



ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

Políticas públicas na promoção à saúde do adolescente escolar: concepção de gestores

Políticas públicas en la promoción de la salud del adolescente en la escuela: concepción de los gestores

Public policies in promoting health school teen: design of managers

*Silva, Andrea Rosane Sousa **Monteiro, Estela Maria Leite Meirelles

**de Lima, Luciane Soares ** Cavalcanti, Ana Márcia Tenório de Souza

*Neto, Waldemar Brandão ***de Aquino, Jael Maria

*Mestre en Enfermagem na Promoção da Saúde. Docente do Curso Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Pernambuco - FACIPE. E-mail: andreaface@gmail.com **Doutora em Enfermagem. Professora Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. ***Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade de Pernambuco. Brasil.

Palavras-chave: Saúde escolar; Adolescente; Políticas públicas; Vulnerabilidade social

Palabras clave: Salud escolar; Adolescente; Políticas públicas; Vulnerabilidad social.

Keywords: School Health; Adolescents; Public Policy; Social vulnerability.

RESUMO

O estudo **objetivou** conhecer as políticas públicas de promoção à saúde do adolescente escolar, propostas e desenvolvidas sob a responsabilidade dos gestores em educação e em saúde no município de Recife-PE.

É uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva. Participaram da pesquisa 26 sujeitos, entre gestores da saúde e da educação de Recife-PE. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a outubro de 2011 e foi utilizada a técnica da gravação. A análise dos dados foi embasada na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Os **resultados** apresentados estão compostos por duas Ideias Centrais: Desvelando as políticas públicas na promoção à saúde do adolescente escolar e Os desafios e os avanços na implantação e desenvolvimento do Programa Saúde na Escola.

E, assim, concluímos que o estudo através de seus achados sobre a realidade das políticas públicas voltadas a atenção à saúde do adolescente, em especial o Programa Saúde na Escola, fornecem subsídios para uma reflexão crítica sobre as limitações gerenciais na execução e efetividade de políticas intersetoriais.

RESUMEN

El estudio tuvo como **objetivo** conocer las políticas públicas de promoción de la salud del adolescente en la escuela propuestas y desarrolladas bajo la responsabilidad de los gestores de educación y salud en el municipio de Recife-PE.

Investigación cualitativa del tipo exploratoria-descriptiva. Participaron de la investigación 26 sujetos, entre gestores de salud y de educación de Recife-PE. La recolección de datos ocurrió entre los meses de agosto y octubre de 2011 y se grabaron las declaraciones. El análisis de los datos se basó en la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC).

Los **resultados** presentados están compuestos por dos Ideas Centrales: Desvelando las políticas públicas en la promoción de la salud del adolescente en la escuela y Los desafíos y avances en la implantación y desarrollo del Programa Salud en la Escuela. Y, así, concluimos que el estudio a través de sus resultados sobre la realidad de las políticas públicas dirigidas a la atención a la salud del adolescente, en especial el Programa Salud en la Escuela, proporciona recursos para una reflexión crítica sobre las limitaciones administrativas en la ejecución y efectividad de las políticas intersectoriales.

ABSTRACT

This article **focuses** on public policies to promote adolescent health school, proposed and developed under the responsibility of managers in education and health in the city of Recife-PE.

It is a qualitative research is an exploratory-descriptive. Participants were 26 subjects, among managers of health and education of Recife-PE. Data collection occurred from August to October 2011 and we used the technique of recording. Data analysis was based on the technique of the Collective Subject Discourse (CSD).

The **results** presented are composed of two central ideas: Unveiling public policy in promoting adolescent health and education challenges and breakthroughs in the development and implementation of the School Health Program.

And so we conclude that the study through their findings about the reality of public policies related to health care for adolescents, especially School Health Program, a basis for a critical reflection on the managerial limitations in the implementation and effectiveness of policies intersectoral.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano, sendo este momento importante no desenvolvimento do indivíduo, para o entendimento dessa fase é necessário compreender os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais ⁽¹⁾. Há o entendimento dessa fase como um processo de crescimento, na qual as mudanças começam no início da puberdade e terminam com o aparecimento das responsabilidades da idade adulta. É habitual nesse período os adolescentes serem vistos como seres em constantes conflitos ⁽²⁾.

Com o aparecimento de novos estilos de vida, existe de forma contundente um apelo ao consumo, a banalização de valores morais e éticos, do sexo, das relações afetivas, da solidariedade, da disciplina, enfim, da própria vida, veiculadas através da mídia e reforçadas por interesses de mercado, os quais estimulam a conquista do prazer imediato e um falso estado de independência, alienando adolescentes e jovens, que não conseguem mais distinguir sobre o que devem ou não fazer, como fazer, o bom e o mau, o certo do errado ⁽³⁾.

É importante estudar essa fase não apenas como um componente orgânico, mas que possui, também, importantes experiências vividas no seio social que podem intervir diretamente na saúde desses sujeitos. Nesse contexto, os adolescentes parecem estar muito susceptíveis às condições sociais tornando-se um grupo muito vulnerável. O termo vulnerabilidade compreende os variados graus e tipos de suscetibilidade dos indivíduos e populações a agravos e riscos de saúde seja nas dimensões individuais, sociais e institucionais ⁽⁴⁻⁵⁾.

A vulnerabilidade possui três dimensões, a individual, a programática e a social. A Vulnerabilidade individual, está relacionada com a prevenção frente a uma situação de risco, em relação a aspectos relacionados a características pessoais, de desenvolvimento emocional, e à adoção de medidas de autoproteção, como: *sexualidade, conhecimentos adquiridos sobre doenças transmissíveis e aids; vivência da sexualidade e habilidades de negociar práticas sexuais seguras, crenças religiosas*; em contrapartida a Vulnerabilidade programática se refere a políticas públicas de enfrentamento do HIV/AIDS; e a Vulnerabilidade social que está diretamente atrelada a estrutura econômica, de políticas públicas, e em destaque a de educação e saúde ⁽⁶⁾.

As primeiras iniciativas para a institucionalização do cuidado com um grupo de extrema vulnerabilidade social, como são os adolescentes na sociedade brasileira, datam do início do século XX. Apenas, nos anos 1990 as políticas passaram a ser discutidas e implementadas para esse segmento ⁽³⁾. Dentre as conquistas encontra-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sancionado pela lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, esta considera adolescente, a pessoa que obtiver idade entre doze e dezoito anos completos. Em consonância com a Constituição Federal de 1988 e com a Lei nº 8.080/90 o ECA assegura a efetivação dos direitos referentes à vida, como, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, dignidade, liberdade, entre outros, como dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público ^(3,7). Para a Organização Mundial da Saúde a adolescência compreende a segunda década da vida (de 10 a 19 anos) ⁽⁸⁾.

No mundo, o contingente populacional de adolescentes é de, aproximadamente, 25% da população geral ⁽²⁾. No Brasil, devido a crescente queda da fecundidade e alterações de padrões etários de mortalidade, a estrutura etária vem sofrendo consideráveis mudanças nas duas últimas décadas, isto está influenciando diretamente o quantitativo da população infanto-juvenil e da idosa. No Brasil, em relação aos dados do ano de 2010, 17% da população geral encontra-se na faixa etária entre 10 e 19 anos, correspondendo a um total de quase 35 milhões de adolescentes, destes 50,6% são do sexo masculino e 49,4% do sexo feminino. A grande maioria vive no meio urbano, aproximadamente 80% do total desse grupo. Em Recife, esse grupo etário para o ano de 2010, representa um total de 16 % da população do município, correspondendo a 245.673 mil adolescentes ⁽⁹⁾.

Nesse cenário, um local facilitador e empreendedor para promoção de políticas voltadas aos jovens é a Escola, pois esta possui um espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, o que vem a contribuir na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, e assim, pode interferir na produção social e na saúde. Dessa forma, a ESF em consonância com a escola pode atuar na criação e fortalecimento das políticas públicas de saúde, de modo a intervir para um território, uma comunidade e uma escola mais saudáveis ⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído por Decreto Presidencial nº6.286, de 05 de dezembro de 2007, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino. Este programa foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde da cidade do Recife-PE em 2009, e a partir desse momento surgiu o interesse em desenvolver a pesquisa, pois de acordo com este Programa, de característica intersetorial, poder-se-ia presenciar a implantação na cidade do Recife de políticas que integrasse o cenário escolar e a ESF com interesse à promoção da saúde de adolescentes e jovens ⁽¹¹⁾.

Dessa forma, torna-se preponderante o entendimento que promover a saúde de adolescentes e jovens é um investimento com repercussão tanto no presente quanto no futuro, uma vez que os comportamentos iniciados nessa idade são cruciais para o restante da vida ⁽³⁾. Ter realmente implantada uma política e práticas integradas à saúde desse grupo etário contribui de sobremaneira, na formação de indivíduos autênticos e autônomos na leitura de mundo, no estabelecimento das relações interpessoais e nos posicionamentos frente as dificuldades e problemas vivenciados ⁽¹²⁾.

Assim, para nortear este trabalho, foram propostos os seguintes questionamentos: Quais as políticas públicas que estão sendo desenvolvidas para promoção da saúde de adolescentes escolares na cidade de Recife-PE? Qual o engajamento e participação dos gestores no âmbito da educação e da saúde na implantação do PSE?

Para tanto, o estudo objetivou conhecer as políticas públicas de promoção à saúde do adolescente escolar, propostas e desenvolvidas sob a responsabilidade dos gestores em educação e em saúde no município de Recife-PE; e, identificar quais os desafios e os avanços, percebido pelos gestores, na implantação e desenvolvimento do programa saúde na escola, voltados na atenção integral à saúde do adolescente escolar;

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Constitui uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva, a qual trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes ⁽¹³⁾.

O local de estudo foi o município de Recife-PE, que possui uma extensão territorial de 209 Km² e pelo Censo 2010 do IBGE uma população de 1.537.704 habitantes, distribuídas numa área predominantemente urbana. Desde 1988 o território do Recife é subdividido em 98 bairros e para melhor gerir, existe também, uma repartição em 06 RPAs (Regiões Político-administrativas) ou chamadas de Distritos Sanitários, sendo cada um subdividido em 03 microrregiões que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Em relação ao setor de educação a Rede Municipal de Ensino de Recife é constituída por 334 escolas municipais, atendendo a um total de 109.804 estudantes.

A seleção dos participantes da pesquisa, utilizou o critério de intencionalidade, pois todos atuavam como gestores na área de educação e de saúde, diretamente envolvidos com a política de saúde ao adolescente escolar. Assim, foi solicitado à gerência do PSE quais atores/gestores estariam envolvidos no programa. Nesse caso, foram entrevistados 16 coordenadores de políticas do município, sendo 14 sujeitos da saúde e 2 da educação; e ainda, 10 gestores de escolas municipais que

fazem parte do Programa Saúde na Escola e do Mais Educação. Totalizando vinte seis entrevistas.

Foi estabelecido como critério de inclusão dos participantes do estudo, aqueles que estivessem assumindo as funções de gestão do PSE, na secretaria de saúde e de educação, há no mínimo seis meses. Para definição da amostra dos gestores das escolas municipais, foi empregado o critério de saturação.

Para coleta de dados foi utilizada a técnica da gravação, para melhor apreensão das falas dos sujeitos, que foram selecionados a partir do seu envolvimento como gestor das políticas que envolvem o adolescente no ambiente escolar, no município em estudo, no período de agosto a outubro de 2011.

A análise dos dados foi embasada na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), um procedimento de tabulação de depoimentos verbais que extrai de cada uma das respostas as Ideias Centrais e suas correspondentes Expressões-Chaves⁽¹⁴⁾. A pesquisa respeitou os preceitos da Resolução nº 196/1996 e foi aprovada, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, sob o CAAE: 0079.0.097.000-11⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

No que se refere à caracterização dos sujeitos participantes desta pesquisa, a intenção foi de subsidiar a compreensão das políticas públicas voltadas à saúde do adolescente no município de Recife-PE, e mais especificamente, o PSE, considerando a maneira de gerenciamento das políticas em seus espaços de trabalho.

Ao investigar as variáveis como sexo, faixa etária, estado civil, religião, escolaridade/formação, tempo de formado, tipo de vínculo empregatício com o município, tempo de atuação no cargo, se possui outros empregos e se tem cursos de pós-graduação na área do adolescente, os entrevistados apresentaram as seguintes características (Tabela 01):

TABELA 01 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa em números absolutos

| VARIÁVEIS | GESTORES | | TOTAL |
|----------------------|-----------------------|-----------------|-------|
| | GESTORES DA SAÚDE (N) | DA EDUCAÇÃO (N) | |
| Sexo: | | | |
| - Masculino | 2 | 0 | 2 |
| - Feminino | 12 | 12 | 24 |
| TOTAL | 14 | 12 | 26 |
| Faixa Etária: | | | |
| - 20 a 40 anos | 6 | 1 | 7 |
| - 41 a 60 anos | 8 | 9 | 17 |
| - 61 anos e mais | 0 | 2 | 2 |
| TOTAL | 14 | 12 | 26 |

| Estado Civil: | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|
| - Casado (a) | 11 | 7 | 18 |
| - Solteiro (a) | 3 | 4 | 7 |
| - Viúvo (a) | 0 | 1 | 1 |
| TOTAL | 14 | 12 | 26 |
| Religião: | | | |
| - Católica | 7 | 5 | 12 |
| - Espírita | 2 | 2 | 4 |
| - Protestante | 3 | 5 | 8 |
| - Não respondeu | 2 | 0 | 2 |
| TOTAL | 14 | 12 | 26 |
| Escolaridade/formação: | | | |
| - Doutorado | 1 | 0 | 1 |
| - Mestrado | 3 | 0 | 3 |
| - Especialização | 9 | 8 | 17 |
| - Apenas a graduação | 0 | 4 | 4 |
| - Curso técnico e tecnólogo | 1 | 0 | 1 |
| TOTAL | 14 | 12 | 26 |
| Tempo de formado: | | | |
| - De seis meses a 05 anos | 4 | 2 | 6 |
| - Acima de 05 anos até 10 anos | 1 | 2 | 3 |
| - Acima de 10 anos até 15 anos | 2 | 1 | 3 |
| - Mais de 15 anos | 7 | 7 | 14 |
| TOTAL | 14 | 12 | 26 |
| Tipo de vínculo empregatício com o município: | | | |
| - Contrato | 6 | 1 | 7 |
| - Estatutário | 8 | 11 | 19 |
| TOTAL | 14 | 12 | 26 |
| Tempo de permanência no cargo: | | | |
| - De 06 meses até 03 anos | 8 | 3 | 11 |
| - Acima de 03 anos até 06 anos | 2 | 6 | 8 |
| - Acima de 07 anos até 10 anos | 4 | 3 | 5 |
| TOTAL | 14 | 12 | 26 |

De acordo com os números apresentados na tabela 01, pode-se perceber que entre os gestores da saúde e da educação prevaleceu o sexo feminino (24), a faixa etária que mais se sobressaiu foi de 41 a 60 anos (17) com um maior número de sujeitos. Segundo o estado civil os casados (18) estão em maior número em relação a solteiros (7) e viúvos (1). Quanto a religião foi evidenciado um maior número de católicos (12), seguidos de protestantes (8) e espíritas (4).

Entre os gestores da saúde a área de formação foi representada por: Enfermeiros (3), Assistentes Sociais (3) e Psicólogos (2), os demais, Fisioterapeuta, Médico, Odontólogo, Sociólogo e Técnico de Enfermagem tiveram valor unitário (1). Destes, nove possuem título de especialista, três de mestre e um (1) de doutor. Em contrapartida na área da Educação tivemos seis pedagogas e 6 professoras licenciadas, distribuídas em: oito com título de especialista e quatro que possuíam a graduação como maior titulação. Quando perguntado sobre o tempo que tem de formados a maior parte dos sujeitos (12) referiram estar com mais de 19 anos de término da graduação.

Foi constatado uma dificuldade em estabelecer um intervalo constante para o tempo de formado apresentado pelos sujeitos (Tabela 02), pois existe grandes variações que vão desde recém-formados até indivíduos já próximos da aposentadoria, predominando gestores da saúde e da educação com tempo de formação acima de dez anos (17). Em relação ao vínculo empregatício nos gestores da saúde foi verificado uma alta incidência de contratos, ou seja, vínculos precarizados de trabalho, o que pode inferir numa relação de causa e efeito, pois pode concorrer para uma elevada frequência na substituição dos profissionais, podendo influenciar também no produto de seu trabalho.

Ainda foi constatado que (07) gestores da saúde e (05) da educação possuem outros empregos. E, quando perguntado aos entrevistados se possuíam cursos na área da saúde/educação voltado, em específico, ao público adolescente, dez deles responderam que não possuem.

Os resultados apresentados estão compostos por duas Ideias Centrais (IC), acompanhadas dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC's) correspondentes gerados a partir da identificação das Expressões-chaves. Os mesmos foram elaborados com os conteúdos manifestados nas IC citadas de um ou mais discursos concretos.

IDEIA CENTRAL I – DESVELANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA PROMOÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE ESCOLAR

Nesta IC foram trabalhados os discursos a partir do grupo de gestores da secretaria de saúde e o outro da secretaria de educação, pois após análise percebeu-se uma distinção nos conteúdos das falas. Assim, os discursos foram apresentados e discutidos de maneira separada para cada grupo.

Discurso do Sujeito Coletivo dos Gestores da Saúde

“As Políticas Públicas da Saúde do Adolescente, está bebê ainda, ela foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2010... Antigamente tínhamos o Prosad, era centrado nas especialidades, se criava grandes centros, para atender esses adolescentes, só que a demanda era muito pequena. Com o PSF, ele passou a ser a via de entrada... Existe, no município, a coordenação de saúde da criança e do adolescente, e quando ela recebe as diretrizes da política, ela repassa as ações que vão ser desenvolvidas no território... temos a feira de saúde, o Programa de Saúde na Escola, a atenção básica junto com o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família... mas o município ainda é focado mais em ações de saúde da criança, do que ações de saúde do adolescente... grande parte das políticas estão direcionadas à vigilância de óbitos, de crianças de risco, e alguns planejamentos com relação à ação de saúde ao adolescente estão ligados a coordenação de saúde da mulher... a imunização... com

a entrada do Programa Saúde na Escola, também deu uma movimentada na questão da saúde do adolescente, que tem tentado fazer com que todas as políticas entrem nas escolas e tentem fazer algumas ações pactuadas junto com a educação... Existe uma política municipal nesse sentido, mas não vejo muito o envolvimento dos profissionais... Especificamente pra saúde do adolescente a gente tem algumas outras além do próprio programa de saúde na escola, o programa mais vida, que é um programa de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, e a coordenação de DST/AIDS, coordenação de acidente e violência, saúde da mulher, em orientação ao planejamento familiar, em prevenção...”

Discurso do Sujeito Coletivo dos Gestores da Educação

“... nós trabalhamos na perspectiva da integração, temos uma diretoria de alimentação, que faz a distribuição da merenda escolar para as escolas, um grupo também que trabalha a formação e que visita as escolas, que orienta, vê cardápio, a Diretoria Geral de Ensino faz um trabalho com alguns grupos como o de prevenção a sexualidade, o Grupo de Trabalho voltado a sexualidade (GTOS) que faz um trabalho de informação nas escolas diretamente com os professores, temos o Grupo de Trabalho sobre a questão racial e étnica (GTRÊ) que trabalha a questão racial e étnica... temos a própria secretaria de saúde, com o PSE, a secretaria de assistência social, secretaria de direitos humanos, Saúde e Prevenção, a questão da higiene, da alimentação, tem um monitor específico, só para trabalhar a questão da saúde, são professores, são estudantes nas diversas áreas do conhecimento e pode ser também pessoas da comunidade com competência para assumir, habilitar-se, são companhias de judô, de capoeira... Agora nós estamos trabalhando o currículo de educação integral, com o programa Mais Educação, ele está ligado a um programa maior, que é o programa Bairro Escola, que seria a relação da escola com a comunidade, com suas especificidades socioculturais e que faz diálogo... Tem também, o Escola Aberta, que trabalha nos finais de semana... A Escola Que Protege... com o foco na questão de acidentes domésticos e de violência doméstica... O Conselho tutelar... tem um projeto para combater a violência dentro da escola chamado Escola Segura... para minimizar a violência no âmbito escolar...”

IDEIA CENTRAL II – OS DESAFIOS E OS AVANÇOS NA IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: concepção dos gestores

A partir da concepção dos atores da pesquisa, os quais são gestores das políticas e possuem a responsabilidade de implementação das propostas para promoção à saúde do adolescente no ambiente escolar. Essa ideia resultante se subdivide em discursos referentes aos gestores da saúde e da educação e foi composta por dois temas: Desafios e Avanços.

- **Tema A: Os Desafios citados nos discursos dos gestores da saúde e da educação**

Discurso do Sujeito Coletivo dos Gestores da Saúde acerca dos Desafios

“O maior desafio chama-se recursos humanos é o envolvimento de todos os profissionais... conseguir conciliar as agendas dos profissionais envolvidos, depois o entendimento de cada um em relação ao que deve ser feito... Algumas escolas

achavam que a proposta do PSE é que a saúde fosse até a escola, então quando a gente estivesse, eles não teriam que estar participando, mas o objetivo é que a gente também tenha formadores na escola, a partir do momento que a gente desenvolve uma ação junta com um professor, a gente espera que o professor esteja constantemente perpetuando aquela ação, então a partir do momento que o professor não está perpetuando aquela ação, isso é um fator limitante... Os professores dizem que tem um calendário muito rígido, que isso seria uma atividade a mais, então isso talvez seja o maior entrave do PSE, que a gente consiga fazer com que tanto a saúde quanto a educação, entendam que isso é uma ação conjunta, intersectorial... O programa existe, já mostrou as metas, os objetivos, as escolas estão lá, mas falta querer de fato a vontade de fazer acontecer... Algumas unidades não possuem um perfil de Promoção e sim de atuação ambulatorial com um número reduzido de profissionais... a gente sente na educação o que a gente sente na saúde, o desestímulo dos profissionais, que ganham muito pouco... que não tem estrutura, condições de trabalho... como é que esses alunos conseguem aprender alguma coisa, as escolas são muito quentes, as vezes, muito pequenas, muito mofo... é um desafio trabalhar... assim eu fiquei muito chocada com muita coisa que eu vi... É preciso ver o adolescente de forma integral, considerar as condições de vida dele, as condições ambientais, psicológicas, as condições físicas de saúde, todos aqueles fatores que interferem e possam potencializar alguma vulnerabilidade pra aqueles adolescentes naquela área... Saúde tem que conversar com educação... educação tem que conversar com conselho tutelar... conselho tutelar tem que conversar, enfim com a assistência... por exemplo, dependendo da área de risco, na escola são três turnos, a gente cobre dois turnos, mas tem um turno, o da noite, que fica descoberto..."

Discurso do Sujeito Coletivo dos Gestores da Educação acerca dos Desafios

"A família é muito resistente, pelo aluno não, mas as mães elas não comparecem na escola... precisa também da família junto, porque sem a família a gente não constrói, porque nós construímos na escola e a família desconstrói em casa, então o ponto assim que dificulta ainda é a família, a conscientização deles mesmo... é muito difícil manter a adesão dos pais de adolescentes a partir do 15 anos, a gente não conta muito com a família nessa faixa etária. Temos muita dificuldade também com a restrição do PSF de atender apenas alunos que estejam na sua área de cobertura, porque muitos alunos dessa escola não moram na comunidade. Um outro desafio a vencer é a resistência dos próprios professores. Muitas vezes os professores acabam enxergando as ações como apenas uma sobrecarga de trabalho para eles, já que o PSF não possui profissionais em número suficiente para realizar esse tipo de ação. Eu percebo que é a disponibilidade de pessoal e na saúde, eles tem uma agenda... são poucos profissionais pra atender, eles ficam divididos, entre o trabalho deles lá, a gente marca, aí as vezes não dá, aparece outras coisas, remarca novamente, eu tentei falar com eles e deu pra perceber que são poucos profissionais pra fazer esse tipo de trabalho, pra atender. Assim, dentro do que foi realizado do PSE na escola não houve muito avanço. Poderia avançar mais se tivesse mais estrutura na escola e mais tempo para desenvolver as ações."

- **Tema B: Os avanços descritos nas falas dos gestores da saúde e da educação**

Discurso do Sujeito Coletivo dos Gestores da Saúde acerca dos Avanços

“Eu acho que a própria testagem em hepatite isso é um grande avanço, a gente não tinha, não existia essas ações nas escolas é a primeira vez que a gente tá fazendo uma ação nesse sentido... em algumas escolas a gente já conseguiu se inserir, a partir do momento que eles viram os ganhos, então assim, eles já conseguem colocar no planejamento da escola, já conseguem entender a importância, já conseguem ver que aquilo repercutiu de alguma maneira... Conseguimos trabalhar ainda mais com as histórias individuais desses adolescentes, construindo projetos terapêuticos singulares, melhorando sua qualidade de vida, de maneira mais efetiva... acredito que com o PSE a gente está unificando para poder intervir... mas só pelo fato da gente já estar identificando, capacitando, mostrando que o adolescente ele tem outras necessidades, tem outros problemas, tem outros diagnósticos... então essas políticas articuladas elas já estão sensibilizadas... Um outro avanço é ver a escola e o PSF, planejando as ações e executando sem a gente estar diretamente lá.”

Discurso do Sujeito Coletivo dos Gestores da Educação acerca dos Avanços

“Um avanço que já percebemos são os próprios professores trabalhando com as questões da saúde, como higiene, fazendo os alunos lavarem as mãos antes da merenda, mas tudo isso orientado... As doenças que já foram trabalhadas, as crianças e os adolescentes que já estudaram isso a grande maioria sabem que se aparecer mancha no corpo tem que ir ao médico, então são avanços significativos para quem não tava nem aí pra saúde. E as crianças e os jovens terminam sendo agentes multiplicadores...”

DISCUSSÃO

A primeira categoria do estudo, foi elaborada a partir da percepção dos profissionais integrantes da pesquisa sobre as políticas vigentes, no município, voltadas a promoção da saúde do adolescente escolar concorrendo para composição do discurso do sujeito coletivo. Para tanto, verificou-se nos discursos o conhecimento dos gestores acerca do contexto histórico, cultivados pelas políticas, voltadas à saúde do adolescente no Brasil.

Na 42ª Semana Mundial de Saúde, em 1989, a Organização Mundial de Saúde, deliberou sobre a criação de um programa voltado a saúde dos adolescentes, tendo em vista que problemas como: gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, consumo excessivo de álcool e outras drogas; constarem como graves problemas que poderiam ser sanados a partir de um olhar específico a esta faixa etária, assim acreditava-se este ser um importante recurso para a promoção da saúde desta faixa etária ⁽¹⁶⁾.

Para cumprir com essa exigência constitucional, o Ministério da Saúde, elaborou o Programa Saúde do Adolescente (Prosad), criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM de 1989, com o objetivo geral de promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais, que se fundamenta numa política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco,

detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e Reabilitação ⁽¹⁷⁾, sendo os adolescentes cuidados em serviços especializados.

Já em 1993, o Ministério da Saúde publica as Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, que possuía as mesmas ações do Prosad, e acrescentava como critério básico a atenção integral ao adolescente através de uma abordagem multiprofissional, num sistema hierarquizado (referência e contra-referência) para os diferentes níveis de complexidade ⁽¹⁸⁾. Os cuidados à saúde referentes aos adolescentes, agora, deveriam ser oferecidos através da rede de atenção primária, com enfoque na prevenção e promoção da saúde. Pois é nesse nível de atenção que podemos interceder em todo contexto da vida do adolescente, como: família, escola, trabalho e comunidade.

Segundo os sujeitos da pesquisa a necessidade em complementar o Prosad advém da precariedade do sistema em atender aos jovens em sua integralidade, pois foram criados grandes centros especializados na atenção à saúde dos adolescentes, contratou-se profissionais especializados, mas mesmo assim estes estabelecimentos apresentavam pouca demanda. Assim, percebeu-se a necessidade de criar estratégias que tivessem maior cobertura da população alvo na promoção e prevenção à saúde.

Dessa forma, com o advento do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 e a partir das Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente foram criadas as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde ⁽¹⁹⁾.

Assim, como verificado nos discursos, gradativamente o sistema público, a partir da criação dos PSF's foi redirecionando a atenção a saúde do adolescente para as Unidades Básicas, sendo esta a principal porta de entrada no sistema de saúde. Os jovens passaram a ser primeiramente atendidos no sistema público de saúde por profissionais da atenção básica, que segundo os gestores, muitos destes trabalhadores não têm perfil e até referem resistência para trabalhar com esta faixa etária.

Nesse contexto, cita-se a formação profissional como aliada no desenvolvimento das políticas voltadas para a atenção integral à saúde do adolescente. Pois, através de profissionais sensibilizados poder-se-ia interferir diretamente na retração dos indicadores que comprometem a qualidade de vida e concorrem para elevação nos índices de morbi-mortalidade decorrente das situações de vulnerabilidade social que grande parte deles se encontram. Destaca-se, ainda, a necessidade de profissionais capacitados e sensíveis a problemática juvenil e que termina por resultar em um atendimento inadequado, seja pela falta da estrutura física ou mesmo pelo não atendimento, segundo De Oliveira Gomes; Ferreira Acosta; Silva; Martins Pinheiro e Silva Souza *cabe enfatizar que, na maioria das vezes, jovens precisam ser ouvidos de forma atenta e respeitosa, para que um elo se crie, e eles retornem aos serviços de saúde* ⁽²⁰⁾.

Outras políticas e setores também importantes, na atenção à saúde do adolescente escolar que rompem com a identidade de propostas específicas e individualizadas e compõem ações integradas voltadas aos adolescentes, foram elencados pelos atores da pesquisa, como: a feira de saúde, o Programa de Saúde na Escola, o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), o Consultório de Rua, a construção de um

Projeto Terapêutico Singular, o Programa Mais Vida, a Coordenação de DST/AIDS, de Acidente e Violência, de Saúde da Mulher, e a criação de uma coordenação voltada especificamente para o público infantil e adolescente, que trabalha atualmente baseada nas Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde ⁽¹⁹⁾.

Já no discurso do sujeito coletivo da educação, outras políticas foram referenciadas como importantes no desenvolvimento das atividades na atenção ao adolescente escolar, como: a diretoria de alimentação, que faz a distribuição da merenda escola; a Diretoria Geral de Ensino com os Grupos de Trabalhos voltados a sexualidade e a questão racial e étnica; a Secretaria de Assistência Social; a Secretaria de Direitos Humanos; o Conselho tutelar; o Programa Saúde na Escola; o Programa Escola que Protege; o Programa Escola Aberta e o Mais Educação; que trabalha o currículo de educação integral. O resultado corrobora com o estudo realizado por Granville-Garcia *et al* que ao entrevistar 73 educadores, destacou também nos discursos o Conselho Tutelar como órgão de proteção ⁽²¹⁾.

Os discursos possibilitam identificar um número considerável de projetos e programas relacionados às crianças e adolescentes escolares, com enfoque nas questões de saúde. Entretanto, estes projetos e programas constituem ações restritas das secretarias municipais de saúde e de educação, evidenciando ainda ações dissonantes de uma mobilização intersetorial no enfrentamento das questões relevantes para as crianças e adolescentes.

Ao reunir as secretarias de saúde e de educação foram elencados um total de vinte programas relativos à atenção a saúde do adolescente. Apesar de todas essas ações, os índices referentes aos agravos ao público adolescente continuam elevados se comparados aos anos anteriores. O grave problema neste caso é a maneira de gerenciamento dessas políticas, pois cada gestor apresentou programas e projetos, mas nenhum citou de maneira concreta a integração dos profissionais da saúde e educação na realização das ações que fomentam essas políticas.

Foi evidenciado, também nos discursos uma problemática em relação aos profissionais desprenderem maiores esforços na atenção à saúde da criança em detrimento da atenção ao adolescente. Para que o país seja considerado desenvolvido ou em desenvolvimento, dois indicadores são importantes: o de natureza econômica e o social. Este último envolve, entre outros, a Expectativa Média de Vida e a Mortalidade Infantil. Assim, é necessário proteger as crianças, pois a taxa de mortalidade infantil pode interferir nesses indicadores. Um outro é a taxa de natalidade, por isso é considerada de grande importância pelo governo em políticas de proteção aos nascimentos (gravidez, parto e puerpério). Dessa forma, pode-se perceber que como os adolescentes não compõem um indicador específico, fica a margem das medidas governamentais.

Nesse contexto e aliado a dificuldade do sistema de saúde em possuir profissionais especializados, na atenção a saúde dos adolescentes, os gestores entrevistados referiram obstáculos em realizar a promoção e prevenção dos jovens, ao informarem que os mesmos não procuram espontaneamente as unidades de saúde. Assim, é necessário saber abordar, conquistar o adolescente e o jovem, alertando-os para os cuidados com a saúde.

Um programa que se destacou nas falas de todos os participantes da pesquisa foi o Programa Saúde na Escola (PSE), que apesar de ser um programa relativamente novo no município, sancionado pelo Conselho Municipal de Saúde da cidade do Recife desde 2008, foi referenciado pelos atores como sendo a política que pode se destacar na atenção, específica, ao público adolescente escolar. Ou seja, os jovens que ainda estão na escola podem ser envolvidos pelas estratégias traçadas por vários setores que de maneira integrada estão articulando ações através do PSE.

Nesse sentido, emerge a necessidade de uma conscientização e mobilização dos gestores e profissionais da educação e da saúde no desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas à população adolescente no cenário escolar.

IDEIA CENTRAL II – OS DESAFIOS E OS AVANÇOS NA IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: concepção dos gestores

- **Tema A: Os Desafios citados nos discursos dos gestores da saúde e da educação**

Historicamente, os setores da saúde e da educação possuem afinidades. A partir da década de 1950 o Ministério da Educação e Saúde foi desmembrado em dois: Ministério da Saúde e Ministério da Educação, desde então até meados dos anos 2000, passando pela redemocratização do Brasil, Constituição Federal de 1988 e Criação do SUS, muitas foram às abordagens no intuito de utilizar o espaço escolar numa perspectiva sanitária. Assim, a partir da implantação dos Programas de Saúde na Família e da publicação, em 2006, da Política Nacional de atenção Básica reafirma-se a estratégia de saúde da família como prioritária na atenção integral e promoção à saúde da comunidade ⁽²²⁾.

Nesse contexto situacional do espaço escolar e a partir da compreensão de uma ação intersetorial, para que a promoção da saúde apresente-se como uma forma de pensar e agir em sintonia com as necessidades da população, cria-se o Programa Saúde na Escola com a finalidade de formação de sujeitos e projetos pedagógicos que visem o direito a qualidade de vida dos grupos na comunidade. Desse forma, se restabelece a parceria entre saúde e educação onde a atenção básica assume o compromisso em participar como protagonista e a responsabilidade dos cuidados à saúde dos escolares, criando assim, uma comunidade, uma escola e um território mais saudáveis.

De acordo com o estudo publicado, em 2008, pela Organização Mundial de Saúde e pela Agência de Saúde Pública do Canadá, foram analisados dezoito estudos de caso sobre a equidade em saúde através das ações intersetoriais, concluindo-se que os resultados em saúde resultantes de atividades articuladas entre vários setores são mais efetivas do que as realizadas pelos setores por si só ⁽²³⁾.

Diante disso, foi verificado nos discursos que um dos grandes desafios para a implantação e desenvolvimento do PSE, perpassa, pelo envolvimento dos gestores e demais profissionais, nas ações intersetoriais, exaltando-as como importantes dentro das agendas de compromissos de ambas as secretarias municipais. Fato que é evidenciado quando citam a falta de tempo em realizar reuniões para pactuar ações integradas no transcorrer das atividades setoriais realizadas pelas coordenações.

Além do mais, é percebido no discurso dos gestores da saúde e da educação um número mínimo de profissionais e das condições de trabalho na realização das atividades de cada política. É necessário trabalhar a motivação do trabalhador fornecendo meios, materiais e financeiro, para desenvolver as ações.

Há uma lacuna na atuação efetiva de enfermeiros para o desenvolvimento de ações de promoção a saúde do adolescente no cenário escolar, considerando que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, já lidam com um número excessivo de atribuições, não tendo condições de diagnosticar, planejar e intervir com ações que venham a atender as expectativas e demandas de saúde desse grupo etário. Esta realidade é perpetuada pela, ausência de uma política de captação de profissionais da saúde para atuarem continuamente junto aos adolescentes escolares. Diante das limitações impostas pela sobrecarga de atribuições da equipe de saúde da família é atribuído ao professor dar continuidade ao desenvolvimento das ações de educação em saúde para as crianças e adolescentes, após terem sido capacitados, descaracterizando a perspectiva de uma ação intersetorial.

A queixa quanto a estrutura das escolas também constitui uma preocupação de ambos os gestores, destacando que a limitação no espaço físico, a ausência de climatização e a restrição na disponibilidade de recursos, constitui um fator limitante no desenvolvimento do PSE.

Já no cenário descrito pelos gestores da educação, um grande desafio no desenrolar do PSE no ambiente escolar é a necessidade de estabelecer uma maior aproximação entre a escola e a família das crianças e adolescentes, pois como é citado muitas vezes ocorre resistência dos familiares ou mesmo não comparecem à instituição para saber sobre o desenvolvimento escolar dos mesmos. Assim, concorrem conseqüentemente para a descontinuidade da assistência que poderia estar sendo prestada aos filhos. Sabendo que a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária da criança e do adolescente, devem ser assegurados não só pela família, mas também, pela comunidade, sociedade em geral e pelo poder público ⁽⁷⁾.

- **Tema B: Os avanços descritos nas falas dos gestores da saúde e da educação**

Pode-se inferir que apesar dos inúmeros desafios citados, o andamento do PSE está acontecendo de maneira gradual nas escolas, pois como foi discutido é uma forma de gerenciar que envolve vários setores e ações que antes não constavam no calendário escolar, como por exemplo a vacinação contra Hepatite B. Assim, o programa vem a contribuir com o desenvolvimento de outras políticas voltadas a atenção a saúde do adolescente escolar.

Uma política que podemos destacar nesse cenário é a Política Nacional de Promoção à Saúde, a qual corresponde a um conjunto de esforços orientados não apenas para prevenção de doenças, mas também, fundamentada no reforço à saúde. Uma intervenção com foco na saúde requer uma mudança de paradigma na forma de entender e enfrentar os aspectos da doença, é necessário relacionar-se com a produção e difusão do conhecimento sobre o processo de adoecimento nas dimensões sócio-histórica e a relação com a vida individual e coletiva, requerendo ações intersetoriais, coordenadas pela saúde, numa proposta de inclusão social ⁽²⁴⁾.

Foi evidenciado, também, pelos gestores da saúde, o grande avanço que o PSE tem realizado na atenção a saúde dos adolescentes, pois como citam através do programa conseguem oferecer uma assistência individual e mais específica para este público. A partir dos discursos dos gestores fica evidente a existência de necessidades particulares do adolescente, denotando a necessidade da rede de saúde ter profissionais e locais de atendimento especializado na atenção à saúde desse grupo etário.

Em contrapartida os gestores da educação colocam que ter os professores participando e colaborando com as questões de saúde no ambiente escolar, já é uma avanço, pois os educadores munidos dessas informações podem contribuir na formação dessas crianças e jovens acerca do autocuidado, formando assim, agentes multiplicadores na própria comunidade.

Dessa forma, diante dos desafios e avanços propostos por essas políticas fica evidente a necessidade de compor ações de mobilização, não só da saúde e educação, mas de toda esfera municipal, como também, que presta serviços de atenção a saúde e defesa dos direitos de adolescentes e jovens no município. Para tanto, o PSE vem a contribuir com o estabelecimento de um novo paradigma na saúde quando, diante da visão dos gestores, estão buscando desenvolver ações que estão concorrendo para se tornarem intersetoriais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No intuito de responder aos objetivos propostos nesta pesquisa, o desenvolvimento do estudo possibilitou a construção da seguinte ideia central, desvelando as políticas públicas na promoção à saúde do adolescente escolar, relativa à concepção dos gestores sobre sua prática em gerenciar as políticas públicas voltadas a atenção integral à saúde de adolescentes escolares no município de Recife-PE.

A discussão sobre as políticas públicas voltadas a promoção da saúde do adolescente escolar, diante da fala dos gestores da educação e da saúde, foram relatados inúmeros programas desenvolvidos no município aos adolescentes. Mas, apenas uma política foi evidenciada por todos os participantes da pesquisa como estruturante de uma assistência integral, que foi o Programa Saúde na Escola. Então, pode-se perceber que a proposta rompe com antigos paradigmas que norteiam a gestão pública, quando determina que a principal forma de oferecer uma atenção integral é o estabelecimento de ações intersetoriais envolvendo a princípio pelo menos a saúde e a educação.

Diante deste fato, a integralidade, que é um princípio legal do Sistema Único de Saúde, se torna difícil de colocar em prática se a práxis dos profissionais da rede municipal de saúde, não concorrerem para a implantação desse paradigma. A rede precisa se articular melhor com os parceiros e investir mais em formação profissional para o atendimento aos adolescentes, sensibilizando os trabalhadores para os diagnósticos situacionais desenvolvidos nessa faixa etária e que podem vir a influenciar problemas futuros de saúde e comportamento.

A intersectorialidade é necessária ser discutida e colocada na prática cotidiana dos profissionais da rede de atenção à saúde no município, podendo situar o setor saúde como uma área estratégica para realização de novas alianças e parcerias, mas sem atribuir a responsabilidade apenas aos trabalhadores.

O adolescente é vítima de uma sociedade coronelista, patriarcal que inverteu valores e escraviza os corpos e mentes para manter um sistema capitalista e quando não se enquadra nos padrões é posto à margem da sociedade. Diante dessa realidade, ações fragmentadas apenas reforçam o distanciamento desse grupo populacional às unidades de saúde, mas ainda existe a possibilidade de atendê-los em um ambiente escolar, no qual eles estão sempre presentes, assim, aproveitando esta oportunidade pode-se oferecer um atendimento mais eficaz aos jovens.

Para tanto, a responsabilidade de formar, informar e educar não está apenas baseada na família, mas num conjunto de ações e profissionais que ao trabalhar interligados podem contribuir nessa atenção à saúde. Não merecendo ser tratada como culpada a família também é vítima dentro desse processo de busca pela sobrevivência, pela dedicação extrema ao trabalho, e o despreparo em desempenhar o papel de primeiro educador, responsável por impor limites, além de ter competência para estabelecer uma reação intrafamiliar de parceria, dialogicidade, proximidade e respeito.

O sistema de saúde brasileiro constitui um modelo de destaque pela articulação de seus princípios calcados na cidadania, na ética, na justiça e na inclusão. Entretanto, a pouca seriedade com que são tratados as questões de saúde e de educação na realidade brasileira, com limitado investimento financeiro, vem contribuir para a realidade de vulnerabilidade que atinge crianças e adolescentes, expondo-as a compor os dados estatísticos indicadores de elevada mortalidade decorrentes: de violência, de inserção em atos infratores, de precoce iniciação sexual com elevada ocorrência de gravidez na adolescência, de acometimento de DST's como AIDS, e envolvimento em consumo e tráfico de drogas ilícitas e álcool.

Os profissionais de saúde que atuam na atenção básica, desenvolvendo ações de educação em saúde e diagnósticos sobre a saúde populacional, tem diante da comunidade o poder de trabalhar as questões voltadas a atenção integral à saúde de grupos diversos. Assim, são tantas atribuições aos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família, que não dispõem de tempo para desenvolver as ações que venham atender às demandas dos adolescentes no cenário escolar.

Assim, concluímos que o estudo através de seus achados e discussões sobre a realidade das políticas públicas voltadas a atenção à saúde do adolescente, em especial o Programa Saúde na Escola, fornecem subsídios para uma reflexão crítica sobre as limitações gerenciais na execução e efetividade de políticas intersetoriais.

REFÊRENCIAS

- 1 Oliveira, T. C.; Carvalho, L. P.; Silva, M. A. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, v. 61, n.3, p. 306-311, jun. 2008.
- 2 Leão, L.M.S. Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia. 2005, 118p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2005.
- 3 Silva, A. A. Saúde do adolescente: políticas e práticas nos municípios da 18ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará. 2009, 174p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.
- 4 Dutra, M.L.S.; Barros, V.L.; A mortalidade infantil em decorrência da vulnerabilidade. In: Barchifontaine, C.P.; Zoboli, E.L.C.P. (Org). Bioética, Vulnerabilidade e Saúde. Aparecida, SP: Idéias&Letras, 2007. p.158-179.

- 5 Ayres, J.R.C.M.; Junior. I.F. Saúde do Adolescente. In: Scharaiber, L.B, Nemes, M. I. B., Mendes-Gonçalves, R.B (Org). Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 2000. P. 66-85.
- 6 Nichiata, Lucia Yasuko Izumi; Bertolozzi, Maria Rita; Takahashi, Renata Ferreira and Fracoli, Lislaine Aparecida. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2008, vol.16, n.5, pp. 923-928.
- 7 BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Secretaria de Direitos Humanos. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8.069/1990. 6. ed. Brasília, 2010b.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 2005. 60 p.
- 9 IBGE. Censo Demográfico 2010. Brasília. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/criancas_adolescentes/defaulttab.shtm > acessado em: 20 de nov. 2011.
- 10 Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. Série B. Textos Básicos de Saúde/Caderno de Atenção Básica. n.24, 96p. Brasília, 2009b.
- 12 Toral, Natacha; Conti, Maria Aparecida and Slater, Betzabeth. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.11, pp. 2386-2394
- 13 Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- 14 Lefèvre, F.; Lefèvre, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botucatu)*. Botucatu, v. 10, n. 20, dec. 2006.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa CONEP. Resolução 196/96 sobre pesquisa em seres humanos. Brasília, 1996a.
- 16 Brasil. Área técnica de saúde do adolescente e do jovem. Manual técnico de saúde do adolescente e do jovem. Brasília, 2001b.
- 17 Brasil. Secretária Executiva. Coordenação da saúde da criança e do adolescente. Programa de Saúde do Adolescente: Bases Programáticas. Brasília, 1996b.
- 18 Brasil. Ministério da Saúde. Normas de atenção à saúde integral do adolescente. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Brasília, 1993. v. 1.
- 19 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, 2010a. 132 p.
- 20 De Oliveira Gomes, Vera Lúcia et al. Atendimento em uma unidade básica de saúde: estudo com foco na saúde sexual de adolescentes do município de Rio Grande/RS. *Enfermería Global*. [online]. 2013, vol.12, n.31, pp. 109-124.
- 21 Granville-Garcia, A.F.; Souza, M.G.C.; Menezes, V.A.; Barbosa, R.G.; Cavalcanti, A.L. Conhecimentos e percepção de professores sobre maus-tratos em crianças e adolescentes. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.18, n. 1, Mar 2009.
- 22 Giovanella, Ligia et al . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun 2009.
- 23 WHO/PHAC. World Health Organization. Public Health Agency of Canada. Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies. 2008.

Disponível em:< <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai18/pdf/hetia18-esgai18-eng.pdf> > acesso em: 04 nov. 2011.
24 LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira&Lent; 2004.

Recebido: 13 Março 2014; Aceito: 11 de junho de 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia