

# PROMOÇÃO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE EM ÂMBITO ESCOLAR

## School-based adolescent health promotion

Claudia de Moraes Gomes<sup>1</sup>, Natália de Cássia Horta<sup>2</sup>

### RESUMO

A relação entre os setores de educação e de saúde pode ser aprimorada numa perspectiva de proporcionar melhor qualidade de vida aos jovens. Partindo dessa premissa, este estudo buscou refletir, sob a ótica da educação, acerca da promoção da saúde do adolescente. Teve como objetivo identificar e analisar as práticas promotoras de saúde já realizadas em âmbito escolar, além de conhecer as demandas de cuidado com os jovens pela ótica dos coordenadores pedagógicos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que teve como sujeitos nove coordenadores pedagógicos de escolas da rede municipal de ensino da Regional Oeste de Belo Horizonte. As técnicas utilizadas para a coleta de dados consistiram em entrevistas semiestruturadas e em notas de observação registradas no diário de campo. A síntese das categorias analisadas mostrou serem necessários a prática de cuidados mínimos e o incentivo ao autocuidado, oferecidos pelo setor saúde, em parceria com a educação no âmbito escolar, a fim de se incentivar a co-responsabilização dos jovens pelo cuidado com sua saúde. Além de cuidados clínicos e individuais, que resultam em uma demanda, é necessário coordenar ações no domínio dos determinantes sociais em saúde, dado o contexto de adolescentes/vidas, com ações de educação em saúde e promoção da saúde. Nesse processo, destacamos a importância das parcerias e de outros apoios, incluindo, aqui, especialmente, a família que também requer cuidado e orientação a fim de aprimorar a relação com adolescentes. Conclui-se que a parceria entre a saúde e a educação constitui um grande potencial na construção de sujeitos-adolescentes. Essas ações são difíceis de executar de forma isolada entre setores, mas certamente mais eficazes, se baseadas em esforços conjuntos realizados pela tríade da educação saúde e família. É importante que esses setores possam discutir e realizar essas parcerias com a família e com outros espaços sociais em que se concreti-

### ABSTRACT

The relationship between education and health may be enhanced in order to provide better quality of life to the youth. This was the underlying assumption of this study, which was an education-based reflection on adolescent health promotion, which aimed to identify and analyze health promotion practices already implemented at school, besides recognizing adolescent care demands as seen by pedagogues. It was a qualitative study, which enrolled 9 school pedagogues from the municipal network of Belo Horizonte Western Region. Data were collected through semi-structured interviews and observation notes recorded in the field logbook. The synthesis of the analyzed categories showed the need of minimal care practice and stimulation of self-care, offered by the health sector, in partnership with education at school, in order to involve the youth in their health care. Beyond demand-creating clinical and individual care, it is necessary to coordinate actions within health social determinants, given the adolescent/lives context, with health education and health promotion actions. In this process, we highlight the importance of partnerships and other supportive strategies, specially including the family, also requiring care and guidance, so that its relationship with the youth is enhanced. We concluded that the health/education partnership has a great potential to build adolescent-subjects. Such actions are difficult to perform in isolation, but are certainly more effective if based on joint efforts from education, health and family. It is important that these sectors can discuss and perform these partnerships with the family and other social spaces, where the adolescent's way of life

<sup>1</sup> Claudia de Moraes Gomes, Enfermeira Egressa do curso de enfermagem da Pontifícia Universidade Católica / Minas Gerais. E-mail: claudiamg2005@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Natália de Cássia Horta, Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Docente do Curso de enfermagem da Pontifícia Universidade Católica / Minas Gerais

zam os modos de vida juvenis e que sejam discutidos ainda outros mecanismos de socialização, cidadania e participação dos jovens como sujeitos nos cuidados com a saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescente; Saúde do Adolescente; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Ação Intersetorial.

## INTRODUÇÃO

O fenômeno da adolescência só é encontrado no desenvolvimento do ser humano. É, sem dúvida, a mais turbulenta fase do ciclo vital, período de mudanças e crise. É também conhecida pelo termo “metamorfose”, aventura que sabemos como e quando começa, mas não como vai terminar.<sup>1</sup> Para o Ministério da Saúde, a adolescência é tida como fase de vulnerabilidades e potencialidades, importante para se enfocarem os problemas associados à gravidez não planejada, o risco de se contrair HIV, o risco do uso de drogas ilícitas e da morte frente à violência.<sup>2</sup>

Serra e Mota<sup>3</sup> comentam que os adolescentes são a chave de qualquer processo de transformação social, já que formam o grupo mais numeroso do país e, portanto, aquilo que pensam e dizem tem relevância não só para eles, mas para a sociedade. Desse modo, partir de uma perspectiva de risco e de transição pode reservar aos adolescentes um espaço restrito pelos estereótipos e preconceitos que os limitam aos problemas. Considera-se que os adolescentes devem ser vistos como a solução e não como problema, perspectiva recorrente na área da saúde. Faz-se necessário que, durante esse período de desenvolvimento físico-emocional, haja uma maior observância das demandas e necessidades existentes para a promoção de saúde num enfoque ampliado, visando conduzi-los para a fase adulta com integridade, enquanto ser holístico, promovendo a saúde e evitando agravos, muitas vezes, irreversíveis.

Horta *et al.*<sup>4</sup> pressupõem que o adolescente bem assistido hoje, nos aspectos referentes a esse momento de sua vida, poderá ser o adulto sadio de amanhã. Tal situação reforça a atuação do profissional de saúde quanto à prevenção de riscos e à promoção de saúde do adolescente. Entretanto, a implementação dessas ações pelos profissionais de saúde não é simples, uma vez que se percebe que os adolescentes não adentram cotidianamente as unidades de saúde como as demais pessoas, e as práticas assistenciais como a Estratégia de Saúde da Família têm revelado dificuldades em vincular os adolescentes às ações propostas. Desse modo, é importante que o setor saúde busque sistematizar práticas

is built. Other mechanisms of adolescent socialization, citizenship and participation, that develop the notion of the youth as health care subjects, must be discussed.

**KEY WORDS:** Adolescence; Adolescent Health; Health Promotion; Health Education; Intersectoral action.

integrals e efetivas junto aos adolescentes, implementando estratégias em locais em que já se encontram no cotidiano, incluindo-se a escola.

Entende-se que é fundamental, para se obter uma boa condição de saúde, ter acesso à educação e a condições favoráveis para que essa educação se realize de forma plena, cooperando, para tal, práticas cuidadoras e promotoras da saúde. Um indivíduo com um bom desenvolvimento cognitivo, respeitado e valorizado enquanto ser humano, tendo um ambiente saudável e condições adequadas de saúde, supostamente tem condições favoráveis ao desenvolvimento de suas potencialidades, melhorando a assimilação e aumentando a capacidade de tomar decisões e, conseqüentemente, amenizando as vulnerabilidades.

O elo entre saúde e educação é visto como necessário, potencializador e fundamental desde tempos remotos. Ações já realizadas denominadas como “saúde do escolar” visam proporcionar condições adequadas à realização do processo educacional que requer condições mínimas de saúde.

No Brasil, por meio do “Programa de Saúde do Escolar”, criado em 1984, ainda de forma desarticulada, por meio do Fundo de Desenvolvimento da Educação, foram propostas ações que deveriam ter como objetivo proporcionar aos escolares condições adequadas de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo que o processo educacional se desenvolvesse plenamente.<sup>5,6</sup> Até o ano de 2005, as ações desse programa se restringiam e se concentravam apenas em campanhas, visando à reabilitação visual e auditiva dos adolescentes.<sup>5</sup>

Devido à gestão deficiente, essa primeira versão do programa criado em 1984 não obteve êxito. A auditoria operacional realizada em 2001 constatou que o programa era ineficaz, ineficiente, não promovia a equidade e era objeto de irregularidades em sua execução. Porém, o governo não o abandonou por completo, sendo criada nessa época uma câmara intersetorial com o objetivo de formular diretrizes que instruiriam uma futura Política Nacional de Educação e Saúde na Escola, sendo, a partir de então, criado o atual “Programa de Saúde Escolar”.<sup>7</sup>

Em dezembro de 2007, o presidente da república, Luiz Inácio Lula da Silva e os ministros da educação e da saúde assinam o Decreto de Lei 6.286, instituindo o “*Programa de Saúde Escolar*”<sup>8</sup> como parte integrante do Plano Nacional de Desenvolvimento da Educação (PNE), e, conforme parágrafo único do artigo 4:

*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.*<sup>8:1</sup>

Considerando a recente discussão das estratégias do setor saúde junto às escolas pelo PSE, este artigo vem propor uma análise e uma reflexão sob a ótica dos profissionais de educação, especificamente dos coordenadores pedagógicos, com relação à promoção de saúde do adolescente. Partiu-se do pressuposto de que, a partir da interlocução entre os setores saúde e educação, sua articulação será favorecida, buscando propiciar melhor qualidade de vida aos jovens.

Assim, o objetivo deste estudo foi o de identificar e analisar as práticas promotoras de saúde já realizadas em âmbito escolar, além de conhecer as demandas de cuidado com os jovens, pela ótica dos coordenadores pedagógicos. Tem-se que o desenvolvimento deste estudo pode contribuir para o enlace efetivo dos setores saúde e educação, levando-se em conta a bagagem e as experiências de cada um, favorecendo a interlocução intersetorial para a implementação de práticas cuidadoras de jovens.

## CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa, para Minayo<sup>9</sup>, preocupa-se com o universo de sentidos, motivos, desejos, convicções, representações, maneiras e atitudes, tudo o que é percebido pelo sentido e pela consciência e que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis, não pode ser quantificado. Partindo do princípio de que o ato de compreender está ligado ao universo existencial humano, o método qualitativo adapta-se perfeitamente às ciências humanas, já que busca estudar o fenômeno humano, que é polissêmico, repleto de sentidos.<sup>10</sup>

O cenário deste estudo foram escolas municipais situadas na Regional Oeste do Município de Belo Horizonte. Essa região está localizada em um território de grandes disparidades socioeconômicas, com bairros ocupados de classe média e presença de favelas e vilas em torno de bairros

nobres. Para a definição do cenário, foram consideradas as escolas com o terceiro ciclo e/ou o Ensino Médio, selecionadas pela faixa etária dos adolescentes, majoritariamente entre 12 e 19 anos, abrangendo a faixa etária considerada como adolescência. Desse modo, cinco escolas da Regional Oeste atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa.

Foram entrevistados nove coordenadores pedagógicos de diferentes turnos das cinco escolas selecionadas, em sua maioria professores com formação para lecionar em áreas distintas e, apenas um, formado em Pedagogia. Além disso, foi utilizado o diário de campo para registro das impressões e notas referentes aos cenários e à realização da entrevista.

Respeitaram-se as exigências da Resolução 196/96 que discorre sobre a ética em pesquisa envolvendo seres humanos, com o consentimento prévio dos sujeitos antecipadamente esclarecidos sobre a pesquisa. O estudo foi autorizado a priori pela Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte e também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC - Minas (Registro n.º CAAE-2648.0.000.213-07). As entrevistas foram interrompidas quando foi atingida a saturação dos dados coletados e a elucidação do fenômeno em estudo.

A análise dos dados coletados foi feita seguindo os passos propostos na análise do discurso. Esse tipo de análise, conforme Minayo<sup>11</sup>, visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. Para realizar a análise das entrevistas, primeiramente ocorreu a transcrição das gravações, com uma escuta atenta dos discursos. Em seguida, foram feitas leituras e releituras das entrevistas transcritas para maior proximidade com os textos. Lidos os discursos, foram assinaladas suas ideias centrais. Em um último momento, tais ideias foram agrupadas, originando as categorias de análise, descritas a seguir.

## RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS

### AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO ESCOLAR: O COTIDIANO COMO REVELADOR DE POSSIBILIDADES

Buscou-se discutir, a partir das dificuldades vividas na escola referentes à saúde dos adolescentes, as possibilidades para a implementação de práticas de promoção da saúde no contexto escolar. Desse modo, são apresentadas abaixo “a demanda por cuidado trazida pelos adolescentes na escola” com as questões do processo saúde-doença trazidas pelos adolescentes e “a escola como promotora de práticas cuidadoras dos alunos para além da educação formal” em

que se apresentam as atividades propostas pela escola que podem ser disparadoras de práticas de promoção da saúde.

### **A demanda por cuidado trazida pelos adolescentes na escola**

Além das ações inerentes ao setor educação, a escola se vê abarrotada por diversas demandas sociais e de saúde que nela vêm desembocar. Assim, depara-se com uma problemática referente à saúde do aluno. Essa problemática revela-se em rotina de manifestações e queixas dos alunos em horário de aula. Tal fato pode ser constatado pela fala dos coordenadores, tal como a seguir:

*“Aparece aqui pra gente, alunos reclamando de alguma coisa [...] Então eles vem reclamando de dores de cabeça, dor de barriga, reclamam muito que estão tontos [...] todos os dias, invariavelmente. [...] A gente não pode fazer nada”* (coordenador 3)

Puccini e Bresolin<sup>12</sup> (2003) comentam que, por meio de estudos realizados em diferentes partes do mundo, ficou demonstrado serem dores mais frequentes na adolescência: dor abdominal, cefaleia e dor nos membros, o que determina significativa demanda nos serviços de saúde. A causa orgânica geralmente é baixa, podendo fazer com que a queixa possa perder a importância e determinar repercussões na vida do adolescente e das famílias. Portanto, não se deve excluir a análise dos aspectos emocionais, sociais, familiares e cognitivos, o conjunto de fatores que exercem influência sobre suas vidas, envolvidos na gênese e na expressão clínica da dor. Faz-se necessário perceber o adolescente em sua subjetividade e nas diversas dimensões sociais.

A demanda trazida pelo adolescente nas escolas é conduzida de diferentes formas pelos coordenadores pedagógicos, que podem ir desde descredibilidade nas queixas trazidas pelo jovem, ao sentimento de impotência, e até a atenção e a escuta maiores. Nenhuma demanda é destituída de sentido e, por isso, toda demanda deve ser respondida. Descartá-la, denuncia a incapacidade de identificar o sofrimento alheio. Não se pode desqualificar uma demanda. O discurso a seguir retrata parte das demandas trazidas pelos jovens:

*“Tem caso de aluno que chega aqui na escola, [...] Com o pé machucado, sangrando, uma dor de barriga que já tem três dias [...] E acho que a questão de saúde desses meninos é mais emocional [...]”* (coordenador1)

Os coordenadores apontam a falta que faz o orientador educacional, ator que assumia um papel mediador nas escolas, mediando a educação com o contexto social, a saúde, e outros aspectos. Para os sujeitos da pesquisa, na ausência do orientador, os coordenadores pedagógicos, sem a formação específica, assumem essa função. Os coordenadores buscam apoio junto aos professores, já que ficam abalados e sem estrutura frente às muitas e diversas carências e necessidades dos adolescentes que extrapolam sua competência. Os coordenadores pedagógicos também apontam aspectos relacionados à saúde mental dos alunos interferindo em seu desenvolvimento pessoal e escolar:

*“Tem meninos com pequenos distúrbios, pequenos sofrimentos que a gente percebe. Você vê que ele é hiper-agitado ou nervoso, depressivo também [...] E que, a gente sabe, a maioria não busca atendimento”.* (coordenador 5)

*“A mãe, às vezes, vem aqui pegar boletim do aluno, e aí fala que seu pai é alcoólatra: ‘Eu separei do pai’. Então a gente tem muitos alunos com problema de pais alcoólatras”* (coordenador 9)

Demandas socioeconômicas, afetivas, de estrutura do suporte básico para uma condição equilibrada de vida que é a família, vêm para dentro da escola. Fazem parte do relato dos coordenadores pedagógicos, além da sintomatologia observada na convivência com os alunos, as consequências de influências advindas do contexto social e familiar que eles vivenciam. Os profissionais da Educação sentem-se muitas vezes incapazes de resolver as demandas trazidas, o que é natural, e buscam somar esforços para a promoção da saúde dos adolescentes, mesmo que muitas vezes não percebam a situação por essa ótica. Assim, focam o olhar para a necessidade do profissional de psicologia atuando junto aos adolescentes. Apesar de não ser do entendimento dos sujeitos da pesquisa, as relações de outros temas com a saúde afloram no cotidiano escolar.

Constata-se, por exemplo, o acesso ao lazer, direito constituído com absoluta prioridade e que deve, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ser assegurado pela família e pela sociedade.<sup>13</sup> Contudo essas possibilidades e acessos não fazem parte, muitas vezes, do cotidiano do adolescente. Verifica-se carência até na garantia de necessidades básicas de sobrevivência, como a própria alimentação, revelada no espaço escolar. Esses aspectos interferem no ambiente escolar, criam condições desfavoráveis para a realização do processo de educação.

Alguns coordenadores apontam dificuldades em detectar e solucionar problemas visuais dos alunos, conforme se explicita na fala abaixo:

*“Porque às vezes a gente tem problema de aprendizado, que nem o próprio aluno sabe que tem um problema de visão ou de audição. Às vezes tem, e a gente acha que o aluno é danado. Às vezes não está entendendo e não tem muito a percepção do que está acontecendo. E fica com o aprendizado defasado”.*  
(coordenador 3)

Confirma-se que o Programa Nacional “Saúde do Escolar”, instituído em 1984, não foi exercido de forma efetiva. Vem agora, o atual Programa de Saúde Escolar - PSE, pretendendo corrigir também, outra falha do antigo, que era ter como proposta, desviar professores das atividades educacionais para executar a triagem dos alunos mediante “exames de acuidade visual”.<sup>7</sup>

Além da interferência no aprendizado, pressupõe-se que dificuldades visuais e auditivas interferem na autoestima do sujeito, visto que prejudicam seu desempenho. Além disso, nos discursos dos sujeitos, notam-se referências até mesmo à higiene corporal e à vestimenta dos adolescentes, que revelam a carência de cuidado e de autocuidado.

Outro ponto relacionado à demanda dos adolescentes refere-se a sua vulnerabilidade na convivência com a criminalidade. Muitas vezes sequer a própria casa e a família, idealizadas como abrigo e porto seguro, assim se revelam. O vivido desses jovens pode explicitar o inverso:

*“Então os casos que a gente vê em sala de aula porque o menino faz determinada coisa. Você fica bravo com os meninos. Vai procurar saber o que aconteceu, você vai lá. A mãe fala: ‘olha, fulano de tal do meu filho, já matou três, fez não sei o quê, fez aquilo, invadiu minha casa, me chamou de vagabunda’. Então, esse menino vive assim neste âmbito, sabe? Então você vai ver porque esse menino age daquela forma em sala de aula. É estrutura familiar, é questão social”.*  
(coordenador 1)

Pode-se perceber que esse número de demandas apresenta-se como reflexo da qualidade de vida, da forma como funcionam as organizações, desde a família até o Estado. Reflete uma série de conflitos sociais que vão ter, no jovem, o marcador da realidade. Gera-se um círculo vicioso, pois, com a carência de atenção à saúde, agrava-se a situação. A educação passa a ser dificultada e a saúde, como também se concretiza pela educação do sujeito, molesta-se ainda mais. Afetada a instituição escolar, ocorre então um aumento na

abrangência da desorganização da atenção do jovem, numa perspectiva integral.

As dificuldades vividas pelos coordenadores das escolas abrem um espaço interessante para uma intervenção do setor saúde junto a esses jovens e a suas famílias. Os discursos revelam a potencialidade de um planejamento conjunto entre educação e saúde para a implementação de ações integradas cuidadoras desses jovens.

É necessário o maior envolvimento dos profissionais da área da saúde, 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. Fernandes *et al.*<sup>14</sup>, por meio de pesquisa, evidenciaram dificuldades relacionadas à saúde do escolar entre os docentes do Ensino Fundamental, citando-se principalmente a ausência de profissionais de saúde trabalhando nas escolas. Segundo os docentes, esses profissionais deveriam dar subsídios às práticas de saúde ali desenvolvidas. Contudo a escola procura adequar-se em meio a possibilidades de aprimoramento de sua prática e integração ao cuidado dos jovens.

### **A escola como promotora de práticas cuidadoras dos alunos para além da educação formal.**

A escola é um espaço de ações que vão além da função educacional. É onde o indivíduo torna-se membro de um grupo, adquire os hábitos e valores característicos, e em que ocorre a socialização. Hamze<sup>15</sup> diz que o conhecimento e a socialização são duas considerações interligadas, pois o indivíduo socializa-se a partir do conhecimento que adquire ao longo da vida. A socialização primária, aquela que era tarefa da família, pelos vínculos de afeto e respeito, vem perdendo terreno, ficando a cargo da instituição escolar.

A família é considerada como instituição muito importante no processo de aprendizagem, sendo pela socialização primária que se interiorizam normas e valores, assim como formas de relacionamento. Entretanto, em nossas escolas, o que estamos vendo, segundo Hamze<sup>15</sup>, é a falta de vinculação da família, como ambiente atual e fundamental de socialização primária, estando esse papel delegado às instituições escolares. Com essa relevante falta de socialização primária, os efeitos na escola são proeminentes, trazendo alterações na atuação dos professores e na representação da instituição de ensino.

Com as alterações ocorridas na estrutura social e familiar na modernidade, faz-se necessária uma adequação por parte da escola. Ela precisa remodelar seu papel, às vezes com

custos e sacrifícios altos e com busca de parcerias. Apesar da difícil rotina, busca entrar no compasso e atender às necessidades do mundo. Mesmo tendo em seu olhar, como revelado acima, a interpretação de saúde com o foco no cuidado imediato ao aluno doente, a escola, muitas vezes sem perceber, se envolve na promoção da saúde dos jovens, ofertando ações além das aulas curriculares, capazes de disparar reflexões sobre o cuidado com a saúde dos jovens. E revela-se, aí, um vasto campo de possibilidades

Atividades culturais e de lazer são realizadas por intermédio da escola, e, vinculadas à socialização, contribuem para a promoção da saúde. Não só do adolescente, mas interagindo com a própria comunidade, por diferentes programas como shows, exposições e outros relatados pelos coordenadores, capazes de contribuir para a socialização dos jovens, com repercussão em sua qualidade de vida.

A sexualidade também é um tema abordado em algumas escolas, desde a transmissão de informações acerca de DST / Aids, em aulas de ciências, até a implementação de disciplina em grade curricular específica para tratar o tema saúde, além de abordar outros temas. Nessa construção, são trabalhados diferentes conteúdos teóricos que se inserem na própria vivência dos jovens e estimulam seu empoderamento no cuidado com sua saúde.

Também a prática de atividade física é considerada como importante pelos coordenadores. Dá-se ênfase à importância de parcerias com centros comunitários, ONGs, igrejas e aos equipamentos sociais que propiciem atividade física e práticas de esporte para os jovens.

*“A primeira que eu acho importante é a esportiva, porque nesta faixa etária, o aluno tem que desenvolver a parte física dele. É uma fase de crescimento. Então o futebol, o handebol, a natação, a dança, a capoeira. A parceria do esporte é essencial”.* (coordenador 9)

Ribeiro<sup>16</sup> afirma que as vantagens do esporte para o adolescente incluem o combate à ociosidade, o reforço de sua autoestima, a criação de maior resistência ao aparecimento de doenças, o controle do peso, a prevenção de riscos, a ajuda na busca de objetivos e o estímulo ao contato com outras pessoas, criando sentimento de equipe e solidariedade entre os participantes.

E é a partir de experiência acumulada que os coordenadores percebem e criam estratégias de forma a buscar maior envolvimento e prazer por parte dos adolescentes:

*“[...] Tentar uma coisa só, eles se cansam. Aí, começam a chutar o outro, como aqui. Eles não têm paciência não, daí*

*é tapa na cabeça, então teria que ser uma coisa bem diversificada.”* (coordenador 1)

Também percebem a importância de envolver a família no processo de formação do jovem, com impacto na promoção da saúde.

*“É a parceria com a família, porque não adianta você ter parcerias com grandes instituições, mas não ter com a família”.* (coordenador 9)

É exposto que as escolas, muitas vezes sem denominá-las, realizam ações de promoção de saúde, indicando possibilidades e estratégias necessárias. Mas não há articulação entre as escolas. Nem mesmo entre os diferentes turnos de uma mesma escola. Diferenciam-se então, em ações, parcerias ou estratégias, umas das outras. A partir de iniciativas próprias, isoladas e sem apoio governamental, as escolas buscam suas próprias parcerias. Pensa-se que, se sistematizadas de forma conjunta com o setor saúde, essas práticas poderão trazer ganhos e inovações nas estratégias e na continuidade das experiências bem sucedidas, até então desenvolvidas, majoritariamente, de forma solitária pelo setor educação.

É possível constatar ainda que o turno da noite, nas escolas participantes do estudo, fica prejudicado na implementação dessas práticas, perante os demais turnos, como afirma o coordenador a seguir:

*“O que acontece com o turno da noite, o turno da noite é um turno meio abandonado dentro da escola. Porque todo mundo dispõe a fazer projetos dentro da escola, mas ninguém se dispõe a fazer projetos à noite”.* (Coordenador 7)

Até mesmo quando se pensa em práticas a serem implementadas pela Estratégia de Saúde da Família, a discussão conjunta com a Educação também se revela como fundamental, uma vez que as práticas de saúde também são realizadas em horário incompatível com o noturno.

Desse modo, a escola se revela como um espaço rico para ações promotoras e cuidadoras da saúde dos alunos, que podem ser potencializadas, se construídas em parceria com as equipes de saúde da família.

## **ACESSO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: COMO SE DÁ ESSA RELAÇÃO NOS SERVIÇOS QUE ATENDEM OS JOVENS?**

Os participantes do estudo apontam que a dificuldade de vínculo com o serviço de saúde é vivida pela própria ins-

tituição escolar ou pelo adolescente em uma busca isolada. Entretanto, faz-se importante questionar: será dificuldade de acesso ou falta de uma política intersetorial eficiente, que articule a oferta à necessidade dos adolescentes e da escola? Revela-se, aí, a necessidade de que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) amplie sua cobertura de intervenções e práticas dirigidas aos jovens, principalmente nas áreas de vulnerabilidade, de forma articulada com a proposta do PSE, para que essas dificuldades sejam superadas.

De um modo geral, os discursos dos participantes do estudo revelam que não ocorre vínculo efetivo com o serviço de saúde nem apoio institucional. A escola se encontra sozinha e sem auxílio ao buscar dar conta das várias demandas de saúde do adolescente e viabilizar o processo educacional. Depara-se com o acréscimo das dificuldades diante da extinção de determinados profissionais de saúde que, antes, faziam parte da escola, tais como: o odontólogo escolar, rememorado pelos sujeitos da pesquisa em relatos saudosos de práticas bem sucedidas, assim como médicos que visitavam escolas:

*“Antigamente tinha médico que ia de vez em quando, tinha dentista dentro da escola. Não que seja função da escola, mas hoje tá tudo caindo para a escola. Sobrando para a escola”.* (coordenador 4)

De forma geral, faz parte do relato dos coordenadores pedagógicos, a existência de dificuldades com relação ao atendimento de saúde, referindo-se a tal como “acesso à saúde”. Entretanto, percebe-se, no discurso abaixo, que o problema do acesso ocorre, mas também a maioria dos adolescentes não busca o atendimento. A integração entre saúde e educação se faz fundamental, e, uma vez que a necessidade desse atendimento existe, faz-se necessário articular mecanismos para que o atendimento aconteça. Isso nos leva a pensar na capacidade do serviço de saúde para atender a essa demanda caso esses adolescentes comecem a buscá-lo:

*“A gente vê alunos com problemas, e eles ficam protelando se tratar, por dificuldade de acesso [...]. E a gente sabe que a maioria não busca atendimento”.* (coordenador 5)

Além disso, é colocado que o atendimento nos serviços de saúde ainda é gerador de insatisfação dos usuários. Mais uma vez, é revelada aqui a potencialidade do PSE, uma vez que as ações serão desenvolvidas direcionadas a essa população, de forma a atender suas especificidades e a criar vínculo, fundamental para a abordagem ao adolescente.

Não se pode negar que, apesar de toda a evolução, o sistema de saúde ainda não esgotou as possibilidades de aprimoramento, o que requer um olhar dos profissionais e gestores para a qualificação contínua, visando atender de forma integral, universal, com equidade e resolubilidade a todos os usuários.

Porém, sozinho, o sistema de saúde tampouco é capaz de sanar os problemas de saúde do jovem, 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.

*“Eles têm uma deficiência de acesso à saúde muito grande. Dependem do posto de saúde e tal... O que dificulta um bocado”.* (coordenador 3)

A percepção do termo acesso à saúde colocado pelos coordenadores das escolas está centrada, muitas vezes, em uma assistência curativa e imediatista como sinaliza, entre diversas outras, a seguinte fala do coordenador: *“A gente não pode fazer nada, a gente não pode dar remédio”.* O que se revela, na essência dos discursos, é a esperança de que, por meio do serviço de saúde, venha a se sanar o molestamento social, o que requer a construção de parcerias. Tal fato também se evidencia no discurso a seguir:

*“Então você vai ver por que o menino age assim em sala de aula. É estrutura familiar... É questão social... está aquém, está além da gente, você não sabe o que pode fazer. Então a gente está correndo atrás de ajuda psiquiátrica, psicológica...”* (coordenador 1)

Busca-se, com a “psicologização”, remediar a realidade vivenciada. Mas não se deve ver, de forma isolada, em qualquer profissional do setor saúde, a alternativa de sanar um indivíduo ou uma coletividade. O contexto social é complexo. As necessidades que englobam a atenção ao adolescente são complexas e precisam ser bem construídas e articuladas. Os atendimentos são importantes, mas não garantem a qualidade do acesso. É preciso zelar pelo impacto desses atendimentos na condição de vida desses sujeitos e em sua construção como agentes socialmente determinados em seu processo saúde-doença.

Não é desmerecer o valor do atendimento em saúde, quando se faz necessário, e possivelmente acrescido em demanda, mas também considerar todos os aspectos do ser - mente, corpo e social - que precisam estar em sintonia, para que o acesso signifique cuidado e continuidade da assistência.

## **A FAMÍLIA, A SEXUALIDADE E AS DROGAS COMO FOCO PARA INTERVENÇÃO E PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Para aprofundar o conhecimento a respeito do significado das expressões e manifestações de adolescentes e educadores, buscou-se apresentar as mudanças contemporâneas e da família, focando a condição social contemporânea da humanidade e suas implicações, bem como dar ênfase às temáticas da droga e da sexualidade nas escolas, apontadas de forma recorrente pelos coordenadores e tidas como prioritárias. Além disso, discutiu-se a provocação de tendências comportamentais e os ditos fatores de risco, aos quais os adolescentes se expõem nesse contexto de transformações.

### **As mudanças contemporâneas e a família dos adolescentes**

Simon<sup>17</sup> comenta que o homem, embora possa ainda professar sua fé religiosa, ter acesso à educação formal, ou manter laços familiares ainda que tênues, passou a cultivar um novo deus, a partir de um novo projeto assistencial: o mercado, o deus mercado. A nova religião instituída é o consumismo, que tem muitas vezes o jovem como foco. Nesse contexto, a família e a escola tiveram, em muitas situações, que se render a essas novas regras, sob pena de exclusão social.

Constatamos, nos últimos anos, notáveis avanços tecnológicos cujos efeitos são, muitas vezes, prejudiciais à grande parte da população que viu diminuir suas oportunidades de trabalho e, frequentemente, seu nível de vida. Na maioria dos países americanos, aumentou a concentração da renda, que já era grande, e surgiu uma “nova pobreza”.<sup>18</sup>

Compete-se pela vaga de emprego, no hospital, pela vida enfim. Para o homem sozinho e competitivo, a ideia de semelhança deu lugar à de concorrência. Daí, a perda de sentimentos antes sagrados como compaixão e solidariedade. E, com a violência estampada diariamente, o semelhante deixa de ser concorrente e se transforma em um inimigo que precisa ser, no limite, exterminado. Até mesmo para sobreviver, o homem teve que se submeter às regras do mercado.<sup>17</sup>

Em consonância com a transição contemporânea manifesta, constatamos alterações e mudanças na conduta dos adolescentes, por meio da fala dos coordenadores das escolas:

*“... eles perderam o valor. está assim desvalorizado... Qualquer coisa para eles está normal, eles fazem o que querem. E a gente acaba também deixando, então, para os pais resolverem. ‘Ah, lá em casa também é assim’. Eu não sei o que faço com o meu filho”.* (coordenador 1)

A diversificação do núcleo familiar, sobretudo depois que a mulher, além do lar, inseriu-se no mercado de trabalho de forma intensa, gerou uma maior participação do professor na educação não escolar do estudante, em que ele, muitas vezes, substitui o pai em determinadas tarefas. Tal exigência levou a uma queixa geral dos professores de sobrecarga de trabalho.<sup>19</sup> Essa situação é evidenciada nas escolas participantes deste estudo:

*“Os pais vão saindo para trabalhar, os filhos ficam sozinhos e a nossa responsabilidade, fica muito grande...”* (coordenador 1).

*“Aluno chega aqui ‘tô passando mal’. Que realidade nos é colocada agora? Pai e mãe trabalhando, na grande maioria das vezes”.* (coordenador 3)

Muito se relaciona, também, a circunstância de saúde do adolescente à relação entre pais e filhos. Porém, os relatos dos sujeitos do estudo são permeados por controvérsias. O mesmo sujeito entrevistado que considera atitudes de desleixo da família, é o que evidencia a necessidade de atenção aos pais, frente à carência de cuidado.

Os mesmos pais que poderiam ser considerados indolentes quando mandam seus filhos “passando mal” à escola, são os mesmos que estão presentes quando chamados a tratar de assuntos de saúde.

*“[...] Eu convoquei uma reunião com todos os pais, veio a maioria dos pais\*, e eu falei sobre isto: ‘oh! A gente tem um problema muito grande com o aluno que passa mal, pedindo para não mandar a pessoa’. Porque muitos reclamam. Alunos reclamam muito: ‘eu tô passando mal’, e mesmo assim eles mandam para a escola e não tem como a gente tratar”.* (coordenador 3) \*grifo nosso.

Como então supor negligência de quem se mostra participativo? Os pais demonstram mais atonia diante das



circunstâncias, que propriamente negligência. Dificuldades sim, em exercer seus papéis, muitas vezes postas por necessidade de garantir, primeiramente, a sobrevivência de seus filhos pelo trabalho, o que dificulta a satisfação de aspectos relacionais e de convivência junto aos jovens.

Na fala abaixo, podemos perceber uma identificação por parte dos coordenadores pedagógicos, de atitudes de omissão dos pais:

*“O pai está, assim, resistindo a levar seu filho no posto de saúde [...] O pessoal abre a vaga e o pai não acompanha muitas vezes”.* (coordenador 8)

Porém, Santos *et al.*<sup>20</sup> colocam que hoje a escola é mais um hospital que um lugar de informação acadêmica, de preparo tanto teórico quanto para a vida. O professor tem que ser enfermeiro, médico e psicólogo, como no discurso de um dos sujeitos: *“Ah! Já ia me esquecendo: e no final tem que ser professor.”* Diante das dificuldades que os alunos apresentam, o professor sente-se perplexo e indignado. As cobranças são muitas e culpar a família acaba sendo uma válvula de escape para não encarar o problema de frente.

Relacionar o adoecimento como advindo da própria estrutura familiar é comum na fala dos coordenadores:

*“[...] De adoecimento, a estrutura familiar auxilia muito. Dificulta condições, né? [...] As questões de estrutura familiar...”* (coordenador 8)

Nesse sentido, Santos *et al.*<sup>20</sup> comentam ainda a respeito da degradação que atinge as famílias hoje: pai desempregado, mãe trabalhando o dia inteiro, diversos parentes obrigados a morar juntos em um espaço reduzido, problemas com drogas e álcool, adolescentes trabalhando. Tal situação deixa a expressão “famílias desestruturadas” sob o tom preconceituoso, pois transformam problemas cujas raízes são sociais e históricas em juízo de valor, condenando moralmente as famílias “desestruturadas”.

Pratta e Santos<sup>21</sup> comentam que a família corresponde a um lugar privilegiado de afeto, onde se dão relacionamentos íntimos, expressão de emoções e sentimentos. Nas situações de crise, como na adolescência, a família serve de suporte e continência para as ansiedades existenciais dos seres humanos, durante o seu desenvolvimento. Assim, é capaz de auxiliar na superação das crises vitais pelas quais todos passam.

Viver juntos sob o mesmo teto, no limite do espaço da família, é experiência que traz, em seu bojo, a dimensão de complexidade, de encontros e desencontros. Para a família

pobre, marcada pela fome e pela miséria, a casa representa um espaço de privação, de instabilidade e de esgarçamento de laços afetivos e de solidariedade. A casa deixa de ser um espaço de proteção, para ser um espaço de conflito. A superação dessa situação se dá de forma muito fragmentada, uma vez que a família não dispõe de rede de apoio para enfrentamento de adversidades, resultando assim na desestruturação.<sup>22</sup>

A gravidade do quadro de pobreza e miséria no Brasil obriga-nos a refletir sobre suas influências no social e principalmente sobre a família. Gomes e Pereira<sup>22</sup> comentam que a realidade das famílias pobres não traz, em seu seio, a harmonia para que ela possa ser propulsora de desenvolvimento saudável de seus membros, uma vez que seus direitos são negados. Essa privação de direitos atinge a todos de uma forma muito profunda, na medida em que produz banalização de sentimentos, de afetos e de vínculos. Há falta de diálogo no ambiente familiar, principalmente em termos de relacionamentos, o que pode afetar até mesmo o bem-estar e a saúde psíquica dos adolescentes.

Gomes e Pereira<sup>22</sup> afirmam ainda que a distância do convívio sociofamiliar produz sofrimento e leva o indivíduo à descrença em si mesmo, tornando-o frágil e com baixa autoestima. Essa descrença conduz ainda o indivíduo a se desfazer do que pode haver de mais significativo para o ser humano: a capacidade de amar e de se sentir amado.

Os coordenadores pedagógicos abordam também as interferências comentadas, no comportamento dos adolescentes:

*“[...] Então você vai ver por que esse menino age daquela forma em sala de aula. É estrutura familiar... É questão social. [...] Porque depois que a gente chama os pais e vai conversando, eles vão contando, aí você vê, percebe realmente por que o aluno é muito difícil. Família sofredora, a maioria dos meninos aqui da escola são de pais separados. E vivem também numa área de vulnerabilidade social muito grande”.* (coordenador 1)

A estrutura familiar é base da estrutura social. O Estado não pode substituir a família. As situações vivenciadas pelas famílias e pelos adolescentes são concomitantes, todos sofrendo as consequências advindas do meio. Simon<sup>17</sup> afirma que a família, juntamente com a escola e a igreja, são as instituições mais fundamentais em nossa formação moral, cultural e filosófica, e não podem atuar isoladamente. Já ao Estado Nação, cabe a preocupação com as causas da divisão familiar, principalmente com o desemprego e a educação, pois a família tem que voltar a ser o pilar mestre na construção da sociedade.

E então, para chegar a atingir o adolescente, toda família tem que ser ajudada, sendo necessária uma rede de apoio. E essa necessidade faz parte da visão dos coordenadores participantes deste estudo. Além do setor saúde, é importante a articulação, também, de mais parceiros, para a construção de uma rede social, colocada pelos coordenadores como estratégia importante para a superação de dificuldades incluindo aí, como fundamental, a parceria anterior, com a família do adolescente. Além disso, é indispensável articular as políticas de saúde na escola, as discussões sobre o papel a ser desempenhado pela mídia, pelos demais espaços públicos e privados de convivência de adolescentes, um conjunto necessariamente integrado de campos de ação, que se complementam e produzem mútuas influências.<sup>23</sup>

### **Drogas e Sexualidade: temáticas referenciadas nas escolas**

Propõe-se, aqui, tratar das situações de vulnerabilidade dos adolescentes comentadas pelos coordenadores e sua relação com a organização social atual.

Assim, evidencia-se uma estreita relação entre situações de vulnerabilidade e a disposição da família. Kirby<sup>24</sup> informa que crianças de famílias separadas demonstram um rendimento acadêmico, tem maior propensão a comportamentos problemáticos e depressão, começam a vida sexual em uma idade mais precoce e caem com maior facilidade no consumo de tabaco, drogas e álcool. As meninas de famílias desmanchadas têm o dobro de possibilidades de tornarem-se mães adolescentes. É evidente também a relação entre famílias rompidas, ausência de figura paterna e índices de criminalidade.

Marciano *et al.*<sup>25</sup> evidenciaram, por meio de pesquisa, que um dos motivos para a ocorrência de gravidez no momento do ciclo de vida que é a adolescência está intimamente relacionado ao despreparo quanto à vivência da sexualidade. Esse fato pode estar relacionado ao fraco vínculo familiar e às poucas possibilidades de obtenção de informações capazes de permitir uma melhor experiência com a sexualidade. Percebe-se que a exposição à gravidez dessas adolescentes se deve, em parte, à falta de amor daqueles que são sua referência e que também foram adolescentes um dia, ou seja, sua família.

Marciano *et al.*<sup>25</sup> afirmam que, mesmo a informação sendo essencial, a utilização de métodos contraceptivos não depende somente de informações, mas também da própria vontade. É necessária uma educação global, que lide com as emoções, e que leve em conta as angústias, os anseios e as necessidades dessas adolescentes. Gravidez na

adolescência é comum a partir da fala dos coordenadores e é evidente que, como não previnem a gestação, também não previnem as DST/AIDS.

A adolescente que engravida geralmente vem de família desestruturada socialmente, sendo a gravidez a manifestação de vários outros determinantes. As causas são multifatoriais, há inúmeros fatores a considerar, tais como: maior liberdade sexual, menarca precoce e piora da qualidade de vida. O ponto principal pode ser também a falta de perspectivas. A informação sobre prevenção, por si só, não muda o comportamento. Se os adolescentes não têm qualidade de vida, eles não se gostam. É preciso melhorar sua autoestima, suas condições socioeconômicas, sua educação, seu lazer, sua saúde. É preciso dar-lhes um atendimento global. Assim, estaremos prevenindo. E essas ações são passíveis de ocorrer de forma integrada entre o serviço de saúde e a escola.<sup>26</sup>

Também o uso e o abuso de drogas, situação de vulnerabilidade a que o adolescente se expõe, fazem-se presentes na fala dos coordenadores pedagógicos. Sanchez *et al.*<sup>27</sup>, por meio de pesquisa, observaram que, mesmo em ambiente com poucos recursos e permeado pelo tráfico de drogas e da violência dele gerada, encontraram-se jovens que nunca haviam feito o uso de drogas psicotrópicas. A postura desses jovens foi influenciada, segundo eles, por aspectos como disponibilidade de informações adquiridas por diálogo e observação acerca do consumo de drogas e suas complicações e da boa interação familiar, decorrente do respeito e da solicitude, especialmente pela figura materna.

Sanchez *et al.*<sup>27</sup> ressaltam, ainda, que a prevenção ao uso de drogas pode ser facilitada pela presença de fatores protetores na vida do indivíduo, sendo os mais importantes a estrutura familiar e a disponibilidade de informações acerca da dependência e suas consequências e também o estabelecimento de perspectivas de futuro, assim como a religiosidade. A religiosidade teria função ampla, permeando entre os demais fatores, ocupando importante papel na estruturação da família, responsável pela humanização do indivíduo.

Os vínculos familiares junto à educação do adolescente requerem cuidados. Pois esses vínculos, aliados a outros fatores, podem definir a forma como o adolescente reagirá diante da oferta de drogas. Deduz-se então que, a fim de abordar a educação do adolescente a respeito de tal temática, faz-se necessário assistir também a família, visto que se revela como capacitadora e suporte ao jovem para que ele seja capaz de refletir e para que se autogestione.

A família precisa se equipar de habilidades e estratégias para que possa prover condições favoráveis a uma maior

tolerância do adolescente diante de situações vulneráveis. É necessário encontrar núcleos paralelos de amparo e incentivo, vindos, por exemplo, da escola, da igreja, do sistema de saúde.

A escola ainda se mostra limitada nesse sentido, como revela a fala a seguir:

*“A gente percebe que algum aluno está envolvido com isto, ou os próprios colegas contam, a gente chama a família pra dar uma olhada. Não fala abertamente porque Deus me livre... É até ameaçado. Aí é o que a gente faz. Cada professor isoladamente é... Na sua sala, fala, conversa com os alunos dentro da disciplina de ciências. Porque os outros não gostam muito de se envolver”* (coordenador 4)

O que se evidencia é o policiamento do adolescente e a responsabilização da família por qualquer iniciativa ou atitude sem lhes oferecer apoio. Devido à condição próxima e interferente na vida do adolescente e a suas necessidades, faz-se necessário que o professor e o coordenador tenham maior incentivo para buscar formação e capacitação para lidar com as drogas. Fato percebido, porém realizado de forma incipiente e isolada que, se associado por uma rede social bem articulada, pode impactar de forma positiva na vida dos jovens.

## **A INTERSETORIEDADE E SUAS POSSIBILIDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS PROMOTORAS DA SAÚDE**

Finalmente, buscou-se tratar das estratégias de atuação, na soma de esforços entre os setores educação e saúde, enquanto parceiros para o cuidado e promoção da saúde do adolescente. Aqui fica, então, revelado, mais uma vez, o potencial trazido com o PSE no avanço para um trabalho intersetorial.

Para 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. Para isso, é fundamental a participação ativa dos diversos integrantes da comunidade escolar, dos profissionais de saúde e, principalmente, dos adolescentes e jovens na construção do PSE, uma vez que as ações inovadoras de saúde na educação deverão, progressivamente, ser incorporadas ao projeto político pedagógico da escola.<sup>7</sup>

A educação e a saúde devem então se encontrar em vários momentos possíveis e em um lugar comum. Não passa despercebida a necessidade desse vínculo, ao olhar

dos coordenadores pedagógicos. De um modo geral, os coordenadores demonstraram grande aceitação e interesse na parceria entre educação e saúde. Observou-se, neste estudo, até mesmo um pedido de socorro em dar resolubilidade às necessidades de saúde dos alunos:

*“E nós gostaríamos muito de contar com o pessoal da saúde nas escolas, nos ajudando. Porque faz muita falta, demais! A gente trabalha a área da gente, não tem conhecimento mais amplo do aluno no que compete à saúde, né. Se tivesse profissionais da saúde ao nosso lado, nos ajudando, seria bom demais. [...] Envolvido dentro da escola [...] pelo menos uma vez por semana, viesse alguém...”* (coordenador 4)

Mesmo que, muitas vezes, as necessidades se deem na demanda por ações curativas, que são mais perceptíveis aos coordenadores por interferir de forma imediata no cotidiano escolar, as possibilidades de construção são várias, como apontadas por eles. Requerem apoio na resolução ao “adecimento” dos alunos, compreendido assim, mas também abrem espaço e buscam realizar, mesmo com todas as dificuldades, ações no campo da promoção da saúde dos jovens.

Não é descartada pelos coordenadores a necessidade de suporte ao abordar temáticas referentes a vulnerabilidades a que o adolescente se expõe e a ações educativas. Não se finalizando aí as ações necessárias, elas se somam a muitas outras, evidenciadas no cotidiano escolar. Somar esforços. Essa é a alternativa apontada pelos coordenadores, o que deve ir além do setor saúde, procurar outros parceiros para a construção de uma rede social.

As redes são definidas por Chor *et al.*<sup>28</sup> como “teias” de relações sociais que circundam o indivíduo, bem como suas características, ou como os grupos de pessoas com quem há contato ou alguma forma de participação social. Ribeiro<sup>29</sup> analisa, no nível macrossocial, como é o caso das redes comunitárias, e no nível microssocial, sendo o caso das redes sociais pessoais, as quais são formadas pelo conjunto daqueles que interagem com o indivíduo em sua realidade social cotidiana, e que são acessíveis de maneira direta ou indireta ao contato personalizado.

Essa inserção interfere diretamente na condição de saúde dos sujeitos.<sup>28</sup> Tal necessidade de interação é vista pelos coordenadores como estratégia importante, incluindo aí como fundamental, novamente, a primeira parceria com a família do adolescente.

*“E a parceria com a família, porque não adianta você ter parcerias com grandes instituições, mas não se ter com a família”.* (coordenador 9).

Serapioni<sup>29</sup> afirma que a família desempenha um papel importante na provisão de cuidado informal para seus membros. Há amplo reconhecimento, hoje em dia, de que ela está no centro das funções de cuidado. O cuidado familiar constitui o fundamento do cuidado comunitário e ambos, família e redes sociais, desempenham fundamental papel na atenção e na promoção da saúde. As famílias e as redes sociais necessitam ser redescobertas e resgatadas uma vez que a sociedade transferiu ao Estado toda e qualquer responsabilidade sobre as demandas sociais. A fala abaixo reforça essa ideia:

*“... e a gente quer ampliar essas parcerias. Todas essas parcerias a gente quer ampliar. A gente está tentando, a gente quer ampliar essa rede. [...] Temos que trabalhar juntos [...]. O melhor seria todo mundo junto. É fundamental pôr a família, a saúde, né? A gente está tentando. Ainda que informalmente, eu tenho acesso e relacionamento com os grupos comunitários...”* (coordenador 8)

A crise do Estado de Bem-Estar Social tem contribuído para a redescoberta da família, das redes primárias e da comunidade como atores fundamentais na efetivação de políticas sociais. Como proposta de política social baseada na concepção de “cuidado comunitário” que objetiva corresponsabilizar a comunidade em relação aos problemas sociais e de saúde, está a Estratégia Saúde da Família.<sup>29</sup>

É evidente que ações realizadas pelas equipes de saúde são insuficientes para lidar com problemáticas tão complexas. O reconhecimento da necessidade de ações conjuntas aponta na direção de ações mais integradas. É preciso ver a população como importante ator social integrado às equipes de saúde de modo articulado e coerente, conferindo assim mais integralidade nas ações de saúde, explorando-se o potencial de transformação das situações sociais.<sup>30</sup>

Faz-se necessária uma ação mais articulada e sistemática entre os serviços de saúde e as demais redes sociais, que já existem e se integram cotidianamente, sem, contudo, se darem conta disso. A partir da estruturação dessas redes, possibilitar-se-á o fortalecimento e a reorientação das práticas, dos saberes e das lutas, dinamizando e potencializando ações de saúde.

Não se pode desconsiderar a necessidade de um intermediário que articule as ações entre os setores saúde, educação e demais parceiros, como vem sendo feito em países mais desenvolvidos<sup>31,32</sup> para que possam caminhar de mãos dadas e promover a saúde do adolescente, visto que desencontros ocorrem até mesmo no próprio contexto da escola.

É evidente que propiciar um aumento de atividades desenvolvidas, de forma efetiva, gerará uma exigência de recursos adicionais e de disposição por parte de todos os atores envolvidos. Mas, por mais oneroso que seja, há de se avaliar o custo-benefício, além do direito real à saúde e à educação de todos os cidadãos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Poder adentrar o ambiente escolar possibilitou ampliar o olhar e assim perceber, com maior clareza, as possibilidades e os desafios para a implementação de ações de promoção de saúde dos adolescentes. Por meio deste estudo, foi possível concluir que, na escola, os adolescentes revelam suas demandas e necessidades para o cuidado com a saúde, de forma mais expressiva que nos serviços de saúde. Desse modo, constata-se que o espaço de encontro e de troca entre saúde e educação pode ser potencializado, uma vez que foi revelado o quanto ainda se pode avançar na consolidação de parcerias efetivas entre esses setores, de forma integrada com a família, corresponsável e integrante das ações de cuidado com os adolescentes. Para esse trabalho intersetorial por meio da Estratégia de Saúde da Família, numa conformação que inclua o adolescente nas ações das equipes, é fundamental que os profissionais de saúde estejam abertos para trabalhar em rede e construir estratégias de intervenção de forma articulada com outros setores e com outros atores, importantes para o cuidado dos adolescentes, perante suas diferentes vulnerabilidades.

Tem-se também o potencial para que os profissionais de saúde possam propor estratégias de saúde com os adolescentes que levem em conta as necessidades de saúde, para além de programas focados em riscos específicos, capazes de articular com os determinantes do processo saúde-doença que incidem de forma diferenciada no contexto de vida desses sujeitos. A proximidade com o adolescente, numa perspectiva que leve em conta sua experiência e seus diferentes saberes articulados com os saberes dos profissionais da saúde e da educação, torna o setor educação, além de importante na interface com a saúde, um potencial parceiro, na construção de ideias e práticas interligadas e mais efetivas.

Somando forças e trazendo como bagagem as experiências, anseios e ideais, juntos, saúde e educação, constituem um grande potencial para o cuidado e a construção como sujeitos dos adolescentes e jovens. Ação que não se faz em um espaço restrito, mas que pode ser realizada, em uma busca compartilhada, pela união desses setores, mediados por parcerias com as famílias. As possibilidades estão

postas, resta unir o desejo e a articulação para que as ações sejam implementadas.

## REFERÊNCIAS

1. Carvajal G. Tornar-se adolescente: a aventura de uma metamorfose. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes. Brasília: MS; 2005.
3. Serra ASL, Mota MSFT. Adolescentes promotores de saúde. In: Projeto Acolher: um encontro da enfermagem como adolescente brasileiro. Brasília: ABEN; 2000. p. 56-60.
4. Horta NC, Madeira AMF, Armond LC. Desafios na atenção à saúde do adolescente. In: Borges ALV, Fujimori E. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. São Paulo: Manole; 2009. p.119-41.
5. Brasil. Ministério da Educação. Programa Nacional de Saúde do Escolar. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. 2005. [Citado em 2008 set. 28]. Disponível em: [http://www.fnde.gov.br/home/index.jsp?arquivo=saude\\_escolar.html](http://www.fnde.gov.br/home/index.jsp?arquivo=saude_escolar.html)
6. Almeida WPM. Saúde Escolar: um caminho. J Pediatr (Rio J). 1986 maio; 60(5):224-5.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais. 2008. [Citado em 2009 jul 17]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes\\_pse.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde e Prevenção nas Escolas: atitudes para curtir a vida. Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Série Manuais, nº 76. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília: MS; 2007.
9. Minayo MCS. Pesquisa social : teoria , método e criatividade. 11ª ed. Petropolis: Vozes; 1999.
10. Grubits S, Noruega JAV. Método qualitativo: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação. São Paulo: Vetor; 2004.
11. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
12. Puccini RF, Bresolin AMB. Dores recorrentes na infância e adolescência. J Pediatr. (Rio J). 2003; 79(supl. 1): 65-76.
13. Brasil. Ministério da Justiça. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei de Criação do CONANDA (Lei nº 8.242/1991). Regimento Interno do CONANDA (Resolução nº 77/2002). 2ª ed. Brasília: Ministério da Justiça; 2002. 162p.
14. Fernandes MH, Rocha VM, Souza DB. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). Hist Ciênc Saúde. 2005 12(2). [Citado em 2009 out. 26]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702005000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200004&lng=en&nrm=iso)
15. Hamze A. Socialização Primária. Pedagogia - Brasil Escola. 2008. [Citado em 2008 mar. 10]. Disponível em: [http://pedagogia.Brasil-escola.com/trabalho.docente/socializacao\\_primaria.htm](http://pedagogia.Brasil-escola.com/trabalho.docente/socializacao_primaria.htm)
16. Ribeiro PCP. Esporte na Adolescência: medicina esportiva/atividade física. Núcleo Gerencial do Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria, 10 de julho de 2004. [Citado em 2008 mar 01]. Disponível em [>>](http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/12064)
17. Simon P. Família, escola, igreja e nação: pelo resgate de valores e referencias. Porto Alegre; 2007. [Citado em 2008 fev. 10]. Disponível em: [>>](http://www.forumdaigrejabatolica.org.br/artigos/familia-escolaigrejanacao.pdf)
18. Antoniazzi A. O Brasil e o Sínodo para a América - 3: as mudanças na sociedade como desafios pastorais. Conferencia Nacional Dos Bispos Do Brasil; 2007. [Citado em 2008 fev. 29]. Disponível em: [>](http://www.cnbb.org.br/index.php?op=pagina&chaverd=235.004)
19. Fundação Escola Do Serviço Público. Escola e Família: dez questões atuais sobre o relacionamento professores, pais, comunidade. Jornal Extra. 2007. [Citado em 2008 fev. 10]. Disponível em: [www.fesp.rj.gov.br/fesp\\_2007/escolafamilia.pdf](http://www.fesp.rj.gov.br/fesp_2007/escolafamilia.pdf)
20. Santos BR. Escola x Família: a quem interessa esse confronto. Rio de Janeiro; 2003. [Citado em 2008 fev 10].

- Disponível em: [www.educacaopublica.rj.gov.br/suavoz/sv15c.htm](http://www.educacaopublica.rj.gov.br/suavoz/sv15c.htm)
21. Pratta EMM, Santos MA. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicol Estud.* 2007; 12(2). [Citado em 2008 fev. 10]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722007\\_000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007_000200005&lng=pt&nrm=iso)
22. Gomes MA, Pereira MLD. Família em Situação de Vulnerabilidade Social: uma questão de políticas públicas. Universidade Estadual do Ceará. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(2). [Citado em 2008 fev. 02]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a3v10n2.pdf>
23. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 6286 de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola-PSE e dá outras providências. 2007. [Citado em 2008 jan. 13]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/civil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm](http://www.planalto.gov.br/civil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm)
24. Kirby Jill. Família ACI digital. Reino Unido; 2008. [Citado em 2008 fev. 18]. Disponível em: [www.acidigital.com/familia/consequencia.htm](http://www.acidigital.com/familia/consequencia.htm)
25. Marciano E, Chao GF, Chao OWH, Câmara PO, Monogo ET. Influências e Motivações na Exposição à gravidez na Adolescência. *Rev UFG.* 2004; 6(nºesp). [Citado em 2008 fev. 10]. Disponível em: [http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/familia/M\\_Influencia.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/M_Influencia.html)
26. Sant'anna MJC. Gravidez na Adolescência: um problema de saúde pública. *Psicopedagogia on Line, Educação e Saúde Mental.* 2008. [Citado em 2008 fev. 10]. Disponível em: [www.psicopedagogia.com.br/entrevistas/entrevista.asp?entrID=8](http://www.psicopedagogia.com.br/entrevistas/entrevista.asp?entrID=8)
27. Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo SA. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(4). [Citado em 2008 fev. 10]. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-9102005000400013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102005000400013&lng=pt&nrm=iso)
28. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública.* 2001. [Citado em 2001 ago. 17]. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102311\\_X2001000400022&lng=en&nrm=isso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102311_X2001000400022&lng=en&nrm=isso)
29. Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009. [Citado em 2009 jul 15]. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123200500500025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200500500025&lng=en&nrm=iso)
30. Ribeiro KSQS. Ampliando a atenção em saúde pela valorização das redes sociais nas práticas de educação popular em saúde. *Rev APS.* 2008; 11(3):235-48. [Citado em 2008 fev. 10]. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/338/116>
31. Portugal. Ministério da Saúde. Divisão de Saúde do Escolar. Saúde Escolar: programa nacional de saúde do escolar. 07 de junho de 2006. [Citado em 2008 fev. 10]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-ODF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>
32. Ferriane MGC. A Inserção do Enfermeiro na Saúde Escolar. São Paulo: EDUSP; 1992. 212p.

---

Submissão: janeiro de 2010

Aprovação: maio de 2010

---