



ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

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

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

Public policies in promoting health school teen: design of managers

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

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

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

*Máster en Enfermería en Promoción a la Salud. Docente del Curso de Graduación en Enfermería de la Facultad Integrada de Pernambuco - FACIPE. E-mail: andreafacepe@gmail.com **Doctora en Enfermería. Profesora Titular Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Pernambuco.

***Doctora en Enfermería. Profesora de la Universidad de Pernambuco. Brasil.

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

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

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

RESUMEN

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

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

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

RESUMO

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

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

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

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa evolutiva propia del ser humano, siendo este momento importante en el desarrollo del individuo; para entender esta fase es necesario comprender los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales ⁽¹⁾. Se considera esta fase como un proceso de crecimiento, en la cual los cambios empiezan en el inicio de la pubertad y terminan con la aparición de las responsabilidades de la edad adulta. Es habitual en este período que los adolescentes sean vistos como seres en constante conflicto ⁽²⁾.

Con la aparición de nuevos estilos de vida, surge de forma contundente un llamamiento al consumo, la banalización de valores morales y éticos, del sexo, de las relaciones afectivas, de la solidaridad, de la disciplina, en fin, de la propia vida, todo ello vehiculado a través de los medios de comunicación y reforzado por intereses de mercado, los cuales estimulan la conquista del placer inmediato y un falso estado de independencia, alienando adolescentes y jóvenes, que ya no consiguen distinguir sobre lo que deben o no deben hacer, lo bueno y lo malo, lo cierto y lo errado ⁽³⁾.

Es importante estudiar esta fase no solo como un componente orgánico, sino que incluye, también, importantes experiencias vividas en el seno social que pueden intervenir directamente en la salud de estos sujetos. En este contexto, los adolescentes parecen estar muy indefensos frente a las condiciones sociales volviéndose un grupo muy vulnerable. El término vulnerabilidad comprende los diferentes grados y tipos de indefensión de los individuos y poblaciones ante problemas y riesgos de salud ya sea en las dimensiones individuales, sociales o institucionales ^(4,5).

La vulnerabilidad tiene tres dimensiones, la individual, la programática y la social. La Vulnerabilidad individual está relacionada con la prevención frente a una situación de riesgo, en relación a aspectos relacionados a características personales, de desarrollo emocional, y a la adopción de medidas de autoprotección, como: *sexualidad, conocimientos adquiridos sobre enfermedades transmisibles y sida; vivencia de la sexualidad y habilidades de negociar prácticas sexuales seguras y creencias religiosas*; en contrapartida la Vulnerabilidad programática se refiere a políticas públicas de enfrentamiento del VIH/SIDA, y la Vulnerabilidad social está directamente asociada a la estructura económica, de políticas públicas, destacando las de educación y salud ⁽⁶⁾.

Las primeras iniciativas para la institucionalización del cuidado con un grupo de extrema vulnerabilidad social, como son los adolescentes en la sociedad brasileña, datan del inicio del siglo XX. Solamente a partir de 1990 las políticas pasaron a ser discutidas e implementadas para este segmento ⁽³⁾. Entre las conquistas se encuentra el Estatuto del Niño y del Adolescente (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA), sancionado por la ley nº 8.069 de 13 de julio de 1990, esta considera adolescente a la persona con edad entre doce y dieciocho años cumplidos. En consonancia con la Constitución Federal de 1988 y con la Ley nº 8.080/90 el ECA garantiza que se hagan efectivos los derechos referentes a la vida, como, salud, alimentación, educación, deporte, ocio, dignidad y libertad, entre otros, como deber de la familia, de la comunidad, de la sociedad en general y del poder público ^(3,7). Para la Organización Mundial de la Salud la adolescencia comprende la segunda década de la vida (de 10 a 19 años) ⁽⁸⁾.

En el mundo, la población de adolescentes es de, aproximadamente, 25% de la población total ⁽²⁾. En Brasil, debido al creciente descenso de la fecundidad y a alteraciones de los patrones de edad de mortalidad, la estructura de edad está sufriendo considerables cambios en las dos últimas décadas, lo que está influyendo directamente en el cuantitativo de la población infanto-juvenil y anciana. En Brasil, en relación a los datos del año 2010, el 17% de la población total se encuentra en la franja de edad de 10 a 19 años, lo que corresponde a un total de casi 35 millones de adolescentes, de estos 50,6% son del sexo masculino y 49,4% del sexo femenino. La gran mayoría vive en el medio urbano, aproximadamente 80% del total de este grupo. En Recife, este grupo de edad en el año 2010, representa el 16 % de la población del municipio, lo que corresponde a 245.673 adolescentes ⁽⁹⁾.

En este contexto, un lugar facilitador para la promoción de políticas dirigidas a los jóvenes es la Escuela, pues esta dispone de un espacio privilegiado para el desarrollo crítico y político, lo que contribuye a la construcción de valores personales, creencias, conceptos y maneras de conocer el mundo, y así, puede interferir en la producción social y en la salud. De esta forma, la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en consonancia con la escuela puede actuar en la creación y fortalecimiento de las

políticas públicas de salud, contribuyendo a hacer un territorio, una comunidad y una escuela más saludables ^(10,11).

El Programa Salud en la Escuela (PSE) fue instituido por Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de diciembre de 2007, con el propósito de ampliar las acciones específicas de salud a los alumnos de la red pública de enseñanza. Este programa fue aprobado por el Consejo Municipal de Salud de la ciudad del Recife-PE en 2009, y a partir de este momento surgió el interés en desarrollar la investigación, pues de acuerdo con este Programa, de característica intersectorial, se podría asistir a la implantación en la ciudad de Recife de políticas que integrasen el escenario escolar y la ESF con interés para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes ⁽¹¹⁾.

Por ello, se hace prioritario el entendimiento de que promover la salud de adolescentes y jóvenes es una inversión con repercusión tanto en el presente como en el futuro, ya que los comportamientos iniciados en esta edad son cruciales para el resto de la vida ⁽³⁾. Tener realmente implantada una política y prácticas integrales para la salud de este grupo de edad contribuye muchísimo a la formación de individuos auténticos y autónomos en la lectura del mundo, para el establecimiento de las relaciones interpersonales y en los posicionamientos frente a las dificultades y problemas vividos ⁽¹²⁾.

Así, para orientar este trabajo, se propusieron las siguientes cuestiones: ¿Qué políticas públicas están siendo desarrolladas para la promoción de la salud de adolescentes escolarizados en la ciudad de Recife-PE? ¿Cuál es el compromiso y la participación de los gestores en el ámbito de la educación y de la salud en la implantación del PSE?

Para ello, el estudio tuvo como objetivo conocer las políticas públicas de promoción a la salud del adolescente en la escuela, propuestas y desarrolladas bajo la responsabilidad de los gestores de educación y salud en el municipio de Recife-PE, e identificar cuáles son los desafíos y los avances percibidos por los gestores en la implantación y desarrollo del programa salud en la escuela, enfocados en la atención integral a la salud del adolescente escolar;

DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

Se trata de una investigación cualitativa del tipo exploratoria-descriptiva, la cual trabaja con el universo de los significados, de los motivos, de las aspiraciones, de las creencias, de los valores y de las actitudes ⁽¹³⁾.

El lugar de estudio fue el municipio de Recife-PE, que tiene una extensión territorial de 209 Km² y por el Censo 2010 del IBGE una población de 1.537.704 habitantes, distribuidos en un área predominantemente urbana. Desde 1988 el territorio del Recife está subdividido en 98 barrios y para gestionar mejor, existe también una división en 6 RPAs (Regiones Político-administrativas), también llamadas Distritos Sanitarios, estando cada una subdividida en 03 microrregiones que agrupan barrios con mayores similitudes territoriales. En relación al sector de educación la Red Municipal de Enseñanza de Recife está constituida por 334 escuelas municipales, atendiendo a un total de 109.804 estudiantes.

Para la selección de los participantes de la investigación se utilizó el criterio de intencionalidad, pues todos actuaban como gestores en el área de educación y de

salud, directamente implicados con la política de salud al adolescente escolar. Así, se solicitó a la dirección del PSE qué actores/gestores estarían implicados en el programa. En este caso se entrevistó a 16 coordinadores de políticas del municipio, siendo 14 sujetos del área de salud y 2 del área de educación, y además, 10 administradores de escuelas municipales que forman parte del Programa Salud en la Escuela y del Más Educación. Totalizando veintiséis entrevistas.

Se estableció como criterio de inclusión de los participantes del estudio, aquellos que estuviesen asumiendo las funciones de gestión del PSE en la secretaria de salud y de educación, como mínimo desde hace seis meses. Para definición de la muestra de los gestores de las escuelas municipales se empleó el criterio de saturación.

Para la recolección de datos fue utilizada la grabación, para recoger mejor las declaraciones de los sujetos que fueron seleccionados a partir de su implicación como gestores de las políticas que implican al adolescente en el ambiente escolar, en el municipio en estudio, en el periodo de agosto a octubre de 2011.

El análisis de los datos se fundamentó en la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC), un procedimiento de tabulación de declaraciones verbales que extrae de cada una de las respuestas las Ideas Centrales y sus correspondientes Expresiones-Clave⁽¹⁴⁾.

La investigación respetó los preceptos de la Resolución nº 196/1996 y fue aprobada, por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Pernambuco, con el CAAE: 0079.0.097.000-11⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS

Caracterización de los sujetos de la investigación

En lo que se refiere a la caracterización de los sujetos participantes de esta investigación, la intención fue ayudar a la comprensión de las políticas públicas dirigidas a la salud del adolescente en el municipio de Recife-PE, y más específicamente, del PSE, considerando la forma de administración de las políticas en sus espacios de trabajo.

Al investigar las variables como sexo, franja de edad, estado civil, religión, escolaridad/formación, tiempo de graduación, tipo de vínculo de empleo con el municipio, tiempo de actuación en el cargo, si tiene otros empleos y si tiene cursos de post-graduación en el área del adolescente, los entrevistados presentaron las siguientes características (Tabla 01):

TABLA 01 - Caracterización de los sujetos de la investigación en números absolutos

VARIABLES	GESTORES DE LA SALUD (N)	GESTORES DE LA EDUCACIÓN (N)	TOTAL
Sexo:			
- Masculino	2	0	2
- Femenino	12	12	24
TOTAL	14	12	26

Franja de edad:			
- 20 a 40 años	6	1	7
- 41 a 60 años	8	9	17
- 61 años o más	0	2	2
TOTAL	14	12	26
Estado Civil:			
- Casado (a)	11	7	18
- Soltero (a)	3	4	7
- Viudo (a)	0	1	1
TOTAL	14	12	26
Religión:			
- Católica	7	5	12
- Espírita	2	2	4
- Protestante	3	5	8
- No respondió	2	0	2
TOTAL	14	12	26
Escolaridad/formación:			
- Doctorado	1	0	1
- Máster	3	0	3
- Especialización	9	8	17
- Solamente graduación	0	4	4
- Curso técnico y tecnológico	1	0	1
TOTAL	14	12	26
Tempo de graduación:			
- De seis meses a 05 años	4	2	6
- Más de 05 años hasta 10 años	1	2	3
- Más de 10 años hasta 15 años	2	1	3
- Más de 15 años	7	7	14
TOTAL	14	12	26
Tipo de vínculo de empleo con el municipio:			
- Contrato	6	1	7
-Funcionario	8	11	19
TOTAL	14	12	26
Tiempo de permanencia en el cargo:			
- De 06 meses hasta 03 años	8	3	11
- Más de 03 años hasta 06 años	2	6	8
- Más de 07 años hasta 10 años	4	3	5
TOTAL	14	12	26

De acuerdo con los números presentados en la tabla 01, se puede percibir que entre los gestores de salud y de educación prevaleció el sexo femenino (24), la franja de edad que más se sobresalió fue de 41 a 60 años (17) con un mayor número de sujetos. Según el estado civil los casados (18) están en mayor número en relación a solteros (7) y viudos (1). En cuanto a religión se evidenció un mayor número de católicos (12), seguidos de protestantes (8) y espíritas (4).

Entre los gestores de salud el área de formación estuvo representada por: Enfermeros (3), Asistentes Sociales (3) y Psicólogos (2), los demás, Fisioterapeuta, Médico, Odontólogo, Sociólogo y Técnico de Enfermería tuvieron valor unitario (1). De estos, 9 tienen título de especialista, 3 de máster y 1 de doctor. En contrapartida, en el área de Educación tuvimos 6 pedagogas y 6 profesoras licenciadas, distribuidas en: 8 con título de especialista y 4 que tenían la graduación como mayor titulación. Cuando preguntamos sobre el tiempo que tienen como graduados la mayor parte de los sujetos (12) refirieron estar con más de 19 años desde el término de la graduación.

Se constató una dificultad para establecer un intervalo constante para el tiempo de graduación presentado por los sujetos (Tabla 01), pues existen grandes variaciones que van desde recién graduados hasta individuos ya próximos a la jubilación, predominando gestores de salud y de educación con tiempo de graduación mayor de diez años (17). En relación al vínculo de empleo en los gestores de salud fue verificada una alta incidencia de contratados, o sea, vínculos precarios de trabajo, lo que puede resultar en una relación de causa y efecto, pues puede ocasionar una elevada frecuencia en la sustitución de los profesionales, pudiendo influir también en el producto de su trabajo.

También se constató que 7 gestores de salud y 5 de educación tienen otros empleos. Y cuando preguntamos a los entrevistados si tenían cursos en el área de salud/educación dirigidos, específicamente, al público adolescente, diez de ellos respondieron que no tienen.

Los resultados presentados están compuestos por dos Ideas Centrales (IC), acompañadas de los Discursos del Sujeto Colectivo (DSC's) correspondientes, generados a partir de la identificación de las Expresiones-clave. Los mismos fueron elaborados con los contenidos manifestados en las IC citadas de uno o más discursos concretos.

IDEA CENTRAL I – Desvelando las políticas públicas en la promoción a la salud del adolescente escolar

En esta IC se trabajaron separadamente las declaraciones del grupo de gestores de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Educación, pues después del análisis se percibió una distinción en los contenidos. Así, las declaraciones fueron presentadas y discutidas de manera independiente para cada grupo.

Discurso del Sujeto Colectivo de los Gestores de Salud

“Las Políticas Públicas de la Salud del Adolescente todavía son como un bebé, fueron aprobadas en el Consejo Nacional de Salud en 2010... Antiguamente teníamos el Prosad, estaba centrado en las especialidades, se creaban grandes centros para atender a estos adolescentes, pero la demanda era muy pequeña. Con el PSF, pasó a ser la vía de entrada... Existe, en el municipio, la coordinación de salud del niño y

del adolescente, y cuando esta recibe las directrices de la política, pasa las acciones que serán desarrolladas en el territorio... tenemos la feria de salud, el Programa de Salud en la Escuela, la atención básica junto con el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia... pero el municipio todavía está más enfocado a acciones de salud del niño, que en acciones de salud del adolescente... gran parte de las políticas están dirigidas a la vigilancia de óbitos, de niños de riesgo, y algunas planificaciones con relación a la acción de salud al adolescente están vinculadas a la coordinación de salud de la mujer... la inmunización... con la entrada del Programa Salud en la Escuela también hubo un movimiento en la cuestión de la salud del adolescente, que ha intentado hacer que todas las políticas entren en las escuelas e intenten hacer algunas acciones pactadas junto con la educación... Existe una política municipal en este sentido, pero no se ve mucho la implicación de los profesionales... tenemos algunas otras políticas dirigidas específicamente para la salud del adolescente, además del propio programa de salud en la escuela, como el programa Más Vida que es un programa de prevención del uso del alcohol y otras drogas, y la coordinación de ETS/SIDA, la coordinación de accidente y violencia, de salud de la mujer, de orientación a la planificación familiar, de prevención...”

Discurso del Sujeto Colectivo de los Gestores de Educación

“... nosotros trabajamos en la perspectiva de la integración, tenemos una dirección de alimentación, que hace la distribución de la merienda escolar para las escuelas, un grupo que también trabaja la formación y que visita las escuelas, que orienta, ve el menú, la Dirección General de Enseñanza hace un trabajo con algunos grupos como el de prevención de la sexualidad, el Grupo de Trabajo orientado a la sexualidad (GTOS) que hace un trabajo de información en las escuelas directamente con los profesores, tenemos el Grupo de Trabajo sobre la cuestión racial y étnica (GTRE) que trabaja la cuestión racial y étnica... tenemos la propia Secretaría de Salud, con el PSE, la Secretaría de asistencia social, Secretaría de derechos humanos, Salud y Prevención. La cuestión de la higiene y de la alimentación, tienen un monitor específico, solo para trabajar la cuestión de la salud, son profesores, son estudiantes de las diferentes áreas del conocimiento y pueden ser también personas de la comunidad con competencia para asumir, habilitarse, son compañías de judo, de capoeira... Ahora estamos trabajando el currículo de educación integral, con el programa Más Educación, ligado a un programa mayor, que es el programa Barrio Escuela, que sería la relación de la escuela con la comunidad, con sus especificidades socioculturales y que crea diálogo... Existe también, el programa Escuela Abierta, que trabaja los fines de semana... La Escuela Que Protege... con enfoque en la cuestión de accidentes domésticos y de violencia doméstica... El Consejo tutelar... hay un proyecto para combatir la violencia dentro de la escuela llamado Escuela Segura... para minimizar la violencia en el ámbito escolar...”

IDEA CENTRAL II – Los desafíos y los avances en la implantación y desarrollo del programa salud en la escuela: concepción de los gestores

Surge a partir de la concepción de los participantes de la investigación, los cuales son gestores de las políticas y tienen la responsabilidad de implementar las propuestas para la promoción de la salud del adolescente en el ambiente escolar. La idea resultante se subdivide en declaraciones referentes a los gestores de salud y de educación y se componía de dos temas: Desafíos y Avances.

- **Tema A: Los Desafíos citados en las declaraciones de los gestores de salud y de educación**

Discurso del Sujeto Colectivo de los Gestores de la Salud sobre los Desafíos

“El mayor desafío se llama recursos humanos, es la implicación de todos los profesionales... conseguir conciliar las agendas de los profesionales involucrados, después el entendimiento de cada uno en relación a lo que debe ser hecho... Algunas escuelas creían que la propuesta del PSE era que la salud fuese hasta la escuela, entonces cuando estuviésemos allí, ellos no tendrían que estar participando, pero el objetivo es que también tengamos formadores en la escuela, a partir del momento que desarrollamos una acción junto con un profesor, esperamos que el profesor esté constantemente aplicando aquella acción, por ello cuando el profesor no está aplicando aquella acción, esto es un factor limitante... Los profesores dicen que tienen un calendario muy rígido, que eso sería una actividad a más, entonces tal vez este sea el mayor obstáculo del PSE, que consigamos hacer que tanto la salud como la educación, entiendan que esto es una acción conjunta, intersectorial... El programa existe, ya mostró las metas, los objetivos, las escuelas están ahí, pero falta querer de hecho, tener ganas de hacer que ocurra... Algunas unidades no tienen un perfil de Promoción y sí de actuación ambulatoria con un número reducido de profesionales... sentimos en la educación lo que sentimos en la salud, la falta de estímulo de los profesionales, que ganan muy poco... que no tienen estructura, condiciones de trabajo... ¿Cómo consiguen estos alumnos aprender alguna cosa?, en las escuelas hace mucho calor, a veces son muy pequeñas, mucho moho... es un desafío trabajar... me quedé muy impresionada con mucha cosa que vi... Es necesario ver al adolescente de forma integral, considerar sus condiciones de vida, las condiciones ambientales, psicológicas, las condiciones físicas de salud, todos aquellos factores que interfieren y pueden suponer alguna vulnerabilidad para aquellos adolescentes en aquella área... Salud tiene que conversar con educación... educación tiene que conversar con consejo tutelar... consejo tutelar tiene que conversar, finalmente con la asistencia... por ejemplo, dependiendo del área de riesgo, en la escuela son tres turnos, cubrimos dos turnos, pero hay un turno, el de la noche, que queda descubierto...”

Discurso del Sujeto Colectivo de los Gestores de Educación sobre los Desafíos

“La familia es muy reacia, no el alumno, pero las madres no comparecen en la escuela... hace falta también la presencia de la familia, porque sin la familia no construimos, porque nosotros construimos en la escuela y la familia destruye en casa, por eso el punto de dificultad todavía es la familia, la concienciación... es muy difícil mantener la adhesión de los padres de adolescentes a partir de 15 años, no contamos mucho con la familia en esta franja de edad. Tenemos mucha dificultad también con la restricción del PSF de atender solamente alumnos que estén en su área de cobertura, porque muchos alumnos de esta escuela no viven en la comunidad. Otro desafío a vencer es la resistencia de los propios profesores. Muchas veces los profesores acaban percibiendo las acciones como simplemente una sobrecarga de trabajo para ellos, ya que el PSF no tiene profesionales en número suficiente para realizar este tipo de acción. Yo percibo que en la disponibilidad de personal y en la salud, ellos tienen una agenda... son pocos profesionales para atender, ellos están divididos, entre el trabajo de ellos ahí, quedamos, a veces no da, aparecen otras cosas, quedamos nuevamente, intenté hablar con ellos y noté que son pocos profesionales para hacer este tipo de trabajo, para atender. Así, dentro de lo

que fue realizado del PSE en la escuela no hubo mucho avance. Se podría avanzar más si hubiese más estructura en la escuela y más tiempo para desarrollar las acciones.”

- **Tema B: Los avances descritos en las declaraciones de los gestores de salud y de educación**

Discurso del Sujeto Colectivo de los Gestores de Salud sobre los Avances

“Creo que las propias pruebas de hepatitis son un gran avance, no teníamos, no existían estas acciones en las escuelas, es la primera vez que estamos haciendo una acción en este sentido... en algunas escuelas ya conseguimos incluir, a partir del momento que ellos vieron los resultados positivos, ya consiguen colocarlas en la planificación de la escuela, ya consiguen entender la importancia, ya consiguen ver que aquello repercutió de alguna manera... Conseguimos trabajar todavía más con las historias individuales de estos adolescentes, construyendo proyectos terapéuticos singulares, mejorando su calidad de vida, de manera más efectiva... creo que con el PSE estamos unificando para poder intervenir... pero solo por el hecho de estar ya identificando, capacitando, mostrando que el adolescente tiene otras necesidades, tiene otros problemas, tiene otros diagnósticos... estas políticas articuladas ya están sensibilizadas... Otro avance es ver la escuela y el PSF, planificando las acciones y ejecutándolas sin que estemos directamente allí.”

Discurso del Sujeto Colectivo de los Gestores de Educación sobre los Avances

“Un avance que ya percibimos son los propios profesores trabajando con las cuestiones de salud, como higiene, haciendo que los alumnos se laven las manos antes de la merienda, pero todo esto orientado... Las enfermedades que ya fueron trabajadas, los niños y los adolescentes que ya estudiaron esto, la gran mayoría sabe que si aparece una mancha en el cuerpo tiene que ir al médico, son avances significativos para quien no estaba ni ahí para la salud, y los niños y los jóvenes acaban siendo agentes multiplicadores...”

DISCUSIÓN

IDEA CENTRAL I – Desvelando las políticas públicas en la promoción a la salud del adolescente escolar

La primera categoría del estudio fue elaborada a partir de la percepción de los profesionales integrantes de la investigación sobre las políticas vigentes en el municipio, las cuales están dirigidas a la promoción de la salud del adolescente escolar contribuyendo a la composición del discurso del sujeto colectivo. Para ello, se verificó en las declaraciones el conocimiento de los gestores sobre el contexto histórico, desarrollado por las políticas dirigidas a la salud del adolescente en Brasil.

En la 42ª Semana Mundial de la Salud, en 1989, la Organización Mundial de la Salud deliberó sobre la creación de un programa dirigido a la salud de los adolescentes, teniendo en cuenta problemas como: embarazo en la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, consumo excesivo de alcohol y otras drogas, que constaban como graves problemas y que podrían ser sanados a partir de una mirada específica a este

grupo, así se creía que este era un importante recurso para la promoción de la salud de esta franja de edad ⁽¹⁶⁾.

Para cumplir con esta exigencia constitucional, el Ministerio de Salud elaboró el Programa Salud del Adolescente (Prosad), creado por el Decreto del Ministerio de Salud n° 980/GM de 1989, con el objetivo general de promover la salud integral del adolescente, favoreciendo el proceso general de su crecimiento y desarrollo, buscando reducir la morbimortalidad y los desajustes individuales y sociales, basándose en una política de promoción de la salud, identificación de grupos de riesgo, detección precoz de los agravamientos, tratamiento adecuado y rehabilitación ⁽¹⁷⁾, siendo los adolescentes cuidados en servicios especializados.

Ya en 1993, el Ministerio de Salud publica las Normas de Atención a la Salud Integral del Adolescente, que tenía las mismas acciones que el Prosad, y añadía como criterio básico la atención integral al adolescente a través de un abordaje multiprofesional, en un sistema jerarquizado (referencia y contra-referencia) para los diferentes niveles de complejidad ⁽¹⁸⁾. Los cuidados a la salud referentes a los adolescentes, ahora, deberían ser ofrecidos a través de la red de atención primaria, con enfoque en la prevención y promoción de la salud, pues es en este nivel de atención que podemos interceder en todo el contexto de la vida del adolescente como: familia, escuela, trabajo y comunidad. Según los sujetos de la investigación, la necesidad de complementar el Prosad surge de la precariedad del sistema para atender a los jóvenes en su integridad, pues fueron creados grandes centros especializados en la atención a la salud de los adolescentes, se contrató a profesionales especializados, pero aún así estos establecimientos presentaban poca demanda. Así, se observó la necesidad de crear estrategias que tuviesen mayor cobertura entre la población destinataria de la promoción y prevención a la salud.

De esta forma, con la llegada del Programa de Salud de la Familia (PSF) en 1994 y a partir de las Normas de Atención a la Salud Integral del Adolescente se crearon las Directrices Nacionales para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes y Jóvenes en la Promoción, Protección y Recuperación de la Salud ⁽¹⁹⁾.

Tal como se observa en las declaraciones, el sistema público, a partir de la creación de los PSF's, fue desviando gradualmente la atención a la salud del adolescente hacia las Unidades Básicas, siendo esta la principal puerta de entrada en el sistema de salud. Los jóvenes pasaron a ser primeramente atendidos en el sistema público de salud por profesionales de la atención básica, donde según los gestores, muchos de estos trabajadores no tienen perfil e incluso refieren resistencia para trabajar con esta franja de edad.

En este contexto, se cita la formación profesional como aliada en el desarrollo de las políticas dirigidas a la atención integral a la salud del adolescente, pues a través de profesionales sensibilizados se podría interferir directamente en el retroceso de los indicadores que comprometen la calidad de vida y contribuyen a la elevación de los índices de morbimortalidad como consecuencia de las situaciones de vulnerabilidad social en que gran parte de ellos se encuentra. Se destaca, además, la falta de profesionales capacitados y sensibles a la problemática juvenil y que acaba resultando en una atención inadecuada, ya sea por falta de estructura física o incluso por la no atención, según De Oliveira Gomes et al. *cabe enfatizar que, la mayoría de las veces, los jóvenes necesitan ser oídos de forma atenta y respetuosa, para que se cree un lazo y regresen a los servicios de salud* ⁽²⁰⁾.

Otras políticas y sectores también importantes en la atención a la salud del adolescente escolarizado que rompen con la identidad de propuestas específicas e individualizadas y componen acciones integradas dirigidas a los adolescentes fueron citadas por los sujetos de la investigación, como: la feria de salud, el Programa de Salud en la Escuela, el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), el Consultorio de Calle, la construcción de un Proyecto Terapéutico Singular, el Programa Más Vida, la Coordinación de ETS/SIDA, de Accidente y Violencia, de Salud de la Mujer, y la creación de una coordinación dirigida específicamente al público infantil y adolescente, que trabaja actualmente basada en las Directrices Nacionales para la atención integral a la salud de adolescentes y jóvenes en la promoción, protección y recuperación de la salud ⁽¹⁹⁾.

Ya en el discurso del sujeto colectivo de la educación, otras políticas fueron referidas como importantes para el desarrollo de las actividades en la atención al adolescente en la escuela, como: la Dirección de Alimentación, que hace la distribución de la merienda escolar; la Dirección General de Enseñanza con los Grupos de Trabajo dirigidos a la sexualidad y a la cuestión racial y étnica; la Secretaría de Asistencia Social; la Secretaría de Derechos Humanos; el Consejo tutelar; el Programa Salud en la Escuela; el Programa Escuela que Protege; el Programa Escuela Abierta y el Más Educación; que trabaja el currículo de educación integral. El resultado reafirma el estudio realizado por Granville-García *et al*, que al entrevistar a 73 educadores, destacó también en las declaraciones, al Consejo Tutelar como órgano de protección⁽²¹⁾.

Las declaraciones posibilitan identificar un número considerable de proyectos y programas relacionados con los niños y adolescentes escolares, con enfoque en las cuestiones de salud. Sin embargo, estos proyectos y programas constituyen acciones limitadas de las secretarías municipales de salud y de educación, evidenciando además acciones disonantes de una movilización intersectorial en el enfrentamiento de las cuestiones relevantes para los niños y adolescentes.

Al reunir a las secretarías de salud y de educación fueron citados un total de veinte programas relativos a la atención a la salud del adolescente. A pesar de todas estas acciones, los índices referentes a los perjuicios al público adolescente continúan elevados cuando son comparados con los de los años anteriores. El grave problema en este caso es la forma de administrar estas políticas, pues cada gestor presentó programas y proyectos, pero ninguno citó de forma concreta la integración de los profesionales de salud y de educación en la realización de las acciones que fomentan estas políticas.

Quedó evidenciado también en las declaraciones una problemática en relación a que los profesionales dediquen mayores esfuerzos en la atención a la salud del niño en detrimento de la atención al adolescente. Para que el país sea considerado desarrollado o en desarrollo, dos indicadores son importantes: el de naturaleza económica y el social. Este último implica, entre otros, la Expectativa Media de Vida y la Mortalidad Infantil. Así, es necesario proteger a los niños, pues la tasa de mortalidad infantil puede interferir en estos indicadores. Otro punto es la tasa de natalidad, por eso es considerada de gran importancia por el gobierno en políticas de protección a los nacimientos (embarazo, parto y puerperio). De esta forma, se pudo percibir que como los adolescentes no componen un indicador específico, quedan al margen de las medidas gubernamentales.

En este contexto y asociado a la dificultad del sistema de salud para disponer de profesionales especializados en la atención a la salud de los adolescentes, los gestores entrevistados refirieron obstáculos para realizar la promoción y prevención de los jóvenes, al informar que los mismos no buscan espontáneamente las unidades de salud. Así, es necesario saber abordar, conquistar al adolescente y al joven, alertándolo sobre los cuidados con la salud.

Un programa que se destacó en las declaraciones de todos los participantes de la investigación fue el Programa Salud en la Escuela (PSE), que a pesar de ser un programa relativamente nuevo en el municipio, implantado por el Consejo Municipal de Salud de la ciudad de Recife desde 2008, fue referido como la política que puede destacarse en la atención específica al público adolescente escolar. O sea, los jóvenes que todavía están en la escuela pueden ser alcanzados por las estrategias implementadas por varios sectores que de manera integrada están articulando acciones a través del PSE.

En este sentido, emerge la necesidad de una concienciación y movilización de los gestores y profesionales de educación y de salud para el desarrollo de acciones intersectoriales dirigidas a la población adolescente en el contexto escolar.

IDEA CENTRAL II – Los desafíos y los avances en la implantación y desarrollo del programa salud en la escuela: concepción de los gestores

La construcción de esta idea central considera que el Programa Salud en la Escuela requiere un diálogo entre los profesionales de educación y de salud como actores sociales corresponsables en el desarrollo de una política pública intersectorial para la promoción de la salud del adolescente en la escuela.

Históricamente, los sectores de salud y de educación tienen afinidades. A partir de la década de 1950 el Ministerio de Educación y Salud fue desmembrado en dos: Ministerio de Salud y Ministerio de Educación, desde entonces hasta mediados de los años 2000, pasando por la redemocratización de Brasil, Constitución Federal de 1988 y Creación del SUS (Sistema Único de Salud), fueron muchos los abordajes con el propósito de utilizar el espacio escolar desde una perspectiva sanitaria. Así, a partir de la implantación de los Programas de Salud de la Familia y de la publicación, en 2006, de la Política Nacional de Atención Básica se reafirma la estrategia de salud de la familia como prioritaria en la atención integral y promoción a la salud de la comunidad ⁽²²⁾.

En este contexto situacional del espacio escolar y a partir de la comprensión de una acción intersectorial para que la promoción de la salud se presente como una forma de pensar y actuar en sintonía con las necesidades de la población, se crea el Programa Salud en la Escuela para la formación de sujetos y creación de proyectos pedagógicos que garanticen el derecho a la calidad de vida de los grupos en la comunidad. De esta forma, se restablece la colaboración entre salud y educación donde la atención básica asume el compromiso de participar como protagonista y la responsabilidad de los cuidados a la salud de los escolares, creando así una comunidad, una escuela y un territorio más saludables.

De acuerdo con el estudio publicado en 2008 por la Organización Mundial de la Salud y por la Agencia de Salud Pública de Canadá, fueron analizados dieciocho estudios de caso sobre la equidad en salud a través de las acciones intersectoriales,

concluyéndose que los resultados en salud resultantes de actividades articuladas entre varios sectores son más efectivas que las realizadas por los sectores por sí solos ⁽²³⁾.

Frente a esto, se verificó en las declaraciones que uno de los grandes desafíos para la implantación y desarrollo del PSE pasa por la implicación de los gestores y demás profesionales en las acciones intersectoriales, exaltándolas como importantes dentro de las agendas de compromisos de ambas secretarías municipales. Este hecho resulta evidente cuando citan la falta de tiempo para realizar reuniones para pactar acciones integradas en el transcurso de las actividades sectoriales realizadas por las coordinaciones.

Además, se percibe en las declaraciones de los gestores de salud y de educación una dificultad por el número mínimo de profesionales y las condiciones de trabajo en la realización de las actividades de cada política. Es necesario trabajar la motivación del trabajador proporcionando medios materiales y financieros, para desarrollar las acciones.

Existe una laguna en la actuación efectiva de los enfermeros para el desarrollo de acciones de promoción a la salud del adolescente en el contexto escolar, considerando que los profesionales de las Unidades Básicas de Salud ya tratan con un número excesivo de atribuciones, sin tener condiciones de diagnosticar, planificar e intervenir con acciones que atiendan las expectativas y demandas de salud de este grupo de edad. Esta realidad se perpetúa por la ausencia de una política de captación de profesionales de la salud para actuar continuamente junto a los adolescentes.

Frente a las limitaciones impuestas por la sobrecarga de atribuciones del equipo de salud de la familia se atribuye al profesor la tarea de dar continuidad al desarrollo de las acciones de educación en salud para los niños y adolescentes, después de haber sido capacitados, desdibujando la perspectiva de una acción intersectorial. La queja en cuanto a la estructura de las escuelas también constituye una preocupación de ambos gestores, destacando que la limitación en el espacio físico, la ausencia de climatización y la restricción en la disponibilidad de recursos, constituye un factor limitador en el desarrollo del PSE. Ya en el escenario descrito por los gestores de educación, un gran desafío en el desarrollo del PSE en el ambiente escolar es la necesidad de establecer una mayor aproximación entre la escuela y la familia de los niños y adolescentes, pues como es citado, muchas veces existe resistencia de los familiares e incluso no comparecen a la institución para saber sobre el desarrollo escolar de los mismos. Así, contribuyen a la discontinuidad de la asistencia que podría estar siendo prestada a los hijos, ya que el cumplimiento de los derechos referentes a la vida, a la salud, a la alimentación, a la educación, al deporte, al ocio, a la profesionalización, a la cultura, a la dignidad, al respeto, a la libertad y a la convivencia familiar y comunitaria del niño y del adolescente, deben ser asegurados no solo por la familia, sino también, por la comunidad, la sociedad en general y por el poder público ⁽⁷⁾.

- **Tema B: Los avances descritos en las declaraciones de los gestores de salud y de educación**

Se puede deducir que a pesar de los múltiples desafíos citados, la marcha del PSE está ocurriendo de manera gradual en las escuelas, pues como fue discutido, es una forma de administrar que implica a varios sectores y acciones que antes no constaban

en el calendario escolar, como por ejemplo la vacunación contra Hepatitis B. Así, el programa contribuye con el desarrollo de otras políticas dirigidas a la atención a la salud del adolescente escolar.

Una política que podemos destacar en este escenario es la Política Nacional de Promoción a la Salud, la cual corresponde a un conjunto de esfuerzos orientados no solo para la prevención de enfermedades, sino también fundamentada en el refuerzo a la salud. Una intervención con enfoque en la salud requiere un cambio de paradigma en la forma de entender y enfrentar los aspectos de la enfermedad, es necesario relacionarse con la producción y difusión del conocimiento sobre el proceso de enfermar en la dimensión sociohistórica y la relación con la vida individual y colectiva, requiriendo acciones intersectoriales, coordinadas por la salud, en una propuesta de inclusión social ⁽²⁴⁾.

Se evidenció también por los gestores de salud el gran avance que el PSE ha realizado en la atención a la salud de los adolescentes, pues como citan, a través del programa consiguen ofrecer una asistencia individual y más específica para este público. A partir de las declaraciones de los gestores queda en evidencia la existencia de necesidades particulares del adolescente, denotando la necesidad de que la red de salud tenga profesionales y locales de atención especializada en la asistencia a la salud de este grupo de edad.

En contrapartida los gestores de educación declaran que tener a los profesores participando y colaborando con las cuestiones de salud en el ambiente escolar ya es un avance, pues los educadores provistos de estas informaciones pueden contribuir a la formación de estos niños y jóvenes sobre el auto-cuidado, formando así agentes multiplicadores en la propia comunidad.

De esta forma, frente a los desafíos y avances propuestos por estas políticas es evidente la necesidad de crear acciones de movilización, no solo de la salud y educación, sino de toda la esfera municipal, como también de quien presta servicios de atención a la salud y de defensa de los derechos de los adolescentes y jóvenes en el municipio. Para ello, el PSE contribuye con el establecimiento de un nuevo paradigma en la salud cuando, frente a la visión de los gestores, está buscando desarrollar acciones que están contribuyendo para volverse intersectoriales.

CONSIDERACIONES FINALES

Con el propósito de responder a los objetivos propuestos en esta investigación, el desarrollo del estudio posibilitó la construcción de la siguiente idea central, desvelando las políticas públicas en la promoción a la salud del adolescente escolar, en relación a la concepción de los gestores sobre su práctica para administrar las políticas públicas dirigidas a la atención integral a la salud de los adolescentes escolarizados en el municipio de Recife-PE.

En la discusión sobre las políticas públicas dirigidas a la promoción de la salud del adolescente, frente a las declaraciones de los gestores de educación y de salud, fueron relatados los muchos programas desarrollados en el municipio para los adolescentes. Pero solamente una política fue evidenciada por todos los participantes de la investigación como estructurante de una asistencia integral, que fue el Programa Salud en la Escuela. Por ello, se percibe que la propuesta rompe con antiguos paradigmas que orientan la gestión pública cuando determina que la principal forma

de ofrecer una atención integral es el establecimiento de acciones intersectoriales involucrando, por lo menos, a la salud y a la educación.

Frente a este hecho, la integridad, que es un principio legal del Sistema Único de Salud, resulta difícil de colocar en práctica si la praxis de los profesionales de la red municipal de salud no contribuye a la implantación de este paradigma. La red necesita articularse mejor con los colaboradores e invertir más en formación profesional para la atención a los adolescentes, sensibilizando a los trabajadores para los diagnósticos situacionales desarrollados en esta franja de edad y que pueden acabar influyendo en problemas futuros de salud y comportamiento.

Es necesario que la intersectorialidad sea discutida y colocada en la práctica cotidiana de los profesionales de la red de atención a la salud en el municipio, pudiendo situar al sector salud como un área estratégica para la realización de nuevas alianzas y colaboraciones, pero sin atribuir la responsabilidad solamente a los trabajadores.

El adolescente es víctima de una sociedad caciquista, patriarcal, que invirtió valores y esclaviza los cuerpos y mentes para mantener un sistema capitalista y cuando no se encuadra en los estándares es colocado al margen de la sociedad. Frente a esta realidad, acciones fragmentadas solamente refuerzan el distanciamiento de este grupo poblacional de las unidades de salud, pero todavía existe la posibilidad de atenderlos en un ambiente escolar, en el cual ellos están siempre presentes. Así, aprovechando esta oportunidad se puede ofrecer una atención más eficaz a los jóvenes.

Para ello, la responsabilidad de formar, informar y educar no está solamente basada en la familia, sino en un conjunto de acciones y profesionales que al trabajar interconectados pueden contribuir a esta atención a la salud. No mereciendo ser tratada como culpada, la familia también es víctima dentro de este proceso de busca por la supervivencia, por la dedicación extrema al trabajo, y la falta de preparación para desempeñar el papel de primer educador, responsable por imponer límites, además de tener competencia para establecer una reacción intrafamiliar de colaboración, diálogo, proximidad y respeto.

El sistema de salud brasileño constituye un modelo que se destaca por la articulación de sus principios basados en la ciudadanía, en la ética, en la justicia y en la inclusión. Sin embargo, la poca seriedad con que son tratadas las cuestiones de salud y de educación en la realidad brasileña, con una inversión financiera limitada, contribuye a la realidad de vulnerabilidad que alcanza a niños y adolescentes, exponiéndolos a componer los datos estadísticos indicadores de elevada mortalidad como consecuencia de: violencia, inserción en actos infractores, precoz iniciación sexual con elevada incidencia de embarazo en la adolescencia, acometimiento de ETS como SIDA, y el involucrarse en consumo y tráfico de drogas ilícitas y alcohol.

Los profesionales de salud que actúan en la atención básica, desarrollando acciones de educación en salud y diagnósticos sobre la salud poblacional, tienen, frente a la comunidad, el poder de trabajar las cuestiones dirigidas a la atención integral a la salud de diversos grupos. Así, son tantas las atribuciones de los profesionales que actúan en la estrategia de salud de la familia, que no disponen de tiempo para desarrollar todas las acciones que atiendan a las demandas de los adolescentes en el escenario escolar.

Por ello, concluimos que el estudio, a través de sus resultados y discusiones sobre la realidad de las políticas públicas dirigidas a la atención a la salud del adolescente, en especial el Programa Salud en la Escuela, proporciona ayudas para una reflexión crítica sobre las limitaciones administrativas en la ejecución y efectividad de las políticas intersectoriales.

REFERENCIAS

- 1 Oliveira, T. C.; Carvalho, L. P.; Silva, M. A. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília, v. 61, n.3, p. 306-311, jun. 2008.
- 2 Leão, L.M.S. Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia. 2005, 118p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2005.
- 3 Silva, A. A. Saúde do adolescente: políticas e práticas nos municípios da 18ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará. 2009, 174p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.
- 4 Dutra, M.L.S.; Barros, V.L.; A mortalidade infantil em decorrência da vulnerabilidade. In: Barchifontaine, C.P.; Zoboli, E.L.C.P. (Org). *Bioética, Vulnerabilidade e Saúde*. Aparecida, SP: Idéias&Letras, 2007. p.158-179.
- 5 Ayres, J.R.C.M.; Junior. I.F. Saúde do Adolescente. In: Scharaiber, L.B, Nemes, M. I. B., Mendes-Gonçalves, R.B (Org). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000. P. 66-85.
- 6 Nichiata, Lucia Yasuko Izumi; Bertolozzi, Maria Rita; Takahashi, Renata Ferreira and Fracoli, Lislaine Aparecida. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2008, vol.16, n.5, pp. 923-928.
- 7 BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Secretaria de Direitos Humanos. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8.069/1990. 6. ed. Brasília, 2010b.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 2005. 60 p.
- 9 IBGE. Censo Demográfico 2010. Brasília. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/criancas_adolescentes/defaulttab.shtm > acessado em: 20 de nov. 2011.
- 10 Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. Série B. Textos Básicos de Saúde/Caderno de Atenção Básica. n.24, 96p. Brasília, 2009b.
- 12 Toral, Natacha; Conti, Maria Aparecida and Slater, Betzabeth. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.11, pp. 2386-2394
- 13 Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- 14 Lefèvre, F.; Lefèvre, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botucatu)*. Botucatu, v. 10, n. 20, dec. 2006.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa CONEP. Resolução 196/96 sobre pesquisa em seres humanos. Brasília, 1996a.

- 16 Brasil. Área técnica de saúde do adolescente e do jovem. Manual técnico de saúde do adolescente e do jovem. Brasília, 2001b.
- 17 Brasil. Secretária Executiva. Coordenação da saúde da criança e do adolescente. Programa de Saúde do Adolescente: Bases Programáticas. Brasília, 1996b.
- 18 Brasil. Ministério da Saúde. Normas de atenção à saúde integral do adolescente. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Brasília, 1993. v. 1.
- 19 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, 2010a. 132 p.
- 20 De Oliveira Gomes, Vera Lúcia et al. Atendimento em uma unidade básica de saúde: estudo com foco na saúde sexual de adolescentes do município de Rio Grande/RS. *Enfermería Global*. [online]. 2013, vol.12, n.31, pp. 109-124.
- 21 Granville-Garcia, A.F.; Souza, M.G.C.; Menezes, V.A.; Barbosa, R.G.; Cavalcanti, A.L. Conhecimentos e percepção de professores sobre maus-tratos em crianças e adolescentes. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.18, n. 1, Mar 2009.
- 22 Giovanella, Ligia et al . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun 2009.
- 23 WHO/PHAC. World Health Organization. Public Health Agency of Canada. Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies. 2008. Disponível em:< <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai18/pdf/hetia18-esgai18-eng.pdf> > acesso em: 04 nov. 2011.
- 24 LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira&Lent; 2004.

Recibido: 13 de marzo de 2014; Aceptado: 11 de junio de 2014

ISSN 1695-6141

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