



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE

ANA PAULA RODRIGUES COSTA FONTENELE

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE NO PROGRAMASAÚDE NA
ESCOLA: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

FORTALEZA – CEARÁ

2015

ANA PAULA RODRIGUES COSTA FONTENELE

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE NO PROGRAMASAÚDE NA ESCOLA:
ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz.

FORTALEZA – CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Fontenele, Ana Paula Rodrigues Costa.

Promoção da saúde do adolescente no programa saúde na escola [recurso eletrônico] : atuação dos profissionais de saúde na atenção primária / Ana Paula Rodrigues Costa Fontenele . – 2015.

1 CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 78 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2015.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz.

1. Adolescente. 2. Atenção primária à saúde. 3. Promoção da saúde. 4. Enfermagem. I. Título.

ANA PAULA RODRIGUES COSTA FONTENELE

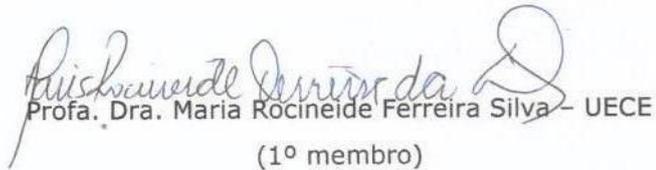
PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE NO PROGRAMASAÚDE NA ESCOLA:
ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

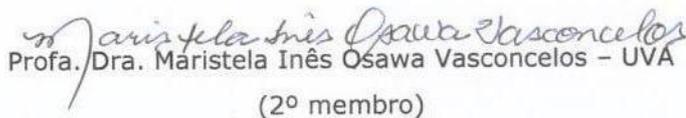
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 12 / 02 / 2015.

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz - UECE
(Orientador e Presidente)


Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira Silva - UECE
(1º membro)


Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos - UVA
(2º membro)

À Deus, por todas as possibilidades concedidas em minha vida pessoal e profissional, pela força e coragem para lutar pelos meus sonhos e objetivos.

Aos meus pais, Paulo e Tânia, e minhas irmãs, Ana Caroline e Beatriz, pelo amor e dedicação por todos os anos de minha vida. Obrigada por apoiarem minhas escolhas, por apostarem nos meus sonhos e por iluminarem cada dia na minha vida.

Ao grande amor da minha vida, Joaquim, pelo seu amor e companheirismo.

A toda minha família e amigos, que juntos participaram de toda essa difícil trajetória.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela força, coragem e determinação durante o trabalho.

À professora doutora Maria Veraci Oliveira Queiroz, por ter me acolhido como orientada, pelo seu incentivo, sabedoria e disponibilidade.

À professora doutora Maria Rocineide Ferreira da Silva, da Universidade Estadual do Ceará, por ter aceitado o convite de participar da Banca Examinadora.

À professora doutora Maristela Inês Osawa Chagas, da Universidade Estadual Vale do Acaraú, por ter aceitado o convite de participar da Banca Examinadora.

À uma amiga especial, Eysler, pelos ensinamentos e apoio emocional nos dias mais difíceis.

Aos profissionais de saúde da Unidade de Atenção Primária a Saúde Projeto Nascente, por sua disponibilidade de participar da pesquisa.

Aos meus pais, Paulo e Tânia, que permaneceram sempre ao meu lado, mostrando a importância dos estudos em minha vida.

As minhas irmãs, Ana Caroline e Ana Beatriz, por todo amor, amizade e compreensão.

Ao meu eterno e grande amor, Joaquim, por toda sua dedicação e paciência, permanecendo ao meu lado nos momentos mais difíceis.

À minha família, tios, primos, avós, afilhado, que juntos compartilharam comigo mais uma vitória em minha vida.

RESUMO

A adolescência é uma fase marcada por mudanças relacionadas ao crescimento corporal, maturação sexual e relacionamentos interpessoais. A Estratégia Saúde da Família (ESF) inserida no contexto da atenção básica necessita de diretrizes que apoie o desenvolvimento de ações de promoção da saúde voltadas ao adolescente. Nessa perspectiva, o Programa Saúde na Escola (PSE) vem contribuir para a formação integral dos adolescentes por meio de ações que integram a saúde e a educação. Foram objetivos do estudo: identificar junto aos enfermeiros e outros profissionais de saúde as ações realizadas com os adolescentes nas escolas e nas Unidades de Atenção Primária à Saúde; descrever o cuidado ao adolescente na articulação saúde-escola, destacando a integração entre as Unidades de Atenção Primária à Saúde e as escolas visando o desenvolvimento do PSE facilidades e/ou dificuldades que interferem no desenvolvimento do programa. Estudo descritivo na abordagem qualitativa, aprendendo significados e experiências dos sujeitos investigados. O campo da pesquisa foi a Unidade de Atenção Primária a Saúde - Projeto Nascente da Secretaria Regional IV em Fortaleza, Ceará, realizado em de junho a setembro de 2014. Os participantes foram profissionais da saúde da referida Unidade. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada contendo dados pessoais e questões abertas sobre o objeto de estudo. O processo analítico das entrevistas, suas unidades de significados referentes às experiências dos participantes foram agrupadas nas categorias: Integração Saúde e Escola, na qual mostrou que apesar da importância dada pelos profissionais, eles reconhecem que não existe uma interação antecipada com os professores da escola. Assim, destacaram na segunda categoria as fragilidades do Programa Saúde na Escola, elencando vários fatores estruturais que contribuem para a não efetividade do PSE: falta de disponibilidade (tempo) do profissional para desenvolver atividades do programa, falta de recursos financeiros, compreensão da lógica do programa. Na terceira categoria expuseram potencialidades do PSE e ações de Promoção da Saúde, conforme suas experiências destacando as possibilidades do trabalho coletivo, pois há atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica. Importância de conhecer o ambiente em que o adolescente convive diariamente adequando ações às suas necessidades. Ressaltaram, portanto, a relevância dessa integração no desenvolvimento de qualquer atividade de promoção da saúde. Considera-se, portanto, que embora ainda o PSE seja um programa com alguns impasses, os profissionais acreditam na sua efetividade, mas para isso necessita de um esforço coletivo, pois depende dos profissionais da saúde e educação, mas também dos gestores das duas instancias. Desse modo, incentiva-se o enfermeiro a conquistar espaços para incluir em seu processo de trabalho o desenvolvimento de ações de promoção à saúde com adolescentes colaborando na implementação do PSE.

Palavras-chave: Adolescente; Atenção primária à saúde; Promoção da saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Adolescence is a period when happens changes related to body growth, sexual maturation and interpersonal relationships. The “Estratégia de Saúde da Família (ESF)” into the context of primary care needs guidelines to support the development of health promotion actions to teenager. In this perspective the “Programa Saúde na Escola” contributes to the **integral formation** of teenagers through health promotion, prevention and health care. The objectives were: Identify with health professionals the actions taken with adolescents in schools with a focus on the “Programa Saúde Escolar”; Describe with nurses and other health care professionals how was the teenagers’s care into health – school, the facilities and / or difficulties that interfere in the development of “PSE” in the “Regional IV”. The study of descriptive and exploratory in qualitative approach, used some of the action research assumptions, the exploratory phase, which aims to find the search field, stakeholders and their expectations and establish a data collection (or “diagnosis”). The research was conducted in Primary Care Unit at East Project Health - SERV IV. The participants were health professionals from the unit. Data were collected through semi-structured interview. From the analysis of interviews the following categories emerged : Integrating Health and School, which showed that despite the importance that professionals recognize this process of integration , it is still a few weaknesses; Weaknesses of “Programa Saúde na Escola”, which the participants indicate several factors contributing to the weakness of the “PSE”: lack of time, lack of financial resources, understanding of the program; Potentiality of the “PSE” and actions to incentive health’s programs, when health professionals describe the program's potential and health promotion actions for the teenager. At the end of the study, it was observed that although the “PSE” is a program with some obstacles, professionals believe in its effectiveness through the implementation is fully or partially, but to makes it real requires a collective effort, which depends not only on health professionals but also managers of the two instances - health and education. Emphasize, therefore, the importance of this integration in the development of any health promotion activity that in fact may impact the quality of life for adolescents.

Keywords: Teenager; Primary health care; Health promotion; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição dos artigos de acordo com o autor/ano de publicação; periódicos/base de dados; objetivos; ações de promoção da saúde.....	16
Quadro 2 – Ordem cronológica dos marcos históricos da promoção da saúde.....	23
Quadro 3 – Distribuição dos participantes por sexo, profissão e idade.....	41
Quadro 4 – Distribuição das categorias e subcategorias.....	42
Figura 1 – Localização geográfica (Secretaria Executiva Regional – SER IV) do território de investigação.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	agente comunitário de saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CMES	Centro Municipal de Educação e Saúde
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
DECs	Descritores em Ciências da Saúde
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
EURO/OMS	Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem Menor
GTI-M	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
GTIs	Grupos de Trabalho Intersetoriais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	Ministério da Educação
MES	Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	organizações não governamentais
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PNAISAJ	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSE	Programa de Saúde Escolar
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SER IV	Secretaria Executiva Regional IV
SERs	Secretarias Executivas Regionais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E PROBLEMÁTICA DA PESQUISA....	11
2	OBJETIVOS.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	PROMOÇÃO DA SAÚDE: BREVE TRAJETÓRIA HISTÓRICA.....	19
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	24
3.3	PROGRAMAS DE SAÚDE ESCOLAR E AÇÕES COM ADOLESCENTES.....	28
4	METODOLOGIA.....	33
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2	CAMPO DA PESQUISA.....	34
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	36
4.4	TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	37
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
5.1	CATEGORIA 1: INTEGRAÇÃO SAÚDE E ESCOLA.....	42
5.2	CATEGORIA 2: FRAGILIDADES DO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA.....	48
5.3	CATEGORIA 3: POTENCIALIDADES DO PSE E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	52
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICES.....	67
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista a ser realizado com enfermeiros e outros pro- fissionais de saúde.....	68
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
	APÊNDICE C – Quadro da construção dos núcleos de sentido, subcategorias e cate- gorias.....	71
	ANEXOS.....	74
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP da UECE.....	75
	ANEXO B – Autorização para Pesquisa na Instituição.....	78

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E PROBLEMÁTICA DA PESQUISA

A adolescência é uma etapa evolutiva caracterizada pelo desenvolvimento biopsicossocial que se inicia com a puberdade e termina com a inserção social, profissional e econômica do indivíduo. A puberdade e a adolescência são duas etapas que não devem ser confundidas. Embora estejam relacionadas, a puberdade diz respeito aos processos biológicos, que culminam com o amadurecimento dos órgãos sexuais. Já a adolescência, por sua vez, compreende as alterações biológicas, mas também as psicológicas e sociais que ocorrem nesta fase de desenvolvimento (CAMPAGNA; SOUSA, 2006).

Na sociedade contemporânea, a fase da adolescência ocupa um espaço e um imaginário decorrentes das mudanças sociais nos últimos anos, que permitiram maior visibilidade e participação dos adolescentes na vida social. No aspecto conceitual, o processo de adolecer pressupõe o amadurecimento corporal, sexual, psicológico e social, deduz-se que a adolescência começa na puberdade, com as primeiras alterações corporais e comportamentais e finaliza quando a pessoa assume sua identidade pessoal e profissional (TAQUETTE *et al.*, 2005).

Na maioria das situações, o caminho do adolescente é uma linha sinuosa, porém nítida, até a idade adulta. As características somadas às modificações da puberdade, representadas pelos aspectos biológicos, determinam uma etapa de crise, na qual o enfrentamento dos perigos, a violação de regras e a necessidade de originalidade são comuns no modo de demonstrar contrariedade ao mundo organizado dos adultos, causador de sensações de solidão e impotência (PEREIRA *et al.*, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como um período que se estende desde os 10 até os 19 anos de idade. A Lei número 8.069 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) classifica a adolescência como o estágio compreendido entre 12 e 18 anos de idade, já o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente adota a definição cronológica da OMS e, por isso, considera adolescente o indivíduo de 10 a 19 anos de idade (BRASIL, 1990).

A adolescência é uma fase marcada por mudanças relacionadas ao crescimento corporal, maturação sexual e relacionamentos interpessoais. O contexto social torna-se um fator significativo para a formação do jovem, sujeito de valores e atitudes. É um período de

contradições, ambivalências, turbulento, repleto de paixões, caracterizado por conflitos relacionais com o meio familiar e social (FERREIRA *et al.*, 2007).

A área técnica de saúde do adolescente e do jovem da secretaria de políticas de saúde discute que a situação da juventude brasileira, merece atenção especial, uma vez que os dados apontam para o número de mortes decorrentes da violência, do desemprego, da gravidez precoce, do número de casos de doenças sexualmente transmissíveis e envolvimento destes jovens com drogas e tráfico. Considerado que esta fase passa por uma transição no seu ciclo de vida por possuir características próprias e diferentes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) os adolescentes e jovens se constituem num extrato populacional excluído de uma política nacional específica, colaborando de tal forma com os dados relacionados à saúde dos adolescentes e dos jovens (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Os adolescentes de hoje integram a primeira geração nascida sob a chamada revolução de prioridades – um conjunto de conquistas legais de grande relevo, formado, no âmbito internacional, pela Convenção sobre os Direitos da Criança, o documento de direitos humanos mais ratificado da história; e, no âmbito nacional, pela Constituição de 1988, que estabeleceu em seu artigo 227 a infância e a adolescência como prioridade absoluta. Neste contexto o ECA (BRASIL, 1990) consolidou os preceitos da Convenção e da Carta Magna Brasileira (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2014).

É importante ressaltar que a escolha da adolescência como foco do estudo não pode deixar de trazer alguns dados importantes que ajudam a compreender o contexto destes sujeitos. De acordo com informações do IBGE, no ano de 2011, a população de adolescentes no Brasil representa 17% da população total, no Ceará essa mesma população representa 20%. A principal causa de morte dos adolescentes no ano de 2011 no Ceará, foram as doenças do aparelho circulatório com 28%, seguido das causas externas (acidentes de trânsito, quedas, homicídio, suicídio) com 15% (BRASIL, 2011a).

De acordo com o art. 8º do Decreto nº 7.508 de 2011, afirma que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2011d). Classificados como serviços de porta de entrada: atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial, e as especiais de acesso aberto. Sendo assim, a atenção básica, classificada como atenção primária, é uma das portas de entrada do sistema de saúde, iniciando-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e

sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo a sua integralidade.

De maneira especial, a ESF inserida no contexto da atenção básica; e para sua consecução – necessitam de diretrizes que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. A definição de território adstrito coloca-se como estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM; MONKEN, 2013).

O profissional enfermeiro na ESF possui como função atender a saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos, solicitar exames complementares, prescrever medicações e gerenciar insumos e encaminhar usuários a outros serviços. Cabem a ele também as atividades de educação permanente da equipe de enfermagem, bem como o gerenciamento e a avaliação das atividades da equipe, de maneira particular do agente comunitário de saúde (ACS), que ocupa na ESF papel fundamental para a manutenção do vínculo entre os usuários e a Unidade de Saúde (BRASIL, 2012b).

Com a ESF e o foco na atenção básica, os trabalhadores de saúde tendem a se tornar mais próximos e integrados com os valores e saberes dos adolescentes e de suas famílias, o que faz com que tais trabalhadores busquem outros referenciais além dos biológicos, já que se reconhecem a necessidade de ações descentralizadas para a adesão a tratamentos e cuidados. Em longo prazo, estas ações estão profundamente imbricadas com a cultura, ou seja, com os estilos de vida, hábitos, rotinas e rituais na vida desses jovens (BOEHS *et al.*, 2007).

A partir da integração escola e saúde é possível habilitar o adolescente a desenvolver atitudes que contribuam com o desenvolvimento de hábitos pessoais saudáveis, diminuindo assim os riscos de adoecimento. As políticas de saúde destinada ao jovem e adolescente vem ao encontro desses objetivos com o intuito de colaborar com o melhoramento da qualidade de vida desse público.

Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola está inserido na Política Nacional de Atenção Básica, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. O PSE resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino fundamental, médio, rede federal de educação profissional e tecnológica, educação de jovens e adultos (BRASIL, 2009).

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com intuito de contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros (BRASIL, 2011b).

Vale ressaltar que no seu artigo 3º, o PSE aponta, especificamente, as equipes de saúde da família para constituir, junto com a educação básica, estratégias para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar (BRASIL, 2011b).

No artigo 4º, estão citadas as ações de saúde previstas no âmbito do PSE e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, destacando-se: avaliação clínica; avaliação nutricional; promoção da alimentação saudável; atualização e controle do calendário vacinal; educação da morbimortalidade por acidentes e violência; prevenção e redução do consumo de álcool; prevenção do uso de drogas; promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco para o câncer; educação permanente em saúde; atividade física e saúde; inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007).

O parágrafo único do artigo 4º diz textualmente que [...] as equipes de Saúde da Família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas (BRASIL, 2007).

Dentro dessa perspectiva que o PSE propõe acreditar ser importante esse diferencial que de ir ao encontro dos adolescentes, é uma forma de adentrar no seu ambiente de convivência que é a escola. Proporcionando assim saúde a esse grupo durante todo o ano.

Desta forma, conhecendo as atividades desempenhadas pelo PSE observa-se que o programa possui suas principais atividades voltadas para a promoção da saúde. Essas atividades

quando desenvolvida numa perspectiva de saúde coletiva é possível abordar diversos problemas, como atividade sexual precoce, pressão de grupo, uso de drogas, prevenção de acidentes, violência urbana, escolha profissional, entre outros (MEIRELLES; RUZANY, 2008).

É importante fortalecer a promoção da saúde entre os adolescentes, pois tem sido um desafio o alcance de melhores condições de vida e de saúde dos adolescentes e jovens brasileiros. A promoção da saúde como marco norteador da saúde pública emergiu a partir dos anos 70, vem evoluindo e consolidando-se como um modelo das ações de saúde. No cenário mundial, a discussão acerca da promoção da saúde foi fortalecida através de eventos internacionais, lançando novas propostas na redefinição das políticas públicas, direcionando um novo olhar para o contexto da saúde (MACHADO *et al.*, 2007).

Um marco da promoção da saúde pode ser considerada a Carta de Ottawa – documento firmado em 1986, por ocasião da Conferência Internacional de Promoção de Saúde no Canadá, por representantes de 38 países que se comprometeram como sendo as condições fundamentais de saúde: paz, moradia, educação, alimentação, salário, ecossistema favorável, utilização adequada dos recursos públicos, justiça social e igualdade de direitos do cidadão (MEIRELLES; RUZANY, 2008).

Correlacionar as ações de promoção da saúde às atividades desempenhadas pelos enfermeiros na integração saúde e escola é relevante por atender não somente as diretrizes nacionais de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens no Brasil, mas outras políticas e estratégias de ação intersetorial. De modo geral, a enfermagem exerce função educativa na promoção da saúde e na prevenção de doenças e agravos nas quais o cuidado transcende a cura de enfermidades ganhando espaço nas intervenções sociais, ambientais e educativas. Para tanto, faz-se necessário utilizar abordagens que potencializem o emponderamento dos sujeitos para promoção da autonomia e o livre exercício da cidadania.

A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda do PSE. Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os educandos, envolvendo professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”. É preciso desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida.

Segundo Andrade e Marques (2010), o enfermeiro é o profissional que mais tem oportunidade de trabalhar em todas as etapas dos ciclos de vida do adolescente. A enfermagem tem na ação educativa, um dos seus principais eixos norteadores que se concretizam nos vários espaços de realização das práticas de Enfermagem em geral e

especialmente no campo da saúde pública, sejam elas desenvolvidas em comunidades, serviços de saúde vinculados à atenção básica, escolas, creches, e outros locais (ACIOLI, 2008). Entretanto, o que se observa no cotidiano é que muitas vezes as ações são focadas nos problemas de saúde mais evidentes ou já existentes, provavelmente devido ao número de responsabilidades e atividades que o enfermeiro possui dentro das unidades de saúde.

Para iniciar a construção do objeto de estudo foi realizada uma busca no Portal Periódicos da Capes: Science Direct (Elsevier); SCOPUS, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando-se os descritores em Ciências da Saúde em inglês: *nursing; adolescent; health promotion; school health*. A referida busca resultou na elaboração de uma publicação recente em uma revista B2, dos pesquisadores envolvidos no projeto Promoção da saúde do adolescente escolar: enfoque no PSE, que nos deu subsídio para uma busca complementar (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição dos artigos de acordo com o autor/ano de publicação; periódicos/base de dados; objetivos; ações de promoção da saúde

N	Autor/ano	Local de publicação	Objetivos	Identificar as ações de promoção da saúde
1	Horta NC, Sena RR. (2011)	Revista da Escola de Enfermagem-USP/SciELO	Analisar os modos de vida juvenis, apreendendo os significados e sentidos da saúde em seu cotidiano.	Os jovens buscam a promoção da saúde através do bem-estar nos projetos, nas atividades de lazer, na igreja, nas relações com os colegas, no trabalho.
2	Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Rego RMV. (2010)	Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS)/SciELO	Analisar as práticas do enfermeiro na prevenção da gravidez precoce, na perspectiva do desenvolvimento e habilidades.	Promover a saúde através do desenvolvimento de habilidades quanto à sexualidade e à prevenção da gravidez precoce.
3	Gurgel MGI, Alves MDS, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Barroso GT. (2008)	Escola Ana Nery Revista de Enfermagem/SciELO	Identificar as concepções da gravidez na adolescência, sujeito, vulnerabilidade e gênero, presentes na produção científica de Enfermagem.	Através de discussões em grupo, com espaços de reflexão e relaxamento, foram identificadas ações e promoção da saúde aos adolescentes.
4	Scherer ZAP, Abrahão ES, Curvo P, Scherer EA. (2011)	European Psychiatry /Scopus Sciverse	Descrever as práticas de promoção da saúde que envolvem adolescentes.	Através de discussões em grupo, com espaços de reflexão e relaxamento, foram identificadas ações e promoção da saúde aos adolescentes.
5	Sawyer, Susan M. Afifi, Rima A, Bearinger, Linda H Blakemore, Sarah, Dick, Bruce; Ezech, Alex C.; Patton, George C. (2012)	The Lancet/ Science Direct	Reduzir a mortalidade infantil e materna; HIV AIDS; ações de saúde mental; lesões e doenças não transmissíveis.	Ações: mortalidade infantil e materna; HIV AIDS; ações de saúde mental; lesões e doenças não transmissíveis.

Fonte: Elaborado pela autora.

Dando continuidade à busca e associando a construção do objeto, foi realizado levantamento nos bancos de dados na área de enfermagem e nas principais bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Biblioteca Regional de Medicina-BIREME (Descritores em Ciências da Saúde-DECs), com descritores em português: adolescente, promoção da saúde e saúde escolar. Observou-se que são muitos os trabalhos que abordam o programa de saúde escolar. Dentre os trabalhos mais recentes encontrados, destacam-se: Andrade e Marques (2010); Costa, Queiroz e Zeitone (2012); Ferreira Júnior *et al.* (2013); Gomes e Horta (2010); Jardim (2012); Marques *et al.* (2012); Pereira *et al.* (2012); Queiroz *et al.* (2013); Rocha *et al.* (2012); Santos e Ressel (2013) e Torres *et al.* (2010).

A problemática a envolver o objeto de estudo e as argumentações descritas despertaram aos seguintes questionamentos: quais as principais ações que os profissionais da saúde estão envolvidos na atenção ao adolescente visando a integração saúde-escola? Que ações são desenvolvidas diretamente com o adolescente no ambiente escolar? Quais são as facilidades e dificuldades para desenvolver estas ações? Que concepção de saúde na escola os profissionais carregam para si?

A realização da pesquisa contribuirá com o ensino e a prática dos profissionais de saúde, trazendo benefícios à população inserida no objeto de estudo. Acredita-se que esta pesquisa fornecerá informações que poderão subsidiar os profissionais de saúde no planejamento e organização do desenvolvimento das ações desenvolvidas no Programa de Saúde Escolar.

2 OBJETIVOS

- a) Identificar junto aos profissionais de saúde as ações realizadas com os adolescentes nas escolas com enfoque no Programa Saúde na Escola;
- b) Analisar o processo de articulação entre Unidades de Atenção Primária à Saúde e as escolas na implementação do PSE descrevendo as facilidades e dificuldades que interferem no desenvolvimento do PSE na Regional IV.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: BREVE TRAJETÓRIA HISTÓRICA

No Brasil, a difusão do movimento da promoção da saúde vem ocorrendo em um contexto marcado pela implementação das propostas oriundas do movimento da reforma sanitária, especialmente o processo de construção do SUS, pontuado, nas distintas conjunturas que se configuraram nos últimos 15 anos, pela formulação de políticas, programas e projetos de reforma na organização e gestão das ações e serviços de saúde, em vários níveis de governo (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

A revalorização da promoção à saúde foi considerada, na tradição sanitária do pensamento médico social do século XIX, focada na existência da relação da saúde com as condições de vida, no início do século XX, em resposta a acentuada medicalização da saúde. O conceito de promoção à saúde tradicional foi definido, inicialmente, a partir do modelo de Leavell & Clark, na década de 40, no esquema da história natural da doença, como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva. Este conceito modificou-se nos últimos 25 anos, surgindo novas correntes de promoção, sobretudo no Canadá, nos EUA e nos países da Europa Ocidental (CZERESNIA; FREITAS, 2014).

Durante a década de 60, o amplo debate realizado em várias partes do mundo, realçando a determinação econômica e social da saúde, abriu caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade. Entre os inúmeros intentos registrados com tal orientação, merecem destaque especial a abertura da China nacionalista ao mundo exterior – com a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela OMS, sob a liderança de Halfdan Mahler (1973-1974), e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde – uma nova perspectiva na saúde dos canadenses (1974), posteriormente reforçado com o Relatório Alcançando Saúde para Todos (BRASIL, 2002b).

Na missão à China, observou-se que esses povos desenvolviam cuidados de saúde, não convencionais à abordagem médica, essencialmente no ambiente rural. Estas atividades, aparentemente bem sucedidas, tinham como pano de fundo a atenção primária de saúde, sendo suas ideias depois utilizadas e formalizadas na Declaração de Alma-Ata, em 1978. O moderno movimento de promoção à saúde surge no Canadá em maio de 1974, com a divulgação do conhecido “Informe Lalonde”, foi o primeiro documento oficial a receber a denominação de promoção à saúde. Os fundamentos deste informe se encontravam no

conceito de “campo da saúde” e introduzem os chamados “determinantes de saúde”. Este conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes da saúde: a biologia humana (genética e função humana); o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização dos serviços de saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2014).

Estes dois acontecimentos estabeleceram as bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata em 1978, com a proposta de Saúde para Todos no ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, com a promulgação da Carta de Ottawa, e que vem se enriquecendo com a série de declarações internacionais periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema (BRASIL, 2002b).

Assim, em meados dos anos 80, começa a surgir um discurso alternativo de promoção da saúde, em 1981, a “Primeira Conferência Nacional de Saúde”, no Canadá, introduziu a ideia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde porque moldava o comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social. Com isto, uma visão ampliada de promoção da saúde implicava numa atuação sobre as iniquidades (incluindo o status socioeconômico), estendendo o âmbito da prevenção e apoiando o povo para enfrentar essas circunstâncias. Assim, a promoção da saúde passou de sua base nos estilos de vida à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais (BRASIL, 2002a).

Posteriormente, em 1984 no Canadá, em uma conferência denominada “Além do Cuidado da Saúde”, com a participação do Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde (EURO/OMS), dois novos conceitos foram introduzidos: o de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável. Admitiu-se, com isso, a influência na situação de saúde a partir de decisões políticas externas ao setor saúde e com a ideia de “cidade saudável” avançou-se no conceito de “empoderamento” e participação social, promovendo saúde através da descentralização do poder às comunidades locais. A estratégia de atenção primária de saúde (Alma-Ata) com o enfoque multisetorial, o envolvimento comunitário e os componentes de tecnologia apropriada reforçaram a promoção na direção da saúde ambiental (BRASIL, 2002b).

Com esta motivação foi planejada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, em colaboração com a OMS e a Associação Canadense de Saúde Pública. Teve a participação de trinta e cinco países

e resultou na Carta de Ottawa, a qual passou a ser referência ao desenvolvimento das ideias de promoção à saúde em todo o mundo. Este documento confirma um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros, e como resultado de diversas estratégias, nas quais a melhoria da qualidade de vida e saúde se insere (BRASIL, 2002b).

Descrevem-se a seguir, de forma sucinta, as estratégias de promoção à saúde, segundo a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002b):

- a) Implementação de políticas públicas saudáveis: a promoção à saúde inclui, além dos cuidados de saúde, outros determinantes como: renda, proteção ambiental, trabalho, agricultura. A saúde deve estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, que devem tomar consciência de suas decisões e responsabilidades. A Carta de Ottawa sugere ações legislativas, fiscais e organizacionais visando à diminuição das desigualdades sociais e à melhoria da qualidade de vida da população. Sugere, também, a adoção de uma postura intersetorial para a formulação de políticas públicas e sua ação sobre o setor saúde;
- b) Criação de ambientes favoráveis à saúde: propõe a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais como parte da estratégia de promoção à saúde. Para que isto ocorra, sugere ações que objetivem o monitoramento de mudanças das áreas tecnológicas, do trabalho, produção de energia e urbanização, que interferem na saúde da população;
- c) Reorientação dos serviços de saúde: recomenda que a reorientação dos serviços de saúde deva voltar-se na direção de um enfoque na saúde e não na doença, que apontem para a integralidade das ações de saúde. Propõe, para isto, mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações dos serviços de saúde;
- d) Reforçando a ação comunitária: implementação de ações e recursos existentes na comunidade e que possam intensificar a auto-ajuda e o apoio social necessários ao desenvolvimento da participação popular nos assuntos de saúde;
- e) Desenvolvimento de habilidades pessoais: capacitar as pessoas para “aprenderem através da vida” e se “prepararem para todos os estágios” é uma das estratégias prioritárias da nova promoção à saúde. Apoia, também, o desenvolvimento pessoal e social mediante a divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais.

Em abril de 1988, foi realizada na Austrália a II Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde e a Declaração de Adelaide políticas públicas saudáveis, onde teve como tema central às políticas públicas voltadas para a saúde, reafirmando as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa e da Declaração de Alma-Ata. A respeito das políticas públicas saudáveis, enuncia que estas caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população, tendo como principal propósito a criação de um ambiente favorável para que as pessoas obtenha vidas saudáveis (HEIDMANN *et al.*, 2007).

A Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde e a Declaração de Sundsväl, ocorre em 1991 na Suécia. Reconhece, assim, que outros setores, oriundos das comunidades, dos governos, das organizações não governamentais (ONGs) e organizações internacionais, têm um papel fundamental na criação de ambientes favoráveis e de promoção da saúde. Ressalta que, para promover este ambiente favorável à saúde, é preciso englobar quatro aspectos importantes: a dimensão social; a dimensão política; a dimensão econômica e a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive o político e o econômico (HEIDMANN *et al.*, 2007).

Em 1992, na Colômbia, acontece a Declaração de Santafé de Bogotá e a Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Esta Conferência tratou da promoção da saúde na América Latina e afirma que esta busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento (BRASIL, 2002b).

Na Indonésia, em 1997, ocorre a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Jacarta. Foi a primeira a convidar representantes do setor privado. Nela resgata e atualiza a discussão sobre o “reforço da ação comunitária” definido na Carta de Ottawa. Destaca que a promoção à saúde deve ser realizada em conjunto com a população, e que para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, é necessário que as pessoas tenham direito de voz e mais acesso ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança (BRASIL, 2002b).

A Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde ocorreu no ano de 1998, em Genebra. Essa Rede, da OMS, nasceu do reconhecimento da necessidade e do potencial para possibilitar um maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os países mais populosos. Até o ano 2000, 11 países terão uma população de 100 milhões ou mais. Juntos, estes megapaíses atingem 60% da população do mundo: Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados

Unidos da América. A missão da Rede consiste em fortalecer a capacidade de promoção da saúde, nos âmbitos mundial e nacional, no sentido de ampliar a oferta de saúde às populações dos megapaíses, e também à população mundial (BRASIL, 2002a).

A V Declaração do México e a V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, foi realizada na cidade do México no ano de 2000. Elas reforçavam a importância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional. Confirma o valor das ações intersetoriais para assegurar a implementação das ações de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde (BRASIL, 2002b).

Em 2005, na Tailândia, foi realizada a VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde: a Carta de Bangkok. A mesma reforça as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas, no qual incluem as doenças cardíacas, câncer e diabetes. Levanta a necessidade de nomear e controlar os efeitos da globalização na saúde como o aumento das iniquidades, a rápida urbanização e a degradação do meio ambiente. Procura dar uma nova direção para a promoção à saúde, buscando alcançar saúde para todos através de quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática (BRASIL, 2002b).

Quadro 1 – Ordem cronológica dos marcos históricos da promoção da saúde

Marco Histórico	Ano
Relatório Lalonde	1974
Declaração de Alma-Ata	1978
I Conferência Nacional de Saúde	1981
Além do Cuidado da Saúde	1984
Relatório Alcançando Saúde para Todos	1986
I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde “Carta de Ottawa”	1986
II Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde e a Declaração de Adelaide	1988
III Conferência Internacional de Promoção da Saúde e a Declaração de Sundsvall	1991
Declaração de SantaFé de Bogotá e a Conferência Internacional de Promoção da Saúde	1992
V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Jacarta	1997
Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde	1998
V Declaração do México e a V Conferência Internacional de Promoção da Saúde	2000
VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde “A Carta de Bangko”	2005

Fonte: Elaborado pela autora.

A promoção à saúde tem exercido uma crescente influência na organização do sistema de saúde de diversos países e regiões do mundo. A partir da realização das conferências internacionais e regionais, tem-se observado uma evolução progressiva, mas também contraditória, com relação as suas premissas e estratégias. Essas contradições originam-se das diversas concepções de promoção à saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2014).

Na realidade é importante compreender que a promoção à saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico. É necessário intensificar as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que em conjunto possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar um desenvolvimento social mais equitativo (HEIDMANN *et al.*, 2007).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Para compreender a importância das políticas públicas voltadas para o adolescente, é necessário entender como se deu essa evolução e como as atuais políticas de atenção à saúde e proteção ao adolescente foram formuladas.

Na Constituição de 1891 e sua revisão em 1926, manteve-se a tendência ao liberalismo, uma vez que as questões sociais, apesar de constituírem problemas estruturais graves, permaneciam completamente ignoradas. Somente ao início do século XX é que os esforços higienistas e políticos passaram apresentar reflexos se fazendo ouvir na busca da implementação de práticas sanitárias, que objetivavam o controle de doenças que ameaçavam a população, e, especificamente, a força de trabalho. Dessa forma, as primeiras ações estatais que se formaram enquanto políticas de saúde tinham como alvo parcelas marginalizadas da população, que se apresentavam como a grande força produtiva do País. Por volta da década de 1920, o Estado passou a buscar formas de administrar as questões sociais reconhecendo a necessidade de preservar a força de trabalho produtiva, surgindo, então, o Código de Menores em 1927, que regulamentava o trabalho do menor, sendo tal legislação revista e substituída em 1932 (CORRÊA; FERRIANI, 2005).

O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência de que se tem notícia foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945). As atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Em 1940, essas atividades foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado pelo presidente Getúlio Vargas com a assinatura do Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro. O documento estabelecia as orientações para a implantação, nas esferas estadual e municipal, de serviços públicos e privados de proteção a esses grupos populacionais o Departamento tinha como foco: Programa Alimentar, Programa Educativo,

Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização. Também prestava assistência técnica e financeira aos estados e municípios e contava com o apoio do Instituto Fernandes Figueira e do Centro de Orientação Juvenil (BRASIL, 2011c).

Na segunda metade do século XX, a nível mundial, os países desenvolvidos decidem cooperar com as políticas de desenvolvimento, transferindo seus saberes e tecnologias por meio de programas e práticas de intervenções verticais, autoritárias e prescritivas (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005). Seguindo essa ótica, na década de 60, o poder público brasileiro estabeleceu as diretrizes e bases de uma Política Nacional do Bem-Estar do Menor que atualizava o enfoque coercitivo e repressivo vigente anteriormente, criando a Fundação Nacional do Bem Menor (FUNABEM), mantendo a segregação dos chamados “menores”. Nesse período, em 1970, foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) por meio do Decreto nº 66.623, de 22 de maio, essa coordenação era vinculada à Secretaria de Assistência Médica e tinha como atribuição planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. O programa objetivava concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos. Entre suas diretrizes básicas destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil (BRASIL, 2011c).

Ainda nesse período, em 1979, o Código de Menor foi reestruturado e instituído pela Lei Federal nº 6.697. Várias críticas foram dirigidas à esse código, e uma delas se refere ao termo preconceituoso de tratar a criança e o adolescente em “situação irregular” de “menor”. Na verdade, essa terminologia expressava a culpabilização e o estigma construído pela classe hegemônica sobre a criança e o adolescente das classes populares, para desviar a atenção dos fatores que impulsionavam a “situação irregular” desses meninos e meninas, como por exemplo, a desigualdade social e econômica. A desigualdade era agravada pela conjuntura econômica do país e pela precariedade e/ou inexistência de políticas públicas capazes de responderem, adequadamente, às diversas necessidades dessas crianças e adolescentes e a seus respectivos familiares. A outra crítica era a privação de liberdade dirigida à criança e ao adolescente apenas pela suspeita do ato infracional (CORRÊA; FERRIANI, 2005).

Assim, a partir da década de 80, observa-se um incremento das medidas político-sociais voltadas à população jovem. Em 1983, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). O objetivo era melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde. No ano seguinte, o PAISMC deu lugar a dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Ambos surgiram como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional, e seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços, conforme preconiza a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde-SUS (BRASIL, 2011c).

Em 1985, a OMS proclamou o Ano Internacional da Juventude para melhor apreender as questões que envolvem esse grupo. Com o lema “Juventude: hora de buscar, hora de entender” vários países passaram a destinar maior atenção à suas especificidades de saúde e as vulnerabilidades da população adolescente (FERREIRA *et al.*, 2007).

Tendo como foco principal a saúde em consonância com a problemática socioeconômica da população jovem brasileira, em 1989, o MS oficializa o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD). Este programa previa a integração com os diversos setores da assistência, no intuito da promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos nesta faixa etária, numa perspectiva integral e interdisciplinar (RAMOS; PEREIRA; ROCHA, 2001).

Em 13 de julho de 1990 é sancionada a Lei nº 8.069 que criou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sendo revogado o Código de Menores. O objetivo principal do ECA é estabelecer os direitos da criança e do adolescente numa perspectiva condizente com sua condição de pessoa em desenvolvimento e que, por sua vulnerabilidade, merecem atenção integral, sendo esta física, psíquica e moral (BRASIL, 1990).

Em 1993, o MS publica as Normas de Atenção Integral ao Adolescente, visando, portanto, orientar e dar suporte técnico às decisões tomadas na porta de entrada do Sistema Único de Saúde e procurando, de modo direto e simples, definir, justificar e selecionar tecnologias, padronizar procedimentos e normalizar condutas (BRASIL, 1993).

A proposta de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ) resultou de processos históricos de lutas e reivindicações no âmbito da saúde pública e o reconhecimento da população brasileira que emerge no esteio do debate

sobre os direitos humanos num contexto global e local. A proposta de uma PNAISAJ inaugurou um esforço por um espaço mais ampliado de participação e debate sobre a saúde da população de adolescentes e jovens. Porém o que se observou foi que essa política pública ainda não foi aprovada no Congresso Nacional, o que se têm são apenas diretrizes de uma política (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Ainda nesse contexto das políticas públicas de saúde brasileira vai se percebendo que, apesar dos avanços substanciais do ponto vista programático, as políticas de atenção à saúde do adolescente não conseguem atingir de forma satisfatória a maioria da população. Percebe-se ainda que, esses avanços existentes em cada setor não se articularam adequadamente, nem se mantiveram por tempo suficiente e suas repercussões sobre a população brasileira de adolescentes não vem atingindo de forma substancial (MARQUES, 2010).

Devido a baixa adesão das ações programadas, tanto por parte dos profissionais de saúde, como por parte dos jovens, em 2005, o MS por meio da Secretaria de Atenção Integral de Adolescentes e Jovens, são lançadas duas normas técnicas: “Marco Legal da Saúde dos Adolescentes” e “Saúde Integral dos Adolescentes e Jovens – orientações para a organização dos serviços de saúde”. O manual tem como objetivo subsidiar os profissionais de saúde, gestores estaduais e municipais, órgãos e instituições que atuam na área da saúde do adolescente, de modo a fornecer elementos essenciais para o processo de tomada de decisões, para a elaboração de políticas públicas, para o atendimento nos serviços de saúde, de modo que os direitos dos adolescentes, principalmente, sejam amplamente divulgados e discutidos pela sociedade (BRASIL, 2007).

No ano seguinte, em 2006, o MS lança a versão preliminar do “Marco Teórico e Referencial da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”. Pautado na perspectiva da atenção à saúde sexual e reprodutiva, tal documento oferece subsídios teórico políticos, mais uma vez normativos e programáticos, que visam à implementação de ações voltadas a essa população (BRASIL, 2006).

Motivados pela retomada dos programas voltados para a saúde dos jovens e pelas discussões do pacto pela vida junto aos gestores brasileiros, em 2007, o governo institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes, cujo objetivo desta política é de incorporar a atenção à saúde a este grupo populacional à estrutura e mecanismo de gestão em todos os níveis. Nessa perspectiva, foi instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 o Programa Saúde na Escola (PSE), resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino

Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2009).

O que se percebe, é que as políticas públicas de atenção à saúde, promoção e proteção dos direitos dos adolescentes vêm sofrendo mudanças na concepção e no modo de produção de saúde, originadas das construções sociais históricas. Esse contexto, reflete na condução dos programas ministeriais que envolvem a saúde dos jovens, que são, na maioria das vezes, pensados de maneira vertical, a nível de técnicos e gestores, permanecendo a carência da base, onde o produto final é destinado. Daí pode-se indagar o porquê do baixo impacto desses programas ou até mesmo da baixa resolutividade que se observa na realidade de saúde dos adolescentes na atenção básica (MARQUES, 2010).

3.3 PROGRAMAS DE SAÚDE ESCOLAR E AÇÕES COM ADOLESCENTES

A relação entre os setores de educação e de saúde possui muitas afinidades no campo das políticas públicas por serem baseados na universalização de direitos fundamentais e com isso favorecem maior proximidade com os cidadãos nos diferentes cantos do País. A escola deve ser entendida como um espaço de relações, um espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, o Programa Saúde na Escola (PSE), do MS e do MEC, foi instituído em 5 de dezembro de 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286. Fruto do esforço do governo federal em construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Nesse contexto, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público (BRASIL, 2011b).

O Programa Saúde na Escola (PSE) vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos (BRASIL, 2011b).

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda do PSE (BRASIL, 2011b).

As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político executiva dos Estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do País e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas. Destaca-se ainda a importância do apoio dos gestores da área de educação e saúde, estaduais e municipais, pois se trata de um processo de adesão que visa à melhoria da qualidade da educação e saúde dos educandos, que se dará à luz dos compromissos e pactos estabelecidos em ambos os setores (BRASIL, 2011b).

Os principais objetivos deste Programa são:

- I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;
- II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de educação básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;
- VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

No seu artigo 3º, o PSE aponta, especificamente, as equipes de saúde da família para constituir, junto com a educação básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar.

No artigo 4º, estão citadas as ações de saúde previstas no âmbito do PSE e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, podendo compreender, entre outras:

- I – Avaliação clínica;
- II – Avaliação nutricional;
- III – Promoção da alimentação saudável;
- IV – Avaliação oftalmológica;
- V – Avaliação da saúde e higiene bucal;
- VI – Avaliação auditiva;
- VII – Avaliação psicossocial;
- VIII – Atualização e controle do calendário vacinal;
- IX – Redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- X – Prevenção e redução do consumo do álcool;
- XI – Prevenção do uso de drogas;
- XII – Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- XIII – Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- XIV – Educação permanente em saúde;
- XV – Atividade física e saúde;
- XVI – Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar;
- XVII – Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Com o intuito de facilitar a dinâmica de trabalho das equipes de saúde e educação, o PSE trabalha com três componentes, ou seja, três dimensões que precisam ser desenvolvidas para que possamos construir processos de educação e saúde integral e qualificar a gestão intersetorial. São eles: I) Avaliação das Condições de Saúde; II) Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde; III) Formação. É importante que o planejamento e as ações realizadas pelos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs) e pelas equipes de saúde e educação envolvam todos os componentes (Avaliação das Condições de Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde, assim como Formação) potencializando a prática intersetorial, a atenção à saúde e a educação integral (BRASIL, 2013).

Para responder as perguntas da pesquisa será mais enfatizado o componente II, pois é nesse componente que a prevenção e promoção da saúde ganha um destaque especial. As ações do componente II visam garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde. O encontro entre os saberes das áreas de educação e de saúde potencializa o desenvolvimento de ações que privilegiam a dimensão educativa do cuidado à saúde, do

cuidado de si, do outro e do ambiente, provocando efeitos no desenvolvimento saudável e protagonismo do educando e da comunidade onde vive, permitindo que realize opções que melhorem sua qualidade de vida. Acredita-se que à medida que os profissionais da área da saúde e da educação propõem-se a planejar, executar e avaliar as ações coletivamente poderão trocar saberes sobre as práticas pedagógicas mais interessantes e contundentes para abordagem dos temas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (BRASIL, 2013).

A promoção da saúde em geral e a educação para a saúde em particular devem ser encaradas como tarefas de cidadania organizadas que exigem uma participação proativa dos cidadãos. Não obstante esta necessidade de participação coletiva, os enfermeiros desempenham um papel relevante enquanto agentes de educação para a saúde, devendo ter “[...] uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais [...] mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício” (BRASIL, 1996).

A educação para a saúde assume-se, assim, como a forma de excelência para a obtenção de ganhos em saúde individual e, por consequência, da comunidade, a médio e longo prazo. É consensual que o seu campo de ação envolve toda a comunidade. Qualquer pessoa, seja qual for a sua idade, sexo e condição econômica, deve beneficiar da educação para a saúde. No entanto, é primordialmente junto das crianças e jovens que esta ação se deve fazer sentir porque estamos a abranger indivíduos em fase de formação física, mental e social que ainda não tiveram, muitas vezes, oportunidade de adquirir hábitos insanos, sendo mais respetivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos. Os programas de Educação para a Saúde Escolar devem preparar a criança e o jovem para que, ao deixar a escola, sejam capazes de cuidar da sua própria saúde e da dos seus semelhantes, adotando estilos de vida que permitam o desenvolvimento global das suas capacidades (ROCHA *et al.*, 2011).

O paradigma da saúde como qualidade de vida exige uma ação abrangente que extrapola o setor da saúde como o único responsável. É assim emergente uma ação interdisciplinar e intersetorial, envolvendo os vários setores do poder público e também as organizações não governamentais, a iniciativa privada e a sociedade civil, organizadas de forma a possibilitar intervenções adequadas dentro do contexto histórico e social da comunidade. A colaboração e corresponsabilização dos mais diferentes setores do tecido social dependem da verdadeira interação entre os diferentes parceiros previstos no processo. Não existe neste grupo uma hierarquia de importâncias, pois apenas o esforço conjunto no desenvolvimento das competências e habilidades de cada um permitirão alcançar o objetivo a que todos se devem propor, ou seja, que: “Cada cidadão é ator e autor de um percurso de vida, com implicações nas pessoas e nos contextos com os quais interage. Nesta medida, as

políticas de saúde e de educação devem estar centradas nos cidadãos, assumindo a visão prioritária de investir na sua educação e desenvolvimento saudável ao longo da vida.” (ROCHA *et al.*, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório na abordagem qualitativa. Este possui como finalidade de desenvolver compreensão do fenômeno em sua existência e da forma como é construído pelos sujeitos em seu próprio contexto. Os pesquisadores qualitativos elaboram-no à medida que realizam a pesquisa, pois as decisões sobre o melhor modo de obter dados, de quem obtê-los, alguns detalhes do cronograma de sua coleta são decisões que podem ser tomadas a medida que o estudo se desenvolve. O modelo emergente em estudos qualitativos não indica descaso do pesquisador, mas reflete o desejo de fazer a pesquisa com base nas realidades e nos pontos de vista dos participantes da pesquisa, entendendo que ainda não se conhecem nem se compreendem essas realidades e esses pontos de vistas (POLIT; BECK, 2011).

Na concepção de Gil (2010), a pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. A pesquisa exploratória pode proporcionar maior familiaridade com o problema. Podendo envolver levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado.

Considerando que a pesquisa é originada de um projeto amplo e que este recorte propôs-se a levantar e analisar informações que possam subsidiar as pesquisas seguintes, iniciou-se esse processo interativo com os profissionais de saúde da Atenção Básica a fim de gerar e responder questionamentos que possam sistematizar pesquisas seguintes utilizando o método da pesquisa-ação.

Desse modo, para atender aos objetivos da investigação utilizou-se alguns pressupostos da pesquisa-ação. Segundo Thiollent (2009), esta é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e na qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Logo, a pesquisa permitirá identificar situações que envolvem os sujeitos pesquisados, buscando, através das intervenções investigativas, refletir e propor ações que favoreçam o direcionamento e o desenvolvimento da promoção da saúde do escolar adolescente.

A fase exploratória na pesquisa-ação consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas e estabelecer um levantamento (ou “diagnostico”) da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações. No diagnóstico que é possível

identificar as expectativas, os problemas da situação, as características da população e outros aspectos (THIOLLENT, 2009).

4.2 CAMPO DA PESQUISA

O estudo foi realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza. A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão da administração direta da Prefeitura de Fortaleza que gerencia a oferta de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. O SMS de Fortaleza apresentava capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário, integrado a rede regionalizada e hierarquizada do SUS (FORTALEZA, 2010a).

O município de Fortaleza está localizado no litoral norte do Estado do Ceará, com área territorial de 313,8 km². Limita-se ao norte e ao leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz; ao sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga e a oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú. Fortaleza é hoje a quinta maior cidade do país com população estimada pelo IBGE de 2.505.554 habitantes em 2009 (FORTALEZA, 2010b).

O município de Fortaleza em termos administrativos encontrava-se dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), que funcionavam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Para tanto, cada SER dispunha de um Distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infraestrutura (FORTALEZA, 2010a).

Uma das portas de entrada prioritária dos serviços de saúde são as UAPS, que oferecem a atenção básica ou primária à população. Os postos abrigam equipes da ESF, que reúnem médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde, e contam com o suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este possui como função oferecer apoio ao trabalho das Equipes de Saúde da Família e são formados por outros profissionais, como fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas.

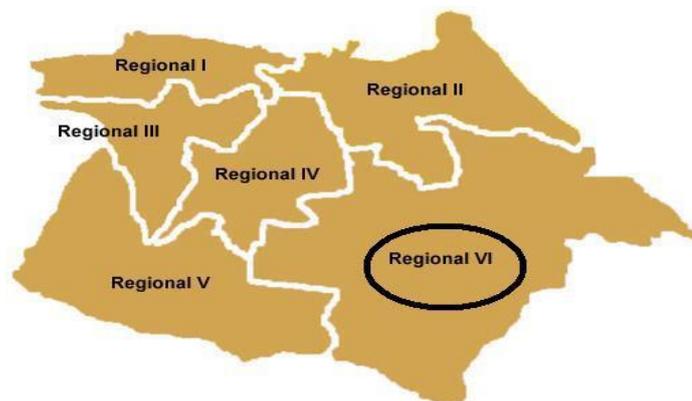
O município de Fortaleza teve o projeto de implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) aprovado pelos Ministérios da Saúde e Educação, em 2009. A partir de então, a Prefeitura Municipal de Fortaleza, através das Secretarias de Saúde e Educação, deu início a sua implantação, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades que foram apresentadas à cidade de Fortaleza, mais particularmente, no contexto da educação e da saúde (FORTALEZA, 2010a).

No ano de 2010, o PSE foi implantado em 155 escolas que compõem o Programa Mais Educação em Fortaleza, sendo 128 municipais e 27 estaduais onde cada escola foi vinculada a uma equipe de saúde da família pertencente a 72 Centros de Saúde da Família do município com aproximadamente 129 mil alunos acompanhados pelo PSE, representando o aumento do acesso à saúde por parte dos alunos e das escolas, e ampliando a atenção à saúde de crianças e adolescentes, com cuidado devido às especificidades próprias da faixa etária e àquela do contexto escolar, tendo a Caderneta de Adolescentes como instrumento de apoio e guia para as ações e com estímulo ao seu uso cotidiano pelos adolescentes atendidos (FORTALEZA, 2010a).

A Secretaria Executiva Regional IV (SER IV), com área territorial de 34.272 km², abrange 19 bairros Os bairros que são: José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. O perfil socioeconômico desta área é caracterizado por serviços, com uma das maiores feiras livres. A Regional IV concentra 15 creches e 28 escolas de ensino infantil e fundamental. Já a rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial e um Centro de Atendimento à Criança.

Em um primeiro momento, na qualificação do projeto da pesquisa, a proposta era realizar a pesquisa na Unidade de Atenção Primária à Saúde Luís Albuquerque composta de 4 equipes de saúde e na Unidade de Atenção Primária à Saúde Projeto Nascente composta de 5 equipes.

Figura 1 – Localização geográfica (Secretaria Executiva Regional – SER IV) do território de investigação



Fonte: site – www.fortaleza.ce.gov.br

Porém, a pesquisa não se efetivou na Unidade de Atenção Primária à Saúde Luís Albuquerque, pois a pesquisadora fez contato com a unidade, entretanto ao se dirigir aos profissionais de saúde para realizar a entrevista, os mesmos se recusaram a participar do estudo com a justificativa de que não estavam no momento implementado o PSE nas escolas ou não sabia com convicção dos objetivos e diretrizes do programa, impossibilitando, assim, responder o roteiro de perguntas da entrevista.

Assim, a coleta foi realizada apenas na Unidade de Atenção Primária à Saúde Projeto Nascente. Nesta unidade apenas 2 profissionais de saúde se recusaram a participar da pesquisa.

Vinculada a esta unidade tem o Centro Municipal de Educação e Saúde (CMES) Projeto Nascente, localizada nas proximidades (lateralmente), uma instituição de ensino fundamental criada pelo Decreto nº 9135 de 01/07/93, DOM nº 10176 de 16/08/93. Foi criada em 2005 através de um convênio entre o município de Fortaleza e a Universidade Estadual do Ceará (UECE) com o objetivo de promover ações integradas de educação e saúde, por meio da Escola Projeto Nascente e da Unidade de Atenção Primária a Saúde Projeto Nascente. Entende-se, portanto, que esta escola tem suas peculiaridades no campo da educação em saúde e na implementação de políticas públicas pelo apoio recebido da referida universidade.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Na pesquisa qualitativa, todas as pessoas que participam são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas levantados. Como sujeitos da pesquisa, além de identificar os problemas, analisamos, discriminamos as necessidades prioritárias e propõem ações mais eficazes (CHIZZOTTI, 2010). Assim intenciona-se com essa pesquisa obter estas finalidades, contribuindo com a pesquisa-ação.

Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros e dentistas, embora outros profissionais atuantes na ESF tenham sido abordados (médicos e fisioterapeutas), porém houve recusa dos mesmos. A escolha dos participantes foi intencionalmente observando como critérios: está trabalhando na Unidade de Atenção Primária à Saúde há mais de um ano e desenvolver alguma atividade com adolescentes com adesão ou não ao Programa de Saúde na Escola.

Foram excluídos do estudo os profissionais que se encontravam em período de férias, licença por qualquer motivo, que se recusaram a realizar a entrevista, ou que não estavam no local de trabalho no período de realização da coleta de dados.

Uma das características da pesquisa qualitativa é a definição dos sujeitos sociais pesquisados incluindo aqueles que mais se aproximam da realidade; que tem conhecimento e/ou experiência quanto ao problema a ser investigado. Este número não deve ser muito grande, mas deve ser suficiente a permitir um bom conhecimento sobre objeto de estudo. Há uma preocupação menor com a generalização, onde na verdade há a necessidade de um maior aprofundamento e abrangência da compreensão. E o importante será identificar e analisar profundamente dados não-mensuráveis, como sentimentos, sensações, percepções, pensamentos, intenções, comportamentos passados, entendimento de razões, significados e motivações de um determinado grupo de indivíduos em relação a um problema específico (MINAYO, 2010).

No que se refere à caracterização dos sujeitos, foram registrados dados pessoais e profissionais como: sexo, idade, profissão, tempo de formado, tempo de ingresso na unidade de saúde, pós-graduação ou alguma capacitação na área da atenção básica e do cuidado ao adolescente, vínculo empregatício, carga horária semanal. O desenvolvimento deste programa em uma regional específica que constitui um dos territórios de Unidade de Atenção Primária em Saúde em Fortaleza.

Os sujeitos foram contatados previamente para apresentação da proposta da pesquisa e a forma de coleta de dados. Com a anuência dos sujeitos foi iniciada a coleta de dados com aplicação das técnicas e procedimentos escolhidos para o desenvolvimento da pesquisa.

4.4 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

A coleta de dados é uma etapa da pesquisa que exige muito envolvimento e interação com os sujeitos no campo de pesquisa. Assim escolheu-se como técnica a observação assistemática e a entrevista semiestruturada. No contexto particular da pesquisa-ação, mesmo que na fase exploratória (“diagnóstico”), os questionários ou mesmo a entrevista obedecem a algumas das regras como clareza das perguntas, perguntas fechadas e perguntas abertas, além de outras observações pertinentes. Todavia, há alguma diferença na pesquisa-ação, o instrumento não é o suficiente em si mesmo (THIOLLENT, 2009). É preciso que o pesquisador tenha outros instrumentos que possam ajudar no levantamento das questões da pesquisa e as observações podem ajudar também a complementar a apreensão das informações.

Para apreensão dos dados realizou-se entrevista semiestruturada, que segundo Minayo (2010, p. 267) parte-se da elaboração de um roteiro que “deve desdobrar os vários

indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas”.

A estruturação prévia da entrevista que vai caracterizar a “entrevista semiestruturada” parte de questionamentos e reflexões baseados em teorias e ou hipóteses formuladas antes, e até mesmo no processo de aplicação do instrumento, o que decorrerá da amplitude investigativa (TRIVIÑOS, 1995). Assim, na entrevista semiestruturada, o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010).

O roteiro de entrevista constou de questões mais gerais sobre expectativas, conhecimentos e ações do PSE focados na promoção da saúde dos adolescentes, e outras pertinentes ao desenvolvimento da prática, prática intersetorial entre saúde e educação, receptividade dos profissionais da educação no ambiente escolar, fragilidade e potencialidades do programa. Assim a efetivação das entrevistas foi norteada por um roteiro de perguntas (APÊNDICE A).

Os sujeitos foram identificados em ordem numérica de Ent1 – Ent7, levando em consideração a mesma sequência que o pesquisador coletava os dados.

Para registro das entrevistas, foi usado um gravador em formato MP3, onde as mesmas foram transcritas em sua íntegra pelo pesquisador. Para tanto, os sujeitos envolvidos foram previamente esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, forma de participação dos sujeitos, por meio da conversa e formalizada anuência de participação no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE B).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Gibbs (2009), a análise qualitativa dos dados envolve duas atividades que o pesquisador deve desenvolver: observar os dados coletados que poderão ser examinados e como estes podem ser descritos e explicados; e manusear estes dados de forma adequada.

Foi utilizado como técnica de análise dos dados a técnica de análise de conteúdo que para Minayo (2010) essa análise diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifesto do material (MINAYO, 2010).

Existem várias modalidades de análise de conteúdo, nesta pesquisa utilizou-se Análise Temática, pois segundo a autora é a mais simples e considerada apropriada para investigação qualitativa em saúde. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os **núcleos de sentidos** que compõe uma comunicação, cuja **presença** ou **frequência** signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. A análise temática é feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estrutura de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2010).

Segundo Minayo (2010), a análise temática foi efetivada em três etapas:

1) Pré-análise

Escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Deve-se perguntar sobre as relações entre as etapas realizadas, elaborando alguns indicadores que orientem na compreensão do material e na interpretação final. Essa fase foi composta por: leitura flutuante, constituição do corpus.

Primeiramente, as entrevistas foram transcritas na íntegra, logo após esse procedimento foram realizadas várias leituras das mesmas sempre sublinhando as falas mais importantes e pertinentes a responder o objetivo da pesquisa. Após essa primeira etapa foi dado início a construção de um quadro transcrevendo os núcleos dos sentidos das entrevistas para desta forma iniciar a fase de agrupamento das subcategorias para construção das categorias.

2) Exploração do material

Esta etapa constou na operação classificatória que visou alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso buscou-se encontrar **subcategorias** e **categorias** que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado a partir da identificação dos núcleos de sentido.

Após selecionar e identificar os núcleos de sentido que correspondem a um mesmo assunto, agrupamos e classificamos os mesmos em subcategorias através de expressões ou palavras chaves. Em seguida após um processo de refinamento e aprofundamento classificatório as subcategorias foram agrupadas, desta vez, em forma de categorias. As categorias foram representadas por expressões mais curtas e mais abrangentes em relação ao assunto geral.

Desta forma foi possível analisar os resultados da pesquisa de forma mais precisa para assim poder realizar a interpretação dos mesmos.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Após a classificação dos discursos das observações (componentes das categorias empíricas) foram realizados entrecruzamentos entre as comunicações e as observações da prática, agrupando ideias convergentes, divergentes complementares e diferentes. A partir daí propôs-se inferências e interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente gerando *insight* para elaboração das dimensões teóricas e interpretativas. Deste modo, foi possível conhecer as expectativas dos sujeitos e conhecimentos sobre o PSE, bem como indicar reflexões e sugestões que possibilitem ações e transformações da realidade, construída coletivamente.

A análise do estudo foi organizada e representada em forma de quadro (APÊNDICE C) que mostra as categorias resultantes do reagrupamento das subcategorias, as quais expressam a ótica dos profissionais de saúde questões acerca da promoção da saúde ao adolescente no Programa de Saúde na Escola.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esse estudo foi um recorte do projeto Promoção da Saúde do Adolescente no Espaço Escolar: apoio e ações estratégicas na interface com a atenção básica, o qual foi enviado para o Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará em dezembro de 2013, com número do parecer 651.771, recebendo parecer favorável dia 19 de maio de 2014 (ANEXO A) e anuência formal do representante da instituição onde se deu a pesquisa (ANEXO B). Assim todas as fases da pesquisa foram pautadas nos princípios éticos sobre pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do MS (BRASIL, 2012a). Foi garantido anonimato dos participantes do estudo, respeitando a privacidade, a intimidade e a liberdade de participação. A entrevista foi realizada com enfermeiros e outros profissionais de saúde que aceitaram participar do estudo através da assinatura do TCLE. Para estes sujeitos foram mostrados os benefícios e os riscos da pesquisa. Quanto a este estão relacionados ao algum constrangimento, disponibilidade de tempo, por tanto não causando nenhum dano físico.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As informações resultantes do processo analítico trazem as dimensões exploradas do objeto de estudo junto aos participantes, os quais manifestaram os significados com base em suas experiências sobre o cuidado ao adolescente desenvolvido pelos enfermeiros e os dentistas na articulação saúde-escola. A integração entre as Unidades de Atenção Primária à Saúde e as escolas visando o desenvolvimento do PSE facilidades e/ou dificuldades que interferem no desenvolvimento do programa. Estas duas categorias profissionais se dispuseram, ir além das informações, refletir com os pesquisadores as questões do processo investigativo.

Vale ressaltar que as Unidades de Atenção Primária à Saúde são constituídas por uma equipe multidisciplinar com os seguintes profissionais: enfermeiro, cirurgião-dentista, médico, auxiliar e técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, técnico em saúde bucal e técnico em higiene bucal. Essa equipe possui distribuição de funções coletivas e individuais a ser desenvolvida dentro da unidade de saúde (BRASIL, 2012b).

Os dados referentes à caracterização dos participantes da pesquisa foram registrados dados pessoais e profissionais como: sexo, idade, profissão, tempo de formado, tempo ingresso na unidade de saúde, pós-graduação ou alguma capacitação na área da atenção básica e do cuidado ao adolescente, vínculo empregatício, carga horária semanal.

Os sete profissionais de saúde entrevistados foram três enfermeiros e quatro cirurgião-dentista. A predominância foi do sexo feminino, com cinco mulheres e dois homens. Quanto a idade ficou no intervalo de 32 – 48 anos de idade, sendo que os dois homens participantes tinham 37 anos.

Quadro 3 – Distribuição dos participantes por sexo, profissão e idade

Sexo	Profissão	Idade
Feminino	Enfermeiro	35
Feminino	Enfermeiro	48
Feminino	Cirurgião-dentista	32
Feminino	Cirurgião-dentista	39
Feminino	Cirurgião-dentista	41
Masculino	Enfermeiro	37
Masculino	Cirurgião-dentista	37

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao tempo de ingresso na unidade de saúde, quatro do sexo feminino tinham oito anos de serviço e apenas uma com sete anos de serviço. Já no sexo masculino os dois homens tinham oito anos de serviço. Em relação a pós-graduação e capacitação na área de atenção básica

todos os participantes do estudo já haviam realizados as duas atividades. Porém nenhum participante participou de cursos de capacitação na área voltada específica ao adolescente.

O vínculo empregatício de todos os participantes era do tipo estatutário. Quanto a carga horária a ser cumprida semanalmente todos os enfermeiros trabalhavam 40 horas e todos os dentistas 32 horas.

Ressalto que a reduzida quantidade de entrevistados justifica-se pelo fato de somente uma unidade de saúde participou do estudo, pois infelizmente os profissionais de saúde da outra unidade recusaram-se a participar do estudo com a justificativa da unidade não desenvolver o PSE ou não conhecer os objetivos e diretrizes do programa, impossibilitando, assim, responder o roteiro de perguntas da entrevista.

Dos sete profissionais pesquisados apreenderam-se experiências do cotidiano com seus significados presentes nas categorias e subcategorias.

Quadro 4 – Distribuição das categorias e subcategorias

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	NÚMERO DE NÚCLEO DE SENTIDO
Categoria 1: Integração Saúde e Escola	Sub 1: Integração ESF e escola	10
	Sub 2: Receptividade da educação em relação as ações de promoção da saúde	11
	Sub 3: Realidade adolescente X escola	10
	Sub 4: Ações Intersetoriais	9
Categoria 2: Fragilidades do Programa Saúde na Escola	Sub 1: Dificuldades para implementação do PSE	38
	Sub 2: Compreensão do Programa	5
Categoria 3: Potencialidade do PSE e ações de Promoção da Saúde	Sub 1: Potencialidade do PSE	9
	Sub 2: Ações Voltadas para a Promoção da Saúde no PSE	8

Fonte: Elaborado pela autora.

5.1 CATEGORIA 1: INTEGRAÇÃO SAÚDE E ESCOLA

Essa categoria contempla as unidades de sentido que emergem nas relações e nos processos de trabalho e trazem o sentido de integração entre os serviços de saúde e a educação na funcionalidade do PSE. Reúne as subcategorias: integração ESF e escola, receptividade da educação sobre as ações de promoção da saúde, a realidade dos adolescentes no contexto da escola e as ações intersetoriais que abrangem o PSE. Partindo-se dos questionamentos feitos os profissionais falam do PSE como ação distante de suas realidades, mas ressaltam a sua finalidade e a necessidade da integração ESF e escola como requisito básico na efetivação desta diretriz.

Alguns discursos ilustram essa realidade:

O programa de saúde na escola que eu tenho conhecimento é um programa que foi desenvolvido pelo ministério da saúde para poder aumentar o acesso dos estudantes ao atendimento à saúde, integrando assim a saúde com educação para poder assim realizar um acompanhamento dos escolares – (Ent. 4).

O programa de saúde na escola é um programa que veio para interagir PSF com educação escolar, trazendo educação e promoção da saúde para adolescente e jovens no período escolar – (Ent. 2).

O programa seria um atendimento por parte da saúde com os escolares com intuito de promover uma maior integração entre o PSF e a educação... – (Ent. 6).

Nos discursos é possível identificar a importância que os profissionais da ESF atribuem ao PSE na lógica de integração saúde e educação. São vários os fatores que eles elegem como importante para o sucesso desse trabalho em conjunto. Oportunidade de conhecer o espaço do adolescente, sucesso na implementação das ações de promoção da saúde (vacinação, prevenção de Doença Sexualmente Transmissível-DST, uso de drogas, obesidade) e compromisso dos profissionais.

Encontra-se na literatura oficial do MS que a iniciativa de inserir a saúde no espaço escolar não é algo recente, desde a década de 1950 diversas iniciativas foram tomadas, só que grande parte delas vinculadas a uma lógica sanitária, perpetuando o modelo biomédico focado na doença. No entanto, nas últimas décadas, surgiram iniciativas inovadoras que têm oportunizado o encontro da saúde com a educação, de modo a implementar políticas públicas intersetoriais favorecendo a articulação de ações e estruturas da saúde e da escola, além da rediscussão sobre seu papel como espaço promotor da saúde (BRASIL, 2012c).

Como política pública, as práticas de educação em saúde ganharam espaço no Brasil a partir da década de 1990, principalmente, pela influência da concepção de Escolas Promotoras de Saúde (VALADÃO, 2004). O marco mais recente entre as ações governamentais voltadas para a educação em saúde na escola no Brasil, de acordo com Vieira e Vieira (2011), é o Programa Saúde na Escola, que entrou em vigor no país em 2008 e vem, desde então, sendo progressivamente recebendo a adesão dos municípios brasileiros.

Contudo, o desenvolvimento das ações de promoção da saúde junto a escola pode ser uma importante estratégia para alcançar melhorias sustentáveis em saúde e reduzir iniquidades. Entretanto, isso apenas será possível se forem implementadas estratégias criativas e participativas, desenvolvidas de forma complementar, propiciando o desenvolvimento de capacidades individuais e de toda a comunidade escolar para atuar sobre

esses determinantes no contexto da escola, de forma participativa, intersetorial e baseada no conhecimento e evidências disponíveis sobre boas práticas (BRASIL, 2008).

Quase sempre a importância dessa integração era relatada pelos entrevistados da pesquisa ao falarem do Programa de Saúde na Escola. Em vários discursos comentaram que o programa possui como finalidade integrar os processos de trabalho da saúde no contexto escolar, a integração da saúde no contexto escolar, fato que ajuda na implementação das atividades de promoção da saúde voltadas para esse público de jovens. Assim, observa-se que as respostas se repetiam, ou confirmavam os objetivos do programa, mas sem muita relação com a efetividade do programa. Em vários momentos citaram ações de promoção da saúde com o diagnóstico e o tratamento de doenças.

É importante ressaltar que a atuação da equipe multiprofissional, educadores e profissionais da saúde com a família e a comunidade facilita a promoção da saúde dos adolescentes, fazendo com que eles sejam protagonistas de sua saúde, mas para que isso ocorra, tem-se a necessidade de profissionais habilitados para desenvolver um trabalho de educação em saúde que vise o adolescente integralmente, para atender às carências e necessidades da construção de um jovem cidadão (SILVEIRA *et al.*, 2012).

Em relação ao PSE, de fato o programa em seu componente I coloca que o objetivo principal é identificar, o quanto antes, em crianças e jovens, fatores de risco, prevenir e promover saúde, por meio de avaliações do estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, controle de cárie, acuidade visual e auditiva e também psicológica do aluno (BRASIL, 2008). Observa-se que embora o estudo dê ênfase à promoção da saúde no componente II parece ser prioridade apresentar dados quantitativos sobre a situação de saúde dos escolares e na prática pouco se faz com essa intencionalidade – formar os estudantes para o cuidado de si, desenvolver atitudes saudáveis, aquisição de autonomia que facilite a construção da cidadania.

Indubitavelmente, para a efetivação destes objetivos expostos em várias ações do PSE se faz necessário que a saúde e a educação trabalhem de forma conjunta e integrada para que a implementação do programa tenha sua efetividade. Desse modo, buscou-se entender o que pensam os profissionais que atuam na UAPS sobre o fazer cotidiano, que possibilidades existem, o que de fato acontece nestas relações de trabalho saúde e educação. Alguns deles se reportaram a estes encontros e ou desencontros.

A receptividade da educação com os profissionais de saúde foi um dos pontos destacados pelos entrevistados indicando aspectos positivos e negativos, mas confirmando a importância dessa relação saúde e escola no desenvolvimento das atividades.

A escola possui uma receptividade muito boa, existe um grande elo entre as duas. O acesso é maravilhoso, não existe barreira nenhuma – (Ent. 5).

A receptividade é muito boa, principalmente com o professor e a direção. Porém com os alunos ainda é um pouco difícil, pois eles acham que os profissionais estão ali apenas para entretê-los – (Ent. 1).

[...] a receptividade é complicada, eles têm muita dificuldade em querer mexer nos cronogramas de aula, tirar os alunos da sala de aula para realizar as atividades – (Ent. 4).

Acredita-se que as dificuldades apontadas, ou mesmo as rupturas que ocorrem sobre o desenvolvimento das ações de promoção da saúde ou outras atividades possam ser sanadas mediante o diálogo dos gestores e profissionais da saúde e educação com os profissionais e gestores da educação. Isso ocorreria mediante planejamentos conjugados, pois de fato, é contraditório falar de integração se cada um fizer sua parte independente e somente demonstrar concordância. É preciso entender e desenvolver os princípios da intersetorialidade e da interdisciplinaridade como condição imprescindível na efetividade destas ações (SOUSA *et al.*, 2013).

Compreendendo que a escola é um espaço rico para ações promotoras e cuidadoras da saúde dos alunos, estas podem ser potencializadas, se construídas em parceria com as equipes de saúde da família, contudo, esse relacionamento nem sempre é fácil. Os discursos expõem a importância, mas também as dificuldades enfrentadas. É importante lembrar que uma boa integração entre a ESF e a escola é um dos fatores que contribui para o sucesso de qualquer atividade a ser implementada com estudantes na escola. No caso do PSE é preciso que os adolescentes e os profissionais da educação e da saúde estejam cientes da relevância e dos objetivos do programa, pois dessa forma é possível que esse relacionamento e a receptividade sejam estreitados de forma positiva com planejamento integrado.

Os participantes ressaltam ser imperioso conhecer a realidade do adolescente no contexto da escola. Nos discursos identifica-se a importância de aproximar os adolescentes das ações de promoção da saúde junto a unidade de saúde. Entretanto, salientam a fragilidade dessa ação pela ausência desse grupo na UAPS havendo também pouco contato do adolescente no seu ambiente escolar com os profissionais de saúde.

Realizar a intervenção da unidade básica de saúde dentro do contexto da escola através de um levantamento de necessidades para aproximar o adolescente a ida a unidade básica de saúde – (Ent. 2).

É um grupo que não vem muito a unidade básica da saúde espontaneamente para receber uma atividade de promoção da saúde. Os profissionais precisam se deslocar até a escola, por isso a importância de conhecer a realidade desses jovens no seu ambiente escolar, para assim poder evitar problemas de saúde futuros – (Ent. 4).

[...] não se nota a presença do adolescente na unidade básica de saúde, os poucos contatos que nós temos é quando a equipe vai para escola, não se percebe busca do adolescente a promoção da saúde – (Ent. 3).

Os discursos apontam para a necessidade dos profissionais de saúde conhecerem a realidade, descobrir as necessidades de saúde dos jovens para que ações sejam implementadas e direcionadas a esse público. Ir ao encontro dos adolescentes na escola é uma forma de desenvolver essa parceria salutar ante ao tema da promoção da saúde e sua finalidade, assim como efetivar o planejamento das ações intersetoriais.

Além do ambiente familiar, a escola é outro espaço social em que as pessoas formam suas ideias para um agir na vida diária. Portanto, é um espaço propício para o desenvolvimento dessa prática – promoção à saúde. Entretanto, reconhece-se que é preciso buscar o adolescente em seu território, atrair e convencê-lo sobre a importância da promoção da saúde a partir do ambiente escolar; é uma tarefa laboriosa que requer várias ações e atuação de muitos conjugadamente, pois é compreensível e indispensável para a sociedade.

Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os educandos, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem e o que eles podem fazer”. É preciso desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Desse modo, profissionais de saúde e de educação devem assumir uma atitude permanente de emponderamento dos princípios básicos de promoção da saúde por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas (BRASIL, 2011b).

Gomes e Horta (2010) salientam que as práticas de saúde na escola garantam construções compartilhadas de saberes apoiadas nas histórias individuais e coletivas, devem ser considerados os diferentes contextos em que são realizadas, respeitando-se o saber popular e o formal, em propostas que façam sentido para as pessoas. Ou seja, o conhecimento absoluto desse público jovem no seu espaço natural de convivência, que é a escola, nos leva a certeza que a implementação dessas ações de saúde será realizada de forma plena e certa.

Entretanto no processo de ir ao encontro desses adolescentes é possível se deparar com a necessidade de melhoria nas estratégias de intersetorialidade entre saúde e escola em seu território. O programa de saúde na escola garante o direito da territorialidade: ter respeito as realidades diversas (BRASIL, 2012b).

Tendo em vista que as ações intersetoriais é um processo de aprendizagem que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia a solução de problemas da população de um determinado território. De tal forma que faz parte dos princípios gerais da

atual Política Nacional de Atenção Básica no Brasil que o desenvolvimento de ações com base territorial busque a integração com instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias que garantam a construção da cidadania (MORETTI *et al.*, 2010). É possível se compreender a importância do protagonismo da intersetorialidade em seu território para melhoria da integração saúde e educação.

A importância da intersetorialidade é destacada em uma subcategoria relacionada a ações intersetoriais. Porém foi um assunto apresentado de forma negativa e, às vezes, de forma não muito clara em relação ao desenvolvimento desta estratégia no campo da promoção da saúde do adolescente ancorado por um programa interministerial.

A intersetorialidade saúde escola ainda é muito frágil, são muitas as dificuldades de integração saúde com educação – (Ent. 4).

Na minha percepção não há intersetorialidade. E como se a saúde e escola não se comunicasse, existe uma grande falha de comunicação – (Ent. 3)

Está prática ela é muito frágil e ainda não existe de forma plena. Ainda não existe uma ação conjunta e continua para que a gente possa estar avaliando resultados dessa intersetorialidade – (Ent. 7).

Observa-se nos discursos que a prática intersetorial entre saúde e educação focadas no PSE é relatada como frágil e permeada de barreiras. Os motivos são discretamente apontados como falta de conhecimento do programa, fragilidades na parceria saúde/escola, falha na comunicação, desmotivação dos profissionais, entre outros citados nos depoimentos.

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. Implica colocarmos em questão: como esses serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nesses serviços? (BRASIL, 2011b).

O processo de gestão tem um grande impacto nessas ações, o qual deve ser permeado pela comunicação efetiva entre os trabalhadores das equipes e dos serviços. Desse modo, trabalhar de forma intersetorial pressupõe desenvolver ações que busquem a promoção de impactos positivos nas condições de vida dos indivíduos e das comunidades. Essas ações devem envolver a articulação de saberes e experiências diversas, objetivando planejar para intervir de maneira efetiva nas situações-problema que afligem as comunidades. Acreditamos, assim, que espaços promotores de intersetorialidade são locais de construção de novas

linguagens, saberes e conceitos, capazes de provocar profundas e benéficas mudanças na sociedade (PINTO *et al.*, 2012).

Neste contexto, fica evidente que para a promoção da saúde dos adolescentes no ambiente escolar nas propostas do PSE não se pode prescindir da intersectorialidade como política social que enuncia a articulação de setores para determinados fins.

A intersectorialidade em saúde é compreendida como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (TEIXEIRA; PAIM, 2002).

A partir dessas percepções e dos propósitos da intersectorialidade como articuladora no desenvolvimento das atividades em conjuntos com os vários setores que participam do desenvolvimento das ações do PSE pode-se observar cuidadosamente estas dimensões na sua operacionalização e questionar: o que de fato acontece e como fazer para melhorar essas relações e efetivar as ações do PSE? Entende-se o quanto precisa ser debatida e arduamente trabalhada para sua aplicação tanto com gestores bem como envolvendo profissionais envolvidos, no caso, saúde e educação, para que se alcancem resultados positivos no processo de integração saúde e escola.

5.2 CATEGORIA 2: FRAGILIDADES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Essa categoria destaca as fragilidades do PSE, relatadas pelos profissionais na realidade de um programa que ainda está em fase de implementação. No desmembramento do texto em unidades de sentido e o reagrupamento analógico foram formadas as seguintes subcategorias: dificuldades para implementação do PSE e compreensão do programa.

As dificuldades para implementação do PSE classificadas como subcategoria obteve o maior número de núcleo de sentidos em toda a análise dos discursos das entrevistas. Assim, foram relatados em diversos discursos a insatisfação no desenvolvimento do PSE por variados motivos. Ficando claro o quanto esse programa ainda precisa avançar na sua fase de implementação e concretização.

A principal fragilidade que existe no PSE é em relação ao tempo disponível para implementação do programa, pois as atividades não são programadas e articuladas com a escola. Não existe uma interação antecipada com os professores da escola – (Ent. 2).

A fragilidade é a questão do tempo que é pouco para desenvolvimento dessas ações e além disso muita das vezes a relação e o vínculo com a escola não é boa – (Ent. 6).

Aqui em Fortaleza o PSE não está sendo muito bem desenvolvido, pois passamos por uma mudança de gestão onde o tempo ficou mais corrido ainda e a sobrecarga de trabalhos dos profissionais maior – (Ent. 4).

A carga horária e a falta de tempo foram exaustivamente relatadas pelos profissionais. Mencionando esse déficit de tempo tanto por parte da saúde como da educação. Porém essa fragilidade vai muito além do que está posto nas diretrizes de implementação e implantação do PSE e coaduna com o processo de gestão a nível de SMS. Cada gestor pactua ou não com os trabalhadores suas prioridades e modo agir (MENDES, 2010).

Os trabalhadores mencionam em alguns discursos uma demanda enorme de programas e ações que os profissionais de saúde precisam cumprir para o atendimento da população em geral na perspectiva da UAPS: puericultura, programa de hipertensão e diabetes, planejamento familiar entre outros.

Nos últimos quatro anos o município de Fortaleza sofreu uma mudança na priorização e na forma de atendimento na atenção primária. Instalou-se um processo nomeado de demanda espontânea, onde os profissionais de saúde precisam atender qualquer programa, seja de prevenção ou processo de adoecimento, em qualquer dia da semana. A maior parte dos profissionais relataram que essa nova forma de organização causou um dano enorme a implementação do PSE, pois sem tempo disponível para o programa ele foi deixado à margem.

A fragilidade maior que há é o recurso financeiro, pois esse recurso ainda é muito pouco para essas atividades, o horário dos profissionais de saúde e dos profissionais de educação que ainda são fechados, em escalas fechadas, e agora com a nova reprogramação do PSF esse horário ficou mais difícil, porque os profissionais estão limitados a 32 horas de forma corrida. Então os horários que eles passam nas escolas é inviável – (Ent. 2).

Eu penso que a principal fragilidade seja a mudança de foco, não existe mais a preocupação com atendimento das demandas programadas, apenas com os atendimentos dos casos clínicos agudos – (Ent. 4).

Um estudo realizado por Torres (2009) mostra que os fatores que influenciam negativamente a atuação dos enfermeiros no cenário escolar, aqueles mais citados foram sobrecarga de trabalho e recursos materiais deficientes. Fica evidente a dificuldade desses profissionais de conseguir colocar em prática todas as expectativas e objetivos do programa.

É importante esclarecer que a transferência de recurso financeiro e material do PSE para os municípios credenciados ao Programa Saúde na Escola é feito através do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), ele que fica responsável em fazer a gestão do

PSE e responsabilizar-se intersetorialmente pelas metas de cobertura das ações. O recurso do PSE não é destinado às equipes de saúde da família, é um incentivo que deve ser empenhado para efetivar as ações do PSE: a gestão de seu uso deve ser intersetorial (saúde e educação) de responsabilidade do GTI-M (BRASIL, 2011b).

A falta de planejamento integrado foi outra dificuldade dialogada pelos participantes da pesquisa.

[...] as equipes precisam se programar, os programas chegam de forma muito rápida, exigindo resultados rápidos. Isso não tem condições, é preciso que exista uma programação – (Ent.1).

[...] nem a escola nem a saúde sabe o que vai acontecer durante o ano, é preciso que aconteça uma programação para todo o ano – (Ent. 2).

O planejamento das atividades anuais da atenção básica é definido de forma organizada e cronológica, porém os profissionais relatam que o PSE não entra nessa programação. Essas ações de saúde devem está contemplada dentro do projeto pedagógico da escola, antes escolhido e debatido de acordo com as necessidades realidades dos adolescentes. Porém o que se observou nos discursos dos sujeitos é que esse planejamento não acontece.

O planejamento pedagógico pode ser sugerido ou enriquecido tanto pelos profissionais de saúde quanto de educação para que sejam analisadas pelo setor da educação e estejam coerentes com os fundamentos e pressupostos de aprendizagem adotados e aceitos, caracterizando uma ação conjunta, de maneira que sejam respeitadas as competências próprias de cada setor, assim como suas estratégias de atuação no que concerne sua área técnica por excelência (BRASIL, 2011b).

Entretanto, os participantes relatam a falta de organização de tempo e assuntos a serem abordados em relação a essas atividades. A demanda das ações chega através do nível municipal para as unidades de saúde, sem que antes haja um planejamento prévio. Os profissionais relatam prejuízo para o sucesso dessas atividades realizada sem programação, pois deve ser levado em consideração a época do ano, o número de profissionais e o cronograma da escola e as necessidades dos educadores e adolescentes.

É exposto também por parte dos profissionais que a mudança no foco dos objetivos do PSE acontece bastante, ocasionando prejuízo na fase de implementação das atividades de promoção da saúde.

Eu penso que a principal fragilidade seja a mudança de foco, não existe mais uma preocupação com atendimento para promover a saúde de forma preventiva, atualmente se existe preocupação apenas com atendimento clínico dos casos agudos – (Ent. 4).

[...] só se busca atendimento quando estão em um processo de adoecimento, a prevenção ficou de lado – (Ent. 7).

[...] as vezes parece que a educação e a saúde estão falando duas línguas diferentes, pois não compreende o mesmo significado e interpretação do programa – (Ent. 3).

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda do PSE. É preciso compreender que o espaço escolar não deve ser utilizado para consultas médicas com o objetivo da medicalização ou de diagnóstico clínico-psíquico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, mas apenas para triagens, por sua objetividade e ganho de escala em ambiente coletivo. Para isso se faz necessário o conhecimento das diretrizes no PSE (BRASIL, 2011b).

Para isso, torna-se necessário o maior envolvimento dos profissionais da área da saúde e da escola para que haja uma maior contribuição para um bom desenvolvimento das ações de saúde no ambiente escolar, em especial, fornecendo um maior suporte aos educadores – elementos fundamentais no processo de construção e mudança de comportamento (GOMES; HORTA, 2010).

Porém, sozinho, o sistema de saúde tampouco é capaz de sanar os problemas de saúde dos jovens, perante seus determinantes e condicionantes. A necessidade do olhar integral que lhe é característico engloba necessidades que envolvem relações afetivas, transmissão de valores, religiosidade, cultura, mercado de trabalho, mídia e sua influência, consumismo, uma infinidade de aspectos. A intersetorialidade é, assim, mais uma vez revelada como condição fundamental para a assistência a essa população. Abordar os problemas de saúde apenas sob a ótica biológica pode não responder às demandas de saúde em toda sua complexidade (GOMES; HORTA, 2010).

O cuidado à saúde é contínuo, que deve ser persistido, sem que ocorra rupturas, pois para sobreviver é preciso cuidar de si diariamente. Compreender que chegar até o adolescente e conquistar sua confiança e fazê-lo entender a importância da prevenção de agravos e cuidados com a saúde não somente em situação de doença, mas na perspectiva de promoção da saúde, é um tema que precisa ser incorporado e assumido por todos que cuidam da saúde em harmonia com os que cuidam da educação.

Desse modo, é imprescindível descobrir e refletir os principais desafios e os fatores contribuintes encontrados pelos profissionais de saúde para a efetivação de ações de promoção à saúde entre escolares e construir estratégias conjuntas que possibilitem uma melhor qualidade de vida para os adolescentes.

5.3 CATEGORIA 3: POTENCIALIDADES DO PSE E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Esta categoria conjuga as percepções dos participantes da pesquisa sobre as potencialidades do PSE e destaque sobre as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde junto ao adolescente. Todos os entrevistados elencaram algum tipo de atividade nesse domínio.

Na subcategoria de potencialidades do programa são destacados os aspectos positivos do PSE, relatando-se a realidade de um programa que ainda está em fase de implementação e sua vinculação com o campo da promoção da saúde.

A grande potencialidade do PSE são suas ações de promoção da saúde que são inúmeras. E realizar essas atividades da escola consegue atingir melhores resultados, pois é lá onde estão o maior número de adolescente – (Ent. 5).

É um grande e excelente programa no âmbito da saúde, onde existe várias vertentes para se atingir o adolescente com ações de promoção da saúde dentro da escola – (Ent. 4).

Os participantes aludiram a importância de implementar as ações de promoção da saúde propostas pelo PSE, que podem ser desenvolvidas em várias dimensões. Enfatizam o diferencial que o programa oferece que é o deslocamento do profissional de saúde para a escola. Em outros momentos foi relatado, por mais de um profissional, a importância de conhecer e estar no ambiente em que o adolescente convive diariamente. Possibilitando desta forma adequar as ações da saúde de acordo com as necessidades expostas pelos jovens.

Abrir a escola para os projetos de saúde abrangendo educandos, educadores e comunidade determina os passos em busca dos saberes educacionais, pois encontram uma boa relação entre os grupos envolvidos, a valorização humana e a compreensão da importância da relação entre educação e saúde. A escola contemplada pelo PSE deve funcionar de modo que as atividades em saúde a serem desenvolvidas devam fazer parte do projeto político pedagógico escolar, atendendo às expectativas dos professores e, principalmente, dos educandos. As temáticas a serem trabalhadas pelo PSE devem ser debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da saúde ou diretamente por profissionais de saúde previamente agendados e com o apoio dos professores. Essa preparação dos educandos no cotidiano da escola pode implicar a participação desde o agendamento e organização das atividades e/ou durante a realização delas (BRASIL, 2011b).

A realização do trabalho coletivo também foi relatado como uma potencialidade na implementação do PSE.

[...] o trabalho é desenvolvido de forma coletiva, sendo realizada por todas as categorias dos profissionais de saúde e atingindo um grande número de adolescente, consequentemente é possível atingir melhores resultados – (Ent. 5).

Ações positivas que são realizadas pelos profissionais de saúde é triagem da acuidade visual e da obesidade, cuidados com higiene bucal entre outros assuntos, participando assim do processo de educação permanente em saúde – (Ent. 6).

Sabe-se que o PSE deve ser implementadas por todos os profissionais de saúde envolvidos, tendo cada um com suas responsabilidades. Dessa forma, pode-se constatar de acordo com os depoimentos que as ações implementadas pelos profissionais de saúde são preconizadas como atribuições comuns a todos os profissionais da atenção.

No caderno de Atenção Básica: Saúde na Escola (BRASIL, 2009) descreve todas as atribuições dos profissionais de saúde de forma coletiva e individual. Entre as atribuições comuns é participar do processo de educação permanente em saúde; realizar triagem da acuidade visual de escolares; desenvolver ações que abordem temas como a obesidade; mudanças de comportamento e cuidados em relação à higiene bucal entre outras.

Com intuito de melhorar a dinâmica de trabalho da equipe de saúde e educação as ações do PSE são divididas em três componentes. O componente I trabalha em torno da Avaliação das Condições de Saúde, que possui como objetivo avaliar a saúde dos educandos e possibilitar que aqueles que apresentam alguma alteração possam ser encaminhados para atendimento e acompanhamento. Não basta avaliar e identificar problemas, é importante ter compromisso com a produção de autonomia e de autocuidado dos escolares (BRASIL, 2013).

Partindo da definição dos objetivos e das ações dos componentes observa-se que os profissionais sabem das atividades a serem desenvolvidas junto aos escolares na forma estabelecida pelo PSE.

O trabalho em equipe é considerado essencial para o funcionamento adequado do programa, sendo importantes e necessárias ações inter, multi e transdisciplinares para ultrapassar todos os obstáculos presentes, para isso o trabalho em equipe deve ser construído de uma prática interdisciplinar, na qual o diálogo deve permitir a aproximação entre as partes, tendo-se a clareza de que todo conhecimento parcial só ganha significado quando referido no conjunto (KELL; SHIMIZU, 2010).

É evidente a importância desse trabalho em conjunto, a implementação das ações de intersectorialidade entre a saúde e escola é essencial para sucesso da implementação do PSE

de forma completa. Assim, qualquer ação que haja interação saúde e escola é tida como ações de intersetorialidade. Entretanto, é preciso que haja uma reformulação e uma melhor exploração na maneira de relacionar essas atividades e profissionais. Um bom trabalho desenvolvido em equipe com certeza será sucesso na sua implementação.

Em vários outros momentos as potencialidades foram citadas, porém o que se chama atenção e é importante que se debata é a forma como esses pontos positivos são expostos. São sempre relatados de forma incompletas e as vezes com divergências existindo inconcretude, pois não aparece a sua forma de operacionalização na prática, configurando contradição do que seria de fato potencialidades.

[...] têm bastantes potencialidades nós que ainda não descobrimos ainda como podemos aproveitar – (Ent. 3).

O projeto é excelente, porém ainda precisa avançar muito – (Ent. 3).

A proposta do PSE é rica e muito válida mas é preciso mais comprometimento e tempo disponível para desenvolvê-lo – (Ent. 2).

É importante ressaltar os possíveis impactos desta realidade para a saúde dos escolares. Assim, é imprescindível que os profissionais de saúde interajam nesse programa, transformando seu processo de trabalho na perspectiva da promoção da saúde indo em busca de sua execução junto aos profissionais da escola. Para tanto, é necessário que haja uma interação nos âmbitos da saúde e educação na tentativa de concretizar essas ações, necessitando de profissionais capacitados para atuarem no programa de forma eficiente e toda uma estrutura organizacional. Isto vai além do conhecimento e esforço dos profissionais.

É reconhecido por meio da legislação do MS e exposto também a regulamentação das ações de promoção e a proteção da saúde do adolescente, presente também nas diretrizes do PSE. Assim destacaram os entrevistados:

O Programa de Saúde na Escola é um programa que veio trazendo educação e promoção da saúde para adolescentes e jovens no período escolar – (Ent. 1).

Praticamente as atividades que foram voltadas ao adolescente no ano passado foram todas de promoção da saúde: imunização, detecção de verminoses, obesidade infantil e outras – (Ent. 2).

Não sei todas as atividades que são desenvolvidas do programa, mas lembro bem das de promoção da saúde: campanha para verificar acuidade visual, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar e imunização – (Ent. 7).

Nestes discursos é evidente a importância que os profissionais da saúde agregam as ações de promoção da saúde. Quando questionado sobre conhecimento do programa sempre era mencionado o valor dessas ações, entretanto surge o questionamento: será que os

profissionais da saúde conhecem e atuaram em algum momento com os objetivos e os componentes do Programa de Saúde na Escola?

O PSE trabalha com três componentes, ou seja, três dimensões que precisam ser desenvolvidas para que possamos construir processos de educação e saúde integral e qualificar a gestão intersetorial. São eles: I) Avaliação das Condições de Saúde; II) Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde; III) Formação. É importante que o planejamento e as ações realizadas pelos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs) e pelas equipes de saúde e educação envolvam todos os componentes (Avaliação das condições de Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde, assim como Formação) potencializando a prática intersetorial, a atenção à saúde e a educação integral (BRASIL, 2013).

As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político pedagógico da escola. No artigo 4º do Decreto Presidencial nº 6.286 que instituiu o Programa Saúde na Escola, estão citadas as ações de saúde previstas no âmbito do PSE e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde (BRASIL, 2011b).

Desta forma, lembrando essas ações previstas no domínio do Programa Saúde na Escola é possível compreender que os profissionais descrevem sempre ações voltadas para o componente II – Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde, pois os discursos trazem relatos das várias ações de promoção da saúde que são implementadas junto ao adolescente no ambiente escolar.

Contudo, observamos nos discursos, que os profissionais falam também das fragilidades destas ações de promover a saúde com os adolescentes fora do ambiente escolar.

A relação de promoção da saúde com adolescente fora da escola ficou ausente na unidade de saúde, quando eles procuram assistência já estão vivenciando adoecimento, gravidez na adolescência e outras coisas – (Ent. 2).

Os adolescentes não procuram atendimento de promoção da saúde fora do ambiente escolar – (Ent. 7).

É preciso entender o que acontece com os jovens que os leva a não procurar a unidade de saúde para promover a saúde, mas apenas em situações de adoecimento. Esta situação pode se dá pelo próprio modelo e valorização que a sociedade atribui ao modelo biomédico que foi estruturado durante o século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente (TESSER *et al.*, 2010).

A promoção da saúde em geral e a educação para a saúde em particular devem ser encaradas como tarefas de cidadania organizadas que exigem uma participação proativa dos cidadãos. Não obstante esta necessidade de participação coletiva, os enfermeiros desempenham um papel relevante enquanto agentes de Educação para a Saúde, devendo ter “[...] uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais [...] mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício” (BRASIL, 1996).

Partindo dessa afirmação é necessário que os profissionais de saúde e educação sejam mais proativos na participação da construção dos saberes dos adolescentes, de tal forma que se consiga atingir com mais eficácia o desenvolvimento da promoção da saúde por parte dos adolescentes e jovens fora do âmbito escolar. É preciso que se discuta mais sobre as políticas públicas voltadas aos jovens e adolescentes.

As políticas públicas do Brasil seguem os direitos da universalidade, integralidade porém não homogêneo. No princípio da integralidade que se refere as especificidades de cada um, existem inúmeras políticas voltadas a promoção da saúde em vários segmentos da população. Porém ainda nos confrontamos com a ausência de uma política de governo que assegure a atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens. É preciso lembrar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ) até o presente momento foi aprovada no Congresso Nacional, o que se têm são apenas diretrizes de uma política (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Segundo fontes do IBGE, os adolescentes e jovens se encontram em uma parcela populacional excluídos de uma política nacional que considere as especificidades de suas demandas de cuidado e atenção. As fontes mostram aumento de mortalidade por causas externas, aumento de gravidez na adolescência nessa faixa etária (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Desta forma, diante das dificuldades e fragilidades apontadas pelos participantes da pesquisa em relação a implantação e implementação do PSE, questiona-se estão de fato assegurados os direitos do adolescente no ECA de 1990, que enfoca a saúde integral para os mesmos. A PNAISAJ não foi promulgada nas instâncias do governo, permaneceu apenas como diretrizes.

Diante deste contexto que foi observado pelo pesquisador a partir dos resultados da pesquisa, é possível compreender que os profissionais da saúde possuem a capacidade de conhecer e descrever as potencialidades, as ações de promoção da saúde e os objetivos que o programa propõe. Porém o relato de dificuldades e de barreiras que os mesmos encontram no

processo de sua implementação são permeáveis de discursões e reflexões a nível central dos gestores de saúde. É imprescindível que as políticas públicas voltadas aos adolescentes encontrem um maior espaço e comprometimento da sociedade civil e do poder público.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve a intenção de identificar as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde junto ao adolescente com bases no Programa Saúde na Escola. Assim foram descritas as potencialidades do programa e as dificuldades na implementação considerando a articulação saúde – escola.

O PSE é um importante programa voltado para promover a saúde dos jovens e adolescentes. As ações de prevenção, proteção e promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde nas unidades de atenção primária junto a escola é de valiosa importância para que ocorra a implementação do programa. Porém a partir dos dados analisados da pesquisa foi possível compreender que ainda trata-se de um desafio por parte desses profissionais e que deve ser tratada e analisada com sua relevância merecida.

O estudo revela que a integração saúde e escola possui papel importante para que se estabeleça o cuidado e a formação de adolescente saudáveis. De tal forma que a intersetorialidade se torna como uma importante estratégia no processo de estruturação para ocorra essa integração. Os participantes elegeram vários fatores essenciais para o sucesso dessa estruturação: importância da integração PSF e escola, receptividade da educação em relação as ações de promoção da saúde, conhecer a realidade dos adolescentes nas escolas e as ações intersetoriais.

Nesse contexto, os participantes relatam a importância que os profissionais do PSF atribuem ao PSE na lógica de integração saúde e educação, o quanto essa interação merece atenção e apoio. Ainda nesse cenário de integração os profissionais expõem a relevância de uma boa receptividade dos educadores junto aos profissionais de saúde e a pertinência de conhecer a realidade dos adolescentes no ambiente escolar. Entretanto os profissionais expõem dificuldades encontradas no momento dessa integração, prejudicando, desta forma, este processo.

É evidenciado nos discursos que os alguns profissionais conseguem compreender o sentido e a importância da construção da intersetorialidade entre saúde e educação, de tal forma que ela seja efetivamente praticada, construindo relações compartilhadas de responsabilidades. Entretanto observamos que os discursos muitas vezes, são contraditórios em relação a desenvolvimento da prática intersetorial na concretização do PSE.

Diante do que foi exposto é possível entender que conhecer o processo de integração saúde e escola e as ações intersetoriais para promoção da saúde do adolescente constitui um objeto necessário na identificação dos desafios enfrentados pela unidade de

saúde para implementação do PSE. Imagina-se que os profissionais da educação e os próprios adolescentes estudantes que ficam na expectativa de realização dessas atividades que muitas não são planejadas antecipadamente com os mesmos, nem tampouco tem sua continuidade. Daí questiona-se como de fato, pode-se estimular e promover atitudes saudáveis com esta população se as ações são descontinuadas e sem o envolvimento dos protagonistas principais – os adolescentes?

Nesta conjuntura, apreendeu-se com os resultados que as dificuldades encontradas no momento da implantação e implementação do PSE são inúmeras. Vários fatores foram elencados pelos participantes da pesquisa: falta de tempo, dificuldade por parte dos profissionais de educação na compreensão do programa, inexistência de planejamento integrado, déficit de recursos financeiros, dentre outros, que embora não especificados ficam nas entrelinhas dos discursos. Assim, mostrou-se evidente o quanto o programa saúde na escola precisa avançar para que consiga superar essas dificuldades.

Contudo, os participantes também realçaram em alguns momentos dos discursos as inúmeras potencialidades e avanços que o programa pode alcançar dentro das escolas. A quantidade de atividades de promoção da saúde disponível para desenvolver junto ao adolescente, a importância dessas ações serem desenvolvidas de forma coletiva, enfim, a excelente proposta que o programa propõe.

Nesse sentido, percebe-se que embora ainda o PSE seja um programa com alguns impasses, os profissionais acreditam na sua efetividade mediante a implantação seja integralmente ou parcialmente, mas para isso necessita de um esforço coletivo, que não depende somente dos profissionais da saúde, mas também dos gestores das duas instâncias – saúde e educação. Ressaltam, portanto, a importância dessa integração no desenvolvimento de qualquer atividade de promoção da saúde que de fato venham impactar na qualidade de vida aos adolescentes.

No presente estudo os participantes descreveram as ações de promoção da saúde que são desenvolvidas pelos profissionais de saúde junto aos adolescentes no ambiente escolar, ficando claro que todas elas são implementadas dentro do contexto dos objetivos imposto pelo programa. A maioria das ações supracitadas na análise dos resultados estão presente na dimensão do componente II – Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde. Apesar de descreverem com maior intensidade ações do componente II, em alguns momentos da entrevista os profissionais citam atividades que avaliam as condições da saúde, dimensão do componente I, quando avaliam a chance dos adolescentes encontra-se com verminose, hanseníase, obesidade.

A importância do desenvolvimento das ações do componente I é relevante para implementação do PSE, porém é preciso refletir em que momento as atividades dos outros componentes estão sendo desenvolvidas. É certo de que em algum momento o prejuízo da ausência da realização dessas ações irão aparecer prejudicando a execução plena do programa.

Ante ao exposto nos resultados e nas considerações emergem outro questionamento: Como está o desenvolvimento das políticas públicas voltadas ao adolescente? É de grande importância que persistam estas indagações e a busca por respostas para que se possa contribuir um pouco mais com a saúde e os direitos sociais dos adolescentes; aumentando os espaços de cuidados na atenção primária à esta população e reduzindo as iniquidades sociais.

Vale ressaltar que a pesquisa teve algumas limitações do que se refere a coleta de dados conforme foi planejado no projeto. Não foi possível coletar dados em uma das unidades escolhidas para pesquisar a temática. No caso, os profissionais desta unidade recusaram-se a participar do estudo com a justificativa não desenvolver atividades do PSE nesta unidade e nem mesmo conhecerem os objetivos e as diretrizes do programa, impossibilitando, assim, responder o roteiro de perguntas da entrevista.

Contudo, houve um esforço da pesquisadora em registrar por meio das entrevistas as percepções daqueles que se prontificaram em colaborar com a pesquisa em compartilhar suas experiências. Uma parte dos entrevistados não vivenciaram esta realidade no campo de atuação, mas participaram de alguns momentos dos debates sobre a implantação do PSE. Portanto é possível perceber alguns discursos mais frágeis, mas que tem um sentido para a pesquisa – conhecer a realidade e gerar questionamentos, reflexões entre os participantes da pesquisa e entre os gestores. Quem sabe trazendo uma contribuição que possa ajudar no desenvolvimento de ações de promoção da saúde do adolescente seja na proposta do PSE ou mesma atendendo aos requisitos básicos da política de atenção integral aos adolescentes e jovens desta nação.

Salienta-se que mesmo com essas limitações foi possível alcançar os objetivos proposto da pesquisa e acredita-se nas contribuições efetivas desde as reflexões iniciais da pesquisa concretizando-se com as discussões junto aos profissionais de saúde dentro da unidade sobre o tema estudado.

Nesta perspectiva, faz-se necessário que seja proposto algumas recomendações para melhoria da implantação do Programa Saúde na Escola:

- a) Abrir espaços para o diálogo entre os gestores e profissionais das unidades básicas com os profissionais da educação de modo a descobrir as formas viáveis de desenvolvimento de ações de promoção da saúde do adolescente com enfoque nas temáticas do PSE, dando prioridade aos problemas e necessidades apresentados pelos educadores e pelos próprios adolescentes;
- b) Conjuguar esforços para manter no planejamento das ações da equipe de saúde das UAPS atividades nas escolas melhorando a integração e a comunicação entre as duas esferas;
- c) Realizar oficinas com os profissionais da saúde e da educação com intuito de que eles conheçam e compreendam melhor as propostas do PSE e possam encontrar em suas agendas de trabalho espaços para o desenvolvimento das ações de forma conjugada e com propostas de continuidade, conformando-se com os princípios da intersetorialidade.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-21, 2008.

ANDRADE, F.; MARQUES, D. M. L. A contribuição de “grupos de jovens” de instituições religiosas na formação da identidade do adolescente. **Revista Educação**, v. 5, n. 2, p. 50-65, 2010.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre a enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314, 2007.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. Avaliação Participativa em Programas de Saúde: um modelo para o programa de saúde do adolescente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 404-416, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. **Manual instrutivo Programa Saúde na Escola 2013**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo humanos**. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde. População por faixa etária. Mortalidade por causa (CID-10) e faixa etária. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. **Passo a passo PSE**. Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidades. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília, 2011c.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun 2011d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica; n. 24).

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

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

_____. Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 533-535, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 161/96 de 04 de setembro de 1996. Diário da República. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Normas de Atenção à Saúde Integral dos Adolescentes**. Brasília, 1993. 48 p.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990, retificado em 27 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>.

CAMPAGNA, V. N.; SOUSA, S. L. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. **Bol. Psicol.**, v. 56, n. 124, p. 9-35, 2006.

CORRÊA, A. C. P.; FERRIANI, M. G. C. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 4, p. 449-453, 2005.

COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITONE, R. C. G. Cuidado ao Adolescente: Contribuições para Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 197-202, abr./jun. 2012.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas sociais**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

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 Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217-224, abr./jun. 2007.

FERREIRA JÚNIOR, A. R.; BARROS, E. M. B. de; SOUSA, R. A. de; SOUZA, L. J. E. de. Vivência de adolescente em atividades de promoção da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 611-614, jul./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a23.pdf>>.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2010**. Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado. Fortaleza: Imprensa Municipal, 2010a.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de saúde de Fortaleza 2010-2013**. Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado. Fortaleza: Imprensa Municipal, 2010b.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação mundial da infância 2011**. Adolescência – uma fase de oportunidades. Todos juntos pelas crianças. Brasília, jan. 2014.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, C. M.; HORTA, N. C. Promoção da saúde do adolescente em âmbito escolar. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 486-499, out./dez. 2010.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>>. Acesso em: dez. 2013.

HEIDMANN, I. T. S.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, 2007.

JARDIM, D. P. Educação em saúde na adolescência: uma experiência acadêmica na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 63-67, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censos demográficos 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política?: o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, abr. 2013.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidades, formação de saúde, educação em saúde e as proposta do SUS: uma revisão conceitual. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

MARQUES, J. F. **Produção do cuidado ao adolescente na atenção básica**: subsídios para prática clínica. 2010. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

MARQUES, J. F.; SILVA, K. M.; MOREIRA, R. A. P.; QUEIROZ, M. V. O. Saúde e cuidado na percepção de estudantes adolescente: contribuições para à prática de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 17, n. 1, p. 37-43, jan./mar. 2012.

MEIRELLES, Z. V.; RUZANY, M. H. Promoção da saúde e protagonismo juvenil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, 2008.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

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

MORETTI, A. C. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, jan./jun. 2010. Suplemento 1.

PEREIRA, B. B. S.; PRADO, B. O.; FILIPINI, C. B.; FELIPE, A. O. B.; TERRA, F. S. Avaliação do conhecimento dos enfermeiros frente ao crescimento e desenvolvimento dos adolescentes. **Rev. Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 19-26, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem – avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEIROZ, M. V. O.; FRANCO, J. G. L.; CAVALEIRO, L. M. M.; BRASIL, E. G. M. Situações de vulnerabilidades e risco auto referidos por escolares adolescentes. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 493-502, 2013.

RAMOS, F. R. S.; PEREIRA, S. M.; ROCHA, C. R. M. da. **Viver e adolecer com qualidade**. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Ministério da Saúde. **Adolecer: compreender, atuar, acolher – projeto acolher**. Brasília, 2001.

ROCHA, A.; CORREIA, A.; PESTANA, L.; BENTO, M.; PRETO, O.; LOBÃO, S. Saúde escolar em construção: Que Projetos? **Rev. Milleniu**, Portugal, v. 41, p. 89-113, 2011.

ROCHA, F. A. A.; SILVA, M. A. M.; MOREIRA, A. C. A.; FERREIRA, A. G. N.; MARTINS, K. M. C. Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. **Rev. Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 7-13, 2012.

SANTOS, C. C.; RESSEL, L. B. O adolescente no serviço de saúde. **Rev. Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 53-55, 2013.

SILVEIRA, R. E. da; REIS, N. A. dos; SANTOS, A. da S.; BORGES, M. R.; FONSECA, A. da S. Oficinas com professores: educação em saúde para o manejo com adolescentes. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. spe. 2, p. 169-174, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_27.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2015.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; SILVA, M. M.; VALE, M. P. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1717-1725, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBOA, A. L. **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 59-78.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. C. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3615-3624, 2010. Suplemento 3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>>.

TORRES, C. A.; BARBOSA, S. M.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. A saúde e a educação popular com adolescente. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n.4, p. 47-56, out./dez. 2010.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

VALADÃO, M. M. **Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VIEIRA, A. C. da C.; VIEIRA, V. da S. A necessidade de capacitação dos profissionais do programa saúde na escola para inclusão de orientações posturais preventivas no âmbito escolar. **Ciência em Tela**, v. 4, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.cienciaemtela.nutes.ufrj.br/artigos/0211_vieira.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista a ser realizado com enfermeiros e outros profissionais de saúde

ROTEIRO DE ENTREVISTA	
DADOS PESSOAIS	
Número da Entrevista:	Sexo: () Masculino; () Feminino
Idade:	Naturalidade: Estado Civil: () casado; () solteiro; () divorciado; () viúvo; () outros.
CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS	
Profissão:	Tempo de Formada:
Especialização: () Sim; () Não; Qual: _____	
Mestrado: () Sim; () Não; Qual: _____	
Doutorado: () Sim; () Não; Qual: _____	
Tempo de Ingresso no Serviço:	Vínculo Empregatício: () Funcionário Público; () Celetista; () Cargo Comissionado; () Terceirizado; () Outros.
Carga Horária Semanal:	
ROTEIRO DE PERGUNTAS	
1. Fale sobre o que você conhece do Programa Saúde na Escola (o que é e como se desenvolve)?	

2. Como você avalia o desenvolvimento do PSE com os adolescentes em sua Unidade de Atenção Primária a Saúde?	

3. Fale das potencialidades e das fragilidades deste programa em sua Unidade de Atenção Primária a Saúde?	

4. Dentre as ações desenvolvidas na escola, quais são aquelas que se destinam a promoção da saúde do adolescente?	

5. Qual a relação do PSE com a promoção da saúde do adolescente?

6. Como você avalia a receptividade dos profissionais da educação no trabalho com os adolescentes na escola?

7. Na sua percepção como se dá a prática intersetorial entre saúde e educação para o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola?

8. O que você acrescentaria sobre o assunto?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**– Enfermeiros/profissionais de saúde da atenção básica**

Estamos lhe convidando para participar do estudo intitulado: **ATUAÇÃO DOS ENFERMEIRO/PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO AO ADOLESCENTE: CONTRIBUIÇÕES AO PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR** que tem como um dos objetivos: **Levantar com os enfermeiros e outros profissionais de saúde as ações realizadas com os adolescentes nas escolas e nas Unidades Básicas de Saúde.** Para isso, precisaremos encontrar algumas vezes para conversar e esses encontros ocorrerão quando a gente combinar e marcar. Toda Informação que você disser em nossas conversas serão mantidas em segredo e também serão utilizadas somente para essa pesquisa. Seu nome verdadeiro não irá aparecer e se você não quiser responder alguma pergunta, não terá qualquer problema ou prejuízo ao tratamento e cuidados que recebe no serviço. Se concordar, nossas conversas serão gravadas, transcritas e armazenadas. O material gravado depois será passado para o papel, sendo que pode pedir para lê-las, se quiser e somente terão acesso a pesquisadora e sua equipe. Posteriormente, as informações serão destruídas, pois serão utilizadas apenas com a finalidade do estudo. Quando terminarmos esta pesquisa, os resultados poderão ser divulgados em forma de trabalho científico, divulgados em revistas e/ou apresentado em encontros científicos, para ampliar o conhecimento dos profissionais, dos professores, dos adolescentes e da família. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo e vocês podem decidir não participar da pesquisa a qualquer momento, sem que seja prejudicado por isso. Este termo será assinado em duas vias. Uma via ficará com você e outra com a pesquisadora. Caso necessite esclarecer dúvidas em qualquer etapa do estudo, poderá entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, **Maria Veraci Oliveira Queiroz** no telefone 31019924 ou com **Ana Paula Rodrigues Costa Fontenele** no telefone **88033444**.

Declaro que fui informada sobre as informações acima expostas e que tive respostas para minhas dúvidas. Desta forma, concordo em participar da pesquisa e entendo que tenho a liberdade de desistir em qualquer fase da mesma.

Fortaleza-CE, ____/____/_____.

Nome:

Assinatura do Participante:

APÊNDICE C – Quadro da construção dos núcleos de sentido, subcategorias e categorias

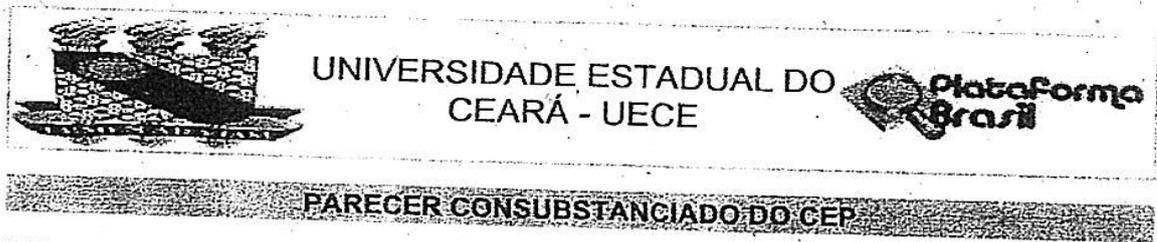
NÚCLEOS DE SENTIDO	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
Interagir PSF com educação escolar.	SUB 1: INTEGRAÇÃO PSF E ESCOLA	CATEGORIA 1: INTEGRAÇÃO SAÚDE E ESCOLA
Não ocorre uma integração da escola com a saúde.		
Integrar saúde com educação.		
A integração saúde e escola ainda está muito afastada.		
Precisa ter parceria de ambos, a escola ser receptiva e a saúde disponibilizar profissionais de saúde para que ocorra uma boa integração.		
Integração é desenvolver atividades de promoção e prevenção e outros agravos dos escolares.		
Dificuldade de integração da saúde com educação.		
A nossa unidade ainda está muito fragilizada a integração com a escola.		
Diminuir abismo de integração entre PSE e escola.		
Atividades de integração: desenvolver atividades de promoção da saúde com escolares.		
Eu fui muito bem acolhida.	SUB 2: RECEPTIVIDADE DA EDUCAÇÃO EM RELAÇÃO AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	CATEGORIA 1: INTEGRAÇÃO SAÚDE E ESCOLA
Escolas se mostram bem abertas.		
Receptividade de maneira geral muito boa.		
Existe resistência de alguns professores e diretores.		
Receptividade dos profissionais da escola complicada.		
Receptividade muito boa, um ELO muito grande.	SUB 2: RECEPTIVIDADE DA EDUCAÇÃO EM RELAÇÃO AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	CATEGORIA 1: INTEGRAÇÃO SAÚDE E ESCOLA
Dificuldade de conseguir local para desenvolver as ações, a direção do colégio.		
O acesso é maravilhoso, não existe barreira nenhuma.		
Resistência da própria escola.		
Relação entre posto de saúde e escola não é considerada boa.		
Em alguns momentos essa relação é boa e outros momentos não.	SUB 3: REALIDADE ADOLESCENTE X ESCOLA	CATEGORIA 1: INTEGRAÇÃO SAÚDE E ESCOLA
Intervenção da unidade básica de saúde dentro do contexto da escola para conhecer adolescente.		
Levantamento de necessidades para aproximar o adolescente a ida a unidade.		
A pratica junto com o dia-a-dia poderia aproximar o adolescente com o profissional.		
Não se nota a presença do adolescente na unidade básica de saúde.		
Os poucos contatos com os adolescentes são apenas quando a equipe da saúde vai para escola.		
Grande ELO de ligação adolescente e saúde.		
PSE é um programa muito importante, pois é um grupo que não vem muito a unidade de saúde para receber uma atividade de promoção da saúde.		
Relação com adolescente fragilizada, pois quando procuram atendimento já estão doentes.		
Adolescente só procura atendimento quando estão em processo de adoecimento.		
O PSE as vezes não conhece muito bem a realidade do adolescente.		
Prática intersetorial ainda está fragilizada e ainda não acontece de fato.		
Intersetorialidade ainda está muito frágil.		
Prática intersetorial ainda está fragilizada e ainda não acontece de fato.		

NÚCLEOS DE SENTIDO	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
Pratica Intersetorial saúde e educação muito frágil e ainda não existe.	SUB 4: AÇÕES INTERSETORIAIS	CATEGORIA 1: INTEGRAÇÃO SAÚDE E ESCOLA
O PSE é um recorte de outros programas já existentes.		
Não existe intersectorialidade.		
O PSE vise levar uma intersectorialidade entre educação e saúde.		
A unidade tenta com que aconteça essa intersectorialidade.		
Ações intersectoriais fracas.		
Fragilidades dos recursos financeiros.	SUB 1: DIFICULDADES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PSE	CATEGORIA 2: FRAGILIDADES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA
Fragilidades dos horários dos profissionais de saúde e educação e exigência de resultados rápidos.		
Falta também incentivo dos professores.		
É preciso uma maior dinâmica nas atividades, com uma melhor programação.		
Programação para funcionamento de forma completa e correta.		
É preciso que conversem e definam tudo que vai acontecer durante todo o ano.		
Projeto PSE andou muito vagarosamente.		
Compromisso com outros Programas.		
Profissionais da escola com uma extensa carga horária a ser cumprida.		
Solicitação das medidas antropométricas dos adolescentes, porém sem finalização.		
Recebi um comunicado, pois surgiu uma campanha de última hora.		
A carga horária dos professores é muito corrida.		
Não existe uma ação conjunta e contínua para avaliar os resultados.		
A carga horária ficou complicada para a divisão dos programas depois que precisamos dividir o tempo com a demanda espontânea e promoção da saúde.		
Nós não conseguimos avançar muito.		
A escola está descrita na área geográfica de outra equipe.		
Dificulta um pouco pois a gente vai acompanhar aluno que não reside na nossa área.		
PSE não está muito bem desenvolvido.		
Aqui em Fortaleza passamos por um processo de mudança da organização do programa de saúde da família.		
Reduziu o tempo dos profissionais.		
Aumento do tempo para atendimento da demanda espontânea.		
O tempo para os adolescentes reduziu mais ainda.		
Esse grupo foi ficando fora das principais atenções.		
Está sendo desenvolvido apenas atividades pontuais.		
O PSE não está tendo um bom desenvolvimento nas unidades.		
Principal fragilidade é a mudança do foco, não existe mas preocupação com a demanda programada.		
Atualmente só existe uma preocupação apenas com atendimento dos casos agudos.		
A falta de organização do serviço para dispor de um tempo ideal para trabalhar com o programa.		
Dificuldade em permitir mexer nos cronogramas de aulas dos alunos.		

NÚCLEOS DE SENTIDO	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
A fragilidade é a condição do profissional de saúde na sua unidade básica de saúde que ele não tem como se deslocar e ir até as escolas.	SUB 1: DIFICULDADES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PSE	CATEGORIA 2: FRAGILIDADES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA
Médicos e enfermeiras não estão saindo com tanta frequência das unidades para fazer atividades educativas nas escolas do município.		
Carência dos profissionais de saúde.		
Os profissionais precisam ter dentro da sua carga horária tempo para desenvolver esse trabalho.		
Falta de tempo é um enorme problema.		
Desde de que foi instalado o programa nunca funcionou por completo e com sucesso.		
Fizemos apenas algumas ações pontuais do programa.		
Recebi um comunicado, pois surgiu uma campanha de última hora.		
Fragilidade é a questão do tempo que é pouco para desenvolvimento dessas ações.		
Parece que a educação e saúde estão falando duas línguas diferente, pois não compreende o mesmo significado e interpretação do programa PSE.	SUB 2: COMPREENSÃO DO PROGRAMA	CATEGORIA 2: FRAGILIDADES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA
Dificuldade do entendimento dos profissionais sobre o PSE.		
Escolas querendo atividades que não estão inseridas no programa.		
Profissionais da educação ainda não entendem muito bem qual o objetivo do PSE.		
O programa seria um atendimento com os escolares que seria uma parceria entre a saúde e a educação.	SUB 1: POTENCIALIDADE DO PSE	CATEGORIA 3: POTENCIALIDADE DO PSE E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
Executa as atividades junto com as equipes.		
Bastantes potencialidades nós que ainda não descobrimos como aproveitar.		
Uma área bem extensa que são cobertas pelo PSE		
Equipe de saúde da família completa		
Tantas potencialidades poderiam ser desenvolvidas inúmeras atividades.		
É um trabalho preventivo e coletivo.		
É um programa coletivo.		
A grande potencialidade do PSE é quando você faz uma promoção da saúde dentro da escola.		
Programa positivo, porém é preciso priorizar pois está deixado de lado pela saúde e educação.		
Ações de promoção da saúde.	SUB 2: AÇÕES VOLTADAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PSE	CATEGORIA 3: POTENCIALIDADE DO PSE E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
Atividades voltadas para os adolescentes de promoção da saúde: imunização e verminoses.		
A relação da promoção da saúde do adolescente ficou ausente.		
Estratégias de promoção tais como: imunização, palestra e outras atividades.		
Campanhas para verificar acuidade visual, doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar.		
Profissionais das unidades básicas de saúde vão até a escola e fazem várias ações de promoção com essas crianças e adolescentes.		
O que melhorou um pouco foi essa vacinação do HPV que iniciou esse ano nas redes básicas de saúde.		
Atualmente estamos com o programa da acuidade visual, programa da helmintíase, programa da hanseníase, vacinação HPV.		

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP da UECE

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE NO ESPAÇO ESCOLAR: APOIO E AÇÕES ESTRATÉGICAS NA INTERFACE COM A ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Maria Veraci Oliveira Queiroz

Área Temática:

Versão:

CAAE: 30763213.7.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ FUNECE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 651.771

Data da Relatoria: 09/05/2014

Apresentação do Projeto:

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens apresenta como objetivo incorporar a atenção deste grupo populacional à estrutura e aos mecanismos de gestão, à rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e às ações de rotina destes, em todos os níveis. A relação entre os setores de Educação e de Saúde possui muitas afinidades no campo das políticas públicas por serem baseados na universalização de direitos fundamentais, com isso foi sentindo a necessidade da criação de uma política direcionada aos adolescentes. Como um componente que se torna relevante no âmbito da promoção da saúde é a educação que consiste em uma ação, entendida muito mais do que um processo de treinamento ou domesticação de um sujeito, mas um processo que nasce da observação e da reflexão e culmina na ação transformadora. Como as equipes de Saúde da Família constituem, junto com a Educação Básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar este projeto propõe-se a "Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde", "Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes".

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

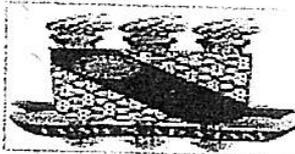
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 851.771

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a constituição e o desenvolvimento da promoção da saúde do escolar adolescente desenvolvida pelo enfermeiro e/ou outros membros da equipe de saúde da família na integração das atividades da escola e da atenção básica através da identificação de como vem sendo abordado os temas saúde e promoção da saúde junto aos adolescentes e educadores na escola levantando com eles as necessidades de abordagem destas temáticas, como o processo de trabalho da equipe de saúde e do enfermeiro da atenção básica limites e/ou dificuldades interferem na atuação em projetos de promoção de saúde do adolescente no ambiente escolar;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A efetivação da pesquisa buscará responder os objetivos propostos com o intuito de contribuir com o ensino e a prática do enfermeiro, trazendo benefícios à população inserida no objeto de estudo. Considera-se necessário que tal problemática seja discutida no planejamento das atividades do enfermeiro, compartilhada com gestores e ao mesmo tempo, com diretores e professores das escolas procurando viabilizar ações estratégicas de promoção da saúde com os adolescentes. Espera-se que a operacionalização da pesquisa permita ações conjugadas que possam ensejar além de reflexões da prática, o desenvolvimento de projetos de intervenções integrando a saúde e a educação de adolescentes.

Informa que a pesquisa não causará riscos de ordem física ou psíquica, mas se tiver desconfortos ou constrangimentos durante a participação, seu filho deve comunicar a pesquisadora que poderá apoiá-lo ou retirá-lo da pesquisa sem prejuízos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresenta folha de rosto assinada pelo coordenador do programa de pós graduação e não pela diretora do Centro de ciências da Saúde, o que seria o ideal.

Termo de anuência

Termo de consentimento dos pais e dos profissionais

Termo de assentimento

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem pendências

Recomendações:

Recomenda-se detalhar no projeto os riscos, pois só estão presentes nos termos de

Endereço: Av. Sítios Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

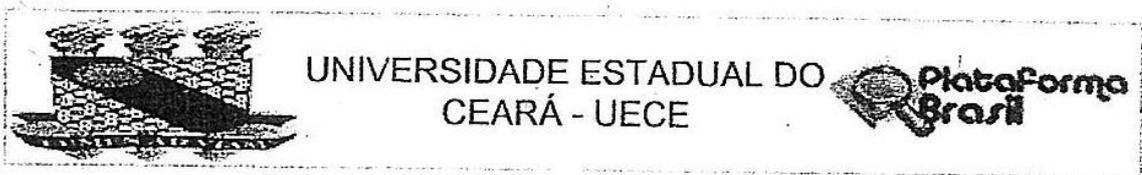
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 651.771

consentimento

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

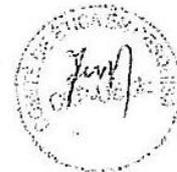
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 19 de Maio de 2014

ACCP

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)



Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br

ANEXO B – Autorização para Pesquisa na Instituição



PREFEITURA DE MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Processo Nº. 2808111900520/2013

Título do projeto de pesquisa: PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE NO ESPAÇO ESCOLAR: APOIO E AÇÕES ESTRATÉGICAS NA NTERFACE COM ATENÇÃO BÁSICA.

Pesquisadores (as): responsáveis: MARIA VERACI OLIVEIRA QUEIROZ.

Instituição proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ/UECE.

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, conforme as suas atribuições declara ter analisado o mérito científico do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 196/96 e complementares. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 14 de outubro de 2013.

Maria Ivanilla Tavares Timbó
Maria Ivanilla Tavares Timbó

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Maria Veraci Oliveira Queiroz
Maria Veraci Oliveira Queiroz
Pesquisadora

