

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

EDUARDA MARIA DUARTE RODRIGUES

A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO INTEGRAL AO ADOLESCENTE NO
COTIDIANO ESCOLAR

FORTALEZA – CEARÁ
2012

EDUARDA MARIA DUARTE RODRIGUES

A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO INTEGRAL AO ADOLESCENTE NO
COTIDIANO ESCOLAR

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Almeida.

FORTALEZA – CEARÁ
2012

EDUARDA MARIA DUARTE RODRIGUES

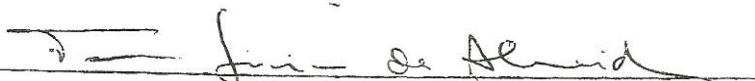
APROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO INTEGRAL AO ADOLESCENTE NO
COTIDIANO ESCOLAR

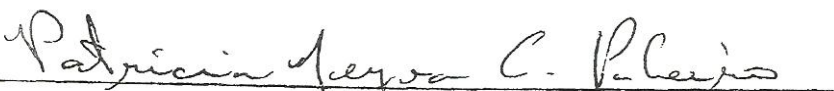
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 1º/02/2012.

BANCA EXAMINADORA


Prof.ª Dr.ª Vera Lúcia de Almeida


Prof.ª Dr.ª Patrícia Neyva da Costa Pinheiro


Prof.ª Dr.ª Dafne Paiva Rodrigues

Dedico a realização deste sonho

- Aos meus pais, *Eduardo (In memoriam)* e *Maria*, que sempre me ensinaram o valor do estudo, seriedade, tolerância e amor para lutar pelas coisas em que se acredita.
- Aos meus filhos, *Luis Eduardo*, *Priscilla* e *Bárbara*, meus grandes amores. Em vocês busquei a força e a esperança para ir até o fim desta estrada em busca de mais conhecimento.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A todas as pessoas que, de uma forma presente ou mesmo a distancia, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho. Este é o momento de dizer **Muito Obrigado!**

- A Deus, pelo amor e apoio incondicional a cada segundo desta etapa da minha vida.
- À minha neta, queridíssima, Jessika, e nora Fernanda, por fazerem parte de minha existência e pelo amor que me dedicam.
- À minha irmã Isabel, em especial, pela paciência em ler meus escritos até que se transformasse em uma obra quase completa.
- Ao meu eterno Reitor, Prof. Dr. Plácido Cidade Nuvens, pelas palavras sábias que muitas vezes acalmaram e deram soluções às dificuldades do cotidiano acadêmico e profissional.
- A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Almeida, pela preciosa orientação, pelo incentivo, paciência e amizade que ensinou, por meio da ajuda intelectual, a realização de um sonho possível, cobrando de mim o pensar e repensar diariamente.
- À Prefeitura do Município de Iguatu, pela colaboração imensa em permitir a realização deste estudo nas escolas, demonstrando o compromisso com a ciência e formação dos profissionais do Município.
- Aos amigos, Gláucia Margarida, Milena e José Ivo, pelo companheirismo, por estarem sempre dispostos a ajudar, a apoiar quando precisei, e por tornarem a jornada bem mais leve e interessante.
- A amiga Edna Alves, pela grande colaboração e paciência nos momentos da digitação e formatação.
- A Meiriane e Maria, funcionários desse Mestrado da Universidade Estadual do Ceará, com quem convivi durante dois anos, pela simpatia e presteza em ajudar.
- Ao eterno professor e amigo João Vianney, pelas correções realizadas neste e em outros trabalhos.
- A todos os amigos de trabalho, da Universidade Regional do Cariri - *Campus* de Iguatu, pela amizade e compreensão.
- **A todos o meu respeito e carinho para sempre.**

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIHs: Autorização de Internamento Hospitalar
ART: Artigo
ASEF: Ações Socioeducativas às Famílias
CAIC: Centro de Atenção Integral à Criança
CAJ: Centro de Ação Jovem
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CE: Ceará
CEP: Comitê de Ética e Pesquisa
CF: Constituição Federal
CNS: Conselho Nacional de Saúde
CRAS: Centro de Referência de Assistência Social
CREAS: Centro de Referência Especializada de Assistência Social
DATASUS: Banco de dados do Sistema Único de Saúde.
DST: Doença Sexualmente Transmissível
ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA: Educação de Jovens e Adultos
EPS: Escolas Promotoras de Saúde
ESF: Estratégia Saúde da Família
FCRS: Faculdade Católica Rainha do Sertão
GM: Gabinete Ministerial
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
HRI: Hospital Regional de Iguatu
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco
IMS: Instituto de Medicina Social
INEP: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LACEN: Laboratório Central
LDB: Lei de Diretrizes e Bases
MEC: Ministério da Educação e Cultura

MES: Ministério da Educação e Saúde
MS: Ministério da Saúde
NOAS: Núcleo de Desenvolvimento de Objetos de Aprendizagem Significativa.
OIT: Organização Internacional do Trabalho
OMS: Organização Mundial da Saúde
OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCN: Programa Curricular Nacional
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PNAD: Programa Nacional de Amostra por Domicílio
PNSE: Programa Nacional de Saúde Escolar
PSE: Programa de Saúde Escolar
PSF: Programa de Saúde da Família
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica
SPE: Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS: Sistema Único de Saúde
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS: Unidade Básica de Saúde
UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família
UECE: Universidade Estadual do Ceará
UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
URCA: Universidade Regional do Cariri

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Consolidado do Censo e Mapa de Risco Pessoal e Social de Adolescentes, segundo dados do Conselho Tutelar do Município de Iguatu, no ano de 2010.

Quadro 2 Consolidado de Atendimento ao Adolescente na Atenção Básica do Município de Iguatu-CE, de abril a dezembro de 2010.

Quadro 3 Movimentação de métodos anticoncepcionais para adolescentes, de abril a dezembro de 2010 /Iguatu-CE.

Quadro 4 Principais causas de internação no Hospital Regional de Iguatu, no período de janeiro a dezembro/2010.

Quadro 5 Ações desenvolvidas pelo Município de Iguatu junto aos adolescentes.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização dos adolescentes das escolas de Ensino Fundamental e Educação de Jovens e Adultos do Município de Iguatu, quanto a idade, sexo e escolaridade, no período de julho a agosto de 2011.

Tabela 2 Caracterização dos coordenadores pedagógicos das escolas de Ensino Fundamental e Educação de Jovens e Adultos do Município de Iguatu, quanto a faixa etária, graduação, pós-graduação, tempo de formação, tempo de serviço, no período de julho a agosto de 2011.

RESUMO

O estudo tem como objeto a análise do cuidado integral ao adolescente no cotidiano escolar. Parte-se da compreensão de que a escola é um espaço potencial para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e de educação, nas quais os princípios da integralidade e intersetorialidade se efetivam por meio do Programa de Saúde Escolar (PSE) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta pesquisa contribui para refletir e repensar a Implementação da Promoção em Saúde no contexto da Educação em Saúde das escolas de ensino fundamental, a partir da análise crítica, fundamentada teoricamente sobre essa estratégia efetivada pelo Programa de Saúde Escolar (PSE) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), realizada em três escolas do ensino fundamental do Município de Iguatu, do Estado do Ceará. Partindo da premissa de que no Município de Iguatu-Ce, há alguns anos vem implantando o modelo de vigilância em saúde, executando ações de promoção de saúde nas escolas deste município, buscou-se identificar ferramentas da educação em saúde e de outras tecnologias leves na Proposta do Programa de Saúde Escolar do referido Município, bem como verificar se as ações atendem aos princípios da integralidade e da intersetorialidade. A pesquisa fundamentou-se nos pressupostos da metodologia qualitativa, utilizando a técnica da entrevista semi-estruturada, através de um roteiro com perguntas abertas e fechadas, junto aos dois grupos de pesquisa, sendo 30 adolescentes e três coordenadores pedagógicos de três escolas do município. Como forma de corroborar com os resultados coletados pela entrevista realizou-se ainda a observação não participante, complementando como fonte secundária o documento do Projeto de Adesão do Município de Iguatu ao Programa Saúde Escolar. Entre os resultados da pesquisa a maior predominância recaiu sobre os adolescentes na faixa etária de 14 a 19 do sexo feminino, encontrando-se a maioria cursando o 8º e 9º ano do ensino fundamental. Com relação aos coordenadores, a pesquisa evidenciou que os três sujeitos pertenciam ao sexo feminino, situados na faixa etária entre 30 e 50 anos, com predominância na graduação em pedagogia, estando formadas entre 11 a 20 anos, apresentando um tempo de serviço bastante significativo de dez a 30 anos. O estudo evidencia que, embora os adolescentes entrevistados afirmaram não conhecer e ou não participar dos projetos desenvolvidos no Município, destacaram a necessidade da articulação efetiva entre as Secretarias de Saúde e de Educação. Alguns têm conhecimento das atividades já em desenvolvimento nos Projetos Adolescente para Adolescente, ABC da Saúde e Adolescência Saudável, que visam a formar multiplicadores de Educação em Saúde entre os adolescentes nas escolas públicas do Município e viabilizar atendimento ambulatorial diferenciado, uma vez por semana, em 22 UBSF. A execução desses projetos antecipa o que os adolescentes apontam como aspiração quanto ao acompanhamento integrado e intersetorial pelo Programa Saúde Escolar. Quanto aos coordenadores pedagógicos, eles expressavam a necessidade de articulação real entre as atividades da Educação e Saúde, entretanto ainda externam um entendimento de ações campanhista e voltadas para a atenção à doença dos adolescentes. Considerando a necessidade de assistência integral à saúde dos adolescentes e jovens, fortalecida pela implementação de ações intersetoriais, na prática de educação em saúde participativa e nas estratégias relacionais, imperioso se faz o surgimento de proposta de elaboração de políticas públicas integradas como as que se propõe o Programa de Saúde Escolar do Município de Iguatu, que compreende o espaço escolar como um instrumento para implementação da promoção de saúde, na expectativa emancipadora dos adolescentes iguatenses. Os resultados também demonstraram que a escola exerce grande influência na produção social da saúde, na medida em que os adolescentes ressoaram em várias questões da entrevista a predominância do modelo médico de saúde. Por esse motivo, a intersetorialidade

com a escola torna-se relevante em razão do seu potencial transformador para uma aprendizagem compartilhada entre os vários agentes sociais da comunidade escolar. Por fim, apresenta-se como produto deste estudo a Oficina de Estudos sob o Título: A Promoção da Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: buscando o Cuidado Integral à Saúde do Adolescentes e Jovens Escolares. Enfim, espera-se que a aceitação desta proposta de oficina como um dos momentos para reflexão, estudo e trocas de experiências, entre os participantes de forma que subsidie uma gestão compartilhada do Programa de Saúde Escolar e assim, reduzindo a distância entre a saúde e a escola e conseqüentemente, a promoção do cuidado integral ao adolescente escolar em saúde participativa e relacional as ferramentas para o processo de interação da saúde com a educação como almeja o PSE do Município.

Palavras-chave: Promoção em Saúde, Programa Saúde Escolar, Integralidade, Intersetorialidade, Tecnologias Leves e Educação em Saúde.

ABSTRACT

The study focuses the analysis of care to adolescents in school environments. It starts with the understanding that the school is a potential space for developing public health policies and education, in which the principles of integration and intersectoral are effected via the School Health Programme (PSE) and the Health Strategy Family (ESF). This research contributes to reflect and rethink the Implementation of Health Promotion in the context of Health Education in the elementary schools, from the critical analysis, based theoretically on the strategy executed by the School Health Programme (PSE) and the Health Strategy Family (ESF), held in three elementary schools in the city of Iguatu, the State of Ceara. Assuming that the City of Iguatu-Ce few years ago has been implementing the model of health surveillance, performing actions for health promotion in schools of this city, sought to identify health education tools and other technologies in light of the Proposal School Health Programme of the said municipality as well as verify that the actions meet the principles of completeness and intersectionality. The research was based on the assumptions of qualitative methodology, using the technique of semi-structured interview, using a script with open and closed questions, together with two research groups, with 30 teenagers and three educational coordinators from three schools in the city. In order to corroborate with the techniques still perform non-participant observation and as a secondary source document of the Draft Accession Iguatu the Municipality of the School Health Program. Among the survey results pointed to a higher prevalence of adolescents aged 14 to 19 female lying the majority attending the 8th and 9th grade in elementary school. With respect to the coordinators, research showed that three subjects were female, located between the ages of 30 and 50 years, predominantly in undergraduate teaching and training located between 11 and 20 years, with a time of very significant service ten to 30 years. The study shows that although young people interviewed did not know and refer or not to participate in projects developed in the city, highlighted the need for effective coordination between the Departments of Health and Education. Some are aware of the activities already under development for Project Teen Teenager, ABC Health and Healthy Adolescents, which aim to form multipliers health education among adolescents in public schools in the city and enable different outpatient once a week, 22 UBSF. The implementation of these projects anticipate the point that teenagers as aspiration on the integrated monitoring and intersectoral School Health Program. As for the educational coordinators, they expressed the need for articulation between the actual activities of the Education and Health, however, has externalize an understanding of campaigns and actions directed to the attention to the disease in adolescents. Considering the need for comprehensive assistance to the health of adolescents and youth, enriched and strengthened by the implementation of intersectoral action in practice participatory health education and the relational strategies, it is imperative to the appearance of proposed development of integrated public policies such as those will the School Health Programme in the Municipality of Iguatu, which includes the school environment as a tool for implementation of health promotion in the expectation of emancipating teens iguatuense. The results also showed that the school has great influence on the social production of health, to the extent that teenagers rang in several interview questions the dominance of the medical model of health. For this reason, the intersectionality with the school becomes relevant because of its transformative potential for shared learning between the various social agents of the school community. Finally, presents itself as a product of this study under the Office of Study Title: Promotion of Intersectoral between Health and Education: Seeking Care Comprehensive Health of Adolescents and Young Students. Finally, it is expected that the acceptance of this proposed workshop as one

of the moments for reflection, study and exchange of experiences among the participants in order to subsidize a shared management of the School Health Programme and thus reducing the gap between health and school and consequently, the promotion of care to adolescents in school participatory health and relational tools for the process of interaction between health and education as the PSE aims of the City.

Keywords: Health Promotion, School Health Program, completeness, Intersectoral Technology, Light and Health Education.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 20 |
| 2.1 A Multidimensionalidade e a Transitoriedade na Adolescência | 20 |
| 2.2 A Adolescência e as Políticas Públicas | 23 |
| 2.2.1 A rede de atenção à saúde junto aos adolescentes no Município de Iguatu | 23 |
| 2.3 O Programa de Saúde Escolar e as Tecnologias Leves em Saúde | 36 |
| 3 TRAJETO METODOLÓGICO..... | 46 |
| 3.1 Tipologia da Pesquisa..... | 46 |
| 3.2 Local do Estudo | 47 |
| 3.2.1 Delimitação do campo de estudo..... | 47 |
| 3.3 Os Sujeitos da Pesquisa | 48 |
| 3.4 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados | 48 |
| 3.5 Procedimentos Legais e Éticos da Pesquisa | 53 |
| 4 APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS | 54 |
| 4.1 Caracterização dos Sujeitos Pesquisados | 55 |
| 4.1.1 Quanto ao grupo de adolescentes | 55 |
| 4.1.2.Quanto ao grupo de coordenadores pedagógicos | 57 |
| 4.2 Temas Transversais Abordados pelas Escolas: Reflexões e Práticas..... | 62 |
| 4.3 A Intersetorialidade da Saúde com a Educação: a promoção em saúde do Município de Iguatu..... | 72 |
| 4.4 Promoção do Cuidado Integral ao Adolescente Escolar na Perspectiva do Programa de Saúde Escolar | 78 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 102 |
| REFERÊNCIAS | 109 |
| APÊNDICES | 122 |
| APÊNDICE A: Entrevista com os Adolescentes | 123 |
| APÊNDICE B: Entrevista com Coordenadores Pedagógicos das Escola..... | 125 |
| APÊNDICE C : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os adolescentes com 18 anos acima | 127 |
| APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os adolescentes com 18 anos abaixo | 129 |

| | |
|---|-----|
| APÊNDICE E: Termo de Autorização dos Pais/Responsáveis para participação do filho(a) com menos de 18 anos na pesquisa | 131 |
| APÊNDICE F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Coordenadores Pedagógicos das Escolas | 133 |
| APÊNDICE G: Termo de Autorização para Realização da Pesquisa nas Escolas selecionadas para o Estudo | 135 |
| ANEXOS | 136 |
| ANEXO A: Comitê de Ética em Pesquisa | 136 |
| ANEXO B: Declaração de Correção Ortográfica..... | 136 |

1 INTRODUÇÃO

O estudo tem como objeto a análise da produção do cuidado integral ao adolescente no cotidiano escolar. Parte-se da compreensão de que a escola é um espaço potencial para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e de educação, nas quais os princípios da integralidade e intersetorialidade se efetivam por meio do Programa de Saúde Escolar (PSE) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Os objetivos do Programa de Saúde Escolar evidenciam que, mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, ele se propõe ser um novo desenho da política de Educação em Saúde que, “(...) trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e a função plena dos direitos humanos”, permitindo ampliação das ações intersetoriais entre a saúde e educação, visando cuidado integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens por meio da educação em saúde e articulação de saberes pela participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na elaboração e controle social da política (BRASIL, 2011).

Já as diretrizes para implementação do Programa Saúde Escolar incorporam vários princípios que vão desde a descentralização e respeito à autonomia federativa, a conexão e articulação das redes públicas de ensino e de saúde, divisão territorial, a interdisciplinaridade e intersetorialidade, a integralidade, cuidado sistemático, o controle social; e o monitoramento e avaliação constantes. (BRASIL, 2011).

Por sua vez, a Estratégia Saúde da Família propõe também ser um novo desenho da política de saúde, e tem como objetivo principal reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde pelo modelo de vigilância a saúde que prioriza as ações de Promoção da Saúde.

Nessa perspectiva, a vigilância à saúde propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde, ao envolver outros agentes sociais, isto é, a população organizada, abarcando, além dos determinantes clínico-epidemiológicos no âmbito individual e coletivo, as determinantes sociais dos grupos e populações distintas. Assim, a intervenção da vigilância à saúde extrapola a utilização dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitário e agrega as tecnologias de comunicação social que, conseqüentemente, estimulam a mobilização social, organização e a participação dos diversos grupos e agentes na promoção e na defesa das condições de vida e saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

A Promoção da Saúde como base para o modelo de vigilância à saúde, tem como fundamento conceitual a Carta de Ottawa, que preconiza um conjunto de ações voltadas à prevenção de doenças e riscos às pessoas em caráter individual, que privilegia os aspectos sociais, econômicos e culturais a respeito das condições de vida e saúde de cada um (BRASIL, 2002a).

Relativamente à Promoção da Saúde voltada ao adolescente no Brasil, não há uma tradição cultural de políticas públicas, focalizando-o especialmente. Encontram-se mais recentemente, no início do século XX, as primeiras iniciativas “ancoradas numa concepção de direitos e cidadania o que aconteceu somente nos anos 1990 é [...] que essa população passou a ser objeto de discussões, de artigos científicos e legislações, porém na prática ainda sem muita visibilidade” (SILVA, 2009, p. 11).

Reforçando, Abramo (1997) enfatiza que o Brasil é detentor das legislações mais avançadas no mundo no que se refere à doutrina de proteção integral de crianças e adolescentes no plano das políticas públicas dirigidas à saúde destas.

Esses avanços das políticas públicas inclusivas, voltadas para as crianças e os adolescentes, resultam das grandes mobilizações sociais reivindicatórias, fundadas nas necessidades populares de criar um sistema de saúde que cubra as necessidades de saúde da população, como direito de cidadania. Entre estas mobilizações, destaca-se o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que nasceu de uma visão integradora, numa concepção holística do processo saúde-doença (MACHADO et al., 2007).

Dentre essas conquistas sociais, destacam-se a Constituição Federal do Brasil de 1988, que garante em seus vários artigos o direito à vida e à saúde, de forma universal e igualitária para todos os brasileiros, inclusive aos adolescentes, realçando-se o estabelecido no art. 227 que descreve que pertence à família, à sociedade e ao Estado garantir com prioridade os direitos fundamentais à criança e ao adolescente entre estes, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade dentre outros, protegendo-os contra negligência, exploração, violência e discriminação. (BRASIL, 1988).

Os princípios fundantes da Estratégia de Saúde da Família e do Programa de Saúde Escolar se assemelham e se articulam, sugerindo a possibilidade da intersetorialidade, com suporte na produção de práticas de cuidados no campo da promoção e prevenção de doenças para o grupo de crianças e adolescentes. Nessa perspectiva, a Educação em Saúde torna-se uma ação primária para a produção do cuidado.

O cuidado é entendido como um ato técnico, científico, interpessoal, político e ético, constituindo-se como essencial ao respeito à dignidade humana, no momento em que os profissionais desenvolvem ações de carinho, toque, cordialidade, acolhimento, escuta, vínculo e com solidariedade com o usuário (BOFF, 2003).

Compreender o significado da vida na produção do cuidado inclui não somente a percepção técnica do profissional, mas também a capacidade de enxergar e compreender o ser humano no seu mundo, onde desenvolve a identidade e edifica sua história de vida. Ao se olhar o ser humano somente na sua dimensão individual, ter-se-á dificuldades de compreendê-lo na sua Multidimensionalidade em todas as formas de cuidar, incluindo a Educação em Saúde, como um processo teórico e prático que reúna a troca de saberes, desde o científico, e do senso comum (REIS, 2006, p.19).

Nesta perspectiva, a Educação em Saúde utiliza-se das tecnologias leves que, segundo Merhy (2002), envolvem as relações entre os sujeitos, implicando vínculo, acolhimento e gestão.

Partindo da premissa de que no Município de Iguatu-CE, há alguns anos, vem implantando o modelo de vigilância em saúde, executando ações de Promoção de Saúde nas suas escolas questiona-se: 1) as ações e estratégias programadas e executadas na produção do cuidado aos adolescentes, na escola, estão ancoradas na Educação em Saúde ou em outras tecnologias leves? 2) quais as ações que atendem aos princípios da integralidade e da intersetorialidade?

O estudo justifica-se por ter como proposta a análise de políticas integradoras de Educação em Saúde no espaço da escola, uma vez que no Município de Iguatu as ações de saúde junto aos alunos adolescentes ocorrem por meio de projetos e práticas isoladas.

Este estudo originou-se da experiência da autora como enfermeira e educadora desde o ensino fundamental e, mais recentemente, no ensino superior, com base nas observações e reflexões sobre o acompanhamento do estado de saúde dos adolescentes escolares pelo sistema de saúde, que mantinha um débil relacionamento com as escolas.

O Município efetivou a adesão ao Programa de Saúde Escolar, em dezembro do ano de 2010. Assim sendo, nada mais adequado do que fazer um estudo de acompanhamento da implantação de uma política que se propõe atender aos princípios norteadores de atenção integral aos adolescentes, mediante ações intersetoriais.

Outrossim, o estudo amplia a possibilidade de integração de pesquisadores da Universidade Regional de Cariri (URCA), a cujo corpo docente esta pesquisadora pertence, a

um Projeto Interinstitucional de Pesquisa-Ação de Saúde e Educação, tendo como foco o grupo de crianças e adolescentes do Município de Iguatu-CE.

Pela relevância político-social, entende-se que os resultados alcançados por esta investigação contribuirão para o aprimoramento da assistência prestada ao adolescente, não só do Município onde foi realizada a pesquisa, mas também para a qualidade de vida e cidadania da população de adolescentes da região Centro-Sul do Estado do Ceará.

Partindo-se da premissa de que o Município de Iguatu/Ce, há alguns anos vem implantado o modelo de vigilância em saúde, executando ações de promoção de saúde nas escolas do Município questionou-se : (1) as ações e estratégias programadas e executadas na produção do cuidado aos adolescentes, na escola estão ancoradas na educação e saúde ou em outras tecnologias leves? e (2) será que as ações do programa de saúde escolar atendem aos princípios da integralidade e da intersetorialidade?

Assim, na busca da construção e compreensão desta investigação reflexiva sobre a promoção de saúde do referido município, adotamos como objetivo: Identificar as ações de saúde no espaço escolar levando em consideração a integralidade e a intersetorialidade no Programa de Saúde Escolar do Município de Iguatu, e verificar se a ação desenvolvida pelo Programa de Saúde Escolar utiliza a Educação em Saúde e outras tecnologias relacionais no ambiente escolar.

Nessa perspectiva, organizamos esta dissertação em três partes, visando contextualizar e fundamentar melhor as análises desta investigação.

Na primeira parte, sintetizo as diversas formulações teóricas, relacionadas ao objetivo e as questões norteadoras, que se encontram atravessados por seções como: (1) A Multidimensionalidade e a Transitoriedade na Adolescência; (2) Adolescência e as Políticas Públicas e (3) Programa de Saúde Escolar e as Tecnologias Leves em saúde

Na segunda parte, relato o Trajeto Metodológico, onde apresento toda a metodologia adotada na investigação, abordando-se: a tipologia da pesquisa, o cenário do estudo, delimitação do campo de estudo, os sujeitos estudados, as técnicas e instrumentos utilizados na coleta dos dados, assim como os procedimentos legais e éticos da pesquisa.

A apresentação da Análise e Discussão dos Dados compõem a terceira parte, onde encontram-se os resultados obtidos na pesquisa, objetivando a uma retomada do objeto da dissertação, que é o de identificar as ferramentas da educação em saúde e de outras tecnologias leves na proposta do programa de saúde escolar. Desta forma apresenta-se a caracterização dos sujeitos pesquisados e abordam-se as questões norteadoras do estudo que foram sintetizadas em três seções: (1) Temas Transversais Abordados pelas Escolas: reflexões

e Práticas; (2) A Intersetorialidade da Saúde com a educação: a Promoção em Saúde no Município de Iguatu; (3) Promoção do Cuidado Integral ao Adolescente escolar na Perspectiva do Programa de Saúde Escolar; (4) A Promoção de Saúde e sua Interface com as Tecnologias Leves.

Finalmente, as Considerações Finais, que concentra as respostas às minhas inquietações acerca da temática analisada, ou seja, o vivido e o percebido durante todo o processo da pesquisa. A partir das conclusões são feitas algumas tentativas de estimular reflexões e aprofundamento do tema, com o objetivo, também, de contribuir para uma melhor concepção da Educação em Saúde participativa para o fortalecimento do Programa de Saúde Escolar do Município de Iguatu/CE, e como parte integrante e importante da formação e desempenho dos futuros profissionais de saúde.

Assim, na medida em que os profissionais de saúde, conseguirem estabelecer a relação entre saúde e educação escolar como um processo dialético, eles começarão a compreender-se com um projeto social entendido por Freire (1981, p.17), quando acrescenta que para comprometer-se é necessário “(...) *assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir (...) somente um ser é capaz de sair, de “distanciar-se” dele para ficar com ele; admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e transformando-o, saber-se transformado pela própria criação; (...) está sendo no tempo que é o seu, um ser histórico*”.

Em suma, considerar que o Programa de promoção de Saúde nas escolas do Município de Iguatu, Estado do Ceará, deve-se constituir no Marco Referencial, de conexão entre a promoção de saúde e prevenção de doenças; entre os profissionais da saúde, docentes e os discentes das escolas pesquisadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Multidimensionalidade e a Transitoriedade na Adolescência

O conceito de adolescência é elaborado por diversos autores, entretanto não se pode deixar de citar o clássico trabalho de Philippe Ariés (1981), sob o título *História Social da Criança e da Família*, que traça uma evolução histórica, a qual permite conhecer a ideologia de juventude como fenômeno social e histórico, cuja edificação faz parte da arquitetura da Modernidade.

A obra desse autor permitiu ampliar o conceito hegemônico de adolescência e juventude, ancorado em construtos biopsíquicos para uma visão de que ele deve ser considerado um fenômeno social, utilizado para explicar as distinções entre a “infância” e a “idade adulta”. (ARIÉS, 1981).

Na trajetória histórica, em relação ao conceito de adolescente em um contexto social, percebem-se definições quanto aos elementos tempo e características desta etapa da vida. Com efeito, a designada transitoriedade “entre a infância e o mundo adulto” compõe apenas o início da caminhada.

A adolescência pode ser caracterizada como um período de transição da vida, em que são observadas grandes e rápidas mudanças físicas, cognitivas e sociais, juntamente à maturação sexual e reprodutiva. Esse processo vem acompanhado pela aquisição de outros papéis para chegar à idade adulta, que traz, conseqüentemente, novos requerimentos, como experiências, conhecimentos e responsabilidades (OMS, 1986).

Etimologicamente, o termo adolescência vem do verbo latino *adolescere*, que significa *ad* = para e *olescere* = crescer (BECKER, 1991, p. 9), o que reforça a compreensão de adolescência como um fenômeno de crescimento e desenvolvimento, em que as mudanças começam com a puberdade e chegam ao final com as responsabilidades a serem assumidas na fase adulta.

A percepção, muitas vezes, dos adultos no que concerne a essa transição por que passam os adolescentes é como uma fase de grandes conflitos, como é assinalado.

Do ponto de vista do adulto, isto é, o sistema ideológico dominante, o adolescente é um ser em desenvolvimento e em conflito. Atravessa uma crise que se origina basicamente em mudanças corporais, outros fatores pessoais e conflitos familiares. E, finalmente, é

considerado “maduro” ou “adulto” quando bem adaptado à estrutura da sociedade, ou seja, quando ele se torna uma engrenagem da máquina (BECKER, op. cit., p.9).

A adolescência, sendo uma fase dinâmica e complexa, é merecedora de atenção especial no sistema de saúde, uma vez que esta etapa do desenvolvimento define padrões biológicos e de comportamentos que irão se manifestar durante o resto da vida do indivíduo. Esta fase significa viver múltiplas mudanças que se refletem mais visivelmente no corpo físico, em decorrência do crescimento e desenvolvimento em termos de habilidades psicomotoras e hormonais, concorrendo para o aparecimento de mudanças físicas e psicológicas, entre outras.

É reconhecido o fato de que persistem ainda hoje conceitos de adolescência meramente fundamentados na noção de “idade biológica”. Esta percepção biologicista dificulta a compreensão mais integral do fenômeno da adolescência. Portanto, a Sociologia, ao abordar a adolescência e sua juventude como categoria social, promove a tentativa de desconstituir o engessamento do conceito meramente biológico e estático, quando a evolução histórico-social e política das várias fases da vida são dinâmicas.

A discussão sobre o caráter de transitoriedade da adolescência é marcada por conflitos e crises, decorrentes, em parte, da dificuldade de demarcação das fronteiras entre o mundo do adulto e a da infância. Esta é a fase em que acontecem a maior liberdade e autonomia, porém não de forma absoluta. O jovem vive entre dois mundos – o infantil, sob controle total dos adultos, em que o fato de ser adulto e as suas conquistas de liberdade e de autonomia são aceitas pela sociedade.

Para Melucci (1997, p. 5-19), a transitoriedade da adolescência perpassa os aspectos etários, quando anota: [...] a adolescência parece estender-se acima das definições em termos de idade e começa a igualar-se com a suspensão de um compromisso estável, com um tipo de aproximação nômade em relação ao tempo, espaço e cultura.

Já Abramo (1994, p.11), quando aborda a transitoriedade da adolescência, ressalta que os adolescentes e jovens não possuem autonomia suficiente para pertencer ao mundo de adulto, ao acentuar que por ser um estágio anterior a vida social integral, como fase de transição representa uma certa relatividade quanto aos direitos e deveres, de responsabilidade e independências, mais vastas do que a fase de criança e ainda incompleta para a idade de adulto.

No mundo contemporâneo, onde as transformações ocorrem de forma célere, impulsionadas pela globalização, em que o poder das tecnologias de informação facilita na aproximação entre as pessoas localizadas nas diferentes culturas, países, com diferentes línguas e hábitos, observa-se a debilitação das ideologias de ação coletiva e libertadora. O jovem ainda hoje

é percebido como protagonista pela existência de problemas sociais, entre os quais o crime de prostituição, o vandalismo e as drogas.

Para Ferreira et al (2007), adolescência ainda é intensamente marcada pelo modelo psico-biológico, onde ainda é concebida como um conjunto de acontecimentos universais que ocorrem desde o crescimento e no desenvolvimento que influencia biologicamente e mentalmente dos adolescentes uma vez que as transformações pelas quais passam os adolescentes também resultam de processos inerentes aos contextos sociais (históricos, políticos e econômicos) nos quais os sujeitos adolescentes estão imersos.

Quanto à dimensão da multidimensionalidade da adolescência, Coelho (2003, p.20) assinala que:

Compreender a juventude enquanto um fenômeno multidimensional é entender que diversos são os fatores que constituem a identidade juvenil; trata-se de um momento onde o indivíduo começa a enfrentar e ter que dar respostas individuais às diversas instituições sociais que o cercam; é um momento onde passa-se por diversas transformações biológicas e psicológicas e que o contexto econômico e social ao qual ele está inserido é parte integrante da construção de sua personalidade. Tudo isso é fundamental para compreendermos que não estamos falando de uma população homogênea e sim de diversos grupos de pertencimento com identidades próprias, ou seja, não estamos falando de juventude, mas sim de Juventudes. É um momento na vida em que se está mais aberto a apreensão de novos conhecimentos, posturas e construções de novas relações sociais.

É importante observar que para as políticas públicas de um modo geral, a adolescência tem como delimitação o tempo, uma faixa etária. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescência como a faixa etária entre dez e 19 anos e juventude com o intervalo entre 15 e 24 anos (OMS, 1986).

Já para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), os critérios de idade são definidos pelas disposições legais estabelecidas quanto à idade mínima para admissão a um emprego, que varia de acordo com os países. A Convenção nº 138, da Organização Internacional do Trabalho, estabelece, como norma geral, 15 anos como a idade mínima para o ingresso no mercado de trabalho, porém admite uma exceção para os países com dificuldades econômicas, diminuindo este limite para 14 anos. A maioria das nações da América Latina estabeleceu 14 anos como a idade mínima para admissão ao emprego. (OIT, 1999).

Destas divergências em delimitar a definição de adolescência com origem numa faixa etária, de categorias como a multidimensionalidade e transitoriedade, historicamente instiga e desafia o exercício teórico em diversas ciências humanas, entre as quais a Psicologia, a História, a Antropologia, a Sociologia e as Ciências da Saúde.

Para este estudo, as abordagens da multidimensionalidade e transitoriedade tornam-se características delineadoras para a reflexão sobre as políticas públicas implementadas pelo Estado Brasileiro para os adolescentes, políticas estas que se destacam como eixo da pesquisa o Programa Saúde da Família e o Programa de Saúde Escolar.

2.2 A Adolescência e as Políticas Públicas

2.2.1 A Rede de Atenção a Saúde junto aos Adolescentes no Município de Iguatu.

O Município de Iguatu conta com uma população de 93.889 habitantes. Como na maioria dos municípios brasileiros, esta população é predominantemente urbana e jovem, assim distribuída: de dez a 14 anos, é composta por um total de 8.000 adolescentes, sendo 3.998 do sexo masculino e 4.002 do sexo feminino; na faixa etária de 15 a 19, anos existem 8.383 adolescentes, sendo 4.091 do sexo masculino e 4.292 do sexo feminino (IGUATU, 2010).

Os dados epidemiológicos apresentados pelo DATASUS para o País relacionado a esta faixa etária são preocupantes e justificam políticas públicas voltadas para ações de Promoção da Saúde:

- 700 mil meninas de 10 a 19 anos são atendidas para procedimentos de parto na rede pública de saúde por ano;
- 13,4% das pessoas atingidas pela AIDS são jovens entre 10 e 24 anos- sendo 72% do sexo masculino e 28% feminino;
- Dos óbitos ocorridos entre jovens de 15 a 19 anos, 72% são por causas externas (homicídios, suicídios, e mortes por acidentes de trânsito), o que reduz em pelo menos três anos a expectativa média de vida dos homens brasileiros;
- A concentração (85,3%) das vítimas de exploração sexual comercial está na faixa etária de 12 a 17 anos (BRASIL, 2009a apud NASCIMENTO, 2009).

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde retratou que 78% dos adolescentes de dez a 19 anos de idade, vítimas de violência, atendidos pelos serviços de saúde pertencem ao sexo feminino. Dos 2.370 registros dessas violências contra adolescentes, 56,3% foram agressões sexuais, 49,9% do tipo psicológico e 48,3% sofreram agressões físicas, ao que se seguem de 12,6% de casos de negligências ou abandono por parte dos responsáveis. Entre esses agressores, destaca-se o fato de que 21% foram realizadas por desconhecidos, 30% por amigos e 12% pelos pais, sendo que a metade dessas agressões ocorre no recesso dos lares (BRASIL, 2008).

Segundo os dados fornecidos pelo Conselho Tutelar do Município de Iguatu, o cenário de risco pessoal e social em que foram atingidos os adolescentes é destacado no quadro abaixo:

Quadro 1.: Consolidado do Censo e Mapa de Risco Pessoal e Social de Adolescentes segundo dados do Conselho Tutelar do Município de Iguatu, no ano de 2010.

| Tipo de risco | | Masculino | Feminino | Subtotal |
|--|-------------------------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| Exploração | | 1 | - | 1 |
| Abuso sexual | | - | - | - |
| Física | | 9 | 17 | 26 |
| Psicológica | | 9 | 18 | 27 |
| Negligência | | 2 | 2 | 4 |
| Ausência de vínculo | | 1 | - | 1 |
| Abandono | | - | - | - |
| Cárcere privado | | - | 1 | 1 |
| Uso de substância psicotrópica | | 11 | 2 | 13 |
| Situação de rua | | - | - | - |
| Hospital dia | | - | 1 | 1 |
| Tráfico de seres humanos | | - | - | - |
| Exploração patrimonial | | 1 | 2 | 3 |
| Trabalho infantil | | 2 | - | 2 |
| Cumprimento de medidas socioeducativas | Internação | 8 | - | 8 |
| | Internamento provisório | 1 | - | 1 |
| | Liberdade assistida | 7 | 2 | 9 |
| | Programa de Saúde Comunitária (PSC) | 23 | 2 | 25 |
| | Semi liberdade | 29 | 1 | 30 |
| Total | | 104 | 48 | 152 |

Fonte: Dados do Conselho Tutelar do Município de Iguatu, 2010

O Conselho Tutelar do Município de Iguatu, no período de 2010, recebeu 377 notificações, sendo 152 (40%) referentes a adolescentes e jovens entre 12 e 18 anos (ECA). Das 152 notificações, 104 (68%) foram do sexo masculino e 48 (32%) do sexo feminino.

Dentre os tipos de riscos, destacam-se 26 casos de violência física, sendo 17 contra a mulher e nove masculinas. A violência psicológica totalizou 27 agressões, recaindo sobre a adolescente do sexo feminino, com 18 agressões e nove contra os adolescentes. Restou evidenciado, então, que existe maior número de agressões contra o sexo feminino.

Quanto aos casos de negligência, foram notificados quatro eventos, sendo dois para cada sexo.

Com relação ao uso de substâncias psicotrópicas pelos adolescentes, a maior incidência recaiu sobre o sexo masculino, com 11 casos, e apenas 2 do sexo feminino.

Rosas e Cionek (2006, p.10-15), referindo-se à violência contra crianças e adolescentes, principalmente no seio familiar, assinalam que diante da infância violada surge a necessidade da implementação de conceitos e estratégias de ação como forma de prevenção dos danos irreparáveis que acometerão o desenvolvimento físico e psíquico dessas crianças e adolescentes. Danos que afetam também, a estrutura familiar, muitas vezes camuflam intra lar os mais diversos tipos de violência contra as indefesas crianças e adolescentes.

Por isso é que Azevedo e Gerra (1998, p.25) ressaltam a importância da atuação do Conselho Tutelar do Município, pois, para elas,

[...] “toda a ação que causa dor física numa criança ou adolescente, desde um simples tapa até o espancamento fatal, representam um só continuum de violência”. Sendo assim, torna-se necessário defender o direito constitucional de que crianças e adolescentes têm de estar salvas de toda forma de violência, crueldade e opressão para que tenham uma vida digna, enquanto pessoas em situação peculiar de desenvolvimento e enquanto seres humanos

Dentre os 73 casos em que os adolescentes cumprem medidas socioeducativas, 68 (93%) são aplicadas a adolescentes do sexo masculino e apenas 5 (7%) do sexo feminino. Constatou-se que 25 adolescentes, sendo 23 masculinos e 2 femininos, estão incluídos no Programa Saúde em Casa (PSC). Em semiliberdade, estão 30, sendo 29 do sexo masculino e uma do sexo feminino. Os oito casos de internação (todos do sexo masculino), cumprem medidas socioeducativas em sistema fechado. Em liberdade assistida, estão nove adolescentes, sendo sete do sexo masculino e duas do sexo feminino.

As menores notificações foram: ruptura de vínculo (um caso); cárcere privado (um caso); hospital dia (um caso); exploração patrimonial (um caso); trabalho infantil com dois casos e exploração sexual (um caso).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 98, estabelece as medidas de proteção à criança e ao adolescente dos seus direitos elencados na Lei 8069/90 no momento em que estiverem sob ameaça ou violados, pela ação, omissão e abuso por parte da família, Estado e sociedade (BRASIL, 1990, p.4).

Comentando o Estatuto da Criança e do Adolescente, Labanca (2002) ressalta que apesar dos 13 anos de vigência deste diploma, ele continua recebendo intensas críticas, provindas daqueles que não conseguem entender o significado que o legislador no momento da elaboração conseguiu perceber, logo, diferentemente do momento histórico do século XXI. Para o autor no momento histórico em que o Estatuto foi elaborado o poder legislativo atentou para uma oportunidade ímpar de garantir um sistema normativo capaz de proteger e defender a infância e juventude de qualquer forma de violência, negligência e exploração. Ao mesmo

tempo os legisladores buscaram sensibilizar aqueles que não conseguiam perceber que esses jovens eram excluídos de direitos elementares da pessoa humana, como saúde, escola, habitação e lazer, dentre outros direitos esculpidos na Constituição Federal, colocando-os à margem de todos os benefícios sociais. (LABANCA, 2002, p.57; BRASIL, 1990 e 1988).

Já a autora Bossa (2000, p.17-62) assevera que têm políticas públicas focadas para a infância e juventude, porém elas não atuam no formato interligado. [...] “A criança e o adolescente são uma totalidade e é para isso que a gente tem que olhar. Eles têm um corpo e uma vida que é mais do que ter, por exemplo, só a garantia da educação formal”.

Vasconcelos (2005, p.33-49) adverte para o fato de que no estado de abandono e marginalidade desde a concepção do Estatuto da Criança e do Adolescente, as crianças e adolescentes já não podem suportar atos (...) “repressivos ou violentos a que são chamadas “penas”, mas que os mesmos sejam submetidos a medidas de proteção ou medidas sócias educativas para o caso de adolescentes em conflito com a legislação vigente”.

Resta evidente a importância do Conselho Tutelar na defesa dos direitos e garantias das crianças e adolescentes quando em artigo 131 e seguintes, estabelece que:

[...] o Conselho Tutelar é um órgão colegiado, permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Autônomo e não jurisdicional por não estar vinculado hierarquicamente a nenhum dos três poderes, cabendo-lhe aplicar as medidas protetivas que julgar necessárias, nas hipóteses previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (artigos 98 e seguintes), sujeitando-se à fiscalização do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Autoridade Judiciária e do Ministério Público. (BRASIL, 1990).

A atenção à saúde no Município de Iguatu é estruturada, nos últimos 25 anos, como na maioria dos municípios brasileiros, no modelo de vigilância à saúde implementada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com a descentralização das ações de saúde pelo SUS, os municípios passaram a ter responsabilidade de organizar estruturas físicas, processos de trabalho e gestão, visando a ampliar o acesso qualitativo aos cuidados integrais da saúde dos indivíduos e coletividades (BRASIL, 2006a).

Com tal propósito de melhorar o acesso universal e da integralidade dos cuidados prestados ao usuário, o Município de Iguatu dispõe de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, sendo referência na atenção secundária para os demais municípios da 18ª Região de Saúde do Estado.

A atenção primária realiza-se por intermédio do Programa Saúde da Família, que, no momento, conta com 36 equipes qualificadas e 25 cadastradas, sendo a carência de

profissionais médicos o principal motivo para o não cadastramento de 100% das equipes qualificadas.

O quadro abaixo evidencia a produção da atenção básica do Município, dirigida aos adolescentes, no período de abril a dezembro de 2010.

Quadro 2.: Consolidado de Atendimento ao Adolescente na Atenção Básica do Município de Iguatu-CE, de abril à dezembro de 2010.

| Demanda de Atendimento | Cadernetas Entregues 10 – 16 anos | 10 – 14 Anos | | 15 – 19 Anos | | Total Adolescentes Atendidos | Consulta Médica | Consulta Enfermagem | Consulta Outros Profissionais | SUBTOTAL | DIFERENÇA |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|------------------------------|-----------------|---------------------|-------------------------------|--------------|-----------|
| | | Mas | Fem | Mas | Fem. | | | | | | |
| Acompanhamento de Crescimento | 1017 | 563 | 785 | 226 | 344 | 1918 | 162 | 1695 | 46 | 1903 | -15 |
| Planejamento Sexual e Reprodutivo | 11 | 26 | 159 | 169 | 1227 | 1581 | 33 | 1370 | 49 | 1452 | -129 |
| Imunização | 06 | 351 | 433 | 296 | 495 | 1575 | 04 | 195 | 1368 | 1567 | -08 |
| Pré- Natal | 00 | 00 | 87 | 00 | 949 | 1036 | 232 | 812 | 00 | 1044 | +08 |
| DST | 00 | 00 | 18 | 14 | 63 | 95 | 33 | 40 | 18 | 91 | -04 |
| Queixa Gino / Urológica | 00 | 55 | 239 | 55 | 615 | 964 | 285 | 567 | 00 | 852 | -112 |
| Queixas Clínicas | 08 | 700 | 854 | 537 | 1388 | 3479 | 1879 | 1867 | 00 | 3746 | +267 |
| Odontológicas | 02 | 692 | 734 | 607 | 804 | 2837 | 33 | 128 | 1993 | 2154 | -683 |
| Nutrição | 00 | 42 | 18 | 08 | 33 | 101 | 01 | 13 | 56 | 70 | -31 |
| Transtornos Emocionais | 03 | 07 | 04 | 05 | 26 | 42 | 09 | 01 | 33 | 43 | +1 |
| Oficinas Educativas SPE | 02 | 01 | 07 | 09 | 05 | 22 | 00 | 04 | 00 | 04 | -18 |
| Hanseníase | 00 | 02 | 01 | 02 | 10 | 15 | 00 | 15 | 00 | 15 | |
| Papanicolau | 00 | 03 | 00 | 00 | 05 | 08 | 00 | 09 | 00 | 09 | +01 |
| TOTAL GERAL | 1049 | 2442 | 3320 | 1928 | 5964 | 13674 | 2671 | 6707 | 3563 | 12946 | |

Fonte: SESA – Iguatu-CE, 2010

Destaca-se o fato de que, no período de abril a dezembro de 2010, foram realizados 12.946 atendimentos pela atenção primária. Dentre esses atendimentos, constata-se que foram realizados 1903 acompanhamentos de crescimento na faixa etária de dez a 19 anos. Desse total, 1398 (70%) foram realizados em adolescentes de dez a 14 anos; de 15 a 19 anos, existe um decréscimo de atendimentos, com apenas 570 (30%).

Já nas ações de imunizações foram realizadas 1575, sendo 784 e 791, respectivamente, para as idades de dez a 14 e 15 a 19, demonstrando procura de 50% cada qual.

Observa-se que a demanda por ações de pré-natal na faixa etária de dez a 14 foi de 87 atendimentos, entre os 1036 realizados, sendo a maioria entre 15 e 19 anos, com 949 (92%).

Quanto às consultas dos profissionais médicos e de enfermagem, observa-se que, no atendimento de acompanhamento de crescimento, foram realizadas 162 (9%) consultas médicas e 1695 (89%) atendimentos de enfermagem e 46 (2%).

Outro dado que deve ser enaltecido são as consultas de planejamento sexual e reprodutivo, em que a enfermagem atendeu, do total de 1452, 1370 (94%), o médico com 33 (2%). Já nas ações de imunização, existe a predominância da consulta de outros profissionais, com 1368 (87%) dentre os 1567 atendimentos.

No pré-natal, dos 1036 atendimentos, 812 (78%) foram de consultas de enfermagem, enquanto as consultas médicas foram de 232 (22%).

Nos casos de doenças sexualmente transmissíveis, observa-se que foram atendidos 95, sendo a faixa de maior incidência a de 15 a 19 anos, com 77 (81%) e entre os adolescentes de dez a 14 anos com 18 (19%) casos.

Quanto as queixas ginourológicas, foram atendidas 964 adolescentes, sendo de dez a 14 anos, com 294 (30%), e de 15 a 19 anos, 670 (70%). Nas queixas clínicas, foram realizados 3479 atendimentos, sendo 1554 (45%) na idade de dez-14 anos e 1928 (55%) de 15-19 anos. Nas 3476 consultas realizadas, 1879 (50%) foram realizadas pelos profissionais médicos e 1867 (50%) foram consultas de enfermagem.

No atendimento odontológico de 2837, houve a procura de 1426 de dez a 14 anos e 1411 de 15 a 19 anos, ambos com 50% de atendimento para cada um.

Entre 42 casos de transtornos mentais, oito foram entre os adolescentes de dez a 14 anos e 31 foram de 15 a 19 anos, tendo maior atendimento outros profissionais, com 33 (79%) e por médico com nove (21%).

No período, ocorreram 15 atendimentos de adolescentes de dez a 19 anos com hanseníase, sendo 12 na faixa etária de 15 a 19 anos e três casos entre dez a 14 anos.

A prevenção de câncer de colo por meio do exame de Papanicolau foi de apenas oito casos, entre adolescentes de dez a 19 anos.

O Ministério da Saúde (MS), comentando sobre a gravidez na faixa etária de dez a 19 anos, apresentou estudos:

[...] que apontam aumento de 26% da taxa de fecundidade entre adolescentes, desde a década de 1990, e que apontam que “os índices de atendimento do SUS demonstram o crescimento do número de internações para atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos. As internações por gravidez, parto e puerpério correspondem a 37% das internações entre mulheres de 10 a 19 anos no SUS. (BRASIL, 2006b).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), a gravidez é “um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange a pré-adolescência (faixa etária de dez a 14 anos) e a adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19 anos)”. (OLIVEIRA et al, 2009, p.14).

Desta forma, entendem os autores Silva e Santos (2010, p.22-37) que a Promoção da Saúde implica um [...] “processo de produção do saber e das ações, tanto na área da saúde quanto na área de políticas públicas, por meio da construção e gestão compartilhada”.

Continuando, os autores enfatizam a importância que sejam produzidas ações de saúde intersetoriais com outros setores do governo e da sociedade, onde a tônica seja as estratégias de participação de todos os agentes sociais no processo de cuidar dos adolescentes e jovens, como meio de alcançar a integralidade dessa assistência.

Ainda no que concerne a questão da gravidez o quadro 3 demonstra a procura dos adolescentes por métodos anticoncepcionais

Quadro 3.: Movimentação de métodos anticoncepcionais para adolescentes, de abril a dezembro de 2010 /Iguatu-CE

| MÉTODOS DISTRIBUÍDOS | 10 à 14 anos | 15 à 19 anos | Total do mês |
|-----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Preservativos masculinos | 248 | 2339 | 2587 |
| Anticoncepcional oral | 93 | 1690 | 1783 |
| Anticoncepcional injetável | 04 | 161 | 165 |
| Total | 345 | 4190 | 4535 |

Fonte: SESA – Iguatu-CE, 2010

Observando-se o quadro da movimentação de métodos anticoncepcionais para adolescentes no Município de Iguatu, no período de abril a dezembro de 2010, percebemos que foram realizadas 4535 distribuições de métodos. Desse total, a maior demanda é de adolescentes de 15 a 19 anos, com 4190, seguidos de 345 entre os adolescentes de dez-14 anos. Entre os tipos de métodos, o mais procurado foi o preservativo masculino, com 2339 entre adolescentes de 15 a 19 anos e de 248 de dez a 14 anos, seguidos do anticoncepcional oral, com 1690 entre adolescentes de 15 a 19 anos.

A atenção primária de saúde passa a fazer parte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a Promoção e Proteção da Saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2007a).

Na concepção de Starfield (2002), a atenção básica, representa [...] o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde [...], permitindo o fácil acesso dos usuários aos bens e serviços de saúde e assim, uma assistência sistemática.

A atenção básica, considerada a principal porta de entrada no sistema de saúde, tem na Estratégia de Saúde da Família os elementos essenciais para a concretização dos princípios da intersetorialidade e integralidade, que objetivam, em última análise, a Promoção da Saúde e prevenção de doenças, no enfrentamento e superação das práticas hegemônicas do modelo curativo e de reabilitação de doenças (BRASIL, 2006c; BODSTEIN, 2002, p.401-412).

O trabalho da Estratégia de Saúde da Família junto à comunidade requer uma equipe multiprofissional capacitada para promover ações intersetoriais governamentais e não governamentais, buscando a promoção de um cuidado integral ao usuário, seja individualmente, ou dentro de sua família e comunidade (LENTSCK et al, 2010; SANTOS et al, 2008).

Para Almeida e Mishima (2001, p.150-153), o processo de trabalho dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família deve perpassar de um trabalho técnico verticalizado e hierarquizado para ações que visem a interação social entre todos os profissionais da equipe multiprofissional, com maior horizontalidade e flexibilidade entre os diversos saberes e experiências, permitindo maior autonomia e inventividade dos profissionais e usuários

A Estratégia Saúde da Família tem como foco principal a atenção integral à família, almejando a substituição das práticas assistenciais dirigidas prioritariamente ao diagnóstico e tratamento de doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde, na integralidade, por meio da vinculação da Equipe Saúde da Família à rede de serviços, de forma que seja garantida a atenção integral aos indivíduos e famílias e, por último, seja assegurado o sistema de referências e contrarreferências, para outros setores da saúde e instituições governamentais e não governamentais que prestem atenção aos usuários do SUS (BRASIL, 2009b; MERHY, 2007, p. 56-65).

Desta forma, a Estratégia Saúde da Família, fundamentada pelos princípios do SUS potencializa a integralidade na assistência e a criação de vínculos e corresponsabilização entre profissionais e serviço de saúde e a população. Nessa direção, o desafio expresso para os gestores é implementar uma política com base nos princípios da integralidade e intersetorialidade, que proporcione o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e parceria pactuadas quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde (BRASIL, 2006a).

Nessa perspectiva, são implementadas no Município de Iguatu ações intersetoriais de atenção ao grupo adolescente, priorizando a Promoção da Saúde e, dessa forma, buscando a integração entre os serviços de saúde e a escola, bem como entre outros setores da política social.

Já a atenção secundária do Município é composta pelo Hospital Regional de Iguatu, com urgência e emergência, uma maternidade filantrópica com credenciamento do SUS, dois hospitais particulares, um Hemocentro da rede estadual e um Centro de Hemodiálise.

Dentre as principais causas de internações de adolescentes e jovens no Hospital Regional de Iguatu, encontram-se relacionados no quadro 4 que ficou assim organizado:

Quadro 4.: Principais causas de internação no Hospital Regional de Iguatu, no período de Janeiro a Dezembro/2010

| CODIGO | DESCRIÇÃO | FAIXA ETÁRIA | | | | TOTAL |
|------------|---|--------------|-----------|-----------|------------|------------|
| | | 10 a 14 | | 15 a 19 | | |
| | | MAS | FEM | MAS | FEM | |
| 0310010039 | Parto normal | 0 | 17 | 0 | 205 | 222 |
| 0411010034 | Parto cesariano | 0 | 13 | 0 | 167 | 180 |
| 0407020039 | Apendicectomia | 33 | 15 | 27 | 20 | 95 |
| 0303140151 | Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe) | 17 | 10 | 9 | 5 | 41 |
| 0411020013 | Curetagem pós-abortamento / puerperal | 0 | 2 | 0 | 37 | 39 |
| 0408020423 | Tratamento cirúrgico de fratura diafisaria de ambos | 17 | 0 | 12 | 1 | 30 |
| 0413040178 | Tratamento cirúrgico de lesões extensas c/ perda d | 4 | 4 | 8 | 6 | 22 |
| 0303150050 | Tratamento de outras doenças do aparelho urinário | 0 | 3 | 2 | 10 | 15 |
| 0303100044 | Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez | 0 | 2 | 0 | 11 | 13 |
| 0407040161 | Laparotomia exploradora | 2 | 4 | 4 | 1 | 11 |
| 0303010061 | Tratamento de doenças infecciosas e intestinais | 3 | 5 | 1 | 0 | 9 |
| | TOTAL: | 98 | 87 | 80 | 469 | 734 |

Fonte: SESA/CORAC/NUICS – Sistemas de Informações Hospitalares – SIH/SUS

Analisando as 734 principais causas de internações realizadas pelo Hospital Regional de Iguatu, foi possível destacar o fato de que houve internações significativas quanto

ao parto normal, com 222, sendo que 17 (8%) foram de adolescentes de dez a 14 anos e 205 (92%) de 15 a 19 anos; o parto cesáreo registrou 180 internações, sendo 13 (7%) entre adolescentes de dez a 14 anos e 167 (93%) entre 15 a 19 anos. O somatório de partos normais com os cesáreos perfaz um total de 402 (55%), dentre as 734 internações no período de janeiro a dezembro de 2010.

Estes dados evidenciam a alta ocorrência de gravidez na adolescência devendo-se demarcar as 39 internações de adolescentes em decorrência de curetagem pós-abortamento puerperal, sendo duas entre adolescentes de dez a 14 anos e 37 na faixa etária de 15 a 19 anos, potencializando a necessidade de implementação de ações de Promoção de Saúde, como objetiva o Programa de Saúde Escolar.

Como hospital de referência, o Hospital Regional de Iguatu recebeu, dentre as 734 internações no período de janeiro a dezembro de 2010, 292 (40%) internações referenciadas pelos nove municípios da Região Centro Sul, sendo os principais municípios referenciadores: Cariús, com 21 partos normais e dois cesáreos; Jucás, com 15 partos normais e 12 cesáreos; Mombaça, com 27, sendo 14 partos normais e 13 cesáreos e Quixelô, com 25, sendo dez partos normais e 15 cesáreo.

Como suporte para a atenção básica, o Município conta com as ações de Vigilância à Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Centro de Controle de Zoonoses, Laboratório de Medicamentos Fitoterápicos, Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Saúde Médico para Atendimentos Especializados, Centro Microrregional de Atenção Especializada à Saúde Reprodutiva e Sexual, Serviço de Atendimento Especializado às DST/HIV/AIDS, Central de Assistência Farmacêutica e um Centro de Reabilitação Física. O sistema de saúde dispõe de laboratório municipal, convênios com laboratórios particulares e com o Laboratório Central (LACEN).

Ressalta-se que o Município ainda conta com uma rede de Atenção à Saúde Mental: CAPS III, CAPS ad, CAPS infantil, Residência Terapêutica e dois leitos no Hospital Regional para casos de internações emergenciais.

De acordo com Waiselfisz (2011, p. 10-15) as principais causas externas dos internamentos, o acidentes de transito, homicídios e suicídios que são responsáveis por 75% das mortes de adolescentes do sexo masculino, na faixa etária entre 15 a 19 anos, enquanto o sexo feminino, dentro da mesma faixa de idade é de 40%. Outras causas, como atropelamentos, vítimas de colisões entre veículos, uso de bicicletas e skates em espaços inadequados, atingem principalmente adolescentes entre dez a 14 anos.

Além disso, cumpri apreciar que, nos atos de enfermagem “[...] o acolhimento humanizado aos adolescentes de modo a garantir um ambiente terapêutico de confiança e vínculo, até mesmo para facilitar a adesão da gestante no pré-natal e a participação do parceiro”. (SILVA et al, 2010, p. 67).

Nessa perspectiva, são implementadas no Município de Iguatu ações intersetoriais de atenção ao grupo adolescente, priorizando a Promoção da Saúde e, dessa forma, buscando a integração entre os serviços de saúde e a escola, bem como entre outros setores da política social.

Além da Educação de Jovens e Adultos, o Município aderiu ao Programa Brasil Alfabetizado, do MEC, com o objetivo de reduzir paulatinamente a taxa de analfabetismo relativo à faixa etária de 15 anos acima (30,79%), segundo censo 2000, exprimindo-se como um desafio para os próximos anos a erradicação do analfabetismo adulto. Conforme o quadro abaixo, várias ações são desenvolvidas no Município para a população de adolescente:

Quadro 5.: Ações desenvolvidas pelo Município de Iguatu junto aos adolescentes

| Programa | Objetivo |
|---|--|
| Adolescente para Adolescente: abc da saúde | Formar multiplicadores de educação em saúde entre os adolescentes nas escolas públicas do município; |
| Projeto Adolescência Saudável | Viabilizar atendimento ambulatorial diferenciado uma vez por semana em 22 UBSF |
| Cursinho Força Jovem Programa Bolsa Universidade | Viabilizar o Acesso dos Jovens à Universidade |
| Projeto Primeiros Passos | Favorecer a inclusão produtiva do adolescente |
| Implantação do Centro de Ação Jovem (CAJ) | Facilitar o desenvolvimento de grupos de adolescentes e jovens favorecendo o seu empoderamento, criando uma rede de informação que fortaleça o auto-cuidado; |
| Estação Juventude Escola de música Eleazar de Carvalho Festival de Câmara Natal de Luz | Oferecer programas de cultura e expressão artística para adolescentes e família; |
| Mobilização e criação de grêmios estudantis nas escolas da rede municipal | Ampliar a participação de adolescentes na gestão escolar; |
| Manutenção de dois Centros de | Estruturar serviço de Assistência as famílias em situação de |

| | |
|--|---|
| Referência de Assistência Social (CRAS) Estruturação de Projeto de Geração de Emprego e Renda Ações sócio-educativas às Famílias – ASEF | vulnerabilidade Social; |
| Assistência Psicossocial às crianças e adolescentes no abrigo domiciliar; Funcionamento do Conselho Tutelar; Funcionamento do Conselho dos Direitos da Criança e Adolescente | Propiciar medidas de proteção à crianças e adolescentes com direitos violados; |
| Implantação do Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS; Instalação de um Disque Denúncia; Implantação do Projeto Sentinela; Implantação do Projeto Transforme; Capacitação dos profissionais para formar a rede de proteção às vítimas de violência e exploração social; Implantação das comissões de maus-tratos nos PSF e HRI; | Estruturar serviços de assistência a criança, adolescente, mulheres e idosos, vítimas de violência e exploração sexual; |

Fonte: Nascimento (2009)

Em 2002, o Ministério da Saúde, quando da implementação das ações de Promoção da Integralidade da Saúde, deixa evidenciada a adoção da intersetorialidade como estratégia de governo, tendo em vista que estas ações impelem para um novo modelo de liderança que contemple a defesa da saúde como um direito social, que exige diálogo amplo e essencial com os setores produtivos da sociedade, com as organizações comunitárias e demais meios de comunicação, visando um pacto pela saúde, dentro da concepção de qualidade vida e não somente como ausência de doenças (BRASIL, 2002a).

Portanto, a integração entre a Estratégia Saúde da Família e a Escola é condição importante para as estratégias do diálogo, da aprendizagem e para as trocas de saberes interdisciplinares e multiprofissionais, na busca da Promoção da Saúde dentro do modelo da vigilância em saúde, como preconizam o Programa de Saúde Escolar e o modelo das tecnologias leves (BRASIL, 2006c).

Igualmente, é preciso pensar o cuidado integral ao usuário, em qualquer idade, refletir na formulação da intersetorialidade, da acessibilidade, da equidade, da democracia, da referência e contrarreferência, da participação do usuário como coadjuvante do seu processo de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Significa a percepção de que a realidade não é captada na sua totalidade pelos agentes sociais do processo de trabalho em saúde e, portanto, a integralidade é dependente da parceria negociada entre todos os sujeitos deste processo.

Segundo Buss (2003, p.38), “as pedras angulares da promoção da saúde são a cooperação intersetorial e a participação da população que requerem o apoio das estratégias educativas”. Com efeito, as instituições de saúde e de educação assumem importante papel na aquisição de conhecimentos interdisciplinares, de novas práticas de pensar, planejar e produzir cuidados integrais em saúde aos adolescentes escolares, no momento em que no mesmo espaço físico, reúnem diferentes expectativas, interesses e agentes sociais (usuário, profissionais de saúde e educação, gestores e gerentes).

Nessa perspectiva, entende-se que as práticas intersetoriais na busca da Promoção em Saúde, no cotidiano escolar, são possíveis, pois, durante o processo de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e da Educação, ocorre uma efervescente rede de relações entre eles, permitindo um aprendizado, que favorece uma prática solidária e negociada que concorre para a geração de mudanças na realidade socioeconômica, cultural e de políticas públicas desses adolescentes.

Dentro da idéia de Educação em Saúde participativa, os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família devem valorizar as trocas interpessoais e as iniciativas dos usuários, tendo como estratégias o diálogo e as tecnologias relacionais, visando à compreensão e explicação do saber do senso comum dos adolescentes sobre o processo saúde-doença.

Por isso, a Estratégia de Saúde da Família há que procurar articulação com toda a rede de serviços das comunidades para a tomada de decisões integradas a fim de apresentar solução das necessidades e demandas dos adolescentes escolares.

O protagonismo das Estratégias Saúde da Família na consecução do modelo assistencial da vigilância em saúde, com enfoque no modelo relacional de assistência e na Educação em Saúde participativa, com temas de saúde para promoção, prevenção de danos, agravos com os adolescentes, utilizando-se de debates de temas transversais, será uma estratégia importante para a vigilância em saúde e, conseqüentemente, para a ampliação da Promoção de Saúde.

Assim, a Promoção de Saúde, por meio de ações integradoras da Estratégia Saúde da Família com as escolas, deve ter como foco os processos educativos que tenham como eixos estruturantes a constituição de vidas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde e à qualidade de vida.

A educação, por sua vez, deve ser compreendida pelos profissionais da Saúde da Família como profissionais da equipe multiprofissional como o conhecimento incompleto e histórico, resultante do processo de interação e cooperação entre os diferentes sujeitos que carregam cultura, experiências, interesses, valores, crenças e atitudes singulares e plurais em um dado momento. (BRASIL, 2002a, p. 534).

Nesse contexto de parceria entre a Equipe de Saúde da Família e a escola é que surge a Política Nacional de Saúde Escolar. Esta política exige de todos os agentes sociais envolvidos na intersetorialidade, uma prática dialógica, de escuta e de vínculo durante o cuidado integral ao adolescente, abrindo espaços para as trocas de saberes científicos e populares, circunscritos às histórias de vida, à produção de conhecimentos e de uma “educação libertadora”, que inclua os direitos garantidos formalmente na Constituição Federal de 1988, no Sistema Único de Saúde e no Estatuto da Criança e do Adolescente, percebidos como coadjuvantes na elaboração de conhecimentos e atitudes (BRASIL, 1990; FREIRE, 2002).

2.3 O Programa de Saúde Escolar e as Tecnologias Leves em Saúde

Para a elaboração de políticas públicas voltadas para o grupo adolescente, especificamente o Programa Nacional de Saúde Escolar, o Ministério da Saúde levou em consideração o crescimento do número de mortes decorrentes de violência por causas externas, entre jovens de 16 a 19 anos, que atinge o quantitativo de 16.133 mil. Entre as causas externas, se encontram as agressões (6865), os acidentes de transportes, com 3.847

casos, os afogamentos, com 1.743 mortes, eventos não determinados, com 1.515 mortes, e 698 suicídios (BRASIL, 2002a).

Os dados epidemiológicos referentes aos adolescentes em 2010 apontam que o perfil é marcante quanto ao risco que os adolescentes jovens têm de morte por acidentes de transporte terrestre, suicídios e homicídios; e que as taxas de mortalidade entre os jovens de 15 aos 19 anos por homicídios aumenta expressivamente, atingindo seu pico na faixa dos 20 aos 39 anos (BRASIL, 2010a).

O Ministério ateu-se também à taxa de hospitalização de adolescentes pelo SUS: 883,6 internações por causas externas, representando cerca de 8% do total de internações (foi o quinto maior motivo de hospitalizações). O maior percentual de internações provocadas por acidentes ocorrem, principalmente, entre os homens, em especial o grupo de adultos jovens, em que o risco é 2,4 vezes maior do que entre as mulheres (BRASIL, 2010a).

Os custos das internações hospitalares por causas externas, segundo pesquisa realizada nos bancos de dados do Ministério da Saúde, isto é, nos registros das guias de autorização de internamento hospitalar (AIHs), representaram cerca de 1% do total de gastos com a saúde pública no Brasil no período 1998-2004 (RODRIGUES et al, 2009).

Outro indicador importante é o da maternidade precoce. No Brasil, a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes. Nos dias de hoje há três vezes mais garotas de menos de 15 anos grávidas do que na década de 1970. (BRASIL, 2006b).

Essa gravidez na adolescência pode provocar complicações tanto para ela como para o bebê, onde a porcentagem de nascimentos de recém-nascidos de baixo peso é muito maior quando a mãe é adolescente (GAMA et al., 2001).

Outros fatores que contribuem para essas estatísticas alarmantes de saúde é o estilo de vida dos adolescentes, estritamente conectado ao seu mundo social, e tem influência sobre as condições de sua saúde e desenvolvimento biopsicossocial, econômico, cultural e político.

O panorama de desigualdades sociopolíticas e socioeconômicas em que está inserida grande parte da população brasileira, entre elas os adolescentes, aponta para os riscos de adoecer e morrer pela vulnerabilidade a que estão expostos. Ante esse quadro preocupante para a saúde pública, e na ciência de que os sistemas de ensino abrigam em seus espaços físicos aproximadamente 62% de adolescentes e jovens entre dez e 24 anos de idade, o governo procura estabelecer parcerias entre a saúde e a escola. Assim é que, em 2001, foi elaborada a Portaria Interministerial 766/GM, criando os Parâmetros Curriculares Nacionais

em ação – com temas transversais em saúde e orientação sexual, que estabelece o pacto entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, passo importante na implementação de uma ação integradora com a escola e demais instituições públicas, privadas e com a sociedade em geral [...] (BRASIL, 2002b, p. 534).

Dentre os avanços históricos das políticas públicas em 2006, a Política Nacional da Saúde retoma o debate político em torno de ações intersetoriais, em prol da promoção da saúde da população escolar, substituindo um processo de trabalho focado na doença e na sensibilidade do usuário pelo cuidado com a saúde, por um conceito de saúde como qualidade de vida, objetivando a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde, provindos dos vários causadores e condicionantes, dentre estes [...] “o estilo de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais [...]” (BRASIL, 2006c, p. 7-8).

Esta política confirma a necessidade de uma nova atitude por parte dos profissionais, que envolve a cooperação entre saúde e educação e demais instituições de governo, como maneira de estimular a intersetorialidade, o compromisso ético com a integralidade da atenção de todos os agentes sociais, e promovendo a transformação do quadro de visíveis e gritantes desigualdades sociais.

Para incorporação de novos conhecimentos, habilidades relacionais e de comunicação, concebe-se a escola como um espaço marcante para a vida dos adolescentes, pois, no seu interior, ocorrem todos os tipos de aprendizagem, inclusive os de saúde e relacionamentos entre as pessoas que lá convivem. Mesmo se reconhecendo a importância do espaço físico, social e político da instituição escolar para o desenvolvimento de pessoas, também não se pode deixar de mencionar que a “escola para todos os brasileiros” ainda está longe de ser realidade. Ainda faltam políticas e meios que assegurem na prática o direito à educação. O acesso à escola como um princípio e direito humano deve ser perseguido por toda a sociedade civil e cobrado do Estado, que deve organizar suas estruturas institucionais para que se materialize esse direito no mundo da prática.

Dando continuidade à implantação de políticas intersetoriais, voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes, em junho de 2008 foi lançado o Programa Nacional de Saúde na Escola (PNSE), resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, e que tem como objetivo reforçar a prevenção à saúde dos alunos brasileiros e estabelecer uma cultura de paz nas escolas.

O programa está estruturado em quatro blocos. O primeiro consiste na avaliação das condições de saúde, envolvendo estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e

diabetes, saúde bucal (controle de cárie), acuidade visual e auditiva e, ainda, avaliação psicológica do estudante. O segundo trata da Promoção da Saúde e da prevenção, que trabalhará as dimensões da elaboração de uma cultura de paz e combate às diferentes expressões de violência, consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Também neste bloco há uma abordagem à educação sexual e reprodutiva, além de estímulo à atividade física e práticas corporais.

O terceiro bloco do programa é voltado à educação permanente e à capacitação de profissionais e de jovens. Essa etapa está sob a responsabilidade da Universidade Aberta do Brasil, do Ministério da Educação, em interface com os Núcleos de Telessaúde, do Ministério da Saúde, e observa os temas da saúde e constituição das equipes de saúde que atuarão nos territórios do Programa de Saúde Escolar.

O último bloco prevê o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes por intermédio de duas pesquisas. A primeira é a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que cobre, além de outros, todos os itens da avaliação das condições de saúde e perfil socioeconômico das escolas públicas e privadas nas 27 capitais brasileiras. O resultado dessa pesquisa servirá para que as escolas e as equipes de saúde tenham parâmetro para a avaliação da comunidade estudantil. A segunda pesquisa será o Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica), elaborado e aplicado no contexto do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) desde 2005. Essa sondagem consiste em cinco questões ligadas mais diretamente ao tema DST/AIDS.

O tempo de execução de cada bloco será planejado pela Equipe de Saúde da Família, levando em conta o ano letivo e o projeto político-pedagógico da escola. As ações previstas no Programa de Saúde Escolar serão acompanhadas por uma comissão intersetorial de educação e de saúde, formada por pais, professores e representantes da saúde, que poderão ser os integrantes da equipe de conselheiros locais.

Assim sendo, o programa Saúde Escolar fundamenta-se nos princípios ideológicos nos quais está ancorada a Estratégia Saúde da Família: a intersetorialidade, a promoção da saúde por meio de tecnologias leves e a integralidade da assistência no sentido da vigilância em saúde.

Essa parceria entre a escola e a Equipe de Saúde da Família, estabelecida mais recentemente pelo Programa de Saúde Escolar, exige de todos os agentes sociais uma prática dialógica, de escuta e de vínculo durante o cuidar integral ao adolescente, abrindo espaços para as trocas de saberes científicos e populares, circunscritos às histórias de vida, à produção

de conhecimentos e de uma “educação libertadora”, que inclua os direitos garantidos formalmente na Constituição Federal de 1988, no Sistema Único de Saúde e no Estatuto da Criança e do Adolescente, percebidos como coadjuvantes na elaboração de conhecimentos e atitudes (BRASIL, 1990; FREIRE, 2002).

Assim, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com vistas a lograr êxito na atenção integral da saúde, propõe a utilização de técnicas e métodos participativos, como os estipulados pelo Sistema Único de Saúde, modelo de vigilância em saúde, promoção de saúde e tecnologias leves, que ultrapassem a definição de espaço físico de escola e envolvam pais, professores e comunidades. Metodologias dessa natureza devem permear todas as atividades, tais como diagnóstico das necessidades de saúde da população escolar; desenvolvimento curricular de forma integrada; preparação de material didático; formação permanente de professores e funcionários; investigação, seguimento e avaliação das atividades desenvolvidas e difusão de informações sobre os avanços e desafios encontrados (BRASIL, 2006a).

Portanto, a integração entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a escola é condição importante para as estratégias do diálogo, da aprendizagem e para as trocas de saberes interdisciplinares e multiprofissionais, na busca da Promoção da Saúde dentro do modelo da vigilância em saúde, como preconizam o Programa de Saúde Escolar e o modelo das tecnologias leves (BRASIL, 2006c).

Merhy (2002, p.50-51) classifica as tecnologias em saúde em leves, leves-duras e duras. As tecnologias leves ou relacionais. As tecnologias leves envolvem um relacionamento horizontalizado sujeito-sujeito, entre os profissionais e os adolescentes e demais usuários, tendo como estratégias o acolhimento, o vínculo, a escuta, a responsabilização mútua de ambos os sujeitos e participação dos adolescentes na solução das necessidades e do seu projeto terapêutico. As leve-duras são as referentes aos conhecimentos, como a clínica, a epidemiologia, as normas e protocolos. Já as tecnologias duras são compostas por todo o aparato tecnológico de equipamentos, estrutura física e a organização do sistema de saúde.

No sentido de organização das práticas, o modelo relacional proposto por Merhy (2007), Franco; Magalhães Junior (2003), entre outros autores, requer uma certa horizontalidade dos programas, com a participação e escuta dos usuários e a necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea, ensejando oportunidades para a aplicação de protocolos diversos, como o de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005).

A crença do poder revolucionário da utilização das estratégias de escuta, acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia, ensinadas pelas tecnologias leves, remete para uma certeza teórica de que a garantia da integralidade depende do poder de autogoverno dos trabalhadores de saúde, no momento da produção do cuidado, assim como dos administradores, gestores e executivos (MERHY; FRANCO, 2003).

Este modelo centrado no usuário como sujeito ativo do seu projeto terapêutico requer profissionais que queiram a inversão do modelo que responde à lógica e aos interesses do capital, tencionando-os para um processo de trabalho, incorporando as tecnologias duras e leves-duras de alto custo, mesmo que tenha que contrariar o preceito maior, que é a vida (MERHY, 2000, p. 109-116).

Na produção do cuidado integral ao adolescente na escola, a equipe de Estratégia Saúde da Família deve desenvolver um processo relacional com base no encontro dos adolescentes como sujeitos. Neste, ocorre um trabalho vivo em ato, no exato momento em que o profissional de saúde realiza a produção do cuidado (MERHY, 1997; FRANCO, 2006).

A energia eletrizante que a prática do modelo assistencial, fulcrada nas tecnologias relacionais, descarrega sobre cada um dos trabalhadores de saúde, no momento impar do encontro com o outro (usuário), é por vezes de definição difícil em simples palavras, pois a relação entre o “eu” e o “nós” ou outro acontece numa sutileza de aprendizados, nem sempre visíveis às retinas de cada um, com seu jeito de ser, de viver, de afetar e ser afetado (de dominar e ser dominado). (ROLNIK, 2006).

Assim, as tecnologias leves são processos que envolvem várias dimensões do trabalhador de saúde e do usuário dentro de fluxos circulares, de troca e parceria, impulsionados pela força e poder do trabalho vivo em ato.

Todos os profissionais que vão à cena implicados com a produção da saúde governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre com origem em contratualidades entre estes agentes sociais e políticos. Mesmo que esta pactuação ocorra sob forte tensão, a forma de organização da assistência é produto dela.

Na atualidade o processo de trabalho os profissionais de saúde, é realizada de forma fragmentada executando seus procedimentos seguindo as orientações contidas em protocolos e seus conhecimentos científicos e técnicos, dentro de uma estrutura física composta de uma cultura organizacional. É um processo de trabalho onde mesmo acontecendo na mesma unidade de produção, seja na Unidade Básica, seja no hospital, como na recepção, salas de imunização e consultas, as ações são separadas por profissional, levando

assim, ao cuidado dividido, sem a percepção do ser humano na sua integralidade e, portanto, sem a humanização requerida pelo Sistema Único de Saúde e pelo Programa de Saúde Escolar. (FRANCO, 2003; BRASIL, 2005).

Para incorporação desses novos conhecimentos, habilidades relacionais e de comunicação, concebe-se a escola como um espaço marcante para a vida dos adolescentes, pois no seu interior ocorrem todos os tipos de aprendizagem, inclusive os de saúde e relacionamentos entre as pessoas que lá convivem. O acesso à escola como um princípio e direito humano deve ser perseguido por toda a sociedade civil e cobrado do Estado, que deve organizar suas estruturas institucionais para que se materialize esse direito no mundo da prática.

A escola é uma das primeiras instituições onde o jovem entra após a família, portanto, um local eminentemente rico, pela imensidão de seus saberes, o que contribuirá para a sua formação e identidade. Nela são criados e conquistados amigos, que visualizam seus interesses, sonhos e idealizam seu futuro. Somente concebendo a adolescência de forma multidimensional é que se pode perceber a riqueza de se trabalhar a saúde no cotidiano coletivo da escola.

A política de saúde, preconizada pelo Programa Saúde na Escola (PSE), *reconhece o espaço escolar como privilegiado para práticas promotoras de saúde*. (BRASIL, 2007b).

Para o Ministério da Saúde, em busca das mudanças necessárias para a Promoção da Saúde e da cidadania exige o esforço de desencadear ações de Educação em Saúde que operem no sentido de ampliar a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos.

A integralidade do cuidado à saúde e a humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) representam campos nos quais é possível constituir a autonomia das pessoas como cidadãos, como usuários do sistema de saúde e como centro de todo o processo de organização das práticas, pois possibilitam o encontro entre a necessidade e o desejo da população, com a lógica que orienta e preside as respostas institucionais. (BRASIL, 2009a).

Por tudo isso, é que se necessita de uma Educação em Saúde transformadora e emancipadora que perpassa a educação tradicional, esta denominada por Freire (...) de “bancária”, onde não ocorrem mudanças, pois é intervencionista, por não permitir a reflexão e o diálogo entre o profissional e o sujeito sobre sua vida, necessidades e problemas (FREIRE, 1998, p. 58).

Para o autor, o profissional de saúde precisa conhecer o ser em sua totalidade, para que realize uma análise correta, no sentido de identificar o seu conhecimento sobre determinado conteúdo a ser discutido, descobrindo seus mitos, princípios e medos.

Assim, o autor demonstra a necessidade da integralidade no ato de cuidar do outro e de si próprio dentro dos construtos da prática dialógica durante a produção do cuidar integral ao adolescente, promovendo a saúde deles, tendo-os como protagonistas desse processo de elaboração de conhecimento, atitudes, comportamentos e desejos impulsionadores das mudanças sociais que merecem como cidadãos livres.

No mesmo sentido, retorna-se a Freire (1997, p.117), quando enfatiza a necessidade urgente de uma ruptura do modelo hegemônico, por meio de uma educação transformadora, Onde o educador, profissionais de saúde e instituições todos agentes políticos despertem nos adolescentes e jovens o seu papel como agente de transformação social e assim, possa ter acesso ao empoderamento de seus direitos como cidadão.

Ao abordar as relações entre escola e a produção do conhecimento, José Saramago, apud Rosa (2001, p. 16), diz que “uma das finalidades do conhecimento produzido nas academias, ou escolas, é a emancipação, isto é, a construção de um conhecimento emancipatório, uma consciência crítica e ativa, uma ética de diálogo e participação”.

Acredita-se, ao contrário do modelo intervencionista de Estado regulador, em um modelo centrado no conceito na Promoção de Saúde, que envolve a integralidade na produção do cuidado ao adolescente escolar, visando como resultado final à sua cidadania e autonomia.

Segundo o Ministério da Saúde, a escola é conceituada como

[...] um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde entre crianças e adolescentes. Distingue-se das demais instituições por ser aquela que oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes: aqueles contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação, muitas vezes fragmentados e desconexos, mas que devem ser levados em conta por exercerem forte influência sociocultural; e aqueles trazidos pelos professores, constituídos ao longo de sua experiência resultante de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e se expressando em atitudes e comportamentos. (BRASIL, 2009b, p. 15).

Para Rocha et al (2008, p.17-43), para que ocorra a Promoção da Saúde ao cuidado integral do adolescente, considera-se que há necessidade de alianças entre saúde e escola, em que ambas as partes envolvidas trabalhem juntas para atingir um objetivo comum, resultando em benefícios para todos.

Para o Ministério da Saúde, o processo de trabalho na e com a escola é primordial para o êxito do Programa de Saúde Escola. Reconhece a escola como um espaço de dinâmica cultural e de referências muito importante para crianças e adolescentes, no qual, cada vez mais, desenvolvem experiências significativas de socialização e vivência comunitária. E, ainda, que a escola é considerada como o espaço de transição entre o universo mundo da casa e o mundo mais amplo. Portanto, a cultura escolar configura e é instituinte de práticas socioculturais (inclusive comportamentos) mais amplos que ultrapassam as fronteiras da escola em si mesma. Partindo desta compreensão, o Ministério justifica o Programa de Saúde na Escola, inserido e integrado no cotidiano e na cultura escolar, irradiando-se dessa forma para além dos limites da escola (BRASIL, 2009a, p. 15).

O Programa aponta a escola como o espaço privilegiado para o desenvolvimento das práticas, por compreender sua dimensão, dada a sua capilaridade e abrangência, e por ser um aliado importante para a concretização de ações de Promoção da Saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e à comunidade para a criação de ambientes saudáveis e consolidação de uma política intersetorial voltada para a qualidade de vida, pautada no respeito ao indivíduo e tendo como foco a formação de uma nova cultura da saúde (BRASIL, 2002b, p.533-5).

E, ainda, reconhece que os sistemas de ensino abrigam em seus espaços físicos aproximadamente 62% de adolescentes e jovens entre dez e 24 anos, realidade que reforça a urgente implantação/implementação do Programa de Saúde Escolar, pois estão inseridos como coadjuvantes na transformação da realidade econômica, política, histórico-cultural; representa, portanto, uma parcela relevante de responsabilidade na formação integral de sujeitos de direitos. Trata-se de um espaço institucional singular para a convivência social e de relações intersubjetivas favoráveis à Promoção de Saúde e à formulação de resposta social aos desafios expressos para a sociedade (BRASIL, 2005a, p.4).

O Programa de Saúde Escolar anuncia a importância da missão da escola acolhedora, enfocando a Promoção da Saúde e o cuidado integral ao adolescente, por meio da intersetorialidade, com a escola e, também, com outros espaços sociais, onde ela desempenha ação determinante no processo de formação dos adolescentes e jovens na construção da sua autonomia, cidadania e inclusão nas políticas públicas. Logo, a escola tornar-se o local impar para a implementação de ações de promoção da saúde para os adolescentes e jovens (DEMARZO; AQUILANTE, 2008, p.10).

O Programa de Saúde Escolar, indica no dispositivo 3º as equipes de Saúde da Família como a estratégia integradora e de articulação permanente entre as políticas e ações de saúde e educação, tendo por eixo norteador a participação da comunidade escolar.

No artigo 4º, o Programa de Saúde Escolar estabelece ações para a promoção, prevenção e assistência em saúde, incluindo inclui 17 atividades que vão desde avaliação clínica, avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável, todos os tipos de avaliação (auditiva, saúde bucal, oftalmológica), prevenção de drogas, redução da morbimortalidade por acidentes e violência, educação permanente e inclusão de temáticas de Educação em Saúde no projeto político-pedagógico das escolas, entre outras (BRASIL, 2009a).

A prática das ações de Promoção da Saúde por intermédio da participação efetiva e ética das equipes de Saúde da Família ampliará o impacto sobre a educação, a saúde e a qualidade de vida (das crianças) dos adolescentes escolarizados.

Igualmente, as equipes da Saúde da Família podem participar ativamente no processo de educação permanente e continuada em assuntos transversais e os atinentes à saúde da comunidade escolar com um todo (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2004).

Em contrapartida, a escola poderá instrumentalizar os profissionais de saúde sobre a metodologia e abordagens pedagógicas e educacionais, que, por certo, auxiliarão durante o processo de educação e na comunicação em saúde junto ao universo dos adolescentes (BRASIL, 2009b, p. 16 e 2006a).

Com efeito, o Programa de Saúde Escolar reúne tanto estratégias interventoras e principalmente, articuladoras, já que se fundamentam nos princípios do Sistema Único de Saúde, entre eles universalidade, intersetorialidade, integralidade e participação ativa de todos os sujeitos individuais ou coletivos, buscando concretizar na realidade prática a Promoção da Saúde e, conseqüentemente, qualidade de vida, autonomia e cidadania dos usuários em todas as fases da vida.

Enfim, entende-se que, para o fortalecimento deste Programa, é necessário buscar-se maior alinhamento com modelos de Promoção da Saúde com o uso das tecnologias relacionais e a disseminação das informações em saúde por meio da Estratégia Saúde da Família.

3 TRAJETO METODOLÓGICO

“A Verdade é sempre a realidade interpretada”

Oswald de Andrade

3.1 Tipologia da Pesquisa

A decisão por uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, foi fundamentada na compreensão do objeto deste estudo, que foca a análise das ações e estratégias da produção do cuidado aos adolescentes de três escolas pertencentes ao Município de Iguatu-CE.

Os postulados da pesquisa qualitativa foram adotados neste estudo por entender-se que a abordagem qualitativa amplia o esquema explicativo, ao trabalhar com um universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, abrangendo um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos não captados por outro tipo de abordagem (MINAYO, 2010, p.62-70).

Também a pesquisa qualitativa externa contribuições no processo de mudança, possibilita a criação ou forma opiniões de determinado grupo, assim como permite a interpretação de características específicas dos comportamentos e atitudes individuais (MINAYO, 2010, 62-70).

Minayo, Assis e Souza (2005) complementam, assinalando que a abordagem qualitativa se preocupa com a compreensão interpretativa da ação e fenômenos sociais, o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os agentes.

Optou-se pela pesquisa descritiva, pois esta “[...] observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los [...] buscando definir melhor o problema, descrever o comportamento do fenômeno, definir e classificar fatos/ variáveis, sem a pretensão de explicá-los.

Ao mesmo tempo, a escolha desta abordagem deu-se devido o objeto de estudo em questão, a promoção da saúde no cuidado integral ao adolescente no cotidiano escolar, ainda não possuir muitos estudos, havendo a necessidade da descrição das características, propriedades, relações existentes, como exige uma abordagem qualitativa norteadora deste estudo (CARTONI, 2009, p.1-26).

3.2 Local do Estudo

O lugar selecionado para a realização deste estudo foi o Município de Iguatu, localizado na região Centro Sul do Estado do Ceará, ocupando uma área de 728 km², possuindo uma localização privilegiada, tanto no plano estadual – está no centro do centro sul – quanto no contexto interestadual – está a menos de 600 km de Fortaleza, Recife, Natal, Teresina e João Pessoa. Possui 93.889 habitantes (IBGE, 2010a), compondo a 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará, com outros nove municípios circunvizinhos: Acopiara, Cariús, Catarina, Deputado Irapuan Pinheiro, Jucás, Mombaça, Piquet Carneiro, Quixelô e Saboeiro, num total de aproximadamente 290.137 mil habitantes.



Nesse sentido, apresenta-se uma breve caracterização das escolas escolhidas para aplicação do instrumento de pesquisa, como forma de delimitação do *locus* deste ensaio.

3.2.1 Delimitação do Campo de Estudo

O campo de estudo foram três escolas do ensino fundamental e de educação de jovens e adultos (EJA), pertencentes ao Município de Iguatu: Escola de Ensino Fundamental

Elze Lima Verde Montenegro, João Paulino de Araújo e Francisco das Graças Alves Berto (CAIC).

A decisão pela seleção das três escolas pesquisadas deu-se devido à existência de maior número de adolescentes e jovens de 14 a 19 anos, de acordo com os critérios de inclusão, preencher os requisitos do ensino fundamental e educação de jovens e adultos e fazerem parte do Programa de Saúde Escolar do Município de Iguatu.

A) A Escola de Ensino Fundamental Elze Lima Verde Montenegro

Criada em 29 de janeiro de 1977, funciona nos três turnos. Existem 730 alunos matriculados, nos três turnos. Especificamente no ensino de jovens e adultos, há 70 alunos, sendo 36 do sexo masculino e 34 do sexo feminino. A escola conta com 35 docentes.

B) A Escola de Ensino Fundamental João Paulino de Araújo

Criada em 08 de setembro de 2001, funciona nos três turnos, tendo matriculados 426 alunos, sendo distribuídos 199 no turno da manhã, 190 à tarde e, no EJA, no turno da noite, com 37 alunos. Dos 37 alunos do EJA, 27 são do sexo feminino e dez são homens.

C) A Escola de Ensino Fundamental Francisco das Graças Alves Berto – CAIC

Essa instituição de ensino fundamental, conta atualmente com 960 alunos matriculados nos turnos manhã, tarde e noite, atendendo desde a educação infantil até as turmas do ensino de jovens e adultos (EJA); presta serviços educacionais à comunidade do João Paulo II há 15 anos.

3.3 Os Sujeitos da Pesquisa

Participaram desta investigação dois grupos de sujeitos, sendo: o grupo de adolescentes de 14 a 19 anos, estudantes das Escolas de Ensino Fundamental Elze Lima Verde Montenegro, João Paulino de Araújo e Francisco das Graças Alves Berto (CAIC) e o grupo de coordenadores pedagógicos responsáveis pelo Programa de Saúde Escolar. Os grupos constituídos pelos adolescentes das três escolas foram identificados com as letras AD, de adolescentes, seguidos dos numerais de 1 a 30. Já o grupo dos coordenadores pedagógicos foi identificado com a letra C, seguida dos numerais de 1 a 3.

Justifica-se a utilização de dois grupos de pesquisa pela necessidade de ampliação do conhecimento e maior aprofundamento do objeto de estudo por meio de comparações conceituais e atributos, entre outros significados atribuídos pelos dois grupos de sujeitos do estudo e assim, buscar-se resultados que reforcem a implementação do Programa Saúde Escolar do Município.

Acrescente-se que a fixação do número de sujeitos que responderam à entrevista sugerida nesta pesquisa foi decidida com arrimo no critério de saturação das falas. Para Fontanella, Ricas e Turato (2008), a amostragem intencional determinada pela saturação teórica é frequentemente aplicada nas pesquisas qualitativas em saúde, entre outras.

Quanto ao critério de inclusão para os adolescentes, foi estabelecido: estarem matriculados na educação de jovens e adultos (EJA) citadas no referido Programa de Saúde Escolar, nas séries do 5º ao 9º ano do ensino fundamental, na faixa etária de 14 a 19 anos, de ambos os sexos, e que aceitaram participar. Para os coordenadores pedagógicos, os critérios utilizados como inclusão foram: pertencer às três instituições de ensino, cenário deste estudo, e que aceitaram participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão para os adolescentes e coordenadores pedagógicos são: transferências, afastamentos, não estarem presentes no momento da entrevista, o que levou a se realizar mais de uma tentativa, com vistas ao atendimento do universo de 30 adolescentes e três coordenadores. Outro aspecto considerado na exclusão dos adolescentes e coordenadores pedagógicos foi a necessidade dos sujeitos envolvidos no estudo ora proposto desistirem livremente de participar da investigação, como também o abandono da coordenação por parte dos docentes responsáveis.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

Na apreensão das informações colhidas durante o estudo, junto aos adolescentes e coordenadores pedagógicos, utilizou-se como técnica a entrevista semiestruturada, que, no entender de Minayo (2010, p. 261), “[...] *é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa [...]*”.

Quanto à entrevista semiestruturada, Minayo (2010, p.261-267), ensina que ela é formada por perguntas abertas e fechadas em que o sujeito pesquisado tem o direito de divergir da temática sem ficar atrelado ao questionamento estabelecido no estudo.

Neste ponto, Minayo (2010, p.265) acentua que o entrevistador trabalha com um esquema de pensamento, visando a encontrar os significados mais relevantes para o diálogo com o sujeito, como forma de melhor descrever esses significados, suas especificidades culturais e depois poder comparar os diversos depoimentos.

Portanto, a escolha da entrevista justifica-se por ser uma prática discursiva que permite ao pesquisador processar reflexões e acepções sobre as ações e práticas da Estratégia Saúde da Família, na implementação do Programa Saúde Escolar do Município, sede desta investigação, assim como promover maior aprofundamento nos fenômenos e saberes complexos, como: a promoção cuidado integral, a Educação em Saúde emancipadora e participativa, a transversalidade das temáticas de saúde na escola e o uso de estratégias das tecnologias leves no contexto do Programa Saúde Escolar.

Esperando alcançar os objetivos do estudo foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista, que segundo Gil (2009, p.109), “é bastante adequada para a obtenção de informação acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, bem como acerca das suas explicações ou razões precedentes”. Assim, entendemos que a técnica de coleta de dados reúne características mais flexíveis na criação de trabalhos balizados nas ciências sociais, permitindo mais facilmente definir e nomear entre os diversos graus de estruturação e assim sendo a mais adaptada para o alcance do objeto do estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a agosto de 2011, após o parecer favorável N° 20110025, do Comitê de Ética em Pesquisa.

A coleta de dados foi solicitada por meio de documento de caráter oficial, autorização à Secretária de Educação do Município de Iguatu. Nesse ofício, encontravam-se descritos os aspectos principais do projeto, como tema, objetivo e sujeitos (APÊNDICE G). Posteriormente, foram realizadas visitas aos dirigentes das escolas selecionadas, visando a apresentar a autorização da Secretária de Educação, assim como explicar o tema, seus objetivos e importância para a interação da escola com a saúde no Município.

Antes da aplicação do roteiro de entrevista procederam-se as explicações aos adolescentes e jovens sobre o objetivo do estudo, a garantia do anonimato e de sigilo sobre os dados e a importância da participação, destes para o aprimoramento da assistência à saúde da juventude de Iguatu.

Convém esclarecer que os adolescentes pesquisados não aceitaram que a entrevista fosse gravada. Preferiram participar das entrevistas preenchendo pessoalmente o roteiro das questões que lhes seriam perguntadas pela pesquisadora. Este fato, porém, não prejudicou o bom andamento na coleta de dados.

Destaca-se, ainda, o fato de que, no Projeto de Pesquisa, foi prevista amostragem com 17 adolescentes e seis coordenadores pedagógicos, porém, durante a coleta de dados, constatou-se que os adolescentes demonstraram dificuldades de comunicação escrita no ato da entrevista, respondendo muitas vezes apenas de forma monossilábica. Por esta razão, decidiu-se pela ampliação da amostragem para 30 adolescentes, sendo dez de cada escola, em vez de seis, estabelecidas anteriormente no projeto, para que houvesse maior consistência das informações.

Diante desse fato é importante esclarecer o entendimento da necessidade da amostragem, como define Minayo (2010, p.198), quando leciona que “[...] *certamente a amostra de pessoas é o menos importante do que o empenho de enxergar a questão sob várias perspectivas e pontos de vista e (...) dimensões*”.

A autora considera que uma amostra ideal em pesquisa qualitativa não atende unicamente a critérios numéricos, mas que reflita pelo processo de saturação das falas as múltiplas dimensões da totalidade. Nesse sentido, reafirma a autora que o pesquisador pode utilizar provisoriamente uma amostra de entrevistas que no decorrer da pesquisa em campo, conforme alcance a uniformidade, dentro das heterogeneidades e da amplitude dos conhecimentos imprescindíveis para o alcance do objeto do estudo. (MINAYO, 2010, p.198).

Como forma de complementar a coleta de dados, utilizou-se a observação simples, onde o observador, por meio de registros em um diário de campo, em que “não interage com os sujeitos da pesquisa, permitindo segundo Minayo (2010, p.295) penetrar em um “acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações que podem tornar mais exata a pesquisa de campo” contribuindo para a ampliação da quantidade e qualidade das informações disponibilizadas na realização do estudo.

Revisitando Minayo (2010, p.281-282), ela assinala que a observação simples, é um modo de observação “(...) quase formal, em curto espaço de tempo, e suas limitações advém desse contato bastante superficial.”. Foi importante para observar a motivação dos adolescentes e dos coordenadores pedagógicos em participar do estudo, da alegria de ser jovens, sentimentos expressos pelos mesmos e da curiosidade que tinham sobre o que representava a pesquisa.

Vale ressaltar que, além da entrevista com os adolescentes e coordenadores pedagógicos, este experimento utilizou, ainda, como fonte secundária para análise, o Projeto de Adesão ao Programa Saúde Escolar de Iguatu-CE, no qual foi efetuado um estudo aprofundado com base nos seus conceitos, objetivos, atributos (Promoção de Saúde, Educação

em Saúde, Tecnologias Leves, Integralidade e Intersetorialidade) e antecedentes históricos. (IGUATU, 2010).

Para a análise dos resultados a fundamentação adotada foram as respostas dos dois grupos de sujeitos obtidas na entrevista. Os depoimentos foram recolhidos, organizados, e balizados no referencial teórico e na literatura relacionada de forma à proporcionar ao leitor uma melhor compreensão sobre a temática, além de permitir ao pesquisador a distinção das diferenças e similitudes, visando alcançar os objetivos indicados no estudo.

Para Minayo, Deslandes e Gomes (2009, p.26-27), essa etapa é um “conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto ou com outras leituras teóricas e interpretativas cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo”.

Neste estudo, os resultados obtidos junto aos adolescentes e coordenadores pedagógicos foram categorizados, avaliados com base na análise temática de conteúdo que teve como fundamento os ensinamentos de Minayo (2010), a qual divide e descreve essa fase do estudo nas seguintes etapas: *Pré-análise*, onde é realizada a seleção dos documentos a serem avaliados e dos objetivos iniciais da pesquisa. Nessa etapa, foi realizada a compilação das falas dos adolescentes e procedida a leitura exaustiva das respostas das entrevistas, buscando responder aos objetivos da pesquisa.

Em seguida realizou-se “*exploração do material*,” que abrange a operação classificatória, que mira conseguir o cerne da apreensão do documento. Para a realização desta fase, foram formadas as sessões baseadas nas expressões ou palavras que os adolescentes e coordenadores pedagógicos deixaram explícitas no transcorrer das entrevistas.

A autora aponta como terceira etapa o *tratamento dos resultados alcançados e explicação*, ou seja, aborda a análise propriamente dita da investigação. Esta fase constitui na interpretação das falas e elaboração de uma redação por assunto, estabelecendo analogias entre os resultados e a bibliografia.

É importante salientar que antes da aplicação do roteiro da entrevista, procedeu-se a realização do teste piloto, junto a cinco adolescentes de outra escola de ensino fundamental do Município, visando a [...] proceder as re-formulações necessárias, para introduzir perguntas ou realizar explicações que ampliem o campo de entendimento e de explanação dos entrevistados ou aprofundar o nível de informação [...] (MINAYO, 2010, p.265).

3.5 Procedimentos Legais e Éticos da Pesquisa

A pesquisa se fundamentou nos princípios ético-legais estabelecidos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) (BRASIL, 1996a).

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS) obtendo a aprovação sob o número de protocolo 20110025.

Durante a pesquisa, foram observados os quatro postulados básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, aos sujeitos do estudo, à comunidade científica e ao Estado.

Ancorados no respeito princípio à dignidade humana, a pesquisa foi realizada após esclarecimentos necessários aos sujeitos envolvidos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo modelo referenciado pelo Comitê de Ética retromencionado, que se enquadra nas diretrizes da Resolução 196/96.

Para o anonimato dos sujeitos da pesquisa, foram utilizadas para os adolescentes as letras (AD) seguidas de número até 30 (AD1, AD2...), para os coordenadores pedagógicos utilizou-se a letra (C) (C1, C2), todos seguidos pelo numeral correspondente.

Também, se garantiu o esclarecimento aos sujeitos da pesquisa, quanto ao objetivo geral da pesquisa, a possibilidade de recusa, bem como a intenção de publicação e divulgação nos eventos e em revistas acadêmicas e públicas.

Vale ressaltar que a pesquisa desenvolveu-se após esclarecimentos necessários aos sujeitos envolvidos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos adolescentes com idade de 18 anos ou mais, que aceitaram espontaneamente e assinaram o TCLE (Apêndice C). Com relação aos adolescentes que se encontravam abaixo de 18 anos, foi solicitada aos pais e/ou responsáveis a assinatura do termo de autorização para o filho participar da pesquisa (Apêndice D), assim como aos próprios adolescentes autorizados pelos pais, foi ensejado o direito de assinar o TCLE (Apêndice E).

4. APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A Educação é Comunicação e Diálogo na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores, que buscam a significação dos significados.

Paulo Freire

Esta etapa foi dividida em quatro seções que visa oportunizar ao leitor o maior entendimento dos resultados obtidos, em conformidade com os objetivos propostos pelo estudo.

A primeira seção focaliza a caracterização dos sujeitos pesquisados; na segunda, destacam-se os temas transversais abordados pelas escolas: reflexões e práticas, sobre os conceitos de transversalidades, sua importância para o desenvolvimento socioeducativo, emocional, político, entre outras dimensões, para que sobrevenha a integralidade do cuidado ao adolescente, como prevêm os Parâmetros Curriculares Nacionais e o Programa Saúde Escolar e demais temas/conteúdos necessários para a sua conceituação e prática, no ambiente escolar; na terceira seção, é incluída: a intersetorialidade da saúde com a educação: estabelecendo a Promoção em Saúde, explanando-se as posições dos sujeitos da pesquisa sobre a importância da participação dos estudantes no ensino-aprendizagem e na intersetorialidade da escola com o setor saúde, visando ao fortalecimento do Programa de Saúde Escolar do Município de Iguatu; a quarta relaciona-se a promoção do cuidado integral ao adolescente na perspectiva do Programa de Saúde Escolar, enfocando o princípio da integralidade, apresentando algumas reflexões sobre a potencialidade do cuidado ao adolescente, seus conceitos e interfaces com as tecnologias leves e outros temas e idéias pertinentes à temática.

4.1 Caracterização dos Sujeitos Pesquisados

4.1.1 Quanto ao grupo de adolescentes

Tabela 1: Caracterização dos adolescentes das escolas de Ensino Fundamental e Educação de Jovens e Adultos do Município de Iguatu, quanto a idade, sexo e escolaridade, no período de julho a agosto de 2011

| Faixa etária | Nº Absoluto | Nº Relativo |
|------------------------------|--------------------|--------------------|
| 14 – 19 | 25 | 83,34 |
| 20 – 30 | 05 | 16,66 |
| Total | 30 | 100,00 |
| Sexo | Nº Absoluto | Nº Relativo |
| Feminino | 17 | 56,67 |
| Masculino | 13 | 43,33 |
| Total | 30 | 100,00 |
| Escolaridade | Nº Absoluto | Nº Relativo |
| 5º ano do ensino fundamental | 02 | 6,66 |
| 6º ano do ensino fundamental | 02 | 6,66 |
| 7º ano do ensino fundamental | 06 | 20,00 |
| 8º ano do ensino fundamental | 10 | 33,34 |
| 9º ano do ensino fundamental | 10 | 33,34 |
| Total | 30 | 100,00 |

Fonte: Pesquisa direta – Iguatu 2011

Pode-se observar que a faixa etária de maior predominância recaiu sobre os adolescentes de 14 a 19 anos, com 83,34%.

Em pesquisa realizada em Pelotas - Rio Grande do Sul, ficou evidenciado que os adolescentes mais jovens de 13 a 14 anos comparecem às unidade de saúde incentivados pelos familiares, enquanto os maiores de 16 a 18 anos buscam as unidades de saúde por iniciativa própria, quando são acometidos de algum problema de saúde (PALAZZO; BÉRIA; TOMAZI, 2003).

Segundo o Ministério da Educação, é necessário que a cada dia seja aumentada

[...] a demanda social por políticas públicas perenes nessa esfera. Tais políticas devem pautar o desenvolvimento de ações baseadas em princípios epistemológicos que resultem em um corpo teórico bem estabelecido e que respeite as dimensões sociais, econômicas, culturais, cognitivas e afetivas do jovem e do adulto em situação de aprendizagem escolar. (BRASIL, 2007c).

Reforçando a necessidade de ampliação de políticas públicas voltada para a faixa etária de jovens e adultos que cursam o ensino fundamental, o Ministério de Educação acentua que estas políticas devem ser estáveis, voltadas para a educação de jovens e adultos (EJA) e que privilegiem a elevação da escolaridade com profissionalização no sentido de contribuir para a integração sociolaboral desse grande contingente de cidadãos cerceados do

direito de concluir a educação básica e de ter acesso a uma formação profissional de qualidade (BRASIL, 2007c).

Segundo o IBGE (2009), no Brasil, o número de adolescentes na faixa etária dos dez aos 14 anos era de cerca de 10.741.780, e dos 15 aos 19 anos 10.565.969, atingindo um percentual de 30,33% da população.

Dentre os 30 adolescentes pesquisados, observou-se que a variável sexo feminino apresentou maior predominância, perfazendo um percentual de 56,67%, contra os 43,33% atingidos pelos adolescentes do sexo masculino.

Quanto à escolarização, foi constatado que existe maior concentração de adolescentes no nível de escolaridade entre a 7ª e a 9ª série do ensino fundamental, com 26 adolescentes, atingindo um percentual de 86,68%, fato a evidenciar que os jovens já possuem um nível de conhecimento que os retira da condição de analfabetos e que o Município de Iguatu está buscando promover o maior acesso desses jovens ao direito à educação.

Dados do IBGE (2009), também ressaltam que:

O aumento da escolarização das crianças e adolescentes contribui para a redução do analfabetismo e elevação do nível de instrução da população. Em todo o País, a taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais de idade caiu de 15,6%, em 1993, para 10,6%, em 2003. Outrossim, na população de 5 a 17 anos, 8,8% dessas pessoas ainda não freqüentam escola. Esse percentual era de 13,4% em 1993 e de 21,8% em 2005.

Na Síntese de Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), foram evidenciados que a faixa etária de dez a 14 anos, na qual se espera esteja a criança pelo menos alfabetizada, a taxa de analfabetismo baixou de 11,3% para 3,5%, nesses dez anos. No Nordeste, esse indicador estava em 26,7%, em 1993, e decresceu para 8,1%, em 2003. Apesar da expressiva melhoria na região Nordeste, o resultado de 2003 ainda ficou muito distanciado do patamar alcançado pelas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste: 0,8%, 1,0% e 1,3%, respectivamente. (IBGE, 2010b).

Por gênero, o grupo de dez a 14 anos de idade, a taxa de analfabetismo masculina declinou de 14,1% para 4,7%, e a feminina de 8,5% para 2,2%. (IBGE, 2010b).

Igualmente, o resultado deste estudo ficou constatado o de que 17 adolescentes do sexo feminino estão buscando ampliar o seu nível de escolaridade, em comparação aos 13 homens.

Este resultado é evidenciado pelos dados do Programa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), de 2009, quando destacou: “Segundo pesquisa por amostragem por

domicílios realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), as mulheres apresentaram uma taxa de escolarização superior à dos homens”.

Esse fato se repetiu em todas as regiões do Brasil, em quase todos os grupos de idade, exceto para os homens (83,9%) da Região Norte, no grupo etário de 15 a 17 anos, que apresentou uma taxa 0,3 ponto percentual maior do que a das mulheres (IBGE, 2009).

Em todos os grupos etários, com exceção dos de 60 anos ou mais, a média de anos de estudo das mulheres foi superior à dos homens. A maior média de anos de estudo foi a do grupo etário de 20 a 24 anos (9,6 anos), ficando em dez anos de estudo na parcela feminina e em 9,3 anos na masculina (IBGE, 2009).

4.1.2.Quanto ao grupo de coordenadores pedagógicos

Tabela 2: Caracterização dos coordenadores pedagógicos das escolas de Ensino Fundamental e Educação de Jovens e Adultos do Município de Iguatu, quanto a faixa etária, graduação, pós-graduação, tempo de formação, tempo de serviço, no período de julho a agosto de 2011

| Faixa etária | Nº Absoluto | Nº Relativo |
|--------------------------|--------------------|--------------------|
| 30 – 50 | 02 | 66,67 |
| 60 – 70 | 01 | 33,33 |
| Total | 03 | 100,00 |
| Graduação | Nº Absoluto | Nº Relativo |
| Pedagogia | 02 | 66,67 |
| Letras | 01 | 33,33 |
| Total | 03 | 100,00 |
| Pós-Graduação | Nº Absoluto | Nº Relativo |
| Educação ambiental | 01 | 33,33 |
| Nenhuma | 02 | 66,67 |
| Total | 03 | 100,00 |
| Tempo de formação | Nº Absoluto | Nº Relativo |
| 0 – 10 anos | 01 | 33,33 |
| 11 – 20 anos | 02 | 66,67 |
| Total | 03 | 100,00 |
| Tempo de serviço | Nº Absoluto | Nº Relativo |
| 10 – 30 | 02 | 66,67 |
| 31 – 40 | 01 | 33,33 |
| Total | 03 | 100,00 |

Fonte: Pesquisa direta – Iguatu 2011

Em relação ao sexo, a pesquisa evidenciou que três sujeitos pesquisados pertenciam ao sexo feminino. Este dado pode ser justificado pelo fato de o perfil da profissão ser predominantemente do sexo feminino, coincidindo com os resultados dos estudos do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira, que informa que esse perfil vai sendo alterado, onde nas creches e na pré-escola existe a dominância do sexo feminino, com respectivamente, 98% e 91%. Ampliando-se a participação dos homens a partir, do ensino regular com 8,8%, nos anos iniciais do ensino fundamental, 25,6% nos anos finais e chegam a

35,6% no ensino médio. Ainda assim, 81,6% dos professores são mulheres e importam mais de um milhão e meio de docentes (1.542.925). (BRASIL, 2009c).

Ainda ficou evidenciado com a análise do estudo o fato de que dois coordenadores pedagógicos se encontram na faixa etária entre 30 e 50 anos, e apenas um coordenador está no intervalo etário entre 60 e 70 anos, fato indicativo de que o corpo docente das escolas pesquisadas no Município de Iguatu, em sua maioria, faz parte da classe denominada de adultos, fase em que os profissionais apresentam mais segurança, autonomia, conhecimento e habilidades em executar as atividades educacionais.

Segundo o Censo Escolar de 2007, a média de idade dos docentes “(...) *da educação básica é de 38 anos e tem uma pequena variação, de apenas cinco anos, quando se toma o conjunto de docentes de cada etapa (...)*” Observa-se, também, que as idades expressas com maior frequência cobrem um intervalo de 14 anos, variando entre 28 e 42 anos (BRASIL, 2009c).

Em pesquisa referida em Mosquera (2005), a idade encontrada foi de 21 anos como idade mínima e a máxima de 43 anos, situando-se a média em 31 anos. Esta faixa etária é concebida como a fase da idade adulta plena, que fica entre 25 e 35 anos.

Para esse autor, o período de maturidade responde às exigências contemporâneas do mundo globalizado, que requer permanente renovação de saberes dos docentes, visando ao desenvolvimento de competências específicas para lidar com a educação, ressaltando-se a ideia de educação como direito do cidadão e dever do Estado (MOSQUERA, 2005; BRASIL, 1988).

Com efeito, Allport (1963, p.285), enfatiza que o amadurecimento significa abdicar mais facilmente da lógica individualista e pessoais para focar preocupação com os outros e as suas diferenças.

Assim, as mudanças ocorrentes durante as várias fases

[...] da vida adulta não se limitam apenas ao nível cognitivo, tornando-se necessário conceber esta etapa como um período evolutivo. A vida adulta é percebida como a fase onde o indivíduo atinge a maturidade. (...) não significa que a maturidade seja algo de estático, sendo ‘adquirida’ mal o indivíduo atinja a idade adulta. (MOURA, 1999).

Na análise dos dados referente à formação e ao tempo em que os coordenadores se encontram formados, considera-se que esses dados podem significar um indicador de tempo de experiência desses docentes no mercado educacional e de relativa maturidade. A tabela exprime ainda, o tipo de bacharelado em que os coordenadores estão formados. Assim, foram

encontrados dois com formação em Pedagogia e um com Licenciatura em Letras. Entende-se que o bacharelado pode revelar as competências e habilidades do profissional.

Este dado referente à formação superior das três coordenadoras vai ao encontro da pesquisa do INEP, no sentido de que elas possuem formação pedagógica, o que colabora para um ato educativo especializado, junto aos adolescentes. Estes resultados estão em consonância com os achados do Censo Escolar de 2007, utilizado para o processo de avaliação pelo próprio Ministério da Educação (BRASIL, 2009c).

No que se refere à escolaridade dos professores da educação básica, os dados revelam um total de 1.288.688 docentes com nível superior completo, que correspondem a 68,4% do total. 2 Daqueles com graduação, 1.160.811 (90%) possuem licenciatura – formação adequada para atuar na educação básica, segundo a legislação educacional vigente. As áreas de formação superior com maior número de professores em relação total de docentes são: Pedagogia (29,2%), Letras/Literatura/Língua Portuguesa (11,9%), Matemática (7,4 %) e História (6,4%).

Considerando-se as [...] especificidades da estrutura e organização do ensino, o curso superior de Pedagogia é tido, no entanto, como a formação mais adequada para os professores dos anos iniciais do ensino fundamental. [...]. No Censo de 2007, foi constatado [...] que metade dos professores que atuam na primeira fase tem curso superior em Pedagogia (50,1%) (BRASIL, 2009c).

Nesse sentido, Alves (2008, p.102-112) acrescenta que, para a formação do trabalhador da educação,

[...] não basta colocar em questão os recursos técnico-pedagógicos que a especialidade exige; há que se perseguir a intenção de *tornar o educador sujeito das transformações da educação e da sociedade*. Relevante é a preocupação fundamental de formar, nele, o cidadão.

Quando se observa a tabela 02, percebe-se que dois coordenadores exibem um tempo de formação localizado na faixa de 11 a 20 anos e apenas um coordenador pedagógico estava formado entre zero a dez anos.

Julga-se importante o tempo de trabalho nesta pesquisa, pois ele pode contribuir de forma positiva para o maior conhecimento e habilidade de comunicação e vínculo dos coordenadores com os discentes.

Já o tempo de formado pode significar um indicador de tempo de experiência do docente no mercado educacional e de sua relativa maturidade, revelando as competências e habilidades de cada profissional.

Pensar na formação do cidadão é ter a certeza de que os docentes, aqui representados pela figura dos coordenadores, têm um longo trabalho a realizar, em que o seu

cotidiano tenha como práxis pensar e executar o saber, não como algo acabado, mas criando sempre situações que venham a contribuir para melhorar e ampliar os conhecimentos dos adolescentes. Para isso, no entanto, se faz necessário saber como se produz esse conhecimento.

É importante que o docente apresente uma série de atitudes que propiciem as mudanças necessárias, entre elas: ter a mente aberta, estar sempre buscando conhecimentos, ter senso crítico e, acima de tudo, ser capaz de se identificar como uma pessoa que continua em constante mudança, sendo capaz de sustentar uma relação dialógica com os alunos, abandonando uma posição de autoridade, mas visando sempre à qualidade do ensino e aprendizagem.

Quanto à realização de pós-graduação pelo docente, observou-se que apenas um possui curso de pós-graduação em Educação Ambiental e dois não estão cursando nenhuma pós-graduação. Apesar de não terem cursado nada nesse nível, eles demonstraram imenso interesse em realizá-lo e de preferência na área de gestão escolar e educação para discentes especiais. Esses coordenadores apontaram como fator que inviabilizou a realização de um curso, a dificuldade financeira.

A motivação dos docentes é relevante, podendo expressar a idéia de que reconhecem a necessidade de conhecimentos e habilidades específicas para o processo de ensino aprendizagem de adolescentes, haja vista que estes são seres em crescimento e desenvolvimento peculiares, que necessitam de estratégias específicas para melhor atender às necessidades multidimensionais desta fase da vida.

Segundo os ensinamentos de Franco (1995, p. 53-61) a inteligência é algo que se consegue através de um exercício sistemático onde o docente precisa estar sensível às mudanças contemporâneas, de forma a torná-las importantes para a percepção dos adolescentes e jovens. O vínculo com os discentes deve ser constantemente trabalhado pelo docente, visando uma relação parceira, deixando de lado a relação autoritária, onde o docente é o foco principal do processo de aprendizagem.

Autores como Delizoicov (2005), Fortaleza e Diniz (2004), Vianna (2004), Leite (2004) e Vianna (2003), destacam a importância da formação continuada para professores. Concorda-se com Lévy (1999) quando acentua que *“hoje, a maioria dos saberes adquiridos no início de uma carreira ficam obsoletos no final de um percurso profissional, ou mesmo antes”*. Sob tal aspecto, o curso de pós-graduação pode desempenhar papel importante para a atualização, inovação e novas aprendizagens para esses professores.

É importante que os docentes não terminem sua formação apenas na graduação. Por isso, concorda-se com Schnetzler (1994, p.63), quando diz que *“é profundamente importante que se explicita que as Licenciaturas não são apenas o lugar nem de início e muito menos, de término do processo de formação de professores”*, e que assim possam buscar mais por sua formação, seja em cursos de pós-graduações ou em outros específicos.

Quanto ao tempo de serviço no ensino, foi revelado que 66,67%, ou dois coordenadores pedagógicos prestam serviços ao Município, no período de dez a 30 anos e apenas um se encontra entre 31 e 40 anos.

A experiência profissional, o envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam os profissionais a permanência em desenvolver atividades educativas que atendam os interesses, necessidades, realidades e peculiaridades dos discentes, obtendo, assim, maior vínculo, diálogo e confiança por parte dos adolescentes.

Ante tal experiência e conhecimentos agregados ao longo do tempo de serviço, estes se juntam ao fato de todas as coordenadoras pedagógicas atuarem em única escola, nos três turnos, o que amplia ainda mais o seu conhecimento sobre realidades diferentes de cada discente. Este achado vão ao encontro dos resultados do MEC, de 2009, em que predominou o labor do docente em uma só escola, com 80,9%, e em duas apenas 19,1% (UNESCO, 2009).

Quanto aos números de turnos, entretanto, esta pesquisa identificou o fato de que as três coordenadoras pedagógicas pesquisadas atuam nos três turnos consecutivamente (manhã, tarde e noite). Estes resultados estão em desacordo em relação aos achados do estudo do Ministério de Educação e Cultura que indica que existe a predominância da atuação dos docentes em um único turno, com 63,8% (1.201.299 professores), seguidos de 30,2% com dois turnos (569.251 professores) e apenas 6% (112.411 professores), labutam nos três turnos (BRASIL, 2009c).

Assim, é lícito concluir que o tempo de trabalho é considerado nesta pesquisa como algo de muita importância, pois pode contribuir de forma positiva para o maior conhecimento e habilidade de comunicação e vínculo dos coordenadores com os discentes. O desafio está lançado - não perder de vista o fato de que é pelos adolescentes que existe o ensino, a escola, a sociedade, e que todos podem contribuir para um futuro em que os reais interesses desses jovens, em uma sociedade em processo acelerado de mudanças, podem levar os docentes a perder o “trem da história”.

4.2 Temas Transversais Abordados pelas Escolas: Reflexões e Práticas

O estudo sobre as possibilidades da integralidade e intersetorialidade na implementação do Programa de Saúde Escolar em um dado município exige uma discussão antecipada sobre os temas transversais e interdisciplinaridade que se encontram nos currículos das escolas, já que segundo Casagrande, Santos e Morelli (2004, p.185).

[Os] temas transversais são um conjunto de conteúdos educativos e eixos condutores da atividade escolar que, não estando ligados a nenhuma matéria em particular, pode-se considerar que são comuns a todas, de forma que, mais do que criar disciplinas novas, acha-se conveniente que seu tratamento seja transversal num currículo global da escola.

A Lei nº 9.394/1996 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional em concordância com os objetivos do Programa de Saúde Escolar, propõe a inclusão e o desenvolvimento dos temas transversais nos Parâmetros Curriculares Nacionais, concebendo-os como aqueles temas que correspondem às questões importantes, urgentes e presentes sob várias formas na vida cotidiana e que estão diretamente conectados com o exercício da cidadania (BRASIL, 1996b e 1997).

Na justificativa dos Parâmetros Curriculares Nacionais para a inclusão dos temas transversais, permeando o currículo das diferentes áreas do conhecimento, onde os conteúdos façam parte da totalidade curricular, de forma a promover o empoderamento dos adolescentes e jovens e, assim, os mesmos tenham instrumentos para criticar e refletir sobre a sua vida, saúde e educação, dentre outras dimensões sociais. Por outro lado o processo de ensino-aprendizagem, através de ações didáticas, dos métodos, da organização do tempo e do espaço escolar permite o desenvolvimento de experiências educacionais que patrocinam a aquisição pelos discentes de valores, culturas, costumes, conceitos e aprendizados sociais relevantes para a autonomia e cidadania dos adolescentes e jovens. (BRASIL, 1997, p. 23).

Também, destaca-se que o Ministério da Educação, ao criar os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) estabelece a necessidade da interdisciplinaridade como linha integradora, que pode além da ciência, pode ser composta por um desenho de pesquisa e um plano de intervenção. Por isso a interdisciplinaridade deve basear-se na percepção de toda a comunidade escolar, no sentido de que todas as ações educativas realizadas perpassem a concepção de uma disciplina isolada, mas pelo contrário, que inclua um olhar holístico sobre vários temas que conduzam à cidadania dos adolescentes e jovens. (BRASIL, 2002b, p. 30).

Com efeito, a interdisciplinaridade tem como suporte um eixo integrador, que pode ser a Promoção da Saúde do adolescente escolar, partindo do diagnóstico das

necessidades e problemas dos alunos por meio da participação de todos os agentes que compõem a comunidade escolar e da saúde. Portanto, a interdisciplinaridade não deve ser considerada objetivo isolado da escola, como acontece predominantemente. Contrariamente, ela exige uma organização, um compartilhamento voluntário das ações disciplinares entre a escola e saúde, visando ao desenvolvimento no estudante em competências e habilidades, de modo de promover a mobilização da comunidade escolar em temas que perpassem os conteúdos disciplinares tradicionais.

A prática pedagógica tradicional de hoje, entretanto, ainda caminha dentro de uma realidade fragmentária, muito mais pelo olhar isolado do docente, distante da vivência e experiências do mundo em que estão inseridos os alunos, excluindo os valores dos contextos culturais, políticos, econômicos, sociais e pessoais. Por isso, a transversalidade a ser discutida e praticada nas escolas deve estar fundamentada numa abordagem contextualizada, globalizada, visando a um aprendizado interdisciplinar (FERREIRA, 2008).

As ações de Educação em Saúde, historicamente marcadas pela tônica na prevenção, com domínio no modelo biomédico, vêm mudando seu enfoque após as conferências da Promoção em Saúde, realizadas no século XX. A tentativa de superação do modelo higienista, por meio de um conceito amplo de saúde e de Educação em Saúde, passa necessariamente em considerar a Promoção da Saúde como um processo educativo dentro de uma dimensão participativa de todos os agentes transformadores (FERNANDES; SECLÉN-PALACIN, 2004).

Enfim, a saúde dentro do enfoque dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), em especial, configura-se como um tema transversal, que transpõe os conteúdos atinentes ao ensino fundamental, fundados na metodologia de trabalho interdisciplinar e pode ser um avanço se conseguir, por meio do Programa de Saúde Escolar, ser desenvolvido no âmbito da prática. Por enquanto, observa-se, e a literatura aponta que os temas transversais almejados pelo Programa de Saúde Escolar e nos Parâmetros Curriculares Nacionais ainda são parte integrante do ensino de ciências ou trabalhos contingenciais por meio de projetos.

Sendo assim, os adolescentes pesquisados indicaram os temas transversais abordados com maior frequência pela escola: doenças como HIV, dengue, DST, doenças da pele; violência; drogas; obesidade; porém, ainda foram citados assuntos como: homossexualismo; sexualidade; meio ambiente paz e política. No aspecto preventivo, os adolescentes destacaram em suas falas a abordagem quanto ao uso da camisinha e SPE (serviço de prevenção escolar). [Eles confirmam o modelo preventivista], quando respondem “SIM”:

[...] falam sobre a importância do uso da camisinha, sobre obesidade na adolescência, sobre dengue, doenças sexualmente transmissíveis e doenças da pele (AD8);

[...] doenças sexualmente transmissíveis, obesidade e violência (AD11)

[...] dengue, sexualidade, preconceito, obesidade etc. (AD6);

[...] doenças sexualmente transmissíveis, obesidade e violência. (AD 20);

[...] DST, Drogas, meio ambiente, política, violência e Saúde, Prevenção Escolar e homossexualismo, etc. (AD24).

Ao mesmo tempo, os discursos dos adolescentes citados na seqüência reforçam o paradigma biomédico, ao situarem entre as temáticas transversais a predominância das abordagens sobre prevenção de doenças, com ênfase no HIV, DST e dengue. Estes achados se harmonizam com as preocupações do Ministério da Saúde, quando diz que os adolescentes sexualmente ativos são os que possuem maior vulnerabilidade de contrair as doenças sexualmente transmissíveis (DST) (BRASIL, 2010b).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b) ainda reforça a idéia de que as DST, por serem transmitidas através da “(...) *prática sexual, e por estarem relacionadas a tabus, desinformação, vergonha, constrangimento e preconceito dificultam seu reconhecimento e a busca precoce por assistência*”.

Estudo realizado no Brasil revelou, em 01 de janeiro de 2010, que há uma tendência de aumento dos casos de AIDS entre os jovens. Esse levantamento realizado com 35 mil jovens de 17 a 20 anos apontou uma incidência de 0,09% para 0,12% nos últimos cinco anos. Entre os 630 mil pessoas infectadas com o vírus HIV no Brasil, 230 mil desconhecem que são soropositivas (BRASIL, 2010b, p.10).

Esse estudo, também, demonstrou que 97% dos jovens de 15 a 24 anos de idade têm conhecimento sobre a preservação da infecção por meio do uso de preservativo (BRASIL, 2010b).

Segundo Dados do Boletim Epidemiológico de AIDS, do Ministério da Saúde foram observados que no período de 1999 a 2009 que a epidemia por região indicou que a taxa de incidência no “(...) Sudeste caiu (de 24,9 para 20,4 casos por 100 mil habitantes). Nas demais regiões ocorreram um crescimento de 22,6 para 32,4 no Sul; 11,6 para 18,0 no Centro-Oeste; 6,4 para 13,9 no Nordeste e 6,7 para 20,1 no Norte. Vale lembrar que o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (58%)” (BRASIL, 2010c).

Sicoli e Nascimento (2003, p.103) lembraram que o Relatório de Marc Lalonde, Ministro da Saúde no Canadá, em 1974 já reconhecia que o conceito de assistência médica

sob o ponto de vista biomédico era errado e insuficiente para o enfrentamento da multiplicidade de fatores determinantes de saúde, necessitando de um novo olhar e um agir que ultrapassasse o sistema tradicional afim de que fosse alcançada a melhoria da saúde da população. Para esses autores, a saúde perpassa o setor da saúde, devendo todos os setores governamentais e não governamentais assumirem a saúde como uma meta e compromisso ético com a vida. De tal sorte, os autores entendem que a intersetorialidade é importante para operacionalização da promoção à saúde e bem-estar.

O Ministério da Saúde reforça o posicionamento dos autores acrescentando que a promoção à saúde oferece mecanismos importantes para a realização de uma “(...) política transversal, integrada, compondo redes e compromissos quanto a saúde e a qualidade de vida” dos usuários do sistema de saúde. (BRASIL, 2006b, p.12).

Como forma de concretizar a parceria da escola e saúde, por meio de um processo de trabalho interdisciplinar, em busca da prática da transversalidade, Minayo (2005, p.63). acentua que as ações intersetoriais entre as duas instituições, requer que essas ações sejam de responsabilidade de todos os “os serviços sociais, a justiça, a segurança pública, o ministério público e o poder legislativo”, sempre em articulação com os movimentos sociais, objetivando uma sociedade que tenha como valor máximo a vida e a coexistência profícua entre seus cidadãos.

Como enfatizado acima, a prática da saúde escolar, desde seus primórdios, é marcada pela preocupação higienista e estritamente “medicalizada”, não a relacionando com fatores sociais, políticos ou econômicos que compunham a sociedade de cada época.

Para Ferriani; Gomes (1997, p.1), esse processo de biologização é colocado como um dos motivos para o fracasso escolar, abandonando a discussão dos fatores sócio-políticos que envolvem a questão, para uma solução médica para os problemas de ensino-aprendizagem e, portanto, impenetráveis à Educação.

O conceito de Educação em Saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS inclui o desenvolvimento nas pessoas de uma educação em saúde que objetive desenvolver nestas a sabedoria de responsabilidade pela sua própria saúde e da comunidade onde convive, agregando, ainda, habilidade para a participação construtiva da vida comunitária (LEVY et al, 2001).

Confrontando o conceito de Educação em Saúde da OMS com os dos coordenadores entrevistados, constata-se que existe harmonia de seus depoimentos com o conceito da OMS, pois tem uma perspectiva mais abrangente do processo educativo em saúde. Também, se nota que se apresentam aprisionados pela cultura do modelo biomédico,

ênfatizando a prevenção de doenças. Eles assinalam que são abordados os temas, quando ressaltam:

[...], sobre meio ambiente, pluralidade cultural, saúde, educação sexual (C.1);

[...], questões da dengue, prevenção de saúde bucal, prevenção de drogas e educação sexual (C.2);

[...], o ser humano e saúde, saneamento básico como: gua, lixo, tica e meio ambiente, orientação sexual e sobre saúde (C.3).

A esse respeito, Sposati (2002, p. 12), assinala que a prática da promoção da saúde como objetiva o Programa de Saúde Escolar do Município de Iguatu, em particular, reforça os princípios de cidadania e coloca em destaque os debates as aes locais de saúde, a sustentabilidade do ecossistema, a diversidade, do multiculturalismo, a busca da cultura da paz. A promoção em saúde requer a implementação de novas políticas sociais e instrumentos sociais regulatórios da efetivação na prática da saúde como direito social.

E continua explicando a importância da Promoção em Saúde na escola, articulada junto a outras redes sociais e instituições afins:

[...] Elas precisam estar associadas a perspectivas intersetoriais e a atenção a grupos/segmentos sociais específicos. As políticas se tornam complexas pela multiplicidade que devem conter. Ao mesmo tempo em que a dimensão setorial fica insuficiente  ampliado o escopo difuso que também se particulariza em territórios. Todavia, são poucas as análises sobre a territorialização das políticas sociais. (p.12).

No seio desta questão, Almeida Filho (2005, p.30-50) acrescenta que o Programa de Saúde Escolar, como proposta integradora entre saúde e escola, exibe dificuldades em ser implementado na prática pelos profissionais da saúde e da educação - a transdisciplinaridade, porquanto exige a elaboração de um sistema total, sem fronteiras, entre as disciplinas. A saúde, por meio do Programa de Saúde Escolar, busca incrementar novas aes, visando à integralidade da atenção, e a interdisciplinaridade é expressa como alternativa possível pela prática de aes intersetoriais.

A escola é um espaço ímpar para a prática da intersetorialidade como uma inovação para a assistência integral ao adolescente. É preciso que os profissionais da ESF incorporem uma concepção mais ampliada de processo de trabalho, com vistas a criar espaços de interlocução e escuta que permitam canais de compartilhamento de soluções. As aes intersetoriais favorecem visões diferentes sobre o mesmo objeto e, conseqentemente, o conhecimento mais ampliado da magnitude do problema e de uma assistência ao usuário de maior qualidade e de forma bem mais integral e holística.

Enfim, esse modelo de escola, designada como democrática, é o espaço onde as pessoas têm a possibilidade de fazer escolhas, especialmente no que se refere às ações locais.

A Educação em Saúde voltada para a cidadania é a que permite ao cidadão ser sujeito das decisões em parceria com os demais agentes escolares e da saúde, em especial, consciente de seus deveres e direitos. Este desafio precisa se associar à educação em direitos humanos. “Não existe democracia sem direitos humanos, assim como não existem direitos humanos sem a prática da democracia”. (BENEVIDES, 2000).

Quanto mais existir a participação dos adolescentes e jovens, e estes se sentirem representados e acolhidos pelos educadores e profissionais de saúde, eles defenderão os espaços públicos da escola e da saúde, aprofundando o vínculo e a responsabilização na solução de seus desejos e necessidades.

A Lei 8069, de 1990, que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 4º, estabelece a responsabilidade de todos os setores do governo, família e da sociedade em assegurar (a criança) ao adolescente um cuidado integral, de forma a garantir os direitos humanos e sociais preconizados no dispositivo 227 da Constituição Federal de 1988, com prioridade para a concretização dos direitos referentes “à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, a profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 1990).

À vista dos direitos compreendidos acima, não restam dúvidas de que é de responsabilidade do Estado assegurar a saúde aos adolescentes, por meio de políticas públicas que atendam as suas necessidades: “*É assegurado atendimento integral à saúde da criança e adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde*”. (BRASIL, 1990).

Igualmente, ao direito à saúde de qualidade com acolhimento e mais humanizada, o adolescente, também, tem direito à educação. Para a implementação desses direitos, foram criados os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNS) como forma de garantir a todo aluno o acesso aos conhecimentos imprescindíveis para a conquista de sua cidadania (BRASIL, 1997). Esses conhecimentos indispensáveis à cidadania são chamados de temas transversais, entre os quais se pode mencionar que demonstram sua relevância (BRASIL, 1997): (1) Conceitos de Ética; (2) Meio Ambiente; (3) Saúde; (4) Orientação Sexual; (5) Pluralidade Cultural; (6) Trabalho e Consumo. Esses Parâmetros Curriculares estabeleceram também dois eixos: o Autoconhecimento para o Autocuidado.

A educação para a cidadania requer que questões sociais sejam apresentadas para a aprendizagem e a reflexão dos alunos, buscando um tratamento didático que cubra sua complexidade e sua dinâmica, dando-lhes a mesma importância das áreas convencionais (Matemática, Português, História etc.). Com isso, o currículo confere flexibilidade, uma vez que os temas transversais de Promoção em Saúde podem ser priorizados e contextualizados de acordo com as diferentes realidades locais e regionais, podendo ser incluídos mais temas, sempre que forem necessários.

No âmbito dessa nova concepção, é importante que os temas sejam trabalhados em forma de projetos e propostas a serem elaborados pelos professores em parceria com os adolescentes, tendo por base a realidade atual, a questão social vivenciada e também a reflexão e discussão sobre os objetivos a serem alcançados em cada projeto/proposta.

Com efeito, e a propósito, Cazzonatto (2005, p.17) comenta: diante do contexto social da atualidade, a concepção de multidisciplinaridade é importante para a diversificação de atividades, seja dentro ou fora de sala de aula, como meio de motivar os adolescentes e para contribuir para o vínculo entre discentes e docentes.

As evidências apontam que as escolas devem acompanhar as mudanças profundas ocorrentes na sociedade contemporânea que afetam a vida das pessoas após os avanços na área tecnológica, dos mais modernos meios de comunicação. Assim é que as escolas devem repensar suas organizações. Com efeito, Vieira da Silva (2005) diz que o sistema educativo não acompanha as mudanças no ritmo dos avanços, exigindo a concentração de esforço coletivo de todos os que fazem parte da sociedade.

Pensando nisso, Freire (1996, p.34) assevera que:

[...] concepção da Educação de Jovens e Adultos exige uma mudança de atitudes por parte dos docentes e profissionais de saúde em valorização do potencial do educando, a partir de um processo de ensino- aprendizagem baseado na vida e trabalho do ser humano adulto que necessita de respostas imediatas às suas necessidades cotidianas.

As práticas educacionais correspondem aos fatores de ligação entre o indivíduo e a sociedade. Daí entender-se que o processo de formação do indivíduo na escola perpassa os conteúdos tradicionais das disciplinas curriculares.

Foi assim que se encontraram na pesquisa quatro depoimentos destacados entre os 30 adolescentes pesquisados. Estes adolescentes afirmaram não conhecer o currículo da escola, significando que os discentes não estão sendo informados quanto ao conteúdo das disciplinas do curso, conforme fica explicitado pela fala a seguir: “*eu não conheço o currículo da escola*”. (AD1).

A escola, ante a demanda do mundo globalizado, tem diversas ferramentas para a interação com a sociedade, serve de fonte de trocas de idéias e, conseqüentemente, promove o processo interdisciplinar e intersetorial. Entre esses dois mecanismos, destacam-se a revisão e a implementação de [...] um currículo baseado em parâmetros curriculares nacionais em que são respeitadas as diversidades regionais, culturais, políticas existentes no País [...] levando em consideração a necessidade de construir um processo educativo comum para todas as regiões do Brasil. (BRASIL, 2009c).

Em razão das exigências legais e dos avanços biotecnológicos deste século, não há como se negar a necessidade de que os profissionais da saúde, os docentes, a sociedade e o governo adotem o compromisso ético em direção à conquista da cidadania do adolescente escolar. Esse compromisso pede uma nova práxis educacional e de saúde, focalizada na compreensão da realidade social, dos direitos e responsabilidades em relação ao direito à vida digna dos adolescentes, sua família e comunidade. Tudo isto é necessário para a execução desse desafio da prática transformadora da realidade de desigualdades socioeconômicas e políticas públicas, deixando esta grande parcela populacional em estado de miséria e, portanto, muito mais exposta aos riscos e agravos à sua saúde.

Assim, essa desigualdade se amplia na adolescência, exigindo a efetivação, no campo da prática, do princípio da participação política ditado pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 1º parágrafo único, Lei 8080/90, e Lei 8689/90, que estabelece o cidadão cômico de seus direitos e deveres de acesso ao direito à participação. Nessa perspectiva, a Lei 9394/96, que tem entre seus temas “[...] *transversais as questões da ética, da pluralidade cultural, do meio ambiente, da saúde, da orientação sexual e do trabalho o consumo*”.

Nessa direção, o Ministério da Educação, argumenta que os direitos humanos na contemporaneidade abrangem além dos direitos individuais, os coletivos como o direito à paz e a um ambiente saudável (BRASIL, 1998, p.19).

Para atender esses direitos coletivos estampados na citação supra do Ministério da Educação, é que emergiram os fundamentos do Programa de Saúde Escolar e da Estratégia de Saúde da Família, em que é sugerida a possibilidade da intersetorialidade entre as duas instituições - escola e saúde – com arrimo na produção de cuidados integrais, no campo da promoção e prevenção de doenças para o grupo de crianças e adolescentes. Assim é que a Educação em Saúde incorpora o *status* de instrumento primário para a produção do cuidado.

Com efeito, Miranda (2007, p.29-34) diz que a saúde, dentro da concepção ampliada, é tida como qualidade de vida, dependente do ambiente natural, social, político e cultural. Esse conceito depende das interações do indivíduo e família com o meio em que

convivem. Por isso é que não pode haver um só modelo de assistência aplicado para todas as sociedades, haja vista que o modelo de saúde varia conforme a cultura e demais dimensões, já que está em uma dinâmica e contínua transformação em cada momento histórico de uma sociedade.

Segundo Gavídea e Rodes (1996, p.7-16), a transversalidade representa na atualidade, dentro da significação de Escolas Promotoras de Saúde (EPS), um dos exemplos mais lembrados para a efetivação de ações relacionadas com a saúde e as temáticas transversais. É constituído de um processo de trabalho multiprofissional trabalho na tomada de decisões, que isoladamente cada profissional é incapaz de dar soluções adequadas às necessidades dos usuários, requerendo de integração intra, extra e inter instituição que, por conseguinte demandam a co-participação de toda a equipe docente.

Desta maneira, a transversalidade exige o envolvimento de professores de todas as disciplinas e coordenação entre as diferentes áreas do conhecimento. Incluindo ainda, a definição dos conteúdos, atitudes, habilidades, procedimentos, valores, comportamentos, conceitos, fatos, normas, sempre com a participação dos adolescentes e jovens. As temáticas transversais devem estar relacionadas com os problemas e necessidades cotidianas dos discentes, preparando os docentes para o ensino de assuntos referente à saúde. (HÄNNINEN; HELIN, 2000, apud GOMES, 2009, p. 89-91).

É concebida, entretanto, pelos que atuam no campo da saúde, a idéia de que o atual modelo baseado na determinação biológica do processo saúde-doença, ao desconsiderar os multifatores que condicionam a saúde, historicamente contraria alguns dos princípios do SUS, como a integralidade, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, necessárias para a concepção de um processo de trabalho em equipe que permita a troca e a complementaridade de saberes e experiências em direção à prevenção de doenças e da Promoção em Saúde da população. É um modelo de saúde excludente, constituindo-se um fator determinante na fragilização do exercício da cidadania. Por esse motivo, existe a dificuldade para a mobilização de pessoas que não tenham consciência de que são dotadas de direitos garantidos pela Constituição, entre estes o direito à saúde, à educação e à informação (BRASIL, 2006c; ALMEIDA, 2003, p. 346-352).

A interdisciplinaridade como meio de execução do trabalho em equipe multiprofissional é entendida por Vilela e Mendes (2003, p.525-31), como:

[...] uma questão de atitude. É uma relação de reciprocidade, de mutualidade, associada ao desenvolvimento de traços de personalidade, como confiança,

paciência, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprenderem agir na diversidade.

Assim, a interdisciplinaridade na saúde coletiva, defendida por Vilela e Mendes (2003, p.525–31): “(...) *coloca-se como exigência interna, uma vez que seu objeto de trabalho, a saúde e a doença no âmbito social, envolve relações sociais, as expressões emotivas e afetivas*”.

Logo, a interdisciplinaridade e a transversalidade se completam na realidade escolar e de saúde, desde que haja outra perspectiva e uma nova abordagem dos conhecimentos, da dinâmica, transformadora e interdependente das questões sociais, políticas, econômicas, culturais, religiosas, entre outras (BARBOSA, 2004).

Desta forma, as propostas contidas em vários instrumentos legais (CF/88, ECA, PCNs e LEI 8080 e 8069, ambos de 1990, entre outros) reforçam a formação dos cidadãos, em que os profissionais de saúde e os docentes devem desempenhar suas ações tendo por base os princípios democráticos (BRASIL, 1988; 1990 e 1998).

Para Canivez (1991 p 29- 31), a educação escolar elegendo como princípios a dignidade humana, a igualdade, a participação e a co-responsabilidade pela vida, não se acomoda ao tradicional ensino de informações segundo o universo de conhecimentos, experiências, culturas, valores e crenças dos docentes. Pelo contrário, deve incluir um conjunto de informações multifacetadas que permitam ao indivíduo o acesso e conhecimentos de seus direitos e deveres como cidadãos.

Portanto, a escola, como espaço real de vivência dos adolescentes e jovens, possibilita o desenvolvimento da sociedade, em especial, nesta pesquisa, que tem como *locus* a sociedade iguatense e da Região Centro Sul do Ceará.

Recorre-se, neste momento, às sábias e tão atuais palavras do grande mestre da sabedoria Dalai Lama (1993, p.218-235), para buscar o significado de paz, citado pelo adolescente (AD25) que declara dois valores enfocados nos Parâmetros Curriculares Nacionais e Programa de Saúde Escolar, quando assinala: “Sim, drogas e Paz”.

[...] A interdependência humana é hoje tão flagrante que só faz sentido falar de paz mundial. (...) A paz mundial genuína e duradoura só será possível como resultado do esforço interno de cada um de nós. A emoção aflitiva é o oxigênio do conflito. É essencial nos mantermos sensíveis aos outros e, reconhecendo seu direito à felicidade, não fazermos nada que contribua para o seu sofrimento.

Para tentar enaltecer a importância da cultura da paz entre os homens, em especial, entre os adolescentes, hoje mais vulneráveis à violência de vários tipos, recorre-se novamente ao Mestre da Paz, Dalai Lama (1993), que ensina como se alcançar a tão almejada

paz, lembrada pelo adolescente (AD25), apresentando, ainda, algumas estratégias para a consecução desse fim - A PAZ:

[...] Graças ao amor do ser humano pela verdade, pela justiça, pela paz e pela liberdade, criar um mundo melhor e mais compassivo é uma possibilidade legítima. O potencial está aí. Se com a ajuda da educação e o uso correto dos meios de comunicação pudermos combinar algumas iniciativas sugeridas aqui com a implementação de princípios éticos, estabeleceremos um clima em que o desarmamento será aceito sem controvérsia. (...). E teremos criado condições para uma paz mundial duradoura.

Além, das pérolas inigualáveis retrocitadas, infere-se: como se chega à paz, diante das gritantes e notórias desigualdades socioeconômicas ainda existentes no século XXI? Será que a união de toda a sociedade, Estado e cidadãos, individual e coletivamente, em prol da paz, seria a solução, ou existirão outras formas de consegui-la?

Em suma, a análise realizada mostra a necessidade de um trabalho conjunto entre os profissionais de saúde e os docentes das escolas, além dos indicadores epidemiológicos, os espirituais, os políticos e os econômicos a serem discutidos com os adolescentes. A realidade de saúde é tão dinâmica e complexa quanto a natureza humana e planetária. Logo, precisa-se adquirir capacidades para albergar novos conhecimentos e culturas.

4.3 A Intersetorialidade da Saúde com a Educação: a promoção em saúde do Município de Iguatu

A compreensão da saúde como política intersetorial, no Brasil, foi ampliada com a VIII Conferência Nacional de Saúde, quando, no seu relatório, define saúde como condições de trabalho, renda, educação e ainda associado à ampliação do conceito de Promoção da Saúde que foi sendo ratificado nas Conferências Internacionais de Saúde.

Para a articulação entre os setores saúde e educação, neste estudo, tomamos como referência os fundamentos do Programa de Saúde Escolar e da Estratégia Saúde da Família.

O Programa Saúde da Família é uma estratégia fundamental para a promoção da saúde que só se efetivará com a mudança do modelo assistencial em que a intersetorialidade rompe com o modelo “biologizado” da saúde, incorporando estratégias, atividades e recursos dos demais setores.

Ao passo que o Programa Saúde Escolar evidencia que, mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, ele se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde que trata a saúde e educação de forma integral e como parte de

uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos, permite também a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação, com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à Educação em Saúde; promove a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na elaboração e controle social da política (BRASIL, 2007d). A intersetorialidade na saúde, entretanto, é estratégia política complexa que busca a superação da fragmentação das políticas nas diversas áreas onde são executadas com origem no estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre diferentes setores de governo atuante na produção da saúde, na implementação e acompanhamento das políticas públicas. Esta dificuldade percebe-se nas falas dos adolescentes, quando abordam a articulação entre a escola e o Programa Saúde da Família:

[...], só fui atendida numa unidade do PSF com problemas de saúde (AD2);

[...], mais não na escola o posto de saúde é muito bom para o adolescente, tem carteirinha do jovem, a bolsa família para os adolescentes (AD3);

[...], estava doente da virose e para o dentista (AD15);

[...], porque não tinha mais ficha e quando eu vou ou não tem médico ou ficha (AD20);

[...], depois de várias horas de espera, gripe, tosse e dor de dente [...] (AD24).

Estas respostas evidenciam que a demanda aos serviços de saúde se deu com a necessidade percebida por um procedimento de cura, entretanto, os adolescentes expressam a necessidade de um acompanhamento sistemático por parte dos profissionais de saúde e ainda, apontam preferências sobre como deveria ser o atendimento quanto ao espaço físico, as necessidades quanto ao processo de acolhimento, de comunicação ao serem atendidos em uma unidade de saúde.

[...]. Eu acho que sim deveria ter acompanhamento (AD2);

[...] Tinha que ser mais desenvolvida para adolescente pela saúde. Tem vários postos que não atendem os jovens (...) (AD3);

[...], eu gostaria que fosse um lugar só para adolescentes, o assunto só sobre os adolescentes (AD12);

[...], Que seja um lugar bem visto, bonito e pintado de cor bem bonita – preta (AD22);

[...], gostaria que fosse um programa diferente com palestra, algo diferente (AD1):

[...], gostaria que a saúde houvesse um dia no posto de saúde só para adolescentes (AD4);

[...] Gostaria que tivéssemos um grupo de dança e aulas de capoeira, (...) (AD20);

[...] Gostaria que fossemos atendidos com mais respeito porque as vezes dá impressão de que o que a gente fala e não é levada a sério como se fosse bobagem (AD5);

Os depoimentos dos adolescentes remetem inicialmente a uma reflexão sobre a mudança do modelo assistencial proposta pelo Sistema Único de Saúde o qual expressa a necessidade de ações de saúde ancoradas na Promoção da Saúde, para melhor qualidade de vida. Para que essa mudança ocorra, segundo Teixeira (2003, p.257-277), comenta que é necessário que aconteça além da “reestruturação gerencial, organizativa, de financiamento”, as modificações conceituais e de processos de trabalho, os mecanismos de trabalho, como a educação em saúde participativa e o uso de estratégias relacionais, principalmente focalizando as relações entre os profissionais e os usuários do sistema saúde (AYRES; CALAZANS; FRANÇA JR, 1998, p.97-109).

Seus relatos expressam o fato de que ainda é débil o trabalho de escuta do indivíduo, e, por conseguinte, são excluídos do processo de participação nas decisões sobre a sua saúde coletiva e individual. Resta a evidência de que no relacionamento entre o profissional e os adolescentes, ocorre uma das características negativas do modelo biomédico, qual seja, uma relação na qual o usuário é visto como simples objeto, dependente dos cuidados dos profissionais, estes detentores de conhecimento e experiência técnico-científica suficientes para resolver os problemas multidimensionais que provocam os danos e os riscos à saúde destes.

Tal situação conduz a se destacar os ensinamentos de Franco e Merhy (1999, p.67-85), acerca da atuação da Estratégia de Saúde da Família, que solicita um processo de trabalho onde haja a troca de saberes e experiências na produção do cuidado integral. Processo que envolve uma relação horizontalizada entre sujeito-sujeito, de forma a extrapolar o modelo biomédico, para um novo comportamento e compromisso ético e político balizado na parceria integradora com os serviços do governo, instituições não governamentais e sociedade em geral.

Aliando-se a esses autores, Bezerra e Rodrigues (2010, p.51), em seus estudos alertam os profissionais de saúde que trabalham junto aos adolescentes no sentido de evidenciarem as dificuldades que esses profissionais encontrarão na realização de suas tarefas com adolescentes e jovens, que por certo interferem no desenvolvimento do trabalho da equipe e que impedem de implementar no cotidiano da prática. As autoras, ainda apontam como algumas das causas das dificuldades o alto rodízio de profissionais no Programa Saúde

da Família, onde 80% das entrevistadas possuem menos de três anos de tempo de serviço junto a instituição, concorrendo para a dificuldade na continuidade do trabalho e do vínculo aos usuários, dentre outra.

Tais dificuldades estão relacionadas à alta rotatividade de profissionais no Programa Saúde da Família a nível nacional. De acordo com o estudo 80% das entrevistadas tem menos de três anos de prestação de serviços na instituição, dificultando o desenvolvimento do trabalho, adesão ao grupo, assiduidade, conciliação nos horários, a condições de trabalho inadequadas, à falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde, o restrito tempo destinado a essa faixa etária entre outras

Complementado as palavras das autoras supracitadas, Abuassi e Pacheco (2004), assinalam a realidade desses adolescentes quanto ao risco de adoecer a que se encontram expostos, elas explicitam que tornam imperiosa a necessidade da implantação de programas centrados na integralidade do ato de cuidar, na multidisciplinaridade e na intersetorialidade visando a identificação dos grupos de riscos, diagnóstico precoce dos agravos e acesso terapêutico e de reabilitação do jovem.

Continuando, assinalam de modo mais incisivo, a necessidade da implantação de unidades básicas específicas para os adolescentes, uma vez que esses adolescentes e jovens ainda são excluídos do processo de cuidar, haja vista que são preteridos pela priorização de ações voltadas para as crianças, e quando atendidos, são de forma inadequada diante das suas características ímpares.

Nessa mesma linha de pensamento, Ayres; Calazans; França Jr (1998) complementam, acentuando a necessidade da comunicação horizontalizada, entre o profissional e o usuário, e no protagonismo dos adolescentes [e demais usuários], quando assinalam que entre os desafios que o Sistema Único de Saúde ainda sofre estão a diferença de poder entre os usuários e os profissionais, a decisão verticalizada, a falta de participação dos usuário nas instâncias deliberativas, como preconiza a Lei 8142/1990, a cultura organizacional centrada na realização de cuidados somente no interior das Unidades Básicas, distanciamento do trabalho junto às comunidades por parte de toda a equipe de Saúde da Família e desigualdade de assistência entre pobres e ricos, dentre outros obstáculos. Todos estes desafios simbolizam um tipo de violência imposto pelos poderes instituintes.

A respeito do tipo de estrutura física de cuidado ao adolescente, Abuassi e Pacheco (2004), recomendam que o ambulatório deva ser adequado às características próprias dos adolescentes e jovens. Nessa estrutura dedicada às necessidades dos adolescentes devem

conter espaços para informações, com matérias atuais e atrativas para os adolescentes, enfim, uma recepção acolhedora e mais humanizada.

Além das mudanças de estrutura física, são necessárias, também, mudanças na relação entre profissional e adolescente, com vistas a suplantarem a prática exclusiva de procedimentos técnicos e científicos para novas atitudes éticas, humanitárias e de solidariedade. Assim, os vários agentes sociais que formam a rede de cuidado ao adolescente - neste estudo, os escolares - devem, segundo o Ministério da Saúde, intensificar o acolhimento, como uma das estratégias das tecnologias que operam os processos de trabalho, onde cada profissional assuma uma atitude de acolhimento, de escuta e a solução dos problemas e necessidades dos adolescentes e jovens com mais resolutividade e responsabilização compartilhada (BRASIL, 2005b, p.6).

Os adolescentes apontaram as dificuldades relativas à articulação da escola com o Programa Saúde da Família, mas também desconhecem a participação da escola junto ao Programa de Saúde Escolar. É o que se constata nas falas seguintes:

[...] conheço o Pró- Jovem (...), e gostaria de participar [...] (AD3)

[...], só conheço o Pro Jovem (AD6);

[...], Conheço a Saúde, Prevenção Escolar - SPE-(AD18);

[...], o Espaço Jovem (AD11);

Apesar dos adolescentes desconhecem a participação destes nos projetos do Município, entre escola e em especial o atual Programa de saúde, demonstraram, contudo, interesse em conhecê-lo. Estes resultados são indicadores de que existem condições favoráveis para o êxito da parceria entre a escola e saúde, pois os adolescentes estão receptivos ao programa.

É importante salientar que, os adolescentes afirmaram que, entre os projetos de que tinham conhecimento encontram-se o Pró-Jovem, o Programa de Saúde, Prevenção e Escola, apenas uma pequena parte desses adolescentes mencionaram conhecer o Projeto Espaço Jovem e Amor a Vida. Aponta-se, então, o fato como um indicador positivo quanto os mecanismos de comunicação dos objetivos desses programas junto ao meio estudantil.

Com relação à importância da sua participação em algum dos projetos citados, a predominância dos depoimentos recaiu sobre a negação de tal participação, mas o que se considera relevante é que reconheceram sua importância, como ficou evidenciado nas suas falas:

[...] não conheço, mais gostaria de participar (AD1);

[...], não tenho conhecimento e gostaria de participar (AD9)

[...], mas já participei do pro jovem, sendo importante para o desenvolvimento dos jovens (AD15);

[...], mas já participei do projeto pró-jovem, é importante porque se aprende mais (AD16).

O reconhecimento, por parte dos entrevistados, da importância da participação evidencia que a interação da escola com a saúde, como objetiva o Programa de Saúde Escolar do Município de Iguatu, exige a utilização dessa estratégia eficaz de Promoção em Saúde, uma vez que estimula e fortalece a autoestima e a feitura de um projeto de vida pelos adolescentes dentro das realidades individuais e coletivas do mundo à sua volta.

A participação do adolescente escolar nas atividades escolares e nos projetos de Promoção da Saúde e prevenção de doenças tem, no diálogo e na complementaridade dos conhecimentos do senso comum com o técnico-científico, algumas das estratégias, referidas por Alves (2005, p.39-52), quando diz que é

A partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença. Este compromisso e vinculação com os usuários possibilitam o fortalecimento da confiança nos serviços. Por esta circunstância, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Outro ponto expresso pelos adolescentes está relacionado às principais atividades desenvolvidas pela escola, o que eles balizaram: palestras sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o Programa de Prevenção e Escola (PSE), trabalhada durante as semanas temáticas. Eis que afirmaram positivamente a existência de atividades escolares:

[...] Na semana cultural (AD15)

[...] no dia das mães (AD16)

[...] como-nos que desenvolvemos as atividades. Ex: semana dos estudantes, semana da família, semana do livro, (...) (AD21);

[...] em todos os projetos nos chamam para participar, semana das mães, semana do meio ambiente (AD26).

Embora os adolescentes entrevistados refiram não conhecer e ou não participar dos projetos desenvolvidos no Município, é interessante destacar a necessidade da articulação

efetiva entre as Secretarias de Saúde e de Educação nas atividades já em desenvolvimento dos Projetos Adolescente para Adolescente: ABC da Saúde e Adolescência Saudável, que visam a formar multiplicadores de Educação em Saúde entre os adolescentes nas escolas públicas do Município e viabilizar atendimento ambulatorial diferenciado, uma vez por semana, em 22 Unidades Básicas de Saúde da Família.

A execução desses projetos vem de certa forma antecipar o que os adolescentes apontam como aspiração quanto ao acompanhamento integrado e intersetorial aos adolescentes e o que sugere o Componente I do Programa Saúde Escola: avaliação clínica e psicossocial em que se organizam as ações de atenção integral à saúde dos estudantes, mediante avaliação das condições de saúde de crianças, adolescentes, jovens e adultos matriculados na rede básica de ensino. São três atividades conjuntas: a avaliação clínica e psicossocial; a avaliação nutricional; e a avaliação da saúde bucal. Estas são ações estratégicas a serem desenvolvidas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família (ESF), juntamente com a equipe escolar (BRASIL, 2007a).

Destacam-se, também, as experiências, já em curso no Município, dos demais programas que apontam condições de ações intersetoriais entre diversas áreas como: Cursinho Força Jovem, Programa Bolsa Universidade, Projeto Primeiros Passos, Implantação do Centro de Ação Jovem (CAJ), Estação Juventude, Escola de Música Eleazar de Carvalho, Festival de Câmara Natal de Luz, Assistência Psicossocial às crianças e adolescentes no abrigo domiciliar; Funcionamento do Conselho Tutelar; Funcionamento do Conselho dos Direitos da Criança e Adolescente; Implantação do Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS; Instalação de um Disque Denúncia; Implantação do Projeto Sentinela; Implantação do Projeto Transforme; Capacitação dos profissionais para formar a rede de proteção às vítimas de violência e exploração social.

4.4 Promoção do Cuidado Integral ao Adolescente Escolar na Perspectiva do Programa de Saúde Escolar

O Componente II do Programa Saúde Escolar atende aos objetivos de promoção do cuidado integral ao adolescente quando propõe ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos por meio da intersetorialidade com a escola que têm função relevante na construção de uma sociedade democrática. Para que ela exerça essa função os adolescentes e jovens devem ser percebidos como co-adjuvantes (e não objetos) das decisões que acontece no interior da escola, desde a elaboração do plano de ação de integração com a saúde, que

deve ser incluso no Projeto Político Pedagógico da escola. Dentre as principais ações a serem desenvolvidas pela escola em processo de interação com a saúde, estão as ações de promoção em saúde e prevenção de doenças e agravos, segurança alimentar, atividades físicas, educação sexual e reprodutiva, prevenção do uso de substâncias “lícitas” e ilícitas drogas (BRASIL, 2007a).

O debate em torno da integralidade converge para um novo modelo de saúde concebido com suporte em tecnologias relacionais. Entre as estratégias das tecnologias leves, destacam-se o acolhimento, o vínculo, a escuta, a responsabilização e a participação. O acolhimento amplia os laços relacionais, sendo um dispositivo gerador do vínculo entre o usuário e o profissional de saúde e docentes, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico e de aprendizagem. Havendo o acolhimento e se estabelecendo o vínculo, surge a maior autonomia, que “(...) *deflagra a corresponsabilização, a capacidade de perceber as singularidades e de investir na capacidade individual e coletiva de fazer escolhas*”. (BRASIL, 2010b).

O acolhimento consiste em um [...] conjunto de ações que fazem com que o indivíduo se sinta bem recebido pelo serviço em todos os locais e momentos. Esse processo, fundamental para a construção de vínculos e compromissos, favorece o encaminhamento adequado do cliente. (TAKEMOTO; SILVA, 2007; BRASIL, 2005c).

Tem assim, uma das ferramentas para a concretude do acesso universal aos serviços, favorecendo a resolubilidade e a qualidade do cuidado prestado.

Na assistência integral ao adolescente escolar, os profissionais de saúde (e docentes) devem escutar suas necessidades, e eles fornecerão informações necessárias para o planejamento, avaliação e execução de suas ações em defesa da saúde dos adolescentes.

Pinheiro, Mattos e Barros (2010, p.20-31) consideram o trabalho em equipe na “[...] *sua dimensão ética e sua interface com a noção de integralidade*”. Para esses autores, são inseparáveis o princípio da integralidade, as práticas e a ética.

Nesse ponto, Pinheiro, Mattos e Barros (2010), partindo da concepção de complexidade do trabalho, acentuam que a integralidade como um dos princípios do Sistema Único de Saúde demanda a chamamento para a formação de uma rede de profissionais, cada um dotados de conhecimentos e experiência específicos, visando alcançar respostas apropriadas para o ato de cuidar holisticamente do ser humano.

No que concerne à integralidade, Asensi (2009), acrescenta importante contribuição, já que se funda como um princípio filosófico e político e elemento instituído do direito à saúde como um direito social, precisando, no entanto da participação de todos os

agentes sociais, na elaboração dos processos de criação de políticas públicas, de gestão e de controle das ações desenvolvidas pelo Estado.

Como se observa, o princípio da integralidade compreende vários significados, a depender do olhar de cada profissional em seu campo de prática.

Não se pode, no entanto, perder de vista a idéia de que a prática marcante que este estudo apontou foi o modelo médico “biologicista”, medicamentoso, baseado em procedimentos, caracterizando a prevalência das tecnologias duras e leve-duras, baseadas em protocolos, normas, clínica, estrutura física e equipamentos. Este modelo dificulta o processo de participação e, conseqüentemente, a independência dos usuários dos cuidados prestados pela Equipe de Saúde da Família. Traduz-se, assim, num modelo que contraria alguns dos mais relevantes princípios do Sistema Único de Saúde, entre estes os princípios da universalidade, equidade e integralidade à atenção à saúde, sob as diretrizes da descentralização dos serviços, da participação e controle social da comunidade (VIANA; DAL POZ, 1998).

Adicione-se, ainda, o fato de que este modelo, ao retirar a autonomia, suprime, também, o poder de criatividade de idéias inovadoras, de reflexão e criticidade, de que são dotados os adolescentes. Assim, Queiroz e Jorge (2004), advertem no sentido de que os trabalhadores de saúde durante o seu processo de trabalho são guiados pelos protocolos e rotinas estabelecidas pelos órgãos públicos sem um planejamento prévio que esteja em harmonia com as necessidades dos usuários. Quanto às ações educativas indicam que são realizadas dentro de um modelo individualizado, sem a renovação de outras formas de proceder a educação em saúde dentro do enfoque da participação e assim, desenvolvendo ações inovadoras e criativas no sentido de alcançar as transformações que necessitem o serviço êxito.

De tal modo, para se realizar o cuidado integral ao adolescente, é imprescindível pensá-lo como ser humano de forma holística e não individualista e dicotômica, agregando a objetividade do modelo “biologicista” hegemônico com a subjetividade, ou seja, percebendo suas emoções, paixões, sentimentos e sensações (GELBCKE et al, 2011).

Este ideário é defendido por Merhy (1997), quando reforça a ideia de que a viabilização da integralidade do cuidado há que ser estabelecida com base em mudanças no cotidiano dos serviços de saúde, visando à responsabilização no cuidado ao usuário, verdadeiro encontro entre o profissional que cuida e o usuário cuidado, momento ímpar em que se estabelecem o vínculo e o relacionamento, quando são consideradas as necessidades singulares dos sujeitos.

Na busca dessa integralidade ideal, Merhy (1997) acrescenta, ainda, que a tecnologia leve/relacional tem importante missão na superação do atual modelo biomédico, centrado no médico e em procedimentos para um novo modelo onde o foco seja o usuário e suas necessidades. Este princípio abrange a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade, como forma de reconhecimento da pluralidade e das diferenças entre os sujeitos.

Nessa linha de pensamento, Machado et al (2007) reforça a definição de que o cuidado integral à saúde do adolescente escolar requer a desistência do uso da estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada do modelo assistencial atual de saúde, para um novo modelo que envolva o compromisso com o aprendizado sistemático e com a prática multiprofissional.

A questão expressa levou Cecílio (2001), a relacionar quatro conjuntos de necessidades que, ao serem satisfeitas, podem garantir a integralidade à saúde. Desta forma, o autor relaciona: (1) a busca de respostas para as necessidades sociais, econômicas e políticas em que as pessoas vivenciam (2) a construção de vínculos com os profissionais, (3) a conquista da autonomia do usuário e ser oferecido pelos serviços e (4) o direito ao acesso às tecnologias de saúde existentes no mercado da saúde, adequadas para a melhoria da qualidade de vida e saúde de todos os sujeitos do processo de cuidar integral.

Continuando, Cecílio (2001), procura ainda contextualizar a categoria necessidade de saúde, ao problematizar o conceito de demanda. Para isso, apresenta a demanda como uma parte da necessidade. Portanto, as necessidades tem significado mais abrangentes. A demanda de um problema de doença pode ser resolvida por meio da prescrição terapêutica. Entretanto, as necessidades, como a falta de água, de saneamento básico, de habitação, dentre outras, exige a interação com outros serviços e profissionais.

Seguindo as inspirações de Mattos (2001, p.50), para quem a prática precisará estar impregnada das mais variadas formas de agir em saúde, porém sempre buscando “(...) compreender o conjunto de necessidade de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade”.

O Ministério da Saúde, com relação ao processo de trabalho, destaca este como entendido com origem na execução em equipe, o que promove a co-responsabilidade que oportuniza ao usuário o acesso à Atenção Primária e seus serviços. Assim esse processo de trabalho compõe uma “política transversal de humanização do Sistema Único de Saúde, que busca novas formas de interação entre os usuários e profissionais, qualificando seus vínculos, no sentido de que ambos sejam protagonistas desse processo de cuidar integral. (BRASIL, 2005c).

Este vínculo pode ser alcançado pela prática de uma Educação em Saúde transformadora e emancipadora, voltada para a Promoção em Saúde e não somente na prevenção de doenças.

Os adolescentes ao responderem às perguntas do roteiro que versavam sobre as facilidades e dificuldades para um atendimento integral pelo Programa Saúde Escolar, reforçaram o distanciamento dos profissionais da Equipe de Saúde da Família em relação à escola, entretanto, vislumbraram possibilidades de que isso venha a acontecer. É o que se observa nas falas abaixo:

[...] pelos programas de saúde da família não freqüentarem muito a escola, por que as duas [escola e saúde], não são obstáculos, os desafios são para eles é ficarem juntos [saúde e educação], eles precisam ter uma união, tem serem eles, [somente as duas instituições, por meio de seus profissionais poderão decidir pela interação]. (AD4);

[...] para que haja mais acompanhamento com os jovens; obstáculo é ter mais visitas nas escolas; e o desafio é ter mais palestras com os jovens (AD6);

[...] facilidades para articulação, são, muitas, obstáculos também, o desafio, nada que não possa ser conversada e resolvida (AD5);

[...] pra tudo podemos dar um jeito. Sempre **há possibilidades** para melhorar e formar profissionais **que falem a linguagem dos próprios jovens**, assim fica mais fácil (AD8);

[...] sim, é possível porque é onde se encontra os adolescentes é na escola, existe **dificuldades** porque o posto não vem aqui (AD16);

[...] há possibilidades na escola sim. Dificuldades, porque o posto [os profissionais] não vem aqui (AD18);

[...] Se acontecesse essa união, seria melhor para os alunos. E as dificuldades maior é deles [os profissionais], não nós visitar (AD20);

[...], mais não na escola, mas no posto, [porque], o posto de saúde é muito bom [é bom porque oferecem outros benefícios, além dos procedimentos técnicos]. Para o adolescente, tem carteirinha do jovem, a bolsa família para os adolescentes (AD 13).

Assim, os depoimentos dos adolescentes apontaram as estratégias para que haja a possibilidade da articulação/aproximação efetiva entre a escola e a saúde, desde que existam a vontade política e compromisso ético-social dos profissionais, envolvidos nas duas instituições. Que esses profissionais recebam capacitação para desenvolverem uma comunicação adequada para com eles, no sentido de acolhê-los, escutá-los e orientá-los, e que realizem ações de Promoção de Saúde, por meio do acompanhamento.

Com relação ao atendimento integral para os adolescentes, foram elencadas as doenças que mais acometem os mesmos como:

[...], muitos problemas de saúde de adolescentes, é drogas, [gravidez], dengue etc.(AD1);

[...], problemas de saúde HIV, DST, drogas e também problemas em casa que mexe com o psicológico (AD2);

[...], Obesidade, drogas, AIDS, sexo, gravidez de mulher que jovem tinha filho com 15 anos eu acho isso feio [gravidez percebida como doença e condenada como uma ocorrência com valoração moral de é feio ser grávida na adolescência], (AD13);

[...], AIDS, álcool, lepras, drogas, doenças sexualmente transmissíveis (AD20);

[...] de coceira no pênis (AD23);

[...], problema de alcoolismo, AIDS e drogas (AD29);

[...], AIDS, gonorréia, sífilis, álcool, drogas e etc (AD30).

Os adolescentes, ao indicarem as doenças que mais os acometem, reafirmam a prevalência do modelo preventista sobre o modelo de Promoção em Saúde. Isto está evidenciado quando eles tornam a afirmar que são drogas, AIDS, DST (gonorréia e sífilis), gravidez na adolescência, obesidade, alcoolismo, tabagismo, dengue, hanseníase, prurido genital e violência, entre as ocorrências mais comuns.

Para os coordenadores pedagógicos, há um entendimento semelhante aos adolescentes, quando indicam preocupação com: as drogas, a gravidez na adolescência (inclusão da gravidez na adolescência como doença), as DST e AIDS e, diferentemente dos jovens, assinalam a falta de informação (porém, dentro de um conceito antigo de culpabilização dos adolescentes pela falta de interesse em participar dos programas, sem tocar nas questões motivacional, metodologias de ensino e aprendizagem, condições nutricionais, sociais, econômicas, de falta de horizontes, de escuta, de participação efetiva nas ações da escola e da saúde, de afeto, de vínculo e o cansaço do docente, entre outros fatores concorrentes para este desânimo escolar e até abandono dos estudos).

Assim se expressaram os coordenadores:

[...], O uso de Drogas e Gravidez na adolescência (C1);

[...] Falta de informações por falta de atenção e interesse nos programas e um “problema de saúde detectado são as micoses (C2);

[...] Sim, doenças como a AIDS e DST (C3).

Quanto à possibilidade da implementação do Programa de Saúde Escolar do Município, os coordenadores pedagógicos apontam algumas metodologias e estratégias, como pode ser observado nos depoimentos:

Sim, por meio de palestras, oficinas, distribuição de materiais de preventivos. (C1);

Sim, o trabalho em conjunto - escola e agente de saúde e o pessoal da saúde da família (C2);

Sim, eles (E.S.F) são nossos parceiros (C3).

A compreensão das ações de saúde prende-se a uma prática educativa tradicional e contingente, que depende das necessidades diagnosticadas objetivamente com base em sinais e sintomas de determinada doença, pelos profissionais em todos os níveis de governo, já que ainda predomina a prática campanhista do século XX.

A esse respeito Paim (2003), ajuda a se entender melhor a prática campanhista, quando anota no Brasil do século XX, a prática campanhista e programas especiais, não têm promovido mudanças na situação de saúde de grande contingente de usuários.

Reforçando esse pensamento a respeito do modelo campanhista de Saúde Pública, Paim (2003, p.567-71), assevera, ainda que esse modelo tenha finalidade temporária, que podem ser considerados um “mal necessário”, pois requerem a mobilização de recursos dentro de uma organização centralizada. O autor denomina esse modelo como “(...) um trabalho de bombeiro, tentando sempre "apagar incêndios.

Como a concepção de saúde é a de alcançar uma excelente qualidade de vida, tendo-a como direito social do cidadão e dever do Estado, como é preconizado na Constituição de 1988, requer do sistema de saúde, dos quatro níveis de assistência à saúde, a prática de ações intersetoriais e a utilização de todos os saberes científicos e experiências, inclusive dos saberes e vivências do senso comum, que se complementam na busca da universalidade, integralidade e equidade aos serviços de saúde, pela população (BRASIL, 1988).

Apesar de estar estabelecida em vários instrumentos legais, além da Constituição Federal de 1988, nas Leis 8080 e 8069, de 1990 e no Pacto pela Saúde, entre outros, o conceito amplo de saúde dentro do enfoque de qualidade de vida envolve as relações entre saúde, estilos de vida saudáveis, cuidados com a alimentação, lazer, atividades físicas, bem como autonomia e condições para realizar ações distintas por uma equipe multiprofissional (VIANA; DAL POZ, 1998, p.225-264).

A posição assumida pelos autores retrocitados, harmoniza-se com o conceito amplo de saúde, estabelecido nos pressupostos da Política Nacional de Promoção da Saúde, criada para dar maior sustentação à Estratégia da Saúde da Família. Essa política consiste em ações integradoras e dialógicas com os diversos serviços sanitários, compondo redes

pactuadas e com a co-responsabilização com a qualidade de vida das pessoas em que todos os agentes sociais sejam sujeitos ativos no processo de garantia da vida. (BRASIL, 2006c).

No que concerne à Educação em Saúde no âmbito escolar e outros espaços freqüentados pelos adolescentes, a posição assumida por Vaz, é a de que estas ocorrem em diferentes espaços, formada por diferentes saberes e experiências, sendo práticas dialógicas, em que são utilizadas estratégias e metodologias participativas dentro de espaços públicos e privados. (VAZ et al, 2003, p.59-67).

A esse respeito, Siston e Vargas (2007, p.1-10) reforçam o pensamento, quando se referem à atuação do enfermeiro, assinalando que “(...) *mesmo diante de amplos espaços para atuação, ainda há surpresa por parte de alguns enfermeiros ao saberem das atividades de Enfermagem no âmbito escolar.*”.

No que diz respeito à busca da Promoção em Saúde pelos sistemas de saúde, Buss; Pellegrini Filho (2007) acrescentam que esta foi ampliada nos últimos 20 anos, em especial, pelos países desenvolvidos, como resposta ao avanço crescente da “medicalização” na sociedade. Enfatiza, também, que o ponto crítico desse modelo é a existência da divisão entre prevenção de doenças e Promoção da Saúde. Com efeito, o autor reafirma que o enfoque da Promoção da Saúde é mais amplo, buscando a integralidade da atenção ao indivíduo, família e comunidade. Já a prevenção de doenças tem menor abrangência, uma vez que busca prevenir patologias de forma individual, seguindo o modelo flexeriano de 1910.

Outros comentários que não podem ser descartados são os dos autores Fernandez e Mendes (2007, p.30-47), relacionados à melhoria da qualidade de vida, de acordo com a Promoção da Saúde, incluindo outras áreas de ação para garantir a equidade e promover a criação de ambientes saudáveis. Para que este objetivo seja alcançado, é necessário o estabelecimento de mecanismo de integração entre os setores de saúde com as demais instituições do governo, não governamentais e com a sociedade civil. Também, afirmam os autores “(...) *A promoção da saúde pressupõe o reconhecimento ético de responder as necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais, posto que o direito a saúde é expressão do direito fundamental à vida*”

Fulcrada na concepção estabelecida na Reforma Sanitária, a Promoção da Saúde requer que os sujeitos e coletividades exerçam sua autonomia, que sejam capacitados para a corresponsabilidade na solução de problemas, necessidades e riscos impostos pela doença e pelas condições social, econômica, política e cultural da comunidade em que vivem (CAPONI, 2003).

Na esfera dessa reflexão, as idéias de Silva e Sena (2010, p.21) se harmonizam com a concepção defendida por Caponi (2003), quando assumem a defesa de um agir em saúde fora dos espaços dos serviços, onde os atores sociais desempenhem ações de compartilhamento desse processo com os usuários, com o Estado e toda a sociedade civil, visando a qualidade de vida de todos os usuários.

Assim, a Promoção da Saúde propõe abordagens amplas, fora do setor saúde, visando a manter e melhorar os níveis de saúde existentes ainda neste século. Por isso, o Ministério da Saúde, define Promoção da Saúde a capacitação dos indivíduos, família e comunidade, como estratégia de ampliação das ações de controle sobre os fatores determinantes da saúde, tornando-os capazes de diagnosticar, executar e satisfazer necessidades e das pessoas (BRASIL, 2002a, p.19).

Nesse ponto, Czeresnia e Freitas (2009, p.38) acrescentam a noção de que as concepções teóricas e práticas entre a estratégia preventiva e da Promoção de Saúde seguem direções diferentes. Nas estratégias preventistas, existe o foco na doença, enquanto na estratégia da Promoção de Saúde é focalizada a saúde.

Retornando aos autores estes explicitam que a confusão entre as duas concepções são oriundas da dominância em mudanças individuais e do foco peculiar na diminuição de fatores de riscos para certas doenças estabelecidos em programas de promoção em saúde. O olhar individual e suas atitudes têm procedência nos métodos intervencionistas e no modelo biomédico, que concebe o usuário como responsável pelo seu estado de saúde.

É preciso atentar para o fato de que a Promoção da Saúde é uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, utilizando-se de práticas integradas e intersetoriais, assim como da efetiva participação da população, desde o planejamento até a sua implementação. A esse respeito, Fernandez e Regules (1994, p.25), ensinam que “(...) a promoção da saúde é uma estratégia complementar, não de substituição das demais estratégias em saúde pública, mas (e não há contradição) por sua vez integral, por afetar a todos os elementos que até agora vinham intervindo, aportando novos instrumentos e reorientando suas finalidades”.

Nesse caminho da prevenção da doença à Promoção da Saúde, o modo tecnológico de intervenção da vigilância em saúde pode ser uma das propostas em defesa da saúde e da melhoria da qualidade de vida. Deste modo, Teixeira (2000, p.90) argumenta, dizendo que, “constituindo-se, de fato, em uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumiriam configurações específicas de acordo com a situação de saúde da(s) população (ções) em cada país, estado ou município”.

Nessa mesma direção, Silva e Sena (2010, p.22), possuem o entendimento de que a prevenção de doenças e a Promoção de Saúde não são excludentes, mas se complementam na expectativa do paradigma da parceria de responsabilidades de todos os atores sociais na busca da implementação no cotidiano da prática dos indivíduos, família e comunidade.

Diante da vertente da Promoção da Saúde como estratégia para alcançar a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde dos indivíduos, entre estes os adolescentes escolares, é importante, “(...) *que se torne cada vez mais evidente que as estratégias de promoção da saúde devem considerar o enfoque social, comunitário como determinantes das respostas efetivas em saúde* (SAPAG; KAWACHI, 2007, p.139-149).

Carvalho (2005, p.46), ao comentar o documento “A New Perspective On The Health of Canadians”, conhecido como o Relatório Lalonde argumenta, que diante (...) “a redução da morbimortalidade por causas infecciosas, o envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas degenerativas” os cuidados de saúde devem contemplar uma crescente ampliação do acesso dos usuários aos bens e serviços e usufruto de oportunidades originadas da melhoria do cenário socioeconômico.

Por conseguinte, o Relatório de Mac Lalonde, em 1976, já questionava o alto custo do modelo biomédico e a acentuada “medicalização” como estratégias deficientes de enfrentamento às multicausalidades da saúde. Este modelo verticalizado apresenta limitações, pois é centrado na assistência médica incapaz de promover mudanças na situação da saúde da população ao seu direito social e político à saúde. (CARVALHO, 2005, p.46).

Nesse ponto, a Promoção em Saúde é concebida como um processo de capacitação das pessoas, visando o maior controle sobre a qualidade de vida. Essa capacitação deverá torná-las preparadas para detectar e realizar pretensões, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com ambientes. Nesse sentido a saúde pode ser designada como recursos sociais e pessoais para a vida diária. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE, 1986).

Nessa linha de análise em relação à proposta de Promoção em Saúde, concebida como responsabilidade de vários setores, e entendida como mudança que vai além do estilo de vida dos indivíduos, é defendida por Fleury-Teixeira et al (2008, p. 2115-2122), quando dizem que essa proposta representa (...) a atuação para a ampliação do controle dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde. Identificam, também, nas ações de promoção da saúde, a linha que permite encontrar a autonomia de indivíduos e comunidades como categoria que fundamenta as ações em promoção em saúde. Esse é o cerne da presunção de empoderamento individual, familiar e coletivo.

Assim, a participação dos indivíduos, família e comunidade na tomada de decisão sobre seus direitos à saúde, à educação, dentre outros, significa, conseqüentemente, uma legítima redistribuição dos direitos e responsabilidades entre os órgãos do Estado e a Sociedade.

Dessa maneira, Buss (2000, p.163-177), acrescenta que a potência do modelo de Promoção em Saúde está no “empoderamento” dos usuários, por meio da comunicação abrangente sobre as provas das relações entre saúde e seus pré-requisitos, sendo importante exigência de políticas públicas saudáveis. A temática da participação, pilar da promoção de saúde, deve ser percebida como pré-requisito institucional e político para a concepção de saúde que merecemos, sendo uma condição imperativa para tornar viável e concretizada as políticas públicas.

Retornando-se às concepções de Fleury-Teixeira et al (2008, p.2115-2122), ao enfatizarem a prática dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, durante o processo de trabalho, momento em que podem gerar a autonomia pela escuta dos adolescentes escolares, concorrendo, ainda para a sua cidadania, tendo em vista que ela é um determinante positivo e essencial para a saúde, sua ampliação representa a proteção à saúde e contrariamente a sua redução, é fator de risco elementar na cadeia causal dos riscos à saúde.

Na perspectiva da incorporação da intersetorialidade pelo Programa de Saúde Escolar, concebida como dispositivo técnico e ético para a assistência integral aos adolescentes e jovens, viabiliza canais de compartilhamento de soluções entre a escola e a saúde e ainda favorece a obtenção de outras visões por parte dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre os adolescentes, trazendo como consequência a ampliação do conhecimento sobre a magnitude do problema, permitindo, portanto, um cuidado de maior qualidade e abrangência das necessidades dos adolescentes e de seu mundo interior e coletivo.

A discussão sobre a promoção do cuidado integral ao adolescente escolar na perspectiva do Programa de Saúde Escolar não poderia deixar de se ater ao tema Educação em Saúde e as tecnologias leves como possibilidades de instituir um espaço diferente para um cuidado integral ao adolescente escolar.

Considera-se necessário discorrer sobre a Educação em Saúde, por ser esta uma importante ferramenta, para a Promoção da Saúde, a fim de atingir um cuidado integral e praticar as estratégias relacionais, visando sempre à autonomia dos sujeitos adolescentes. Estes estão mais expostos aos riscos e vulnerabilidade pelo seu desenvolvimento em busca de identidade própria.

Acredita-se em uma Educação em Saúde idealizada e realizada com base nos valores, interesses, cultura, conhecimentos e experiência dos educadores, dos técnicos e dos executivos das quatro esferas do governo. Para tanto, existe a urgência na escuta, na corresponsabilização e no vínculo com os usuários.

A Educação em Saúde, na concepção de criança, adolescente e jovem como sujeitos de direitos com os mesmos direitos das gerações adultas, é bastante recente. Origina-se da mudança ampla no que se refere às relações intergeracionais e compromisso da sociedade com o presente e com o futuro.

Nessa perspectiva, está a mudança necessária da concepção da Doutrina da Situação Irregular do Código de Menores, implantada no Brasil de 1979 - 1990, que surge como reflexo das lutas dos movimentos sociais, em que educadores, profissionais de saúde e outros agentes sociais acreditaram e projetaram uma sociedade responsável, com as condições mais dignas de vida. Nesse embate, as vitórias foram satisfatórias, pois culminaram com a criação e materialização do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990. (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, o adolescente, assim como a criança, deixa de ser tratado como “projeto de gente”, que apenas ao atingir a idade entre 20 a 24 anos poderia ter direito de se manifestar. Até então, eram silenciados pelos adultos, muitas vezes, da própria família, da escola e na saúde, entre outros.

Por isso, discorrer acerca da Educação em Saúde, tendo como eixo norteador a conexão com as tecnologias leve/relacionais, em busca da ampliação do direito à cidadania, constitui importante desafio. É preciso, no entanto, antes conceber uma ética cidadã que representa o olhar dos adolescentes e jovens (e crianças), reconhecendo e valorizando sua capacidade, os seus saberes e as suas escolhas. É, principalmente, perceber que eles possuem potenciais e que a interação dos seus iguais com os diferentes contribuirá no sentido de que sua existência superará os preconceitos e outras formas de algemas materiais, relacionais e de afetos (GOUVEIA, 2009).

Assim, em uma investigação exploratória com 200 médicos da Equipe Saúde da Família, realizada por Alves e Franco, em 2003, foi identificado o fato de que os fatores de risco à saúde eram trabalhados pelos médicos junto aos pacientes. A consulta médica, no entanto, foi apontada pelos autores como oportunidade reduzida para realizações de ações educativas. Entre os temas, ficaram evidenciados os pertencentes ao modelo hegemônico de Educação em Saúde, caracterizado pela informação unilateral, sem a efetiva participação dos usuários, ou seja, com escuta passiva e sujeito silente, com recomendações médicas distantes

da realidade vivida pelo paciente, prescrição de hábitos, comportamentos saudáveis e um tipo de comunicação médica coercitiva e persuasiva para impor ao usuário a adesão ao tratamento.

A Educação em Saúde é percebida como imprescindível para um *continuum* de desenvolvimento do ser humano. Por esse motivo ou motivos, é que se reconhece o papel relevante dos docentes e profissionais de saúde na implantação do Programa de Saúde Escolar, pois, mediante ações interativas, dialogadas, horizontalizadas, com a escuta e o vínculo com os adolescentes, é possível levá-los a se perceberem como sujeitos de sua história de vida e saúde.

Reporta-se às palavras de Ayres (2004, p.116-29), que, citando Heidegger, aponta muito positivamente, o cuidado quando afirma que:

[...] Para o fato de que se o ser do humano é um estar lançado no mundo, numa reconstrução constante de si mesmo e desse mundo, elucidada pela idéia de Cuidado, será justo assumir que as práticas de saúde, como parte desse estar lançado, tanto quanto dos movimentos que o reconstroem, também se elucidam como Cuidado. Também no plano operativo das práticas de saúde.

A preocupação de Heidegger em seu livro “Ser e o Tempo” leva-nos a refletir que durante o processo de trabalho coexistimos com desafios cotidianos junto às estruturas de saúde, como também pelas coisas que conduzem nossas ações como ser pensante que cuida de gente, onde surgem circunstâncias que não podem ser deixadas sem uma reflexão e apreciação quando falamos em cuidado de enfermagem e de toda a equipe multiprofissional, já que o ato de cuidar não é ação exclusiva de apenas um profissional. Outrossim, o profissional também se relaciona, estabelece relações, sendo na maioria das vezes absorvido por este mundo em constante movimento, assumindo assim a formato do seu mundo, da realidade em que convive. (HEIDEGGER, 2004).

Não custa refletir que as tecnologias em saúde são classificadas por Merhy (1997) em três categorias: tecnologia dura, relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas físicas; leve-dura, que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde; e a leve, referente às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização. Sabe-se que essas três categorias se relacionam se completam, porém “(...), o ser humano necessita, em especial, das tecnologias de relações, definidas como ‘leves’”.

A Educação em Saúde emancipadora, quando implementada no espaço escolar, preocupada com a formação crítica do adolescente em interdependência com o uso das tecnologias leves, ganha potência transformadora. Isto porque elas se utilizam de elementos próprios da relação humana, essenciais para estabelecer vínculos entre os vários agentes

sociais, da saúde e da educação, em que as tecnologias leves potenciam e podem transformar, igualmente, a educação dialogada. Elas utilizam dispositivos próprios da relação humana, e ímpares na constituição de vínculo entre os profissionais da equipe multiprofissional e transdisciplinar no espaço do cuidado educativo na escola.

Portanto, na educação participativa e de corresponsabilidade com os adolescentes, é necessário levar em consideração a relação sujeito-sujeito (superando o atual modelo de relação verticalizada e fragmentada de sujeito-objeto), colocando, assim, em prática interdependente entre a Educação em Saúde e as estratégias das tecnologias leves, como: a conversa, a escuta, o toque, o olhar, a socialização dos conhecimentos e manifestação de afeto, e com foco nas necessidades dos jovens.

O profissional da Equipe de Saúde da Família, assumindo como estratégia metodológica apenas atividades tradicionais, como as palestras em que os conhecimentos sobre doenças são transmitidos de uma forma acabada, sem a participação e envolvimento dos adolescentes, no planejamento e execução dessa atividade, encontram-se, segundo Freire, estagnados em uma educação denominada “bancária”, sendo, portanto, uma prática cerceadora de potencialidades latentes nos jovens, o que se defende neste estudo, que é uma educação voltada para a liberdade, com a participação e o diálogo entre todos os setores e profissionais da saúde, educação, sociais e governamentais, entre outros (FREIRE, 1997).

No íntimo desta questão, o modelo dialógico de Educação em Saúde se harmoniza às propostas da atenção integral da assistência almejada pela Política Nacional em Promoção em Saúde e pelo Programa de Saúde Escolar, já que favorecem o reconhecimento do usuário em todas as faixas etárias, principalmente os adolescentes escolares como sujeitos portadores de saberes, cultura, crenças e experiências sobre o processo saúde-doença e cuidado, como o observado nas revelações sobre as doenças que acometem os adolescentes escolares, a seguir descritas pelos adolescentes pesquisados:

[...], Sim, doenças sexualmente transmissíveis, obesidade e violência (AD11);

[...] Doenças na boca, obesidade em jovens, problema do álcool e do tabagismo na adolescência cada vez mais cedo (AD8);

[...], Doenças como HIV e DST (AD22);

[...], De coceira no pênis (AD23).

Quando se adotam concepções de saúde apenas “transmitidas” aos adolescentes no âmbito escolar, por meio dos profissionais de saúde e educadores, nota-se que essas práticas se encontram atreladas a uma concepção ou modelo “biologicista”, higienista e

comportamental. A Educação em Saúde transformadora requer que se utilizem estratégias relacionais e comunicação, para alcançar maior e melhor diálogo com os adolescentes e, conseqüentemente, melhoria nas questões educacionais, de prevenção e manutenção de sua saúde.

Neste âmbito, as falas dos adolescentes e coordenadores pedagógicos vieram reforçar o modelo predominante de “educação bancária”, tão bem explicitado por Freire (1984, p.66) quando acentua que essa maneira de conceber a educação está baseada em uma *“prática antidialógica (...), onde o educador apenas narra os resultados de suas pesquisas, cabendo a estes “arquivar” o que ouviram, (...) copiaram e ou memorizaram (...).”*

Os sujeitos deste estudo, quando disseram que “Sim” sobre as metodologias aplicadas na escola enfatizaram a prática de metodologias tradicionais, como palestras se reportando novamente aos temas sobre doenças, que pouco permite a participação dos adolescentes na construção desse processo, e, portanto, não promovendo mudanças conceituais, hábitos, cultura e valores para uma qualidade de vida. Assim se manifestaram:

[...] Sim, tem palestras sobre saúde e obesidade (AD1);

[...], Sim, já tem palestras sobre AIDS, dengue e só (AD9);

[...] Sim, foram feitas palestras sobre dengue e sobre o Projeto Saúde e Prevenção e drogas (AD6);

[...] Sim, eles gostam de fazer muitas coisas nas aulas, são muito bons (AD19);

Assim, a Educação em Saúde ofertada pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família ainda se encontra centrada na metodologia tradicional de mera transmissão de informações sobre doenças. A esse respeito, Machado et al (2007), em seus estudos, destacam a visão instrumental da Educação em Saúde dos seus entrevistados (profissionais), sendo esta ainda concebida como estratégia mediante a qual os profissionais podem conduzir as pessoas a se cuidarem e terem uma vida saudável.

Após os esclarecimentos fornecidos por Machado et al (2007), foram encontradas semelhanças nos depoimentos dos coordenadores pedagógicos pesquisados, porém, acresceram um diferencial ao afirmarem que eram ministradas orientações aos adolescentes sobre temáticas transversais requeridas pelo Programa de Saúde Escolar quando evidenciaram que “Sim”:

[...] Sim, sobre meio ambiente, pluralidade cultural, saúde, educação sexual (C1);

[...] Sim, questões de dengue, prevenção de saúde, prevenção de drogas e educação sexual (C2);

[...] Sim, o ser humano, saúde saneamento básico, como: água, lixo, ética, meio ambiente e orientação sexual (C3).

Logo, merece destaque o reconhecimento, pelos coordenadores pedagógicos, de que Educação em Saúde deve envolver as temáticas transversais, e não somente as doenças.

Desta forma, é perceptível o fato de os coordenadores pedagógicos acatarem a necessidade da prática da Promoção da Saúde no ambiente escolar, como preconiza o Programa de Saúde Escolar do Município de Iguatu, ancorado nas estratégias da Política Nacional de Promoção em Saúde e na Estratégia de Saúde da Família. Esta aceitação por parte dos coordenadores é observada quando acentuaram positivamente a existência tanto de ações educativas envolvendo temas de saúde baseadas, tanto na concepção do modelo biomédico, como, também, nos assuntos transversais da saúde (BRASIL, 2006c e 2007a).

Assim as coordenadoras pedagógicas ao se pronunciarem sobre a existência de ações educativas quando afirmaram que:

[...], vem sendo trabalhados os projetos sobre os temas: drogas, DST/AIDS e gravidez na adolescência (C1);

[...], passeatas de conscientização sobre dengue, seminários e palestras (C2);

[...], fóruns educativos, passeatas na comunidade, grupos de estudos e apoio, desenvolvimento do projeto Junenger _ adolescentes que cantam e encantam sobre assuntos como saúde e prevenção na escola (C3).

Nessa direção, Silva e Sena (2010, p.126), nos ajudam a entender o sentido de se conceber a escola como um espaço ímpar de integração, formação e de práticas de um novo modelo de educação em saúde participativa, concorrendo para a produção de cuidados integrais a saúde dos adolescentes e jovens e conseqüentemente, para a sua autonomia e cidadania.

Mais adiante, se encontram, nos depoimentos dos coordenadores e adolescentes pesquisados, evidências de que estes convivem com dois modelos, conflitantes conceitualmente, de atenção: (1) o de prevenção de doenças e o (2) de Promoção em Saúde, aliada com a Educação em Saúde, em especial, quando citam a Educação Sexual, a gravidez na adolescência, entre outros.

Por um lado apontam problemas de saúde coletiva, como a gravidez na adolescência, doenças transmissíveis, drogas, materiais para prevenção de doenças e a violência. De outra parte, indicam alguns assuntos que se reportam à complexidade e à pluralidade do conceito amplo de saúde, para a realização do princípio da integralidade da saúde, com a finalidade de alcançar a qualidade de vida. Também relacionam ações de

Promoção de Saúde, como prática de exercícios, condições ambientais e alimentação saudável.

Enfatizam, ainda, entre as temáticas desenvolvidas pelas escolas pesquisadas, a homossexualidade (esta referida pela maioria dos adolescentes estudados) e a paz, também mencionada pelo adolescente (AD23), (demonstrando mais uma vez que existe sintonia entre discentes e docentes, quando se referem ao modelo biomédico, às formas de estratégias de ensino em que mantém a passividade do aluno, a necessidade da intersectorialidade da escola e com a saúde, entre outras).

Assim se manifestaram os dois grupos de entrevistados:

[...] e a gravidez na adolescência (C1);

[...] sobre a importância de se praticar exercícios (C2);

[...], reforçar a prevenção da saúde dos alunos brasileiros; construir uma cultura de PAZ; contribuir para a criação de condições ambientais e de relação na comunidade escolar, favorecendo a área da saúde e segurança (C3);

[...], os temas são como não se pegar o HIV, para ter uma alimentação saudável e como se usar os preservativos (AD4);

[...], os temas que já foram trabalhados foram: DST, drogas, política, violência e homossexualidade (AD8);

[...], DST, drogas, meio ambiente, política, violência, (...) e homossexualidade (AD24);

[...], droga e PAZ (AD25);

É importante, avistar-se nos depoimentos do coordenador (C3) e dos adolescentes (AD8, 24 e 25), o fato de que é possível apreender a dinâmica das três escolas pesquisadas para pôr em prática as discussões que englobam o conceito ampliado de saúde, ao relacioná-los com o direito de cidadania, estampando preocupações com o meio ambiente, a segurança, a paz, a política, o preconceito, a violência e o homossexualismo.

Um aspecto que deve ser ressaltado nesta análise é que a prática captada nas entrevistas não pode ser entendida como prática boa ou ruim, mas, como ensina Certeau (2005), que uma sociedade não possui uma só prática organizacional, mas é composta de práticas organizadas (ou não) em concordância com as normas, legislações e protocolos, ou seja, sob a influência das tecnologias duras e leve-duras.

A Educação em Saúde requer a interdisciplinaridade, pois, além das ciências da saúde, devem ser integradas ciências como Psicologia, Filosofia, Antropologia e Direito. Nesse campo multifacetado da Educação em Saúde, concorrem diferentes concepções de

mundo delimitadas por distintas ideologias política – filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

Nessa discussão, o sujeito assume posição central nas proposições da Promoção da Saúde, pois se reconhece a liberdade na dinâmica de produção e de desenvolvimento dos indivíduos e das coletividades. A Promoção da Saúde, como um processo de capacitação das pessoas para fazer e decidir sobre oportunidades e práticas de saúde com qualidade de vida, encontra desafios à constituição de novos fazeres e saberes que permitam compreender e intervir junto aos sujeitos individuais e coletivos, sem secundarizar a dimensão subjetiva da saúde.

Em tal diapasão, aceitam-se dois enfoques na potencialização das pessoas para a Promoção da Saúde: (1) um enfoque objetivo, voltado para a melhoria das condições de vida, com participação na formulação de políticas públicas, integração social, capacidade de participar da vida social, o que implicitamente remete à ampliação de poder e mobilização para o reconhecimento da saúde como direito social (WESTPHAL, 2006); e (2) um enfoque subjetivo, que privilegia os sentidos e significados da saúde e dos modos de viver, em que promover saúde com qualidade de vida em suas múltiplas dimensões envolve tanto ações do Estado quanto a singularidade e a autonomia dos sujeitos (CAPONI, 2003).

Defende-se, com efeito, assim, a responsabilização como categoria que supõe a possibilidade de escolhas dos indivíduos em contextos democráticos e de defesa da cidadania, em que os sujeitos sociais se organizam. Isso implica reconhecer a saúde como direito social, o que necessariamente converge para a liberdade individual, ante escolhas distintas, e, no plano coletivo, remete à garantia de ofertas de cuidados em saúde a todos os que deles necessitam, o que corresponde ao ideal de igualdade, o que, por sua vez, remete a um Estado Democrático de Direito (NOGUEIRA; PIRES, 2004).

Segundo Akerman; Mendes; Bógus (2004, p.605-613), a Promoção da Saúde demanda uma nova ética social, regulada pelo compartilhamento entre todos os agentes sociais da saúde e escola, de possibilidades e potenciais. Diz ele, ainda “a essência da promoção da saúde é a escolha”, significando que os educadores, os profissionais de saúde e outros profissionais promotores da saúde, entre outros, devem garantir o direito à informação sobre os bens e serviços públicos aos usuários do sistema de saúde, dentre estes os adolescentes e jovens para que tenham na prática as condições para tomar decisões sobre sua saúde (OLIVEIRA et al, 2007, p. 867-873).

Com amparo nos conceitos constantes neste estudo, entende-se a Promoção da Saúde como um conjunto de estratégias e ações com vistas a entender a capacidade das

peessoas de decidir sobre sua vida/saúde/doença, portanto, no campo das liberdades individuais para escolhas saudáveis e oportunas. Ao mesmo tempo, deslocando para o plano individual e privado das escolhas, não se negam a dimensão coletiva e a necessidade de debater as “regras” que submetem as liberdades individuais aos interesses coletivos. É nesse sentido que a noção de direito à saúde e à Promoção da Saúde emerge como forma de sociabilidade política que articula práticas individuais e coletivas num espaço comum de pertença (TELLES, 1999).

Assim, a participação do adolescente escolar no acesso aos seus direitos à saúde, à habitação, à educação, à alimentação, ao emprego, enfim, a uma vida digna (e demais usuários) foi estabelecido pelo Sistema Único de Saúde desde 1988, como estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade, indicando que esta deve atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde (BRASIL, 1990 e 2009a).

Esta tarefa exige o esforço de desencadear ações de Educação em Saúde, que operem com vistas a ampliar a focalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Ao mesmo tempo, implica tornar visíveis as mudanças ocorrentes no Sistema Único de Saúde, desde a concepção das equipes multiprofissionais de saúde, da intersetorialidade, da integralidade e do acolhimento dos usuários.

Para o Ministério da Saúde (2009a, p.9), “praticar a integralidade do cuidado à saúde e à humanização no sistema de saúde atual representa a construção da autonomia como cidadãos”, e centro de todo o processo de trabalho no sentido de se harmonizar com as necessidades e aspirações dos usuários da saúde. Portanto, a integralidade, além de ser um ato ético e para o diálogo, sendo uma política estruturante para a gestão do Sistema Único de Saúde.

Além do estabelecido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde e pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no Sistema Único de Saúde, tem por base os seguintes princípios e diretrizes: (1) reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como *universalidade, equidade, integralidade e participação social*; (2) valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular; (3) promoção da inclusão social de populações

específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde e (4) afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da promoção em saúde (BRASIL, 8080/90; 2009a).

De tal modo, o construto de Educação em Saúde encontra-se ancorado no conceito de Promoção em Saúde, pois sua definição é mais ampla, envolvendo um processo que abrange a participação de toda a população, dentro da sua vida cotidiana, e não apenas das pessoas com risco de adoecer.

Esta ideologia de Educação em Saúde está atrelada a um conceito de saúde como qualidade de vida, que envolve os aspectos físicos, ambientais, mentais, pessoal e sócio-ecológico (SCHALL; STRUCHINER, 1999, p. 4-6). Várias pesquisas, entretanto, como as de Vasconcelos (2005) e Victor (2004) demonstram que na prática persistem vários modelos, muitos dos quais reforçam as ações reducionistas, que submetem a dúvidas o alcance de ações integradas e participativas.

Schall; Struchiner (1999, p.4-6) contribuem, apresentando a visão da Educação em Saúde baseada no princípio da integralidade, em que devem ser incluídas políticas públicas, ambientes apropriados e uma reestruturação dos serviços que perpassem o nível de terapêuticas clínicas e curativas, comprometidas com a implementação da solidariedade e da cidadania, caminhando-se para a melhoria da qualidade de vida e da Promoção de Saúde.

Já Victor, entende que Educação em Saúde, em conformidade com o princípio da integralidade, requer de todos os profissionais que lidam com o ser humano a visão holístico-ecológico, seja na produção de conhecimentos ou no cotidiano da prática, de forma a restituir a importância da participação nos contextos onde se elabora a vida, onde ocorrem os atos de aprender e ensinar a engendrar as relações que aí acontecem (VICTOR, 2004).

Esta atitude técnica, política e ética, que exige a integralidade do cuidado ao ser humano, independentemente da sua faixa etária, dependem da capacidade e da liberdade de exercer a consciência crítica, tanto por parte dos profissionais, como da comunidade, visando, prioritariamente, a ações transformadoras integralizadas e recíprocas, e que é defendido por Nietzsche (2000).

Freire (2001, p.20-21) reúne mais credibilidade à convicção do poder transformador da Educação em Saúde dentro de um enfoque dialógico e relacional, ao ensinar que “(...) só homem com consciência crítica poderá ser capaz de entender o mundo que o rodeia e atuar sobre ele para transformá-lo”.

Desde 1981, a visão do Ministério da Saúde (1981, p.16-33) ainda se aplica aos tempos atuais, ao exprimir que a ação educativa desenvolve no indivíduo, na família e

comunidade a capacidade de avaliar criticamente o mundo onde vive, propondo em parceria com os profissionais as soluções mais adequadas às suas necessidades e problemas de saúde, concorrendo como agente político para a transformação social do seu mundo.

Na atualidade, constata-se que o Programa de Saúde Escolar incorpora três vertentes – currículo, ambiente e integração com escola/família/meio (BRASIL, 2006a).

O objetivo dessas vertentes visa à capacitação dos adolescentes para o enfrentamento dos problemas e necessidades, conduzindo-os para o pleno exercício da cidadania e que devem ser de responsabilidade de todos os governos.

Tendo-se a prática da Educação em Saúde como um caminho integrador do processo de cuidar do outro (e de si próprio), funda-se no ato de reflexão – ação baseada em saberes científicos, técnicos e populares, relevantes para que ocorra, na realidade dos indivíduos, famílias e comunidade, o exercício democrático capaz de impulsioná-los para a co-adjuvância das transformações das condições de vida e trabalho, demandando uma abordagem intersetorial (FREIRE, 2003).

É relevante revisar-se a contribuição de Buss (2010, p.163-173), que reforça a abrangência do conceito de saúde e aponta a Promoção da Saúde como ações intersetoriais, intrasetoriais e interdisciplinares para realizar a proposta de busca de qualidade de vida para o universo populacional. Ele concebe a saúde como um direito humano fundamental e universalmente reconhecido por todas as sociedades, desde 1948, quando são garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, os direitos como a saúde, educação, segurança, liberdade e alimentação, dentre outros.

Em razão dos referenciais teóricos reunidos nesta pesquisa, percebe-se, em síntese, a Educação em Saúde como um processo político-pedagógico que requer dos profissionais de saúde, dos docentes, discentes, sua família, sua comunidade e de toda a sociedade, um novo pensar crítico e reflexivo para desnudar a realidade e assim poderem propor e pactuar ações conjuntas e integradoras na rota das transformações que permitam o acesso do indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeitos capazes de se apoderar dos conhecimentos, de seus direitos e de tomar decisão para o autocuidado, o cuidado de sua família e da coletividade.

Assim, quando os adolescentes foram questionados acerca de um Programa de Saúde ideal voltado para o seu atendimento, comprovou-se que eles idealizavam uma unidade de saúde com estrutura física específica para atendê-los, com pinturas alegres, a necessidade da prática de atividades culturais, como dança música e programas diferentes. Senão vejamos:

[...] Eu gostaria que fosse um programa diferente, com palestras, algo diferente, (...) gostaria que tivesse mais aparelhos, mais profissionais e no mínimo uma ambulância bem equipada (...) (AD1);

[...] Sim, eu gostaria que fosse um lugar só para adolescentes, o assunto só sobre os adolescentes (AD2);

[...] Eu queria que fosse muito melhor, para ser entendido, mais rápido, admitindo mais médicos para atender jovens, rezo bem, do modo como penetrar ai..espero (AD3);

[...] Eu gostaria que tivesse mais médicos, ensinar como prevenir por meio de desenhos, músicas e palestras. Tivesse mais participação de pessoas com capacidade para uma boa vivencia e também gostaria que fossemos atendidos com mais respeito, porque as vezes dá impressão de que o que a gente fala e não é levada a serio como se fosse bobagem (AD5).

[...] Queria que fosse um posto bem bonito e tivesse um médico só para os adolescentes e tivesse um atendimento melhor não só para a gente, mas sim para todo mundo do nosso bairro. (AD7);

[...] Tem que ter um bom atendimento, mais médicos (AD8).

Observa-se nas falas dos adolescentes (AD 1, 2, 5, 7 e 8) que eles constataam algumas das singularidades do ser adolescente, no sentido de atendê-los integralmente, pois os adolescentes expressam textualmente a idéia de que querem um ambiente diverso, já que são diferentes, singulares e irrepitíveis. Que a unidade básica tenha espaços específicos que contemplem suas características culturais, sociais, psicológicas, biológicas e de privacidade. Nota-se, também, que possuem conhecimento de que necessitam das tecnologias duras e leve-duras, no momento de indicarem “num mínimo uma ambulância equipada e de palestras”.

Já no depoimento do adolescente (AD3), fica demonstrada a dificuldade de seu acesso aos serviços de saúde. A intensidade da dificuldade é tão fortemente sentida que ele reza, pede ajuda religiosa para “ai penetrar (unidade de saúde) e logo em seguida diz que deve ser “esperto” (ou seja, deve ter habilidades para romper as barreiras do atendimento que contraria o princípio da universalidade, acessibilidade e da igualdade).

Nesse sentido, Franco, Bueno e Merhy (1999) enfatizam: “*constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade*”.

Os autores citados acima reforçam a importância de ser garantido o acesso universal como preconiza a Lei 8080, de 1990, afirmando que é necessário resgatar no campo da prática o princípio da universalidade do acesso aos bens e serviços de saúde, por meio da responsabilização do Estado em cumprir o dever para com o direito à saúde aos cidadãos. Na prática deve ser implementada as estratégias relacionais, onde haja o vínculo entre os

trabalhadores da saúde e os usuários, visando o direito à uma vida digna (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O depoimento do adolescente (AD5) enfatiza a necessidade do uso de tecnologias relacionais (em complemento às duras e leve-duras), em que seja praticada a relação sujeito – sujeito, sendo acolhidos com maior respeito pelos profissionais de saúde; seja permitida a sua participação pela escuta pelo diálogo entre eles e os profissionais, mediante uma Educação em Saúde dialogada e compartilhada.

Por isso, entende-se que o diálogo deve ser constituído diuturnamente, durante os encontros entre os adolescentes e os profissionais em seu espaço de trabalho no âmbito escolar, que, por certo, terá “[...] reflexos no pensar e no agir dos profissionais inseridos no campo da promoção em saúde, agregando seu papel educativo ao resgate da pessoa como cidadão, participativa e conscientes de sua condição de vida” [...] (LOVATO, 2008, p.9).

Com efeito, o depoimento enfático do adolescente (AD5) justifica a necessidade da implementação das tecnologias leves em conjunto com as técnicas da Educação em Saúde emancipadora.

Para demonstrar as peculiaridades da faixa etária estudada, percebe-se nos testemunhos dos adolescentes (AD 9 e 10) que eles aspiram por uma unidade de saúde específica, com médicos especializados, programas para adolescentes nas escolas (referem-se ao Programa de Saúde Escolar dentro dos espaços das escolas). Por serem bem-humorados e a alegria fazer parte do seu ser, seria importante que a Unidade Básica de Saúde fosse “[...] colorida, com animação e mais alegres e que o cuidado tenha melhor acolhimento em “[...] salas iguais às crianças” (AD9), (estão sempre se comparando as crianças, é a dificuldade da perda no momento em que tentam buscar sua identidade própria). Dentro dessa percepção, os adolescentes esperam que os profissionais os atendam com maior respeito e humanização (AD10).

Desse modo, assim se expressam:

[...] Eu gostaria de rir muito mais, bonito, que os jovens gostam de uma vida melhor, com saúde para todos nós e vai melhorar o atendimento, melhores médicos, melhores condições (estrutura física), bem colorido, com animação, mais alegria (AD9);

[...] Gostaria que houvesse nossos próprios médicos e salas, como as da criança. Gostaria que nós olhássemos com bons olhos e não como jovens sem futuro. Gostaria que tivesse um grupo de dança e aulas de capoeira. Eu gostaria, porque não tem programa para adolescentes na escola (AD10).

Para finalizar esta categoria são deixadas algumas reflexões de Libâneo (2002, p.7-12), que dão sustentação teórica aos objetivos que justificam a relevância das ferramentas da Educação em Saúde e das tecnologias leves na promoção do cuidado integral ao adolescente no cotidiano escolar, quando acentua:

Penso que a democracia pode deixar de ser um sonho se formos suficientemente realistas para buscar soluções a partir das condições existentes, em qualquer lugar onde haja agentes humanos capazes de mobilizar seus desejos e suas energias para se oporem ao constituído, ao determinado, ao imposto.

Entende-se, pois, que a integralidade buscada neste estudo é uma concepção em contínua elaboração, com base em estudos científicos que dêem os contornos limitadores para a sua prática no cotidiano da atenção primária; prática que requer uma atuação democrática, integrada e um processo de cuidar balizado numa relação horizontalizada - sujeito-sujeito – alicerçada no compromisso ético-político de cada profissional da saúde e da educação com os usuários do Sistema Único de Saúde, em especial os adolescentes e jovens, de forma a transformá-los em parceiros e cidadãos na condução da Promoção da Saúde e prevenção de doenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que, a despeito da existência de vários programas e projetos dirigidos à faixa etária estudada, além do mais recente Programa de Saúde Escolar, os depoimentos dos adolescentes e jovens evidenciaram que existe deficiência nas estratégias que favoreçam a mobilização e participação dos adolescentes no processo de decisões quanto à prevenção de doenças, e muito mais afastados da corresponsabilidade das ações de promoção em saúde, individual e coletiva.

Analisa-se como indicador positivo o fato de que, mesmo sem o acesso às informações sobre os projetos, a maioria dos adolescentes demonstrou motivação para participar do Programa de Saúde Escolar.

O reconhecimento da importância da participação no programa foi considerado marcante entre os adolescentes e coordenadores pedagógicos, evidenciado que esse direito poderá sair da retórica para uma prática cotidiana.

Se por um lado existe a expectativa da participação por parte, principalmente, dos adolescentes, por outro, ao negarem a inexistência e ou fragilidade da sua real participação nas atividades escolares, como na escolha dos temas transversais, eles sinalizam que o processo de ensino nas escolas ainda é fortemente fragmentado em disciplinas tradicionais e verticalizadas, seguindo um planejamento e execução, tendo como base a concepção de mundo, da cultura, e do conhecimento dos professores e dos programas das disciplinas, não havendo a escuta dos adolescentes, como orientam os Parâmetros Curriculares Nacionais - Lei 9.394/96.

A exclusão dos adolescentes do processo decisório nas atividades escolares, como também objetiva o Programa de Saúde Escolar, representa potencialidades desperdiçadas, que contrariam a estratégia vital para o alcance dos objetivos e metas do referido programa do Município de Iguatu, em particular.

Um dos achados, também acentuado nesta pesquisa, foi o de que tanto os adolescentes como os coordenadores pedagógicos reproduziram a cultura do modelo hegemônico em saúde, onde definiram saúde como ausência de doença, inclusive, citando entre as doenças mais prevalentes entre os jovens, a Síndrome Imunodeficiência Adquirida (AIDS), drogas, doenças dermatológicas, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras.

Esse conceito biológico e restrito de saúde tem sido mostrado e denunciado por vários sanitaristas como incapaz de resolver os multifatores causadores de doença,

necessitando de práticas intersetoriais entre a saúde e a escola, e entre outros setores do governo e da sociedade, no sentido de promover discussões sobre o conceito de saúde como qualidade de vida, conforme deseja a Política Nacional de Promoção de Saúde e recepcionado pelo Programa de Saúde Escolar – PSE, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, como uma política intersetorial do Ministério da Saúde.

No que se refere ao acesso ao atendimento dos adolescentes à Estratégia de Saúde da Família, as falas dos jovens indicaram deficiência, apesar de procurarem as unidades básicas de saúde em caso de doenças, apontando também como causa dessa deficiência a inadequação dos espaços físicos e de programação específica para a faixa de 10-19 anos.

Com base nos referenciais teóricos levantados, foi possível observar as restrições aos cuidados integrais e intersetoriais ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde, onde os testemunhos dos adolescentes são indicadores de que a equipe multiprofissional de saúde ainda não utiliza as estratégias relacionais, como a escuta, a coadjuvância em busca de estabelecer vínculos efetivos e afetivos e de soluções conjuntas entre os usuários e profissionais.

Nesse processo de envolvimento dos adolescentes no seu direito de participação, tanto pelas escolas, como pelas ações de saúde, como requer o Programa de Saúde Escolar do Município de Iguatu, garantindo aos mesmos, conseqüentemente, o seu direito de “empoderamento” sobre as condições de saúde e de vida.

A ausência de participação diagnosticada pelos adolescentes na tomada de decisões os encaminha para uma baixa autonomia para decidir e controlar ações dos profissionais de saúde.

Quanto à questão da integralidade no ato de cuidar dos adolescentes, os testemunhos recaíram predominantemente sobre o modelo médico, ao citarem várias doenças que acometem a população de adolescentes escolares. A hegemonia deste modelo assistencial quando somada à fragilidade das práticas intersetoriais da saúde com a escola, leva a se refletir que ainda existem alguns desafios para que seja alcançado o cuidado integral na concepção de saúde como qualidade de vida, que envolve, além, do cuidado dos agravos e doenças, o saneamento básico, educação, emprego, habitação, entre outros atributos que fazem parte dos objetivos do nível de Promoção em Saúde estipulado pelo Programa de Saúde Escolar, em particular.

Vários autores, entre eles Cecílio (2001), Mattos (2004), Merhy (2002), Pinheiro (2001) e Ayres (2001), apontam que o princípio da integralidade, por ser um conceito polissêmico, dificulta a sua implantação na prática.

Sem a prática da intersetorialidade da Estratégia de Saúde da Família com a educação e com os demais setores do governo e de instituições não governamentais e privadas existentes no Município de Iguatu, não há como se atingir a integralidade da atenção ao adolescente e jovem, como estabelece o seu Programa de Saúde Escolar.

Não se pode deixar de destacar os vários programas e projetos visando à atenção integral à saúde dos adolescentes e dos jovens, oriundos dos estudos nascidos na Escola Pública de Iguatu (ESPI), que vem colaborando para a visão multidimensional de adolescência e juventude, e que, por certo muito contribuirá para o êxito do Programa de Saúde Escolar em implementação.

Outra constatação desta pesquisa são as vozes dos adolescentes e dos coordenadores pedagógicos, que refletem para a necessidade de serviços/unidades específicos para o atendimento, que levem em consideração, desde os atributos da estrutura física e sua decoração, programas destinados a eles. Enfim, serviços que ultrapassem o processo de trabalho centrado nos saberes e experiências de cada profissional de saúde, fundamentados nos protocolos, clínica, instrumentos legais, elementos caracterizadores da prevalência das tecnologias duras e leve-duras, consoante a classificação de Merhy (1997).

O cuidado integral ao adolescente no âmbito escolar é uma prática intersetorial, multidisciplinar e com abordagens transversais, além dos temas de prevenção de doenças.

Portanto, para que seja tangível o cuidado integral ao adolescente escolar, urge a implementação do princípio da intersetorialidade, ampliando, assim, o sistema de referência e contrarreferência com outros setores - neste estudo, com a escola - mas pode ser com os demais setores da saúde, culturais, segurança alimentar, Centro de Atenção Psicossocial, Conselho Tutelar, grêmios estudantis, entidades privadas, sindicatos, entre outros. Entende-se, portanto, que nenhum setor isoladamente promove as mudanças sociais inspiradoras dos vários instrumentos da gestão, entre os quais o mais recente – Programa de Saúde Escolar do Município de Iguatu.

Ressalta-se que os adolescentes e coordenadores pedagógicos, ao apontarem a possibilidade da interação da escola com a saúde, indicam a viabilidade da consecução do Programa de Saúde Escolar implantado pela gestão do Município de Iguatu.

A Promoção da Saúde pela Estratégia de Saúde da Família junto as escolas representa uma realidade possível, na perspectiva do Poder Público local poder criar políticas públicas inclusivas, que repercutam sobre os processos cotidianos da produção dos cuidados de saúde integral ao adolescente escolar de Iguatu.

A prática de atos intersetoriais da saúde com a escola, desenvolvendo ações de Promoção da Saúde na escola, permite visualizar oportunidades para as parcerias estratégicas a fim de potencializar o impacto do Programa de Saúde Escolar do Município sobre a qualidade de vida dos adolescentes e jovens iguatenses.

Da análise dos resultados deste estudo, considera-se que vários são os caminhos que poderão nortear essa nova concepção de saúde na escola, apontando-se o maior alinhamento com as percepções dos movimentos sociais e sanitários de Promoção da Saúde, que valorizam o seu caráter de superação do modelo hegemônico e instituinte e focaliza na participação e na constituição de um conhecimento emancipado para o adolescente (e demais usuários).

Na leitura interpretativa sobre a relevância da escola projetada pelos objetivos do Programa de Saúde Escolar, encontra-se que ela deve ter como função primordial a formação de cidadãos conscientes e comprometidos com a sociedade onde influem e são influenciados.

Nessa perspectiva, considera-se que, apesar de ainda existir uma longa trajetória para alcançar um cuidado integral à saúde do adolescente e jovem para a efetividade da interação da escola com a saúde esperada pela implementação do Programa de Saúde Escolar do Município de Iguatu, base deste estudo, entretanto, mesmo diante de dispositivos dificultadores, os achados apontam para uma realidade possível e visível, pelo uso de ferramentas, como a Educação em Saúde participativa e das tecnologias leves, o que, por certo, proporcionará experiências que estimularão as potencialidades existentes em cada jovem “empoderado” de consciência crítica e reflexiva sobre as condições sociais, econômicas, de saúde e políticas onde convivem.

Por se ter a consciência da incompletude desta pesquisa qualitativa e suas conseqüências nas generalizações, mesmo realizando um aprofundado estudo exploratório, malgrado os muitos dos aspectos já apontados ainda restam ser destacados como meio de colaborar para novas discussões e reflexões sobre a promoção do cuidado integral ao adolescente escolar do Município de Iguatu, para que a intersetorialidade com a escola aconteça no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família, assim justificam-se outras considerações:

1. Menciona-se a necessidade de que os profissionais de saúde e de educação sejam capacitados para lidar em parceria com os adolescentes e jovens, como sujeitos, donos de um saber peculiar, de experiências singulares e, portanto, capazes de contribuir para o processo de mudanças sociais na prática.

2. Espera-se que as escolas envolvidas com o Programa de Saúde Escolar, em especial as estudadas nesta pesquisa, as universidades e a sociedade em geral, assumam a dimensão ampla de saúde e incorporem as experiências apoiadas na idéia de Promoção a Saúde, visando a extrapolar no dia a dia do processo de trabalho a supremacia do modelo baseado na doença, modelo este que favorece o maior custo com tratamentos, medicamentos e hospitalizações, elementos cruciais para as empresas que vivem às custas das perdas e danos à saúde das populações humanas, hoje transformadas em objeto de lucro pela indústria da saúde (laboratórios, hospitais, clínicas de alta tecnologia, de produção de equipamentos, entre outras).

3. Considerando a necessidade de assistência integral á saúde dos adolescentes e jovens, enriquecida e fortalecida pela implementação de ações intersetoriais, na prática de educação em saúde participativa e nas estratégias relacionais, imperioso se faz o surgimento de proposta de elaboração de políticas públicas integradas como as que se propõe o Programa de Saúde Escolar do Município de Iguatu, que compreende o espaço escolar como um instrumento para implementação da promoção de saúde, na expectativa emancipadora dos adolescentes iguatenses.

4. Concebendo-se a Atenção Básica à Saúde como a porta de entrada para os usuários aos bens e serviços a que possuem direito, com ênfase na Promoção da Saúde e prevenção de doenças com 36 equipes de Saúde da Família e 25 cadastradas, portanto, é preciso ser reconhecido que o sistema de saúde do Município reúne elementos estruturais, organizativos e de gestão de pessoas, tornando-o um ambiente propício para a Educação em Saúde de jovens escolares em interação com as escolas

5. Apreciando os resultados ao longo desta pesquisa, estes demonstraram que a escola exerce grande influência na produção social da saúde, na medida em que os adolescentes e coordenadores pedagógicos ressoaram em várias questões da entrevista a predominância do modelo médico de saúde. Por esse motivo, a intersetorialidade com a escola torna-se relevante em razão do seu potencial transformador para uma aprendizagem compartilhada entre os vários agentes sociais da comunidade escolar.

6. Analisou-se ainda, a Educação em Saúde participativa e emancipadora, dentro das estratégias relacionais, não normativas de promoção da saúde na escola, estabelecida com amparo em pactos horizontais, fruto das negociações entre os dois setores e com as demais redes sociais de serviços atinentes ao cuidado com a saúde do adolescente e jovens donos de sua cidadania.

7. Por isso não há como se negar o poder transformador das estratégias de Educação em Saúde - em interface com as tecnologias leves da escuta, do acolhimento, da corresponsabilização, autonomia e cidadania nas escolhas pelos adolescentes. São estratégias para que os profissionais de saúde, docentes e demais agentes do mundo escolar vivenciem a cidadania no cotidiano das parcerias com os adolescentes na escola.

8. Acredita-se que somente adolescentes-cidadãos poderão provocar a quebra das algemas em que está aprisionada a atual Educação em Saúde, que se sustenta em visitas eventuais e palestras proferidas pelos profissionais de saúde nas escolas, em momentos de campanhas e ou provenientes de ordens do Ministério da Saúde, o que inviabiliza a constituição de vínculos com jovens, com os docentes e demais componentes da comunidade escolar, inclusive, com o território adstrito

9. Destaca-se a decisão do Município de Iguatu em acatar o Pacto proposto pelo Programa Nacional de Saúde e implantar em 19 de dezembro de 2010 o Programa, demonstrando o compromisso ético com a qualidade de vida dos adolescentes e jovens, seja individual, seja coletivamente.

Diante dos postulados explícitos no Estatuto da Criança e Adolescente, nos quais estes passaram a ser concebidos sujeitos de direitos, imprescindível se faz que a Promoção em Saúde no cuidado integral ao adolescente escolar, nos termos do Programa de Saúde Escolar, promova acesso para um urgente atrelamento das instituições de saúde e de educação, além das demais redes sociais, destacando-se as universidades e instituições formadoras de profissionais capazes para um processo de trabalho multidisciplinar, transdisciplinar e ético, dedicado aos adolescentes (e demais usuários do SUS) escolares.

A temática desta investigação e seu objetivo ensejam a certeza de que com as ferramentas da Educação em Saúde, das tecnologias leves e dos princípios da intersetorialidade, visando ao cuidado integral ao adolescente escolar, é viável o seu êxito pela gestão de saúde do Município de Iguatu.

Mesmo havendo a exploração da temática, e ante os resultados deste estudo, entende-se que não se tem respostas absolutas para as “descobertas” nesta investigação, mas deixa-se para a abertura de debates e reflexões dos agentes sociais que fazem parte da comunidade da saúde e da escola.

Resta recomendar, como desdobramento desta pesquisa, a sua continuidade em forma de atuação articulada dos trabalhadores de saúde e de educação, passando-se à prática. Este momento implica férteis reflexões promovidas pelas experiências vivenciadas pelos profissionais durante as parcerias da saúde e da educação, em especial, e com as demais redes

sociais que têm a perspectiva total para o processo de inclusão dos adolescentes aos seus direitos fundamentais.

Por fim, apresenta-se como produto deste estudo a Oficina de Estudos sob o Título: A Promoção da Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: buscando o Cuidado Integral à Saúde Integral do Adolescente e Jovem Escolar, que visa refletir, estudar e promover trocas de experiências entre os participantes do Programa de Saúde Escolar do Município de Iguatu, e, assim, contribuindo para o encurtamento da distância entre a comunidade escolar e a de saúde. Esta oficina será implementada pela Escola de Saúde Pública do Município, que determinará o melhor período para a sua realização.

E, finalmente, espera-se que, após esta e outras oficinas com a participação dos vários atores sociais envolvidos, em especial a inclusão e acesso dos adolescentes e jovens aos seus direitos sociais, surjam após os debates as soluções viáveis, para cada momento do processo de trabalho de interação em busca do cuidado integral à saúde do adolescente, como deseja o Programa de Saúde Escolar do Município. É o que se espera. É preciso acreditar e depois ousar.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, H.W. **Cenas Juvenis: punks e darks no espetáculo urbano**. São Paulo, SP: Editora Página Aberta, 1994.
- ABRAMO, H.W. Considerações sobre a temática social da juventude. **Revista de Educação**. São Paulo n° especial, p. 25-36, maio/jun de 1997.
- ABUASSI, C.; PACHECO, A. Implantação de um serviço de adolescentes. **Adolescente e Saude**. v.1, n.1, pp.14-17. 2004.
- AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C.M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência e Saúde Coletiva**. v.11, n.3, pp. 605-13. jul-set, 2004.
- ALLPORT, G. **Pattern and growth in personality**. London: Holt, Rinehart and Winston. 1963. Disponível em <http://rmoura.tripod.com/vidaadult.htm>. Acesso em 20 de setembro de 2011.
- ALMEIDA FILHO, N. de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e sociedade**. [online]. v.14, n.3, pp. 30-50. 2005.
- ALMEIDA, C. M. O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsector público para pobres? **Ciência & Saúde Coletiva**. . v. 8, n. 2, p. 346-352. Rio de Janeiro, 2003.
- ALMEIDA, M.C.P. de.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. agosto, 2001. p. 150-153.
- ALVES, G.L. Formação de professores: uma necessidade de nosso tempo? **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n.31, p.102-112, Set.2008.
- ALVES, V.S. Um modelo de Educação em Saúde para o Programa de Saúde da Família: pela Integralidade da atenção e reorientação do modelo de saúde. **Interface - Comunic Saúde, Educação**. v.9, n.16, p. 39-52, 2005.
- ALVES, V.S.; FRANCO, A.L.S. Estratégias Comunicacionais do médico de saúde da família para educação em saúde no contexto clínico. IN: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva** v. 8, supl 1. pp.144, 2003.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.
- ASENSI, F.D. **Direito, Estatística e Integralidade na saúde**: uma reflexão Multidisciplinar sobre valores. IN: Razões públicas e integralidade em saúde: o cuidado como valor. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.D de (org). 2 ed. *Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva / Instituto de Medicina Social/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Associação Brasileira de Pós-Graduação*. 2009. p.80-90.

AYRES, J. R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p.16-29, set-dez, 2004.

AYRES, J.; CALAZANS, G.; FRANÇA JR., I. **Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/Aids**. In: Vieira E, Fernandes MEL, Bailey P, Mckay A (Organizadoras.). Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998. p. 97 -109.

AZEVEDO, M.A.; GERRA, V.N.A. **Com licença vamos à luta**. São Paulo: Editora Iglu, 1998.

BARBOSA, L. **Sociedade de Consumo**. São Paulo: Jorge Zahar, 2004.

BECKER, D. **O que é adolescência**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

BENEVIDES, M.V. **Educação em Direitos Humanos**. In: Seminário de Educação em Direitos Humanos. 2000, São Paulo. Disponível em: <www.hottopos.com/convenit6/victoria.htm>. Acesso em: 18 set 2011.

BEZERRA, M.T.U.; RODRIGUES, E.M.D. **Estratégias utilizadas para encantar e cuidar integralmente do adolescente na atenção primária**. Monografia apresentada a Universidade Regional do Cariri – URCA. Iguatu, 2010. 78 fls.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.7, n.3, p.401-412, Rio de Janeiro, 2002.

BOFF, L. **Ética e moral: a busca dos fundamentos**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 47-50.

BOSSA, N.A. **A psicopedagogia no Brasil: contribuições a partir da prática**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 17-62.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 1988.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei 8069 de 13 de julho de 1990**. Brasília, 1990.

_____. **Resolução 196 de 16 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, envolvendo seres humanos. 1996a Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res196.htm>>. Acesso em: 01 set. 2010.

_____. Ministério da Justiça. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Diretrizes e bases da educação nacional, 1996b.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: apresentação dos temas transversais, ética / Secretaria de Educação Fundamental**. Brasília: MEC/SEF, 1997. 146p.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais:** terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais/ Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC/SEF, 1998. 436 p.

_____. Ministério da Saúde. A Promoção da Saúde no Contexto Escolar. Texto Difusão Técnico-científica do Ministério da Saúde – Censo Escolar, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, **Revista Saúde Pública.** v.36, n.2, p.533-5, 2002a.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** Ensino Médio. Brasília: Ministério da Educação, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens:** Orientação para Organização de Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005a.

_____. **O SUS de A a Z.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 48 p.

_____. Ministério de Saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde.** Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil, Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial:** saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** Portaria n.º 687 MS/GM de 30/03/2006. Brasília, 2006c. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2007a. 68 p.

_____. Ministério da Saúde e da Educação. **Programa de Saúde Escolar.** Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007b.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **PROEJA.** Brasília, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal:** saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007d. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Temático - Prevenção de Violência e Cultura de Paz.** V. III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 60p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b, 96 p.

_____. Ministério da Educação. **Estudo exploratório sobre o professor brasileiro com base nos resultados do Censo Escolar da Educação Básica 2007** / Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. – Brasília: Inep, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. **Homens representam 83% do total de mortos em acidentes e homicídios do País**. Portal da saúde. Dezembro/ 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. **Dados do Boletim Epidemiológico de AIDS**, 2010c. Disponível em <www.aidshiv.com.br>. Acesso em 04 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência Saúde Coletiva**. 2000, v.5, n.1, pp. 163-177.

BUSS, P.M. **Uma Introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: Czerenia D, Freitas CM, editores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2003. p.15-38.

BUSS, P. M. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. **ECO DEBATE: cidadania e meio ambiente**. Rio de Janeiro, 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, abr. 2007.

CANIVEZ, P. **Educar o cidadão**. 2. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1991.

CAPONI S. **A saúde como abertura ao risco**. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 55-77.

CARTONI, D.M. Ciência e Conhecimento Científico. **Anuário da produção acadêmica docente**. V.III, n. 5, 2009.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção em Saúde: sujeito e mudança.** São Paulo: HUCUTEC, 2005. 183 p.

CASAGRANDE, E.; SANTOS, R. S. dos.; MORELLI, S.M.D. Transversalidade na Escola. AKRÓPOLIS - **Revista de Ciências Humanas da UNIPAR.** Umuarama, v.12, n.3, jul./set., 2004.

CAZZONATTO, V.S. **O processo de construção/implantação de projetos no planejamento pedagógico escolar e a participação do(a) professor(a) de educação física.** 2005. 52f. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.

CECÍLIO, L.C.O. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. RJ: UERJ/ABRASCO, 2001, p. 113-126.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano.** 6 ed. Tradução de Ephraim F. Alves e Lúcia Endlich Orth.. Petrópolis: Vozes, 2005.

COELHO, A.N. Juventude e Políticas Públicas. In: **Revista Mundo Jovem**, São Paulo, Outubro 2003.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2 ed. rev.e amp. Org. Dina Czeresnia e Carlos Machado Freitas. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2009. 229p.

DELIZOICOV, D. Resultados da Pesquisa em Ensino de Ciências: comunicação ou extensão? **Caderno Brasileiro de Ensino de Física.** v.22, n.3, p.364-378, 2005.

DEMARZO, M.M.P.; AQUILANTE, A.G **Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde.** In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, v.3, p. 49-76, 2008.

FERNANDES, A.S.; SECLÉN-PALACIN, J. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil.** Brasília: OPAS; 2004.

FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. **Promoção da saúde e gestão local.** São Paulo: Aderaldo e Rothschild: CEPEDOC, 2007, 146p.

FERNANDEZ, L.A.L.; REGULES, J.M.A Promoción de Salud: un enfoque en salud pública. Andalucía: Junta de Andalucía/Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994

FERREIRA, C. **A Interdisciplinaridade Da Educação Ambiental Nas Escolas: Agente Otimizador De Novos Processos Educativos.** 2008. Disponível em <http://www.artigonal.com/biologia-artigos/a-interdisciplinaridade-da-educacao-ambiental-nas-escolasagente-otimizador-de-novos-processos-educativos-482860.html>. acesso em 18 de set de 2011.

FERREIRA, M. de A.; ALVIM, N. A. T.; TEIXEIRA, M. L. de O.; VELOSO, R. C. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, Abr./Jun. 2007.

FERRIANI, M.G.C.; GOMES, R. **Saúde escolar**: contradições e desafios. Goiânia: AB Editora, 1997.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F.A.C.; CAMPOS, F.C.C.; ALVARES, J.; AGUIAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.D.A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência saúde coletiva**. v.13, suppl.2, pp. 2115-2122. 2008.

FONTANELLA, B.J; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FORTALEZA, M.S; DINIZ, R.E.S. **Grupo de Estudo: uma perspectiva de prática crítico reflexiva na formação continuada de professores**. In.: NARDI, R.; BASTOS, F.; DINIZ, R.E.S. (orgs). Pesquisas em Ensino de Ciências: contribuições para a formação de professores. 5 ed. São Paulo: Escrituras, 2004.

FRANCO, S.R.K. **O construtivismo e educação**. 4 ed. Porto Alegre: Mediação, 1995.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHO, R.; MATOS, R. (org.). **Gestão de redes**: práticas, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva (CEPESC)-Instituto de Medicina Social/ Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). 2006.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR., H.M. **Atenção Secundária e a Organização das Linhas de Cuidado**. In. Merhy et al "O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano"; São Paulo, HUCITEC, 2003.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.15, p.345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **PSF**: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. Campinas, 1999.

FRANCO, T.B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**. Tese de Doutorado, Campinas (SP); Unicamp, 2003.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Paz e Terra, 1981. 79p

_____. **Educação e mudança**. Petrópolis: Vozes, 1984.

_____. **Pedagogia da Autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra (Coleção Leitura), 1996.

_____. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 36 ed., São Paulo: Paz e Terra, 1997.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998. 165 p.

_____. **Educação como prática da liberdade.** 14 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001. 113 p. 7-40 p

_____. **Educação como prática da liberdade.** 26 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 37. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M. C.; THEME FILHA, M. M. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Revista de Saúde Pública**, fev. 2001, v.35, n.1, p.74-80.

GAVÍDEA, V.; RODES, M. Tratamiento de la Educación para la Salud como matéria transversal. **Alambique – Didáctica de las Ciencias Experimentales**, v. 9, p. 7-16, 1996.

GELBCKE, F.L.; SOUZA, L. A.; DAL SASSO, G.M.; NASCIMENTO, E.; BULB, M. B. C. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.62, n.1, pp. 136-139, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 195 p.

GOMES, J.P. As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. **Educação**. Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 84-91, jan./abr. 2009.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.9, n.17, Mar./Aug. 2005.

GOUVEIA, M.J.A. **Intersetorialidade e contemporaneidade.** IN: BRASIL. Ministério da Educação. Salto para o Futuro, ano XIX, n 13 out 2009.

HÄNNINEN, O.; HELIN, P. **Teaching and learning of health knowledge at schools. In: Proceedings of the International Symposium BioEd 2000 – The Challenge of the next Century.** 2000. Available at: http://intl.concord.org/cbe/cbe_paper_index.html

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** Parte II. Universidade São Francisco. 11ª edição. São Paulo: Editora Vozes, 2004. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback, 257pp.

IGUATU, Secretaria de Saúde. Escola de Saúde Pública. **Programa de Saúde Escolar** de 19 de dezembro de 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD.** 2009.

_____. **Dados populacionais.** Brasil, 2010a.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais 2004, série Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica**, nº 15, Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

LABANCA, L.E. **Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado**, Editora Forense - 1ª ed. 2002.

LAMA, D. **Uma ética para o Terceiro Milênio**, Sextante. / 8 Nicholson, Michael. Mahatma Gandhi. Ed. Globo, 1993.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A.M.C. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.

LEITE, M. A. **Formação Docente: Ciências e Biologia: estudo de caso**. Bauru: Edusc, 2004.

LENTSCK, M.H.; KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; KLUTHCOVSKY, F.A. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. **Ciência Saúde Coletiva**. Nov 2010, v.15, suppl.3, p.3455-3466.

LÉVY, P. **Cibercultura**. São Paulo: 34, 1999.

LEVY, S. N.; SILVA, J.J.C.da.; CARDOSO, I.F.R.; WERBERICH, P.M.; MOREIRA, L.L.S. **Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas do Ministério da Saúde**. **Revista Médica Online**, 2001, p. 01. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>> Acessado em: 20 set de 2011.

LIBÂNEO, J.C. **Educação, Cultura e Sociedade Abordagens Críticas da Escola**. Prefaciando o Livro de autoria de PEREIRA, C.; ALVES. J.P.; PEIXOTO, M.A.; VIANA. N (org.); FERNANDES.O.B E VIEIRA.R,G(ORG):LEITÃO.R.M e PINHEIRO.V. Edições Germinais. Goiana-Goiás, 2002, 138 pp, p 7-12.

LOVATO, A.L.T. **Obstáculos ao Dialogo como ferramenta PA a promoção do aleitamento materno: uma abordagem educativa**, Porto Alegre, 2008. Disponível em www.lume.ufrgs.br, acessado em 20 de novembro de 2011.

MACHADO, M.F.A; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n.2, pp. 335-42, mar/abr., 2007.

MATTOS, R. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; et MATTOS, R. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2001, p. 39-64

_____. A integralidade na prática. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, out. 2004.

MELUCCI, A. Juventude, tempo e movimentos sociais. In: **Revista Brasileira de Educação: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação**, nº 5/6. 1997. p. 5-14.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no trabalhar a assistência.** In: EMERSON, E. E. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público. São Paulo: XAMÃ, 1997. Disponível em: <<http://www.hupe.uerj.br/cd-2008/documentos/artigoperdadadimensaocuidadora.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2010.

_____. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas – contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação, São Paulo, p. 109-116, fev. 2000.

_____. **Em busca do tempo perdido:** a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 56-65.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por Triangulação de Métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. **Violência, um problema para a saúde dos brasileiros:** introdução. pp.9-33. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S. (orgs). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MIRANDA, P.R. **Mediação e processo de aquisição do conhecimento.** 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá, Paraná, 2007. IN: Revista da Alfabetização Solidária /Alfabetização Solidária. v.8, n.8/9, 2008/2009. São Paulo: Terceira Margem, 2009.

MOSQUERA, J. **Conferência proferida no 1º Seminário Internacional:** Pessoa adulta, saúde e educação, realizado na Pontifícia Universidade Católica. Rio Grande do Sul, realizado em Maio de 2005.

MOURA, R.M. **A vida adulta:** uma visão dinâmica. 1999. Disponível em <http://rmoura.tripod.com/vidaadult.htm>. Acesso em 20 de setembro de 2011.

NASCIMENTO. L. **A Contribuição da Família para a Redução de Danos à Saúde do Adolescente no Município Ce Iguatu-Ce.** Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

NIETSCHE. E.A. **Tecnologia emancipatória:** possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Ed Unijui, 2000.

NOGUEIRA, V.M.R.; PIRES, D.E.P. Direito à saúde: um convite a reflexão. **Cadernos de saúde pública**. v 20 n3, pp 753-760. 2004.

OLIVEIRA, E.M.S.; PINTO, S.M.S.; OLIVEIRA, S. G. S.; PINTO, A.R.C.; SILVA, V.C. A percepção da equipe de enfermagem quanto ao cuidado prestado às adolescentes no ciclo gravídico-puerperal. **Adolescência e Saúde**, v.6. n.2, maio, p. 14, 2009.

OLIVEIRA, S.H.S.; MONTEIRO, M.AA.; LOPES, M.S.V.; BRITO, D.M.S.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T.; XIMENES, L.B. Estratégias de enfrentamento da pobreza e sua interface com a promoção da saúde. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. 2007, v.15, n.spe, pp. 867-873.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Convenção nº 138 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre Idade Mínima de Admissão ao Emprego**, Decreto Legislativo nº 179, de 14 de dezembro de 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa, aprovada na 1 Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986**. Genebra, 1986. Disponível em: <<http://www.portalsaude.gov.br>>. Acesso em: 23 jun. 2010.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p. 473-487.

PALAZZO, L. S.; BÉRIA, J.; TOMASI, E. Adolescentes que utilizam servicios de atención primaria: Cómo viven? Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.6, p.1655-1665, 2003.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v.1, p. 65-112, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M.E. (orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro: *Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva*: Associação Brasileira de Pós-Graduação, 2010. 208 pp. 90.

QUEIROZ, M.V.O.; JORGE, M.S.B. Ações educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto às famílias. **Acta Sient Health Sci**. 2004; v.26, n.1, pp.71-81. Disponível em <http://periodicos.uem.br>. Acesso em 19 de ago de 2011

REIS, D.C. dos. **Educação em saúde**: aspectos históricos e conceituais. IN: Educação em saúde: teoria, método e imaginação/Maria Flávia Gazzinelli, Dener Carlos dos Reis, Rita de Cássia Marques (organizadores). Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais, 2006. pp.19-23, 167 p.

ROCHA, P.K. PRADO, M.L.K. do.; WAL, M.L.; CARRARO, T.E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, jan./feb. 2008.

RODRIGUES, R.I.; CERQUEIRA, D.R.C.; LOBAO, W.J.A.; CARVALHO, A.X.Y. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. **Cadernos de Saúde Pública**. v.25, n.1, p. 29-36. 2009.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Rio Grande do Sul: Sulina, 2006.

ROSA, L.V.B. da. **Exclusão étnica**: uma face do fracasso escolar: a exclusão de adolescentes negros, na perspectiva de aproximação de pressupostos teóricos de inclusão. Porto Alegre: UFRGS, 2001.

ROSAS, F.K.; CIONEK, M.I.G.D. O impacto da violência doméstica contra crianças e adolescentes na vida e na aprendizagem. **Revista Conhecimento Interativo**, São José dos Pinhais, PR, v.2, n.1, p.10-15, jan./jun. 2006.

SANTOS, S.M.R.; JESUS, M.C.P.; AMARAL, A.M.M.; COSTA, D.M.N.; ARCANJO, R.A. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto contexto - enferm.** v.17, n.1, pp. 124-130. 2008.

SAPAG, J.C.; KAWACHI, I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. **Revista Saúde Pública**, v.41, n.1, pp. 139-49. 2007.

SCHALL, V.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**. v 15, p 4-6, 1999. Editorial. Disponível em www.scielo.br acesso em 14 de set. de 2011.

SCHNETZLER, R. P. Do Ensino como Transmissão para um Ensino como Promoção de mudança conceitual nos alunos: um processo (e um desafio) para a formação de professores de Química. **Cadernos ANPED**, Belo Horizonte, n. 6, p. 55-83, 1994.

SICOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface (Botucatu)** [online]. 2003, v.7, n.12, pp. 101-122.

SILVA, A.A. da. **Saúde do Adolescente**: políticas e práticas nos municípios da 18ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará. Dissertação de Mestrado da Saúde da Criança e Adolescência, da Universidade Estadual do Ceará, 2009 p.11.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. **Poder, autonomia e responsabilização**: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana. São Paulo: HUCITEC, 2010. 174 p.

SILVA, V.C.; SANTOS, M.S.S. Promoción de la salud por DENTESCOOLA: facilidades y dificultades de relieve por los académicos y los profesionales de la salud. **Horizontes en Salud expresión de enfermería revista científica**. v.2, n.1 Enero-Abril; p 22- 37, 2010.

SILVA, V.C.; BARBIERI, M.; APERIBENSE, P.G.G.S.; SANTOS, C.R.G.C. Gravidez na adolescência em unidades de saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Revista Adolescência e Saúde**. v.7, n.4, pp.60-67, 2010.

SISTON, A.N.; VARGAS, L.A. O enfermeiro na escola: práticas educativas na promoção de saúde de escolares. **Revista Enfermería Global**. n.11, Nov/2007. p. 1-10.

SPOSATI, A. Regulação social tardia: característica das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. **VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. v.23, n.2, pp.331-40, Fev, 2007.

TEIXEIRA, C.F. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade Editora 2000. 115 p.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. **Texto para oficina em Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Instituto de Saúde Coletiva VIII (2), abri/jun, Salvador, 1998.

TEIXEIRA, R.R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas de Saúde**. RJ: UERJ/MS/ABRASCO, 2003.

TELLES, V. S. **Direitos Sociais**: Afinal do que se Trata? Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

UNESCO - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Professores do Brasil**: impasses e desafios. Coordenado por Bernadete Angelina Gatti e Elba Siqueira de Sá Barreto. Brasília, 2009, 264 p.

VASCONCELOS, V.M.R. **Educação e Infância**: história e política. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p.33-39.

VAZ, M.R.C.; SENA, J.; MARINS, S.R.; RUBIRA, L.T.; SANTOS, L.R. dos; CABREIRA, G. O.; COUTO, Z.de F.S.do. Educação e produção da saúde: um estudo da Enfermagem de saúde coletiva no extremo sul do Brasil. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.12, n.1, p. 59-67, jan./mar. 2003

VIANA, A.L.; DAL POZ, M.R. Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.08, n.2, p.11-48, 1998.

VIANNA, D. M. **Refletindo sobre a Formação de Professores em Ciências**. In.: Selles, S. E.; Ferreira, M. S. **Formação Docente em Ciências: memórias e práticas**. Niterói: Eduff, 2003, p. 163-171.

VIANNA, I.O.A. **A Formação de Docentes no Brasil: história, desafios atuais e futuros.** In.: RIVERO, C.M.L.; GALLO, S. (orgs). *A Formação de Professores na Sociedade do Conhecimento.* Bauru: Edusc, 2004.

VICTOR, J.F. **Educação em saúde na unidade básica de saúde da família: atuação do enfermeiro** [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2004.

VIEIRA DA SILVA, L.M. **Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde.** In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. (Orgs.). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* Rio de Janeiro/Salvador: Editora Fiocruz/Edufba, pp. 15 – 39, 2005.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.11, n.4, pp. 525-531. 2003.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil** /Julio Jacobo Waiselfisz. São Paulo: Instituto Sangari: Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2011. 161 p.

WESTPHAL, M. F. **Promoção da Saúde e prevenção de doenças.** In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: HUCITEC / Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. 635-667.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

APÊNDICE A
ENTREVISTA COM OS ADOLESCENTES

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Escola _____ Idade _____

Sexo () Feminino () Masculino

Escolaridade: _____

Turno de estudo: Tarde () Noite ()

Trabalha? () Sim () Não

Sem sim, qual ocupação? _____

2. QUESTÕES NORTEADORAS

1 - O programa da escola aborda temas transversais sobre saúde? Se sim, quais?

2 - Você tem conhecimento se sua escola participa do projeto Programa Saúde nas Escolas?

Se sim quais as ações vêm sendo desenvolvidas

3 - Tem conhecimento sobre estes projetos desenvolvidos no município de Iguatu: Projeto Amor à Vida, Projeto Espaço Jovem; Projeto Nossa Vida, Nosso Tempo?

4 - Participou de algum destes projetos? Se sim, qual? E ainda qual a importância do mesmo para você?

5- Há participação efetiva dos adolescentes e jovens na elaboração das ações que lhe são dirigidas?

6 - Quais são os principais problemas de saúde, do grupo de adolescentes, que você identifica?

7 - Para você quais são as possibilidades (facilidades), os obstáculos (dificuldades) e os desafios para o desenvolvimento de um programa de integração entre saúde e educação?

8 - Você já foi atendido pelo Programa Saúde da Família?

09 - Você percebe a necessidade de acompanhamento das questões ligadas a sua saúde?

10 - Como você gostaria que fosse um Programa de Saúde para adolescentes?



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

APÊNDICE B
ENTREVISTA COM COORDENADORES PEDAGÓGICOS DE ESCOLA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Escola _____ Idade _____
Formação _____
Tempo de formada _____ Carga horária _____
Tempo de serviço _____ Turno de trabalho: Manhã () Tarde () Noite ()
Cursos de Graduação _____
Pós-Graduação _____

2. QUESTÕES NORTEADORAS

1 - O currículo da escola aborda temas transversais sobre saúde? Se sim quais

2 - A escola participa do projeto Programa Saúde nas Escolas? Se sim quais as ações vêm sendo desenvolvidas

3 - Professores da Escola já participaram de alguma capacitação para trabalhar com temas específicos de saúde?

4 - Tem conhecimento sobre estes projetos desenvolvidos no município de Iguatu: Projeto Amor à Vida, Projeto Espaço Jovem; Projeto Nossa Vida, Nosso Tempo?

5 - Algum representante da escola participou do Plano de Ações e Metas em DST/AIDS?

6 - Conhece o Programa Nacional de Saúde Escolar? Se sim, pode referir alguns dos seus objetivos

7 - A escola participou das discussões e elaboração do Programa de Saúde Escolar que se encontra em processo de implantação no município de Iguatu?

8 - Para a Sra(Sr), Quais são as possibilidades, os desafios e os entraves para o desenvolvimento de um programa intersetorial saúde e educação?

9 - Há participação efetiva dos adolescentes e jovens na elaboração das ações que lhe são dirigidas?

10 - Quais são os principais problemas de saúde, do grupo de adolescentes, identificados pela escola?

11 - Existe algum mecanismo de integração entre a escola e os profissionais da equipe saúde da família? Se sim, especifique.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ADOLESCENTES COM 18 ANOS ACIMA (art. 5º do Código Civil Brasileiro, 2002)

Pesquisa: A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO INTEGRAL AO ADOLESCENTE NO COTIDIANO ESCOLAR

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo científico que tem como, que visa: identificar as ferramentas da educação em saúde e de outras tecnologias leves na Proposta do Programa de saúde Escolar da cidade de Iguatu-Ce, bem como se as ações atendem aos princípios da integralidade e da intersetorialidade, que visa contribuir no fomento o das discussões e reflexões a respeito das ações voltadas para adolescentes e jovens nesta região. A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física e psíquica dos participantes, podendo, contudo, haver algum tipo de desconforto caso haja troca ou confronto de opiniões e julgamentos acerca da temática, com outros atores sociais. Será utilizada a entrevista individual por meio de um questionário de coleta de dados e podendo ser realizada gravações, que serão delatadas após transcritas, resguardadas e garantidas as condições de sigilo conforme os postulados éticos da Resolução 196/96. A identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado neste estudo com a letra A de adolescente, seguida da numeração de cada entrevista (A1, A2 ...). Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral. Serão respeitadas as condições dispostas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde as quais garantem ao entrevistado(a): Receber; esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas acerca da presente pesquisa; Retirar seu consentimento a todo e qualquer momento da presente pesquisa, sem que isso incorra em penalidades ou constrangimentos de qualquer espécie; Receber garantia de anonimato, de que não haverá a divulgação se seu nome ou de qualquer outra informação que comprometa a sua privacidade; Ter acesso às informações e relatório final da pesquisa. Através de sua colaboração será possível contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à dinâmica saúde/doença da população adolescente, particularmente no âmbito da gestão municipal. Qualquer esclarecimento que necessite poderá entrar em contato com Eduarda Maria Duarte Rodrigues, autora do estudo, pelo endereço: Universidade Estadual do Ceará, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Av. Paranjana, nº 1700 – Campus do Itaperi, CEP: 60740-903 – Fortaleza-Ceará, Fone: (85) 3101-9924, ou e-mail: eduarda_maria13@hotmail.com.

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

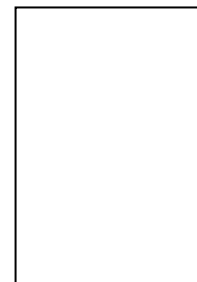
Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora. Poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Pesquisadora: _____

Participante: _____

Iguatu-CE, ____ de _____ de _____.

Testemunhas:



Digital

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ADOLESCENTES COM 18 ANOS ABAIXO (art. 5º da Constituição Federal do Brasil, 1988)

Pesquisa: A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO INTEGRAL AO ADOLESCENTE NO COTIDIANO ESCOLAR

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo científico que tem como finalidade: Identificar ferramentas da educação em saúde e de outras tecnologias leves na Proposta do Programa de Saúde Escolar da cidade de Iguatu-Ce, bem como se as ações atendem aos princípios da integralidade e da intersetorialidade que visa contribuir no fomento das discussões e reflexões a respeito das ações voltadas para adolescentes e jovens nesta região.

A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física e psíquica dos participantes, podendo, contudo, haver algum tipo de desconforto caso haja troca ou confronto de opiniões e julgamentos acerca da temática, com outros atores sociais.

Será utilizada a entrevista individual por meio de um questionário de coleta de dados e podendo ser realizada gravações, que serão delatadas após transcritas, resguardadas e garantidas as condições de sigilo conforme os postulados éticos da Resolução 196/96. A identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado neste estudo com a letra A de estudante, seguida da numeração de cada entrevista (A1, A2).

Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Serão respeitadas as condições dispostas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde as quais garantem ao entrevistado(a): Receber; esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas acerca da presente pesquisa; Retirar seu consentimento a todo e qualquer momento da presente pesquisa, sem que isso incorra em penalidades ou constrangimentos de qualquer espécie; Receber garantia de anonimato, de que não haverá a divulgação se seu nome ou de qualquer outra informação que comprometa a sua privacidade; Ter acesso às informações e relatório final da pesquisa.

Através de sua colaboração será possível contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à dinâmica saúde/doença da população adolescente, particularmente no âmbito da gestão municipal.

Qualquer esclarecimento que necessite poderá entrar em contato com Eduarda Maria Duarte Rodrigues, autora do estudo, pelo endereço: Universidade Estadual do Ceará, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Av. Paranjana, nº 1700 – Campus do Itaperi, CEP: 60740-903 – Fortaleza-Ceará, Fone: (85) 3101-9924, ou e-mail: eduarda_maria13@hotmail.com

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

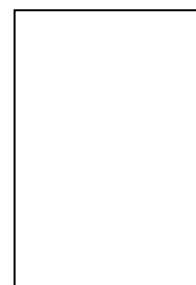
Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora. Poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Pesquisadora: _____

Participante: _____

Iguatu-CE, ____ de _____ de ____.

Testemunhas:



Digital

APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS PAIS/ RESPONSÁVEIS PARA PARTICIPAÇÃO DO FILHO(A) COM MENOS DE 18 ANOS NA PESQUISA

Pesquisa: A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO INTEGRAL AO ADOLESCENTE NO COTIDIANO ESCOLAR

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a autorizar o filho(a) _____ menor de idade, a participar do estudo científico que tem como finalidade: Identificar as ferramentas da educação em saúde e de outras tecnologias leves na Proposta do Programa de saúde Escolar da cidade de Iguatu-Ce, bem como se as ações atendem aos princípios da integralidade e da intersetorialidade, que visa contribuir no fomento das discussões e reflexões a respeito das ações voltadas para adolescentes e jovens nesta região. A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física e psíquica dos participantes, podendo, contudo, haver algum tipo de desconforto caso haja troca ou confronto de opiniões e julgamentos acerca da temática, com outros atores sociais. Será utilizada a entrevista individual por meio de um questionário de coleta de dados e podendo ser realizadas gravações, que serão delatadas após transcritas, resguardadas e garantidas as condições de sigilo conforme os postulados éticos da Resolução 196/96. A identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado neste estudo com a letra A de adolescente, seguida da numeração de cada entrevista (A1, A2 ...). Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral. Serão respeitadas as condições dispostas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde as quais garantem ao entrevistado(a): Receber; esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas acerca da presente pesquisa; Retirar seu consentimento a todo e qualquer momento da presente pesquisa, sem que isso incorra em penalidades ou constrangimentos de qualquer espécie; Receber garantia de anonimato, de que não haverá a divulgação se seu nome ou de qualquer outra informação que comprometa a sua privacidade; Ter acesso às informações e relatório final da pesquisa. Através de sua colaboração será possível contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à dinâmica saúde/doença da população adolescente, particularmente no âmbito da gestão municipal. Qualquer esclarecimento que necessite poderá entrar em contato com Eduarda Maria Duarte Rodrigues, autora do estudo, pelo endereço: Universidade Estadual do Ceará, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Av. Paranjana, nº 1700 – Campus do Itaperi, CEP: 60740-903 – Fortaleza-Ceará, Fone: (85) 3101-9924, ou e-mail: eduarda_maria13@hotmail.com.

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

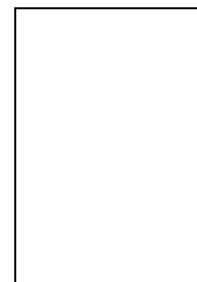
Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora. Poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Pesquisadora: _____

Participante: _____

Iguatu-CE, ____ de _____ de _____.

Testemunhas:



Digital

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS COORDENADORES PEDAGÓGICOS DAS ESCOLAS

Pesquisa: A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO INTEGRAL AO ADOLESCENTE NO COTIDIANO ESCOLAR

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo científico que tem como finalidade: Identificar as ferramentas da educação em saúde e de outras tecnologias leves na Proposta do Programa de Saúde Escolar da cidade de Iguatu-Ce, bem como se as ações atendem aos princípios da integralidade e da intersetorialidade que visa contribuir no fomento das discussões e reflexões a respeito das ações voltadas para adolescentes e jovens nesta região. A participação nesse estudo não causa nenhum tipo de dano à integridade física e psíquica dos participantes, podendo, contudo, haver algum tipo de desconforto caso haja troca ou confronto de opiniões e julgamentos acerca da temática, com outros atores sociais. Será utilizada a entrevista individual por meio de um questionário de coleta de dados e podendo ser realizada gravações, que serão delatadas após transcritas, resguardadas e garantidas as condições de sigilo conforme os postulados éticos da Resolução 196/96. A identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado pela letra C (C1, C2,...), seguida da numeração de cada entrevista. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral. Serão respeitadas as condições dispostas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde as quais garantem ao entrevistado(a): Receber; esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas acerca da presente pesquisa; Retirar seu consentimento a todo e qualquer momento da presente pesquisa, sem que isso incorra em penalidades ou constrangimentos de qualquer espécie; Receber garantia de anonimato, de que não haverá a divulgação se seu nome ou de qualquer outra informação que comprometa a sua privacidade; Ter acesso às informações e relatório final da pesquisa. Através de sua colaboração será possível contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à dinâmica saúde/doença da população adolescente, particularmente no âmbito da gestão municipal. Qualquer esclarecimento que necessite poderá entrar em contato com Eduarda Maria Duarte Rodrigues, autora do estudo, pelo endereço: Universidade Estadual do Ceará, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Av. Paranjana, nº 1700 – Campus do Itaperi, CEP: 60740-903 – Fortaleza-Ceará, Fone: (85) 3101-9924, ou e-mail: eduarda_maria13@hotmail.com

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

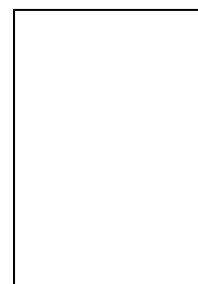
Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora. Poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Pesquisadora: _____

Participante: _____

Iguatu-CE, ____ de _____ de _____.

Testemunhas:



Digital

**APÊNDICE G – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA
NAS ESCOLAS SELECIONADAS PARA O ESTUDO.**

Pesquisa: A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO INTEGRAL AO ADOLESCENTE
NO COTIDIANO ESCOLAR

Ao Sr(A) .SECRETÁRIA DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE IGUATU

A pesquisadora Eduarda Maria Duarte Rodrigues, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Estadual do Ceará, vem ante respeitosamente a V.Sa. solicitar a vossa AUTORIZAÇÃO para a realização da pesquisa sobre: A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL AO ADOLESCENTE NO COTIDIANO ESCOLAR, que tem como objetivo: Identificar as ferramentas da educação em saúde e de outras tecnologias leves na Proposta do Programa de saúde Escolar da cidade de Iguatu-Ce, bem como se as ações atendem aos princípios da integralidade e da intersetorialidade.

Certa do compromisso de V.Sa. com o desenvolvimento da Pesquisa em Saúde na região Centro Sul pede e espera deferimento.

Iguatu-CE, ____ de _____ de _____.

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

ANEXOS



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-FCRS
PARECER CONSUBSTANCIADO

Quixadá – CE, 12 de Julho de 2011

Projeto de pesquisa

A Promoção da Saúde na Produção do Cuidado Integral ao Adolescente no Cotidiano Escolar.

- Pesquisador: Vera Lúcia de Almeida

- Nº de protocolo: 20110025

- Data do protocolo: 25/02/2011

Considerações

Estudo de natureza qualitativa, a ser realizado por meio de aplicação de uma entrevista a adolescentes e coordenadores de escolas.

A metodologia da pesquisa e o TCLE não ferem os princípios éticos previstos na resolução 196/96 do CNS/MS.

Parecer

Aprovado (x)

Pendente ()

Não aprovado ()

P.P. Landeira
Prof. Dr. Jefferson Falcão do Amaral
Farmacêutico - Farmacologista
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade Católica Rainha do Sertão

Recebido em 14/7/2011
Rafael



ACADEMIA CEARENSE
DA LÍNGUA PORTUGUESA

DVLACIONAM ET CANORAM LINGVAM CANO

Declara-se, para constituir prova junto ao (à) MEST. PROF. SAÚDE CRIANÇA E ADOLESCENTES
do (da) UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ,
que, por intermédio do acadêmico titular infra-assinado, foi procedida à correção gramatical e estilística
do (da) DISSERTAÇÃO intitulado (da) "A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO
CUIDADO INTEGRAL DO ADOLESCENTE NO COTIDIANO ESCOLAR"
da autoria de EDUARDA MARIA DUARTE RODRIGUES,
orientado (à) pelo (a) PROF.ª DR.ª VERA LÍCIA ALMEIDA,
razão por que se firma a presente, a fim de que surta os efeitos legais, nos termos do novo Acordo Orto-
gráfico Lusófono, vigente desde 01.01.2009.

Fortaleza (CE), 10 de Julho de 2010


Prof. Vianney Mesquita
Reg. Profissional
CE 00489JP

Prof. João VIANNEY Campos de MESQUITA
Acadêmico Titular da Cadeira número 37 da ACLP.
Escritor e docente Adjunto IV da Universidade Federal do Ceará
Reg. Prof. MTE00489JP.