

Efetividade do atendimento psicossocial na continuidade escolar de adolescentes em vulnerabilidade social*

doi: 10.5123/S1679-49742016000400012

Effectiveness of psychosocial care in school continuity of adolescents in social vulnerability

Tassiane Cristine Santos de Paula¹

Fernanda Gonçalves Moreira¹

Sérgio Baxter Andreoli¹

¹Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica, São Paulo-SP, Brasil

Resumo

Objetivo: estudar a efetividade do programa de atendimento psicossocial (PAS) na continuidade escolar de adolescentes em vulnerabilidade social. **Métodos:** estudo de coorte retrospectivo de adolescentes atendidos de 2007 a 2012, em programa de intervenção multidisciplinar com pressupostos da abordagem de redução de danos; o efeito da intervenção foi avaliado por meio de modelos de regressão de Poisson. **Resultados:** foram incluídos 200 adolescentes, dos quais 116 permaneceram e 84 abandonaram o programa; 74,5% estavam estudando após seguimento de seis meses, com maior proporção entre os aderentes à intervenção (RR=1,12 – IC_{95%} 1,01;1,27) e aqueles que estavam estudando no início da intervenção (RR=8,52 – IC_{95%} 3,71;19,57). **Conclusão:** o programa avaliado tem efeito positivo na reinserção e continuidade escolar do adolescente em vulnerabilidade social; porém, características do indivíduo, como já estar estudando, desempenharam papel predominante na adesão ao PAS.

Palavras-chave: Adolescente; Vulnerabilidade Social; Educação; Promoção da Saúde; Estudos de coortes.

Abstract

Objective: to study the effectiveness of a psychosocial care program in school continuity of adolescents in social vulnerability. **Methods:** this was a retrospective cohort study involving 200 adolescents assisted in a multidisciplinary intervention program with harm reduction approach, from 2007 to 2012; the intervention effect was assessed using Poisson regression models. **Results:** 200 adolescents were included in the program; 116 of them continued and 84 dropped it; 74.5% were attending school after six month, with a higher proportion among those who adhered to the intervention (RR=1.12 – 95%CI 1.01;1.27); and those who were studying when they joined the program (RR=8.52 – 95%CI 3.71;19.57). **Conclusion:** the evaluated program has a positive effect on rehabilitation and school continuity of adolescents in social vulnerability, but individual characteristics, such as being studying already, play a dominant role in the adherence to the program.

Key words: Adolescent; Social Vulnerability; Education; Health Promotion; Cohort Studies.

* Artigo baseado na dissertação de Tassiane Cristine Santos de Paula, intitulada 'Estudo de efetividade de um programa de atendimento psicossocial para adolescentes em vulnerabilidade social', apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo em 2016.

Endereço para correspondência:

Tassiane Cristine Santos de Paula – Núcleo de Estatística e Metodologia Aplicadas, Rua Borges Lagoa, nº 570, Vila Clementino, 9º andar, sala 91, São Paulo-SP, Brasil. CEP: 04038-020
E-mail: tassiane.psi@gmail.com; tassipsi@yahoo.com.br

Introdução

Atualmente observa-se o crescimento da população adolescente no mundo,¹ fenômeno coincidente com a redução de doenças infecciosas, da desnutrição e da mortalidade na infância.^{2,3} Na adolescência, são observados comportamentos de risco e de negligência nos cuidados com a própria saúde,^{1,2,4} mais impactantes ainda em situações nas quais não existe a garantia dos direitos de cidadania.^{1,5}

O período da adolescência, caracteriza-se por determinadas situações de vulnerabilidade como, por exemplo, gravidez precoce, violência e abuso sexual, uso e abuso de álcool e outras drogas, capazes de comprometer ainda mais seu desenvolvimento, quando comparados a outros segmentos populacionais.^{1,2,4-6} Essas situações tornam-se mais graves quando combinadas com as desigualdades sociais presentes, a exemplo da pobreza, baixa escolaridade, área de moradia, precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, entre outras.^{1,4}

No Brasil, desde a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, houve importantes avanços em direção à universalização do acesso ao Ensino Fundamental.¹ Entretanto, muitas crianças e adolescentes têm dificuldade no aprendizado ou não concluem os estudos, uma vez que o sistema educacional também sofre o impacto determinante das desigualdades e vulnerabilidades sociais.¹ De acordo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), um em cada quatro alunos que inicia o Ensino Fundamental abandona a escola antes de completar a última série. A propósito, o Brasil tem a terceira maior taxa de abandono escolar – 24,3% – entre os 100 países com maior índice de desenvolvimento humano (IDH).⁷

A educação é um dos mais fortes preditores de saúde.⁸⁻¹⁰ Além de potencializadora de oportunidades, a educação ainda é capaz de pôr fim ao ciclo de pobreza intergeracional e prover um desenvolvimento sustentável,^{8,9} facilitar a escolha de comportamentos saudáveis e o acesso a cuidados de saúde de qualidade, além de oferecer ferramentas de apoio e recursos que otimizam a saúde individual.⁸⁻¹⁰ Acredita-se que promover o bem-estar das populações em situação de risco e manter esses grupos em contato com oportunidades educacionais pode contribuir para a superação de desigualdades nos resultados da saúde.¹⁰ Ações de parceria entre os serviços de saúde e as escolas

têm-se destacado por sua contribuição para a saúde, ao compensar trajetórias difíceis, ligadas ao processo saúde-doença, que afetam o desempenho do aluno e, muitas vezes, levam ao abandono escolar.^{10,11}

Ao considerar a educação como um importante veículo para abordar a desigualdade de oportunidades e de resultados, manter o adolescente na escola e garantir a conclusão de seus estudos torna-se fundamental para a superação, o enfrentamento e a redução das vulnerabilidades.¹² Nessa perspectiva, as intervenções realizadas em programas de atendimento psicossocial e especialmente dedicadas à redução e prevenção das situações de vulnerabilidade deveriam valorizar e priorizar as oportunidades educacionais, entre elas a inserção ou garantia da continuidade dos adolescentes na escola.

A educação é um dos mais fortes preditores de saúde.

O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade do atendimento psicossocial a adolescentes em vulnerabilidade social com foco em sua situação escolar.

Métodos

Estudo de coorte retrospectivo, com adolescentes que sofreram intervenção do Programa de Atendimento Psicossocial (PAS) do município de Caçapava, São Paulo, no período entre setembro de 2007 e dezembro de 2012. Os critérios de inclusão no PAS foram: ter idade entre 11 e 18 anos; renda familiar até dois salários mínimos; e participação voluntária.

O presente estudo tomou como objeto o referido PAS, inserido em uma organização não governamental (ONG) que atendia adolescentes de ambos os sexos e seus familiares em situação de vulnerabilidade social. O PAS estudado tem como proposta:

[...] realizar intervenções de caráter preventivo em regime ambulatorial visando: atender, estimular e desenvolver atividades de promoção da saúde, social e educacional para adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco social.

O encaminhamento era realizado somente via órgãos municipais, e a atuação da equipe multidisciplinar (assistente social, psicóloga, psicopedagoga/pedagoga, professor de curso de informática

e marcenaria, gestor e pessoal administrativo) era baseada em pressupostos da abordagem conhecida como Redução de Danos.¹³ A ênfase nessa abordagem privilegia (i) os danos causados (ao invés do comportamento patológico), (ii) o respeito ao indivíduo e (iii) o direito à escolha, garantidos na participação voluntária cujo acolhimento se dá por acordo de mútua confiança, livre de julgamento moral. Tais pressupostos, além de mais atraentes para o adolescente, podem reduzir os obstáculos, o estigma e a vergonha pessoal.¹³ Após a triagem, um plano de intervenção individualizado era conduzido de maneira a responder às necessidades de cada adolescente e sua família, incluindo os diversos enfoques dos atendimentos (social; psicológico; psicopedagógico e/ou pedagógico; familiar; e oficinas educativas) e das ações (visita domiciliar; acompanhamento escolar; encaminhamentos médicos para hebiatra, neurologista e psiquiatra; atividades esportivas e culturais; e cursos profissionalizantes e de orientação ao mercado de trabalho). O cálculo da média (M) de tempo e desvio-padrão (DP) em meses de cada grupo foi realizado, e a diferença dos resultados entre os grupos foi avaliada pelo teste t de Student. Esse procedimento foi realizado para verificar se a intervenção estava diferentemente distribuída nos dois grupos.

Para fins de análise, foram utilizadas as seguintes variáveis independentes:

- a) Participação da família e/ou responsável (não; sim), considerada como positiva quando houve a frequência em pelo menos um atendimento individual e do grupo de orientação familiar ao longo do acompanhamento psicossocial; nos casos em que o adolescente estava residindo em abrigo provisório, o profissional do abrigo era responsável por comparecer aos atendimentos e participar nas orientações aos adolescentes.
- b) Transtorno mental (não; sim), considerado positivo quando o adolescente já tinha passado por avaliação especializada ou estava em atendimento psiquiátrico.
- c) Queixa inicial
 - (i) Vulnerabilidade familiar/social (conflito familiar; pai ou mãe usuários de drogas; violência doméstica; perda familiar; negligência familiar; e vulnerabilidade social ou pobreza)
 - (ii) Comportamento disruptivo (problemas de comportamento; agressividade; instabilidade emocio-

- nal; gravidez precoce; uso de álcool e drogas; e dificuldade de socialização)
- (iii) Problema escolar (problemas de ordem comportamental; frequência irregular; evasão escolar; e dificuldade de aprendizagem)
- d) Defasagem idade/série (não; sim), calculada segundo os critérios para escolaridade esperada para idade, estabelecidos pelo Ministério da Educação do Brasil.¹⁴
- e) Linha da pobreza (acima; abaixo), estimada a partir da renda média familiar *per capita*/dia, convertida para o dólar do mês de coleta dos dados; os indivíduos foram considerados como tendo renda abaixo da linha da pobreza quando esta foi menor que US\$1.00/dia.

O registro das informações dos adolescentes encaminhados para atendimento no PAS serviu como fonte de informações: identificação do atendimento; família; situação de saúde e escolar; renda familiar; motivo do encaminhamento; e fonte do encaminhamento. Um questionário complementar recolheu informações sobre: período de acompanhamento psicossocial; intervenções; encaminhamentos; participação dos pais e responsáveis; desligamento do PAS; e situação escolar após seis meses de seguimento. No caso do grupo que abandonou a intervenção, as informações sobre estar estudando após seis meses foram obtidas via contato com as equipes dos órgãos encaminhadores (ex.: Conselho Tutelar; Secretarias de Cidadania e Educação), responsáveis pela assistência e acompanhamento das famílias dos adolescentes encaminhados ao PAS.

As análises estatísticas foram realizadas em duas etapas: na primeira, observaram-se os fatores associados à adesão (exposição) ao PAS; na segunda etapa, analisou-se a efetividade da adesão ao programa na permanência na escola (desfecho) após seis meses de participação na intervenção. Estas análises foram feitas pelo programa Stata versão 12, tendo como medida de associação o risco relativo (RR) e intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}), estimados por modelos de regressão de Poisson, com estimação de variância robusta.¹⁵

Os fatores relacionados à adesão ao programa PAS foram investigados por meio de um modelo que incluiu as seguintes variáveis: faixa etária; sexo; área de moradia; renda; estar estudando no início do tratamento; escolaridade esperada para a idade; queixa declarada para o tratamento; acompanhamento do tratamento

pela família; e ter transtorno mental. A efetividade da intervenção no PAS com adolescentes em vulnerabilidade social foi estudada por meio de um modelo que inclui as variáveis cuja análise bivariada resultou em nível de significância $p < 0,10$.

O projeto do estudo foi apresentado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp/EPM e Plataforma Brasil – CAAE nº 24351414.4.0000.5505 – e aprovado: Parecer nº 622986. Os adolescentes e seus responsáveis assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando o uso das informações para fins de pesquisa.

Resultados

De acordo com os 282 prontuários analisados, 82 adolescentes foram encaminhados mas não se iniciaram no programa. O grupo de adesão, composto por 116, frequentou o programa PAS por no mínimo seis meses; 84 adolescentes abandonaram o programa nos seis primeiros meses, formando o grupo de abandono (Figura 1).

O grupo de adesão participou do PAS por $12,1 \pm 5,25$ meses, em média, e o grupo de abandono, por $2,9 \pm 1,35$ meses, sendo essa diferença entre os grupos estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

A amostra foi composta por 55% de meninos, idade média de 14 anos (variando de 11 a 18 anos), 60% residentes em área urbana e 40% em área rural (Tabela 1). Baixos índices de desempenho escolar foram observados entre os adolescentes: 23% de evasão escolar; 59% de defasagem idade-série; e 69% de reprovação. Dos adolescentes evadidos dos bancos escolares, aproximadamente 73,3% pararam de estudar por não gostarem da escola e 18% por problemas de saúde ou emocionais. Entre os adolescentes com reprovação, 47% já haviam sido reprovados mais de uma vez.

A maioria dos adolescentes (46%) morava com a mãe, 30% com ambos os pais, 10% somente com o pai, 6% com outros parentes e 8% em abrigo. Os domicílios tinham em média três cômodos e quatro habitantes. A média da idade da mãe foi de 38 anos, 66% com Ensino Fundamental incompleto e 20% com Ensino Médio completo, 35% eram 'do lar' e 45% autônomas. A média da idade do pai foi de 43 anos, 66% com Ensino Fundamental incompleto e apenas 10% com o Ensino Médio concluído, 40% eram autônomos, 18% trabalhavam em indústria e 10% estavam desempregados. A maioria das famílias (41%) vivia com um a dois salários mínimos, sendo que 24% tinham renda domiciliar abaixo da linha da pobreza. As mães eram

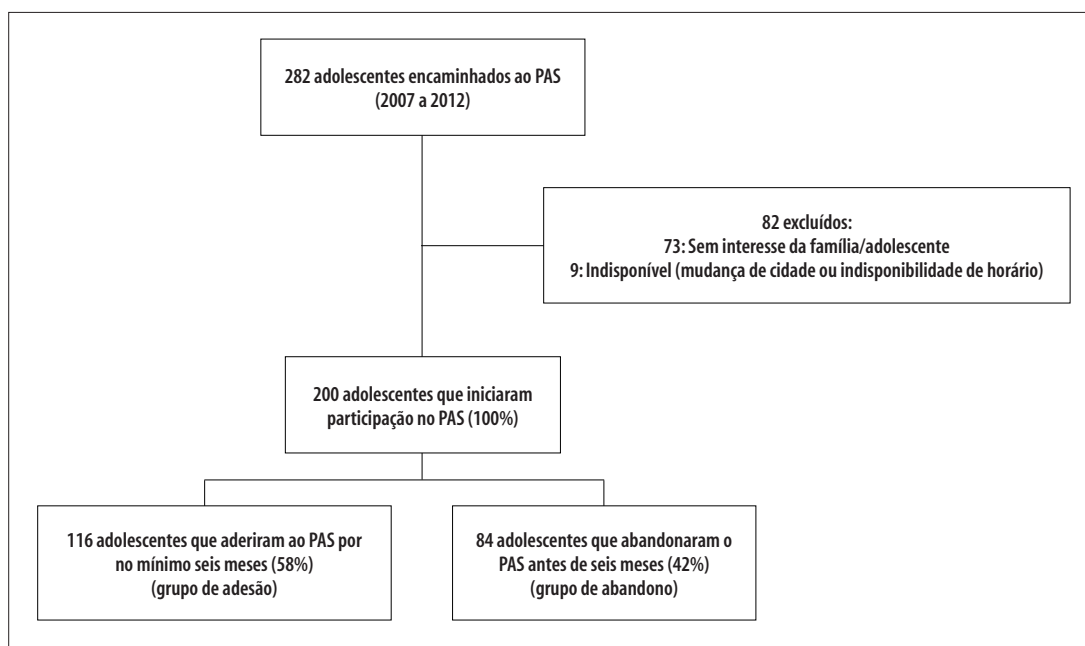


Figura 1 – Distribuição dos adolescentes encaminhados para o Programa de Atendimento Psicossocial (PAS) no município de Caçapava, São Paulo, 2007-2012

as principais responsáveis pelos adolescentes (70%) e 48% das famílias participaram do PAS com seus filhos.

A maior parte dos encaminhamentos ao PAS foi realizada pelo Conselho Tutelar (70%). A queixa inicial mais frequente foi problema escolar (50,0%), seguida de comportamento disruptivo (25,5%) e, por último, vulnerabilidade familiar/social (24,5%) (Tabela 1). Além da queixa, 10% dos adolescentes tinham história de abuso físico ou sexual, 14% apresentavam algum diagnóstico psiquiátrico, 13% faziam acompanhamen-

to médico e 11% usavam algum medicamento no início da intervenção. Ademais, 35% dos adolescentes e 52% de suas famílias faziam uso de alguma substância lícita ou ilícita, e 27,5% dos adolescentes tinham familiares doentes no domicílio, eram portadores de doenças crônicas e de transtorno mental.

Os grupos de adolescentes que aderiram ao programa e os que abandonaram mostraram-se diferentes. A adesão ao PAS esteve associada a estar estudando no início da intervenção, ter renda domiciliar acima da

Tabela 1 – Fatores associados com a adesão à intervenção em 200 adolescentes atendidos no Programa de Atendimento Psicossocial (PAS), no município de Caçapava, São Paulo, 2007-2012

Variáveis	Adesão à intervenção		Amostra Total n (%)	Análise não ajustada		Análise ajustada ^c	
	Sim n (%)	Não n (%)		RR ^a	IC _{95%} ^b	RR ^a	IC _{95%} ^b
Sexo							
Feminino	58 (50,0)	32 (38,1)	90 (45,0)	1,22	0,96;1,54	1,16	0,92;1,45
Masculino	58 (50,0)	52 (61,9)	110 (55,0)	1,00		1,00	
Faixa etária (em anos)							
15-18	36 (31,0)	34 (40,5)	70 (35,0)	0,81	0,58;1,13	0,91	0,65;1,26
13-14	56 (48,3)	36 (42,9)	92 (46,0)	0,96	0,71;1,29	1,00	0,75;1,32
11-12	24 (20,7)	14 (16,7)	38 (19,0)	1,00		1,00	
Área de moradia							
Rural	52 (44,8)	29 (34,5)	81 (40,5)	0,83	0,66;1,05	0,77	0,61;0,97
Urbana	64 (55,2)	55 (65,5)	119 (59,5)	1,00		1,00	
Renda domiciliar							
Acima da linha da pobreza	100 (86,2)	52 (61,9)	152 (76,0)	1,97	0,96;1,54	1,78	1,24;2,56
Abaixo da linha da pobreza	16 (13,8)	32 (38,1)	48 (24,0)	1,00		1,00	
Estudando no início da intervenção^d							
Sim	98 (84,5)	56 (66,7)	154 (77,0)	1,62	1,11;2,37	1,83	1,29;2,59
Não	18 (15,5)	28 (33,3)	46 (23,0)	1,00		1,00	
Defasagem escolar							
Sim	58 (50%)	60 (71,4)	118 (59,0)	1,00		1,00	
Não	58 (50%)	24 (28,6)	82 (41,0)	1,43	1,14;1,81	1,14	0,90;1,44
Transtorno mental							
Sim	18 (15,5)	10 (11,9)	28 (14,0)	1,12	0,83;1,53	1,13	0,88;1,47
Não	98 (84,5)	74 (88,1)	172 (86,0)	1,00		1,00	
Queixa inicial							
Comportamento disruptivo	23 (19,8)	28 (33,3)	51 (25,5)	0,73	0,50;1,07	0,88	0,61;1,27
Problemas na escola	63 (54,3)	37 (44,0)	100 (50,0)	1,02	0,78;1,34	1,20	0,93;1,54
Vulnerabilidade familiar/social	30 (2,59)	19 (22,6)	49 (24,5)	1,00		1,00	
Participação da família							
Sim	74 (63,8)	22 (26,2)	96 (48,0)	1,90	1,47;2,47	1,73	1,36;2,21
Não	42 (36,2)	62 (73,8)	104 (52,0)	1,00		1,00	

a) RR: risco relativo

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

c) Análise ajustada por Regressão de Poisson

d) No Programa de Atendimento Psicossocial (PAS)

linha da pobreza, contar com a participação da família e residir em área urbana (Tabela 1).

Entre os adolescentes participantes, 74,5% estavam estudando após seguimento de 6 meses. A análise da efetividade da intervenção mostrou que a adesão ao PAS esteve associada à condição de estar estudando após seguimento de seis meses (RR=1,12; IC_{95%}

1,01;1,27) e após o ajuste para os efeitos das outras variáveis associadas ao desfecho. As outras condições que mostraram associação significativa com estar estudando após seis meses foram: estudar no início da intervenção (RR=8,52; IC_{95%} 3,71;19,57) e não apresentar queixa de comportamento disruptivo (RR=0,92; IC_{95%} 0,84;0,99) (Tabela 2).

Tabela 2 – Fatores associados a ‘estar estudando após seguimento de seis meses’, no município de Caçapava, São Paulo, 2007-2012

Variáveis	Estudando após seis meses		Amostra Total n (%)	Análise não ajustada		Análise ajustada ^c	
	Sim n (%)	Não n (%)		RR ^a	IC _{95%} ^b	RR ^a	IC _{95%} ^b
Sexo							
Feminino	70 (47,0)	19 (40,4)	89 (45,4)	1,06	0,91;1,24		
Masculino	79 (53,0)	28 (59,6)	107 (54,6)	1,00			
Faixa etária (em anos)							
15-18	49 (32,9)	20 (42,6)	69 (35,2)	0,82	0,67;1,00		
13-14	68 (45,6)	22 (46,8)	90 (45,9)	0,87	0,73;1,03		
11-12	32 (21,5)	5 (10,6)	37 (18,9)	1,00			
Área de moradia							
Rural	52 (34,9)	28 (59,6)	80 (40,9)	1,28	1,07;1,54		
Urbana	97 (65,1)	19 (40,4)	116 (59,2)	1,00			
Renda domiciliar							
Acima da linha da pobreza	115 (77,2)	33 (70,2)	148 (75,5)	1,09	0,89;1,34		
Abaixo da linha da pobreza	34 (22,8)	14 (29,8)	48 (24,5)	1,00			
Adesão à intervenção							
Sim	100 (67,1)	16 (34,0)	116 (59,2)	1,40	1,16;1,70	1,12	1,01;1,27
Não	49 (32,9)	31 (66,0)	80 (40,8)	1,00		1,00	
Estudando no início da intervenção^d							
Sim	144 (96,6)	6 (12,8)	150 (76,5)	8,83	3,85;20,26	8,52	3,71;19,57
Não	5 (3,4)	41 (87,2)	46 (23,5)	1,00		1,00	
Defasagem escolar							
Sim	75 (50,3)	40 (85,1)	115 (58,7)	1,00			
Não	74 (49,7)	7 (14,9)	81 (41,3)	1,04	1,20;1,62		
Transtorno mental							
Sim	16 (10,7)	11 (23,4)	27 (13,8)	0,75	0,54;1,04		
Não	133 (89,3)	36 (76,6)	169 (86,2)	1,00			
Queixa inicial							
Comportamento disruptivo	37 (24,8)	11 (23,4)	48 (24,5)	0,80	0,68;0,94	0,92	0,84;0,99
Problemas na escola	65 (43,6)	34 (72,3)	99 (50,5)	0,68	0,58;0,79	0,96	0,91;1,02
Vulnerabilidade familiar/social	47 (31,5)	2 (4,3)	49 (25,0)	1,00		1,00	
Participação da família							
Sim	75 (50,3)	21 (44,7)	96 (49)	1,05	0,90;1,23		
Não	74 (49,7)	26 (55,3)	100 (51,0)	1,00			

a) RR: risco relativo

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

c) Análise ajustada por regressão de Poisson

d) No Programa de Atendimento Psicossocial (PAS)

Discussão

Os resultados deste estudo mostram uma proporção alta de adolescentes em vulnerabilidade social que aderiram à intervenção psicossocial. Esta adesão contribuiu para que o adolescente estivesse estudando após seis meses, parâmetro de efetividade utilizado neste estudo. Entretanto, características do indivíduo, como já estar estudando no início da intervenção, desempenharam papel predominante nesse resultado.

A taxa de adesão à intervenção encontrada foi de 58%, dentro da margem apresentada em estudos internacionais que mostram variação de 30% (transtornos por uso de substâncias) a 80% (outros transtornos mentais).¹⁶⁻¹⁸ A adesão ao tratamento é considerada um desafio, especialmente quando se trata de adolescentes: o estigma da intervenção psicossocial afeta negativamente sua autoestima, a ponto de reduzir as possibilidades de inserção e busca de tratamento,^{19,20} seja por preocupações de que o profissional não manterá a confidencialidade,¹⁹ seja pela própria dificuldade de autopercepção da gravidade do problema.^{20,21}

Neste estudo, os adolescentes que mais aderiram foram aqueles que estavam estudando no início da intervenção, com renda domiciliar acima da linha da pobreza e participação da família no acompanhamento psicossocial. Estes resultados são semelhantes àqueles encontrados na literatura, demonstrando que a educação facilita a obtenção de informação, conhecimento, acesso aos serviços de saúde e maiores chances de buscar apoio e recursos,^{8,9} e que as famílias com renda melhor, além de contar com os mesmos benefícios proporcionados pela educação, apresentam melhores condições de transporte para si e o adolescente em tratamento.²⁰ Diversos estudos mostram que a participação da família está associada com a adesão à intervenção.^{18,20-22} O apoio da família durante o tratamento melhora a comunicação entre pais e filhos e auxilia no gerenciamento de conflitos, mantendo o adolescente envolvido e motivado para o tratamento, mesmo em programas cuja participação é voluntária.¹⁸ Se a participação da família é tão importante, alguns autores, entretanto, chamam a atenção para a dificuldade dessa participação, sobretudo entre aquelas famílias sob alto risco social, enfrentando condições precárias de vida e moradia, sujeitas a situações de violência. São dificuldades que podem inviabilizar a participação familiar no tratamento do filho, mesmo

nos casos em que a família recebe apoio assistencial e auxílio para transporte.¹⁷

A intervenção psicossocial contribuiu para o adolescente estar estudando após seis meses de seguimento. A condição de estar estudando no início da intervenção, ademais, mostrou-se predominante para esse sucesso. O impacto dos fatores de desempenho escolar e saúde relacionados ao próprio adolescente são destacados em outro estudo, cuja preocupação foi mais além do alcance das intervenções psicossociais.¹⁰ Contudo, as intervenções em serviços de saúde podem ser uma oportunidade para enfrentar o risco de evasão escolar influenciada pelo estado de saúde do adolescente.¹⁰

Problemas de comportamento, tais como uso de substâncias psicoativas, agressividade, gravidez precoce, entre outros comportamentos considerados disruptivos, têm sido destacados como fortes preditores de abandono escolar.²³⁻²⁵ Entretanto, esses problemas encontrados na adolescência podem ser minimizados com a implementação de programas de saúde dirigidos à mudança dos comportamentos considerados de risco, que invistam em relações interpessoais positivas.²⁴

Os motivos aos quais se atribui o sucesso da intervenção foram as estratégias que enfatizam o acolhimento do adolescente, oferecendo-lhe apoio social e emocional, mediado por um acordo mútuo de confiança e livre de julgamento moral, que reconhece e valoriza o adolescente como cidadão, com direito a receber informações e exercer sua autonomia na tomada de decisões.^{13,26,27} A ausência de referências e apoio social a esses adolescentes justifica o trabalho voltado à promoção de sua autonomia e construção de pontos de vista críticos, instrumentalizando-os a lidar sozinhos com a realidade da sociedade. O estímulo ao papel ativo do adolescente, enquanto participante voluntário do PAS, permite que ele se engaje na medida da consciência de sua necessidade e iniciativa, assumindo a corresponsabilidade pelo processo terapêutico. Importante ressaltar que a construção desse vínculo positivo depende da estabilidade da equipe de profissionais^{18,22} e da qualidade da interação entre estes e o adolescente.^{20,28}

Uma vez estabelecido esse vínculo, a abordagem terapêutica procura minimizar os prejuízos individuais e sociais, associados aos comportamentos de risco na adolescência,²⁶ mediante o oferecimento de alternativas ao desenvolvimento de suas potencialidades.²⁷ Aqui, partiu-se do pressuposto de que ensinar

os adolescentes a reduzir e se proteger de danos maiores a sua saúde constitui a melhor opção para essa fase da vida, por meio de ações educativas contínuas e direcionada ao desenvolvimento de hábitos mais seguros. As estratégias que facilitam as oportunidades, as habilidades e o reconhecimento dos adolescentes tornam mais consistentes os vínculos sociais, comunitários e familiares e assim, abrem-se possibilidades de mudanças de trajetória ao longo da adolescência, favorecendo o desenvolvimento de fatores de proteção.²⁹ O sucesso das intervenções de promoção da saúde entre os adolescentes de baixa renda tem-se atribuído, especialmente, às intervenções que envolvem os familiares e a comunidade.³⁰ Tais abordagens se baseiam naquelas preconizadas pelos estudos de redução de danos e promoção da saúde.^{13, 26,27}

O presente estudo, entretanto, apresenta limitações. Nesse sentido, não se pode descartar a possibilidade de vieses. Em primeiro lugar, foram incluídos no estudo apenas os adolescentes encaminhados para o PAS: a amostra não é representativa da população de adolescentes em situação de risco, porque é composta por encaminhamentos a um serviço específico. A participação ou não do PAS não foi aleatorizada, pois os adolescentes que não sofreram intervenção foram justamente aqueles que a abandonaram, ou seja, o grupo-controle formado pelos adolescentes desistentes da intervenção depois de terem-na recebido (por menos tempo), sugerindo viés de seleção e de aferição.

Em segundo lugar, a proporção de adolescentes estudando no início da intervenção era maior no grupo de adesão, podendo refletir em viés de confundimento, visto que tal variável está distribuída desigualmente entre os grupos e pode ter influenciado no sucesso da intervenção. Após controle estatístico para reduzir o efeito confundidor, verificou-se que, independentemente de estar estudando ou não no início da intervenção, houve mais adolescentes estudando após seis meses entre os que aderiram à intervenção, comparativamente aos do grupo de abandono (controle). Contudo, a magnitude da associação em relação a variável 'estar estudando no início da intervenção' ainda é maior do que a efetividade da intervenção.

Outra limitação refere-se às informações obtidas dos dados dos prontuários da instituição e dos au-

torrelatos. Embora tenham sido complementadas com dados de outras fontes, foram perdidas muitas informações entre aqueles do grupo que abandonou o serviço.

Outrossim, o limite de seis meses estabelecido como variável de desfecho pode ter sido pequeno: a depender, do período quando o adolescente entrou no estudo, não houve tempo para que se iniciasse em outro ano letivo.

Apesar dessas limitações, é importante considerar que no contexto brasileiro, o presente estudo pode evidenciar resultado positivo para uma intervenção psicossocial nessa população.

A adesão a um programa de atendimento psicossocial com as características do PAS foi efetiva para a permanência ou retorno dos adolescentes à escola após seis meses, embora características do adolescente também tenham desempenhado papel importante nesse resultado. As características do serviço – acolhimento mediado pela confiança e livre de julgamento moral, estabilidade da equipe e estratégias terapêuticas baseadas em pressupostos do referencial teórico-conceitual de Redução de Danos e de Promoção da Saúde – foram responsáveis pelo sucesso do programa. Um serviço com essas características pode ser uma alternativa para enfrentar o abandono escolar, comum nessa população, e alcançar os benefícios à saúde dos adolescentes, daí decorrentes. Estudos futuros devem ser conduzidos com o objetivo de avaliar a eficácia desse tipo de intervenção no longo prazo, com grupo-controle não exposto à intervenção, para garantir e controlar a distribuição das variáveis importantes nos dois grupos, assegurando que a intervenção é a única responsável pelo resultado.

Agradecimentos

À Prof.^a Dr.^a Elaine Cristina Marqueze, pelo auxílio na análise estatística.

Contribuição dos autores

De Paula TCS, Moreira FG e Andreoli SB participaram da concepção do estudo, análise dos dados e revisão do artigo.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Fundo das Nações Unidas para Infância. Situação da adolescência brasileira 2011: direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades [Internet]. Brasília: Fundo das Nações Unidas para Infância; 2011 [citado 2016 maio 31]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf
2. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012 Apr;379(9826):1630-40.
3. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saude Colet*. 2000 jan-jul;5(1):163-77.
4. Patton GC, Ross DA, Santelli JS, Sawyer SM, Viner RM, Kleinert S. Next steps for adolescent health: a Lancet Commission. *Lancet*. 2014 Feb;383(9915):385-6.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2016 maio 31]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
6. Woolf SH, Johnson RE, Phillips Júnior RL, Philipsen M. Giving everyone the health of the educated: an examination of whether social change would save more lives than medical advances. *Am J Public Health*. 2007 Apr;97(4):679-83.
7. Todos pela Educação. Brasil tem 3ª maior taxa de evasão escolar entre 100 países, diz Pnud [Internet]. São Paulo: Todos pela Educação; 2013 [citado 2016 maio 31]. Disponível em: <http://www.todospelaeducacao.org.br/educacao-na-midia/indice/26226/brasil-tem-3-maior-taxa-de-evacao-escolar-entre-100-paises-diz-pnud/>
8. Freudenberg N, Ruglis J. Reframing school dropout as a public health issue. *Prev Chronic Dis*. 2007 Oct;4(4):1-11
9. Fiscella K, Kitzman H. Disparities in academic achievement and health: the intersection of child education and health policy. *Am Acad Pediatrics*. 2009 Mar;123(3):1073-80.
10. Kerns SE, Pullmann MD, Walker SC, Lyon AR, Cosgrove T, Bruns EJ. Adolescent use of school-based health centers and high school dropout. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011 Jul;165(7):617-23.
11. Homlong L, Rosvold EO, Haavet OR. Can use of healthcare services among 15-16-year-olds predict an increased level of high school dropout? A longitudinal community study. *BMJ Open*. 2013 Sep;3(9):e003125.
12. Lancet. Adolescence: a second chance to tackle inequities. *Lancet*. 2013 Nov;382(9904):1535.
13. Marlatt GA, Marlatt G. Princípios básicos e estratégias de redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco. Porto Alegre: Artmed; 1999. p.45-58.
14. Portal Brasileiro de Dados Abertos. Taxas de distorção idade-série escolar na Educação Básica [Internet]. Brasília: Portal Brasileiro de Dados Abertos ;2013 [citado 2016 maio 31]. Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/taxas-de-distorcao-idade-serie-escolar-na-educacao-basica>
15. Zou G. A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. *Am J Epidemiol*. 2004 Apr;159(7):702-6.
16. Gearing RE, Schwalbe CS, Dweck P, Berkowitz J. Investigating adherence promoters in evidence-based mental health interventions with children and adolescents. *Community Ment Health J*. 2012 Feb;48(1):63-70.
17. Gearing RE, Townsend L, Elkins J, El-Bassel N, Osterberg L. Strategies to predict, measure, and improve psychosocial treatment adherence. *Harv Rev Psychiatry*. 2013 Dec;22(1):31-45.
18. Oruche UM, Downs S, Holloway E, Draucker C, Aalsma M. Barriers and facilitators to treatment participation by adolescents in a community mental health clinic. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014 Apr;21(3):241-8.
19. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet*. 2007 May;369(9572):1565-73.
20. Gearing RE, Schwalbe CS, Short KD. Adolescent adherence to psychosocial treatment: mental health clinicians' perspectives on barriers and promoters. *Psychother Res*. 2012;22(3):317-26.
21. Reiners AAO, Azevedo RC, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de

21. pessoas ao tratamento de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13 Supl 2:2299-2306
22. Scaduto AA, Barbieri V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Cienc Saude Coletiva*. 2009 mar-abr;14(2):605-14.
23. Tramontina S, Martins S, Michalowski MB, Ketzer CR, Eizirik M, Biederman J, et al. School dropout and conduct disorder in Brazilian elementary school students. *Can J Psychiatry*. 2001 Dec;46(10):941-7.
24. Englund MM, Egeland B, Collins WA. Exceptions to high school dropout predictions in a low income sample: do adults make a difference? *J Soc Issues*. 2008 Mar;64(1):77-94.
25. Bradley BJ, Greene AC. Do health and education agencies in the United States share responsibility for academic achievement and health? A review of 25 years of evidence about the relationship of adolescents' academic achievement and health behaviors. *J Adolesc Health*. 2013 May;52(5):523-32
26. Souza KM, Monteiro S. A abordagem de redução de danos em espaços educativos não formais: um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface Comun Saude Educ*. 2011 jul-set;15(38):833-44.
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [citado 2016 maio 31]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf
28. Sanders J, Munford R. Youth-centred practice: positive youth development practices and pathways to better outcomes for vulnerable youth. *Child Youth Serv Rev*. 2014 Nov;46:160-7.
29. Kim BKE, Oesterle S, Catalano RF, Hawkins JD. Change in protective factors across adolescent development. *J Appl Dev Psychol*. 2015 Sep-Oct;40:26-37
30. Jepson RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*. 2010 Sep;10:538.

Recebido em 28/02/2016
Aprovado em 17/05/2016