

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**RESILIÊNCIA, PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO  
DA VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES**

**Patricia Guimarães Penido**

**BELO HORIZONTE**

**2013**

Patricia Guimarães Penido

# **RESILIÊNCIA, PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Área de concentração: Políticas de Saúde e Planejamento

Orientadora: Profa. Dra. Elza Machado de Melo

**BELO HORIZONTE**

**2013**

P411r Penido, Patricia Guimarães.  
Resiliência, promoção de saúde e prevenção da violência entre adolescentes [manuscrito]. / Patricia Guimarães Penido. - - Belo Horizonte: 2013.  
117f.  
Orientadora: Elza Machado de Melo.  
Área de concentração: Saúde Pública.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Promoção da Saúde. 2. Resiliência Psicológica. 3. Violência/prevenção & controle. 4. Apoio Social. 5. Adolescente. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Melo, Elza Machado de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WS 462

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

*Reitor:* Prof. Clélio Campolina Diniz

*Vice-Reitora:* Profa. Rocksane de Carvalho Norton

*Pró-Reitor de Pós-Graduação:* Prof. Ricardo Santiago Gomez

*Pró-Reitor de Pesquisa:* Prof. Renato de Lima dos Santos

### **Faculdade de Medicina**

*Diretor:* Prof. Francisco José Penna

*Vice-Diretor:* Prof. Tarcizo Afonso Nunes

### **Centro de Pós-Graduação**

*Coordenador:* Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

*Subcoordenadora:* Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

### **Departamento de Medicina Preventiva e Social**

*Chefe:* Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

### **Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

*Coordenadora:* Prof<sup>a</sup>. Ada Ávila Assunção

*Subcoordenadora:* Prof<sup>a</sup>. Sandhi Maria Barreto

#### *Colegiado*

Prof<sup>a</sup>. Ada Ávila Assunção

Prof<sup>a</sup>. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof<sup>a</sup>. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof<sup>a</sup>. Sandhi Maria Barreto

Maryane Oliveira Campos (representante discente)



**FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



**DECLARAÇÃO**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Elza Machado de Melo, Bernardo Monteiro de Castro, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, aprovou a defesa da dissertação intitulada **“RESILIÊNCIA, PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES”** apresentada pela aluna **PATRÍCIA GUIMARÃES PENIDO** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 26 de fevereiro de 2013.

Profa. Elza Machado de Melo  
Orientadora

Dr. Bernardo Monteiro de Castro

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

## 1. RESUMO

A adolescência, apesar das diversas tentativas de categorização, é um período difícil de ser limitado e mensurado apenas cronologicamente. A OPAS e a OMS definem como sendo o período dos 10 aos 19 anos e a Constituição Brasileira, seguindo o Estatuto da Criança e do Adolescente, considera o período entre os 12 e os 18 anos. É uma fase de complexas mudanças biopsicossociais, um período no qual o sujeito se encontra em posição de vulnerabilidade, configurando uma situação de risco. Por sua magnitude e transcendência, a violência é tida atualmente como importante fator de risco psicossocial, e foi incorporada nas agendas dos governantes em âmbito nacional e mundial como prioridade e grande desafio da saúde pública. Em nosso país, violências e acidentes são classificados conjuntamente sob a denominação de causas externas e ocupam o terceiro lugar nas causas de mortalidade em geral. Os dados são ainda mais críticos quando dizem respeito aos adolescentes e jovens, que são a faixa mais atingida, sendo apontados como as principais vítimas e autores da violência e entre os quais as causas externas representam a primeira causa de mortalidade. Aceita-se que o conhecimento dos riscos é importante para combatê-los, mas que restringir os esforços na extinção dos mesmos não é factível. O foco dos estudos não deve se limitar aos riscos, mas sim privilegiar os fatores de proteção que podem modificar a resposta do indivíduo frente às adversidades protegendo-o e proporcionando alternativas para a superação dos acontecimentos negativos, fortalecendo sua capacidade de seguir em frente. A este processo denomina-se *resiliência*. Dentro dos fundamentos fortemente vinculados ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos e comunidades para desenvolver e manter condições e estilos de vida saudáveis e uma cultura de paz, está o conceito da promoção da saúde, que figura como estratégia central em todas as iniciativas de incorporação da violência como problema de saúde. Neste trabalho objetivamos estudar os fatores protetivos, dentro dos marcos da promoção de saúde e da resiliência, envolvidos na prevenção da violência entre adolescentes. Trata-se de estudo de natureza qualiquantitativa apresentado na forma de dois artigos. O primeiro, uma revisão sistemática de literatura, e o segundo, um artigo de resultados obtidos através da análise de banco de dados formado por questionários respondidos por 702 adolescentes e jovens de Belo Horizonte. Na revisão confirmamos a importância das intervenções baseadas na promoção da saúde e no fortalecimento da resiliência como estratégias

valiosas na prevenção de diversos tipos de violência. No artigo de análise de resultados, constatamos que a falta das redes de apoio social e afetivo estão estatisticamente relacionadas à adoção de diversos comportamentos de risco entre a amostra pesquisada. Concluimos então, que a promoção da saúde, visando ao fortalecimento dos fatores de proteção e conseqüentemente da resiliência, realmente pode ser uma ferramenta muito útil na prevenção da violência entre adolescentes e jovens.

## **2. ABSTRACT**

Adolescence, despite several attempts at categorization, is a period difficult to be limited chronologically. According to PAHO and the WHO, this is the period between 10 to 19 years. The Brazilian Constitution, following the Statute of Children and Adolescents, considers the period between 12 and 18 years. It is a phase of complex biopsychosocial changes, a period in which the person is in a position of vulnerability, establishing a risk. By its magnitude and transcendence, violence is seen today as important psychosocial risk factor, and was incorporated into the agendas of national and global governments as a priority and a challenge for public health. In our country, violence and accidents are classed together under the name of “external causes”, and ranks third in the causes of mortality in general. The data are even more critical when considering adolescents and young people, who are the most affected, being cited as the main victims and perpetrators of violence. Among them, external causes are the major cause of mortality. It is accepted that knowledge about the risks is important to fight them, but limit the efforts in extinguishing the risks is not feasible. The focus of the studies should not be limited to the risks, but rather focus on protective factors, that can modify the individual's response to adversity, protecting and providing alternatives to overcome the negative events, enhancing his ability to move on. This process is called resilience. Within the strategies linked to strengthening the capacity of individuals and communities to develop and maintain conditions and healthy lifestyles and a culture of peace, there is the concept of health promotion, which appears as a central strategy in all initiatives in recognize the violence as a problem of public health. In this work, we study the protective factors within the frameworks of health promotion and resilience, involved in violence prevention among adolescents. This is a qualitative and quantitative study presented in the form of two articles. The first, a systematic review of

literature, and the second, an article of results obtained by analyzing database consisting of questionnaires completed by 702 adolescents and young adults from Belo Horizonte. In the review were confirmed the importance of interventions based on health promotion and strengthening of resilience as valuable strategies to prevent violence. In the article analysis results, we see that the lack of social and affective support networks are statistically related to the adoption of various risk behaviors among the sample studied. Thus, we can conclude that health promotion aimed at strengthening protective factors and, consequently, of resilience, can actually be a very useful tool in preventing violence among youth.

## SUMÁRIO

<b>DECLARAÇÃO DA DEFESA .....</b>	<b>05</b>
<b>1. RESUMO .....</b>	<b>06</b>
<b>2. ABSTRACT .....</b>	<b>07</b>
<b>3. LISTA DE ABREVIATURAS .....</b>	<b>11</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
<b>4.1. Considerações sobre a adolescência .....</b>	<b>12</b>
<b>4.2. Fatores de risco, fatores protetores e resiliência .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2.1. Fatores de risco .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2.2. Fatores protetores .....</b>	<b>17</b>
<b>4.2.3. Resiliência .....</b>	<b>15</b>
<b>4.3. Resiliência e Promoção de Saúde .....</b>	<b>23</b>
<b>4.4. Resiliência, Promoção de Saúde e Prevenção da Violência .....</b>	<b>26</b>
<b>4.5. Considerações sobre o conceito de risco .....</b>	<b>39</b>
<b>4.6. Apoio social .....</b>	<b>44</b>
<b>5. OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>47</b>
<b>6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>47</b>
<b>7. METODOLOGIA .....</b>	<b>48</b>
<b>8. VIABILIDADE E ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>49</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>50</b>
<b>10. ARTIGO I .....</b>	<b>58</b>
<b>10.1. RESUMO .....</b>	<b>58</b>
<b>10.2. ABSTRACT .....</b>	<b>58</b>
<b>10.3. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>59</b>
<b>10.4. METODOLOGIA .....</b>	<b>60</b>
<b>10.5. RESULTADOS .....</b>	<b>61</b>
<b>10.5.1. Resiliência e Promoção da Saúde .....</b>	<b>63</b>
<b>10.5.2. Prevenção da violência .....</b>	<b>70</b>
<b>10.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>10.7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>79</b>
<b>11. ARTIGO II .....</b>	<b>83</b>

<b>11.1. RESUMO .....</b>	<b>83</b>
<b>11.2. ABSTRACT .....</b>	<b>84</b>
<b>11.3. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>84</b>
<b>11.4. METODOLOGIA .....</b>	<b>87</b>
<b>11.5. RESULTADOS .....</b>	<b>90</b>
<b>11.6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>97</b>
<b>11.6.1. Família .....</b>	<b>97</b>
<b>11.6.2. Amigos .....</b>	<b>99</b>
<b>11.6.3. Escola .....</b>	<b>100</b>
<b>11.6.4. Instituições Públicas em Geral .....</b>	<b>101</b>
<b>11.6.5. Fatores de Proteção Pessoal .....</b>	<b>101</b>
<b>11.7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>103</b>
<b>11.8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>104</b>
<b>12. ANEXO I: TABELAS DAS ASSOCIAÇÕES DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO ÀS VARIÁVEIS DE APOIO SOCIAL .....</b>	<b>108</b>
<b>12.1. Tabela 1: Experimentação de substâncias .....</b>	<b>108</b>
<b>12.2. Tabela 2: Uso de substâncias nos últimos 30 dias .....</b>	<b>109</b>
<b>12.3. Tabela 3: Tentativa de abandono de vícios .....</b>	<b>110</b>
<b>12.4. Tabela 4: Comportamentos sexuais de risco .....</b>	<b>110</b>
<b>12.5. Tabela 5: Violência e comportamentos associados .....</b>	<b>111</b>
<b>13. ANEXO II: QUESTIONÁRIO UTILIZADO .....</b>	<b>113</b>
<b>14. ANEXO III: ATA DA DEFESA</b>	

### **3. LISTA DE ABREVIATURAS**

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, décima edição

CNS – Conferência Nacional de Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IML – Instituto Médico Legal

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PAHO – Pan American Health Organization

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

WHO – World Health Organization

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A ADOLESCÊNCIA**

Para falarmos de adolescentes, é necessário que primeiramente se faça uma definição do período denominado “adolescência”, e principalmente, que sejam abordadas as peculiaridades apresentadas por essa fase da vida. O Novo Aurélio, Dicionário da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1999), define adolescência como “o período da vida humana que sucede a infância, começa com a puberdade, e se caracteriza por uma série de mudanças corporais e psicológicas (estende-se aproximadamente dos 12 aos 20 anos)”. A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde consideram “adolescência” o período entre os 10 e os 19 anos e definem como “juventude”, o período entre os 15 e os 24 anos. (ASSIS; DESLANDES; SANTOS, 2005).

A Lei Brasileira segue o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), e em descompasso com as definições do Ministério da Saúde e com a Organização Mundial de Saúde, considera a adolescência como o período entre os 12 e os 18 anos. Este fato traz implicações práticas, pois no direito penal, os menores de 18 anos são inimputáveis e quando em conflitos com a lei são submetidos às medidas coercitivas e socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente. Os jovens entre 18 e 21 anos apenas têm sua pena reduzida. (BRASIL, 2007)

Apesar de diversos marcos conceituais e tentativas de categorização terem sido propostos, esse período tão peculiar da vida não é passível de mensuração baseada apenas na idade, sendo adequada uma definição por critérios biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e pela inserção do indivíduo em seu contexto. (BRASIL, 2007)

A adoção de critérios cronológicos objetiva a identificação de requisitos para orientação da investigação epidemiológica, estratégias de elaboração de políticas públicas de desenvolvimento coletivo, programações de serviços de saúde, bem como para fins jurídicos e aplicação das leis que regem o país, porém ignora as características

individuais. Segundo a OMS, a adolescência corresponde a um período em que: o indivíduo passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual; os seus processos psicológicos e as formas de identificação evoluem da fase infantil para a adulta; e a transição do estado de dependência econômica total passa a outro de relativa independência. (BRASIL *et.al.*, 2006)

Além disso, para falar de adolescência, é preciso também observar a construção histórica e a emergência do adolescente enquanto ator social:

“O processo histórico e político que levou ao reconhecimento das crianças e dos adolescentes enquanto agentes na cena pública foi sendo construído ao longo dos períodos moderno e contemporâneo da história ocidental, concomitantemente à constituição do Estado Moderno” (PIROTTA, 2006, p. 5).

Ainda de acordo com a autora, na Idade Média não existia concepção clara de infância e adolescência. As crianças eram integradas ao mundo adulto na medida em que se tornavam menos dependentes das mães. Até o século XVIII a proteção das crianças não constituía ocupação do Estado, e apenas no começo do século XIX iniciam-se medidas estatais de proteção, predominantemente de caráter moralista e disciplinar. O conceito de adolescência vai se delineando mais nitidamente do final do século XIX a meados do século XX, quando ocorreu crescente processo de elaboração de legislação para a proteção da criança e do adolescente e de regulamentação das ações voltadas para esses grupos, tanto nacional quanto internacionalmente. (PIROTTA, 2006)

Dessa forma, embora a adolescência seja frequentemente definida como a transição entre a infância e a vida adulta, na qual se enfatizam como características centrais do período o desenvolvimento do aparelho reprodutor e a maturidade sexual, a observação de diversas culturas e seus ritos de passagem permite o entendimento deste processo para além de suas características biológicas, deixando claro o caráter social e histórico, marcado pelo reconhecimento de um novo papel social. Representa um processo dialético de perdas e ganhos, no qual existe certa ambivalência entre desejos de dependência e independência. É um período de profundas reformulações, marcado pela insegurança e pela excitação que acompanha o novo. Novas relações consigo mesmo,

com seus pais, pares e com o mundo. Novo corpo físico e autoimagem. Distintas imposições e responsabilidades sociais e nova identidade pessoal. Ecloração de libido e formação de identidade sexual. Processo intermediário e distinto, com questões particulares, de um grupo sócio-cultural específico. Processo complexo em busca da autonomia e de um novo lugar no mundo, que envolve certo grau de confusão, sofrimento e depressão, podendo levar a comportamentos contraditórios, instáveis e defensivos. (MELO, 2004)

Na sociedade moderna, vários fatores contribuem para um aumento do período da adolescência, dentre eles: tutela prolongada dos pais sobre os filhos, desemprego crônico, maior exigência de formação escolar e capacitação profissional, ingresso tardio dos jovens no mercado de trabalho e a dificuldade de adquirir autonomia financeira. (BOCK, 2007)

“Assim, a cronologia entre 10 e 20 anos não delimita a adolescência, mas, permite as reflexões sobre as dimensões bio-psico-sociais que interagem na construção da identidade e da ação adolescente no mundo contemporâneo, sendo ponto inicial para a convergência das definições do processo de adolecer.” (BRASIL *et.al.* 2006. p. 378)

Diante da complexidade desta fase da vida, a adolescência constitui um período onde o sujeito se encontra em posição de vulnerabilidade, configurando uma situação de risco psicossocial. (MELO *et.al.*, 2005) No Brasil, crianças e adolescentes compõem a faixa etária mais atingida pela desigualdade social e econômica (HENRIQUES, 2001 *apud* ASSIS; DESLANDES; SANTOS, 2005) e apresentam condições desfavoráveis em comparação à América Latina, segundo o Relatório do Banco Mundial sobre Jovens em Situação de Risco no Brasil (CUNNINGHAM *et.al.*, 2007), segundo o qual:

- Jovens brasileiros têm níveis acadêmicos inferiores
- Maiores taxas de analfabetismo. Entre os jovens do sexo masculino as taxas são o dobro das encontradas em outros países populosos da América Latina
- Combinam escola e trabalho em proporção muito maior que os jovens na maior parte da América Latina

- Suas chances de estarem desempregados são 3,7 vezes maiores que as dos adultos, o que representa uma taxa muito mais elevada do que a do restante da América Latina
- Cerca de 60% dos trabalhadores brasileiros entre 15 e 19 anos são não pagos ou sem carteira de trabalho assinada. Jovens de 10 a 14 anos constituem 55% de todos os trabalhadores não pagos
- O Brasil tem um dos mais altos índices de homicídios na América Latina.

O relatório observa ainda que na comparação entre adolescentes e adultos, o grupo entre 13 e 18 anos é o que exhibe comportamentos mais diferenciados e de risco, em quatro importantes áreas: atividade sexual, violência, uso ilegal de drogas e desemprego.

A violência está difundida em todo o tecido social, causando grande impacto na saúde da população. Em virtude da sua magnitude e da imensurável gama de conseqüências negativas associadas, não só para os adolescentes, mas para todos os cidadãos, as possibilidades do seu enfrentamento constituem o tema deste trabalho.

## **4.2. FATORES DE RISCO, FATORES PROTETORES E RESILIÊNCIA**

### ***4.2.1. Fatores de risco***

Vários fatores estão envolvidos na gênese e prevenção da violência, respectivamente, fatores de risco e fatores protetores. Começando pelos primeiros, riscos são variáveis negativas que, dependendo do contexto em que são vivenciadas, aumentam a vulnerabilidade do indivíduo e a chance de ter resultados negativos em seu desenvolvimento pessoal, sejam estes físicos, mentais, emocionais ou sociais. O contexto é fundamental para a influência do fator de risco, pois o sentido que as pessoas atribuem aos fatos depende de suas raízes, de sua história. O contexto afetivo e social pode atribuir sentidos opostos ao mesmo episódio. O sentido que seu meio dá aos acontecimentos, pode gerar proteção ou destruí-la. O mesmo fato pode trazer representações e desfechos distintos em indivíduos diferentes ou em épocas diferentes. (CYRULNIK, 2004; YUNES; SZYMANSKI, 2001)

Do mesmo modo, são importantes o tempo pelo qual a pessoa foi exposta ao fator de risco, o momento de sua vida em que ocorreu tal exposição, a cultura em que o indivíduo está inserido, sua personalidade, temperamento e a existência de fatores protetores associados. Sendo assim, a simples presença do fator de risco não está necessariamente associada a conseqüências indesejáveis e negativas. Outra consideração bastante relevante diz respeito ao sentido que o indivíduo atribui a determinado evento ou situação. Sua percepção e interpretação das circunstâncias são cruciais para que o fator de risco se configure em risco real. (CYRULNIK, 2004; MORAIS; KOLLER, 2004; RUTTER, 1987; YUNES; SZYMANSKI, 2001; YUNES, 2003)

Como exemplo da plasticidade do conceito de risco, pode-se citar o divórcio dos pais. Ele é apontado em diversas pesquisas como fator de risco, entretanto, se ocorre numa família na qual existe violência doméstica, psicológica ou abuso sexual, pode tornar-se fator protetor para o desenvolvimento da criança. Sendo assim, a família pode aparecer como fator de risco e como fator protetor, dependendo de sua estrutura e dos comportamentos verificados em seu núcleo. (POLETTI; KOLLER, 2008; YUNES; SZYMANSKI, 2001)

Segundo o Relatório do Banco Mundial sobre Jovens em Situação de Risco no Brasil, “jovens que se engajam em comportamentos negativos são os que chegaram à juventude com um pacote de experiências negativas”. (CUNNINGHAM *et.al.*, 2007, p. 9) O relatório define jovens em situação de risco como “pessoas que, pela presença de determinados fatores em suas vidas, podem ser levadas a assumir comportamentos ou experienciar eventos danosos para si mesmas e para suas sociedades.”(CUNNINGHAM *et.al.*, 2007, p. 5) O mesmo relatório expõe ainda que, embora não seja possível afirmar que exista uma causalidade entre fatores de risco e comportamentos negativos, a forte correlação estatística é sugestiva, e cita algumas características apresentadas por jovens que adotam vários comportamentos de risco:

- baixa autoestima
- baixos níveis de espiritualidade
- abuso físico, sexual ou psicológico por membros da família
- abuso por alguém de sua comunidade

- sentimento de ser um “deslocado” na escola
- falta de confiança nas instituições locais
- sentimento de limitações impostas por seu gênero
- pobreza

Segundo Castro e Libório (2010), estudos longitudinais que comparam padrões de adaptação individual da criança ou do adolescente ao ajustamento apresentado na vida adulta, identificam como principais fatores de risco: efeitos cumulativos da pobreza, estresse perinatal, cuidados deficientes da família no desenvolvimento físico, emocional e social da criança, baixa escolaridade dos pais, presença de deficiência física, ter pais com algum vício ou com distúrbios mentais e história de criminalidade de um dos pais. Ainda de acordo com os autores, o objetivo não consiste na eliminação dos fatores de risco, o que na opinião dos mesmos é considerado fato impossível.

#### ***4.2.2. Fatores protetores***

Os fatores de proteção são mecanismos que permitem que indivíduos e comunidades driblem as adversidades não sucumbindo a elas e que se mantenham numa trajetória positiva apesar delas. Eles “dizem respeito às influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação ou adoecimento”. (RUTTER, 1985) Dito de outra maneira, fatores de proteção são aqueles que proporcionam um ambiente favorável ao desenvolvimento e reduzem a incidência e a gravidade de resultados negativos frente aos fatores de risco. (PALUDO; KOLLER, 2005)

É importante frisar que estes fatores não são passíveis de propiciar um desenvolvimento normal ou superior. Eles modificam a resposta do indivíduo frente às adversidades protegendo-o dos mecanismos de risco. Exercem sua influência apenas na presença de um estressor, alterando de maneira positiva a trajetória do indivíduo. Assim como os fatores de risco, os fatores protetores devem ser entendidos dentro de um processo flexível e não como um conjunto de variáveis fixas que irão, se presentes, inexoravelmente, conferir imunidade ao indivíduo diante de situações de adversidade.

Ponderamos novamente a importância de inserir estes fatores no contexto do indivíduo em estudo. (RUTTER, 1987; YUNES; SZYMANSKI, 2001)

Segundo Pesce *et.al.* (2004), os fatores protetores têm a função de:

- Diminuir o impacto dos riscos, modificando a exposição à situação adversa
- Reduzir reações negativas em cadeia, que se seguem à exposição
- Estabelecer e manter a autoestima e autoeficácia, por meio de relações de apego seguro
- Criar oportunidades para reverter efeitos do estresse

A função dos processos de proteção é interagir com o impacto dos fatores de risco, proporcionando alternativas para a superação dos acontecimentos negativos e fortalecendo a capacidade de seguir em frente. A este processo denomina-se *resiliência*.

“Falar em mecanismos de proteção implica uma abordagem de processos por meio dos quais diferentes fatores interagem entre si ao longo do tempo e alteram a trajetória do indivíduo. Como produto final desses processos de proteção teremos o conceito de resiliência” (YUNES; SZYMANSKI, 2001, p. 9)

Masten e Garmezy (1985), citados por Yunes e Szymansky (2001), identificaram três classes de fatores de proteção essenciais ao desenvolvimento da criança:

- Disposicionais: individuais, relacionados a características positivas da personalidade (autoestima, autonomia, nível de atividade e sociabilidade)
- Familiares: coesão familiar, ambiente que ofereça apoio social e emocional em momentos de estresse (ausência de conflitos, de negligência, e existência de pelo menos um adulto com real interesse pela criança)
- Rede de apoio social: trabalho, escola, igreja, serviços de saúde, dentre outros.

Luthar (1991) identifica como fatores de proteção específicos: inteligência, senso de humor e empatia da criança, bem como a disponibilidade de recursos financeiros

adequados na família. Cyrulnik (2004) aponta como fator protetivo o temperamento da criança, quando flexível, confiante e capaz de buscar ajuda externa. O temperamento seria um “como” do comportamento, bem mais que um “por que”, mais que um traço inato, sendo uma construção histórica e ambiental. Também considera como proteção o contexto afetivo no qual a criança está inserida em seus primeiros anos, quando há um clima familiar que ofereça a segurança necessária para que a criança desenvolva confiança em si mesma e nos outros. Enfatiza a importância de outros fatores protetivos que considera dos mais preciosos fatores de resiliência: o humor e a fantasia.

Jessor *et.al.* (1995), ao investigar o comportamento-problema, observaram fatores de risco e de proteção associados à adolescência, que dividiram em três sistemas distintos: sistema de personalidade, ambiental percebido e comportamental. Os fatores de risco associados a estes sistemas seriam, respectivamente: baixas expectativas de sucesso, baixa autoestima e senso geral de desesperança pela vida; amizades que apresentam comportamento delinqüente e influência maior dos amigos que dos pais; pobre desempenho escolar. Quanto aos fatores de proteção, divididos de acordo com os mesmos sistemas seriam: orientação positiva para com a saúde e para com a escola, atitudes intolerantes aos comportamentos desviantes; relações positivas com adultos, percepção de fortes controles sociais, existência de sanções às transgressões, conhecimento de amigos com comportamento convencional modelo; envolvimento em comportamentos prossociais como trabalho voluntário e atividades familiares.

#### **4.2.3. Resiliência**

O conceito de resiliência teve sua origem na física e na engenharia, com o cientista inglês Thomas Young, ao buscar a relação entre a força aplicada num corpo e a deformação neste produzida. É entendido na área das ciências exatas como a propriedade de um determinado corpo restituir o seu formato original após ter sido submetido a uma força externa. (RUTTER 1987,1993 *apud* AMPARO *et.al.*, 2008).

Traduzida para as ciências humanas, a resiliência seria definida como o processo que capacita o ser humano para se recuperar psicologicamente quando submetido a grandes adversidades e violências, enfrentando-as, sendo transformado por elas e por fim superando-as. (PINHEIRO, 2004)

A resiliência foi inicialmente considerada na área da psicologia como um traço individual, atributo pessoal ou característica da personalidade do sujeito, gerando uma conotação de invencibilidade e invulnerabilidade. Na medida em que o constructo foi se desenvolvendo, foi passando a ser entendido como fenômeno ou processo gerado a partir da interação dinâmica existente entre as características individuais e a complexidade do contexto social. Entendemos que o sujeito conserva as marcas do que sofreu, e prossegue apesar do impacto. A resiliência é um processo entre a pessoa e seu meio. (RUTTER, 1987; PESCE *et.al.*, 2004).

Libório, Castro e Coelho (2006) comentam algumas das perspectivas que eram utilizadas inicialmente na abordagem do conceito de resiliência: absolutizante (não relativiza o conceito, não considerando a influência dos fatores de risco e de proteção); determinista (entende a resiliência como uma característica pessoal de indivíduos invencíveis e invulneráveis); estática (não a considera como um processo dinâmico); estigmatizante (que classifica e rotula os indivíduos como resilientes ou não resilientes); individualizante (focada nos traços individuais) e não relacional (desconsidera o contexto e as relações interpessoais).

Com o desenvolvimento das pesquisas e estudos na área, surgiram questionamentos sobre a inadequação do uso dos termos ‘invencibilidade’ e ‘invulnerabilidade’, que poderiam indicar resistência absoluta e ilimitada para suportar o sofrimento. Michael Rutter, um dos pioneiros nos estudos sobre o tema, em 1987 já acreditava que a resiliência não poderia ser entendida como um atributo fixo do indivíduo, considerando que quando as circunstâncias mudam a resiliência também se altera. Porém, ainda mantém o foco no indivíduo definindo o conceito como variação individual em resposta ao meio. Entretanto, em 1999 já amplia sua concepção atentando para a variedade de respostas psicológicas implicadas na questão. (LIBÓRIO; CASTRO; COELHO, 2006) Esses autores alertam para que não seja atribuída à resiliência (conceito em processo de construção), uma visão determinista do desenvolvimento humano, engessando e rotulando pessoas e populações como resilientes ou não resilientes. Ressaltam também que as pesquisas em resiliência devem escapar de recortes reducionistas quanto à análise dos fatores de risco e de proteção, não os considerando universais ou predeterminados.

Frisam a importância de reconhecer e valorizar a percepção do indivíduo acerca da situação em que se encontra, do evento estressor, e do sentido a ele atribuído.

Pesce *et.al.* (2004) consideram que conceber a resiliência numa perspectiva individual até mesmo dificulta a elaboração de programas e intervenções sociais.

Luthar e Zelazo (2003) sugerem que todos os estudos apresentem uma definição clara de resiliência, explicitando de que forma o termo está sendo utilizado em seus estudos e afirmando de forma inequívoca que se refere a um processo ou fenômeno. Também alertam para que o termo não seja utilizado como um adjetivo referente a pessoas, grupos e comunidades.

De acordo com Cyrulnik (2004), as marcas do sofrimento estão presentes nas lembranças e sentimentos do sujeito. Sua história permanece na memória, mas a pessoa é capaz de se recuperar porque encontra o suporte que a ajuda a prosseguir e delinear uma trajetória de vida que, do ponto de vista social e cultural, pode ser considerada positiva. O autor considera que resiliência traduz um conjunto de fenômenos articulados entre si, que se desenrolam ao longo da vida, em contexto afetivo, social e cultural. Para ele, a resiliência se refere muito mais à evolução e à história de um sujeito do que a ele mesmo. Portanto não é o sujeito que é resiliente e sim sua trajetória: “resiliência é a arte de navegar nas torrentes”. (CYRULNIK, 2004, p. 207) Em síntese, a resiliência é entendida como a possibilidade de superação por meio da ressignificação do problema, isto é, lidar com as adversidades sem submeter-se às mesmas. (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).

Um ponto enfatizado por diversos autores é que não se assume uma postura baseada na resiliência em toda e qualquer situação. Em diferentes momentos, o indivíduo pode ser vulnerável a uma determinada circunstância ou não, a depender dos fatores de risco e de proteção existentes e das interações que se desenvolvem entre o indivíduo e o ambiente. (COSTA; BIGRAS, 2007)

Frente às grandes adversidades, o processo de resiliência se desenvolveria mediante algumas condições, tais como: componentes constitucionais (diferenças individuais na percepção das situações de stress, temperamento, etc); existência dos fatores de

proteção, a presença das redes de apoio social (disponibilidade de recursos externos de apoio, que proporcionam reforços às estratégias de enfrentamento das situações difíceis da vida); redes de apoio afetivo (desenvolvimento em um ambiente coeso e ausência de conflito em ambiente familiar); qualidades de interação do indivíduo-ambiente (relação interpessoal entre membros da família, entre grupos de pares, etc). (CASTRO; LIBÓRIO, 2010)

Cyrulnik (2004), ao discorrer sobre a construção da resiliência, afirma que antes de nascer já começamos a nos tecer, visto que a criança em formação já exhibe respostas adaptativas intrauterinas ao estado mental da mãe e ao meio externo. Depois de nascer, continua respondendo e se moldando de acordo com o mundo sensorial de seus tutores de desenvolvimento. Comenta que “nos dois primeiros anos, a abertura de consciência da criança a partir de uma base de segurança e a disposição em torno dela de um sistema protetor de vários apegos favorecem a probabilidade de resiliência”. (CYRULNIK, 2004, p. 54) A criança vai adquirindo recursos internos, que o autor chama de “capital psíquico”. Estes recursos adquiridos por sua idade, sexo e suas experiências anteriores constituem seu arsenal defensivo contra adversidades. A importância do bem estar da mãe e da família neste processo de impregnação de fatores protetivos na criança é enfatizada: “uma mãe afetivamente suprida e socialmente sustentada oferece um colo melhor”. (CYRULNIK, 2004, p. 60)

A resiliência tem foco no indivíduo (como foi mostrado até aqui), mas também pode ter foco nas famílias, quando se enfatizam seus aspectos, atribuindo ao grupo o perfil de seus integrantes. Os estudos focados na família visam pesquisar os aspectos saudáveis e de sucesso do grupo. Similarmente aos estudos com foco no indivíduo, a resiliência em famílias deve ser entendida segundo sua inserção no contexto, levando em consideração fatores como a etnia, cultura, classe social e econômica, relação com a comunidade e existência de políticas públicas de apoio. (YUNES, 2003)

“Resiliência em família descreve a trajetória da família no sentido de sua adaptação e prosperidade diante de situações de estresse, tanto no presente como ao longo do tempo. Famílias resilientes respondem positivamente a estas condições de uma maneira singular, dependendo do contexto, do nível de desenvolvimento, da interação resultante da combinação entre fatores de

risco, de proteção e de esquemas compartilhados”. (HAWLEY; DEHANN, 1996, p. 293 *apud* YUNES, 2003)

### **4.3. RESILIÊNCIA E PROMOÇÃO DE SAÚDE**

Desde o momento em que se abandona o conceito de resiliência como atributo privilegiado do indivíduo, vinculado à sua constituição biológica e o remete ao contexto e à qualidade das relações estabelecidas, é possível aproximar a resiliência da promoção de saúde, cujo surgimento como estratégia de atuação ocorreu em um contexto internacional de transformação do processo de saúde e doença a partir da transformação de seus determinantes.

Os modelos de intervenção para combate de endemias e doenças transmissíveis nos países em desenvolvimento, verticalizados e descontextualizados, somados à crítica cada vez mais intensa ao modelo médico hegemônico, especializado e intervencionista, se configuram como panorama mundial no fim da década de 60. Na década de 70, movimentos de independência de colônias africanas e processos de democratização em vários países da América Latina, aumentam as críticas ao modelo assistencialista vigente, fazendo surgir fortemente a questão dos determinantes sociais sobre o processo de saúde e doença, incrementando a exigência de uma nova abordagem para a atenção à saúde. Nesta mesma década têm início os movimentos de prevenção e promoção da saúde, principalmente no Canadá. O contexto internacional do final da década de 70 foi o pano de fundo para a organização da conferência sobre Atenção Primária à saúde. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008)

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi realizada no ano de 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão (então membro na União Soviética). Organizada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estabeleceu como meta a ser alcançada a “Saúde para Todos no ano 2000”. A grande marca desta conferência foi a proposta da atenção primária à saúde, mas também foram abordados outros pontos de grande relevância como a reafirmação da saúde como direito fundamental e a responsabilização do Estado pela saúde de seus cidadãos, o direito à participação popular nas decisões relacionadas à saúde e o

entendimento das desigualdades como inaceitáveis. A conferência recomenda a adoção de oito elementos essenciais: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos. (BUSS, 2000)

As discussões e conclusões desta conferência trouxeram um importante reforço para a estratégia da promoção da saúde, que culminou com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986. Esta conferência teve como principal produto a Carta de Ottawa, documento que se tornou referência como marco do movimento da promoção da saúde. (BUSS, 2000)

A Carta de Ottawa define promoção de saúde como “o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Considera condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Não considera a promoção da saúde como competência exclusiva do setor saúde, ressaltando a importância da intersetorialidade e da divisão de responsabilidades entre indivíduos, comunidades, grupos, profissionais da saúde, instituições e governos. Trabalha fortemente a questão da participação comunitária desde a definição de prioridades em saúde até a implementação de estratégias visando melhorias em suas próprias condições de vida. O documento chama a atenção dos governantes de todos os níveis para suas responsabilidades e para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e propõe cinco campos centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde. (BUSS, 2000; LASMAR; RONZANI, 2009; WHO, 1986)

Depois daquela realizada em Ottawa, outras importantes conferências internacionais foram realizadas, nas quais foram desenvolvidas as bases da promoção da saúde. A Conferência de Adelaide, realizada em abril de 1988, teve como tema central as

“Políticas Públicas Saudáveis”, caracterizadas pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas com relação à saúde e à equidade, bem como pelo compromisso com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. Assim como em Ottawa, mantém a ênfase na intersectorialidade e na participação comunitária. (BUSS, 2000; LASMAR; RONZANI, 2009; WHO, 1988) A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em 1991 em Sundsvall, na Suécia, e teve como tema central “Ambientes Favoráveis à Saúde”. Foca a relação entre saúde e ambiente, apontando a questão das desigualdades sociais como fator de profundo impacto na saúde das populações. (BUSS, 2000; LASMAR; RONZANI, 2009; WHO, 1991) A Conferência de Jacarta, em 1997, foi a primeira a acontecer em um país em desenvolvimento e a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Reitera a participação popular e a necessidade de atuação sobre os determinantes sociais de saúde, tendo como meta principal elevar as expectativas de saúde e reduzir suas diferenças entre os países e grupos. (BUSS, 2000; LASMAR; RONZANI, 2009; WHO, 1997) Em 1992, em Bogotá, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, trazendo o tema para a realidade da América Latina. Relata que a promoção da saúde na América Latina deve buscar a criação de condições que garantam o bem-estar geral como o grande porquê do desenvolvimento. Coloca como desafio a transformação de relações excludentes por meio da conciliação entre interesses econômicos e aqueles que visam o bem estar social de toda a população. (BUSS, 2000; OPAS, 1992)

A realização das conferências trouxe enorme contribuição para a concretização da proposta de superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico vigente, que entende a doença de forma simplista e unicausal e seu tratamento através da ótica assistencialista e curativista. Ocorre uma mudança no foco dos programas de saúde do âmbito individual para o coletivo, e o entendimento que a participação popular não é uma concessão, ou algo apenas desejável, mas fator essencial na definição das necessidades em saúde das comunidades e na luta por políticas públicas viáveis e efetivas para a obtenção de melhorias reais nas condições de saúde das populações. É a comunidade que pode melhor avaliar e solucionar os problemas locais. A introdução do conceito de promoção da saúde transforma o paradigma do pensamento em saúde pública, gerando modificações profundas nos sistemas e serviços de saúde, nas práticas e na formação dos profissionais. (BUSS, 2000)

#### **4.4.RESILIÊNCIA, PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, violência constitui o “uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.” (KRUG *et.al.*, 2002, p. 5) Quando a OMS divulgou esta definição o Ministério da Saúde já havia publicado oficialmente (portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001) um documento denominado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, com um conceito semelhante de violência. (BRASIL, 2001)

A OMS (KRUG *et.al.*, 2002) propõe três categorias para classificar a violência:

- Violência dirigida contra si mesmo (autoinfringida): comportamentos suicidas (suicídio, tentativa de suicídio e ideação suicida) e autoabusos (agressões a si próprio e automutilações).
- Violência interpessoal: intrafamiliar (inclui várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos) e comunitária (que ocorre no ambiente social, entre conhecidos e desconhecidos. Estão incluídos nesta categoria expressões de violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais e violência institucional que ocorre, por exemplo, em escolas, no trabalho, em asilos ou prisões).
- Violência coletiva: atos violentos que ocorrem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, caracterizando a dominação por grupos e pelo Estado (crimes cometidos por grupos organizados, terrorismo, guerras, genocídios).

Minayo (2005) ainda acrescenta às categorias citadas pela OMS, a violência estrutural, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que perpetuam a fome e a miséria, reproduzindo desigualdades sociais, de gênero e etnia.

A violência pode ainda ser classificada segundo sua natureza e, desse ponto de vista, pode ser física, psicológica, sexual e constituída pelo abandono, negligência ou privação de cuidados.

Tanto no âmbito nacional quanto internacional, os números relativos à morbimortalidade devido aos acidentes e violências, que na classificação da OMS e CID-10 (classificação internacional de doenças), recebem o nome de causas externas, constituem motivo de grande preocupação para os governantes, constituindo-se num importante problema de saúde pública. As causas externas influenciam sobremaneira a qualidade de vida e as condições gerais de saúde da população, pois “atingem um numero muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas, e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas”. (BRASIL, 2010, p. 15)

De acordo com o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA (BRASIL, 2010), dados do Ministério da Saúde revelaram, no período de 1980 a 2006, um aumento de 78% na frequência das causas externas. Em 2008, as doenças do aparelho cardiovascular representaram a primeira causa de óbitos no Brasil, sendo 29,5% do total de óbitos. A segunda principal causa de óbitos foram as neoplasias, com 15,6%. As causas externas figuram em terceiro lugar, com 12,5% de todos os óbitos, o que representa em números absolutos, a perda de 133.644 vidas devido a acidentes e violências. (GARCIA; MONTENEGRO; RAMALHO, 2010)

Soares Filho (2011) mostra dados de 2009, quando 137.050 pessoas morreram por causas externas no Brasil, ainda representando a terceira causa de óbitos na população geral e a segunda no sexo masculino. Quase 36% desses óbitos são homicídios, 92% são do sexo masculino e 87% são pessoas de 15 a 49 anos.

Existem importantes diferenças nos dados obtidos entre regiões, entre os sexos, raças e faixas etárias. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as causas externas ocupam o segundo lugar, superando as neoplasias. No Norte e no Nordeste foram encontradas as maiores taxas percentuais de crescimento proporcional das causas externas entre 1980 e 2008. (GARCIA; MONTENEGRO; RAMALHO, 2010)

Gawryszewsk e Monteiro (2010) mostram significativas diferenças quando analisam os dados por sexo. Em 2008, de todos os óbitos por causas externas, o sexo masculino

respondeu por 83,1% e o feminino, por 16,9%. O risco de óbito por causas externas entre os homens foi 5,1 vezes aquele encontrado entre as mulheres. No mesmo ano, o coeficiente de mortalidade por causas externas padronizado foi de 66,3 óbitos por 100 mil habitantes na população brasileira: 112,4 por 100 mil homens e 21,6 por 100 mil mulheres. Subdividindo a grande categoria das causas externas em agressões e acidentes de transporte, temos respectivamente a quinta e a oitava entre as dez principais causas de morte no Brasil. Analisando os coeficientes de mortalidade em separado, reafirmou-se a superação dos óbitos masculinos em relação aos femininos por ambas as causas. Foi examinada a razão de risco entre ambos os sexos segundo o tipo de acidente ou violência e ressaltou-se que foi mais alta nas mortes por violências (9,4) do que nas mortes acidentais (3,8). O maior valor encontrado foi para agressões com arma de fogo, em que o risco de um homem morrer mostrou ser 16,7 vezes o das mulheres.

De acordo com Gomes, Minayo e Silva (2005) estima-se que a violência contra as mulheres cause mais mortes na faixa etária de 15 a 44 anos que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Ainda de acordo com os autores, as vítimas de estupros são mulheres de todas as idades, porém as vítimas de atentado violento ao pudor são predominantemente crianças e adolescentes.

Waiselfisz (2011), citando dados de 2008, mostra que pertenciam ao sexo masculino 92,0% das vítimas de homicídio, 81,6% das mortes por acidentes de transporte e 79,1% dos suicidas.

“A sobremortalidade masculina por homicídios sobressai exatamente a partir da faixa dos 15 aos 19 anos (MELLO JORGE,1998 ; SOUZA et.al., 1997), indicando fortemente questões culturais nos papéis de gênero que impelem os adolescentes homens a assumirem atitudes e comportamentos de maior exposição e vulnerabilidade (MINAYO,1990)”

Quanto às disparidades dos dados entre negros e brancos, o mesmo autor mostra que de 2002 a 2008 o número de vítimas de homicídio entre a população branca diminuiu em 22,3% e aumentou em 20,2% entre a população negra. Em 2002 o índice nacional de vitimização negra foi de 45,6. Isto significa que morreram proporcionalmente 45,6% mais negros do que brancos. Este índice continuou se elevando atingindo 80,7% em

2005 e 111,2% em 2008. A situação dos jovens negros é ainda mais preocupante, tendo havido no período de 2002 a 2008 um aumento de 13% no número de homicídios entre jovens negros enquanto entre os jovens brancos ocorreu um decréscimo de 30%. Em 2002 morriam proporcionalmente 58,8% mais jovens negros que brancos, e este índice continuou se elevando, atingindo 96,4% em 2005 e 134,2% em 2008.

A distribuição das mortes segundo faixa etária revelou que os adultos jovens (20 a 39 anos) ocupam o primeiro lugar em número de mortes por causas externas, sendo o segundo lugar ocupado pelos adolescentes de 15 a 19 anos. (GAWRYSZEWSK *et.al.*, 2010) Entre os jovens, duas a cada três mortes são originadas de algum tipo de violência, seja acidente de transporte, homicídio ou suicídio (WAISELFISZ, 2011) e estudos internacionais revelam que para cada morte de jovem por homicídio, existem 20 a 40 casos não fatais que chegam a receber tratamento hospitalar. (ASSIS; DESLANDES; SANTOS, 2005)

É no grupo dos adolescentes e jovens que as manifestações da violência provocam mais impacto. São os adolescentes e jovens os que mais morrem por agressões e também são os mais apontados como autores de agressões no país e na América Latina. (KRUG *et.al.*, 2002) Ainda de acordo com os autores, no ano 2000 ocorreram cerca de 199 mil homicídios juvenis (9,2 para cada 100 mil pessoas) em todo o mundo, o que representa uma média de 565 indivíduos, entre 10 e 29 anos, morrendo a cada dia como resultado da violência interpessoal. Entretanto é importante frisar que estes dados são mundiais e os índices de homicídio variam consideravelmente de região para região.

Souza, Lima e Veiga (2005) relatam que houve crescimento das taxas de homicídios em todas as faixas etárias no período de 1991 a 2000, e ressaltam que entre as idades de 10 a 19 anos é que ocorreu maior crescimento. Citando a OPAS e a OMS (1998, p. 177), relatam que “o maior crescimento e concentração dos homicídios entre adolescentes e adultos jovens no Brasil faz com que esta seja a principal causa de anos potenciais de vida perdidos, o que corresponde a uma média de 30 a 40 anos em relação à expectativa de vida”.

Dados de 2008/2009 continuam mostrando que a violência atinge de maneira marcante os jovens do sexo masculino, impactando a estrutura etária de mortalidade da população brasileira, principalmente nos locais onde os óbitos por causas externas ocorrem com maior frequência. O aumento das mortes por causas externas, concomitantemente ao declínio da mortalidade infantil, gera reflexos negativos no indicador *anos de vida perdidos* e na esperança de vida ao nascer comparada por sexo. (BRASIL, 2010)

Souza e Mello Jorge (2006) apresentam um panorama epidemiológico deste fenômeno que acomete esse grupo etário. Segundo as autoras, de cada dez crianças ou adolescentes que morrem nas principais capitais do país, sete chegam a óbito devido a uma causa violenta ou por acidente. O perfil da maioria destas vítimas é ter pouca escolaridade, viver em periferias das grandes cidades, pertencer à população mais empobrecida, ser negro ou ter ascendência negra.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, no período entre 1990 e 2000, morreram 211.918 crianças e adolescentes por causas externas, sendo 59.203 na faixa etária de 0 a 9 anos; 33.512 entre 10 e 14 anos e 119.203 adolescentes de 15 a 19 anos.

As autoras ressaltam a tamanha relevância destes números quando comparados aos 146.824 óbitos nesses mesmos grupos etários devido a doenças infecciosas e parasitárias. (SOUZA; MELLO JORGE, 2006)

A taxa de homicídios juvenis em 1996 foi de 41,7 em 100 mil e subiu para 52,9 em 2008. A taxa global de mortalidade da população brasileira caiu de 633 em 100 mil habitantes em 1980, para 568 em 2004, porém a taxa de mortalidade juvenil teve um leve aumento, passando de 128 em 1980, para 133 em 100 mil, em 2008. (WAISELFISZ, 2011)

Para mostrar o que chama de “novos padrões da mortalidade juvenil”, o mesmo autor expõe dados do panorama obtido pela divisão da população em dois grandes grupos: os *jovens* – 15 a 24 anos – e os *não jovens* – 0 a 14, e 25 ou mais anos. Na população *não jovem*, 9,9% do total de óbitos são atribuíveis a causas externas e 1,8% das mortes são por homicídios. Já entre os jovens, as causas externas são responsáveis por 73,6% das mortes e 39,7% de todos os óbitos são por homicídios. Frisa que estes são dados de

médias nacionais, mas comenta que existem estados (Alagoas, Bahia, Pernambuco, Espírito Santo e Distrito Federal) onde as mortes de jovens por homicídios superam os 50%.

O autor cita ainda que, visando estudar a concentração dos homicídios entre os jovens, foi proposto o “Índice de Vitimização Juvenil por Homicídios”, resultante da relação entre a taxa de óbitos por homicídio da população de 15 a 24 anos e as taxas do restante da população. Índices inferiores a 100 indicam que a juventude encontra-se relativamente preservada e acima desse valor indicam que esta faixa etária encontra-se especialmente atingida. A tendência dos índices de vitimização foi de crescimento entre os anos de 1998 e 2008, de forma mais acelerada entre 1998 e 2002, e menos acelerada a partir de 2002, mas sempre crescente. Expõe dados provando que em todas as regiões e estados do país, em maior ou menor medida, existe vitimização juvenil. Em todos os anos da década considerada as taxas juvenis mais que duplicam as taxas da população não jovem. O Índice de Vitimização nacional do ano 2008 foi de 258, o que representa a ocorrência de duas vezes e meia mais homicídios juvenis do que nas demais faixas etárias. O autor conclui dizendo que “isso evidencia, de forma clara, que os avanços da violência homicida no Brasil das últimas décadas tiveram como motor exclusivo e excludente a morte de jovens. No restante da população, os índices até caíram levemente”. (WAISELFISZ, 2011, p. 76).

“A violência juvenil prejudica profundamente não apenas suas vítimas, mas também os familiares, os amigos e as comunidades. Seus efeitos não são observados apenas na morte, doença e invalidez, mas também em termos de qualidade de vida. A violência que envolve os jovens acarreta muitos custos aos serviços de saúde e bem-estar social, reduz a produtividade, diminui os valores de propriedade, desintegra uma série de serviços essenciais e, em geral, abala o arcabouço da sociedade.” (KRUG *et.al.*, 2002, p. 25)

No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS é destacada a necessidade de incluir não apenas a violência que resulta em lesões, invalidez ou morte, mas também aquela que causa opressão, humilhação e seqüelas psicológicas, emocionais, existenciais e sociais. É citado que o entendimento da violência “somente em termos de lesões e mortes limita a compreensão da totalidade do impacto da violência sobre as pessoas, as

comunidades e a sociedade como um todo.” (KRUG *et.al.*, 2002, p. 27) Os autores consideram que os números relativos à mortalidade subestimam o custo real da violência, pois representam apenas a “ponta do *iceberg*”.

Segundo Minayo (2005), informações da OMS (KRUG *et.al.*, 2002) mostram que ocorreram 815.000 suicídios no ano de 2000, o que corresponde a uma pessoa a cada 40 segundos, referindo-se aos países que notificam o evento. Ainda segundo a autora, no Brasil temos um panorama bem diferente da situação internacional, pois as taxas não são tão significativas quando comparadas às taxas de homicídios, embora sejam mais altas em algumas cidades e estejam se elevando na população jovem masculina. Cita também que todos os estudiosos brasileiros concordam que os números reais são muito mais elevados do que os notificados, tanto por problemas relacionados às fontes de notificação quanto por fatores culturais, religiosos e morais.

Segundo Waiselfisz (2011) o número total de suicídios no Brasil teve um aumento de 33,5% entre os anos de 1998 e 2008, passando de 6.985 para 9.328. O aumento entre os jovens foi menor, de 22,6%. Nesse período os homicídios cresceram 19,5% e a população total do país cresceu 17,8%. Essas taxas também são heterogêneas quanto à sua distribuição por regiões, encontrando-se maior número de casos no Sul do país, sobretudo no Rio Grande do Sul. Assim como na mortalidade por causas externas, as taxas por suicídio mostram marcante superioridade masculina, com 74% dos casos nas capitais. Entre os jovens a proporção é ainda maior, atingindo 83,7%.

Fazendo uma análise segundo a raça, expõe que entre 2002 e 2008 há um crescimento de 8,6% dos suicídios entre brancos enquanto entre negros o crescimento é de 51,3%. As taxas de suicídios entre os jovens brancos é a mesma que a população branca em geral, todavia as taxas entre jovens negros são maiores que entre os negros em geral. Comenta que na análise dos dados de alguns municípios com índices muito elevados, quase a totalidade dos eventos acontece nas populações indígenas, sobretudo entre seus jovens. Ainda de acordo com Waiselfisz (2011), quanto à faixa etária o suicídio exhibe número quase nulo de casos durante a primeira década de vida, iniciando escalada e atingindo um pico entre os 20 e os 27 anos.

Os dados de morbidade apresentados a seguir foram obtidos através do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado em 2006, com o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre a morbidade causada por violências e acidentes. Foram coletados em 74 serviços sentinelas de urgência e emergência que constituem esse sistema, no conjunto de 23 capitais e Distrito Federal, num período de 30 dias consecutivos entre setembro e novembro de 2009 e representam os resultados do inquérito. Do total de atendimentos, 89,9% foram relacionados a acidentes e 10,1% a violências. Entre os atendimentos por acidentes encontrou-se maior prevalência da faixa etária de 20 a 29 anos, seguida pelas crianças de 0 a 9 anos. Entre os atendimentos por violências destacou-se a faixa de 20 a 29 anos e de 30 a 39. A proporção de indivíduos pardos e negros foi maior entre as violências que entre os acidentes. Os menores percentuais de atendimento tanto por acidentes quanto por violências foram observados entre pessoas com 12 ou mais anos de estudo. (BRASIL, 2010)

Os locais onde os eventos violentos mais ocorreram foram a via pública e a residência, sendo a primeira mais comum entre os homens, enquanto o domicílio foi o local mais frequente para a ocorrência de violências envolvendo as mulheres, chegando a 56%. Predominaram os atendimentos decorrentes de agressões/maus-tratos (89,5%). Na maior parte dos eventos houve o uso de apenas um tipo de violência (75,2%) sendo os meios mais utilizados: força corporal/espancamento (61,7%), objeto perfurocortante (26,8%) e arma de fogo (13,8%). Entre os homens predominou o uso de objeto perfurocortante e arma de fogo e entre as mulheres as agressões por espancamento e ameaças verbais. Quanto aos autores das violências, os principais foram: desconhecidos (37,2%), amigos/conhecidos (29,7%) e companheiros (13,5%). Para os homens, os agressores mais frequentes foram os desconhecidos, enquanto os companheiros ou ex-companheiros foram os principais agressores das mulheres. O agressor era do sexo masculino em 77,7% dos atendimentos por violência. Os atendimentos por esta causa ocorreram em maior quantidade no turno da noite e durante o final de semana, sendo que sexta, sábado e especialmente domingo, somavam 56,6% do total de atendimentos por violências. (BRASIL, 2010)

No tocante à morbidade por acidentes e violências, ainda é precário o conhecimento disponível, nos níveis nacional, regional e local. Portanto é essencial que as estatísticas

e dados apresentados sejam analisados criticamente quanto à qualidade das informações existentes sobre acidentes e violências. Grande número de eventos não é contemplado pelas estatísticas por serem atendidos em unidades de pronto-socorro, ambulatórios, ou mesmo internações hospitalares que acontecem em unidades não conveniadas ao SUS. Como exemplos de melhorias objetivas a serem alcançadas, podemos citar: preenchimento adequado de declarações de óbito, boletins de ocorrência, registros médicos e de instituições; capacitação dos profissionais responsáveis pelos registros; combate às fraudes com fins de ganhos financeiros no preenchimento de registros; melhora dos serviços e condições de trabalho dos IML; aumento da cobertura do SIM e SIH, dentre outros. (BRASIL, 2001; NJAINE; REIS, 2005) Além do quadro descrito, deve-se ainda considerar os inúmeros casos que não são sequer denunciados às autoridades, e nem geram nenhum tipo de atendimento dirigido especificamente ao problema nos serviços de saúde, principalmente relacionados à violência familiar contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Profundas mudanças socioculturais seriam necessárias para a obtenção de dados mais fidedignos em relação a estes casos “invisíveis” de violência.

Esse quadro de comprometimento da vida e da saúde dos cidadãos em geral e dos adolescentes em especial, explica porque as agências nacionais e internacionais de saúde passam a incorporar o tema em suas agendas. Assim é que, a partir dos anos 90, a violência, entendida como umas das categorias das causas externas, teve espaço nas discussões da OPAS e OMS e, em 1997, foi definida, em reunião dos ministros representantes da saúde dos países integrantes da OMS, como umas das cinco primeiras prioridades das Américas. E, em 2002, foi incorporada ao setor saúde como um dos mais importantes problemas de saúde pública da atualidade. Em seu Relatório Mundial de Saúde deste ano, a OMS enfatiza a necessidade de transformar a estratégia de enfrentamento da violência da repressão e punição para a prevenção baseada em evidências. Objetiva aumentar a consciência mundial sobre a violência com base em dados concretos sobre sua magnitude e seu impacto, expor os principais fatores de risco associados, avaliar quais são as políticas implantadas e seu grau de eficácia e fazer recomendações para combate à violência em todos os níveis. Tais recomendações demandam ações intersetoriais, governamentais e não governamentais e de toda a população. (CONCHA-EASTMAN; MALO, 2007; KRUG *et.al.*, 2002)

Em 2006, a ONU publicou o Relatório sobre a Violência contra Crianças, que corroboram aquelas do Relatório Mundial lançado em 2002, tendo, porém, como foco a população infanto-juvenil. A Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura (UNESCO) coordena atividades de promoção da Cultura da Paz, declarando o ano 2000 o *Ano Internacional para a Cultura da Paz*, lançando uma mobilização global para década (2001-2010), considerada a *Década Internacional para a Cultura da Paz e da Não-Violência para as Crianças do Mundo*. Define o conceito de cultura da paz como sendo um conjunto de valores, comportamentos e formas de vida que rejeitam a violência e buscam sua prevenção ao lidar com as causas dos conflitos, resolvendo os problemas através do diálogo e negociações entre indivíduos, grupos e nações. (GALHEIGO, 2008)

Seguindo as tendências mundiais, no Brasil também surgiram reflexões, discussões e pesquisas sobre a promoção da saúde e a prevenção da violência. Após os anos 1990, com a reestruturação das políticas públicas, novas concepções adquiriram crescente importância, como o conceito ampliado de saúde, as reflexões sobre os determinantes do processo saúde e adoecimento, o entendimento da urgente busca pela cidadania e a concretização de uma cultura de paz. (GALHEIGO, 2008)

A criação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) é um exemplo de uma grande conquista, pois se configura numa ferramenta para o planejamento e a execução de estratégias de combate aos acidentes e violências. As informações geradas permitem melhor conhecimento sobre a ocorrência dos eventos, o perfil das vítimas, as localidades mais atingidas, e permitem avaliar, mesmo que indiretamente, a organização da rede assistencial. Localizando os pontos de maior vulnerabilidade poderão ser focalizadas e mais efetivas as ações de repressão e prevenção da violência e de promoção de uma cultura de paz. (BRASIL, 2010)

“Conhecer ou reconhecer os problemas e sua magnitude é um passo imprescindível para agir no sentido de equacioná-lo” (WAISELFISZ, 2011, p.

6)

Duarte *et.al.*(2009) no documento Brasil 2008, comenta que várias providências foram tomadas como respostas institucionais a esta situação epidemiológica alarmante e cita vários exemplos de políticas e iniciativas para enfrentamento dos acidentes e violências no contexto do SUS de 2001 a 2008:

- Estatuto das crianças e adolescentes (1990) Lei 8.069
- Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências (2001) Portaria GM/MS 737
- Projeto de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito (2002) Portaria GM/MS 344
- Estatuto do idoso (2003) Lei 10.741
- Rede de proteção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (2003)
- Lei que estabelece a notificação compulsória da violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde públicos ou privados (2003) Lei 10.778
- Estatuto do desarmamento (2003) Lei 10.826
- Política nacional de atenção às urgências (2003)
- Rede nacional de prevenção das violências e promoção da saúde (2004)
- Saúde Brasil (2004)
- Agenda nacional de vigilância, prevenção e controle dos acidentes e violências (2005/2007)
- Política nacional de promoção da saúde (2006) Portaria GM/MS 687
- Lei Maria da Penha (2006) Lei 11.340
- Sistema de vigilância de violências e acidentes VIVA (2006)
- Diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio (2006) Portaria GM/MS 1876
- Alterações do código de trânsito – “Lei Seca” (2008) Lei 11.705
- Pacto pela vida (2008/2010)
- Mais saúde (2008/2011)

No âmbito nacional, já que o foco deste trabalho são os adolescentes, merece destaque o Estatuto da Criança e do Adolescente. Considerado uma conquista de grande relevância e um marco na legislação do país, canalizador de esforços e ações voltadas à população

infanto-juvenil durante a década de 1980, regulamentou direitos e deveres das crianças e adolescentes e consolidou um grande avanço da sociedade brasileira. Sua criação vem alicerçada pela Constituição Federal de 1988, no Artigo 227:

"É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão." (BRASIL, 1988)

O avanço na legislação atribuído ao ECA se baseia, dentre outros motivos, em sua superioridade em relação ao antigo Código de Menores que, promulgado em 1927, regulamentava questões como trabalho infantil, tutela e pátrio poder, delinquência e liberdade vigiada. Visava estabelecer diretrizes claras para o trato da infância e juventude excluídas, ou seja, era endereçado apenas às crianças em “situação irregular”. Definia em seu primeiro artigo a quem se aplicava: “*O menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinquente, que tiver menos de 18 anos de idade, será submetido pela autoridade competente às medidas de assistência e proteção contidas neste Código*” (BRASIL, 1986; LIMA, 2006; ALVES *et.al.*, 2006)

Com o ECA foi dado um novo enfoque à proteção integral, uma concepção sustentadora da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembléia Geral da ONU, em 20 de novembro de 1989. A partir da Constituição de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente, as crianças brasileiras, sem distinção de raça, classe social, ou qualquer forma de discriminação, passaram de “objetos” a sujeitos de direito, em condição de pessoas em desenvolvimento e a quem se deve assegurar prioridade absoluta na formulação de políticas públicas e destinação de recursos nas dotações orçamentárias das diversas instâncias político administrativas do País. Para os que atuam na área da saúde, é impossível não identificar tais orientações com os pressupostos fundamentais da promoção de saúde, logo, das bases formadoras de resiliência. O Estatuto propõe que não só o Estado seja responsável por sua aplicação, determinando que a família e toda a sociedade civil se responsabilizem por sua execução prática. (ALVES *et.al.*, 2006; COSTA; BIGRAS, 2007)

Todas as formulações e iniciativas anteriormente citadas ganham maior nitidez e reafirmam o papel da promoção de saúde e da resiliência na prevenção da violência, quando consideramos a opinião de Minayo (2005), segundo a qual, as violências, em sua maioria têm por base a violência estrutural. Segundo ela, “difícil de ser quantificada, aparentemente sem sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos processos históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação”. (MINAYO, 2005, p. 24) Sendo assim, um processo construído pela sociedade passa a ser visto como biológico e natural. A busca do *empowerment* do grupo é vital para que ocorra uma mudança deste paradigma.

“O ponto-chave dos direitos humanos estendidos às crianças e adolescentes ocorre quando eles passam a ser considerados sujeitos com direitos próprios e adequados à sua condição, com vistas à preservação de seus interesses, e não objeto de legislação disciplinar, visando à correção de desvios de conduta.” (MINAYO, 2005, p. 5)

Tanto a promoção de saúde quanto a resiliência representam estratégias de mediação entre as pessoas e o meio onde estão inseridas, novas maneiras de interpretar as necessidades e ações de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica e individual, mas compreendendo a saúde de maneira ampla, como um produto de inúmeros fatores relacionados à qualidade de vida, democracia, cidadania, equidade e participação. Assim, propõem ações para a saúde direcionadas também ao coletivo e ao ambiente, no sentido físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades, privilegiando o fortalecimento das interações sociais e dos fatores de proteção delas decorrentes. Transcendendo a visão individualista sobre as condições de saúde, que enfoca traumas, problemas, limitações, carências e desvios tentando encontrar causas, conseqüências e metodologias para correção dos mesmos, a resiliência surge incluindo a possibilidade de enfrentamento, o estímulo às potencialidades e a consideração da esperança e da resignificação das adversidades como fatores indispensáveis ao desenvolvimento dos indivíduos.

O nexó entre promoção de saúde e resiliência aqui proposto pode ser descrito como desenvolvimento da estratégia da promoção da saúde com o objetivo de fortalecer e proteger adolescentes e jovens, aumentar suas possibilidades de adaptação resiliente e

propiciar a construção de trajetórias e resultados positivos, contrapondo-se dessa forma, aos inúmeros riscos a que estão expostos, entre os quais e principalmente, a violência, em suas múltiplas formas de expressão.

#### **4.5. CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONCEITO DE RISCO**

Para que tenhamos um entendimento mais completo acerca da violência e de outros comportamentos de risco adotados pelos adolescentes e jovens, é necessário aprofundar a discussão, assumindo a importância do conceito de risco na atualidade, principalmente quando utilizado no âmbito das ciências da saúde e de suas práticas assistenciais e preventivas. É crescente a importância científica e cultural do conceito de risco na sociedade contemporânea e o risco epidemiológico é um dos elementos centrais na configuração atual das práticas de saúde e das estratégias de promoção e prevenção. (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010; CZERENIA, 2001)

O conceito de risco epidemiológico emergiu no contexto do estudo de doenças transmissíveis, mas amadureceu após a segunda guerra mundial, com a importância crescente das doenças não transmissíveis ou crônico-degenerativas, cujas causas não eram diretamente identificáveis. Conhecer as causas específicas das doenças, objetivando intervenções, tornou-se valor predominante no desenvolvimento do pensamento médico científico moderno. (CZERENIA, 2001; CZERENIA, 2004)

Freitas (2001), citado por Neves e Guilam (2007) refere que o termo risco traz consigo o pressuposto da possibilidade de prever determinadas situações ou eventos por meio do conhecimento – ou possibilidade de conhecimento – dos parâmetros de uma distribuição de probabilidades de acontecimentos futuros, que podem ser computados por meio de expectativas matemáticas. Entretanto o risco não é um fenômeno estático e objetivo, mas constantemente construído e negociado como parte de uma rede de interações sociais e de construção de sentidos, e não é passível de ser conhecido fora do sistema de crenças e valores morais. (LUPTON, 2004) Castiel, Guilam e Ferreira (2010) revelam que uma das críticas mais importantes ao enfoque quantitativista do risco é que assim ele seria uma entidade autônoma, objetivável, independente dos complexos contextos socioculturais nos quais as pessoas se encontram.

A epidemiologia utiliza o conceito de risco para medir a probabilidade da ocorrência de agravos à saúde, trazendo uma idéia de conhecimento do futuro baseada em probabilidades. O objetivo desse conhecimento é a intervenção preventiva. Porém tais afirmações baseadas em probabilidades dependem de vários aspectos que se encontram fora do controle dos observadores, gerando incertezas. (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010) Castiel (1996) destaca que essa ciência não consegue proporcionar compreensão satisfatória diante da complexa dinâmica entre a situação de saúde de pessoas/populações e as aceleradas e subjetivas mudanças socioculturais, sendo limitada para dar conta do dinamismo das relações sociais e do comportamento individual. Refere que a utilização de técnicas lineares para a estimação do risco revela-se insuficiente para abranger a subjetividade dos fenômenos relativos ao ser humano.

A construção dos métodos de avaliação de riscos tem a experimentação como critério básico de rigor e legitimidade científica. Sendo assim, todos os fatores passíveis de interferir na experiência devem ser controlados, gerando condições de observar as relações de causa e efeito. (CZERENIA, 2004)

A abordagem do risco, por mais que se tornem complexos os modelos de análise, reduz e desconsidera aspectos fundamentais dos fenômenos estudados. A medida do risco deveria contemplar critérios de adequação à complexa realidade, mas visando à viabilização do método, são apagados vários aspectos relevantes desses fenômenos. Apesar das limitações apresentadas, o conceito de risco alcançou no mundo contemporâneo alto poder normativo. (CZERENIA, 2001)

“A medida do risco é uma abstração que não se alimenta de inúmeros elementos intrínsecos e fundamentais à normatividade própria do vital. Independentemente das reduções que opera nos fenômenos que analisa, o risco passa a ter enorme poder de instituir valor, legitimando-se como um dos mais poderosos recursos para sugerir as melhores escolhas.”  
(CZERENIA, 2001, p.4)

Identificar e reduzir riscos tornou-se objetivo central da saúde pública, sendo a gestão de riscos nuclear no discurso da promoção da saúde. As políticas e programas voltados para a proteção e recuperação da saúde podem ser considerados como ações de gestão de riscos. O discurso da promoção da saúde estimula a autonomia, a liberdade, a capacitação e o empoderamento dos indivíduos e comunidades para que possam ser

senhores de seu próprio destino e exerçam sua capacidade de escolha. Nesse contexto, assume-se o conceito de risco como elemento chave de tomada de decisão. (CZERENIA, 2001; CZERENIA, 2004)

O conceito de risco, tal como apresentado, pressupõe que o sujeito pode decidir qual o futuro desejável e quais as escolhas a serem feitas neste sentido. Estabelece que só se deve administrar o futuro de modo racional, ou seja, através da consideração cuidadosa da probabilidade de perdas e ganhos. (CASTIEL, 2007) Entretanto, as decisões humanas podem ser baseadas em outra lógica que não a epidemiológica. Considerar o discurso epidemiológico e científico como o único possível, desconsidera a subjetividade humana.

“Ainda que essa lógica possa servir de referencia para as decisões humanas, a estratificação social, a pluralidade cultural e a subjetividade concorrem para a multiplicidade de percepções, significados e atitudes diante do risco.” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 60)

Não há que se pensar apenas em termos de escolhas racionais, intencionais ou voluntárias. Em muitos casos não há escolha, seja por privação econômica, exclusão social, diversidade cultural, ou outras múltiplas razões. Escolhe-se o possível, o viável. Muitas vezes não são opções, e sim estratégias de sobrevivência.

Outro importante ponto a ser discutido acerca do conceito de risco é sua dimensão ética e moral, inserida no contexto histórico do neoliberalismo.

A promoção da saúde surge em um contexto sócio histórico no qual a política econômica neoliberal se fortalecia em países capitalistas como a Inglaterra e os EUA. De acordo com a ideologia neoliberal, fundamentada nas regras do livre mercado, quanto menor a participação do Estado, maior o poder dos indivíduos e maior o desenvolvimento da sociedade. A idéia é que os cidadãos são atores racionais e autônomos, sendo todos encorajados a se tornarem sujeitos de si próprios e exercerem o seu livre arbítrio. Nessa perspectiva está implícita a noção de responsabilização por suas ações e suas conseqüências sobre cada indivíduo. (LUPTON, 2004; CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010)

As estratégias de gestão de riscos dão uma idéia de autonomia, mas uma autonomia regulada, bastante adequada à ideologia neoliberal, na qual a “livre” escolha é baseada nas forças reguladoras do mercado. Além disso, escolhas e atitudes ‘equivocadas’ podem ameaçar a integridade emocional e moral do indivíduo por estarem associadas a conotações negativas, julgamentos descontextualizados e preconceitos. Toda a culpa é depositada na pessoa que adotou determinada postura, sem que seja considerada a parcela de responsabilidade dos governos, mercados, forças sociais e valores culturais. Deve-se reconhecer que normas e guias propostos para administrar os riscos devem ser debatidos política e moralmente antes de serem postos em prática. Devem ser discutidos os parâmetros e a eficiência de tais normas, assim como a imponderabilidade dos riscos. (NEVES; GUILAM, 2007; CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010)

O controle de riscos é um componente importante do esforço progressivo de buscar proteção contra as ameaças à vida humana, um dos elementos centrais do processo civilizador. As fórmulas criadas para buscar proteção contra todos os riscos, não se mostram muito eficazes diante dos excessos produzidos pela atual sociedade de consumidores, movidos pelas incessantes tentações localizadas nas inesgotáveis fontes de opções e ofertas de mercadorias, bens e serviços. Ao mesmo tempo em que se busca incessantemente um estilo de vida saudável como estratégia para escapar dos riscos, o padrão de vida contemporâneo é constituído pelos excessos, numa existência de exposição frenética à abertura e à experimentação em busca de prazeres, para além dos cuidados e limitações. O excesso se tornou norma, gerando a crença em possibilidades de ganhos e prazeres ilimitados. Este objetivo, ainda que muito sedutor, não é possível de ser atingido em sua totalidade, gerando grande frustração, principalmente àqueles que não podem atuar como agentes de consumo. (CZERESNIA, 2004; CASTIEL, 2007; CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010)

Nesse contexto, desorganizaram-se as normas que estimulavam o comedimento e o entendimento compartilhado quanto aos limites. Aliás, como falar em compartilhamento num momento em que o individualismo e a competição são valores correntes? Vivemos atualmente em um mundo onde a imagem, o status e o acúmulo de bens materiais são exaltados, em detrimento de valores como a solidariedade, equidade, inclusão e justiça social. Nessa perspectiva, os adolescentes e jovens são bombardeados pela mídia e pela

sociedade em geral com constantes e agressivos apelos ao consumismo exacerbado, se constituindo em alvos altamente visados no âmbito da publicidade e das ofertas do mercado. Como exigir que eles tomem suas decisões sempre pautadas pela racionalidade? Adotem estilos de vida saudáveis? Tenham uma postura comedida e prudente? E que nunca se arrisquem, fugindo de todos os virtuais riscos e perigos à espreita, visando preservar um futuro que nem sabem ao certo se chegará? Será que condutas delituosas e a violência em geral são vistas como uma saída para atingir metas de consumo, buscar identidade e visibilidade? Como o jovem vai se sentir comprometido com regras e leis estabelecidas pela sociedade, se ele não se sente pertencente a ela? Se não se sente pertencente à sociedade, qual é o impeditivo para o cometimento de violência contra essa sociedade que o exclui?

Conforme exposto, consideramos indispensável esse mergulho na complexidade inerente ao conceito de risco, situando o discurso no contexto histórico, cultural e social, para que a discussão sobre os comportamentos de risco adotados pelos adolescentes e jovens seja realizada sob a luz dos aspectos abordados.

Assim sendo, diante da impossibilidade da completa eliminação dos riscos, a resiliência surge como uma mudança de paradigma que passa do enfoque de risco para o que foi chamado enfoque da resiliência. Segundo Luthar e Zelazo (2003), a diferença básica dos dois enfoques é a natureza negativa ou positiva dos fatores que cada um focaliza. Na abordagem de risco são focalizados os resultados negativos e fatores negativos que interferem no desenvolvimento, enquanto na abordagem da resiliência os resultados e fatores positivos também são valorizados.

É importante ressaltar que os estudos na área da resiliência buscam uma possibilidade de valorizar o ser humano e produzir saúde apesar dos contextos adversos, não substituindo a preocupação com a elaboração de políticas públicas de combate às desigualdades sociais e às condições de vida violadoras de direitos (PESCE *et.al.*, 2004). Yunes (2006) alerta quanto ao erro de se revestir o conceito de resiliência de um caráter ‘subordinado’, o que não contempla a amplitude do alcance e sentido do termo. Libório, Castro e Coelho (2006) destacam que não devemos incorporar esse

conhecimento como “instrumento de legitimação da desigualdade e do ajustamento servil à ordem social dominante” p.16

O conceito de resiliência permite a formulação de políticas que, facilitando o desenvolvimento sadio de crianças e adolescentes, possam assentar as bases humanas para uma transformação positiva da realidade social. (MELILLO, 2005)

#### **4.6. APOIO SOCIAL**

“As pesquisas que visam à compreensão dos processos de resiliência e enfrentamento das situações de risco e da condição de vulnerabilidade ressaltam a qualidade das experiências de confiança como um dos mais potentes indicadores de proteção para construção da noção de competência social, favorecedores da capacidade do indivíduo de superar adversidades” (CASTRO; LIBÓRIO, 2010, p. 62)

A adolescência representa um período caracterizado por mudança nas relações principalmente entre pais e pares, uma fase de expansão das redes e transformação da influência exercida por cada uma delas. Devido à singularidade deste período, a influência exercida pela rede social é crucial no desenvolvimento do sujeito. (ANTUNES; FONTAINE, 2005)

Diante dessas considerações, elegemos como objeto de estudo o fator protetor “apoio social”, compreendido em todas as suas dimensões. De acordo com Costa (2009), dentre os fatores de proteção, o apoio social é o que mais se destaca, pois exerce grande influência no desenvolvimento humano. Refere-se ao estabelecimento e à manutenção de relações e vínculos. Afirma também que de acordo com estudos na área, sujeitos que percebem altos níveis de apoio social apresentam adequada autoestima, autoconfiança e desenvolvem estratégias mais adaptativas para lidar com situações adversas.

A rede de apoio social funciona como fator protetor ao fornecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento em situações adversas, atuando como fator moderador do risco e da vulnerabilidade. Auxilia as pessoas na adaptação e na superação de determinados estressores. É a interface entre o sujeito e o meio social no

qual está inserido. Fazem parte da rede de apoio a família, amigos, professores, colegas, instituições e toda a comunidade. (ANTUNES; FONTAINE, 2005; SIQUEIRA; BETTS; DELL`AGLIO, 2006)

Apoio social refere-se a um sistema de relações formais e informais pelo qual os indivíduos recebem ajuda emocional, material e/ou de informação, para enfrentarem situações geradoras de tensão, amortecendo o impacto dos eventos negativos. Pode envolver qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material e proteção oferecidos por pessoas e/ou grupos com os quais se tem contatos sistemáticos, e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que o recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. (VALLA,1999 ; GRIEP; CHOR; FAERSTEIN, 2003) Sua função é auxiliar o indivíduo em sua adaptação, incrementando seus recursos para lidar com as múltiplas situações adversas com as quais se depara ao longo da vida, promovendo processos de resiliência e desenvolvimento adaptativo. (BRITO; KOLLER,1999)

Segundo Siqueira, Betts e Dell'Aglio (2006) o apoio afetivo, considerado uma das dimensões do apoio social, é igualmente importante, pois se relaciona à qualidade das relações interpessoais e contribui para a manutenção dos vínculos. Assim, tanto o apoio afetivo quanto social estão relacionados à percepção que a pessoa tem de seu mundo social, como se orienta nele, suas estratégias e competências para estabelecer vínculos, e com os recursos que esse lhe oferece, como proteção e força frente a situações de risco que se apresentam. (BRITO; KOLLER, 1999)

Os tipos de apoio social mais frequentemente encontrados na literatura são:

- emocional (disponibilidade para conversar e compartilhar sentimentos e problemas, estabelecendo uma relação de confiança. Relaciona-se à percepção de ser cuidado, apoiado e valorizado por alguém afetivamente disponível);
- instrumental ou material (associado à assistência em tarefas, ajuda financeira, tempo dedicado e disponibilização de recursos, bens e serviços);
- informacional (possibilidade de orientação através de informações e conselhos úteis para lidar com situações ou resolver problemas);

- afetivo (manifestação de afeto e amor);
- interação positiva: realização de atividades prazerosas em conjunto).

(SIQUEIRA; BETTS, DELL'AGLIO, 2006; COSTA, 2009; PESCE *et.al.*, 2004)

Diversos trabalhos pesquisados mostram que o apoio percebido tem maior importância que o apoio objetivamente recebido. Sentir a existência de ajuda disponível funciona como fator redutor de estresse por si só. A subjetividade do apoio social depende da percepção de cada indivíduo, sofrendo interferência de diversos fatores como, por exemplo, a capacidade do sujeito de solicitar e aceitar a ajuda da rede, seus modos de enfrentamento, sua facilidade de comunicação com os outros, timidez, expansividade e demais fatores relacionados à sua personalidade. Esta percepção vem da crença de que são estimados e que os outros se interessam e estão dispostos e disponíveis para ajudar em caso de necessidade. (COSTA, 2009; GONÇALVES *et.al.*, 2011; SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011; MARTINS, 2005) Enfim, são as relações significativas que os indivíduos estabelecem e compõem sua rede de apoio social e afetivo, que representam o apoio percebido e recebido por eles. (BRITO; KOLLER, 1999 *apud* COSTA, 2009) Esse apoio recebido tem sido relacionado a desfechos positivos em diversas situações adversas, influenciando o bem estar emocional, físico e até a longevidade dos indivíduos. (GONÇALVES *et.al.*, 2011)

## **5. OBJETIVO GERAL**

Estudar os fatores protetores, dentro dos marcos da promoção de saúde e da resiliência, envolvidos na prevenção da violência entre adolescentes.

## **6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1 Realizar revisão teórica sobre resiliência, promoção de saúde e prevenção de violência entre adolescentes
- 2 Relacionar os conceitos de resiliência e de promoção da saúde
- 3 Identificar a relação entre a presença das redes de apoio social e a adoção de comportamentos de risco
- 4 Identificar a relevância das redes de apoio social como fator protetor promotor de resiliência

## **7. METODOLOGIA**

Trata-se de estudo de natureza quali-quantitativa acerca dos fatores protetores relativos à promoção de saúde e resiliência entre adolescentes, apresentado na forma de dois artigos.

O primeiro, uma revisão sistemática de literatura, que se constituiu da análise de 45 trabalhos obtidos pelo cruzamento dos descritores “promoção da saúde”, “resiliência”, “adolescentes” e “prevenção da violência” (ou apenas violência).

O segundo, um artigo de análise de resultados, no qual foi analisado o banco de dados coletado pelos pesquisadores Bernardo Monteiro de Castro e Renata Maria Coimbra Libório, parceiros do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz, em projeto articulado a uma pesquisa de âmbito nacional. Foram utilizados questionários de múltipla escolha, com 109 questões retiradas de uma pesquisa encomendada pelo Banco Mundial em 2003 e aplicados a alunos de 11 escolas públicas de Belo Horizonte, nas 9 regionais da cidade, entre 2006 e 2007.

Foram aplicados 1000 questionários, respondidos por alunos entre 14 e 19 anos de idade, de ambos os sexos, de nível socioeconômico baixo, residentes em áreas de exclusão e vulnerabilidade social, que frequentavam o ensino fundamental e médio da rede pública, bem como salas de supletivo e projetos sociais ou comunitários. Dos 1000 questionários aplicados, 702 foram válidos, constituindo a amostra analisada. O questionário encontra-se em anexo.

Foram feitas correlações entre a adoção de comportamentos de risco (relacionados ao uso e experimentação de drogas lícitas e ilícitas, sexualidade, suicídio e diversos comportamentos violentos) e a presença das redes de apoio social e afetivo nas vidas dos estudantes participantes. As associações estatisticamente significativas foram apresentadas e discutidas.

## **8. VIABILIDADE E ASPECTOS ÉTICOS**

Conforme exposto, o banco de dados já se encontrava finalizado e nos foi disponibilizado pelos pesquisadores acima citados. O processo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP - Campus de Presidente Prudente - teve o número 016/2005. Sua aprovação foi comunicada no dia 13 de maio de 2005.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. R. L.; ALVIM, C. G.; MAGALHÃES, M. E. N.; ALMEIDA, J. S. C. B.; GOULART, L. M. H. F.; DIAS, L. S.; VIANA, M. R. A.; ROMANINI, M. A. V.; AMARAL, T. M.; MOULIN, Z. S. Saúde da criança e do adolescente: políticas públicas. In: ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. (Org.). *Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes*. Belo Horizonte: Coopmed, 2006. p. 7-14.

AMPARO, D. M.; GALVÃO, A. C. T.; ALVES, P. B.; BRASIL, K. T.; KOLLER, S. H. Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estudos de Psicologia*, v. 13, n. 2, p. 165-174, 2008.

ANTUNES, C. *O apoio social e o conceito de si próprio na adolescência*. 1994. Dissertação (Mestrado) – FPCE. Universidade do Porto, Porto, 1994.

ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala *Social Support Appraisals*. Portugal, *Paidéia*, 2005, v. 15, n. 32, p. 355-366, 2005.

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; SANTOS, N. C. Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. cap. 3, 340 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE)*, v. 11, n. 1, p. 63-76, jan./jun., 2007.

BRASIL. Código de Menores (1927). *Código de menores*, decreto n 17.943-A de 12 de outubro de 1979 e legislação posterior. Rio de Janeiro: Aurora, 1986.

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

BRASIL. *Estatuto da criança e do adolescente*, lei federal n. 8069, 1990. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz: você é a peça principal para enfrentar este problema*. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências, portaria MS/GM n737 de 16/05/01. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 96, seção1E, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes*, 2008 e 2009. Brasília, 2010. 138 p.

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

BRITO, R.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (Ed.). *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-129.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CASTIEL, L.D. Moléculas, Moléstias, Metáforas: o senso dos humores. São Paulo: Unimarco, 1996

CASTIEL, L. D. Identidades sob risco ou risco como identidade? A saúde dos jovens E a vida contemporânea. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 4 (2): 2-16, 2007.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Coleção temas em saúde, 2010.

CASTRO, B. M.; LIBÓRIO, R. M. C. *Risco e resiliência entre adolescentes e jovens de escolas públicas de Belo Horizonte*. Curitiba: Editora CRV, 2010. 178 p.

CONCHA-EASTMAN, A.; MALO, M. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. *Ciênc.saúde coletiva*, v. 11, n. Supl, p. 1179-1187, 2007.

COSTA, L. G. *A rede de apoio social de jovens em situação de vulnerabilidade social e o uso de drogas*. Dissertação (mestrado) - Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre, 2009.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 5, p. 1101-1109, 2007.

CUNNINGHAM, W. (Coord.). Achados relevantes para as políticas públicas. In: CUNNINGHAM, W. (Coord.). *Jovens em situação de risco no Brasil*. Brasília: Documento do Banco Mundial, 2007. v. 1.

CYRULNIK, B. *Os patinhos feios*. Tradução Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2004. (Psicologia e pedagogia). Título original: Les vilains petit canards.

CZERESNIA, D. Risco Epidemiológico e Vigilância Sanitária . Texto elaborado para seminário temático permanente da Anvisa - "As várias faces do conceito de risco em vigilância sanitária" - agosto de 2001.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cadernos de saúde Pública*, 20 (2): 447-455, 2004.

DUARTE, C. E. *et al.* As violências e acidentes como problemas de saúde pública no Brasil: marcos das políticas públicas e a evolução da morbimortalidade durante os 20 anos do Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, 2009. 416 p.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FREITAS, C. M. Riscos e Processos Decisórios – implicações para a vigilância sanitária. [S.I.], 2001 Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/inst/snvs/coprh/seminario/riscos.htm>>. Acesso em: 11/03/12

GALHEIGO, S. M. Apontamentos para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 181-189, 2008.

GARCIA, L. P.; MONTENEGRO, M. M. S.; RAMALHO, W. M. Mortalidade no Brasil: situação de 2008 e evolução segundo principais grupos de causas no período de 1980 a 2008. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. cap. 2, p. 45- 72.

GAWRYSZEWSK, V. P.; MONTEIRO, R. A.; SÁ, N. N. B.; MASCARENHAS, M. D. M.; SILVA, M. M. A.; BERNAL, R.; MALTA, D. C. Acidentes e violências no Brasil: um panorama atual das mortes, internações hospitalares e atendimentos em serviços de urgência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. cap. 5, p. 137- 174.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro; Fiocruz; 2008. cap. 16, p. 575-626.

GOMES, R; MINAYO, M. C. S; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília:

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. cap. 4, p. 117-140. (Série B. Textos básicos de saúde).

GONÇALVES, T. R. *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, mar. 2011.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E. Apoio social: confiabilidade teste - reteste de escala no estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 625-634, 2003.

HAWLEY, D. R.; DeHANN, L. Toward a definition of family resilience: integrating life span and family perspectives. *Family Process*, n. 35, p. 283-298, 1996.

HENRIQUES, R. *Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90*. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. (Textos para discussão, 807).

JESSOR, R.; VAN DEN BOS, J.; VANDERRY, J.; COSTA, F. M.; TURBIN, M. S. Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, v. 31, n. 6, p. 923-933, 1995.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, 227-235, 2003.

KOLLER, S. H.; RIBEIRO, J.; CERQUEIRA-SANTOS, E.; MORAIS, N. A.; TEODORO, M. L. *Juventude brasileira: comportamento de risco, fatores de risco e de proteção*. Porto Alegre: UFRGS, 2005. Relatório técnico da pesquisa apresentado ao Banco Mundial.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, A. B.; LOZANO, R. (Org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002.

LASMAR, M. M. O. ; RONZANI, T. M. Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde. *Rev. APS*, v. 12, n. 3, p. 339-350, jul./set. 2009.

LIBÓRIO, R. M. C.; CASTRO, B. M.; COELHO, A. E. L. Desafios metodológicos para a pesquisa em resiliência: Conceitos e reflexões críticas. In DELL'AGLIO, .D.D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. (Eds.) *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do risco a proteção* (p. 89-117). São Paulo, Casa do Psicólogo, 2006.

LIMA, C. A. (Coord.) *et al.* *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas, 2006. 298 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

LUPTON, D. *Risk*. London: Routledge, 2004.

LUTHAR, S. S. Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents. *Child Development*, n. 62, p. 600-616, 1991.

LUTHAR, S. S.; ZELAZO, L. B. Research on resilience: An integrative review. In LUTHAR, S. S. (Ed) Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities. New York, Cambridge University Press, p. 510-549, 2003.

MARTINS, R. M. A relevância do apoio social na velhice. *Millenium on Line*. 2005. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium31/9.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2011.

MASTEN, A. S.; GARMEZY, N. Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In: LAHEY, B. B.; KAZDIN, A. E. (Ed.). *Advances in clinical child psychology*, New York, v. 8, p. 1-52, 1985.

MEEUS, W. Parental and peer support, identity development and psychological wellbeing in adolescence. In: CONFERÊNCIA EUROPEIA DE PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO, 9., 1999, Spetses, Grécia. Comunicação.

MELILLO, A. Resiliência e Educação. In: Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Melillo, A.; Ojeda, E. N. S.(orgs). Porto Alegre, Artmed, 2005.

MELLO JORGE, M. H. P. Como morrem nossos jovens. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO - CNPD. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. p. 209-289

MELO, E. M. Prevenção da violência em adolescentes: experiência do projeto frutos do morro. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 7., 2004, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: UFMG, 2004.

MELO, E. M.; FARIA, H. P.; MELO, M. A. M. ; CHAVES, A. B. ; MACHADO, G. P. . Mundo da Vida, Adolescência e Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 01, p. 39-48, 2005.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. cap. 1, p. 9-41. (Série B. Textos básicos de saúde).

MINAYO, M. C. S. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, p. 278-292, 1990.

MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. In: KOLLER S. H. (Ed.). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

NEVES, T. P.; GUILAM, M. C. R. Diminuindo riscos, promovendo vida saudável: o conceito de risco na promoção da saúde. *Salusvita*, Bauru, v. 27, n.3, p. 283-299, 2007.

NJAINÉ, K. ; REIS, A. C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Impacto da violência na saúde dos*

*brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. cap. 10, p. 313-339. (Série B. Textos básicos de saúde).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. 1992. Declaração de Santa Fé de Bogotá. In: BRASIL. Ministério da Saúde; FIOCRUZ. *Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1996. p. 41-47.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. *A saúde no Brasil*. Brasília, 1998.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Resiliência na rua: Um estudo de caso. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 21, n. 2, p. 187-195, 2005.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R. V. C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 20, n. 2, p. 135-143, maio/ago, 2004.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

PIROTTA, K. C. M. A construção sócio-histórica da adolescência e as políticas públicas. *BIS- Boletim do Instituto de Saúde: juventudes e vulnerabilidades*, v. 12, n. 40, dez. 2006. p. 4-8.

POLETO, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 25, n. 3, p. 405-416, jul./set., 2008.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, n. 147, p. 598-611, 1985.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Orthopsychiatric Association*, v. 57, n. 3, p. 316-331, 1987.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, n. 14, p. 626-631, 1993 *apud* AMPARO, D. M.; GALVÃO, A. C. T.; ALVES, P. B.; BRASIL, K. T.; KOLLER, S. H. Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estudos de Psicologia*, v. 13, n. 2, p. 165-174, 2008.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2575-2585, maio 2011.

SIQUEIRA, A. C.; BETTS, M. K.; DELL'AGLIO, D. D. A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicologia*. Porto Alegre, v. 40, n. 2, p. 149-158, ago. 2006.

SOARES FILHO, A. M. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 45, n. 4, p. 745-55, 2011.

SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G.; SILVA, C. M. F. P. Violência no município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendências da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, v. 1, p. 389-398, 1997.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C.; VEIGA, J. P. C. Violência interpessoal: homicídios e agressões. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. cap. 6, 171-203 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

SOUZA, E. R.; MELLO JORGE, M. H. P. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: LIMA, C. A. (Coord.) *et. al. Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006. cap. 2, p. 23- 28. (Série B. Textos básicos de saúde).

SOUZA, E. R. *et. al.* Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 83-108.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saude Pública*; v.15, suppl.2, p.7-14, 1999.

WASELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2011: os jovens do Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, Ministério da Saúde/IEC, 1986. p. 11-18.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Declaração de Adelaide sobre cuidados primários. In: BRASIL. Ministério da Saúde/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, Ministério da Saúde/IEC, 1988. p. 19-30.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, Ministério da Saúde/IEC, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Declaração de Sundsvall sobre promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, Ministério da Saúde/IEC, 1991. p. 31-40.

YUNES, A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, Maringá, n.esp., p.75-84, 2003.

YUNES, M. A. M. Psicologia Positiva e resiliência: Foco no indivíduo e na família. In DELL'AGLIO, .D.D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. (Eds.) *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do risco a proteção* (p. 45-68), São Paulo, Casa do Psicólogo, 2006.

YUNES, A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

## **10. PROMOÇÃO DA SAÚDE E RESILIÊNCIA: ESTRATÉGIAS VALIOSAS NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS**

### **10.1. RESUMO**

A violência é um problema de saúde pública que assola a sociedade moderna, causando forte impacto na saúde das populações. Diante da complexidade na abordagem dos inúmeros fatores de risco associados, e da impossibilidade de exterminá-los por completo, a resiliência e a promoção da saúde emergem como importantes possibilidades de enfrentamento e prevenção da violência. Ambas visam ao fortalecimento dos fatores de proteção, e permitem interpretar as necessidades e ações de saúde transcendendo a compreensão simplista do complexo processo saúde-doença. Esta revisão selecionou 45 trabalhos objetivando aprofundar os conceitos de resiliência e promoção de saúde, relacioná-los entre si e discutir sua utilização na prevenção da violência entre adolescentes e jovens.

**Palavras-chave:** resiliência, promoção da saúde, prevenção da violência e adolescentes.

### **10.2. ABSTRACT**

Violence is a public health problem which affects the modern society, having a considerable impact on people's health. Due to the complexity to address several risk factors associated to violence and to impossibility of thoroughly excluding them, resilience and health promotion emerge as important possibilities of facing and preventing violence. Both strategies aim to increase protective factors and allow interpreting the health needs and actions, expanding the simplistic understanding of the complex health-disease process. We have systematically reviewed the literature, selecting 45 papers. The present work aims to deepen resilience and health promotion, relating them to one another and discussing its use to prevent violence among adolescents and youngsters.

**Keywords:** resilience, health promotion, violence prevention, adolescents.

### 10.3. INTRODUÇÃO

A violência está difundida em todo o tecido social, causando grande impacto na saúde da população. É considerada importante fator de risco psicossocial, e foi incorporada às agendas dos governantes em âmbito nacional e mundial como prioridade e grande desafio da saúde pública.

A Organização Mundial de Saúde define a violência como o “uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.” (KRUG *et.al.*, 2002, p. 5) E a classifica em três tipos: violência auto infringida, violência interpessoal (intrafamiliar, comunitária e institucional) e violência coletiva (crimes cometidos por grupos organizados, terrorismo, guerras, genocídios). Minayo (2005) ainda acrescenta a esses tipos, a violência estrutural, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que perpetuam a fome e a miséria, reproduzindo desigualdades sociais, de gênero e etnia. Nesse caso, a violência acaba sendo causa de mais violência, pois indivíduos, famílias e comunidades inseridos em condições de vulnerabilidade, como pobreza, desemprego e subemprego, fome, condições desumanas de habitação, desigualdade e exclusão social estão mais sujeitos aos outros tipos de violência. (RODRIGUEZ; BRINDIS,1995)

Violências e acidentes são classificados pela OMS e CID-10 (classificação internacional de doenças) conjuntamente sob a rubrica de causas externas e, em nosso país, ocupam o terceiro lugar nas causas de mortalidade em geral. (GARCIA; MONTENEGRO; RAMALHO, 2010) De acordo com o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA (BRASIL, 2010), no período de 1980 a 2006, houve um aumento de 78% na frequência das causas externas, que “atingem um numero muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas, e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas”. (BRASIL, 2010, p. 15)

Os dados são ainda mais críticos quando relacionados a adolescentes e jovens, pois essa faixa etária, além de apresentar maior vulnerabilidade, devido às complexas mudanças biopsicossociais que aí ocorrem, é a mais atingida, a ela pertencem as principais vítimas e autores da violência e nela as causas externas representam a primeira causa de mortalidade. (KRUG *et.al.*, 2002; GAWRYSZEWSK *et.al.*, 2010)

Entre os jovens, duas a cada três mortes são originadas por algum tipo de violência, seja acidente de transporte, homicídio ou suicídio (WAISELFISZ, 2011) e estudos internacionais revelam que para cada morte de jovem por homicídio, existem 20 a 40 casos não fatais que chegam a receber tratamento hospitalar. (ASSIS; DESLANDES; SANTOS, 2005) Segundo dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) de 2011, atendimentos por violência física representam 59,6% do total de atendimentos realizados na faixa de 15 a 19 anos. (WAISELFISZ, 2012)

Diante desse contexto, acreditamos que se as estratégias de enfrentamento forem centradas apenas em aparatos repressivos – policial, judicial e prisional – reforçando a lógica social de eliminar a violência pela violência, as chances de sucesso serão reduzidas. Portanto, a resiliência e a promoção da saúde emergem como importantes possibilidades de enfrentamento e prevenção da violência. O presente trabalho objetiva, a partir de revisão sistemática da literatura, aprofundar esses conceitos, relacioná-los entre si e discutir sua utilização na prevenção da violência entre adolescentes e jovens.

#### **10.4. METODOLOGIA**

A revisão iniciou-se pela busca isolada da expressão “promoção da saúde” (health promotion), no Portal de Periódicos Capes, que gerou mais de 65.000 resultados. Para enriquecer o trabalho com informações atuais e bem fundamentadas, foram feitas buscas por estudos randomizados controlados de promoção de saúde, com utilização dos descritores “randomizado” (randomized), “estudo controlado” (controlled trial) e “experimental”, no anos 2009, 2010 e 2011, encontrando-se respectivamente 132, 162 e 149 resultados. Dando sequência às buscas, as expressões “prevenção da violência” (violence prevention) e “adolescente” (adolescent) foram somadas à promoção da saúde, pesquisando as 11 bases indicadas pelo portal em cada área, o que gerou 120

resultados na área da saúde e 31 na área das ciências humanas. A busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as mesmas três expressões anteriores, gerou 128 resultados. A seguir, a expressão “resiliência” (resilience) foi introduzida nos seguintes cruzamentos: promoção da saúde + adolescente (health promotion + adolescent) e prevenção da violência + adolescente (violence prevention + adolescent), tendo sido encontrados 112 e 89 resultados, respectivamente. Também foram feitas pesquisas nas bases Scielo, Medline, Lilacs e Banco de Teses, não tendo sido encontrados resultados diferentes dos anteriores. Ao final chegou-se a 742 resultados, sabendo-se que diversos artigos se repetem nas diferentes bases pesquisadas. A partir da leitura dos resumos, iniciou-se o processo de seleção. Foram excluídos artigos que tratavam da promoção de saúde e da resiliência, mas não eram relacionados à violência ou à adolescência. Entretanto, tais artigos foram utilizados para enriquecer o embasamento teórico da temática. Após esse processo de triagem, foram selecionados 73 artigos a serem lidos na íntegra. Finalmente, seguindo os mesmos critérios de exclusão, foram selecionados 45 artigos (Quadro 1) para a presente revisão, que será organizada segundo duas categorias: os nexos entre resiliência/promoção de saúde e prevenção da violência.

## 10.6. RESULTADOS

Os trabalhos selecionados para fazerem parte da revisão foram numerados, para que possam se distinguir das demais referências utilizadas como embasamento teórico.

Quadro I. Resultados: artigos selecionados

1	ALICEA, S.; PARDO, G.; CONOVER, K.; GOPALAN, G.; McKAY, M. Step-up: promoting youth mental health and development in inner-city high schools. <i>Clin Soc Work J</i> , 2011.
2	ASARNOW, J. R.; JAYCOX, L. H.; DUAN, N.; LaBORDE, A. P.; REA, M. M.; MURRAY, P.; ANDERSON, M.; LANDON, C.; TANG, L.; WELLS, K. B. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics. <i>JAMA</i> , v. 293, n. 3, p. 311-319, Jan. 2005.
3	ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P.; XIMENES, L. F. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Apr. 2009.
4	BOLTON, P.; BASS, J.; BETANCOURT, T.; SPEELMAN, L.; ONYANGO, G.; CLOUGHERTY, K. F.; NEUGEBAUER, R.; MURRAY, L.; VERDELI, H. Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda. <i>JAMA</i> , v. 298, n. 5, p. 519-527, 2007.
5	BRASIL, K. T.; ALVES, P. B.; AMPARO, D. M.; FRAJORGE, K. C. Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do DF. <i>Paidéia</i> , v. 16, n. 35, p. 377-384, 2006.
6	BRINDIS, C. D.; HAIR, E. C.; COCHRAN, S.; CLEVELAND, K.; VALDERRAMA, L. T.; PARK, M. J. Increasing access to program information: a strategy for improving adolescent health. <i>Matern Child Health J</i> , n. 11, p. 27-35, 2007.

7	BROWN, D. W.; RILEY, L.; BUTCHART, A.; MEDDINGS, D. R.; KANNB, L.; HARVEYA, A. P. Exposure to physical and sexual violence and adverse health behaviours in African children: results from the Global School-based Student Health Survey. <i>Bull World Health Organ</i> , n. 87, p. 447-455, 2009.
8	CARROLL, G. B.; HEBERT, D. M. C.; ROY, J. M. Youth Action Strategies in Violence Prevention. <i>Journal of Adolescent Health</i> , n. 25, p. 7-13, 1999.
9	CHAMPION, J. D. Context of sexual risk behaviour among abused ethnic minority adolescent women. <i>International Nursing Review</i> , v. 58, p. 61-67, 2011.
10	COCCO, M.; LOPES, M. J. M. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. <i>Rev Gaúcha Enferm.</i> , Porto Alegre (RS), v. 31,n. 1, p. 151-9, mar. 2010.
11	DUKE, N. N.; BOROWSKY, I. W.; PETTINGELL, S. L.; McMORRIS, B. J. Examining youth hopelessness as an independent risk correlate for adolescent delinquency and violence. <i>Matern Child Health J</i> , n. 15, p. 87-97, 2011.
12	ESPINOZA-GOMEZ, F.; ZEPEDA-PAMPLONA, V.; BAUTISTA-HERNÁNDEZ, V.; HERNÁNDEZ-SUÁREZ, C. M.; NEWTON-SÁNCHEZ, O. A.; PLASENCIA-GARCÍA, G. R. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. <i>Salud Publica Mex</i> , v. 52, n. 3, mayo-jun. 2010.
13	FONTENOT, H. B.; FANTASIA, H. C. Issues and influences on sexual violence within the adolescent population. <i>JOGNN</i> , v. 40, n. 2, p. 215-216; Mar./Apr. 2011.
14	WINGOOD, G. M.; DICLEMENTE, R. J.; HARRINGTON, K. F.; LANG, D. L.; DAVIES, S. L.; HOOK, E. W.; KIM, M.; HARDIN, J. W. Efficacy of an HIV prevention program among female adolescents experiencing gender-based violence. <i>Am J Public Health</i> , v. 96, n. 6, June, p. 1085-1090, 2006.
15	GARBER, J.; CLARKE, G. N.; WEERSING, V. R.; BEARDSLEE, W. R.; BRENT, D. A.; GLADSTONE, T. R. G.; DeBAR, L. L.; LYNCH, F. L.; D'ANGELO, E.; HOLLON, S. D.; SHAMSEDEEN, W.; IYENGAR, S. Prevention of depression in at-risk adolescents. <i>JAMA</i> , v. 301, n. 21, p. 2215-2224, 2009.
16	GERMENI, E.; LIONIS, C.; KALAMPOKI, V.; DAVOU, B.; BELECHRI, M.; PETRIDOU, E. Evaluating the impact of a school-based helmet promotion program on eligible adolescent drivers: different audiences, different needs? <i>Health Education Research</i> , v. 25, n. 5, p. 865-876, 2010.
17	GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K.; SCHENKER, M. Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 11, supl.0, 2006.
18	GONZÁLEZ-FORTEZA, C.; BERENZON-GORN, S.; TELLO-GRANADOS, A. M.; FACIO-FLORES, D.; MEDINA-MORA, I. M. E. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. <i>Salud Publica Mex</i> , v. 40, n. 5, p. 430-437, set.-oct. 1998.
19	HICKMAN, L. J.; JAYCOX, L. H.; ARONOFF, J. Dating violence among adolescents: prevalence, gender distribution, and prevention program effectiveness. <i>Trauma Violence Abuse</i> , v. 5, n. 2, p. 123-42, abr. 2004.
20	JEGANNATHAN, B.; KULLGREN, G. Gender differences in suicidal expressions and their determinants among young people in Cambodia, a post-conflict country. <i>BMC Psychiatry</i> , n. 11, p. 47, 2011.
21	KAMINSKI, J.; PUDDY, R. W.; HALL, D. M.; CASHMAN, S. Y.; CROSBY, A. E.; ORTEGA, L. A. G. The relative influence of different domains of social connectedness on self-directed violence in adolescence. <i>J Youth Adolescence</i> , n. 39, p. 460-473, 2010.
22	KUNTSCHE, E.; KUNTSCHE, S.; KNIBBE, R.; SIMONS-MORTON, B.; FARHAT, T.; HUBLET, A.; BENDTSEN, P.; GODEAU, E.; DEMETROVICS, Z. Cultural and Gender Convergence in Adolescent Drunkenness : evidence from 23 European and North American countries. <i>Arch Pediatr Adolesc Med.</i> , v. 165, n. 2, p. 152-158, 2011.
23	LEFF, S. S.; THOMAS, D. E.; VAUGHN, N. A.; THOMAS, N. A.; MACEVOY, J. P.; FREEDMAN, M. A.; ABDUL-KABIR, S.; WOODLOCK, J.; GUERRA, T.; BRADSHAW, A. S.; WOODBURN, E. M.; MYERS, R. K.; FEIN, J. A. Using community-based participatory research to develop the PARTNERS youth violence prevention program. <i>Prog Saúde da Comunidade Partnersh</i> , v. 4, n. 3, p. 207-216, 2010.
24	LIBERAL, E. F. <i>et al.</i> Escola segura. <i>J. Pediatr</i> , Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, nov. 2005.
25	MA, G. X.; THOMPSON, B. Needs for youth substance abuse and violence prevention in schools and communities. <i>The Journal of Primary Prevention</i> , v. 20, n. 2, p. 93-105, 1999.
26	McDOUGALL, T. Improving mental health outcomes for children and young people. <i>Mental Health Practice</i> , v. 14, n. 9, p. 22-24, Jun. 2011.
27	MALDONADO, M. T. Caminhos da prevenção da violência doméstica e escolar: construindo a paz. <i>Adolesc. Latinoam</i> , Porto Alegre, v. 1, n. 2, jul./sep. 1998.

28	MALTA, D. C.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; SILVA, C. S.; ANDREAZZI, M. A. R.; CRESPO, C.; MASCARENHAS, M. D. M.; PORTO, D. L.; FIGUEROA, A. L. G.; MORAIS NETO, O. L.; PENNA, G. O. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultado da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3053-3063, Oct. 2010.
29	MATTOS, H. F. Obstáculos aos programas de promoção da saúde e prevenção dos danos da violência entre os adolescentes. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, set./out. 2007.
30	MELO, E. M. Prevenção da violência em adolescentes: experiência do projeto frutos do morro. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 7., 2004, Belo Horizonte. <i>Anais...</i> Belo Horizonte: UFMG, 2004.
31	MONSHAT, K.; VELLA-BRODRICK, D.; BURNS, J.; HERRMAN, H. Mental health promotion in the Internet age: a consultation with Australian young people to inform the design of an online mindfulness training programme. <i>Health Promot. Int.</i> , Mar.2011.
32	MORRIS, S. W. Designing health promotion approaches to high-risk adolescents through formative research with youth and parents public health reports. <i>Public Health Reports</i> , v.108, Supp. 1, 1993.
33	NJAINE, K. Sentidos da violência ou a violência sem sentido: o olhar dos adolescentes sobre a mídia. <i>Interface - Comunic, Saúde, Educ</i> , v. 10, n. 20, p. 381-92, jul./dez. 2006.
34	NOONAN, R. K.; CHARLES, D. Developing teen dating violence prevention strategies: formative research with middle school youth. <i>Violence Against Women</i> , n. 15, p. 1087, 2009.
35	NOTARIANNI, M. A.; CLEMENTS, P. T.; TILLMAN, H. J. Caring for the future: Strategies for promoting violence prevention in pediatric primary care. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i> , n. 19, p. 306-314, 2007.
36	ORPINAS, P.; KELDER, S.; FRANKOWSKI, R.; MURRAY, N.; ZHANG, Q.; McALISTER, A. Outcome evaluation of a multi-component violence prevention program for middle schools: the Students for Peace project. <i>Health Educ. Res.</i> , v. 15, n. 1, p. 45-58, 2000.
37	OZER, E. J.; WANIS, M. G.; BAZELL, N. Diffusion of school-based prevention programs in two urban districts: adaptations, rationales, and suggestions for change. <i>Prev Sci</i> , n. 11, p. 42-55, 2010.
38	PAYTON, J. W.; WARDLAW, D. M.; GRACZYK, P. A.; BLOODWORTH, M. R.; TOMPSETT, C. J.; WEISSBERG, R. P. Social and emotional learning: a framework for promoting mental health and reducing risk behavior in children and youth. <i>Journal of School Health</i> , v. 70, n. 5, p. 179-185, May 2000.
39	PERREN, S.; DOOLEY, J.; SHAW, T.; CROSS, D. Bullying in school and cyberspace: associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents. <i>Child Adolesc Psychiatry Ment Health</i> , n. 4, p. 28, 23 Nov. 2010.
40	PUSKAR, K. R.; STARK, K. H.; NORTH CUT, T.; WILLIAMS, R.; HALEY, T. Teaching kids to cope with anger: Peer education. <i>J Child Health Care</i> , v. 15, n. 1, p. 5-13, 2011.
41	RIVET-DUVAL, E.; HERIOT, S. HUNT, C. Preventing adolescent depression in mauritius: a universal school-based program. <i>Child and Adolescent Mental Health</i> , v. 16, n. 2, p. 86-91, 2011.
42	SCHIAVONE, D. B. Exploring adolescent experiences with exposure to community violence. <i>Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing</i> , n. 24, p. 79-87, 2011.
43	SILVERMAN, J. G. Adolescent female sex workers: invisibility, violence and HIV. <i>Arch Dis Child</i> , n. 96, p. 478-481, 2011. Disponível em: <adc.bmj.com>. Acesso em: 17 jan. 2012.
44	SKAPINAKIS, P.; BELLOS, S.; GKATSA, T.; MAGKLARA, K.; LEWIS, G.; ARAYA, R.; STYLIANIDIS, S.; MAVREAS, V. The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. <i>BMC Psychiatry</i> , n. 11, p. 22, 2011.
45	WALTON, M. A.; CHERMACK, S. T.; SHOPE, J. T.; BINGHAM, C. R.; ZIMMERMAN, M. A.; BLOW, F. C. Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents. <i>JAMA</i> , v. 304, n. 5, p. 527-535, 2010.

### 10.5.1. Resiliência e Promoção da Saúde

O conceito de resiliência teve sua origem na física e na engenharia, com o cientista inglês Thomas Young, ao buscar a relação entre a força aplicada num corpo e a

deformação nele produzida. É entendida na área das ciências exatas como a propriedade que um determinado corpo tem de restituir o seu formato original após ter sido submetido a uma força externa. (RUTTER 1987, 1993 *apud* AMPARO *et.al.*, 2008) Traduzida para as ciências humanas, a resiliência seria entendida como “um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contextos de grande adversidade” (LUTHAR; CICHETTI, 2000 *apud* INFANTE, 2005, p.26) ou como a possibilidade de superação por meio da ressignificação do problema, isto é, a capacidade de lidar com as adversidades sem submeter-se às mesmas. (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003)

Diferentemente do conceito inicial utilizado na área da psicologia, a resiliência, hoje, não é mais considerada um atributo fixo, uma qualidade inata de indivíduos invencíveis e invulneráveis. Atualmente é compreendida por grande parte dos estudiosos, inclusive pelas autoras deste texto, como um fenômeno gerado a partir da interação dinâmica existente entre as características individuais e a complexidade do contexto social. A resiliência é um processo entre a pessoa e seu meio. (RUTTER, 1987; PESCE *et.al.*, 2004)

De acordo com Cyrulnik (2004), as marcas do sofrimento estão presentes nas lembranças e sentimentos do sujeito. Sua história permanece na memória, mas a pessoa é capaz de se recuperar porque encontra o suporte que a ajuda a prosseguir e delinear uma trajetória de vida que, do ponto de vista social e cultural, pode ser considerada positiva. Com ênfase na ideia de processo, o autor considera que resiliência traduz um conjunto de fenômenos articulados entre si, que se desenrolam ao longo da vida, em contexto afetivo, social e cultural. Resiliência se refere, portanto, à evolução e à história de um sujeito, sendo considerada como “a arte de navegar nas torrentes”. (CYRULNIK, 2004, p. 207)

A resiliência pode ser entendida como a interação dinâmica entre os fatores de risco e de proteção, sendo os primeiros, variáveis negativas que, dependendo do contexto em que são vivenciadas, aumentam a vulnerabilidade do indivíduo e sua chance de ter resultados negativos em seu desenvolvimento pessoal, sejam esses fatores físicos, mentais, emocionais ou sociais. (CYRULNIK, 2004; YUNES, SZYMANSKI, 2001) Os

fatores de proteção, por sua vez, são mecanismos que permitem que indivíduos e comunidades driblem as adversidades não sucumbindo a elas e que se mantenham numa trajetória positiva apesar delas. Eles dizem respeito às influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação ou adoecimento. (RUTTER, 1985) Dito de outra maneira, fatores de proteção são aqueles que proporcionam um ambiente favorável ao desenvolvimento e reduzem a incidência e a gravidade de resultados negativos frente aos fatores de risco. (PALUDO; KOLLER, 2005) Devem ser entendidos dentro de um processo flexível e não como um conjunto de variáveis fixas que irão, se presentes, inexoravelmente, conferir imunidade ao indivíduo diante de situações de adversidade. (RUTTER, 1987; YUNES; SZYMANSKI, 2001)

A resiliência representa assim um deslocamento da ênfase na doença e nos fatores negativos e de risco, em direção ao fortalecimento dos fatores de proteção, buscando enaltecer as potencialidades dos indivíduos, famílias e comunidades. O estudo da resiliência, enfatizando os fatores de proteção, possibilita que sejam criadas condições para que os indivíduos se desenvolvam e respondam positivamente apesar de expostos a inúmeras situações de risco. Representa uma possibilidade de ampliar a compreensão do processo saúde-doença, incluindo o contexto social, cultural, político e econômico no qual os indivíduos estão inseridos. Falar de resiliência significa, portanto, falar de produção de saúde em contextos adversos. (SILVA *et.al.*, 2005; INFANTE, 2005)

A promoção de saúde é definida, segundo a Carta de Ottawa, como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Envolve condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Extrapola, portanto, a competência exclusiva do setor saúde e exige, para ser implementada, a intersetorialidade e a divisão de responsabilidades entre indivíduos, comunidades, grupos, profissionais da saúde, instituições e governos. Trabalha fortemente a questão da participação comunitária desde a definição de prioridades em saúde até a implementação de estratégias visando melhorias em suas próprias condições de vida. (LASMAR; RONZANI, 2009; BUSS 2000; WHO, 1986)

A promoção de saúde ganha destaque no campo da saúde pública, no final da década de 70, num contexto onde se põe em evidência a busca de modelos de atenção à saúde alternativos à assistência hospitalocêntrica e centrada no médico. (SICOLI; NASCIMENTO, 2003) O que caracteriza o novo paradigma é a constatação do protagonismo dos determinantes sociais sobre as condições de saúde, entendendo que saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, democracia, cidadania, equidade e participação. Representa uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica e individual. Assim, de uma abordagem voltada para o controle dos fatores de risco e mudanças nos comportamentos individuais, volta-se às ações políticas para a saúde, direcionadas ao coletivo e ao ambiente, compreendido num sentido amplo (físico, social, político, econômico e cultural), por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades – *empowerment*. (BUSS, 2000; SICOLI; NASCIMENTO, 2003; CZERESNIA,1999) Nessa perspectiva, a promoção da saúde representa uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu meio e, exatamente por isso, estreitam-se os nexos entre os conceitos de promoção da saúde e de resiliência, que podem ser descritos como sendo o desenvolvimento da estratégia da promoção da saúde com o objetivo de fortalecer e proteger adolescentes e jovens, aumentar suas possibilidades de adaptação resiliente e propiciar a construção de trajetórias e resultados positivos, contrapondo-se dessa forma, aos inúmeros riscos a que estão expostos, entre os quais e principalmente, a violência, em suas múltiplas formas de expressão. Esse nexo entre os dois conceitos constitui a primeira categoria de análise, segundo a qual, os artigos desta revisão serão agrupados e discutidos. Curiosamente, nenhum artigo apresenta explicitamente este nexo. Descobri-lo, a partir da interpretação das proposições dos vários autores lidos, constitui o desafio de nossa análise.

Vários artigos da revisão (8, 23, 25, 26, 28, 31, 34, 37 e 42) enfatizam a relevância do processo de empoderamento dos indivíduos (*empowerment*) e citam o crescente reconhecimento da importância do envolvimento dos atores locais no planejamento e adaptação contextual dos programas a eles destinados, visando eficácia e sustentabilidade máximas. Na mesma direção, no artigo 25, os autores comentam que intervir sobre as questões que as comunidades consideram relevantes aumenta as

chances de sucesso das intervenções. A mesma posição é adotada pelos autores do artigo 26 - “nenhuma decisão sobre mim, sem mim”- e pelos autores do artigo 37, que ademais advertem, “a perspectiva da juventude é subutilizada na programação das intervenções”. O programa de prevenção da violência multicomponente “PARTNERS”, desenvolvido na Filadélfia e publicado em 2010, procurou assegurar, em cada fase, a integração das vozes dos jovens, pais e líderes comunitários no planejamento e implantação do programa. (23) Projeto similar implantado em três escolas canadenses ofereceu a oportunidade dos alunos planejarem atividades relacionadas à saúde, desenvolverem a consciência da importância da prevenção da violência, identificarem maneiras de lidar com o problema e influenciar seu ambiente sobre a questão. (8) Jovens convidados a avaliar um programa de promoção de saúde mental via internet contribuíram para o desenho de uma intervenção voltada para si mesmos e seus pares. (31) Diversas sugestões relevantes foram dadas por adolescentes participantes de estudo realizado por meio de grupos focais e, além de gerar informações valiosas, essa aproximação é útil para reduzir a sensação de desconexão e capacitar para comportamentos positivos. (42) Jovens sob maior risco, muitas vezes recebem quantidade razoável de informação, mas o que falta a eles é a motivação para agir com base nas informações, além de habilidades e recursos para fazer tais alterações em suas vidas. A abordagem deve se encaixar no contexto do cotidiano, pois a motivação para cuidar do futuro é baseada na premissa de que haverá um futuro. (32)

A escola é um dos pilares da educação, onde a criança e o adolescente buscam integração e inclusão social, palco de seus relacionamentos e do desenvolvimento de seus potenciais, numa rede de relações complexas que se estendem por toda a vida. Exerce papel importante no desenvolvimento de comportamentos socioemocionais e no desenvolvimento cognitivo dos jovens, constituindo grande plataforma para a promoção de saúde (24, 1) e tendo papel igualmente importante na geração de fatores de proteção e resiliência.

“A promoção da saúde no ambiente escolar é fundamental para o desenvolvimento integral da cidadania, que permeia a segurança, a educação, a justiça e a equidade”. (24, p.162) Ela garante acesso a informações necessárias para a valorização e incorporação de hábitos saudáveis e seguros, além de promover uma cultura de paz, valorizando não só o indivíduo e suas habilidades, mas também o coletivo, capacitando-o para a

resolução de problemas e aumentando sua capacidade de ter um desenvolvimento positivo. (24)

Lee, Cheung e Kwong (2012) consideram que a resiliência e o desenvolvimento positivo da juventude são contribuintes para a cidadania em termos de responsabilidade pessoal e social. Relatam que existem várias maneiras de promover a resiliência nas escolas. Sugerem programas abrangentes, que possam incorporar normas sociais e valores culturais positivos, ideologias para cultivar atitudes pró-sociais, e uma perspectiva otimista para o futuro, que seriam cruciais para o cultivo da resiliência entre os adolescentes.

O conhecimento atual sobre resiliência tem importantes implicações no processo de trabalho dentro das escolas e na educação em geral. A identificação de condições e contextos que favoreçam o surgimento e o fortalecimento da resiliência pode promover competências que contribuam para o sucesso acadêmico e transformação positiva de muitos aspectos da vida dos estudantes. Abrem-se novas possibilidades de entendimento da vida e suas adversidades, modificando o sistema de crenças dos indivíduos, dando lugar a novas formas de relacionamento dentro das salas de aula, das famílias e das comunidades. (ACEVEDO; RESTREPO, 2012)

Libório, Coelho e Castro (2011) consideram que a escola que protege é aquela que reconhece e valoriza a diversidade cultural, étnica e social dos alunos, favorecendo o desenvolvimento de relações de respeito no contexto escolar. Acreditam que “dar voz aos adolescentes dentro do espaço escolar, permitindo-lhes uma participação mais efetiva e vinculada às suas realidades e necessidades, levando-os a se sentir membros ativos e construtivos de projetos de intervenção a serem desenvolvidos com eles, seria um dos grandes e promissores caminhos de promoção de processos de resiliência com adolescentes expostos a riscos na realidade brasileira” (p.133)

Se os profissionais que atuam com adolescentes colaborarem na resolução das tensões cotidianas apresentadas pelos mesmos de maneira satisfatória, ou seja, respeitando seus contextos socioculturais, poderão favorecer seu fortalecimento e um enfrentamento mais eficaz dos diversos riscos a que se encontram expostos. Os vínculos estabelecidos no

interior da escola são favorecedores da sensação de bem estar, da formação de autoconceito e autoestima favoráveis, que são fundamentais para o processo de resiliência. (UNGAR *et.al.*, 2007; UNGAR, 2008 *apud* LIBÓRIO; COELHO; CASTRO, 2011)

Os artigos da revisão enfatizam o papel das escolas como locais de proteção, mas não mencionam que a instituição pode também representar potenciais riscos aos adolescentes e jovens. A compreensão da percepção dos adolescentes sobre a escola e o papel que a instituição exerce em suas vidas nos remete à exposição anterior sobre a dinamicidade dos fatores de risco e proteção, podendo a escola ser entendida como local de proteção ou de risco na dependência da percepção individual de cada aluno. Libório, Coelho e Castro (2011) comentam que os trabalhos de Sudbrack e Dalbosco (2005), Marriel *et.al.* (2006) e Camargo (2009) apontam circunstâncias nas quais a escola e seus profissionais podem atuar como possíveis agentes de violência. Destacam vários fatores de risco presentes em algumas escolas, tais como: falta de comunicação e negociação de normas, regras e valores; relações não afetivas e desrespeitosas entre alunos e profissionais; expectativas negativas em relação ao desempenho dos alunos; presença de estigma em relação a alguns alunos; ausência de atividades acadêmicas criativas e estimulantes, que tenham relação com os contextos sociais vividos pelos alunos; falta de responsabilidade e compromisso por parte dos agentes educativos; baixo nível de confiança no ambiente escolar; pouco incentivo ao altruísmo, à cooperação e à solidariedade; ausência de relação escola – família. Enfim, a escola precisa se transformar para se configurar em um ambiente de proteção, promotor de processos de resiliência. (SUDBRACK; DALBOSCO, 2005)

Intervenções nas escolas que estabeleçam alianças poderosas com as famílias devem ser estimuladas, pois juntas essas instituições funcionam como potenciais escudos moduladores dos efeitos nocivos da violência crônica à qual muitos alunos estão expostos. (ACEVEDO; RESTREPO, 2012) Programas baseados na escola com componentes voltados para fortalecer laços familiares positivos podem ser os melhores investimentos num contexto de recursos limitados para a prevenção. (21, 32, 35, 36) Exemplo disso é o Programa “Step-up”, que exhibe forte engajamento com os pais e sugere que todos os outros programas poderiam envolver os jovens e suas famílias

como parceiros no seu próprio cuidado. (1) Coorte com 88 participantes mostrou que todos obtiveram resultados positivos ao término do estudo.

### **10.5.2. Prevenção da Violência**

O artigo 38 descreve os elementos chave que devem conter os programas preventivos de qualidade, baseados em evidências de pesquisas e em teorias relevantes. São 17 competências chave do aprendizado social e emocional (social and emotional learning - SEL) organizadas em quatro grupos: consciência de si e dos outros, atitudes e valores positivos, tomada de decisões responsáveis e habilidades de interação social. Identifica elementos críticos de programas que efetivamente aumentam habilidades, atitudes e valores essenciais para o desenvolvimento social e emocional dos jovens.

A relação familiar foi forte preditor de conexão positiva dos adolescentes com pares e com adultos na escola. (21) Ela foi associada com menor risco de pensamentos e comportamentos suicidas em 9 dos 10 estudos em que foi incluída como variável. Estudo randomizado controlado de 2000, realizado no Texas, mostrou que a orientação dos pais a respeito de brigas foi o preditor de violência mais forte para o aluno e que 95% dos estudantes que participavam de brigas estavam expostos a um nível elevado de violência na comunidade. (36) Uma revisão não sistemática de estudos brasileiros, de 2009, cita que adolescentes expostos à violência familiar desenvolveram três vezes mais problemas de saúde mental que seus pares. (3) Outro trabalho, de 2007, mostra que jovens que suportaram exposição crônica à violência em casa e testemunharam violência na comunidade, estão sob risco aumentado de se tornarem violentos. (35) Em outro trabalho, realizado em Washington, Chicago, Houston, Los Angeles, e rural Maryland, publicado em 1993, foram realizados 24 grupos focais tanto com os alunos quanto com seus pais ou responsáveis, visando coletar informações sobre as atitudes, percepções e crenças que influenciam os comportamentos e práticas de saúde do grupo-alvo. (32) Todos os adolescentes envolvidos encontravam-se em situações de risco. Nos grupos, os pais reconheceram que nem sempre as informações vindas da família são benéficas, e se preocuparam com o fato de seu comportamento enviar mensagens contraditórias.

Os artigos 9, 13, 14, 19, 34 e 43 tratam da violência relacionada ao gênero, especialmente a cometida por parceiros íntimos (VPI). Trabalho teórico, publicado em 2011, argumenta que a sensibilização para a violência física e sexual deveria fazer parte da rotina de todos os prestadores de cuidados em saúde. (13) Expõe que adolescentes em cujas vidas está incluída a violência sexual estão sob maior risco para uma variedade de outras consequências negativas para a saúde, como depressão, uso de drogas, insuficiente preocupação com a saúde reprodutiva e reduzido sucesso pessoal e financeiro.

Ensaio clínico randomizado controlado procurou descrever associações entre relato de abuso sexual na infância ou DST, e comportamentos sexuais de risco em adolescentes de minorias étnicas norte-americanas. (9) Segundo esse estudo, de 2011, as adolescentes estudadas experimentaram mais formas de abusos sexual, físico, psicológico e maior incidência de DST do que os controles (comparando com adolescentes sem história de abuso sexual na infância). Apresentaram também mais condenações e prisões, fugas de casa, depressão e ideação suicida, problemas com álcool e drogas e menor frequência na escola. Estudos pelo Nepal, Tailândia, Índia e Canadá apontaram que a pouca idade ao ingressar no trabalho sexual aumenta a vulnerabilidade à vitimização por violência física e sexual no contexto da prostituição, tendo sido relacionada também a um aumento de 2 a 4 vezes na prevalência de infecção por HIV em comparação com as trabalhadoras do sexo mais velhas. (43) Segundo este estudo, estratégias de saúde pública obtiveram sucesso no aumento do uso de preservativo e na diminuição da incidência de infecção pelo HIV entre prostitutas adultas, mas a maioria das intervenções e grandes estudos excluíram adolescentes, como se estas fossem invisíveis. Ensaio clínico controlado de 2006 mostrou a eficácia da promoção da saúde visando a prevenção do HIV entre adolescentes afroamericanas com relato de violência baseada no gênero nos seis meses anteriores à pesquisa. (14)

Estudo de revisão apresenta a prevalência da violência cometida por parceiros íntimos, entre adolescentes, com base em estudos e dados norte-americanos. Utilizando dados do Federal Bureau of Investigation, mostra que cerca de 10% de todas as meninas entre 12 e 15 anos e 22% daquelas entre 16 e 19 anos assassinadas entre 1993 e 1999 foram mortas por seus parceiros íntimos. As mulheres estão em maior risco que os homens e

ambos relataram a raiva como principal razão para a violência. Comenta ainda que apesar dos adolescentes serem vulneráveis e estarem no início da vida sexual, pouca ênfase é dada ao estudo da magnitude e da distribuição da violência por parceiro íntimo entre eles. (19) Segundo relatório do CDC, 10% das meninas e meninos do ensino médio relataram violência física em seus relacionamentos de namoro, sendo a frequência entre participantes afro-americanos maior do que entre jovens brancos. (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC, 2006)

Levando em consideração a importância do contexto, alguns aspectos são essenciais para a efetivação de programas de prevenção da violência. Conhecer como a violência é entendida pelos adolescentes e jovens, bem como as dinâmicas sociais implicadas em situações de vulnerabilidade e violência, ajuda na compreensão do fenômeno e influencia as ações de prevenção e promoção. (5, 10, 23, 33, 34) O conhecimento dos fatores que indicam risco é vital para quebrar o ciclo da violência e para auxiliar na detecção de indivíduos que necessitam de intervenções preventivas. Diversos artigos frisam a importância de reconhecer os fatores de risco para que a prevenção seja melhor planejada e, conseqüentemente, mais efetiva (9, 12, 18, 20, 21, 44). A maioria deles se refere ao suicídio, que quando se apresenta em adolescentes e jovens, eleva notadamente a carga social e econômica das sociedades afetadas. (12) Apesar desse evento dramático ser de natureza multifatorial, a identificação oportuna de comportamentos, sintomas e fatores sociodemográficos preditores poderia contribuir para o estabelecimento de estratégias preventivas mais eficientes. (12, 18) Nove artigos da revisão abordam a temática do suicídio, englobando ideação, tentativa, e suicídio consumado (2, 7, 9, 12, 15, 18, 20, 21). É demonstrado que a exposição à violência física ou sexual (7), exposição à violência doméstica (sexual, verbal e física, em ordem de maior significância estatística) (12), assim como história de abuso na infância (9), têm associação positiva com maior ideação e conduta suicida. Foi encontrada associação negativa de conexão social (familiar e escolar), com diversas formas de violência autodirigida em estudo realizado na região nordeste dos EUA em 2010. (21)

Problemas relacionados à saúde mental não estão associados apenas ao suicídio, mas também a outras formas de violência. Adolescentes com elevadas necessidades de saúde mental, em comparação com seus pares, são mais propensos a ter problemas de

juízo, menores habilidades de resolução de conflitos e mais relacionamentos interpessoais conflituosos, o que pode resultar em comportamentos disruptivos. (1) Estudo transversal de base populacional mostrou a existência de relação significativa de alta e moderada desesperança com comportamentos delinquentes e violentos, mesmo com ajuste para variáveis como idade e estrutura familiar. (11) Essa relação com comportamentos violentos autodirigidos foi ainda mais robusta. Houve também relação com porte de armas na escola e violência interpessoal (luta física).

Uma forma de violência frequente entre adolescentes é o bullying, que “compreende todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetidas, sem motivação evidente, provocadas por um ou mais estudantes contra outro(s), causando dor e angústia numa relação desigual de poder.” (24, p.157)

Estudo realizado na Grécia, publicado em 2011, encontrou forte associação entre bullying e ideação suicida. (44) Sintomas depressivos também foram associados a uma nova e emergente forma de violência, o cyberbullying. (39) Esse estudo de 2010, do qual participaram estudantes da Austrália e Suíça, mostra que as vítimas desta nova modalidade de assédio moral por meios eletrônicos relatam níveis significativamente maiores de sintomas depressivos.

A depressão é condição associada a dificuldades de relacionamento, desempenho escolar e profissional deficientes, maior risco para o abuso de substâncias e diversas formas de violência auto-infringida (15), dentre elas o suicídio, que representa importante causa de morte na população jovem. (2) Metade das pessoas que desenvolvem algum problema de saúde mental durante a vida, apresenta o início dos sintomas antes dos 14 anos. (26) Apesar disto, adolescentes tendem a evitar e interromper sua participação em serviços de saúde mental convencionais. (1) Intervenções em idades precoces podem trazer mais benefícios pessoais, sociais e econômicos do que em quaisquer outros momentos da vida. (1, 26) O uso de breves ferramentas de triagem psicossocial e a implementação de serviços de assistência multidisciplinar em articulação com a rede de atenção primária, são citados como exemplos de boas estratégias na busca por aqueles que seriam potencialmente mais beneficiados pelas intervenções. (11) Uma juventude saudável implica em altos níveis

de esperança, percepção de sentido e objetivo para a vida, aspectos que podem ser facilitados através da valorização, engajamento e fortalecimento das conexões entre jovem, escola, família e comunidade, ou seja, através de pontos cruciais da estratégia da promoção da saúde. (11)

A terapia cognitivo-comportamental tem por objetivo fornecer, num processo de cooperação entre terapeuta e paciente, estratégias capazes de corrigir as distorções cognitivas que estão gerando problemas ao indivíduo e fazer com que este desenvolva meios eficazes para enfrentá-los. (BAHLS; NAVOLAR, 2004) Dois trabalhos randomizados controlados (15, 2) mostraram resultados efetivos da abordagem proposta por essa estratégia, na diminuição de sintomas e episódios depressivos, tentativas de suicídio e autoflagelo (auto relatados) nos adolescentes participantes. No entanto, outro ensaio clínico randomizado controlado, realizado nas Ilhas Maurício em 2006 encontrou resultados positivos apenas na avaliação pós-intervenção, não sendo mantidos na avaliação após seis meses. (41) Não foram observados os resultados positivos esperados no ensaio clínico controlado que avaliou o efeito de intervenções em adolescentes vivendo em dois campos de refugiados no norte da Uganda (4), apesar dos relatos de facilitadores sobre comentários positivos dos participantes, cuidadores e professores. O já anteriormente citado “Students for Peace Project” foi outro trabalho que não obteve os resultados esperados pelos pesquisadores. A intervenção, baseada na teoria sócio-cognitiva, não mostrou diferença estatisticamente significativa em comparação com o grupo controle na redução de comportamentos agressivos, brigas na escola, lesões causadas por brigas, ameaças de ser ferido e perda de aulas pelo motivo de sentir inseguro na escola. (36)

A mídia eletrônica, tão importante na vida desse grupo, deve ser utilizada como parceria fundamental na prevenção da violência, educação e promoção da saúde em geral. (33) Diversos trabalhos citam a internet e mensagens de texto via celular como ferramentas eficazes para a promoção da saúde entre adolescentes e jovens. As mensagens de texto podem ser enviadas para grande quantidade de pessoas, têm baixo custo, entrega imediata e permitem o envio de imagem, vídeo e áudio. Ao avaliar o mencionado programa de promoção de saúde mental pela internet, os participantes afirmaram que usando a rede para obter informações e apoio, são transpostas barreiras

importantes para a obtenção de ajuda, como o estigma e a perda de privacidade. (31) Participantes de outro estudo sugerem, além das mensagens de texto, contatos telefônicos e visitas em casa (visando o fortalecimento de vínculos), assim como estágios de verão e viagens. (1) Intervenção por meio de talk show de televisão mostrou-se eficaz em aumentar a consciência sobre a violência tanto para os adolescentes quanto para a comunidade em geral, apontando as redes de televisão comunitárias como canais a serem explorados. (8) Os programas voltados para este público não seriam apenas de informações, mas de entretenimento e música. (32)

Uma excelente opção de estratégia seria a educação por pares, que vem sendo eficaz para gerar mudanças de comportamento e redução de riscos. (40) Se os adolescentes podem ser influenciados por seus pares na adoção de comportamentos de risco, podem também ser levados a adotar mudanças positivas.

Especificidades relacionadas ao gênero foram notadas nos determinantes da violência entre parceiros íntimos, reforçando a necessidade de distintas abordagens preventivas entre os sexos. (19) Também devem ser levadas em consideração no desenvolvimento dos programas de prevenção, as diferenças socioeconômicas e culturais. Exemplo disso é o estudo randomizado controlado de 2010 que avaliou o impacto de intervenção visando ao uso de capacete entre adolescentes gregos (programa de prevenção da violência no trânsito). Mudanças positivas estatisticamente significativas ocorreram entre alunos de escolas públicas e profissionalizantes enquanto nenhum efeito foi encontrado nas atitudes e práticas no trânsito entre os alunos do ensino privado, refletindo a influência dos diferentes níveis socioeconômicos dos participantes e as diferenças culturais que esta questão incorpora (16). Pesquisa realizada com 77.586 adolescentes de quinze anos matriculados no ensino médio de 23 países, medindo a frequência de “porres”, encontrou grandes diferenças culturais e de gênero, confirmando a necessidade de direcionar as medidas de prevenção para o público alvo desejado. (22)

Simple intervenções de promoção da saúde já podem ser suficientes para gerar resultados positivos no que refere à conduta dos adolescentes. Estudo randomizado controlado realizado em Flint (Michigan, EUA) e publicado em 2010, avaliou a eficácia de uma breve intervenção (35 minutos) entre adolescentes com auto relato de uso de

álcool e agressão, atendidos em serviços de emergência e detectou diminuição da prevalência de conseqüências autorrelatadas da violência entre pares e outras conseqüências do uso de álcool, como problemas com os amigos e faltas à escola. (45)

Um aspecto de crucial importância no planejamento de ações de promoção e prevenção seria a identificação dos programas e atividades já existentes, para evitar a “reinvenção da roda”. Deve haver comunicação entre os diversos atores envolvidos (governos, ONGs, financiadores privados, profissionais, pesquisadores, público em geral), pois partilhar informações permite uma abordagem mais coletiva em prol da saúde do adolescente. (6)

A importância da capacitação dos profissionais envolvidos em todas as áreas, necessária à implementação da promoção de saúde, é comentada nos artigos 13, 24, 29, 35, 37 e 38. São citadas como ações de grande relevância capacitar e sensibilizar os profissionais prestadores de cuidados de saúde, para que em todos os seus atendimentos seja feita uma abordagem adequada sobre quaisquer tipos de violência, coerção, segurança física ou sexual (13, 35), e para que esses assuntos estejam presentes em todas as discussões de educação sexual e reprodutiva. (13) Todos os profissionais da escola devem ser preparados para promover a saúde, servindo de modelo positivo de estilo de vida saudável e seguro. Devem também estar atentos aos sinais de desajustes e aptos a desenvolver ações de prevenção. (24) Igualmente importante é a capacitação de profissionais da atenção primária, que é a porta de entrada do paciente no serviço de saúde. (35)

Investigação qualitativa da implantação de dois programas (prevenção do abuso de substâncias e prevenção da violência) em dois distritos escolares urbanos do norte da Califórnia sugere que adaptações locais que aumentem a percepção da relevância dos programas por parte dos jovens, podem melhorar a eficácia dos mesmos se realizadas de modo a não prejudicar os componentes nucleares dos programas. (37)

O treinamento deve incluir esforços para implantar os programas com integridade, familiarizando os profissionais com os objetivos, métodos e materiais, e promovendo a aceitação dos programas de prevenção a serem implementados. (38) Para que os

professores possam agir como facilitadores do processo de resiliência, é essencial que reconheçam sua importância. Devem estar familiarizados com os aspectos conceituais básicos do constructo. Assim, conhecedores da fundamentação teórica da resiliência, podem dar significado às suas ações, indo além da transmissão de informações sobre o tema. Devem também reconhecer e fortalecer sua própria resiliência para que possam ser veículo e fonte de resiliência para seus alunos. (ACEVEDO; RESTREPO, 2012)

Dentre os nove estudos randomizados controlados que avaliam os programas de prevenção (2, 4, 9, 14, 15, 16, 36, 41, 45) apenas três não tiveram os resultados esperados, não tendo obtido sucesso com as medidas preventivas propostas (4, 36 e 41).

Os principais empecilhos aos programas de promoção da saúde e prevenção dos danos da violência entre adolescentes, segundo o artigo 29, são:

- falta de treinamento profissional para intervenções precoces;
- diversidade de fatores de risco a serem abordados, configurando um cenário de grande amplitude;
- predominância de modelo repressivo, limitado apenas à intervenção jurídica;
- falta de preparo da juventude para ingressar no mercado de trabalho, que propicia a exclusão e a criminalidade .

Além dessas, ainda há a dificuldade sentida pelos pais em abordar o assunto sexo (32) e a resistência e dificuldade sentidas pelos profissionais da educação em desenvolver projetos na área da educação afetivo-sexual. (LIBÓRIO, CASTRO; 2009; LIBÓRIO *et.al.*, 2007; PIROTTA *et.al.*, 2006)

Os principais êxitos de nove programas brasileiros de prevenção da violência, segundo o artigo 17, incluem a elevação da autoestima dos jovens, reinserção social, preparação para o trabalho e o envolvimento das crianças e adolescentes em atividades lúdicas e educativas. Os depoimentos valorizaram a importância da cidadania e do conhecimento sobre direitos e deveres, como o patamar básico das relações humanas e da busca de igualdade, o que na opinião dos autores constitui o cerne da prevenção à violência. (17) Outro programa brasileiro que objetiva a prevenção da violência entre adolescentes é o

Projeto Frutos do Morro (30), que sob a luz da teoria da ação comunicativa de Habermas, propõe a recuperação das interações mediadas pela linguagem como processos geradores de laços de solidariedade, capazes de substituir o uso da força nas relações humanas. A força da comunicação como recurso de prevenção é enfatizada em artigo que a considera como a base da construção de uma cultura de paz. (27) A criação de um clima harmônico nos relacionamentos e o fortalecimento dos sentimentos de compaixão e solidariedade permeando toda a sociedade civil poderia ser um caminho para o estabelecimento da paz.

## **10.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante da complexidade na abordagem dos inúmeros fatores de risco associados à violência, e da impossibilidade de exterminá-los por completo, propomos que a promoção da saúde, determinando o fortalecimento dos fatores de proteção - geradores de processos de resiliência - seja utilizada como estratégia central na prevenção da violência.

Tanto a resiliência quanto a promoção da saúde permitem interpretar as necessidades e ações de saúde além da perspectiva biológica, incluindo aspectos contextuais, históricos, culturais, sociais e ambientais. São possibilidades de transcender a compreensão simplista do complexo processo saúde-doença, possibilitando uma visão ampla de saúde assim como é conceituada na Constituição Brasileira.

Os trabalhos apresentados corroboram a importância de educar os adolescentes e jovens como forma de incluí-los no processo de prevenção. Capacitar e formar parcerias com as famílias, escolas e comunidades, para atuarem de maneira ativa na melhoria de suas próprias condições de saúde e qualidade de vida. São expostos ainda outros fatores indispensáveis para que o planejamento e a execução de ações preventivas sejam efetivos e sustentáveis, como a importância de pesquisar o contexto no qual estão inseridos, entendendo sua compreensão da violência e suas reais necessidades; reconhecer os que estão sob maior risco e conhecer as melhores maneiras de abordar esse grupo tão peculiar.

Comprovamos a efetividade da maioria das intervenções preventivas baseadas na promoção de saúde, e acreditamos que mesmo naquelas cujos resultados não foram os esperados, podem ter existido ganhos não mensurados, relacionados à qualidade de vida e processos de resiliência.

Sugerimos uma mudança de paradigma, transcendendo a lógica social de eliminar a violência através de mais violência, centrando as estratégias de enfrentamento na valorização do ser humano, inculcando em toda a sociedade valores de solidariedade, equidade, inclusão e justiça social, enfim, valores que possam contribuir para a construção da cidadania e para a disseminação de uma cultura de paz.

**Número do protocolo de submissão do artigo à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil:** 4538d22981

#### **10.7. REFERÊNCIAS**

ACEVEDO, V. E. ; RESTREPO, L. De profesores, familias y estudiantes: fortalecimiento de la resiliencia en la escuela. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, v. 10, n. 1, p. 301-319, 2012.

AMPARO, D. M.; GALVÃO, A. C. T.; ALVES, P. B.; BRASIL, K. T.; KOLLER, S. H. Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estudos de Psicologia*, v. 13, n. 2, p. 165-174, 2008.

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; SANTOS, N. C. Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. cap. 3, 340 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

BAHLS, S. C.; NAVOLAR A. B. Terapia Cognitivo-Comportamentais: Conceitos e Pressupostos Teóricos. 2004. Disponível em [www.utp.br/psico.utp.online](http://www.utp.br/psico.utp.online). Acesso em 30/11/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes*, 2008 e 2009. Brasília, 2010. 138 p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMARGO, L. S. Concepções de adolescentes sobre a escola: do risco à proteção. Dissertação (mestrado em educação), Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2009

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION- CDC. Youth risk behavior surveillance - United States, 2005: surveillance summaries. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 55, p. SS-5, 2006.

CYRULNIK, B. *Os patinhos feios*. Tradução Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2004. (Psicologia e pedagogia). Título original: Les vilains petit canards.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n. 4, p. 701-709, out./dez., 1999.

GARCIA, L. P.; MONTENEGRO, M. M. S.; RAMALHO, W. M. Mortalidade no Brasil: situação de 2008 e evolução segundo principais grupos de causas no período de 1980 a 2008. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. cap. 2, p. 45- 72.

GAWRYSZEWSK, V. P.; MONTEIRO, R. A.; SÁ, N. N. B.; MASCARENHAS, M. D. M.; SILVA, M. M. A.; BERNAL, R.; MALTA, D. C. Acidentes e violências no Brasil: um panorama atual das mortes, internações hospitalares e atendimentos em serviços de urgência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. cap. 5, p. 137- 174.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S.(Org.) *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 23-38.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, 227-235, 2003.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, A. B.; LOZANO, R. (Org.) *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002.

LASMAR, M. M. O.; RONZANI, T. M. Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde. *Rev. APS*, v. 12, n. 3, p. 339-350, jul./set. 2009.

LEE, T. Y.; CHEUNG, C.K.; KWONG, W. Resilience as a positive youth development construct: a conceptual review. *The ScientificWorld Journal*, v. 2012, 2012.

LIBÓRIO, R. M. C.; CAMARGO, L. S.; SANTOS, R. F. C.; SANTOS, R. B. Saberes de profissionais da educação sobre abuso e exploração sexual: contribuições para políticas educacionais. In: LEAL, M. L. P.; LEAL, M. F. P.; LIBÓRIO, R. M. C. (Ed.). *Tráfico de pessoas e violência sexual*. Brasília: VIOLES/SER/Universidade de Brasília, 2007. p. 147-165.

LIBÓRIO, R. M. C.; CASTRO, B. M. Juventude e sexualidade: educação afetivo-sexual na perspectiva dos estudos da resiliência. In: LIBÓRIO, R. M. C.; KOLLER, S. H. (Org.). *Adolescência e juventude: risco e proteção na realidade brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

LIBÓRIO, R. M. C.; COELHO, A. E. L.; CASTRO, B. M. Escola: risco ou proteção para adolescentes e adultos jovens? In: DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H. (orgs) *Adolescência e juventude: vulnerabilidade e contextos de proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011

LUTHAR, S.; CICHETTI, D.; BECKER, B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, v. 71, n. 3, p. 543-558, 2000.

MARRIEL, L. C.; ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; OLIVEIRA, R. V. C. Violência escolar e auto-estima de adolescentes. *Cadernos de Pesquisa*, n. 36, 2006.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. cap. 1, p. 9-41. (Série B. Textos básicos de saúde).

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Resiliência na rua: um estudo de caso. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 21, n. 2, p. 187-195, 2005.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R. V. C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 20, n. 2, p. 135-143, maio/ago, 2004.

PIROTTA, K. ; BARBOZA, R.; PUPO, L.; UNBEHAUM, S. Educação sexual na escola e direitos sexuais e reprodutivos. *BIS - Boletim do Instituto de Saúde*, v. 12, n. 40, p. 16-18, 2006.

RODRÍGUEZ, D. H. O humor como indicador de resiliência In: MELILLO, A., OJEDA, E. N. S. (Org.) *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Orthopsychiatric Association*, v. 57, n. 3, p. 316-331, 1987.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, n. 14, p. 626-631, 1993 *apud* AMPARO, D. M.; GALVÃO, A. C. T.; ALVES, P. B.; BRASIL, K. T.; KOLLER, S. H. Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estudos de Psicologia*, v. 13, n. 2, p. 165-174, 2008.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, n. 147, p. 598-611, 1985.

SICOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 7, n. 12, p.91-112, 2003.

SILVA, M. R. S.; LUNARDI V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; TAVARES K. O. Resiliência e promoção da saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 14, n. Esp., p. 95-102, 2005.

SUDBRACK, M. F. O; DALBOSCO, C. Escola como contexto de proteção: refletindo sobre o papel do educador na prevenção do uso indevido de drogas. *An. 1 Simp. Internacional do Adolescente*, 2005.

UNGAR, M. Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, n. 38, p. 218-235, 2008.

UNGAR, M.; BROWN, M.; LIENBENBERG, L.; OTHMAN, R.; KWONG, W. M.; ARMSTRONG, M.; GILGUN, J. Unique pathways to resilience across cultures. *Adolescence*, v. 42, n. 166, p. 287-310, 2007.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2011: os jovens do Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2011.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino Americanos; 2012

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, Ministério da Saúde/IEC, 1986. p. 11-18.

YUNES, A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

## **REDE DE APOIO SOCIAL COMO FATOR PROMOTOR DE RESILIÊNCIA E A PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA**

### **11.1. RESUMO**

A adolescência é uma fase na qual os indivíduos estão mais vulneráveis e expostos a comportamentos de risco, representando um período de risco psicossocial. Diante da complexidade desse período e da impossibilidade da completa eliminação dos múltiplos riscos, emerge a proposta da resiliência. O estudo da resiliência enfatiza o fortalecimento dos fatores de proteção e proporciona alternativas para a superação dos acontecimentos negativos, permitindo que indivíduos e comunidades driblem as adversidades se mantendo numa trajetória positiva apesar delas. Entre os fatores de proteção, o apoio social e afetivo são os que mais se destacam por exercer grande influência positiva no desenvolvimento do ser humano, notadamente na adolescência, diminuindo a probabilidade de comportamentos disfuncionais. Investigamos a relação entre redes de apoio e comportamentos de risco entre 702 participantes entre 14 e 19 anos, de nível socioeconômico baixo, residentes em áreas de exclusão e vulnerabilidade social. Foram evidenciadas diversas correlações significativas entre as redes de apoio e todos os comportamentos de risco pesquisados, que corroboram a importância das primeiras como fatores protetores geradores de resiliência, com atuação preventiva frente a inúmeros fatores de risco. Concluímos que o fortalecimento das redes de apoio pode promover resiliência e desenvolvimento positivo, prevenindo comportamentos de risco apesar da complexidade do contexto.

**Palavras chave:** adolescentes, resiliência, comportamentos de risco, apoio social e afetivo

## 11.2. ABSTRACT

Adolescence is a phase in which individuals are more vulnerable and exposed to risk behaviors, representing a period of psychosocial risk. Due to the complexity of this phase and the impossibility of the complete removal of multiple risks, a proposal of resilience is developed. The study of resilience emphasizes the strengthening of protection factors and provides alternatives to overcome negative events, allowing individuals and communities to overcome diversities and maintain a positive trend despite all the negativity. Among protection factors, social and affective supports are the most important as they positively influence the development of human beings, mainly in adolescence, reducing the probability dysfunctional behaviors. The relationship between support networks and risk behaviors has been investigated within 702 participants from 14 to 19 years old, with a low socioeconomic level, living in areas of social exclusion and vulnerability. Several significant correlations were found between social support networks and all risk behaviors studied. Results corroborate the importance of support networks as protection factors which bring about resilience and their preventive action against several risk factors. In conclusion, the strengthening of social and affective support networks may promote resilience and positive development, preventing risk behaviors among adolescents despite the complexity of the context.

**Keywords:** adolescents, resilience, risk behaviors, social and affective support

## 11.3. INTRODUÇÃO

O Novo Aurélio, Dicionário da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1999), define adolescência como “o período da vida humana que sucede a infância, começa com a puberdade, e se caracteriza por uma série de mudanças corporais e psicológicas (estende-se aproximadamente dos 12 aos 20 anos)”. A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde definem como “adolescência” o período entre os 10 e os 19 anos, e como “juventude” entre os 15 e os 24 anos. (ASSIS; DESLANDES; SANTOS, 2005) A Lei Brasileira segue o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), e em descompasso com as definições da OMS e do próprio Ministério da Saúde, considera a adolescência como o período entre os 12 e os 18 anos. (BRASIL, 2007)

Apesar de diversos marcos conceituais e tentativas de categorização terem sido propostos, esse período tão peculiar da vida não é passível de mensuração baseada apenas na idade, sendo adequada uma definição por critérios biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e pela inserção do indivíduo em seu contexto. (BRASIL, 2007). Diante da complexidade desta fase da vida, a adolescência constitui um período onde o sujeito se encontra em posição de vulnerabilidade, configurando uma situação de risco psicossocial. (MELO, 2005)

É inegável a contribuição da epidemiologia e do conceito de risco nos estudos sobre comportamentos de risco e na abordagem aos diversos agravos à saúde. Contudo, segundo alguns autores, não se pode deixar de questionar o papel que a utilização do conceito de risco vem promovendo para a conformação de um ideário de autogerenciamento pelo sujeito dos seus comportamentos e do processo de saúde-doença, sobretudo em realidades extremamente desiguais, onde o risco de adoecer ou morrer atinge de forma distinta os diferentes grupos populacionais, sem que este quadro seja refletido nos estudos conduzidos sustentados por pressupostos de comportamentos de risco. (BAGRICHEVSKY *et.al.*, 2010)

Diante da impossibilidade da completa eliminação dos riscos, o estudo da resiliência emerge como possibilidade de fortalecimento dos indivíduos, famílias e comunidades no enfrentamento das inúmeras adversidades a que estão expostos. A resiliência surge como uma possibilidade de compreender o desenvolvimento humano pela dimensão da saúde, e não da doença. Com ela, faz-se uma mudança de paradigma que passa do enfoque de risco para o enfoque da resiliência, cuja diferença básica reside, segundo Luthar e Zelazo (2003), na natureza negativa ou positiva dos fatores que cada um focaliza. O olhar tradicional enfoca traumas, problemas, limitações, carências e desvios tentando encontrar causas, conseqüências e metodologias para correção dos mesmos.

A resiliência pode ser entendida como o produto final da interação dos fatores de proteção com o impacto dos fatores de risco, proporcionando alternativas para a superação dos acontecimentos negativos e fortalecendo a capacidade de seguir em frente. (YUNES; SZYMANSKI, 2001)

Os fatores de proteção são mecanismos que permitem que indivíduos e comunidades elaborem as adversidades não sucumbindo a elas e que se mantenham numa trajetória positiva apesar delas. Eles dizem respeito às influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação ou adoecimento. (RUTTER, 1985)

A abordagem de adolescentes em situação de risco implica a análise do contexto ao seu redor, a identificação dos fatores de risco predominantes e, principalmente, o conhecimento e o fortalecimento dos fatores de proteção disponíveis, mobilizando-os na construção dos processos de resiliência, promotores de bem estar socioafetivos. (LIBÓRIO; COELHO; CASTRO, 2011)

A existência de fatores de proteção no contexto em que o adolescente se insere está associada à presença das redes de apoio social e afetivo, pois o apoio social é o fator de proteção que mais se destaca por exercer grande influência positiva no desenvolvimento do ser humano. Apoio social se refere a um sistema de relações formais e informais pelo qual os indivíduos recebem ajuda emocional, material e/ou de informação, para enfrentarem situações geradoras de tensão, amortecendo o impacto dos eventos negativos. Pode envolver qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material e proteção oferecidos por pessoas e/ou grupos com os quais se tem contatos sistemáticos, e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que o recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham maior sentido de controle sobre suas vidas. (VALLA,1999 ; GRIEP; CHOR; FAERSTEIN, 2003)

O apoio social é considerado uma importante dimensão do desenvolvimento, constituindo uma interface entre o sujeito e o sistema social do qual ele faz parte (GARMEZY; MASTEN, 1994), e sua função é auxiliar o indivíduo em sua adaptação, incrementando seus recursos para lidar com as múltiplas situações adversas com as quais se depara ao longo da vida, promovendo processos de resiliência e desenvolvimento adaptativo. (BRITO; KOLLER,1999) Segundo Siqueira, Betts e Dell’Aglío (2006) o apoio afetivo é igualmente importante, pois se relaciona à qualidade das relações interpessoais e contribui para a manutenção dos vínculos. A

adolescência representa um período de transformação e expansão das redes, e a influência exercida por cada uma delas é considerada crucial no desenvolvimento do adolescente. (ANTUNES; FONTAINE, 2005) Andrade e Vaitsman (2002) consideram a falta da rede de apoio como fator de risco para o desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos, e apontam o apoio social como um dos mais fundamentais fatores de proteção na adolescência, diminuindo a probabilidade de comportamentos disfuncionais especialmente em famílias de baixo nível socioeconômico.

Considerando a extrema relevância das redes de apoio sócio-afetivo no período da adolescência, o presente trabalho propõe a investigação da relação existente entre a presença das redes de apoio social e afetivo e a adoção de comportamentos de risco entre os participantes.

#### **11.4. METODOLOGIA**

Trata-se de estudo transversal com a utilização de parte da base de dados da Pesquisa Nacional sobre Fatores de Risco e de Proteção da Juventude Brasileira, coletados pelos pesquisadores Bernardo Monteiro de Castro e Renata Maria Coimbra Libório. A metodologia consistiu da realização de entrevistas estruturadas com adolescentes de 14 a 19 anos, por meio de questionários auto-aplicáveis. Foram utilizados, para o presente estudo, os dados referentes às entrevistas com os adolescentes de 11 escolas públicas de Belo Horizonte, distribuídas nas 9 regionais da cidade, entre 2006 e 2007. Os questionários foram respondidos por alunos de ambos os sexos, nível socioeconômico baixo, residentes em áreas de exclusão e vulnerabilidade social, frequentadores do ensino fundamental e médio da rede pública, bem como salas de supletivo e projetos sociais ou comunitários. A amostra de adolescentes foi calculada com 5% de erro (n= 702). As variáveis indicadoras de risco utilizadas foram: comportamentos de risco: drogas (experimentação e uso); sexualidade (prevenção contra AIDS e contracepção); violência (suicídio, atos violentos, conflitos com a lei). As variáveis indicadoras de proteção foram: fatores de proteção sociais - família; amigos; escola; outras instituições sociais; fatores de proteção pessoais - religiosidade/espiritualidade; auto-estima; otimismo; altruísmo e sociabilidade; perspectiva futura; autoeficácia; sentido para a vida; satisfação pessoal e com o apoio recebido; humor; realização; bem estar. Itens que

não possuíam respostas de sim/não foram convertidos para tal formato.

Variáveis distintas, mas que tratavam do mesmo assunto e eram significativamente correlacionadas entre si (correlação policórica), foram agrupadas em uma única, através de uma análise de componentes principais, extraíndo-se apenas o primeiro componente principal (mínimo de 50% de explicação da variação total). Os escores obtidos do componente 1 foram adequadamente categorizados em respostas de sim/não. As variáveis agrupadas e as respectivas variáveis que a compõem são as seguintes:

- Boa relação familiar: sente-se seguro com a família, não há muitas brigas e discussões, as pessoas me acolhem com carinho, há divisão das tarefas domésticas, encontro o apoio que necessito, há respeito mútuo entre as pessoas, as pessoas dão atenção ao que falo, as pessoas se ajudam mutuamente.
- Confia na família: nível de confiança na família e nível de expectativa de ajuda da família.
- Confia nos amigos: nível de confiança nos amigos e nível de expectativa de ajuda dos amigos.
- Confia em instituições públicas: nível de confiança na justiça, na polícia, na prefeitura, no posto de saúde, no governo estadual e federal e no conselho tutelar; nível de expectativa de ajuda da polícia e da prefeitura.
- Confia nos vizinhos: nível de confiança em organização comunitária, nível de confiança na vizinhança e nível de expectativa de ajuda dos vizinhos.
- Possui religiosidade/espiritualidade: acredita em Deus, a religião tem sido importante para sua vida, costuma agradecer a Deus, pede ajuda a Deus para resolver os problemas e espera a ajuda de Deus para melhorar.
- Participa de instituições religiosas: frequenta encontros religiosos, busca ajuda de sua instituição religiosa quando em dificuldade, buscou ajuda em sua organização religiosa (seja emocional, espiritual ou material) e não buscou ajuda em organização religiosa.
- Satisfação com a vida: gosta da própria vida, está satisfeito com a própria vida, tem motivos para se orgulhar na vida e tem muito na vida para agradecer.
- É altruísta e sociável: pessoas amigas podem contar comigo, gosta de ajudar as pessoas e tem facilidade para fazer amigos.

- É otimista: as situações difíceis não me derrubam, pensa que será feliz no futuro, tem atitude positiva consigo mesmo.
- Boa auto-estima: sente que é uma pessoa de valor, acha-se bem humorado, acha-se divertido, considera-se criativo, sente que é capaz de fazer tão bem quanto os outros, acha que tem muitas boas qualidades, de um modo geral está satisfeito consigo mesmo.
- Baixa auto-estima: gostaria de ter mais respeito por si mesmo, sente vergonha de ser como é, às vezes pensa que não presta para nada, sente-se um fracasso, às vezes sente-se inútil.

As variáveis sobre a auto-estima foram separadas apenas para facilitar as análises estatísticas, mas foram apresentadas unificadas nos resultados.

A variável experimentar drogas inclui qualquer tipo de droga (maconha, haxixe, cola, cocaína, crack, chás, remédios). Usar consiste no uso em qualquer frequência, nos últimos 30 dias. Tentar parar com vícios se refere à qualquer substância (álcool, cigarro ou drogas). A variável evitar AIDS inclui não ter relações sexuais, utilizar preservativos ou não compartilhar seringas. Receber ou dar apoio aos amigos se refere a qualquer tipo de apoio (emocional, espiritual, social, material e para as tarefas de casa/escola).

Foi desconsiderada a alternativa “às vezes” para as variáveis usa método anticoncepcional, sente-se pertencente à comunidade, pode contar com os vizinhos, pode contar com a família, pode contar com organizações comunitárias ou governamentais; a alternativa “nem concordo nem discordo” para as variáveis sente-se feliz mesmo com problemas, acha que precisa receber mais atenção, pode contar com professores, confia nos amigos da escola, gosta da maioria dos amigos da escola e gosta da maioria dos professores, foram desconsideradas as respostas; a alternativa “nem satisfeito nem insatisfeito” para as variáveis satisfação com o apoio recebido e satisfação com as relações pessoais foram desconsideradas as respostas. Nas questões sobre o nível de confiança, nenhum e baixo foram considerados como “não” e médio e alto foram considerados como “sim”.

As associações entre comportamentos de risco e fatores de proteção foram analisadas

em tabelas de contingência de dupla entrada, sendo a significância da associação verificada por meio do teste qui-quadrado. Para todos os testes estatísticos assumiu-se um nível de significância de 5%.

O banco de dados, originalmente no formato do programa SPSS foi transportado, para as análises estatísticas, para o programa R versão 2.15.1 (2012 The Foundation for Statistical Computing).

O processo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP - Campus de Presidente Prudente - teve o número 016/2005. Sua aprovação foi comunicada no dia 13 de maio de 2005.

## 11.5. RESULTADOS

A tabela 1 mostra a distribuição de frequência das variáveis estudadas.

TABELA 1

	Geral (702)			Feminino (406)			Masculino (296)		
	SIM	NÃO	N.R.	SIM	NÃO	N.R.	SIM	NÃO	N.R.
EXPERIMENTOU ÁLCOOL	52,0%	42,2%	5,8%	50,5%	43,8%	5,7%	54,1%	39,9%	6,0%
	365	296	41	205	178	23	160	118	18
EXPERIMENTOU CIGARRO	28,1%	66,8%	5,1%	30,0%	65,0%	5,0%	25,3%	69,3%	5,4%
	197	469	36	122	264	20	75	205	16
EXPERIMENTOU DROGAS	21,8%	72,4%	7,8%	21,4%	73,6%	5,0%	22,3%	70,6%	7,1%
	153	508	41	87	299	20	66	209	21
USA ÁLCOOL	37,0%	49,9%	13,1%	37,4%	50,7%	11,9%	36,5%	48,6%	14,9%
	260	550	92	152	206	48	108	144	44
USA CIGARRO	10,0%	73,2%	26,8%	10,1%	73,9%	16,0%	9,8%	72,3%	17,9%
	70	514	118	41	300	65	29	214	53
USA DROGAS	3,8%	77,6%	18,6%	2,2%	80,3%	17,5%	6,1%	74,0%	19,9%
	27	545	130	9	326	71	18	219	59
TENTOU PARAR VÍCIOS	23,4%	19,9%	56,7%	24,6%	18,5%	56,9%	21,6%	22,0%	56,4%
	164	140	398	100	75	231	64	65	167

	SIM	NÃO	N.R.	SIM	NÃO	N.R.	SIM	NÃO	N.R.
USA	33,0%	4,8%	62,2%	30,3%	1,7%	68,0%	36,8%	9,1%	54,1%
ANTICONCEPCIONAL	231	35	436	123	7	276	109	27	160
EVITA AIDS	85,9%	5,0%	9,1%	84,2%	5,4%	10,4%	88,2%	4,4%	7,4%
	603	35	64	342	22	42	261	13	22
TENTOU	9,0%	82,2%	8,8%	12,6%	79,6%	7,8%	4,1%	85,8%	10,1%
SUICÍDIO	63	577	62	51	323	32	12	254	30
PRESO/INTERNADO	6,6%	85,5%	7,9%	5,4%	88,7%	5,9%	8,1%	81,1%	10,8%
	46	600	56	22	360	24	24	240	32
ENVOLVIMENTO	4,0%	87,5%	8,5%	2,7%	90,4%	6,9%	5,7%	83,4%	10,9%
COM TRÁFICO	28	614	60	11	367	28	17	247	32
PROBLEMAS COM	4,3%	87,0%	8,7%	3,2%	89,9%	6,9%	5,7%	83,1%	91,2%
A JUSTIÇA	30	611	61	13	365	28	17	246	193
GOSTA DE BRIGAR	12,1%	59,8%	28,1	10,1%	65,8%	24,1%	14,9%	51,7%	43,4%
	85	420	197	41	267	98	44	153	99

N.R.: não responderam

A análise univariada mostrou diversas associações. Ter experimentado álcool se associou a não confiar na escola (p 0,001), não gostar da maioria dos professores (p 0,001), não poder contar com organizações comunitárias (p 0,003), não possuir religiosidade/espiritualidade (p 0,02), não usar o posto de saúde (p 0,001) e não confiar em instituições públicas (p 0,048). Em relação a confiança em instituições públicas, houve associação também com suas componentes isoladas, a saber, ter baixa ou nenhuma confiança na justiça (p 0,003), no governo federal (p 0,05) e no conselho tutelar (p 0,017). Em contrapartida, ter alto nível de confiança nessas instituições se associou a não ter experimentado. Não foi encontrada associação com a relação familiar enquanto variável agrupada, mas sentir-se seguro em casa se relacionou a não ter experimentado álcool (p 0,029).

Ter usado álcool nos últimos 30 dias se associou a não contar com a família (p 0,021), não confiar na escola (p 0,002), não gostar da maioria dos professores (p 0,001), não poder contar com professores ou equipe escolar (p 0,001), não confiar nos amigos da escola (p 0,001), não gostar dos amigos da escola (p 0,045) e não poder contar com os vizinhos (p 0,012). Como variável agrupada a confiança em instituições públicas não se

associou ao uso de álcool, mas ter nenhuma e baixa confiança no conselho tutelar se associaram (p 0,036). A relação familiar enquanto variável agrupada não mostrou correlação com o uso de álcool, mas não sentir-se seguro em casa como variável isolada se associou ao uso (p<0,001). Também enquanto variável agrupada, possuir religiosidade/espiritualidade não mostrou correlações com o uso de álcool, mas a religião ser pouco importante para a vida (p 0,02) e não acreditar em Deus (p 0,02) foram associadas ao uso. Acreditar muito em Deus se relacionou ao não uso de álcool (p 0,009).

Ter experimentado cigarro se associou a não contar com a família (p 0,008), não confiar na escola (p 0,004), não gostar da maioria dos professores (p 0,002), não confiar nos vizinhos (p 0,02), ter baixa auto-estima (p 0,039) e não confiar em instituições públicas (p 0,001). Em relação a esta última, foi encontrada associação também com suas componentes isoladas, a saber, ter nenhuma e baixa confiança no governo federal (p 0,002), na polícia (p <0,001) e no conselho tutelar (p 0,017). Em contrapartida, ter médio ou alto nível de confiança na polícia (p <0,001) e alto nível de confiança no conselho tutelar (p 0,017) se associam a não ter experimentado cigarro. Não foi encontrada associação com a relação familiar enquanto variável agrupada, mas sim com a componente isolada presenciar muitas brigas e discussões em casa (p <0,001). Sentir-se seguro em casa associou-se a não ter experimentado (p 0,013).

Ter usado cigarro nos últimos 30 dias se associou a não contar com a família (p 0,001), não confiar na família (p 0,024), não confiar na escola (p 0,027) e não poder contar com professores ou equipe escolar (p 0,029). A relação familiar enquanto variável agrupada não mostrou correlação com o uso de cigarro, mas não encontrar o apoio que necessita em casa como variável isolada se associou ao uso (p 0,007).

Ter experimentado drogas se associou a não confiar nos amigos em geral (p 0,005), não confiar nos amigos da escola (p 0,001), não confiar na escola (p 0,003), possuir religiosidade/espiritualidade (p 0,031) e não confiar em instituições públicas (p 0,009). Como variável isolada, ter nenhuma e baixa confiança na justiça se associou à ter experimentado (p 0,019). Confiança na polícia (nenhuma e baixa) mostrou associação com ter experimentado maconha (p 0,05) e também outras drogas (p 0,044). Confiança no conselho tutelar - nenhuma e baixa (p 0,043) e alta (p 0,04) - associaram-se a ter

experimentado haxixe. O alto nível de confiança na prefeitura também mostrou associações paradoxais, relacionando-se a ter experimentado chás (p 0,005), haxixe (p 0,002), cocaína (p 0,029), crack (p 0,016) e outras drogas (p 0,035).

A relação familiar enquanto variável agrupada não mostrou associação com a experimentação de drogas, mas algumas variáveis isoladas merecem destaque. Não se sentir seguro em casa se associou a ter experimentado maconha (p 0,009). Ter medo de receber ameaças foi relacionado a ter experimentado chás (p 0,034) e remédios (p 0,011). Achar o ambiente pesado se associou à experiência com chás (p 0,013) e crack (p 0,03). Presenciar muitas brigas e discussões em casa relacionou-se a já ter experimentado maconha (p 0,025) e crack (p 0,011). Ter medo de ser cobrado mostrou associação com ter experimentado lança perfume (p 0,046), remédios (p <0,001), chás (p 0,006) e crack (p 0,033). Em contrapartida, ter privacidade em casa se relacionou a não ter experimentado maconha (p 0,031). Ter usado drogas nos últimos 30 dias se associou a não confiar na família (p 0,02) e a não gostar da maioria dos professores (p 0,004).

Já ter tentado parar de usar quaisquer substâncias se associou a poder contar com organizações comunitárias (p 0,018), poder contar com organizações governamentais (p 0,003), poder contar com os vizinhos (p 0,017), possuir características de altruísmo/sociabilidade (p 0,047) e se sentir feliz mesmo com problemas (p 0,035). As variáveis agrupadas sobre relação familiar, auto-estima e satisfação com a vida em geral não mostraram associações, mas algumas de suas componentes isoladas sim: não ter privacidade em casa (p 0,005), não achar-se divertido (p 0,037) e não estar satisfeito com a própria vida (p 0,036). Em contrapartida, achar-se divertido (p 0,037) e estar satisfeito com a própria vida (p 0,036) se associaram a já ter tentado parar. Poder contar com os vizinhos às vezes ou nunca, se associou a não ter tentado parar (p 0,017).

Estar satisfeito com o com o apoio recebido (p 0,035) foi a única variável agrupada associada com a adoção de medidas que efetivamente previnem a AIDS. Porém outras associações com variáveis isoladas merecem destaque: as pessoas não se ajudarem mutuamente em casa (p 0,015) e sentir-se inútil (p 0,05) se associaram a não fazer nada para evitar a AIDS. Variáveis de altruísmo e sociabilidade mostram associações paradoxais: pessoas amigas não poderem nunca contar com o adolescente se associou a

evitar AIDS por meio do uso de preservativos (p 0,004) e pessoas amigas poderem sempre contar se associou a não evitar AIDS através desse método (p 0,004). Quanto às variáveis isoladas sobre religiosidade/espiritualidade, acreditar em Deus se associou a não evitar AIDS por meio de preservativos (p 0,029) e não acreditar se associou a evitar usando esse método.

Fazer uso de qualquer método anticoncepcional se associou a não poder contar com organizações comunitárias (p 0,031), não poder contar com organizações governamentais (p 0,016), achar que precisa de mais atenção (p 0,015), possuir religiosidade/espiritualidade (p 0,037) e ter boa relação familiar (p 0,031). Alguns aspectos negativos sobre a relação familiar se relacionaram a não usar anticoncepcionais, como pais não incentivarem os estudos (p 0,013) e não encontrar o apoio que necessita em casa (p 0,003).

A tentativa de suicídio foi o comportamento de risco que mais se associou às redes de apoio social e afetivo (tabela 2), e teve prevalência extremamente alta em nossa amostra (tabela 1). Não foi encontrada associação com a variável agrupada sobre confiança em instituições públicas, mas é relevante comentar que nenhuma e baixa confiança no posto de saúde foram associadas a ter tentado suicídio (p 0,036), enquanto alto nível de confiança se associou a não ter tentado (p 0,036).

TABELA 2

		TENTATIVA DE SUICÍDIO			
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma
SATISFAÇÃO COM O APOIO RECEBIDO	NÃO	9.3%	81.7%	0.001	0.55
	SIM	2.5%	6.4%		
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma
SATISFAÇÃO COM A VIDA	NÃO	9.3%	80.9%	0.025	0.4
	SIM	2.1%	7.7%		
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma
GOSTA DOS PROFESSORES	NÃO	22.1%	66.6%	0.021	0.34
	SIM	4.5%	6.8%		
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma

GOSTA DOS AMIGOS	NÃO	4.5%	85.2%	0.023	0.49
	SIM	1.4%	8.9%		
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma
PODE CONTAR COM OS PROFESSORES	NÃO	18.3%	70.6%	0.006	0.46
	SIM	4.6%	6.6%		
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma
RECEBE APOIO DOS AMIGOS	NÃO	3.5%	86.7%	0.042	0.48
	SIM	1.0%	8.8%		
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma
CONFIA NA ESCOLA	NÃO	18.3%	72.2%	0.011	0.36
	SIM	3.3%	6.2%		
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma
CONFIA NA FAMÍLIA	NÃO	4.5%	85.7%	0.002	0.63
	SIM	1.8%	8.0%		
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma
PODE CONTAR COM VIZINHOS	NÃO	48.2%	41.4%	0.029	0.51
	SIM	8.2%	2.3%		
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma
PODE CONTAR COM FAMÍLIA	NÃO	12.5%	77.6%	0.01	0.53
	SIM	3.4%	6.5%		
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma
PODE CONTAR COM AMIGOS	NÃO	8.1%	82.0%	0.041	0.51
	SIM	2.3%	7.6%		
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma
BOA AUTOESTIMA	NÃO	4.4%	86.3%	0.001	0.63
	SIM	1.7%	7.6%		
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma
BAIXA AUTOESTIMA	NÃO	58.0%	32.6%	0.012	0.37
	SIM	4.3%	5.2%		
		NÃO	SIM	P.valor X2	GK gamma
BOA RELAÇÃO FAMILIAR	NÃO	8.1%	81.9%	0.001	0.54
	SIM	2.5%	7.4%		

Já ter tido envolvimento com tráfico de drogas se associou a não confiar na família (p 0,039), não dar apoio aos amigos (p 0,05), não gostar da maioria dos professores (p 0,046) e ter baixa auto-estima (p 0,014). Paradoxalmente, poder contar com organizações governamentais também se associou ao envolvimento (p 0,046). Não houve associação da relação familiar enquanto variável agrupada, mas presenciar situações de alcoolismo em casa se associou ao envolvimento com o tráfico (p 0,022). As variáveis agrupadas sobre otimismo e satisfação com a vida em geral não mostraram associações, mas algumas variáveis isoladas foram correlacionadas ao envolvimento com o tráfico: não pensar que será feliz no futuro (p 0,038) e não ter motivos para se orgulhar da vida (p 0,045). Não sentir-se um fracasso, como variável isolada, se relacionou a não ter tido envolvimento (p 0,018).

Já ter sido preso ou internado se associou a não confiar (p 0,001) e não contar com a família (p 0,004), não ter boa relação familiar (p 0,022), não confiar (p 0,001) e não poder contar com os amigos (p 0,01), não ser otimista (p 0,003), não possuir características de altruísmo/sociabilidade (p 0,011) e ter baixa auto-estima (p 0,018). Não houve associação com a variável agrupada sobre confiança em instituições públicas, mas sim com algumas componentes isoladas: tanto ter baixo quanto alto nível de confiança na polícia (p 0,07), na justiça (p 0,018) e no governo estadual (p 0,046) se associaram à privação de liberdade. Poder contar com amigos (p 0,01), não indiferença da família à presença do adolescente (p 0,003), não haver muitas brigas e discussões em família (p 0,015) e estar satisfeito consigo mesmo (p 0,014) se associaram a não ter sido preso/internado.

Já ter tido problemas com a justiça se associou a não contar com a família (p 0,031), não confiar na família (p 0,031), não confiar (p 0,003) e não poder contar com os amigos em geral (p 0,003), não confiar nos amigos da escola (p 0,022), não gostar da maioria dos professores (p 0,003), não confiar em instituições públicas (p 0,036) e não possuir características de altruísmo/sociabilidade (p 0,024). Não houve associação com a relação familiar enquanto variável agrupada, mas sim com não sentir-se seguro na família (p 0,02). Também a variável agrupada sobre auto-estima não mostrou correlação, mas sim a variável isolada sentir vergonha de ser como é (p 0,01). Sentir que é uma pessoa de valor (p 0,011), não sentir vergonha de ser como é (p 0,01) e gostar de ajudar as pessoas (p 0,024) associaram-se a não ter tido problemas com a justiça.

Gostar de brigar se associou com poder contar com os vizinhos (p 0,003), poder contar com organizações comunitárias (p 0,001) e com organizações governamentais (p <0,001), achar que precisa de mais atenção (p 0,007) e ter baixa auto-estima (p <0,001). A relação familiar enquanto variável agrupada não mostrou associação com gostar de brigar, mas algumas variáveis isoladas sim: ficar com medo de ser cobrado (p 0,005), presenciar situações de alcoolismo em casa (p 0,021) e as pessoas serem indiferentes à presença do adolescente (p 0,001). Confiar nos amigos em geral (p 0,004) e gostar dos amigos da escola (p 0,045) são associados a não gostar de brigar.

## **11.6. DISCUSSÃO**

### **11.6.1. Família**

A importância da família como rede de apoio foi evidenciada em nossos resultados. O microsistema familiar é a primeira rede de apoio social, onde são formados os primeiros vínculos, e onde a criança aprende a se relacionar com o mundo e desenvolver laços afetivos. (SIQUEIRA; BETTS; DELL'AGLIO, 2006 ; BRITO; KOLLER, 1999). A família é ambiente socializador importante, a partir do qual as crianças e adolescentes desenvolvem outras interações, ampliando a rede e envolvendo a escola, os amigos e a comunidade como rede de apoio. (BRITO; KOLLER,1999)

Costa e Dell'Aglio (2011) relatam que uma comunicação familiar efetiva pode gerar nos indivíduos maior destreza para lidar até mesmo com situações muito adversas. Assim, tal estudo corrobora a opinião de que o apoio familiar pode ser efetivo na redução do impacto resultante da exposição a eventos de vida estressantes, possibilitando o fortalecimento da resiliência.

Schenker e Minayo (2005) referem que inúmeros estudos mostram que os padrões de relação familiar, a atitude e o comportamento dos pais e irmãos são modelos importantes para os adolescentes. Citam que a família, pelo papel de inserir seus membros na cultura e ser instituidora das relações primárias, influencia a forma como o adolescente reage aos inúmeros comportamentos de risco aos quais estão expostos na sociedade atual, assim como sugerem os resultados de nosso trabalho.

Conforme observado nos resultados, existe forte correlação entre o apoio social/ afetivo da família e o contato com drogas, assim como com condutas delituosas associadas à violência. As relações familiares e as amizades podem representar fatores de risco ou de proteção para o consumo de drogas, (BAUS; KUPEK; PIRES, 2002) e a falta de apoio familiar é apontada como fator de risco para o uso de drogas. (SCHENKER; MINAYO, 2005)

As famílias desempenham um papel importante na criação de condições e fatores de proteção, comunicando normas sociais salutaras. O estabelecimento de regras e limites claros e coerentes, o diálogo, fortes vínculos familiares, monitoramento e supervisão, apoio e comunicação, são elementos relevantes para caracterizar o apoio da família e a prevenção do uso de drogas. (SCHENKER; MINAYO, 2005)

Segundo Straus (1994) as pesquisas sugerem, que os adolescentes com vínculos pouco efetivos com a família têm maior probabilidade de se envolver em infrações do que aqueles com relações familiares estreitas. Em seu trabalho foi encontrado que os adolescentes presos relataram índices excessivamente altos de violência física, abandono, negligência e punições severas aplicadas pelos pais.

O trabalho de Paludo (2011) com 7.353 adolescentes e jovens brasileiros mostrou que 78% deles apontaram os problemas familiares quando questionados sobre os principais motivos que levam os adolescentes a cometerem atos de violência. Entretanto a autora alerta para o erro de atribuir a falha apenas à família e isentar todos os outros segmentos de responsabilidade. Certamente um adolescente que comete um ato infracional desvela uma fragilidade da família, mas também revela falhas da comunidade, da sociedade civil e do estado. No mesmo estudo, aqueles que já estiveram presos/internados e aqueles que já tiveram envolvimento com o tráfico afirmaram dar menos importância ao cumprimento de leis e regras da sociedade, à obediência às autoridades, à não violação dos bens materiais, ao direito à vida e à punição. A fragilidade de valores pessoais e morais pode contribuir com as transgressões, enquanto que a maior valorização das leis, da autoridade e da obediência podem inibir a prática de delitos.

### **11.6.2. Amigos**

Nossos resultados mostraram a importância do apoio dos amigos quanto ao envolvimento em diversos comportamentos de risco, sobretudo relacionados a problemas com a justiça, prisões/internações e tentativas de suicídio.

Juntamente com a família, os amigos desempenham fortemente o papel de fonte de apoio, que está relacionado à manutenção do bem estar ao longo do desenvolvimento. Eventos estressantes vivenciados com o apoio emocional dos amigos capacitam o indivíduo a desenvolver estratégias mais adaptativas. Essas relações afetivas desenvolvidas com os pares são capazes de torná-lo mais eficaz, pois trazem consigo um conjunto de recursos pessoais e sociais que diluem os efeitos negativos das situações adversas. (BRITO; KOLLER, 1999)

Segundo Pessoa e Libório (2011) as relações de amizade e afeto construídas na adolescência são permeadas de significados e configuram-se como um espaço privilegiado para questões relativas à confiança. Referem que a convivência com o grupo de pares cumpre duas funções: dar suporte afetivo aos adolescentes em sua tarefa de ampliar autonomia em relação ao grupo familiar e constituir-se em um “lugar de construção e circulação de conhecimento que os ajudem a compreender o seu corpo e a si próprios”. (RENA, 2007 p 8)

Costa e Dell’Aglío (2011) citam que a influência dos pares é comumente caracterizada na literatura como negativa, induzindo ao uso de drogas e outros comportamentos de risco. Entretanto, lembram que a escolha dos pares é baseada em relações anteriores com a família e suas concepções. Antunes e Fontaine (1996), num estudo transversal com alunos do sexto ao décimo ano, observaram que em todos os anos de escolaridade a percepção de apoio emocional da família era superior à dos pares. Outro trabalho que discute a supervalorização da influência dos amigos, referindo-se ao uso de drogas pelos adolescentes, enfatiza que esta questão não pode ser vista de forma simplista, pois “o desenvolvimento de afiliações e pares tolerantes e que aprovam as drogas representa o final de um processo onde fatores individuais, familiares e sociais adversos se combinam de forma a aumentar a probabilidade do uso abusivo”. (SCHENKER; MINAYO, 2005, p. 710) Acreditam que o mito que supervaloriza a influência dos pares

pode decorrer de certa desresponsabilização por parte dos pais e educadores acerca de problemas intrafamiliares e institucionais.

### **11.6.3. Escola**

A escola é um dos pilares da educação, onde a criança e o adolescente buscam integração e inclusão social, palco de seus relacionamentos e do desenvolvimento de seus potenciais, numa rede de relações complexas que se estendem por toda a vida. Vem ultrapassando a sua função acadêmica e passando a agregar a socialização e a formação do caráter e comportamento. Exerce papel importante no desenvolvimento de comportamentos socioemocionais e no desenvolvimento cognitivo dos jovens, se constituindo em grande fonte de apoio social/afetivo e plataforma para a promoção de saúde, exercendo papel igualmente importante na geração de fatores de proteção e resiliência. (LIBERAL *et.al.*, 2005)

A promoção da saúde nas escolas garante acesso a informações necessárias para a valorização e incorporação de hábitos saudáveis e seguros, além de promover uma cultura de paz, capacitando os envolvidos para a resolução de problemas e aumentando sua capacidade de ter um desenvolvimento resiliente e positivo. (LIBERAL *et.al.*, 2005) Os programas de promoção da resiliência nas escolas deveriam ser abrangentes, incorporando normas sociais e valores culturais positivos, ideologias para cultivar atitudes pró-sociais, e uma perspectiva otimista para o futuro, elementos cruciais para o cultivo da resiliência entre os adolescentes. (LEE; CHEUNG; KWONG, 2012)

Conforme observamos em nossos resultados, a identificação de condições e contextos que favoreçam o surgimento e o fortalecimento da resiliência dentro da escola podem promover competências que colaborem não apenas para o sucesso acadêmico, mas para transformar positivamente os estudantes. Abrem-se novas possibilidades de entendimento da vida e suas adversidades, modificando o sistema de crenças dos indivíduos e dando lugar a novas formas de relacionamento dentro das salas de aula, das famílias e das comunidades. (ACEVEDO; RESTREPO, 2012)

A escola que protege é aquela que reconhece e valoriza a diversidade cultural, étnica e social dos alunos, favorecendo o desenvolvimento de relações de respeito no contexto

escolar. (LIBÓRIO; COELHO; CASTRO, 2011) Sudbrack e Dalbosco (2005) argumentam que a escola precisa transformar-se para se configurar realmente em um ambiente de proteção, promotor de processos de resiliência e desenvolvimento positivo.

Os resultados mostram que uma negativa relação de afeto e confiança com os professores se associou significativamente com diversos comportamentos de risco. Segundo Antunes e Fontaine (2005) a relação com os professores é considerada importante para o desenvolvimento do autoconceito escolar e autoestima, e as amigas, por sua vez, são assinaladas como facilitadoras da socialização e da construção de identidade. Se os profissionais que atuam com adolescentes colaborarem na resolução das tensões cotidianas apresentadas pelos mesmos de maneira satisfatória, respeitando seus contextos socioculturais, poderão favorecer seu fortalecimento e um enfrentamento mais eficaz dos diversos riscos a que se encontram expostos. Os vínculos estabelecidos no interior da escola são favorecedores da sensação de bem estar, da formação de autoconceito e autoestima favoráveis, que são fundamentais para o processo de resiliência. (UNGAR et.al., 2007; UNGAR, 2008 *apud* LIBÓRIO; COELHO; CASTRO, 2011)

#### **11.6.4. Instituições Públicas em Geral**

Discutir o nível de confiança dos adolescentes e jovens em diversas instituições pode nos mostrar se suas expectativas em relação a elas se configuram como indicadores de risco ou proteção, oferecendo um mapa das possibilidades de intervenção e indicando possíveis pontos de suporte para uma rede de apoio social que lhes proporcione condições favoráveis ao desenvolvimento. Os dados encontrados também nos permitem identificar organizações, serviços e instituições desgastadas em sua autoridade, esvaziando seu potencial de atuação junto a este seguimento da população. (RENA, 2007; PESSOA; LIBÓRIO, 2011)

#### **11.6.5. Fatores de proteção pessoal**

O apoio social depende da percepção individual de cada sujeito que sofre interferência de diversos fatores pessoais como, por exemplo, a capacidade de solicitar e aceitar a

ajuda da rede, seus modos de enfrentamento, sua facilidade de comunicação com os outros, timidez, expansividade e demais fatores relacionados à sua personalidade. Esta percepção vem da crença de que são estimados e que os outros se interessam e estão dispostos e disponíveis para ajudar em caso de necessidade. (SCHWARTZ, 2011; GONÇALVES *et.al.*, 2011).

Segundo Lever e Martínez (2007), diversos estudos têm mostrado que os sujeitos que percebem altos níveis de apoio social têm um alto autoconceito, um estilo de enfrentamento mais adequado diante do estresse, uma maior autoestima e autoconfiança, maior controle pessoal e bem estar subjetivo, assim como uma melhor saúde em geral. As autoras referem que as características da personalidade também são um fator importante na percepção do apoio. Os sujeitos otimistas, com alta autoestima, com habilidades sociais adequadas e que são extrovertidos, percebem mais altos níveis de apoio das diversas redes de apoio social e reportam sentir-se mais satisfeitos com ele. Relatam que um incremento no bem estar subjetivo promove uma alta percepção de controle sobre o ambiente, o que permite ao sujeito ter maior acesso às redes de apoio social e experimentar como estressantes um menor número de eventos. Comentam a também estreita relação bidirecional existente entre a autoestima e o apoio social, pois os altos níveis de apoio social percebidos favorecem percepção positiva de si próprio e dos demais. Por outro lado, ter alta autoestima faz com que se torne mais fácil perceber altos níveis de apoio e permite que os sujeitos possam ter esquemas interpessoais positivos, maior controle pessoal e um alto sentido de aceitação, favorecendo o acesso às redes sociais.

Sobre a religiosidade/espiritualidade, Marques, Cerqueira-Santos e Dell’Aglío (2011) referem que estudos relacionando afiliação religiosa e indicadores de desenvolvimento psicológico positivo têm encontrado resultados que sugerem a influência do envolvimento religioso como uma forma de suporte, resiliência, encorajamento, enfrentamento, satisfação e valores, demonstrando que tal envolvimento pode exercer papel importante no desenvolvimento saudável na adolescência. Marques e Dell’Aglío (2009) relatam que a participação em instituições religiosas pode gerar fortes redes de apoio social, além de oferecer um código moral e prescrições de comportamentos que

podem afetar o quanto os adolescentes e jovens se envolvem em comportamentos de risco e seus indicadores de comportamentos saudáveis.

Porém, como enfatizam Marques, Cerqueira-Santos e Dell'Aglio (2011) o envolvimento religioso não pode ser considerado fator protetor absoluto, já que em certos contextos e frente a características individuais, o impacto pode ser negativo. Em nossos resultados encontramos exemplos do funcionamento tanto como risco quanto como proteção: não possuir religiosidade/ espiritualidade se associou à experimentação de álcool (p 0,02) e drogas (p 0,031), mas se relacionou ao uso de anticoncepcionais (p 0,037). Acreditar muito em Deus se relacionou a não usar álcool (p 0,009), mas também a não usar preservativos para evitar a AIDS (p 0,029).

## **11.7. CONCLUSÃO**

Nossos resultados corroboram as afirmações encontradas na literatura sobre a importância das redes de apoio social e afetivo como um dos mais potentes fatores protetores geradores de resiliência e sua atuação preventiva frente a inúmeros fatores de risco, sejam esses relacionados à violência, comportamentos sexuais de risco ou consumo de drogas lícitas e ilícitas. É necessário entender o significado de cada rede de apoio e a expectativa desses sujeitos em relação a elas, para que se reconheça o que é percebido como risco ou proteção. Ao se configurarem como fatores de proteção as instituições que compõem as redes de apoio social e afetivo propiciam a formação de identidades fortalecidas, conscientes de suas capacidades e limitações, dotadas de senso de coletividade, competência social, autonomia e independência, propiciando a criação de um pensamento crítico e mais responsável. Ao apontarem o nível de confiança que depositam em cada instituição social os participantes oferecem diretrizes para propostas de intervenção. Constatou-se a importância da família, da escola, dos amigos e de instituições públicas como redes de proteção social e afetiva aos adolescentes e jovens, e como decorrência desta constatação, deve-se reconhecer o lugar de relevância que essas instituições ocupam nas práticas de intervenção, assim como na elaboração de políticas públicas a eles dirigidas. Sugerimos que a elaboração de projetos de promoção da saúde envolva a participação ativa dos adolescentes e jovens, suas famílias, amigos, escolas e comunidades, trabalhando em prol do fortalecimento dos fatores de proteção

personais e sociais, o que funcionaria como importante suporte social e afetivo promotor de processos de resiliência e, conseqüentemente, como prevenção a diversos comportamentos de risco.

A análise dos vínculos de afetividade e relações sociais é falha quando realizada apenas de maneira quantitativa, demandando análises qualitativas mais profundas. Além disso, como em todo estudo transversal, não é possível conhecer a direção das associações, e não se pode afirmar causalidade. Por fim, outra limitação é inerente à fidedignidade das respostas dos participantes, que podem ter se omitido ou modificado respostas de acordo com diversas motivações e crenças pessoais.

### **11.8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ACEVEDO, V. E.; RESTREPO, L. De profesores, familias y estudiantes: fortalecimiento de la resiliencia en la escuela. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, v. 10, n. 1, p. 301-319, 2012.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio Social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002

ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Relação entre o conceito de si próprio e percepção de apoio social na adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica*, v.12, p.81-92, 1996.

ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Percepção de apoio social na adolescência: Análise factorial confirmatória da escala Social Support Appraisal. *Paideia*, v.15, n. 32, p.355-366, 2005.

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; SANTOS, N. C. Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. cap. 3, 340 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

BAGRICHEVSKY, M.; CASTIEL, L. D. ; VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; ESTEVÃO, A. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, suppl.1, p. 1699 -1708, 2010.

BAUS, J. , KUPEK, E., PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista de saúde pública*, v. 36, n. 1, p.40-46, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRITO, R.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (Ed.). *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-129.

CASTRO, B. M.; LIBÓRIO, R. M. C. *Risco e resiliência entre adolescentes e jovens de escolas públicas de Belo Horizonte*. Curitiba: Editora CRV, 2010. 178 p.

COSTA, L. G.; DELL'AGLIO, D. D. Jovens em situação de vulnerabilidade social: a rede de apoio e o uso de drogas. In: DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H. (orgs) *Adolescência e juventude: vulnerabilidade e contextos de proteção*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2011.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GARMEZY, N.; MASTEN, A. Chronic adversities. In: RUTTER, M.; TAYLOR, E.; HERSON, L. (Eds) *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, UK, p.191-207, 1994.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, mar. 2011.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E. Apoio social: confiabilidade teste - reteste de escala no estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 625-634, 2003.

LEE, T. Y; CHEUNG, C.K.; KWONG, W. Resilience as a positive youth development construct: a conceptual review. *The ScientificWorld Journal*, v. 2012, 2012.

LEVER, J. P.; MARTÍNEZ, Y. I. C. Pobreza e apoio social: un estudio comparativo em tres niveles socioeconómicos. *Revista Interamericana de Psicología*, v.41, n. 2, p.177-188, 2007.

LIBERAL, E. F.; AIRES, R. T.; AIRES, M. T.; OSÓRIO, A. C. A. Escola segura. *J. Pediatr*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, S155-S163, nov. 2005.

LIBÓRIO, R. M. C.; COÊLHO, A. E. L.; CASTRO, B. M. Escola: risco ou proteção para adolescentes e adultos jovens? In: DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H. (orgs) *Adolescência e juventude: vulnerabilidade e contextos de proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

LUTHAR, S. S.; ZELAZO, L. B. Research on resilience: An integrative review. In LUTHAR, S. S. (Ed) Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities. New York, Cambridge University Press, p. 510-549, 2003.

MARQUES, L. F.; CERQUEIRA-SANTOS, E.; DELL'AGLIO, D. D. Religiosidade e identidade positiva na adolescência. In: DELL'AGLIO, D. D; KOLLER, S. H. (orgs) Adolescência e juventude: vulnerabilidade e contextos de proteção. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2011.

MARQUES, L. F.; DELL'AGLIO, D. D. A espiritualidade como fator de proteção na adolescência. Cadernos IHU Idéias (UNISINOS), v.7, p.1-18, 2009.

MELO, E. M.; FARIA, H. P.; MELO, M. A. M. ; CHAVES, A. B. ; MACHADO, G. P. .Mundo da Vida, Adolescência e Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 01, p. 39-48, 2005.

PALUDO, S. Valores e normas sociais de adolescentes em conflito com a lei. In: DELL'AGLIO, D. D; KOLLER, S. H. (orgs) Adolescência e juventude: vulnerabilidade e contextos de proteção. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2011.

PESSOA, A. S. G.; LIBÓRIO, R. M. C. Nível de confiança de adolescentes e jovens em instituições e processos de resiliência. In: DELL'AGLIO, D. D; KOLLER, S. H. (orgs) Adolescência e juventude: vulnerabilidade e contextos de proteção. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2011.

PIROTTA, K. C. M. A construção sócio-histórica da adolescência e as políticas públicas. *BIS- Boletim do Instituto de Saúde: juventudes e vulnerabilidades*, v. 12, n 40, dez. 2006. p. 4-8.

RENA, L.C.C.B. Jovens e adolescentes no interior de Minas Gerais: grau de confiança e expectativas em relação às instituições sociais. *VIII Colóquio Internacional de Psicossociologia e Sociologia Clínica e I de Belo Horizonte*. Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, n. 147, p. 598-611, 1985.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, jul./set., v. 10, n. 3, p.707-717, 2005.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2575-2585, maio 2011.

SIQUEIRA, A. C.; BETTS, M. K.; DELL'AGLIO, D. D. A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicologia*. Porto Alegre, v. 40, n. 2, p. 149-158, ago. 2006.

STRAUS, M. B. Violência na vida dos adolescentes. São Paulo: Best Seller. 1994.

SUDBRACK, M. F. O; DALBOSCO, C. Escola como contexto de proteção: refletindo sobre o papel do educador na prevenção do uso indevido de drogas. *An.1 Simp. Internacional do Adolescente*, 2005.

UNGAR, M. Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, n. 38, p. 218-235, 2008.

UNGAR, M.; BROWN, M.; LIENBENBERG, L.; OTHMAN, R.; KWONG, W. M.; ARMSTRONG, M.; GILGUN, J. Unique pathways to resilience across cultures. *Adolescence*, v. 42, n. 166, p. 287-310, 2007.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saude Pública*; v.15, suppl.2, p.7-14, 1999.

YUNES, A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

## 12. ANEXO 1: TABELAS DAS ASSOCIAÇÕES DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO ÀS VARIÁVEIS DE APOIO SOCIAL

TABELA 1: EXPERIMENTAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS

EXPERIMENTOU ÁLCOOL		
	P.valor X2	GK gamma
Não usa Posto de Saúde	0,001	0,35
Não gosta dos professores	0,001	0,42
Não tem Religiosidade/espiritualidade	0,020	0,49
Não confia em Instit. públicas	0,048	0,16
Não confia na Escola	0,001	0,36
Não conta Org. comunitárias	0,003	0,42
EXPERIMENTOU CIGARRO		
	P.valor X2	GK gamma
Não gosta dos professores	0,002	0,35
Não confia em Instit. públicas	0,001	0,35
Não confia na Escola	0,004	0,30
Não confia nos vizinhos	0,020	0,21
Não conta com família	0,008	0,39
Não tem boa autoestima	0,039	0,20
EXPERIMENTOU DROGAS		
	P.valor X2	GK gamma
Não gosta dos professores	0,007	-0,31
Não confia nos amigos da escola	0,001	-0,41
Não tem Religiosidade/espiritualidade	0,005	-0,476
Não confia na escola	0,05	-0,216

TABELA 2: USO DE SUBSTÂNCIAS NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

USA ÁLCOOL		
	P.valor X2	GK gamma
Não gosta dos professores	0,001	0,42
Não gosta dos amigos	0,045	0,39
Não confia nos amigos da escola	0,001	0,45
Não conta com professores	0,001	0,45
Não confia na escola	0,002	0,32
Não conta com vizinhos	0,012	0,38
Não conta com família	0,021	0,37
USA CIGARRO		
	P.valor X2	GK gamma
Não conta com professores	0,029	0,38
Não confia na escola	0,027	0,32
Não confia na família	0,024	0,46
Não conta com família	0,001	0,59
USA DROGAS		
	P.valor X2	GK gamma
Não gosta dos professores	0,004	0,62
Não confia na família	0,022	0,57

TABELA 3: TENTATIVA DE ABANDONO DE VÍCIOS

TENTOU PARAR COM VÍCIOS		
	P.valor X2	GK gamma
Conta com vizinhos	0,017	0,48
Conta Org. comunitárias	0,018	0,57
Conta Org.governamentais	0,003	0,87
É altruísta e sociável	0,047	0,49
É feliz mesmo com problemas	0,035	0,41

TABELA 4: COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO

USA ANTICONCEPCIONAL		
	P.valor X2	GK gamma
Tem Religiosidade/espiritualidade	0,037	0,63
Não conta Org.comunitárias	0,031	0,59
Não conta Org.governamentais	0,016	0,68
Precisa mais atenção	0,015	0,52
Tem boa relação familiar	0,031	0,54
EVITA AIDS		
	P.valor X2	GK gamma
Satisfeito com apoio recebido	0,035	0,48

TABELA 5: VIOLÊNCIA E COMPORTAMENTOS ASSOCIADOS

TENTOU SUICÍDIO		
	P.valor X2	GK gamma
Não está satisfeito com apoio recebido	0,001	0,55
Não está satisfeito com a vida em geral	0,025	0,40
Não gosta dos professores	0,021	0,34
Não gosta dos amigos	0,023	0,49
Não conta com professores	0,006	0,46
Não recebe apoio dos amigos	0,042	0,48
Não confia na escola	0,011	0,36
Não confia na família	0,002	0,63
Não conta com vizinhos	0,029	0,51
Não conta com família	0,010	0,53
Não conta com amigos	0,041	0,51
Não tem boa autoestima	0,001	0,63
Não tem boa relação familiar	0,001	0,54
PROBLEMAS COM A JUSTIÇA		
	P.valor X2	GK gamma
Não gosta dos professores	0,003	0,62
Não confia nos amigos da escola	0,022	0,52
Não confia em Instit. Públicas	0,036	0,46
Não confia na família	0,031	0,54
Não confia nos amigos em geral	0,003	0,64
Não conta com a família	0,031	0,55
Não é altruísta e sociável	0,024	0,56
FOI PRESO / INTERNADO		
	P.valor X2	GK gamma
Não confia na família	0,001	0,66
Não confia nos amigos em geral	0,001	0,58
Não conta com família	0,004	0,59
Não conta com amigos	0,001	0,78
Não tem boa autoestima	0,018	0,56
Não é otimista	0,003	0,57
Não é altruísta e sociável	0,011	0,56
Não tem boa relação familiar	0,022	0,45
ENVOLVIMENTO COM TRÁFICO		
	P.valor X2	GK gamma
Não gosta dos professores	0,046	0,44
Não dá apoio aos amigos	0,051	0,74
Não confia na família	0,039	0,55
Conta Org. governamentais	0,046	0,58
Não tem boa autoestima	0,014	0,63

TABELA 5 (continuação)

GOSTA DE BRIGAR		
	P.valor X2	GK gamma
Não gosta dos amigos	0,045	-0,443
Não confia nos amigos	0,004	-0,485
Conta com vizinhos	0,003	0,46
Conta Org. Comunitárias	0,0015	0,577
Conta Org. Governamentais	0,001	0,709
Não tem boa autoestima	0,001	0,633
Precisa mais atenção	0,0075	0,537