolescentes atendidos pelo SAMU, correspondiam à 7,2% da população estudada. Quando analisados apenas os adolescentes que preenchiam as variáveis de interesse para a pesquisa, esse número foi equivalente à 5,7% da população atendida. Esse resultado é diferente da prevalência observada por Almeida et al. (2016) que analisou atendimentos realizados pelo SAMU em Botucatu, onde os adolescentes representavam 15,9% da população que participou do estudo.

Quanto às variáveis estudadas, averiguou-se que a maioria dos adolescentes tinha entre 15 e 19 anos e era do sexo masculino. Quanto à distribuição por dias de semana e turno, dias de semana e período diurno foram responsáveis pelo maior número de ocorrências. Observou-se que houve associação significativa para ocorrências clínicas no sexo feminino e trauma para o sexo masculino. A maioria das ocorrências foi classificada como amarelo, e o recurso mais empenhado foi a Unidade de Suporte Básico. A Grande Vitória foi responsável pela maior parte dos atendimentos e os Hospitais foram os destinos mais frequentemente utilizados.

Na presente pesquisa, houve associação do gênero masculino às ocorrências de trauma e do gênero feminino às ocorrências clínicas, o que também foi observado por Cabral e Souza (2008) em estudo realizado no município de Olinda onde observou-se que 72,1% das causas externas ocorriam com indivíduos do gênero masculino. A

influência do gênero também foi observada por Moreira (2018), que realizou pesquisa com o objetivo de verificar a distribuição dos óbitos de adolescentes por acidentes de transporte segundo tipo de vítima, faixa etária, e sexo, e observou nos resultados que o sexo masculino representou o maior número de óbitos tanto na faixa etária de 10 à 14 anos, quanto entre 15 à 19 anos, para todos os tipos de vítimas envolvidos.

Historicamente o masculino representa a supremacia e o poder, enquanto o feminino é associado à fraqueza e dependência e mesmo com as mudanças de papéis sociais que possibilitaram muitos avanços com relação à igualdade de gênero, os homens ainda hoje, são mais expostos a riscos cotidianos do que as mulheres, por questões de trabalho, lazer, locomoção, dentre outros, contribuindo para a formação de comportamentos estressantes e agressivos (BRASIL, 2010).

Ao se considerarem as ocorrências de trauma, verificou-se que existiu uma associação expressiva com o gênero masculino, pois foram responsáveis por 64,1% dos atendimentos neste grupo. As causas de trauma mais frequentes foram os acidentes de transporte terrestre, seguidas de agressões físicas ou por arma de fogo e quedas. O fato de jovens do sexo masculino serem vítimas mais frequentes no trânsito, assemelha-se a diversos estudos, sendo o uso abusivo de álcool e o desrespeito às leis diretamente relacionados aos acidentes de transporte (SILVA; MESCHIAL; OLIVEIRA, 2016).

Ao se realizar a análise da ocorrência do trauma no gênero feminino também se observou o predomínio de acidentes de transporte terrestre seguidos de quedas como origem do chamado. Destaca-se que apesar do Espírito Santo ser um estado com elevados índices de violência contra as mulheres não se observaram chamados que tinham como origem agressão física, por arma de fogo ou arma branca nas adolescentes estudadas. Registra-se que:

As notificações de violência por arma de fogo contra a mulher quase quadruplicaram desde 2009. O medo de especialistas é que, com a mudança nas regras para posse de arma, o número aumente. De acordo com o “Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil”, embora homens sejam mais frequentemente vítimas de armas de fogo do que mulheres, esse tipo de arma foi o meio mais usado nos 4.762 homicídios de brasileiras registrados em 2013. Foram 2.323 casos, o equivalente a 48,8%, seguido por objeto cortante/penetrante

(25,3%), objeto contundente (8%), estrangulamento/sufocação (6,1%) e outros (11%) (LIBÓRIO, 2019, grifo do autor).

Ao se avaliar o tipo de atendimento classificado como clínico, neste estudo foi observado que houve associação, estatisticamente significativa, para o gênero feminino. Alguns motivos de acionamento foram crise convulsiva, dispneia e síncope, semelhante aos resultados observados em estudo realizado em Botucatu por Almeida et al. (2016) que analisou atendimentos realizados pelo SAMU. Para o gênero masculino observamos que as ocorrências de natureza clínica representaram 25,3% dos atendimentos realizados, com motivos de solicitação semelhantes ao gênero feminino.

Quanto às ocorrências gineco obstétricas, estas corresponderam na faixa etária da adolescência a 13,7% dos atendimentos realizados para o gênero feminino, sendo as causas mais frequentes, trabalho de parto seguido de aborto, resultado também observado por Almeida et al. (2016), que identificou na população estudada, a ocorrência do trabalho de parto como principal causa gineco obstétrica para acionamento do SAMU.

As ocorrências gineco obstétricas, nos trazem temas para reflexão como a gravidez na adolescência e todas as suas repercussões tanto para a saúde materna quanto às perspectivas desta adolescente em relação ao futuro. Farias e More (2012) afirmam que dentre alguns dos problemas comumente relacionados a esta condição, destacam-se os riscos para a saúde de mãe e filho, o baixo nível socioeconômico, o início precoce da menarca e relações sexuais, abandono escolar, violência sexual entre mulheres com menos de 14 anos, sofrimento psíquico e dificuldades na adoção de comportamentos contraceptivos, que se constituem como experiências subjetivas e graduais, adquiridas ao longo do tempo. Entretanto, é importante destacar que para algumas adolescentes a gestação e a maternidade possam fazer parte de um projeto de vida familiar e social, representando amadurecimento pessoal, como destaca Jager et al. (2014).

Ao considerar-se as causas psiquiátricas de atendimento, na presente pesquisa, foram observadas como principais queixas a agressividade, agitação e autoagressão, tanto nas adolescentes quanto nos adolescentes. Quando se discute a saúde mental observa-se jovens que apresentam tendências suicidas e comportamentos de

autoagressão. Segundo Rossi et al. (2019), no Brasil, ao longo da história, as ações de cuidado em saúde mental, voltadas a crianças e adolescentes repousam na omissão, exclusão e assistência fortemente marcada pela institucionalização. Embora estudos relacionados à saúde mental infanto-juvenil tenham tido um crescimento após a instituição do ECA e dos Centros de Atenção Psicossociais Infanto-juvenis (CAPSij), eles ainda são incipientes considerando-se, especialmente, a população adolescente. Portanto para o tratamento adequado da crise em saúde mental é preciso buscar o diagnóstico, identificando precocemente os sinais de sofrimento agudo do indivíduo.

Em pesquisa similar, Almeida et al. (2016) analisaram os atendimentos do SAMU 192 em Botucatu e verificaram para o ciclo de vida de adolescentes que 46,4% dos atendimentos corresponderam a causas clínicas, 24,5% trauma, 22,3% gineco-obstétricas, e 6,8% psiquiátricas. O estudo analisou todos os ciclos de vida e não comparou o tipo de ocorrência ao gênero envolvido por faixa etária. Portanto, pode-se afirmar apenas para a população geral, qual foi a prevalência de determinado tipo de ocorrência em relação ao gênero. Para o gênero masculino observou-se como causas clínicas 52% dos atendimentos, trauma 64,35%, e psiquiátricas 66,67% das ocorrências. Quanto ao gênero feminino observou-se como causas clínicas 47,96% dos atendimentos, trauma 35,65%, gineco-obstétricas 100% e psiquiátricas 33,33%. Este estudo, no que tange às causas de trauma e clínicas atendidas pelo SAMU, corrobora o resultado encontrado para a população de adolescentes da presente pesquisa, onde se evidenciou que a maior parte dos atendimentos de trauma ocorreu com o gênero masculino, da mesma forma em que se observou predomínio de ocorrências clínicas para as adolescentes atendidas.

Observou-se na amostra estudada, a ocorrência de quatro óbitos, sendo 75% por causas externas e 25% por causas clínicas, todos envolvendo o sexo masculino, o que se permite também refletir sobre a gravidade destas ocorrências.

A implicação do trauma medida em mortes, em demanda à atenção pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação, assim como às incapacidades geradas, os anos potenciais de vida perdidos, e o impacto nas famílias das vítimas e na sociedade em geral, têm levado instituições estrangeiras e nacionais a reconhecerem a sobrecarga que esses eventos produzem nos sistemas de saúde e o significativo custo social e econômico que representam. Estudos de perfil dos óbitos por traumas, baseados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), têm fornecido importantes

informações quanto às características das vítimas, magnitude e transcendência, em diversas localidades (JORGE; KOIZUMI, 2007). Soma-se a esta informação a publicação do Fundo das Nações Unidas pela Infância que registra os riscos à sobrevivência e à saúde do adolescente destacando os acidentes, AIDS, gestação precoce, abortos inseguros, comportamentos de risco, problemas de saúde mental e violência (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011).

Por fim, cabe ressaltar que, as principais limitações encontradas neste estudo foram dificuldades na coleta de dados caracterizadas por preenchimento inadequado dos boletins de ocorrência, e a ausência de protocolos de regulação médica do SAMU do Espírito Santo, disponíveis para consulta pública, que pudessem subsidiar a discussão.

Além disso, houve dificuldade em se encontrar estudos brasileiros envolvendo a população de adolescentes de acordo com as mesmas variáveis e categorias pesquisadas, o que tornou difícil a comparação entre os resultados encontrados. Nesse sentido, torna-se evidente a necessidade de novas pesquisas com foco nesse extrato populacional e que possam utilizar abordagens longitudinais.

Dessa maneira, o presente estudo possibilitou constatar que existe influência do gênero nas ocorrências por causas externas no gênero masculino. Considerando-se que as ocorrências de trauma são a principal causa de mortalidade para a faixa etária, fazem-se necessários o planejamento e o desenvolvimento de políticas públicas que previnam esse tipo de ocorrência, não apenas entre os adolescentes, mas na população geral.

É pertinente alertar a população e os gestores públicos para que a dimensão do problema da violência letal contra adolescentes, que é crescente, possa ser modificada. O maior êxito para se reduzir a morbidade e mortalidade de adolescentes vítimas de causas externas passa por uma questão de articulação intersetorial. Nessa perspectiva, o SUS se constitui em um importante espaço de prevenção de agravos e promoção à saúde no seu conceito mais amplo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na adolescência, a saúde não se encerra apenas na ausência de doenças ou na prevenção de comportamentos de risco. Ela está relacionada à qualidade de vida do adolescente, alcançada por meio da satisfação pessoal, do desenvolvimento de competências sociais, e também, da manutenção relativamente duradoura de comportamentos que promovam o seu desenvolvimento e saúde.

No entanto, o adolescente, nem sempre esteve no centro das atenções. No princípio, a infância e adolescência foram tratadas com políticas voltadas para a proteção do menor delinquente e abandonado. Observou-se, ao longo de décadas, que não foram registradas políticas específicas para a infância e adolescência. Só a partir da Constituição de 1988, o adolescente tornou-se sujeito de direitos. Significa que a criança e o adolescente passaram a ter garantidos direitos e deveres de cidadãos, determinando à família, à sociedade, à comunidade e ao Estado a corresponsabilidade pela proteção integral desse público, já que antes a tarefa era exclusiva do antigo juiz de menores.

O conjunto destes programas e ações teve como objetivo proporcionar o acesso do adolescente ao sistema de saúde por meio da atenção primária, com enfoque na promoção de saúde e prevenção de agravos, inserido na proposta do SUS e pautado na atenção integral, em uma de abordagem multiprofissional. Destacam-se programas como o PROSAD, cujas diretrizes preconizavam que todas as ações deveriam partir de uma visão de adolescência como um fenômeno socialmente construído. Neste sentido considerou-se os processos de saúde-doença, as características pessoais dos adolescentes, resultantes de interações biológicas, psicológicas e sociais em diferentes contextos.

Foi também a partir da nova Constituição Federal de 1988 e da Convenção das Nações Unidas sobre Direitos das Crianças em 1989, que efetivou-se eficazmente a construção e publicação da nova lei para a infância e adolescência: O ECA, que deixa para trás a doutrina de *situação irregular*, revogando o Código de Menores de 1979, e dispõe sobre a política de proteção integral. A doutrina de proteção integral

reconhece a infância enquanto detentora de direitos fundamentais como: direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, e, também, de direitos sociais, como: direito à saúde, à educação, à cultura, ao lazer, à convivência familiar e comunitária, entre outros. A infância passa a ser legislada com medidas protetivas e socioeducativas.

Dando continuidade às políticas públicas voltadas ao adolescente foi lançado em 2003 o projeto *Saúde e Prevenção nas Escolas*, que teve como elementos inovadores a disponibilização de preservativos as escolas, a integração entre as escolas e as unidades básicas de saúde, respeitando a autonomia dos sistemas educacionais e das escolas, bem como a participação da comunidade em todo o processo.

No ano de 2007 é lançado o Programa Saúde na Escola, que representou uma política Intersectorial entre os Ministérios da Saúde e o Ministério da Educação. Apresentava como perspectiva a atenção à saúde integral por meio da prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público da Educação Básica composta pelos níveis: Educação infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio. O Programa propõe avaliações clínicas, psicossociais, nutricionais e avaliações da saúde bucal. As ações são direcionadas ao enfrentamento das vulnerabilidades sociais que afetam o desenvolvimento de crianças, dos adolescentes e dos jovens da rede pública de ensino.

Todavia, indo de encontro ao olhar protetor das políticas públicas, onde o modelo adotado inclui a abordagem do adolescente na Atenção Básica, com o objetivo de promoção e prevenção de doenças, observou-se que, ao longo dos anos, a necessidade de modificar a estratégia de abordagem desses indivíduos, uma vez que as principais causas de morte de adolescentes no Brasil são as causas externas, que compreendem, traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. As agressões estão incluídas e são a principal causa de morte entre as causas externas.

A constatação de que os principais determinantes que matam os adolescentes são as causas externas faz-se refletir sobre como este cenário poderia ser modificado. Todavia esse fenômeno não é exclusivo da sociedade brasileira, a grande

vulnerabilidade do adolescente à morte por causas externas, principalmente os adolescentes do sexo masculino, tem sido descrita por diversos estudos no Brasil e no mundo.

O fenômeno da violência sofre influência direta do capitalismo, pois o elevado número de homicídios observado está intimamente relacionado à desigualdade social, onde jovens e pobres, por serem mais vulneráveis, tornam-se as principais vítimas (SILVA, LOPES, 2009, p. 96).

Com o intuito de buscar meios para a promoção da saúde do adolescente, fez-se necessário estudar as características do atendimento do mesmo, e se há influência do gênero nas ocorrências atendidas pelo SAMU. Notou-se que poucos estudos foram realizados para traçar o perfil de atendimento de adolescentes, comparando se há influência do gênero, e com a finalidade de verificar se o gênero aumentava o risco para determinado tipo de atendimento.

Foi observado que as causas externas são mais frequentes em adolescentes do sexo masculino, enquanto para o sexo feminino predominaram ocorrências clínicas, possibilitando fornecer informações relevantes sobre a população estudada e traçar medidas de ação preventivas.

Entre as causas externas, os acidentes de transporte terrestre foram os mais frequentes tanto para o sexo masculino quanto feminino, entretanto a segunda causa para o sexo masculino foram as agressões enquanto para o sexo feminino foram quedas. No Brasil as agressões configuram a principal causa de óbito em adolescentes do sexo masculino por causas externas. Por esses fatos, a presente pesquisa foi delineada com o objetivo de verificar as características epidemiológicas das ocorrências envolvendo adolescentes atendidos pelo SAMU 192 em 2015 e verificar a influência do gênero nesses atendimentos.

Os 180 adolescentes no referido ano compuseram a proporção de 7,2% de todos os pacientes atendidos pelo SAMU à mesma época. Entre as variáveis estudadas verificou-se que 35,9% pertenciam ao gênero feminino, enquanto 64,1% eram do masculino e para ambos houve predomínio de adolescentes com idade entre 15 e 19

anos. Sobre a distribuição dos atendimentos por dia de semana observou-se predomínio em dias de semana com 71,8% dos atendimentos. Verificou-se relação significativa entre: tipo de atendimento clínico para o sexo feminino e trauma para o sexo masculino. Entre os adolescentes do sexo masculino, foi constatado que o número de ocorrências por trauma representou 64,8% dos atendimentos e as causas de trauma mais frequentes foram os acidentes de transporte terrestre, seguidas de agressões físicas ou por arma de fogo e quedas. Para o sexo feminino houve predomínio de ocorrências clínicas, que representaram 39,2% dos atendimentos, sendo observadas queixas como crise convulsiva, dispneia e síncope.

Pesquisar a influência do gênero nas ocorrências atendidas pelo SAMU é imprescindível para subsidiar debates sobre as características de atendimento que envolvem a população estudada e suas necessidades, uma vez que o papel do SAMU na Rede de Urgência e Emergência é garantir o acesso do paciente aos serviços de saúde, conforme suas necessidades. Destrinchar suas características é preciso para que seja mais específico na elaboração de políticas de prevenção, promoção e reabilitação da saúde.

Diante das políticas públicas de saúde instituídas para o adolescente, que visam, com prioridade à atenção primária, cabe propor que um trabalho educativo e de conscientização com a participação do adolescente tanto na elaboração quanto na avaliação das ações implementadas, seja realizado, respeitando suas necessidades e particularidades, pois trata-se de uma população jovem e que representa um elevado custo socioeconômico para o futuro. É pertinente a divulgação desses dados aos gestores, profissionais de saúde e público em geral para conhecimento e promoção à saúde.

É importante também destacar a necessidade de políticas sociais, investimentos em pesquisas e intervenções que contribuam com o fornecimento de técnicas, instrumentos e subsídios para atuar em conformidade com os direitos humanos e assim promover a cidadania, possibilitando a participação dos adolescentes no enfrentamento às desigualdades.

Propõe-se realizar novas pesquisas para verificar a procedência dos adolescentes atendidos, no sentido de identificar as comunidades em situação de vulnerabilidade e incentivar a discussão da violência e sua prevenção. Além de promover ações com os adolescentes das comunidades identificadas como mais vulneráveis, com discussão entre os profissionais de saúde das Unidades Saúde da Família dos bairros e com os educadores da área adscrita.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A., E KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artmed, 1989.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Pelo direito universal à saúde**: contribuição da ABRASCO para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

ALMEIDA, P. M. V. et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 289-95, 2016.

ALMEIDA FILHO, A. J.; LOURENÇO, L. H. S. C.; PORTO, F. Conferência nacional de proteção à infância: fins e organização de associações de proteção higiênica à infância. **Rev Esc Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 403-8, set. 2007.

ARAÚJO, E. D. S.; COSTA, A. J. S. Aspectos psicossociais de adolescentes de escolas públicas de Florianópolis/SC. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 219-25, 2009.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010.

BRAGA J. C. S.; GOES, S. P. **Saúde e previdência**: estudos da política social. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente**. normativas internacionais. Brasília, DF: Conanda, 2002b.

_____. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 dez. 2007. Seção 1, p. 2.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990 e retificado em 27 set. 1990a. Seção 1.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Seção 1, p. 18055.

_____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2011a. Seção 1, p. 70.

_____. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2002a. Seção 1, p. 32-54.

_____. Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Política Nacional de Atenção às Urgências Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 17 dez. 2004. nº 242, seção 1, p. 76.

_____. Resolução nº 466, de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. _____. **Normas de atenção à saúde integral de adolescente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

_____. _____. **Indicadores e dados básicos: 2014**. Brasília, DF: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2014.

_____. _____. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

_____. _____. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. _____. **Programa saúde do adolescente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. _____. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. _____. **Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. **Saúde na escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. **Sistema de informações sobre mortalidade**. 2017a Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 05 out. 2018.

_____. Presidência da República. Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção aos menores. **Coleção de Leis do Brasil**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1927, p. 476.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V. Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 530-40, dez. 2008.

CALVI, P. **Casos de feminicídio aumentam no Espírito Santo; CDHM pede informações ao governo capixaba**. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/casos-de-feminicidio-aumentam-no-espírito-santo-cdhm-pede-informacoes-ao-governo-capixaba>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

CASTELHANO, M.; FERRAZOLI, M.; MUNIZ, E. Perspectivas de vida do adolescente na sociedade capitalista. **Rev Inst Pesq Est: Construindo o Serviço Social**, Bauru, v. 14, n. 26, p. 01-71, jul./dez. 2010.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A questão democrática na área de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 11-13, jan./fev./mar. 1980.

CÉSAR, M. R. A. **A invenção da “adolescência” no discurso psicopedagógico**. 1998. 133 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

COELHO, B. L. M. A proteção à criança nas constituições brasileiras: 1824 a 1969. **Rev Informação Legislativa**, Brasília, DF, v. 35, n.139, p. 93-108, jul./set. 1998.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens, das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1985.

COSTA JUNIOR, A. L. Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In: DESSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, A. L. (Ed.). **A ciência do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 171-89.

DEL CIAMPO, L. A.; DEL CIAMPO, I. R. L. Perfil de morbidade e hospitalização entre adolescentes da região de Ribeirão Preto/SP. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 2, p. 195-201, jun. 2011.

DONATO, L. M. T. M. **Crianças e adolescentes em situação de violência**: representações sociais dos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. 2016. 110 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Mato

Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Campo Grande -MS, 2016.

ESPÍRITO SANTO. Secretária de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Sesa realiza I Simpósio Estadual de Saúde Infanto juvenil**. 2017. Disponível em: <<http://saude.es.gov.br/Not%C3%Adcia/sesa-realiza-i-simposio-estadual-de-saude-infantojuvenil>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. _____. **PDR plano diretor de regionalização da saúde**: Espírito Santo 2011. Vitória: Secretaria Estadual da Saúde, 2011. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanoDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017.

_____. _____. **Seminário em Colatina debate sobre saúde sexual e reprodutiva na adolescência**. Vitória, ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2014.

_____. _____. Edital 01/2016. Convocação pública para parceria com organização social de saúde. **Diário Oficial dos Poderes do Estado**. Vitória, ES, 21 set. 2016.

FALEIROS, V. P. Infância e processo político no Brasil. In: PILOTTI, F.; RIZZINI, I. (Org.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano del Niño, 1995. p. 49-98.

FARIAS, R.; MORE, C. O. O. Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. **Psicol Reflex Crit**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 596-604, 2012.

FERRAZ, D. **Secult e direitos humanos lançam edital de arte de rua nos bairros do programa ocupação social**. 2018. Disponível em: <<https://sedh.es.gov.br/Noticia/secult-e-direitos-humanos-lancam-edital-de-arte-de-rua-nos-bairros-do-programa-ocupacao-social>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FONSECA, F. F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 258-64, 2013.

FRAGA, L. Secretaria Estadual de Saúde. **SESA realiza ações para comemorar o dia de prevenção à gravidez na adolescência**. Vitória, ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2007.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Adolescência**: uma fase de oportunidades. Brasília, DF: UNICEF do Brasil, 2011.

GENTILLI, R. M. L.; Transformações societárias recentes e as raízes da violência atual. In: GENTILLI, R. M. L.; COELHO, M. C. R. (Org.) **Investigações sobre violência e sociabilidade**: desafios transdisciplinares. São Paulo: Veras Editora; 2015. p. 19-40.

GONÇALVES, H. S.; GARCIA, J. Juventude e sistema de direitos no Brasil. **Psicol Ciênc Prof**, Brasília, DF, v. 27, n. 3, p. 538-53, set. 2007.

GUIMARÃES, R. (Org.) **Saúde e medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

GUIMARÃES, U. J. M. **Comentários à constituição**: direitos e garantias individuais e coletivas. Rio de Janeiro: Forense, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE: 1999.

_____. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 08 ago. 2018.

KNOBEL, M. A Síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A., E; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 24-62.

JAGER, M. E. et al. The teenager in the context of public health in Brazil: reflections on the PROSAD. **Psicol Estud**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-21, jun. 2014.

JORGE, M. H. P. M.; KOIZUMI, M. S. **Acidentes de trânsito no Brasil**: um atlas de sua distribuição. São Paulo: Abramet, 2007.

LIBÓRIO, B. **A violência contra a mulher no Brasil em cinco gráficos**. 2019. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/a-violencia-contra-mulher-no-brasil-em-cinco-graficos-23506457>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

LOPES, L. B. F. Concepção de infância: uma busca pela trajetória do legalizado. **Rev HISTEDBR**, Campinas, n. 25, p. 132-40, mar. 2007.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MALTA, D. C. Crianças e adolescentes, políticas de austeridade e os compromissos da Agenda 2030. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 348, fev. 2019.

MALTA, D. C. et al. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras – 2009. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2291-304, set. 2012.

MARQUES, C. J. **Política de atendimento aos direitos das crianças e do adolescente**: uma análise da intersectorialidade na saúde. Paraíba: Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2015.

MELO, D. L. B.; CANO, I. (Org.). **Índice de homicídios na adolescência**: IHA 2014. Rio de Janeiro, Observatório de Favelas, 2017.

MENDONÇA, M. **Ocupação social**: novas oportunidades para os jovens. 2016. Disponível em: < <https://www.es.gov.br/Not%C3%ADcia/ocupacao-social-novas-oportunidades-para-os-jovens>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

MICHAUD, P.; CHOSSIS, I.; SURIS, J. Health-related behavior: Current situation, trends, and prevention. In: JACKSON, S. L.; GOOSENS, S. L. (Ed.), **Handbook of adolescent development**. East Sussex, UK: Psychology Press, 2006. p. 284-307.

MINAYO, M. C. S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2007-16, 2018.

MIRANDA, P. **Comentários à constituição de 1946**. Rio de Janeiro: Livraria Boffoni, 1947.

MOREIRA, M. R. et al. Mortalidade por acidentes de transporte de trânsito em adolescentes e jovens, Brasil, 1996-2015: cumprimos o ODS 3.6? **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2785-96, 2018.

NOGUEIRA, M. J. **Sexualidade e gênero na adolescência**: uma perspectiva educacional. 2008. 253 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2008.

OLIVEIRA, J. V. L. **Política nacional de atenção às urgências**: regulação no cuidado do paciente idoso atendido pelo SAMU 192 no Espírito Santo. 2018. 108 p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – EMESCAM, Vitória, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Child and adolescent health and development**. Genebra: OMS, 2009.

_____. **Declaração de Alma-Ata, 1978**. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a infância no Brasil, 1979.

_____. **OPAS/OMS e ministério da Saúde lançam publicação sobre saúde e sexualidade de adolescentes**. 2017. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5482:opas-oms-e-ministerio-da-saude-lancam-publicacao-sobre-saude-e-sexualidade-de-adolescentes&Itemid=820>. Acesso em: 25 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Health agenda for the Americas 2008-2017**. Panama: Pan-American Health Organization, 2007.

PAIM, J. S. Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da República. In: VIEIRA, L. M. V. **Saúde coletiva**: textos didáticos. Salvador: Centro editorial e didático da UFBA, 1994. p.47-59.

PARADA, M. B. A.; MEDEIROS, H. R. F. Puericultura e políticas públicas de assistência à maternidade e à infância (1930-1945). In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA DA ANPUH-RIO, 14. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, NUMEM, 2010.

PASSONE, E. F. K. **Políticas sociais de atendimento à infância e juventude: o caso da Fundação Abrinq.** 2007, 173 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

RAPOSO, F. A. G.; COELHO, M. C. R. Violência doméstica contra crianças. In: GENTILLI, R. M. L.; COELHO, M. C. R. (Org.) **Investigações sobre violência e sociabilidade: desafios transdisciplinares.** São Paulo: Veras; 2015. p. 65-91.

REIS, A. A. C. et al. Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE). **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2879-90, set. 2018.

RIZZINI, I. **A criança e a lei no Brasil: revisitando a história (1822-2000).** Brasília, DF: UNICEF; Rio de Janeiro: CESP/USU, 2000.

_____. Crianças e menores do pátrio poder ao pátrio dever: um histórico da legislação para a infância no Brasil (1830-1990). In: PILOTTI, F.; RIZZINI, I. (Org.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño. 1995. p.99-168.

_____. **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Universitária Santa Ursula, 1997.

ROSSI, L. M. et al. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. e00125018, 2019

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2005.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psic, Saúde Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 217-29, set. 2015.

SILVA, C. R. S.; LOPES, R. E. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 87-106, jul./dez. 2009.

SILVA, M. M.; MESCHIAL, W. C.; OLIVEIRA, M. L. F. Mortalidade de adolescentes por causas externas no estado do Paraná: análise de dados oficiais. **Rev Bras Pesq Saúde**, Vitória, ES, v. 18, n. 3, p. 17-23, jul./set. 2016.

STUTZ, A. C. **Parto prematuro e hipertensão são preocupações da gravidez na adolescência.** Vitória, ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2015.

SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Estimativas da mortalidade infantil no Brasil, década de oitenta: proposta de procedimento metodológico. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 6, p. 451-62, dez. 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HAI): Guidance to Support Country 2017.** Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/>. Acesso em: 12 fev.2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para Coleta de Dados

Formulário para Coleta de Dados	
Grupo de Pesquisa em Urgência e Emergência	
IDENTIFICAÇÃO	PSIQUIÁTRICO
Número: _____	Suicídio Agitação Auto-Agressão
Nome: _____	Agressividade Intoxicação
Registro BO: _____	
Data: __/__/__	DESFECHO DA OCORRÊNCIA
DADOS GERAIS	TRANSPORTE PARA SERVIÇO DE SAÚDE: Sim Não
SEXO: Masculino Feminino	DESTINO DO PACIENTE: Unidade Básica PA
IDADE: _____ Anos _____ meses	UPA 24h HEUEM HESL HEC HEDDS HDJSN
PERÍODO/SOLICITAÇÃO: Manhã Tarde Noite	HEABF HSCMV HUCAM HE H Privado
HORA/SOLICITAÇÃO: _____:_____ Horas (24h)	IML SVO
DIA/SEMANA: _____	Outro: _____
TIPO RECURSO: USB USA MOTO AEROMÉDICO	LIBERADO NO LOCAL: Sim Não
USB/USA MOTO/USB MOTO/USA	ÓBITO NO LOCAL: Sim Não
MOTO/USB/USA	RECUSA DE ATENDIMENTO: Sim Não
MUNICÍPIO: _____	
BAIRRO: _____	
RUA: _____	
TIPO DE OCORRÊNCIA	
TIPO: Clín Adulto Clín Ped Gineco/Obst	
Trauma Psiquiatria	
CLÍNICO ADULTO	
Dor Torácica Dor Abdominal	
AVC PCR Dispneia Crise Convulsiva	
Desmaio Febre Hemorragia Digestiva	
Queda do Estado Geral Outros: _____	
CLÍNICO PEDIÁTRICO	
Dor PCR Dispneia	
Crise Convulsiva Desmaio Febre Vômito	
Diarréia Vômito e Diarréia Outros: _____	
GINECO-OBSTÉTRICO	
T. Parto Contr __/__ min	
Bolsa Rota Parto Domiciliar Sangramento	
Aborto Dor Pélvica	
Gesta __ Para __ Aborto __	
TRAUMA - MECANISMO	
TIPO: Agressão Queda Ac trânsito	
Queimadura Afogamento	
AGRESSÃO: F Arma de Fogo F Arma Branca	
Corporal	
QUEDA: Próp Altura Altura <6 mt Altura >6 mt	

Queda de Veículo em Movimento	
ATROPELAMENTO POR: Bicicleta Moto Carro	
Caminhão Ônibus	
COLISÃO: Bicicleta Moto Carro Caminhão	
Ônibus	
QUEDA DE VEÍC MOVIM: Bicicleta Moto Carro	
Caminhão Ônibus	
QUEIMADURA - SUPERFÍCIE CORPÓREA: _____%	
QUEIMADURA - PROFUN: 1°Grau 2°Grau 3°Grau	

ANEXOS

ANEXO A - Boletim de Atendimento Pré-Hospitalar

192		BOLETIM DE OCORRÊNCIA DO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR		59707	
Nº	UNI Nº	DATA / /	<input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Adulto	<input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Estudante	TIPO DE OCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Químico <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Psiquiátrico
NOME DO PACIENTE					
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA					
ACHADOS CLÍNICOS ADULTO					
ESCALA DE GLASGOW NORMAIS (15-16) 4 Comatoso 3 Moribundo 2 Não responde 1 Não responde		ESCALA DE AVERTON 5 Comatoso 4 Comatoso 3 Moribundo 2 Não responde 1 Não responde			
CAUSAS EXTERNAS					
PERFURANTE	<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> F.A.S.	ESCORIAÇÃO	CORTO CONTUSO	CONTUSÃO
	FRATURA EXPOSTA		FRATURA FECHADA	AMPUTAÇÃO/AVULSÃO	OUTROS
LOCAL	<input type="checkbox"/> CRÂNIO/FACE	<input type="checkbox"/> CERVICAL	<input type="checkbox"/> TÓRAX	<input type="checkbox"/> ABDOME	<input type="checkbox"/> M.S.D. <input type="checkbox"/> M.S.E. <input type="checkbox"/> M.D. <input type="checkbox"/> M.M. <input type="checkbox"/> PELVE <input type="checkbox"/> GENITAIS <input type="checkbox"/> PERÍNEO <input type="checkbox"/> DORSO <input type="checkbox"/> MÍMEICA
QUEDA	(ALTURA) <input type="checkbox"/> PRÓPRIA ALTURA <input type="checkbox"/> DE VEÍCULO EM MOVIMENTO ESPECIFIQUE O VEÍCULO:				
Vedante Atropelado	<input type="checkbox"/> POR BICICLETA <input type="checkbox"/> POR MOTO <input type="checkbox"/> POR AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> POR CAMINHÃO <input type="checkbox"/> POR ÔNIBUS <input type="checkbox"/> VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO				
COLISÃO	<input type="checkbox"/> COND. BICICLETA <input type="checkbox"/> COND. MOTO <input type="checkbox"/> COND. AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> COND. CAMINHÃO <input type="checkbox"/> COND. ÔNIBUS COLISÃO COM:				
QUEIMADURA	S.S.C. GRAU ESPECIFIQUE ÁREA E TIPO:				
AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> ÁGUA DOCE <input type="checkbox"/> ÁGUA SALGADA <input type="checkbox"/> APOIO DE				
ACHADOS CLÍNICOS PEDIÁTRICOS					
ESCALA DE GLASGOW NORMAIS (10-15) 4 Comatoso 3 Moribundo 2 Não responde 1 Não responde		ESCALA DE AVERTON 5 Comatoso 4 Comatoso 3 Moribundo 2 Não responde 1 Não responde			
CASO GINECOGONESTÉTICO					
<input type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO <input type="checkbox"/> CONDIÇÃO: _____ <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> MELHORIA <input type="checkbox"/> PARTO DOMICILIAR <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> ABORTO <input type="checkbox"/> SICK PELVIC <input type="checkbox"/> GESTA. _____ <input type="checkbox"/> P.W.A. _____ <input type="checkbox"/> ABRITO _____					
CASO PSIQUIÁTRICO					
<input type="checkbox"/> SUICÍDIO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> AUTO-AGRESSÃO <input type="checkbox"/> AGRESSIVIDADE <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO POR					
AVILIAÇÃO PRIMÁRIA					
SINAIS VITAIS	P.A. mmHg	F.C. bpm	FR. rpm	Sat. O ₂ %	
	T. Axilar °C	HGT	Escola de Glasgow		
VIA AÉREA	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		
<input type="checkbox"/> PERMEÁVEL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> PULSO CAROTÍDEO	<input type="checkbox"/> COLORAÇÃO:	<input type="checkbox"/> ALERTA	
<input type="checkbox"/> NÃO PERMEÁVEL	<input type="checkbox"/> ALTERADA	<input type="checkbox"/> PULSO RADIAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> VERBAL	
<input type="checkbox"/> SECREÇÃO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> PULSO AUSENTE	<input type="checkbox"/> CIANÓTICO	<input type="checkbox"/> DOR	
<input type="checkbox"/> CORPOS ESTRANHOS		<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/> PÁLIDO	<input type="checkbox"/> NÃO RESPONDE	
PROCEDIMENTOS					
VIA AÉREA	VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Manobras externas de desobstrução	<input type="checkbox"/> ESPONTÂNEA	<input type="checkbox"/> CURATIVO COMPRESSIVO	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO CARDÍACA		
<input type="checkbox"/> Máscara de resgônio	<input type="checkbox"/> RESPIRADOR FIO ₂ _____	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO CARDÍACA	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA		
<input type="checkbox"/> Nebulização	OXIMETRIA _____ %	<input type="checkbox"/> MASSAGEM CARDÍACA	<input type="checkbox"/> MARCA-PASSO		
<input type="checkbox"/> Câmbio de Ouedal	FR _____	<input type="checkbox"/> DESPRIELAÇÃO	<input type="checkbox"/> OXIMETRIA DE PULSO		
<input type="checkbox"/> Entubação oro-traqueal	<input type="checkbox"/> TORACOCENTESE	<input type="checkbox"/> OUTROS _____			
<input type="checkbox"/> Entubação Naso-traqueal	<input type="checkbox"/> DRENAGEM DE TÓRAX				
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia					
<input type="checkbox"/> OUTROS _____					
VIA DE ACESSO	<input type="checkbox"/> PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> PROFUNDA	<input type="checkbox"/> INTRA-ÓSSEA	<input type="checkbox"/> FLEBOTOMIA	
IMOBILIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> PRANCHA LONGA	<input type="checkbox"/> PELVE	<input type="checkbox"/> M.S.D. <input type="checkbox"/> M.S.E.
OUTROS PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:					
INTERCORRÊNCIA NO TRANSPORTE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL:					
ÓBITO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> No Local <input type="checkbox"/> No Transporte <input type="checkbox"/> Ignorado		ENCAMINHAMENTO:	
MÉDICO (A):			ENFERMEIRO (A):		
TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM:			CONDUTOR:		
PERTENÇAS DO PACIENTE:					
LOCAL DESTAJO:			NOME DO RECEPTEUR:		
FUNÇÃO DO RECEPTEUR:			ASSINATURA:		
TERMO DE RECUSA: Eu _____ portador de RG nº _____, recuso o atendimento prestado pelo SAMU eximindo-o de qualquer responsabilidade legal pelos danos causados, _____ V.V.A. SAMU Reg. nº 30 - 3ª Via Serviço Recebido (USAR CANETA AZUL OU PRETA - LETRA UPPERCASE)					

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: ESTUDO DO SAMU 192 NA REGIÃO METROPOLITANA DO ESPÍRITO SANTO

Pesquisador: CAIO DUARTE NETO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58551716.3.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.748.503

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: ESTUDO DO SAMU 192 NA REGIÃO METROPOLITANA DO ESPÍRITO SANTO

Pesquisador Responsável: CAIO DUARTE NETO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58551716.3.0000.5065

Submetido em: 05/09/2016

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Localização atual da Versão do Projeto: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Propõe-se um estudo observacional retrospectivo realizado na

Central de Regulação do SAMU 192 ES, com análise transversal dos atendimentos de pacientes agudamente enfermos, na faixa etária de 5 a 90

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 1.748.503

anos, de ambos os sexos, no período de janeiro de 2015 a dezembro do mesmo ano. Também, será realizada uma entrevista estruturada para a documentação da história do Serviço, após concordância e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, garantindo-se o anonimato dos funcionários do SAMU 192 ES. Serão incluídas as solicitações do tipo socorro, realizadas ao médico regulador, e as fichas de atendimentos dos pacientes preenchidas pelas equipes intervencionistas. Serão excluídas as solicitações do tipo trote e informação, as orientações realizadas pelos médicos reguladores aos solicitantes e os boletins de ocorrência do atendimento pré-hospitalar incompletos. A amostra compreenderá 2.500 solicitações registradas no Sistema de Regulação Médica do SAMU 192 ES, ESUSSAMU versão 1.4, e nos Boletins de Ocorrência do Atendimento Pré Hospitalar. Os dados coletados serão do tipo: gerais, tipo de ocorrência, parâmetros vitais dos pacientes, gravidade das lesões agudas, procedimentos realizados no pré-hospitalar e desfecho da ocorrência; sendo registrados em uma planilha no programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 23.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os atendimentos realizados pelo SAMU 192 da Região Metropolitana do Espírito Santo (RM-ES), no ano de 2015.

Objetivo Secundário:

a)Analisar a Política Nacional de Atenção às Urgências com enfoque na Rede de Atenção à Urgência e Emergência;b)Definir o perfil da população quanto as condições sociais, demográficas e clínicas, considerando os ciclos de vida, acometida por urgências e emergências atendida pelo SAMU 192 da RM-ES 2015;c)Caracterizar os tipos de ocorrência atendidos pelo SAMU 192 da RM-ES 2015;d)Analisar os parâmetros vitais, as vias aéreas, a respiração, a circulação e o nível de consciência dos pacientes durante a avaliação primária;e)Estratificar a gravidade das lesões agudas por meio de escores, dos pacientes atendidos pelo SAMU 192 da RM-ES 2015;f)Descrever os principais procedimentos realizados no pré-hospitalar, nas vítimas atendidas pelo SAMU 192 da RM-ES 2015;g)Analisar o desfecho dos atendimentos

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 1.748.503

realizados pelo SAMU 192 da RM-ES 2015;h) Descrever
o mapa de risco da RM-ES, segundo o observatório

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco mínimo inerente ao procedimento realizado e referente a quebra de sigilo e violação de autonomia, tendo em vista a análise de prontuário.

Observação descrita no ANEXO D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.

Benefícios:

Com o desenvolvimento da pesquisa pretendemos capacitar estudantes no entendimento da Rede de Urgência e Emergência, assim como estimular a iniciação científica dos alunos de graduação e pós-graduação das faculdades de medicina e enfermagem. Esperamos formar mestres em políticas públicas assim como profissionais qualificados no atendimento as urgências e emergências, aptos a trabalhar nos serviços públicos do Estado. Esperamos estimar, com os resultados obtidos a partir dos atendimentos de urgência e emergência do SAMU 192, a real situação da Rede de Urgência e Emergência, propondo mudanças capazes de facilitar o acesso aos serviços de saúde, de promover a prevenção das enfermidades agudas, de diminuir as sequelas e os elevados índices de mortalidade e óbitos evitáveis dos pacientes agudamente enfermos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa de relevância sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), com estudo observacional retrospectivo realizado na Central de Regulação do SAMU 192 ES, com análise transversal dos atendimentos de pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado/ Solicitou dispensa de um dos termos da pesquisa dos prontuários.

Carta de Anu~encia

Recomendações:

sem recomendações

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**



Continuação do Parecer: 1.748.503

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As orientações foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_733508.pdf	05/09/2016 15:35:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	10/08/2016 07:27:34	CAIO DUARTE NETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO.docx	09/08/2016 19:04:28	CAIO DUARTE NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_ANUENCIA.pdf	09/08/2016 15:25:05	CAIO DUARTE NETO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	08/08/2016 14:02:55	CAIO DUARTE NETO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 1.748.503

VITORIA, 27 de Setembro de 2016

Assinado por:
PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br