



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CIBELE ALMEIDA TORRES

**ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
AÇÕES E DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO
ADOLESCENTE NA ESCOLA**

FORTALEZA
2009

CIBELE ALMEIDA TORRES

**ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
AÇÕES E DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO
ADOLESCENTE NA ESCOLA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e a Educação em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

FORTALEZA
2009

CIBELE ALMEIDA TORRES

**ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
AÇÕES E DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO
ADOLESCENTE NA ESCOLA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data da Aprovação: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Prof.^a Dr.^a Neiva Francenely Cunha Vieira
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Ana Kelve de Castro Damasceno
Universidade Federal do Ceará – UFC

Esta pesquisa contou com o financiamento da
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal
de Nível Superior - CAPES

À Profª Maria Grasiela Teixeira Barroso, pela dedicação louvável aos seus alunos e discípulos, por sempre acreditar e mostrar a importância de valorizar o estudo e a Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Janete e Telmo, pelo apoio irrestrito e incondicional a meu crescimento pessoal, intelectual, crítico, profissional e, principalmente, humano;

À professora Patrícia Neyva da Costa Pinheiro pela orientação competente, a confiança que depositou em mim e pelas brilhantes sugestões, além do vínculo afetivo construído;

À professora Maria Grasiela Teixeira Barroso, pela garra extraordinária, que sempre se demonstrou inteiramente dedicada à Enfermagem, me passando muito empenho, satisfação e motivação em meu crescimento e por ser a principal responsável pela minha integração com a pesquisa em enfermagem, colaborando a partir de sua enorme sabedoria;

À professora Neiva Francenely Cunha Vieira que me acompanhou academicamente e afetivamente por tanto anos e tanto engrandeceu este trabalho a partir de suas brilhantes colaborações;

Ao professor Prof. Dr. Paulo César de Almeida e à Prof^a Dr^a Ana Kelve de Castro Damasceno que tanto colaboraram na construção desta pesquisa a partir de seus conhecimentos.

Aos meus irmãos, Vitor, Cinara e Lucas, pelos meses de paciência e colaboração no desenvolvimento deste estudo;

Aos meus amigos tão queridos que sempre se fazem presentes em meu coração e em minha vida, por serem a fonte de inspiração e pela disponibilidade de compartilharem desafios juntos comigo durante o desenvolvimento deste estudo;

Aos enfermeiros com os quais realizei este estudo, pela confiança e colaboração, mesmo com tantos afazeres, em prol da promoção da saúde dos adolescentes;

À Secretaria Municipal de Saúde que autorizou a realização desta pesquisa, através da gerente da Célula de Atenção Básica, da coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola, do supervisor de estágio do Sistema Municipal de Saúde Escola e dos coordenadores dos Centros de Saúde da Família;

À Coordenação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará pelo apoio à realização desta pesquisa;

Aos colegas de turma do mestrado que cresceram juntos comigo na concretização deste sonho em comum;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que apoiou financeiramente esta pesquisa;

A todos que contribuíram para a realização deste estudo e compartilham comigo a paixão pela vida, o inconformismo, a pureza e a determinação.

Bebida é água.

Comida é pasto.

Você tem sede de quê?

Você tem fome de quê?

*A gente não quer só comida,
a gente quer comida, diversão e arte.*

*A gente não quer só comida,
a gente quer saída para qualquer parte*

*a gente não quer só comida,
a gente quer bebida, diversão, balé.*

*A gente não quer só comida,
a gente quer a vida como a vida quer.*

Bebida é água.

Comida é pasto.

Você tem sede de quê?

Você tem fome de quê?

*A gente não quer só comer,
a gente quer comer e quer fazer amor.*

*A gente não quer só comer,
a gente quer prazer pra aliviar a dor.*

*A gente não quer só dinheiro,
a gente quer dinheiro e felicidade.*

*A gente não quer só dinheiro,
a gente quer inteiro e não pela metade.*

Bebida é água.

Comida é pasto.

Você tem sede de quê?

Você tem fome de quê?

Comida

(Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sérgio Britto)

RESUMO

A vulnerabilidade dos adolescentes brasileiros é representada por números expressivos de mortes por causas externas, alto índice de desemprego, evasão escolar, gravidez precoce, infecção por doenças sexualmente transmissíveis e envolvimento com drogas. No sentido de reverter esse quadro desfavorável, as políticas públicas apontam a necessidade de ações intersetoriais voltadas para promoção da saúde dos adolescentes nas escolas. Dentre os profissionais de saúde que poderão atuar continuamente nas escolas, tem-se o enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este estudo propõe-se a analisar o contexto dos Enfermeiros da ESF para a promoção da saúde do adolescente no cenário escolar, verificar o conhecimento dos Enfermeiros, identificar a atuação deles e identificar as condições influenciadoras para suas ações. Trata-se de um estudo transversal e exploratório, realizado com 168 enfermeiros da ESF de Fortaleza nos Centros de Saúde da Família (CSF), no período de janeiro a outubro de 2009. Aplicou-se um questionário semiestruturado. As associações entre ação, atuação e capacitação dos enfermeiros com suas características foram analisadas por meio de testes X^2 ou de máximo verossimilhança, sendo considerados estatisticamente significantes aqueles com $p < 5\%$. As questões subjetivas foram organizadas em categorias temáticas, analisando-as qualitativamente. Os aspectos éticos e legais foram respeitados. A população estudada revelou-se eminentemente feminina, em idade produtiva, residindo distante da comunidade na qual trabalham, a maioria graduada a mais de 5 anos e especialista, necessitando de cursos de formação na área estudada e com uma diversidade de recursos comunitários disponíveis para colaborar em sua atuação. O conhecimento dos enfermeiros apontou que aspectos como políticas públicas e legislações, funções do enfermeiro na saúde do adolescente, quesitos da saúde escolar e quesitos da escola promotora de saúde formam um entrelace necessário para a efetivação da promoção da saúde do adolescente. A atuação dos enfermeiros nas escolas foi considerada como uma ação de fundamental importância e viável para este profissional exercer, porém eles consideram-se pouco capacitados para seu desempenho. O espaço escolar foi ainda evidenciado como espaço de promoção da saúde e integração com o CSF e que o enfermeiro foi avaliado por 98,8% como o profissional que deve atuar no ambiente escolar. A atual conjuntura de atuação dos enfermeiros, porém, apontou a necessidade de um novo arranjo, incluindo um planejamento que permita uma maior frequência, maior diversidade de temas, metodologias criativas, com novos parceiros e atores que atendam as reais expectativas dos adolescentes, buscando a promoção da saúde nas escolas. Foram analisados também os fatores que influenciam e repercutem na atuação dos enfermeiros nas escolas com adolescentes, fomentando reflexão crítica para a construção de uma nova realidade que realmente se concretize de maneira contínua e integrada com a comunidade escolar. A partir dos achados deste estudo, um desencadear de aspectos destaca as ações dos enfermeiros da ESF como viáveis, porém, para sua concretização, o Estado deve se apoderar de seus deveres, permitindo que a promoção da saúde escolar se concretize. Portanto, a atuação dos enfermeiros na escola trata-se de um campo promissor que aguarda o planejamento, estruturação e efetivação para a excelência esperada.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Educação em saúde; Saúde escolar; Saúde do adolescente.

ABSTRACT

The vulnerability of Brazilian adolescents is represented by a significant number of deaths caused by external causes, high unemployment rate, truancy, teen pregnancy, sexually transmitted infection and involvement with drugs. In order to reverse this unfavorable situation, public policies have indicated the need of intersectoral actions with the finality of promoting adolescent health in schools. Among the health professionals who may act in schools continuously, there is the nurse of Family Health Strategy (FHS). This study aims at analyzing the context of the Nurses of FHS for the promotion of adolescent health in the school setting; it also intends to check the knowledge of nurses, identify their performance and point the conditions which influence their actions. It is an exploratory and transversal study which was conducted with 168 nurses who participate of FHS in Fortaleza city, in the Family Health Centers (FHC), in the period from January to October 2009. A semi-structured questionnaire was used. The associations between action, performance and training of nurses with their characteristics were analyzed through X^2 tests or maximum verisimilitude testes; this study considered statistically significant those with $p < 5\%$. The subjective questions were organized into thematic categories and analyzed qualitatively. The ethical and legal aspects were respected. The studied population proved to be eminently formed by productive aged women, who reside far from the community in which they work, most of them have been undergraduated for more than five years and are specialists in nursing, they have a wide variety of community resources available to collaborate in their professional performance, on the other hand, they proved to need training courses in the studied area. Knowledge of nurses indicated that issues such as public policy and legislation, the nurse roles related to adolescent health, questions about school health and questions about the schools which promote health need to be interrelated and are interrelated in order to promote adolescent health effectively. The performance of nurses in schools was considered an act of fundamental importance and viable to be executed by these professionals, although nurses consider themselves not sufficiently trained for its execution. The school environment was also pointed as an area of health promotion and integration with the FHC and the nurse was rated by 98.8% as the professional who must act in school environment. The current conjuncture of nurses' involvement, however, pointed out the necessity of having a new arrangement, including a planning which allows a greater frequency, a larger diversity of themes, creative methodologies, with new partners that reach real expectations of adolescents, seeking health promotion in schools. The factors that influence and impact on nurses' performances in schools with adolescents were also analyzed, encouraging a critical reflection in order to build a new reality which should really become true in a continuous way and integrated to the school community. From the findings presented here, it is possible to emphasize that the actions of nurses who participate in FHS are viable; however, the State should do its duties for the implementation of the actions, this way, the promotion of school health will be achievable. Therefore, nurses' involvement in school is a promising field that needs planning, structuring and effecting to reach the expected excellence.

Keywords: Health promotion, health education, School health, Adolescent health.

LISTA DE TABELAS, QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa de Fortaleza por Secretarias Executivas Regionais (SER).....	44
Quadro 1	Distribuição da população e amostra de Enfermeiros e CSF segundo SER. Fortaleza, 2009.....	45
Tabela 1	Distribuição dos enfermeiros de acordo com os fatores sócio-demográficos, formação acadêmica, experiência profissional e recursos no território. Fortaleza, 2009.....	49
Tabela 2	Distribuição dos enfermeiros segundo as variáveis de conhecimento. Fortaleza, 2009.....	56
Tabela 3	Distribuição dos Enfermeiros segundo as variáveis que avaliam a relação do profissional de saúde na escola com adolescentes. Fortaleza, 2009.....	69
Tabela 4	Distribuição dos enfermeiros segundo avaliação da importância das ações dos enfermeiros nas escolas e idade, conclusão da graduação (anos) e titulação acadêmica. Fortaleza, 2009.....	72
Tabela 5	Distribuição dos enfermeiros segundo Capacitação dos enfermeiros para atuar nas escolas e idade, conclusão da graduação (anos) e titulação acadêmica. Fortaleza, 2009.....	72
Tabela 6	Distribuição dos enfermeiros segundo Viabilidade para os enfermeiros atuarem continuamente nas escolas e idade, conclusão da graduação (anos) e titulação acadêmica. Fortaleza, 2009.....	73
Tabela 7	Distribuição dos Enfermeiros segundo o número de ações, tipos de atividade e temáticas realizadas nas escolas no último ano. Fortaleza, 2009.....	74
Tabela 8	Distribuição dos Enfermeiros segundo a frequência, tipo de atividades, temáticas, parcerias e o público das ações que deveriam ser trabalhadas nas escolas com adolescentes. Fortaleza, 2009.....	76
Tabela 9	Distribuição dos Enfermeiros segundo os fatores que influenciam a execução das ações dos enfermeiros nas escolas com adolescentes. Fortaleza, 2009.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAPES** - Coordenação e Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior
- CBO** - Conselho Brasileiro de Oftalmologia
- CC** – Coeficiente de confiança
- CSF** – Centro de Saúde da Família
- ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente
- EPS** – Escola Promotora da Saúde
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- DP** – Desvio padrão
- DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- FAE** - Fundação de Assistência ao Estudante
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDEB** - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** - Organização Pan-americana de Saúde
- OPS** – Organización Panamericana de la Salud
- PAISE** - Projeto de Assistências Integrais à Saúde do Escolar
- PNSE** – Programa Nacional de Saúde Escolar
- PNUD** - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PROSAD** - Programa de Saúde do Adolescente
- PSE** – Programa de Saúde Escolar
- RLEPS** - Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde
- SER** – Secretaria Executiva Regional
- SPE** – Saúde e Prevenção nas Escolas
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UFC** – Universidade Federal do Ceará
- UNESCO** - Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura
- UNFPA** - Fundo de População das Nações Unidas
- UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVO.....	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1	Dimensões da Adolescência.....	20
3.2	Políticas Públicas e Recomendações para a Promoção da Saúde dos Adolescentes.....	22
3.3	Reorientação dos Serviços e Práticas Profissionais para a Saúde do Adolescente.....	24
3.4	Historiando a Saúde Escolar.....	27
3.4.1	Cenário internacional.....	27
3.4.2	Cenário nacional.....	29
3.5	Recomendações das Organizações para a Saúde Escolar.....	36
3.6	Tendência das Produções Científicas Envolvendo a Enfermagem e a Saúde Escolar.....	39
4	CONDUTA METODOLÓGICA.....	44
4.1	Natureza do estudo.....	44
4.2	Período e Local do estudo.....	44
4.3	População e amostra.....	45
4.4	Coleta de dados.....	47
4.5	Organização e análise dos dados.....	47
4.6	Aspectos éticos e legais.....	48
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
5.1	Perfil dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza....	49
5.2	Conhecimento dos Enfermeiros relacionado à saúde, escola e adolescência.....	56
5.3	Avaliação dos Enfermeiros acerca da atuação na escola com adolescentes.....	70

5.4	Atuação dos Enfermeiros nas escolas com adolescentes.....	75
5.5	Fatores que influenciam a execução das ações dos Enfermeiros nas escolas com adolescentes.....	80
5.6	Visão dos Enfermeiros sobre a capacitação e viabilidades para atuar na escola com adolescentes.....	83
5.6.1	Nível de capacitação dos Enfermeiros para atuar nas escolas com adolescentes.....	83
5.6.2	Viabilidade para os Enfermeiros atuarem nas escolas com adolescentes...	86
6	CONCLUSÃO.....	88

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

Durante a graduação em Enfermagem, a pesquisadora sempre se sentiu sensibilizada e atraída pelas questões da atuação do enfermeiro junto aos adolescentes nos diversos contextos e níveis de atenção à saúde. Sua participação no projeto de extensão “Aids: educação e prevenção” afluou ainda mais esta afinidade por proporcionar um contato contínuo com os adolescentes no âmbito da promoção da saúde nos cenários escolar e familiar. Com seu ingresso no Mestrado em Enfermagem, a questão da atuação do Enfermeiro junto aos adolescentes na escola emergiu naturalmente e, a partir desta temática, desenvolveu-se uma análise crítica e teórica para fundamentar sua investigação.

Sabe-se que a adolescência corresponde a uma fase do desenvolvimento humano, caracterizada pela singular complexidade de mudanças. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os adolescentes são indivíduos de ambos os sexos com idades entre 10 e 19 anos e, para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência começa aos 12 e vai até os 18 anos (OMS, 1995; BRASIL, 2007). Essa divergência nas idades torna-se irrelevante quando se compreende que a adolescência é uma fase representada mais por comportamentos e atitudes socialmente caracterizados do que por uma delimitação cronológica do desenvolvimento humano. Além disso, a adolescência consiste em um processo amplo e de intensas transformações, tanto internas como externas, que envolvem, além do adolescente em si, o contexto em que está inserido e, em especial, ao qual está vinculado afetivamente (UNICEF, 2007).

No Brasil, no Ceará e em Fortaleza, os indivíduos na faixa etária entre 10 e 19 anos correspondem a aproximadamente 21% da população, mostrando, assim, a relevância que esta faixa etária representa dentro do país, do estado e do município e as distintas demandas que devem advir com este fato (IBGE, 2004; IBGE, 2005).

No entanto, se destaca na adolescência a condição de vulnerabilidade física, psicológica e social (HEIDEMANN, 2006). A vulnerabilidade pode ser compreendida como a interação dos fatores individuais do sujeito com fatores sociais nos quais está envolvido, podendo torna-se um indivíduo mais vulnerável ou menos, dependendo de sua capacidade de reinterpretar criticamente mensagens sociais de perigo (VILLELA; DORETO, 2006). Essa conceituação de vulnerabilidade é relativamente recente no campo da saúde e nasce no esforço de superar as práticas baseadas no conceito de risco, já que rompe com aspectos restritos ao indivíduo, analisando também as situações coletivas e contextuais (MEYER et al., 2006).

Ayres et al. (2003) particulariza as diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos através de três componentes específicos e interligados: individual, social e programático ou institucional. Para os adolescentes, é importante identificar todos esses aspectos que podem manter ou aumentar as situações de vulnerabilidade. O sentido individual da vulnerabilidade abrange as questões comportamentais e de escolha que os adolescentes teriam em suas experimentações, no qual se reflete as questões da conscientização. No plano social, encontram-se os aspectos referentes ao acesso à educação, informação e tudo que envolva a capacidade de incorporar os conhecimentos relativos às vivências. E, finalmente, no plano programático ou institucional, encontram-se os aspectos referentes à forma que as políticas e programas sociais serão canalizados e controlados, viabilizando a otimização ou não dos recursos sociais.

A vulnerabilidade dos adolescentes brasileiros é representada por dados estatísticos, com números expressivos de mortes por causas externas (acidentes de transporte, suicídios, agressão e homicídios), gravidez precoce, alto índice de desemprego, infecção por doenças sexualmente transmissíveis, evasão escolar e envolvimento com drogas (ABRAMOVAY, 2002). As classes economicamente desfavorecidas são as que mais sofrem pela falta de atenção à sua condição, representada pelos elevados índices de mortes por causas violentas, envolvimento com gangues, traficantes e com as drogas, fatos que demonstram a vulnerabilidade social que o contexto lhe expõe (ABRAMOVAY, 2002).

No sentido de reverter esse quadro desfavorável, as políticas públicas brasileiras apontam a necessidade de ações intersetoriais voltadas para promoção da saúde dos adolescentes. Segundo o manual de orientações para a organização de serviços de saúde na atenção integral de adolescentes e jovens do Ministério da Saúde, articulações intersetoriais são primordiais, já que isoladamente nenhuma instituição será capaz de realizar todas as ações necessárias para assegurar a saúde e o desenvolvimento aos adolescentes (BRASIL, 2005a). Ainda é enfatizado que as intervenções voltadas para eles têm falhado por funcionarem isoladamente umas das outras, reduzindo sua eficácia e eficiência. A política nacional de atenção básica também valoriza ações intersetoriais, voltadas para a promoção da saúde, como um componente do processo de trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2006a).

O glossário do Ministério da Saúde conceitua intersetorialidade como:

Desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução, envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros tecnológicos

materiais e humanos disponíveis, e evitando duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2004a, p 66).

Na perspectiva da promoção da saúde do adolescente e do potencial da intersetorialidade para otimizá-la, tem se evidenciado o espaço escolar como favorável à interação e protagonismo dos sujeitos na superação de situações desfavoráveis. A escola apresenta-se de forma privilegiada por proporcionar interação promissora entre adolescentes e jovens, professores, profissionais de saúde, família e comunidade.

Logo, percebendo a importância das ações intersetoriais na promoção da saúde do adolescente e o cenário escolar como fundamental para efetivação destas ações, enxerga-se o contorno da Saúde Escolar. Como parte das ações intersetoriais, a saúde escolar faz parte do rol de políticas públicas dirigidas a crianças e adolescentes que seguem em consonância à promoção da saúde e ao conceito ampliado de saúde.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a promoção da saúde no âmbito escolar requer aplicação da integralidade e multidisciplinaridade, considerando os contextos familiar, comunitário e social das pessoas. Ela busca uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida; conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco nas ações educativas; promoção de relações socialmente igualitárias entre as pessoas, na construção da cidadania e democracia; solidariedade, espírito de comunidade e direitos humanos; participação de todos os integrantes da comunidade educativa na tomada de decisões (OPS, 1996a).

Nesse sentido é importante ressaltar o conceito de promoção da saúde colocado na Carta de Ottawa como aquele processo que capacita a comunidade para atuar e controlar a melhoria da sua qualidade de vida. Percebe-se o forte cunho educacional que este conceito traz (BRASIL, 2001a). Além disso, a Carta de Ottawa também expõe cinco eixos que operacionalizam a promoção da saúde: desenvolvimento de habilidades pessoais, reforço da ação comunitária, políticas públicas saudáveis, ambientes saudáveis, reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2001a). Todos estes eixos revelam ligações aos princípios norteadores da saúde escolar, apontando abordagens intersetoriais que envolvem a educação, a saúde, o meio ambiente, as políticas públicas e o desenvolvimento integral do cidadão.

Sabe-se, no entanto, que as ações tradicionais ligadas à Saúde Escolar encontram-se repletas de paradigmas reducionistas e medicalocêntricos. Para reverter esse tipo de visão e prática de saúde no ambiente escolar, no ano de 1995, a Organização Pan-Americana da Saúde, na Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde (OPS/OMS),

oficialmente a Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde, aos estados-membros da América Latina e Caribe (OPS, 1996a). Essas ações têm fortalecido a promoção da saúde na escola a partir de uma rediscussão e reflexão sobre atividades no campo da saúde escolar.

Além da importância filosófica do espaço escolar para o empoderamento do adolescente enquanto sujeito social e político, ela também se torna estratégica pela óbvia frequência e disponibilidade de adolescentes nela. No Brasil, segundo o Censo Escolar 2000, existem 345.527 escolas, sendo em sua maioria abrangendo o Ensino Fundamental e Médio da rede pública (BRASIL, 2000a). Logo, as políticas públicas implementadas nesse plano escolar alcançarão êxito com adolescentes, já que é neste espaço onde a maioria deles se encontra.

As políticas públicas governamentais, ligadas ao ambiente escolar, também têm o papel de reorganizar e reorientar o ensino através de adequações curriculares. Além das áreas curriculares tradicionais, há a necessidade de pluralizar os saberes de acordo com as demandas, mantendo um diálogo da escola com a população acerca de temas pertinentes à sociedade brasileira como aqueles ligados à ética, meio ambiente, orientação sexual, pluralidade cultural, saúde, trabalho e consumo, ou assuntos outros que se mostrem relevantes (BRASIL, 1996). Assim, a escola se insere como cenário de formação do cidadão, preparando-o através da integração de saberes.

Porém, com as indicações das políticas públicas para o envolvimento das demandas de saúde no espaço escolar, advém necessidades outras, como a carência na formação do professor para ministrar os novos assuntos em torno da saúde e as demandas de saúde do escolar que se sobressai neste ambiente. Emerge-se a reflexão de que os professores isoladamente não conseguem atuar neste campo de saúde escolar, necessitando, assim, de profissionais de saúde no cenário escolar como reforço. Além disso, a escola destaca-se como um espaço primordial de união com ações desenvolvidas nos Centro de saúde da Família (CSF), tornando-se ambos os parceiros que compartilham do objetivo de promover a saúde dos seus escolares e atingir as prioridades de saúde coletiva.

Dentre os profissionais de saúde que poderão atuar continuamente nas escolas, tem-se o Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família, já que ele é um dos agentes promotores de saúde responsáveis pelo cuidado ao ser humano em todas as etapas de seu desenvolvimento e o espaço escolar possibilita real implementação de conhecimentos e atribuições para a promoção da saúde de crianças e adolescentes. Sabe-se que diversas políticas públicas de saúde, envolvendo adolescência e escola, têm incluído o Enfermeiro desde o processo de formulação até sua implementação e avaliação.

têm-se atualmente a estratégia de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que tem como base de suas ações a integração da saúde e da educação. Este projeto visa integrar gestores, profissionais da saúde e educação, sociedade civil em geral, na perspectiva da construção da autonomia e dos projetos de vida dos adolescentes, principalmente relacionados às questões da sexualidade (BRASIL, 2005b).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, o Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como atribuição realizar assistência integral aos indivíduos e famílias tanto no Centro de Saúde da Família (CSF), como nos demais espaços comunitários, dentre eles as escolas (BRASIL, 2006a). Logo, a inserção do Enfermeiro na saúde escolar acontece hoje por meio da Estratégia de Saúde da Família, a partir da atual organização das políticas públicas brasileiras e pela sua concepção de trabalho e de saúde-doença.

A ESF, sendo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) e o modelo organização da Atenção Básica de Saúde brasileira, é regida pelos seus princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade, priorizando em suas bases teóricas a promoção da saúde, prevenção de doenças, cura de agravos e reabilitação. Seus princípios organizativos seguem com os princípios do SUS, destacando-se a acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular. A ESF baseia-se na abordagem coletiva, entendendo que o processo de saúde-doença é determinado socialmente e que essa abordagem terá impacto profundo e contínuo. Porém, evidencia-se que esta estratégia é historicamente recente e que ainda encontra-se em processo de aprofundamento das bases teóricas e redirecionamento da práxis dos trabalhadores integrantes das equipes (ANDRADE et al., 2004).

A ESF é baseada em equipes multiprofissionais formadas, no mínimo, pelo enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário, técnico de higiene dental e agentes comunitários de saúde co-responsáveis pela saúde da população adscrita de forma integral e contínua. Essa população é determinada pelo território de atuação daquela equipe, definido com limites geográficos bem estabelecidos, devendo ser reconhecido de forma detalhada pelos profissionais.

Contudo, a concepção de território assumida pelas Equipes de Saúde da Família não deve ser exclusivamente de forma espacial e quantitativa, mas também como um território geográfico composto por coletivos humanos com modos de vida, relações sociais, culturais, políticas e históricas, singulares e ainda individualizada por suas redes sociais e as lideranças (MENDES; DONATO, 2003).

O Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família, coi

equipe, é co-responsável também por um território. A partir do conceito de territorialização, percebe-se a escola como um recurso comunitário de responsabilidade da equipe da Estratégia de Saúde da Família. Assim, frente à importância da escola para promoção da saúde do adolescente e a responsabilização deste recurso comunitário, questiona-se se o enfermeiro reconhece a escola como espaço territorial da sua atuação.

Apesar da relevância da atuação deste profissional nas escolas, uma dissertação realizada em Teresópolis, Rio de Janeiro, com Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) verificou que suas ações no ambiente escolar encontravam-se eminentemente biologicista e as atividades desenvolvidas não levavam ao fortalecimento e emancipação dos indivíduos e da comunidade (JONES, 2007). Frente a estas lacunas, emergem questionamentos referentes às causas e empecilhos que impedem a real efetivação das ações de promoção da saúde nas escolas.

Assim, entendendo a condição atual do adolescente em meio às suas vulnerabilidades particulares, percebe-se a importância das ações intersetoriais das políticas públicas e do envolvimento dos diversos atores para romper com essa problemática. A escola surge como campo promissor para a efetivação destas ações, onde o enfermeiro da ESF também detém funções específicas que necessitam alcançar o nível esperado de promoção da saúde do adolescente. A partir destes aspectos, levantam-se os questionamentos: qual a realidade atual dos Enfermeiros da ESF de Fortaleza quanto à atuação na escola como um espaço de promoção da saúde do adolescente? Quais fatores de suas realidades contribuem ou dificultam para realização destas ações? Logo, este estudo propõe-se a investigar, junto aos Enfermeiros da ESF de Fortaleza, estes questionamentos iniciais.

Este estudo tem, portanto, relevância às políticas públicas direcionadas aos adolescentes, devido à urgência de investigar a atual situação da intersetorialidade Saúde e Educação frente à promoção da saúde do adolescente. Também contribui para os Enfermeiros que atuam na ESF, por ajudá-los a refletir sobre a problemática e estimulá-los a construir uma nova realidade na atenção ao adolescente e envolvimento com o espaço escolar.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o contexto dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família para a promoção da saúde do adolescente no cenário escolar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará.
- Verificar o conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família acerca da promoção da saúde do adolescente no cenário escolar.
- Averiguar a atuação dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família no cenário escolar junto ao adolescente.
- Identificar condições influenciadoras das ações dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família acerca da promoção da saúde do adolescente no cenário escolar.
- Discorrer sobre a visão dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família acerca da promoção da saúde do adolescente no cenário escolar em Fortaleza.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Dimensões da Adolescência

Sabe-se que a adolescência só foi reconhecida e incluída como uma etapa do desenvolvimento humano apenas no último século. Em termos históricos, os indivíduos que estivessem com a idade de 12 ou 13 já eram incumbidos de responsabilidades reconhecidamente adultas. Esta fase da adolescência pôde-se distinguir-se da fase adulta, graças ao alargamento do período escolar e aos reconhecimentos jurídicos (SPRINTHALL; COLLINS, 2003).

A adolescência, sendo uma fase do desenvolvimento humano entre a infância e a vida adulta, apresenta rápidas mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. Em termos biológicos, sabe-se que as mudanças físicas ocorridas na adolescência caracterizam-se pelo crescimento aumentado e pelas alterações hormonais da puberdade. Esta consiste no processo maturacional e de crescimento que resulta na maturação dos órgãos reprodutores e desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Os eventos da puberdade são influenciados pelos hormônios e controlados pelo hipotálamo, resultando na estimulação das gônadas, em ambos os sexos, que levam a produção e liberação de gametas e a secreção dos hormônios sexuais (WONG, 1999). Assim, estas alterações biológicas na adolescência tornam o indivíduo apto a reprodução e atividade sexual, representando uma fase de destaque para a sexualidade do homem e da mulher.

Estas transformações físicas da puberdade não alteram determinantemente os estados psicológicos do adolescente. Os efeitos psicológicos, no entanto, também são influenciados fortemente por normas sócio-culturais de estereótipos da beleza, incorporados pelos pais, amigos e pelo próprio adolescente, formando seu auto-conceito. As determinações sociais exercem profunda influência na forma como as experiências juvenis são vivenciadas nesta fase. As características psicológicas de turbulência, culturalmente reconhecidas para este período da vida, correspondem muito mais a estes condicionamentos sociais do que a meros fatores biológicos maturacionais (SPRINTHALL; COLLINS, 2003).

Sobre as mudanças cognitivas que ocorrem na adolescência, sabe-se que, em contraste com o pensamento infantil, os adolescentes apresentam uma maior capacidade de pensar acerca de possibilidade, formular hipóteses, prever resultados, refletir sobre os próprios pensamentos e ponderar sobre as opiniões e ações de outras pessoas, influenciados por estímulos formais e não-formais (SPRINTHALL; COLLINS,

influenciarão fortemente na forma como o futuro adulto se desenvolverá.

Sobre as mudanças emocionais que ocorrem na adolescência, têm-se as teorias da psicologia evolutiva que muito contribuíram para a compreensão dos fenômenos que ocorrem nesta fase. Os quatro autores clássicos da psicologia da adolescência, que se destacam em suas teorias, são G. Stanley Hall, Anna Freud, Harry Stack Sullivan e Erik Homburger Erikson. Hall, o primeiro psicólogo a realizar uma análise da adolescência, considera a relação entre a fase de tempestade emocional da adolescência como uma recapitulação da própria história humana. Freud, seguidora da psicanálise, explica o turbilhão da fase adolescente relacionando ao ressurgimento da sexualidade infantil, tão trabalhada por seu pai, Sigmund Freud. Enquanto Hall e Freud reconhecem que os fatores biológicos são predominantes na determinação do processo de desenvolvimento humano, Sullivan vai apontar para um fato contrário a estas teorias reducionistas, tornando a espécie humana única, atribuindo a tal tempestade na adolescência às dificuldades de integrar as necessidades interpessoais, inclusive a sexualidade (GALLATIN, 1986).

Sullivan também aponta a cultura como lugar de origem de toda a tensão e conflito que marca a adolescência. Sobre a sexualidade, ele considera a cultura como algo que deve ser excluído da consciência. Já Erikson, foi o primeiro autor a elaborar referências acerca do processo de formação da identidade própria durante a adolescência. Sabe-se que a adolescência é considerada a etapa adequada para a formação da própria identidade, porém, devido à explosão de informações e às diversas cobranças sociais, tem-se a idéia que ela consiste num período de crise de identidade. Assim, Erikson sustenta a idéia que os indivíduos são confrontados por crises especiais e, particularmente, no caso da adolescência, o desafio é formar uma identidade adulta, influenciada pela puberdade, pressões sociais e expectativas culturais (SPRINTHALL; COLLINS, 2003).

Além dessas mudanças biológicas, cognitivas e emocionais, os adolescentes também passam por mudanças nas questões sociais. Segundo Saito (2007), as diferentes culturas são determinantes na formação das adolescências diferenciadas e, dentro delas, eles são moldados a diversos modelos. Na sociedade contemporânea, esses modelos evidenciam-se nas diferentes manifestações grupais dos adolescentes, que se identificam com os pares, formando grupos como clubber, funkeiros, rappers, emos, cosplays, darks, patricinhas, boys e etc. Por outro lado, nesta fase, o indivíduo passa por novas construções sociais, adquirindo direitos, mas principalmente deveres, que significam verdadeiras pressões, como os deveres com os pais, com a escolha profissional, com a incorporação de novos papéis sociais, de votar, de fazer escolhas e até de sustentar a família.

Nesta fase, o indivíduo passa por novas construções sociais, adquirindo direitos, mas principalmente deveres, que significam verdadeiras pressões, como os deveres com os pais, com a escolha profissional, com a incorporação de novos papéis sociais, de votar, de fazer escolhas e até de sustentar a família, determinantes do comportamento humano, seguindo as normas e valores sócio-culturais vigentes.

Nos últimos anos, é nítida a percepção de uma crescente visibilidade à causa da adolescência, observando-se maior atuação do poder público e sociedade civil, atentando para as necessidades dos adolescentes brasileiros (SPOSITO, 2003). Sua efetivação, porém, ainda encontra-se bastante restrita e silenciosa, necessitando a implementação de programas com a visão multifacetada da realidade, abordando genuinamente a promoção da saúde, permitindo um desenvolvimento humano efetivo.

3.2 Políticas Públicas e Recomendações para a Promoção da Saúde dos Adolescentes

É na adolescência que os indivíduos passam por intensas mudanças nos quesitos biológicos, psíquicos e sociais, sendo uma etapa repleta de vulnerabilidades pessoais e interpessoais. A vulnerabilidade social da adolescência no Brasil é caracterizada por números expressivos de mortes por causas externas, gravidez precoce, abortos, alto índice de desemprego, infecção por doenças sexualmente transmissíveis, evasão escolar e envolvimento com drogas, gangues e situações de violência, sendo influenciada obviamente pelo entorno social (SPOSITO; CARRANO, 2003). Esta situação se repete no Estado do Ceará e no município de Fortaleza (CEARÁ, 2004). Frente a esta problemática, no entanto, há todo um aparato conceitual, metodológico e legal a níveis internacional, nacional, estadual e municipal que assegura qualidade de vida aos adolescentes.

No nível internacional, têm-se documentos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas) que foram assinados por diversos países e que contribuem para o entendimento do dever do Estado na garantia dos direitos de crianças e adolescentes.

Surgem também conceitos particularmente ligados ao âmbito da saúde como as bases conceituais para a Promoção da Saúde que foram criadas em novembro de 1986 na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. A carta de Ottawa conceitua promoção da saúde como “o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde

participação no controle deste processo” (BRASIL, 2001a). A saúde passa a ser vista como um importante fator para a qualidade de vida, dando importância para os diversos fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos (BRASIL, 2001a).

No nível nacional, a qualidade de vida dos adolescentes e suas diversas demandas sociais são asseguradas por amplos documentos jurídicos, incluindo a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da criança e do adolescente, o Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes que guiam as políticas públicas. Primeiramente, a Constituição Federal de 1988 assegura que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2003, p. 141).

A constituição assegura ainda que o “Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente...” (BRASIL, 2003, p. 141). O Estatuto da criança e do adolescente também descreve no artigo 3º a responsabilidade que o governo e a família devem ter com os adolescentes:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 2007, p. 9).

O SUS também tem primordial papel dentro do contexto de promoção da saúde dos adolescentes. Dentre seus princípios é garantido, aos usuários, universalidade e equidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, integralidade das ações, preservação da autonomia, direito à informação, estabelecimento de prioridades segundo a realidade epidemiológica e participação comunitária (BRASIL, 1990).

Ainda no âmbito da saúde nacional, tem-se, como importante acontecimento, a aprovação do chamado Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, com a justificativa de avançar o processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS. Nele, contém-se o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. No conteúdo do Pacto pela Vida, é importante explicitar que, apesar de não tratar diretamente sobre a atenção a saúde do adolescente, ele apresenta o fortalecimento da atenção básica e a promoção da saúde como prioridade que podem es

adolescente (BRASIL, 2006b).

No Brasil existe também, dentre outras políticas públicas, a Política Nacional de Promoção da Saúde que, em consenso com os princípios do SUS e da carta de Ottawa, coloca a Promoção da saúde como um dos meios para o alcance de qualidade de vida (BRASIL, 2006c).

Especificamente sobre as políticas públicas de atenção à saúde do adolescente, destaca-se a criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), em 1989, com o objetivo de promover a saúde integral do adolescente por atendimento em Centros de Referência. E atualmente tem-se a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens que visa à melhoria da qualidade de vida de adolescentes e jovens brasileiros, a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis e a eliminação ou redução dos agravos à saúde.

No nível do Estado do Ceará e do município de Fortaleza, frente à enorme demanda dos adolescentes, foi criado um plano de ação, para os anos de 2004 a 2007, denominado Agenda de Compromissos para atenção à saúde dos adolescentes e jovens do Estado do Ceará. Trata-se de um plano que visa estimular os gestores municipais para a implementação da atenção à saúde dos adolescentes nos três níveis de complexidade do sistema de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes e ampliando as ações de promoção da saúde (CEARÁ, 2004). Políticas públicas direcionadas e planejadas para o adolescente precisam ser mais intensificadas em Fortaleza e no Ceará, visto a necessidade de continuidade das ações com este público.

Logo, políticas públicas nacionais e internacionais apresentam em seus conteúdos princípios, objetivos e ações que perfeitamente se adequariam na melhoria da atual condição de vulnerabilidade dos adolescentes, abrangendo um contexto integral. Sabe-se que, porém, elas estão longe de atingir esses objetivos. Diante de todo o exposto, fica claro a contradição entre o que está determinado nos aparatos legais e conceituais das diversas esferas públicas e a condição agravada de vulnerabilidade que os adolescentes brasileiros se encontram.

3.3 Reorientação dos Serviços e Práticas Profissionais para a Saúde do Adolescente

Depois de duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), percebe-se, dentro de sua trajetória, a evolução no âmbito da descentralização e municipalização, ampliando seu contato com a realidade social, principalmente no âmbito da atenção básica. Em 1994, surgiu a Estratégia Saúde da Família

efetivar a construção de um novo paradigma sanitário através do modelo assistencial definido pelo SUS, e, assim, assegurar, universal, integral, equitativa e qualitativamente, não só os serviços de saúde, mas também operacionalizar ações de promoção da saúde. A ESF vem como meio para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, enxergando a família como objeto central para luta pela melhoria da qualidade de vida (FELISBINO; NUNES, 2000).

Atenção Básica no Brasil objetiva, primordialmente, a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos, sendo o indivíduo percebido de forma singular, complexa, integral e sócio-culturalmente inserido (BRASIL, 2006a).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, sua operacionalização é pautada nas seguintes áreas estratégicas: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, da mulher, do idoso, saúde bucal e promoção da saúde (BRASIL, 2006a). Dentre outras áreas, o planejamento e implementação da atenção à saúde do adolescente fica a critério dos dirigentes locais, não sendo uma exigência a ser eficientemente cumprida. Mesmo frente às particularidades da adolescência no desenvolvimento humano, a atenção básica brasileira ainda não reserva parte do seu atendimento para a atenção à saúde do adolescente e nem apresenta uma organização de suas demandas específicas, tornando-se uma lacuna frente às evidências epidemiológicas e sociais.

Apesar da atenção à saúde do adolescente ainda não se encontrar como uma das prioridades da atenção básica existe atualmente um manual chamado “Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde” que serve de orientação para os Centros de Saúde da Família (CSF) na organização deste tipo de atenção (BRASIL, 2005a). Nele está explícito que o objetivo principal do CSF, com relação ao adolescente, é garantir seu acesso a ações de promoção à saúde, prevenção, atenção aos agravos e doenças, bem como reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do SUS. (BRASIL, 2005a).

As principais ações básicas de atenção à saúde do adolescente no CSF sugeridas pelo manual são visitas domiciliares; atendimento individual; atividades em grupo para adolescentes, jovens e familiares; ações educativas e de promoção da saúde; participação juvenil; atividades intersetoriais (BRASIL, 2005a). Estas ações são indicações para a atenção básica e não obrigações como os outros programas de saúde especificados, ficando a critério dos gestores locais e de suas necessidades. Isto prejudica a visibi

saúde na adolescência.

É importante também salientar que, para haver impacto na promoção da saúde dos adolescentes e para responder à diversificação de suas demandas, as ações de saúde devem ultrapassar as dependências dos CSF e abranger uma integração com os âmbitos domiciliares, escolares, comunitário (BARBOSA; PINHEIRO; VIEIRA, 2008).

Frente à condição de vulnerabilidade dos adolescentes, é primordial que a atenção à saúde seja tida também como prioridade nas questões da saúde coletiva, visando à promoção da saúde. Sabendo que o adolescente tem suas particularidades, o sistema de saúde deve também ser particularizado, rompendo, assim, com a vulnerabilidade individual, social e, principalmente, institucional ou programática com recursos que realmente viabilizem a promoção da saúde dos adolescentes.

Sabe-se também que, além dos programas de saúde direcionados para atenção básica, outro fator que influencia na qualidade da atenção à saúde do adolescente é a capacitação da equipe multiprofissional para lidar com as demandas de saúde deste grupo populacional.

É primordial que o profissional que atende adolescentes detenha uma série de competências para realização de ações adequadas de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação (BRASIL, 2005a).

A realidade atual, porém, apresenta uma série de dificuldades como demonstra um estudo realizado em Londrina, Paraná, que apresenta o enfretamento de diversas dificuldades de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) diante do atendimento aos adolescentes devido à ausência de uma política de educação permanente para os profissionais e pela não estruturação de um programa e ações específicas para a saúde dos adolescentes (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006).

Outro estudo realizado na Bahia enfatizou que os adolescentes ainda não são atendidos nos serviços como um grupo particular e específico, sendo contemplados apenas em momentos pontuais como no contexto da saúde da mulher ou em palestras esporádicas sobre sexualidade, esquecendo o verdadeiro sentido do cuidado pautado na promoção da saúde (MARTINS, 2003).

Neste sentido, é importante destacar que a formação acadêmica dos profissionais ainda é restritiva ao acolher as clientelas específicas de crianças e adultos, ficando a prática a ser desenvolvida depois da academia ainda pouco voltada para a fase da adolescência. Logo, torna-se necessário refletir o quanto é importante a integração e o empenho dos profissionais de saúde no processo de mudança do estado atual da atenção à saúde

eles encontram-se numa posição fundamental por serem agentes promotores da saúde.

Uma dissertação realizada em Mossoró com Enfermeiros e adolescentes aponta que a prática deste profissional de saúde da ESF ainda não se volta para promoção da saúde do adolescente, exigindo uma capacitação contínua que permita a socialização e enfrentamento dos problemas, bem como mudanças sócio-estruturais do sistema de atendimento (NÓBREGA, 2007).

As ações de saúde dos profissionais de saúde para os adolescentes são na maioria pontuais. Ressente-se a ausência de uma base de conhecimentos sobre o contexto de vida e condições de vulnerabilidade para que as atividades de promoção da saúde dos adolescentes atendam a demanda desta população. Igualmente, observa-se que mesmo tratando-se de temas que os expõem as situações de vulnerabilidade, como por exemplo, sobre DST, HIV ou gravidez, via de regra reduz-se a transferência de informações sob o domínio biológico. A compreensão de saúde numa perspectiva ampliada e de integralidade deve estar presente em qualquer ação de promoção de saúde.

3.4 Historiando a Saúde Escolar

3.4.1 Cenário Internacional

O movimento social de saúde escolar teve início na Europa, no século XVIII, evidenciado na França, Inglaterra e Alemanha. As primeiras escolas medievais encontravam-se em mosteiros. O ensino destas escolas monásticas destinava-se a futuros monges, que obtinham sua instrução religiosa, e à plebe, que eram familiarizados com as doutrinas cristãs e ao mesmo tempo controlados pelo Estado. No século XVIII, passou a existir uma divisão de classe social escolar: o sistema de ensino popular e o ensino à burguesia. O ensino, que era unificado, passa a ser dividido em graus. O primário era freqüentado por todos, enquanto o secundário seria destinado a uma classe mais privilegiada. Isso porque a infância nas classes populares era um período curto, pelo fato de as crianças serem força de trabalho (FERRIANE, 1991).

Com as transformações sociais decorridas da Revolução Industrial, surgem doutrinas médicas, apontando condições de vida como causa de enfermidade e propondo a Medicina como reforma social. A preocupação com a saúde da criança surge a partir das altas taxas de mortalidade infantil. No século XIX, a saúde escolar recebe influência dramática das três doutrinas médicas: a Polícia Médica, o Sanitarismo e a Puericultura (MIRANDA et al., 2000).

A Polícia Médica foi iniciada no final do século XVIII, no Estado alemão absoluto e mercantilista, em razão do marcante crescimento populacional. Dessa forma, a saúde passa a ser visualizada não como bem individual, mas como bem do Estado, mostrando um cuidado com a população como força do trabalho. Essa doutrina trazia a preocupação com a saúde individual e coletiva, estendendo-se à Medicina escolar. No contexto escolar, a Polícia Médica abrangia o atendimento ao escolar e a supervisão das instituições educacionais, particularizando, desde a prevenção de acidentes, até a higiene mental, desde a elaboração de programas de atletismo, até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula (FERRIANE, 1991).

A Puericultura surge na França no século XIX. Sua aceitação foi efetivada com a revolução Pausteriana. Na primeira década do século XX, a concretização da higiene escolar ocorreu na Europa, América Latina, Estados Unidos e Japão. A Alemanha fornece importante contribuição para o progresso da saúde escolar, sendo pioneira na institucionalização da higiene escolar, garantindo o seguro social, porém afastando o controle social. Em algumas cidades da Alemanha, nesta época, havia uma assistência sob o enfoque biomédico no interior das escolas. Estes médicos se limitavam a descobrir problemas de saúde nas crianças e encaminhá-las para clínicas e hospitais (MIRANDA et al., 2000).

Apesar de passado aproximadamente um século, ainda nos deparamos com uma realidade nas escolas brasileiras semelhante à situação há pouco descrita, em que as práticas de saúde dentro da escola se encontram restritas praticamente à detecção e resolução de problemas odontológicos, oftalmológicos e psicológicos, como veremos a seguir.

Em Alma-Ata, Cazaquistão, de 6 a 12 de setembro de 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, de onde saiu a chamada Declaração de Alma-Ata. Ela teve como principal meta a Saúde para Todos no Ano 2000. Nesta declaração, foram registradas algumas ações importantes com relação à Educação em Saúde, quando referiram que os cuidados primários de saúde envolvem, além do setor saúde, todos os setores do desenvolvimento nacional e comunitário, incluindo a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores (BRASIL, 2001a).

Vale ressaltar o destaque da educação, no tocante aos métodos para a prevenção e controle de problemas emergentes da saúde pública.

No Canadá, em 1986, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a qual produziu a Carta de Ottawa, que também visava a atingir a Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes. Ela trouxe nova

pública. Com relação à Educação em Saúde e saúde escolar, Ottawa mostrou uma nova tendência mundial, que enxergava a saúde de uma forma mais complexa e abrangente. Ela mostra pré-requisitos indispensáveis à saúde e que antes eram ignorados como parte deste setor: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Esta declaração traz grandes fundamentos para a saúde escolar, principalmente quando prega a capacitação do ser humano, a elaboração de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis e o desenvolvimento das habilidades pessoais (BRASIL, 2001a).

Em 1988, ocorreu a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Adelaide, Austrália. As políticas públicas voltadas para a saúde foram tidas como tema central e trouxeram como pré-requisitos para o desenvolvimento social e da saúde: paz e a justiça social; alimentação adequada e água potável; educação e moradia decentes; um papel profícuo na sociedade e renda adequada; conservação dos recursos naturais e proteção do ecossistema (BRASIL, 2001a).

Em 1991, em Sundsvall, Suécia, ocorreu a Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que abordou a temática sobre ambientes favoráveis à saúde e apresentou em sua declaração uma abordagem que valoriza a criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde (BRASIL, 2001a).

Em julho de 1997, ocorreu a Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Jacarta, Indonésia. Ela serviu para analisar as conferências anteriores, suas contribuições, as metas alcançadas, os saberes sobre promoção de saúde acumulados, formulação de novas estratégias para enfrentamento dos novos desafios da promoção da saúde no século XXI e reafirmar antigos pactos firmados (BRASIL, 2001a).

Então, sucederam-se outras conferências, também com objetivos de engrandecimento dos saberes e práticas da promoção em saúde, que culminou com a Educação em Saúde e saúde escolar.

3.4.2 Cenário Nacional

No Brasil, não se tem registro de políticas voltadas à saúde até o século XIX. No campo da educação, no Brasil - colônia, as escolas brasileiras eram espaços direcionados ao Ensino Superior, voltadas para a educação de uma elite religiosa, e também espaço para alfabetização de filhos de índios e portugueses. O objetivo dessas escolas era de transferir os valores europeus aos nativos brasileiros (FERRIANE, 1991).

Em 1808, com a vinda da família real, a educação brasileira passa a ser uma preocupação para as oligarquias locais, pois esta dava suporte para o ingresso a cargos administrativos e políticos então criados.

A Constituição outorgada de 1824, primeira constituição do Brasil, determinava que a instrução pública devesse ser gratuita a todos os Cidadãos. Embora tenha provocado debates acerca deste assunto, esta medida nunca se concretizou de fato.

Na passagem do Império para República, a educação deixou de ser vinculada somente à igreja. No período da República Velha, 1889 a 1930, foram construídas muitas escolas, porém a educação era elitista e voltada para as classes hegemônicas.

Em face das primeiras políticas sanitaristas do governo republicano, atreladas aos interesses da economia do café e decorrentes da reforma dos serviços sanitários, sucederam as primeiras ações aos serviços de higiene escolar, pelo fato de as doenças pestilenciais e epidêmicas estarem presentes no País. As ações da Educação em Saúde dentro do espaço escolar datam de 1910, quando se enfatizavam o corpo, o controle de epidemias, a moralização de costumes e o disciplinamento do comportamento do indivíduo, principalmente dos pobres (CATRIB et al., 2003).

No período que sucedeu o ano de 1920, a educação brasileira incorporou influências da então chamada pedagogia da Escola Nova. Esse modelo modificou o sistema educacional brasileiro, já que foi o primeiro a reconhecer as diferenças individuais, referindo que não há uma essência humana determinada desde o nascimento. Na década de 20, além do modelo de Escola Nova, os currículos de algumas escolas brasileiras receberam a inclusão de higiene e puericultura.

Na década de 1930, a puericultura se difundiu, assim como a inspeção médica escolar passa a fazer parte do serviço sanitário, participando da inspetoria de higiene e educação sanitárias recém-criadas. Na década de 1930, aprovou-se a Constituição de 1934, onde se estabeleciam a gratuidade e a obrigatoriedade do Ensino Primário. A educação passa a ser reconhecida como necessidade social e econômica. Já em 1939, na Constituição do Estado Novo, Vargas eliminou a universalidade da educação. Já na Constituição de 1946 foi restabelecido o direito de todos à educação. Neste período, são percebidas duas categorias integrantes da saúde escolar: inspetoria médica escolar atrelada à educação e a inspetoria de educação sanitária juntamente com centros de saúde subordinados à saúde (FERRIANE, 2001).

Os anos 1960 fecham um ciclo de lutas por parte dos educadores para criação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, sancionada em 196

que a criança é obrigada a freqüentar a escola primária, salvo os casos de pobreza dos pais, insuficiência de escolas, matrículas encerradas e doenças ou anomalias graves da criança, e tanto o setor público quanto privado têm direito a ministrar o ensino no Brasil; ou seja, a classe dominante possui livre acesso à escola e os estudantes carentes ficam marginalizados (BRASIL, 1961). Esta lei ainda elitista criava dificuldades de acesso ao nível médio, tornando-o quase impossível a um jovem pobre. Assim, cursos propedêuticos eram destinados à elite e profissionalizantes aos mais carentes.

De 1961 a 1964, um novo ministro garante gratuidade a todos no acesso à educação, incentivando também vários projetos de educação, dentre eles os de Paulo Freire. Em 1964, com a revolução militar, os movimentos de educação popular são interrompidos. Conseqüentemente, grande parte das crianças em idade escolar fica fora da escola e, posteriormente, passa a freqüentar o MOBRAL.

Nos anos 1970, a saúde escolar assume seu caráter biológico. Sua metodologia é basicamente resumida em exames físicos e clínicos, obrigatórios para o ingresso do aluno na escola. Essa prática em nada alterou no rendimento escolar dos alunos (FERRIANE, 2001).

Nas últimas décadas do século XX, acompanha-se uma tentativa de explicação no referente à situação das crianças na escola. Analisando o conceito de fracasso escolar como evasão e repetência escolar, encontram-se reflexos do pensamento biomédico da sociedade brasileira quando tenta explicá-lo. Discriminam-se problemas mais comuns dessa faixa etária como afecções puramente biológicas, esquecendo todo o contexto social vivido por aquela criança (MIRANDA; FERRIANE, 2001).

Até o ano de 1995, não havia no Brasil um documento que referenciasse e norteasse os currículos propostos pelas 27 secretarias de educação estaduais e 5.600 municipais que formam o Estado federativo brasileiro. Em conseqüência de um longo debate nacional, foi aprovada, em dezembro de 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, lei máxima da educação brasileira. Ela firma, com uma de suas normatizações, a definição de que o Estado tem como competência estabelecer as diretrizes para nortear os currículos, de modo a guiar uma formação básica de forma unificada no País, em colaboração com estados e municípios (BRASIL, 1996).

Essa nova proposta é composta dos documentos Parâmetros Curriculares Nacionais para Educação Fundamental, Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil e para Educação Indígena e a Proposta Curricular para Educação de Jovens e Adultos. Em meio às propostas definidas, os Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental incluem, além das áreas curriculares clássicas (Língua

Ciências Naturais, História, Geografia, Arte, Educação Física e Línguas Estrangeiras), a necessidade de se manter um diálogo da escola com a população acerca de temas pertinentes à sociedade brasileira como aqueles ligados à ética, meio ambiente, orientação sexual, pluralidade cultural, saúde, trabalho e consumo, ou assuntos outros que se mostrem relevantes (PRADO, 2000).

No Brasil, existe o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, que consiste em uma autarquia do Ministério da Educação cuja missão é prover recursos e executar ações para o desenvolvimento da Educação, visando a garantir educação de qualidade a todos os brasileiros. Pensando assim, eles desenvolveram o Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE). O PNSE, criado em 1984, concede aos municípios apoio financeiro, com o intuito de realizar consultas oftalmológicas, aquisição e distribuição de óculos para os alunos com problemas visuais matriculados na 1ª série do Ensino Fundamental do ensino público das redes municipais e estaduais (BRASIL, 2008a). Seus principais fatos históricos são (BRASIL, 2008a):

- No período de 1984 a 1986, o Programa exercia suas funções de forma descentralizada, a partir da transferência de recursos financeiros acordados em convênios com secretarias estaduais de Educação e de Saúde.
- No período de 1987 a 1988, ocorreu o desenvolvimento de áreas do programa, como a Saúde Geral, a Oftalmologia e, principalmente, a Odontologia, que recebeu recursos para a aquisição de materiais de consumo e permanentes que permitiram realizar a prática da prevenção e da cura. Nessa época, foram firmados convênios com as secretarias estaduais de Educação e prefeituras municipais.
- O artigo 208, inciso VII, da Constituição Federal é estabelecido, onde se atribui o atendimento à saúde do educando, por meio de programa suplementar de saúde do escolar, no ano de 1988.
- Em 1989, a atuação do Programa tornou-se restrita ao acompanhamento indireto e à avaliação das ações realizadas anteriormente.
- No período de 1990 a 1994, a execução do Programa torna-se centralizada. Em 1990, a atuação da Odontologia fica restrita às atividades preventivas, graças ao restrito recurso financeiro disponibilizado para o Programa. Em 1992, o Programa retoma suas atividades e realiza o convênio com 342 instituições e dá maior ênfase à capacitação de recursos humanos para o Programa, com a realização do primeiro curso de agente de saúde e o curso de profissionais em oficina óptica. Tinha-se uma estimativa de realizar convênios com 700 municípios, porém, não foi possível atingir esta meta e

problemas originados da extinta Fundação de Assistência ao Estudante (FAE). No período de 1993 e 1994, o Programa atingiu superação, realizando convênio com 1.140 municípios e promovendo todas as áreas pretendidas, atendendo a saúde geral do escolar com atuação da Odontologia e Oftalmologia. Além disso, foram adquiridos materiais e equipamento necessário ao atendimento dos escolares (clínicas odontológicas, laboratórios ópticos, lentes, armações, *kits* de primeiros socorros, pastilha de flúor etc.) e cursos de capacitação aos profissionais.

- No período de 1995 a 1998, foram realizadas as atividades do Projeto de Assistência Integrals à Saúde do Escolar (PAISE), fruto da nova proposta para o PNSE. Este Programa tinha como objetivo desenvolver ações educativas, preventivas e curativas para os alunos da 1ª série do Ensino Fundamental, residentes nos bolsões de pobreza dos municípios das capitais, contribuindo para a formação de bons hábitos alimentares e de higiene, prevenção de doenças e transmissão de noções de saneamento básico. Suas ações curativas destinavam-se ao tratamento dos alunos com problemas médicos, odontológicos ou psicológicos, preferencialmente pelas redes credenciadas do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Em 1999, o Ministério da Educação promoveu suas atividades de dirigidas à saúde por meio de campanhas: Campanha Nacional de Reabilitação Visual Olho no Olho e Campanha Quem Ouve Bem Aprende Melhor.
- De 1999 a 2002, o Programa destinou-se a promover a Campanha Nacional de Reabilitação Visual Olho no Olho, em parceria com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), realizando atividades preventivas a partir da prevenção, identificação e correção de problemas visuais em alunos da 1ª série do Ensino Fundamental de escolas das redes públicas estaduais e municipais. Nos anos de 2003 e 2004, as ações do Programa Nacional de Saúde do Escolar, representando o Ministério da Educação, voltaram-se a campanhas de cunho nacional, como a Campanha de Reabilitação Visual Olho no Olho. Ela teve por base quatro ações: reprodução e distribuição de material didático-pedagógico às escolas públicas; triagem de acuidade visual; consulta oftalmológica; aquisição e distribuição de óculos aos alunos, por entender que essas ações influenciam diretamente no processo ensino-aprendizagem
- Em 2005, o Programa inovou no sentido de ampliar o atendimento e acrescentar consultas médicas, que permitam o diagnóstico clínico e fonoaudiológico para os alunos assistidos.

Percebe-se que, até mesmo em um Programa especialmente dirigido aos escolares, a proposta de saúde escolar ainda encontra-se bastante restrita. Pr

acerca desta problemática, que valoriza apenas ações pontuais na detecção de problemas odontológicos, oftalmológicos, fonoaudiológicos, posturais e psicológicos, restrito na visão biomédica. Esta fase da vida do ser humano que passa por várias transformações exige um acompanhamento integral, permitindo um desenvolvimento efetivo ao escolar. É necessária a implementação de programas com a visão multifacetada da realidade, abordando genuinamente a promoção da saúde.

Resultante também do processo histórico de ideologia e planejamento das políticas públicas de saúde e educação, o Brasil conta hoje com outras políticas e programas no campo da saúde, além do PNSE, a serem desenvolvidas e implementadas no ambiente escolar.

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids, em trabalho conjunto com a UNESCO e o Ministério da Educação, com o apoio do UNICEF no Brasil e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), lançaram em 2003, o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Esta estratégia trabalha a inclusão, na educação de jovens das escolas públicas, dos temas saúde reprodutiva e sexual, tendo com principais elementos a educação preventiva e a formação de consciência crítica de forma interdisciplinar. O projeto visa (BRASIL, 2005b):

- Contribuir para a redução da incidência das doenças sexualmente transmissíveis e de infecção pelo HIV na população jovem;
- Apoiar ações de formação continuada para profissionais de educação e saúde para melhor responder às diferentes situações relacionadas à vivência da sexualidade no cotidiano dos jovens;
- Contribuir para a redução da incidência de gravidez não planejada na população jovem;
- Contribuir para a redução da evasão escolar relacionada à gravidez na adolescência;
- Fomentar a participação juvenil para que adolescentes e jovens possam atuar como sujeitos transformadores da realidade;
- Possibilitar que a escola desempenhe seu papel democrático no respeito e convívio com as diferenças;
- Constituir uma rede integrada de saúde e educação para colaborar na redução dos agravos à saúde;
- Inserir no cotidiano da prática pedagógica dos professores as temáticas relacionadas à sexualidade elencadas neste Projeto;
- Promover o diálogo na família, na comunidade e integrá-las ao projeto Saúde e Prevenção nas Escolas;

- Ampliar parcerias entre escola, instituições governamentais e instituições não-governamentais visando à integração de esforços para a formação integral do educando;
- Contribuir para a sustentabilidade das ações de promoção Prevenção nas Escolas, incluindo suas diretrizes e estratégias no Projeto Político Pedagógico das unidades escolares, as quais criarão e incorporarão no seu cotidiano a cultura de prevenção e promoção à saúde.

E mais recentemente, foi formalizado ações de saúde do escolar junto ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde, através da Portaria interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008, publicada no Diário Oficial da União. Estas ações visam à execução de ações de atenção, prevenção e promoção à saúde nas escolas, bem como o caráter transversal da atenção à saúde e a necessidade de envolver a comunidade nas estratégias de educação para a saúde na rede pública de educação básica. Nesta portaria foi instituída, dentre outras, a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola com a finalidade de estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. Outra ação instituída é acompanhar a execução do Programa Saúde na Escolar (PSE) que visa prevenir e promover saúde, por meio de avaliações do estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, controle de cárie, acuidade visual e auditiva e também psicológica do aluno, sob responsabilidade das equipes de saúde da família (BRASIL, 2008b).

No Ceará, o PSE está planejado para ser desenvolvido em 16 municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) menor ou igual a 2,69 e cobertura de 100% da Saúde da Família. Em Fortaleza e nos municípios de Caucaia e Maracanaú há previsão também de repasse de incentivo para, respectivamente 173, 28 e 19 equipes da Saúde da Família a fim de atender as escolas que também registram baixo IDEB e são participantes do Programa Mais Educação (BRASIL, 2008c).

Então, pode-se inferir que, ao longo dos anos, o sistema educacional sofreu transformações quanto à legislação referente aos escolares e ao cidadão e quanto às políticas públicas dirigidas a eles. A visão reducionista, todavia, ainda está fortemente presente. A história brasileira mostra como foi dolorosa ao povo a construção das políticas públicas e do sistema educacional, já que, ao logo dos anos, eles estiveram subordinados as pressões do mercado de trabalho, da globalização e da política neoliberal. O personagem que mais sofreu com esta realidade foi, justamente, a juventude, que não pôde ter uma formação na perspectiva integral e cidadã. Isso tem reflexo na nossa sociedade, onde se tem culturalmente enraizado a não percepção de nossa realidade e a não efetivação do c

A saúde escolar no Brasil ainda é um conceito muito restrito a serviços prestados na perspectiva biomédica. É fundamental, então, a construção de um pensamento multidimensional, que privilegie a complexidade em detrimento do pensamento simplista, disjuncto e reducionista (PETRAGLIA, 1995). Faz necessária uma reflexão acerca das complicações pela permanência deste sistema, que dificulta cada vez mais a transformação social do nosso país e que nos torna desacreditados da efetivação de nossos direitos enquanto cidadãos e quanto à justiça social para todos.

3.5 Recomendações das Organizações para a Saúde Escolar

Contrastando com os antecedentes históricos relacionados à saúde escolar, as recomendações das organizações internacionais buscam contemplar a saúde e a promoção da saúde de crianças e adolescentes no espaço da escola. Como já referenciada, a Carta de Ottawa é um marco acerca da promoção da saúde, trazendo conceitos e estratégias para seu alcance (BRASIL, 2001a). Este documento é bem amplo e aplica-se devidamente ao que se tem de mais amplo na concepção de saúde escolar.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde escolar deve contemplar os seguintes quesitos: vigiar e ajudar a melhorar o estado nutricional dos alunos; Prevenir as enfermidades mais comuns por meio de exames médicos periódicos; Prevenir as enfermidades de transmissão sexual, tabagismo e gravidez precoce, alcoolismo, drogadição, anorexia e o suicídio; Controlar a imunização; Assegurar um entorno saudável; Educar sobre os diversos aspectos de uma vida saudável e contribuir para esclarecer concepções erradas ou supertições contra a saúde; Prover primeiros socorros e cuidados de emergência; Promover a saúde mental e emocional; Orientar crianças e adolescentes com deficiências físicas e mentais (OMS, 1997).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomenda, para a viabilização da saúde escolar, uma ação intersetorial a partir de uma maior aproximação da escola com centros de saúde, com centros de lazer, cultura e esporte, com conselhos tutelares, escolares e de direito. Além disso, a UNICEF recomenda incentivos particulares dos pais, identificação e apoio às crianças vítimas de violência e de trabalho infantil e respeito às crianças em situações de vulnerabilidade. A Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (UNESCO) prega que as crianças aprendam saúde na escola, adquiram conhecimentos sobre hábitos higiênicos e hábitos de saúde em geral.

A Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde na Região

também no âmbito da promoção da saúde no ambiente escolar, na qual procura fortalecer a capacidade do setor Saúde e de Educação para promover o bem-estar e a qualidade de vida de estudantes, crianças ou adolescentes, família, professores e outros membros da comunidade escolar (BRASIL, 2006e).

A criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS) aconteceu em 1995 no Chile, durante o Congresso de Saúde Escolar, conduzindo-se a I Reunião da Rede em 1996, em San José da Costa Rica. A II Reunião foi realizada no México em 1998, a III Reunião em Quito, Equador, em 2002. A IV Reunião ocorreu em San Juan de Porto Rico, em 2004, que contribuiu para fortalecer os mecanismos de intercâmbio de conhecimentos e experiências sobre saúde escolar. E mais recentemente, ocorreu a V reunião da RLEPS em Tocantins, Brasil, cidade de destaque em experiência com escolas promotoras de saúde no país. A RLEPS facilitou a discussão entre os participantes, nos quais se incluí o Brasil, sobre temas prioritários de saúde e a identificação de linhas de ação para melhorar a capacidade do sistema escolar com ações voltadas para a promoção de saúde nos países (BRASIL, 2006e).

Sobre Escolas Promotoras de Saúde, a OPAS delimita que para sua efetivação é necessário que a instituição educacional: garanta um lugar seguro, prazeroso, com instalações sanitárias e físicas adequadas; desenvolva ações cotidianas em parceria e que estabelecem relações favoráveis ao desenvolvimento e à aprendizagem do cidadão, estimulando a opção por um estilo de vida saudável; ajude os jovens a perceber seu potencial físico, psicológico e social, promovendo sua auto-estima; fortaleça as relações entre os alunos; explore a disponibilidade dos recursos comunitários; defina os objetivos para promover a saúde dos alunos e docentes (OPS, 1996b).

Além dessas ações, a Escola Promotora da Saúde deve ainda contemplar as seguintes atividades: educação em saúde no ambiente escolar, formação e capacitação de professores, serviços de saúde escolar, serviços de alimentação na escola, ambiente saudável na escola, educação física e esforços integrados de promoção da saúde a nível escolar individual, familiar e comunitário (OPS, 1996b).

Segundo OPS/OMS (1996b), para efetivar-se como escola promotora de saúde, é necessário que a instituição educacional implemente os seguintes componentes:

1. Educação para saúde no ambiente escolar.

Realizar um programa que leve os alunos e professores a adquirir conhecimentos no que tange a saúde e a sensibilização da prática de comportamentos saud:

qualidade de vida. Os assuntos devem se adequar à realidade de cada comunidade, seguindo as diretrizes curriculares que possui. Deve abordar temas como higiene pessoal, saneamento básico, tratamento de água, prevenção e controle de doenças, principalmente as doenças transmissíveis, nutrição saudável e sensibilização ao combate da violência e do uso das drogas. Temas transversais que são abordados nos Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental no Brasil como: Ética, Meio Ambiente, Orientação Sexual, Pluralidade Cultural, Saúde, Trabalho e Consumo, ou outros assuntos que se mostrem relevantes, devem ser abordados sempre que necessários.

2. Formação e capacitação de professores.

Recomenda-se um programa de capacitação permanente do corpo docente, a fim de que ele esteja preparado para incorporar sua escola como fonte de promoção da saúde. Tem-se a necessidade de convidar as universidades e os centros formadores para participarem deste processo.

3. Serviços de saúde escolar.

Os programas de saúde do escolar determinam-se a promover atividades preventivas e de detecção precoce de possíveis problemas que interfiram no desempenho do escolar. Eles delimitam-se geralmente a diagnosticar problemas odontológicos, oftalmológicos, psicológicos e posturais. No Brasil, há PNSE, SPE e o PSE, acima descritos.

4. Serviços de alimentação na escola.

A escola deve disponibilizar de um serviço de fornecimento de alimentação ao escolar. Este deve fomentar a discussão e conscientização quanto à necessidade da alimentação saudável na rotina diária dos estudantes e professores.

5. Ambiente saudável na escola.

A escola deve ter o seu espaço físico íntegro, nas condições materiais e hidro-sanitárias. O ambiente da comunidade, no qual a escola está inserida, também deve ser adequado, pois todo esse meio influencia no bem-estar e desenvolvimento escolar do estudante.

6. Educação física.

A escola deve conter um programa que estimule a prática de exercícios físicos. Este leva a uma melhoria do sistema cardiovascular e respiratório do estudante, além de ser um método de expressão corporal e de desenvolvimento social.

7. Esforços integrados de promoção da saúde a nível escolar comunitário.

Envolver toda a comunidade na concretização dos objetivos almejados com a escola promotora de saúde é fundamental. Associações comunitárias e conselhos de saúde devem colaborar com a escola promotora de saúde com seu apoio, viabilizando-a socialmente.

Diante das recomendações deve-se refletir acerca da situação atual de saúde do escolar e do que é preconizado pelas grandes organizações e pela legislação brasileira, havendo estudos que dêem maior visibilidade a esta problemática.

3.6 Tendência das Produções Científicas Envolvendo a Enfermagem e a Saúde Escolar

Com o objetivo de delimitar o objeto de estudo desta pesquisa e avaliar as publicações científicas que envolvessem a atuação do enfermeiro no cenário escolar focada na saúde do adolescente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica.

A partir das palavras-chave “School Nursing” e “Adolescent” na base de dados Pubmed/Medline e “Enfermagem”, “Saúde Escolar” e “Adolescente” nas bases de dados Adolec, Lilacs, Bdenf e Scielo, realizou-se uma vasta exploração da literatura nacional e internacional. Além disso, se teve como critério de seleção o idioma dos estudos, que deveriam ser nas línguas inglesa, portuguesa ou espanhola, o ano de publicação, que deveriam ser dos últimos 5 anos e disponibilidade do resumo na rede mundial de computadores.

A partir destes critérios iniciais, obteve-se 157 estudos na base de dados Pubmed/Medline, 128 estudos na Adolec, 12 estudos na Lilacs, nenhum nas bases de dados Scielo e Bdenf, totalizando 297 estudos que prosseguiram para a próxima fase.

Com o total de 297 referências coletadas, passou-se a fase de triagem das referências quanto à relevância para esta pesquisa bibliográfica através da leitura dos resumos, buscando aqueles que respondessem ao interesse de estudo. Logo, escolheu-se, dentre o total dos encontrados, aqueles que seguiram estes critérios de seleção: que o trabalho fosse relacionado ao cenário escolar, que o trabalho envolvesse a atuação do enfermeiro e que o trabalho fosse direcionado à saúde do adolescente.

A partir destes critérios de inclusão, obteve-se 84 es

Pubmed/Medline, 70 estudos na Adolec, 1 estudo na Lilacs, nenhum nas bases de dados Scielo e Bdenf. Porém, 31 dos estudos selecionados repetiram-se nas bases de dados Pubmed/Medline e Adolec e 1 estudo repetiu-se na Adolec e Lilacs. Logo, contabilizou-se 123 estudos diferentes para serem estudados e detalhados nesta pesquisa bibliográfica.

Seguindo o instrumento de coleta com dados sistematizados, organizaram-se e analisaram-se as características dos estudos selecionados.

Primeiramente, enfocando os periódicos nos quais foram publicados os 123 estudos selecionados, realizou-se uma descrição dos nomes dos 29 periódicos, suas áreas de conhecimento e a quantidade de trabalhos publicados neles. Percebeu-se que o *The Journal of School Nursing* predominou com o número de estudos selecionados publicados (57,7%), refletindo a sua temática específica envolvendo saúde escolar. O periódico *School Nursing News*, apesar de trabalhar diretamente com a temática de enfermeiros escolares, apresentou apenas 5,7% dos estudos selecionados para esta pesquisa bibliográfica. Fora o periódico *The Journal of School Nursing* que predominou na seleção dos estudos, os 28 periódicos apresentaram uma reduzida publicação dos estudos selecionados, porém demonstra a diversidade de periódicos que permitem a publicação nesta temática. Sobre as áreas de conhecimento dos periódicos, percebeu-se que 19 encontravam-se na Enfermagem e 10 em áreas afins. Também demonstrando que, mesmo sendo uma seleção sobre estudos especificamente sobre enfermagem, 34,5% encontravam-se em outras áreas de conhecimento

Quanto aos países de origem dos estudos, houve uma diversificação de países com publicação no âmbito da Enfermagem escolar que atenderam as expectativas deste estudo, totalizando 12 países. Outro aspecto importante de ser descrito é que 23,6% dos estudos selecionados não indicavam sua nacionalidade, impossibilitando sua classificação.

Seguindo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) acerca do índice de desenvolvimento humano, esta pesquisa bibliográfica aponta que 99,2% dos estudos selecionados encontram-se em países ditos desenvolvidos e que 1 estudo não se incluía nesta lista, por ter sido publicado no Brasil (PNUD, 2007). Esse dado revela o quanto as ações da enfermagem escolar são valorizadas em países ricos. Percebeu-se também que há predominância de pesquisas sendo realizados no âmbito da Enfermagem escolar nos Estados Unidos, refletindo a própria origem da atuação dos enfermeiros norte-americanos nos cenários escolares. A Inglaterra demonstrou também sua tradição no âmbito da Enfermagem escolar com estudos relevantes que apontam seu interesse e prática na temática.

Quanto ao ano de publicação dos estudos selecionados,

de 2003 o número de publicação cresceu bastante e que a partir de 2004 manteve-se uma média regular de estudos publicados. O número de estudos em 2008 foi de 16, porém a coleta desse dado ocorreu até o primeiro semestre desse ano, logo, está reduzido. Esses dados revelam uma constância nas publicações de estudos na temática de enfermagem escolar.

Sobre os temas abordados nos estudos, procurou-se agrupar em temas abrangentes para possibilitar uma visão geral. Os temas foram muito diversificados, demonstrando a riqueza de assuntos que podem ser trabalhados e investigados no ambiente escolar pelos enfermeiros. Percebeu-se que os temas envolveram principalmente a problemática na adolescência, que mesmo sendo na sua maioria produzidos em países desenvolvidos, assemelham-se bastante com a realidade brasileira. Temas que envolviam doenças específicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial foram bastante exploradas. As questões sociais como violência, cultura, risco e vulnerabilidade foram foco de diversos estudos, além de investigações sobre doenças sexualmente transmissíveis, Aids, gravidez na adolescência e drogas. Fora estes temas bastante diferentes e relevantes emergiram como distúrbios alimentares, saúde mental, administração de medicamentos e casos de emergências no ambiente escolar. E os estudos que mais trouxeram resultados comprovadores da importância da inserção dos enfermeiros no contexto escolar foram aqueles que relataram as experiências promissoras dos enfermeiros escolares, ações de educação, prevenção e promoção da saúde.

Para possibilitar uma visão geral dos trabalhos, também se caracterizou os estudos de acordo com seus objetivos e delineamentos metodológicos utilizados. Sobre os objetivos, percebeu-se que 77,2% dos estudos selecionados visavam investigar determinada problemática, 16,3% visavam relatar determinada ação e 6,5% buscavam avaliar suas intervenções. Sobre o delineamento metodológico, as variações foram menos, nas quais 58,5% foram pesquisas de campo e 41,5% tratavam-se de pesquisas bibliográficas. Estas descrições traçaram um perfil geral sobre os objetivos e métodos das pesquisas, porém, apresentam suas limitações, já que, devido à restrição de periódicos, só foram analisados através dos resumos.

As publicações selecionadas para esta pesquisa bibliográfica apresentam ainda uma diversidade de experiências que contribuem com a enfermagem no contexto escolar.

Muitos destes estudos distinguem o enfermeiro como profissional em posição única na atenção aos adolescentes dentro do cenário escolar. Dentre estes estudos, evidenciam-se aqueles que lidam com as temáticas de diabetes mellitus, distúrbios alimentares, imunização, vulnerabilidade e educação em saúde (JOSHI, KOMLODI, 2008; MEYER, GAST, 2008; BARTLETT et al., 2007; GRACE, 2006).

colocam que o enfermeiro escolar é o único profissional preparado para atuar exclusivamente nas ações de educação, prevenção e promoção da saúde, atuando junto às escolares, professores e familiares. A diversidade de temas demonstra a riqueza de assuntos que permeiam a escola e seus atores.

Outro aspecto a ser destacado, são estudos que apontam a importância da manutenção de um serviço de enfermagem escolar permanente envolvido com a dinâmica e funcionamento da escola. Um estudo realizado nos Estados Unidos coloca que as clínicas de enfermagem na escola é o caminho para promover a saúde dos adolescentes, já que é a partir desta iniciativa que ações serão mais bem planejadas e implementadas, alcançando maior êxito (BRADFORD; O'SULLIVAN, 2007). Outro estudo comparou o perfil de doença e injúrias de estudantes de uma escola com enfermeiro escolar com outra sem enfermeiro escolar e o resultado foi que, nas escolas com enfermeiros escolares, os estudantes apresentaram maior sucesso na aprendizagem e na prevenção de doenças, por apresentarem menor absenteísmo (WYMAN, 2005).

Estudo também investigou o grau aceitação dos enfermeiros no ambiente escolar pelos estudantes. E o resultado foi que o serviço de saúde escolar é fundamental para a promoção da saúde dos estudantes, porém, aceitação dos enfermeiros escolares é maior para aqueles de classe social inferior (BORUP, HOLSTEIN, 2004).

Apesar da importância dos enfermeiros escolares para promoção da saúde dos estudantes, um estudo revela que existem desafios para alcançar novos e autônomos papéis para expandir e alcançar a promoção da saúde no âmbito escolar (BARNES et al., 2004).

Dentre as ações dos enfermeiros escolares, um estudo resumiu-as em criação de serviços de prevenção, identificação precoce de agravos à saúde dos estudantes, intervenções cotidianas, realização de atividades educacionais de sucesso e ainda recomenda a visita domiciliária quando necessária (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2008)

Um estudo realizado no Reino Unido evidencia a importância do enfermeiro escolar, bem como recomenda o fortalecimento do papel dos enfermeiros escolares e dos programas de saúde escolar a nível mundial (WICKLANDER, 2005).

O único estudo brasileiro, dentre os selecionados para esta pesquisa, reflete sobre as ações do Enfermeiro na escola nas questões do consumo de álcool. Coloca ainda o cenário escolar como um espaço em potencial para promoção da saúde, por permitir o diálogo e a diversidade cultural. Além disso, ele fundamenta as questões sobre a inserção do enfermeiro na escola, refletindo sobre a necessidade da aproximação aos adolescentes de forma regular e sistematizada. Esta inserção possibilita ao enfermeiro conviver co

alcançando o verdadeiro sentido da promoção da saúde (LOPES et al., 2007).

Esta pesquisa bibliográfica forneceu subsídios para a fundamentação dos estudos em Enfermagem no contexto escolar e apresenta resultados que evidenciam a necessidade dos Enfermeiros brasileiros estarem valorizando suas ações nas escolas e ainda produzindo conhecimento científico na área. Esta pesquisa colaborou também ao apresentar a relevância que estudos acerca das ações do enfermeiro na escola terão, bem como a diversidade de temas que podem ser produzidos na área.

4 CONDUTA METODOLÓGICA

4.1 Natureza do estudo:

Trata-se de um estudo transversal, do tipo exploratório. Segundo sua dimensão temporal, tem um delineamento transversal, por ter seus dados coletados em um determinado ponto no tempo. Com base nos objetivos, esta pesquisa é exploratória por investigar a natureza complexa do objeto de estudo e os fatores com os quais ele está relacionado (POLIT et al., 2004).

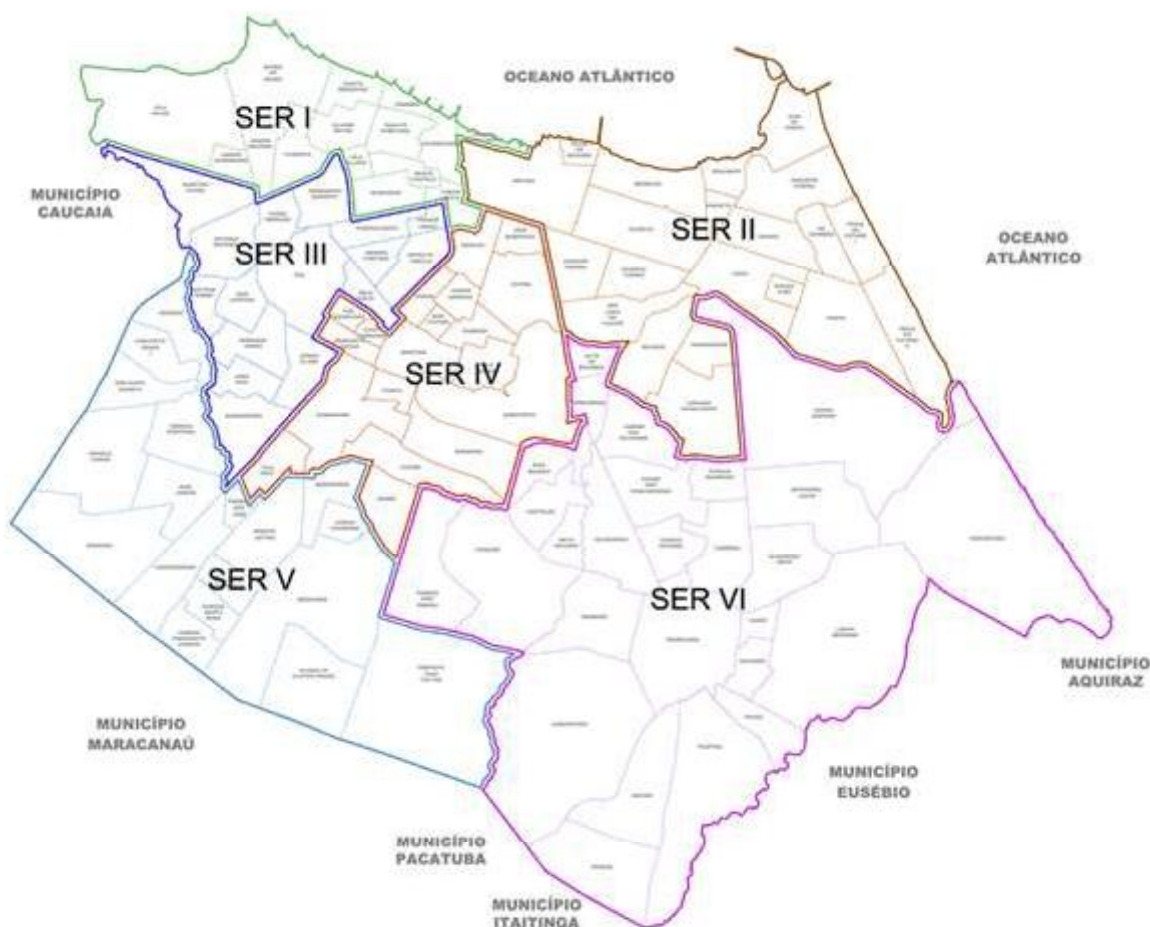
4.2 Período e Local do estudo:

O estudo foi realizado no período de janeiro a outubro de 2009. A elaboração deste projeto iniciou-se no 1º semestre de 2008, quando começaram as disciplinas do Programa de Pós-graduação em Enfermagem no nível mestrado da Universidade Federal do Ceará (UFC), propiciando o seu direcionamento. A coleta de dados deste estudo foi realizada no período de janeiro a março de 2009 e sua análise dos dados aconteceu de abril a outubro de 2009 (APÊNDICE A).

O estudo foi realizado nos Centros de Saúde da Família (CSF) de Fortaleza, Ceará, pela característica da atenção à saúde da população, que se baseia na atenção primária à saúde, e por seu modelo de trabalho ser baseado na Estratégia de Saúde da Família. Logo, nestes serviços de saúde encontraram-se os Enfermeiros das equipes da Estratégia de Saúde da Família, seguindo o interesse deste estudo. Dentre os 90 Centros de Saúde da Família (CSF) de Fortaleza, o estudo foi realizado em 75 deles.

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário. Dos estabelecimentos públicos municipais 73% são do tipo Unidades Básicas/Centro de Saúde da Família (FORTALEZA, 2007).

Figura 1: Mapa de Fortaleza por Secretarias Executivas Regionais (SER).



4.3 População e amostra:

A população do estudo foi composta por 291 Enfermeiros integrantes da Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. A escolha desta população justifica-se pela busca de contemplar o objeto de estudo. Os critérios de inclusão foram: 1) ser componente de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza (40 horas/semana). O critério de exclusão foi: 1) Enfermeiro não ser da equipe de saúde da família, estando no cargo de apenas 20 horas/semana.

Este estudo caracterizou-se por ter uma população finita. A partir disto, selecionou-se, dentre as fórmulas para populações finitas, a fórmula para determinação do tamanho da amostra (n) com base na estimativa da proporção populacional:

$$n = \frac{(Z\alpha)^2 \times P \times Q \times N}{[(Z\alpha)^2 \times P \times Q] + e^2(N-1)}$$

Nesta fórmula, os símbolos possuem significados, c

população do estudo, (n) a amostra, ($Z\alpha$) ao valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado, (P) a prevalência de indivíduos que pertence à categoria que estamos interessados em estudar, (Q) a complementar da prevalência de indivíduos que não pertence à categoria que estamos interessados em estudar e (e) a margem de erro.

A população (N) foi 291 e o $Z\alpha$, por optar-se pelo coeficiente de confiança (CC) de 95%, foi 1,96. O P e o Q foram 50%, considerados conservadores, implicando em tamanho máximo da amostra. O erro amostral (e) foi de 5% .

Logo, a amostra (n) deste estudo foi calculada em 166 Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza, sendo que se realizou esta pesquisa com 168 participantes. Para aproximar-se da realidade da cidade, foi realizada a estratificação da amostra, dividindo-a proporcionalmente por SER, buscando-se a diversidade de cada regional (Quadro 1).

Totalizam-se 90 CSF em Fortaleza, sendo que este estudo abrangeu um número de serviços que permitiu contemplar a amostra de Enfermeiros calculada de forma proporcional pelas seis Secretarias Executivas Regionais - SER. (Figura 1). A seleção dos CSF foi realizada de maneira probabilística por conglomerado, através de sorteio por SER. Fez-se uma divisão imaginária de cada SER em seis partes e foram sorteados CSF em cada parte, conseqüentemente alcançando a amostra de Enfermeiros.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, encontrar-se-iam em média 4 enfermeiros lotados por CSF. Com isso, estimou-se a visita a 44 CSF para alcançar a amostra. No entanto, por dificuldades em encontrar os Enfermeiros no CSF, causada por eventos externos, férias, licenças médicas, folgas e outros fatores adversos, a amostra só foi alcançada com a visita a 75 CSF, superando o previsto.

Quadro 1. Distribuição da população e amostra de Enfermeiros e CSF segundo SER. Fortaleza, 2009.

SER	População Nº	Amostra Nº	Total de CSF Nº	CSF Visitadas Nº
I	37	22	12	12
II	37	22	11	10
III	53	30	16	11
IV	32	19	12	9
V	63	36	19	15
VI	69	39	20	18
TOTAL	291	168	90	75

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Fortaleza, 2008.

4.4 Coleta de dados:

O instrumento de coleta de dados utilizado para a investigação foi um questionário composto por 5 partes (APÊNDICE B). A parte 1 era composta pelos dados de identificação pessoal com as variáveis: sexo, idade, formação, capacitação profissional, experiências profissionais e domicílio. A parte 2 era composta por questões referentes ao conhecimento dos Enfermeiros sobre políticas públicas, saúde escolar, adolescência, atribuições do Enfermeiro e escola promotora da saúde e referente à capacitação. Na parte 3, havia questões relacionadas a atuações anteriores dos enfermeiros nas escolas com adolescentes. A parte 4 era composta por perguntas que envolviam o interesse e disponibilidade para os Enfermeiros realizarem ações futuras nas escolas com adolescentes. A parte 5 envolvia questões sobre os fatores que contribuíam ou dificultavam as ações dos Enfermeiros nas escolas com adolescentes. Vale ressaltar que, dentro do instrumento existiram questões abertas (numéricas e texto) e fechadas (única, múltipla e escalares).

Além da pesquisadora, a execução da coleta de dados teve a participação de uma graduanda, uma mestranda e uma doutoranda do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estas foram orientadas quanto ao questionário e seu procedimento de coleta dos dados.

Os dados foram coletados nos horários e locais de trabalho dos participantes deste estudo, sem, contudo, prejudicar suas funções, buscando um momento adequado para a realização. Aqueles que concordaram em contribuir com esta pesquisa responderam o questionário auto-aplicável, de preferência em local reservado e silencioso para facilitar sua compreensão.

4.5 Organização e análise dos dados

Para a análise das questões fechadas, foi feita, inicialmente, uma análise univariada dos dados, quando os dados foram apresentados em tabelas e quadros, segundo as frequências absolutas e relativas. Calcularam-se as medidas nominais e numéricas, média, mediana e desvio padrão.

Em seguida, foi realizada uma análise bivariada, quando foi analisada a associação entre as variáveis: Idade, Conclusão da Graduação (anos) e Titulação Acadêmica com as variáveis desfechos: avaliação da importância das ações dos enfermeiros nas escolas (nota de 0 - 10), capacitação dos enfermeiros para atuar nas es

capacitado ou sem capacitação) e viabilidade para os enfermeiros atuarem de forma contínua nas escolas (viável ou inviável). Para as mesmas foram utilizados os testes não-paramétricos de χ^2 e de máximo verossimilhança, consideradas como estatisticamente significantes quando $p < 5\%$. Os dados foram processados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 14.0.

Para a análise das questões abertas, os dados foram organizados em categorias temáticas segundo a opinião dos participantes do estudo.

4.6 Aspectos éticos e legais:

Os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos foram respeitados, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002). Ressalta-se que o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e aprovado por meio do protocolo 695/08 (ANEXO A).

A participação dos enfermeiros nesta pesquisa também passou por um processo de avaliação e só deu início após autorização Secretaria Municipal de Saúde, através da gerente da Célula de Atenção Básica, da coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola e do supervisor de estágio do Sistema Municipal de Saúde Escola (ANEXO B). Após esta autorização, a pesquisa também deveria ser permitida pelo coordenador dos Centros de Saúde da Família (APÊNDICE C), bem como após obter assinaturas dos enfermeiros pesquisados do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D), sempre garantindo sigilo e anonimato das pessoas participantes do estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor apresentação e discussão dos resultados, os dados foram sistematizados em seis capítulos que seguem os objetivos deste estudo: Perfil dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza; Conhecimento dos Enfermeiros relacionados à saúde do adolescente e escolar; Avaliação dos Enfermeiros acerca da atuação na escola com adolescentes; Atuação dos Enfermeiros nas escolas com adolescentes; Fatores que influenciam a execução das ações dos Enfermeiros nas escolas com adolescentes; Visão dos Enfermeiros sobre a capacitação e viabilidades para atuar na escola com adolescentes.

5.1 Perfil dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza

A predominância feminina é marcante na amostra, com 94,6% da amostra. Outra dissertação realizada também em Fortaleza com enfermeiros da ESF identificou 88,3% da amostra como feminina, refletindo também proporção de mulheres bem maior que homens na enfermagem (FREITAS, 2009).

Em outra pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e Escola Nacional de Saúde Pública em 2000 que teve como objetivo central traçar o perfil dos médicos e enfermeiros que atuavam na Estratégia de Saúde da Família no Brasil, abrangendo os diversos aspectos sócio-demográficos, formação técnico-científica e a inserção destes profissionais, no mercado de trabalho, observou-se que também que a maioria dos enfermeiros é formada por mulheres com a predominância de 90,9% (BRASIL, 2000b). Percebe-se que mesmo comparando com o perfil nacional no ano 2000, a questão das mulheres atuando na Enfermagem é eminentemente maior que a atuação de enfermeiros do sexo masculino.

Estes dados eram previstos pela própria característica da divisão sexual do trabalho na Enfermagem. De acordo com os aspectos sócio-históricos da Enfermagem, ela desenvolveu-se de forma eminentemente feminina, antes da sua profissionalização, por ter sua prática relacionada às entidades religiosas no âmbito da caridade, bem como coexistindo com o cuidado doméstico às crianças, idosos e enfermos. Depois, com sua profissionalização e consolidação do campo de trabalho da enfermagem, a predominância feminina persistiu devido ao objeto de trabalho ser o cuidado, tido simbolicamente voltado às qualidades femininas (LOPES; LEAL, 2005).

Tabela 1: Distribuição dos enfermeiros dos CSF de acordo com os fatores sócio-demográficos, formação acadêmica, experiência profissional e recursos no território. Fortaleza, 2009.

Variáveis	Nº	%	Estatísticas (CC 95%)
FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS			
1. Sexo			
Masculino	9	5,4	
Feminino	159	94,6	
Total	168	100,0	
2. Idade (Anos)			
24 - 30	60	35,7	
31 - 37	75	44,7	Média = 36,9 ± 6,2 anos
38 - 56	33	19,6	Mediana = 32,00
Total	168	100,0	
3. Domicílio			
Próximo ao CSF	79	47,0	
Distante do CSF	89	53,0	
Total	168	100,0	
FORMAÇÃO ACADÊMICA			
1. Conclusão da Graduação (Anos)			
2 - 5	38	22,6	
6 - 10	84	50,0	Média = 9,3 ± 5,3 anos
11 - 19	46	27,4	Mediana = 8,00
Total	168	100,0	
2. Titulação Acadêmica			
Graduação	19	11,3	
Especialização	124	73,8	
Residência Saúde da Família	11	6,6	
Mestrado	14	8,3	
Total	168	100,0	
3. Cursos relacionados á			
Educação em saúde	105	62,5	
Saúde do Adolescente	91	54,2	
Intersetorialidade	49	29,2	
Integralidade	41	24,4	
EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS			
Hospital	110	65,5	
Curso Téc. de Enf.	53	31,5	
Secretaria de Saúde	37	22,0	
Somente na ESF	24	14,3	
Universidades	18	10,7	
Outros	17	10,1	
RECURSOS NO TERRITÓRIO			
Escolas	162	96,4	
Igrejas	156	92,9	
Associações de bairro	124	73,8	
Praças	101	60,1	
Conselho Tutelar atuante	64	38,1	
Ongs	56	33,3	
Outros	20	11,9	
Não conhece	0	0	

Com a expansão do mercado de trabalho, torna-se notável a entrada de homens na Enfermagem, porém, a busca feminina sobressai e muitas vezes ainda é influenciada pela persistência do estigma vocacional relacionado ao gênero. Na Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza é confirmada a tradição feminina na Enfermagem, porém a questão da escolha profissional não fez parte do objeto de estudo.

Quanto à análise da idade dos enfermeiros da amostra, pode-se constatar que idade média deles é 37 anos \pm 6,2 anos, a mediana 32 anos e a faixa etária variou de 24 a 56 anos. Confirmando-se estes dados com outra dissertação realizada em 2009 com Enfermeiros da ESF de Fortaleza, percebeu-se dados aproximados com a faixa etária dos participantes variando de 23 a 59 anos e uma média aproximada de 35 anos (FREITAS, 2009).

Uma média semelhante na idade dos enfermeiros que trabalham na ESF foi também encontrada na investigação de 2000, na qual a média foi de 34 anos de idade (BRASIL, 2000b). Foi percebido também que 84,5% dos Enfermeiros da amostra têm até 39 anos de idade, representando a faixa etária de adulto jovem, considerada de 20 a 39 anos de idade, segundo as fases de desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson (PAPALIA, et. al., 2006).

Os dados indicam que os Enfermeiros da ESF estão numa faixa etária produtiva para o mercado de trabalho e que é um público que perpetuará seu trabalho na área por um período consideravelmente extenso. Isto indica a importância de investigações com estes enfermeiros, pois se sabe que eles estarão atuando na ESF por muito tempo à frente. Essa faixa etária predominante na amostra, pode ter sido influenciada pelo concurso público da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza que ocorreu somente no ano de 2006 para profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família.

Foi questionado também acerca do domicílio dos enfermeiros e constatou-se que 53% deles consideraram que moravam distante dos CSF que trabalhavam. Este dado pode influenciar na atuação dos enfermeiros, já que, por morarem distante da realidade da comunidade onde trabalham, podem ter uma visão distorcida dos modos de vida de sua clientela.

A formação acadêmica dos Enfermeiros da amostra foi analisada através das variáveis: anos de término da graduação, titulação acadêmica e cursos realizados.

Quanto aos anos de conclusão da graduação, percebeu-se que este dado variou de 2 a 19 anos de graduado, sendo a média 9,3 \pm 5,3 anos e a mediana 8 anos. Ressalta-se ainda que 77,6% dos Enfermeiros tinham até 10 anos de graduados. Outra dissertação realizada em 2009 com enfermeiros da ESF de Fortaleza identificou uma média :

de graduados (FREITAS, 2009). Quando comparados estes dados com os resultados da pesquisa de 2000, verificou-se que a média dos enfermeiros da ESF naquela época era de 8 anos de formado, revelando semelhança com os dados dos enfermeiros da ESF de Fortaleza na atualidade (BRASIL, 2000b).

A titulação acadêmica, incluindo graduação e pós-graduação, dos Enfermeiros foi considerada somente daqueles que tinham concluído o curso, anulando aqueles ainda em desenvolvimento. Assim, do total da amostra, 11,3% tinham somente a graduação, 73,8% eram especialistas, 6,6% tinham residência em saúde da família e 8,3% eram mestres. É importante destacar que existiam enfermeiros cursando o doutorado. Com isso, percebe-se que 88,7% dos Enfermeiros já haviam ultrapassado a graduação com a conclusão de algum dos níveis de pós-graduação, sendo um indicativo da busca dos mesmos por crescimento profissional e intelectual. Na pesquisa acerca do perfil dos profissionais da ESF de 2000, constatou que 19,2% dos enfermeiros eram especialistas (BRASIL, 2000b). Esta análise da titulação acadêmica revela o quanto o enfermeiro tem buscado um aperfeiçoamento técnico, elevando de 19,2% no ano 2000, para 88,7% atualmente, revelando-se num ponto benéfico para a clientela atendida por estes profissionais, cada vez mais preparados.

Foi analisada também a participação dos Enfermeiros em cursos relacionados à atuação deles nas escolas junto aos adolescentes, tais como Educação em Saúde, Saúde do Adolescente, Intersetorialidade e Integralidade. Os dados indicaram que cursos relacionados à temática de educação em saúde obtiveram maior frequência com 62,5% dos enfermeiros. Sucessivamente vieram os cursos relacionados à saúde do adolescente com 54,2%, à intersectorialidade com 29,2% e à integralidade com 24,4%. Sobre estes dados, deve haver uma reflexão acerca da importância destes assuntos para a atuação do enfermeiro na saúde do adolescente.

A educação em saúde na prática profissional do enfermeiro da ESF deve estar presente em todos os âmbitos e clientelas, visando à promoção da saúde. Para isto, o Enfermeiro deverá ter uma visão ampliada do processo saúde-doença com a qual as práticas dos enfermeiros substituam a noção de cura das doenças do modelo clínico por outra que amplie a capacidade de autonomia dos indivíduos e grupos para o alcance da transformação social. A educação em saúde, como pluralidade de ações para a promoção da saúde, necessita utilizar de estratégias didáticas que transformem indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (BARROSO, VIEIRA, VARELA, 2003). Assim, capacitações que incluam a

educação em saúde são essenciais para preparar os Enfermeiros para promover a saúde do adolescente e da comunidade.

Sobre as capacitações que abordassem a saúde do adolescente, aproximadamente metade dos Enfermeiros, integrantes desta pesquisa, considerou não haver participado. Isto preocupa e indica a necessidade de contemplar todos os Enfermeiros na atenção a esta clientela, já que é primordial que o profissional que atende adolescentes detenha uma série de competências específicas para realização de ações adequadas de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação (BRASIL, 2005a).

Um estudo realizado em Londrina, Paraná investigou a atuação de médicos e enfermeiros da ESF no atendimento aos adolescentes e verificou a necessidade de uma política de educação permanente para os profissionais e da estruturação de um programa e de ações específicas para a saúde dos adolescentes (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006). Outro estudo realizado na Bahia enfatizou que os adolescentes ainda não são atendidos nos serviços como um grupo particular e específico, sendo contemplados apenas em momentos pontuais como no contexto da saúde da mulher ou em palestras esporádicas sobre sexualidade, esquecendo o verdadeiro sentido do cuidado pautado na promoção da saúde (MARTINS, 2003). Logo, os enfermeiros devem ser incentivados e treinados para atuarem na saúde do adolescente no verdadeiro sentido da promoção da saúde, ultrapassando as lacunas existentes na realidade atual.

A intersetorialidade, como temática em capacitações, foi citada por 29,2%, sendo número muito baixo frente à importância deste tema no cotidiano profissional dos Enfermeiros. A intersetorialidade torna-se particularmente relevante para este estudo, já que se investiga a relação do CSF com a escola. Segundo o glossário do Ministério da Saúde, intersetorialidade é definida como o desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, potencializando os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis (BRASIL, 2004a). Para o alcance da promoção da saúde dos adolescentes, os Enfermeiros da ESF devem estar cientes da importância da intersetorialidade nas suas ações, já que atitudes isoladas não terão o efeito esperado, sendo necessário aprofundar a temática através de cursos e incluí-la na prática.

A integralidade foi a temática menos citada com 24,4% dos Enfermeiros da pesquisa. Este dado deve ser ponto de reflexão, já que na prática de todos os profissionais de saúde a integralidade ressalta-se como um dos objetivos principais a serem alcançados na atenção à saúde. Segundo o glossário do Ministério da Saúde,

princípios constitucionais do SUS que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença (BRASIL, 2004a).

A integralidade na saúde do adolescente deve contemplar as demandas desta população em seus aspectos físicos, afetivos, cognitivos, numa interação dinâmica com o seu contexto sociocultural. Em busca desta integralidade, os cuidados com a saúde na adolescência devem ultrapassar a atenção médica e alcançar um atendimento multidisciplinar competente para acolher os adolescentes na complexidade de suas demandas, incluindo políticas de promoção de saúde mental, com serviços especializados para adolescentes e voltados para a promoção de saúde num sentido mais amplo (UNICEF, 2002).

As experiências profissionais dos enfermeiros influenciam diretamente sua bagagem de conhecimento e o âmbito de interesse para atuação, assim, também se pesquisou esta característica na amostra. Os Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza demonstraram experiências profissionais diversificadas, quer sejam atuais ou anteriores, sendo a maioria, 65,5% deles, com experiência em atividades hospitalares, podendo influenciar em visões biologicistas próprias da prática de saúde neste ambiente. Além disso, destacou-se como experiências anteriores: 31,5% com experiência como professores em curso para técnicos de enfermagem, 10,7% com experiência como professores em universidades e 22% com experiência em secretaria de saúde. Além destas ocupações, 10,1% tiveram outras experiências como em: centros de atenção psicossocial (CAPS), conselhos de saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), organizações não governamentais (ONG), associação de diabéticos e hipertensos, abrigo de idosos, emergência esportiva. Somente 14,3% detinham experiências profissionais exclusivamente na Estratégia de Saúde da Família.

Entendendo a importância conceitual e prática do território na atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família, buscou-se também reconhecer algumas características do território dos enfermeiros da amostra deste estudo. Dentre os recursos comunitários presentes, destaca-se que 96,4% dos territórios dos Enfermeiros pesquisados tem escolas, 92,9% tem igrejas, 73,8% tem associações de bairro, 60,1% possuem praças, 38,1% apresentam o conselho tutelar atuante em seus territórios e 33,3% possuem ONGs. Além destes, outros recursos comunitários foram citados por 11,9% dos entrevistados como presentes em seus territórios: salão do idoso, CAPS, creches, centro de cidadania, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), conselho local, centro comunitário, galpão comunitário, pastoral, oca comunitária, vila olímpica, comitê de maus tratos, rádios e ONGs. Vale ressaltar que nenhum dos enfermeiros participantes do estudo considerou desconh

A diversificação dos recursos comunitários aponta como é fundamental a intersetorialidade para o alcance da promoção da saúde da comunidade em questão. O enfermeiro que conseguir realizar a interlocução do CSF com os recursos presentes no território estará otimizando seu trabalho e provavelmente suas ações terão maior impacto na saúde da sua clientela. Sobre esta pesquisa em particular, é importante verificar que 96,4% dos enfermeiros pesquisados consideraram ter escolas em seus territórios, indicando a necessidade de visualizar este recurso como extensão das suas práticas no CSF, principalmente para a promoção da saúde das crianças e adolescentes.

A partir da descrição e análise desta amostra quanto aos fatores sócio-demográficos, formação acadêmica, experiência profissional e recursos comunitários presentes em seus territórios, foi possível compreender melhor os enfermeiros com os quais se processa este estudo. A população estudada revelou-se eminentemente feminina, em idade produtiva, residindo distante da comunidade na qual trabalham, com um tempo considerável de graduação, na maioria especialista, necessitando de cursos de formação na área estudada e com uma diversidade de recursos comunitários disponíveis para colaborar em sua atuação. Análises neste sentido permitem traçar um panorama e compreender os achados que possam surgir no decorrer do estudo.

5.2 Conhecimento dos Enfermeiros relacionado à saúde, escola e adolescência

Através de pesquisas de artigos e revisões crítica da bibliografia no âmbito da atenção à saúde do adolescente na Estratégia de Saúde da Família, traçou-se itens imprescindíveis relacionados a esta temática que avaliam conhecimentos dos Enfermeiros para a atenção integral a esta clientela no ambiente escolar.

Os quesitos tidos como fundamentais para serem investigados junto aos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza, participantes desta pesquisa, foram acerca das políticas públicas e legislações que tinham relação com a saúde do adolescente, das funções do enfermeiro na saúde do adolescente e dos quesitos necessários para a implementação integral da saúde escolar e da escola promotora de saúde (Tabela 2).

Optou-se por interrogar estas questões no formato fechado e com respostas múltiplas, conforme exibido na tabela 2, sendo ordenado dos mais citados para os menos citados. Vale ressaltar que o participante poderia marcar de todos a nenhum item em cada questão, sendo que todos os itens estavam corretos. Depois de contabilizados cada item marcado em cada questão (Tabela 2), fez-se também um somatório dos itens marcados por questão e por participante para visualizar em números o percentual de acertos.

Quanto às políticas públicas e legislações relacionadas à saúde do adolescente, traçaram-se aquelas que têm relação direta e embasam a formulação e implementação de ações com adolescentes no espaço escolar. As políticas públicas e legislações indagadas no questionário foram: Constituição Federal, Estatuto da Criança e do adolescente, Sistema Único de Saúde, Política Nacional da Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde e Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Todas elas foram citadas pelos Enfermeiros pesquisados como políticas e legislações relacionadas à saúde do adolescente, variando no percentual.

O Estatuto da Criança e do adolescente (ECA) foi o item mais citado nesta questão considerado por 91,1 % dos Enfermeiros participantes do estudo como uma legislação que tem relação direta com a saúde do adolescente e a saúde escolar. Mesmo com a predominância da amostra perante o ECA, é importante perceber que 8,9% ainda desconhecem sua relação com a saúde do adolescente e saúde escolar, conseqüentemente desconhecendo a necessidade de inserir seu conteúdo ou ideologia na prática cotidiana com esta clientela.

Tabela 2: Distribuição dos enfermeiros segundo as variáveis de conhecimento. Fortaleza, 2009.

Variáveis	Nº	%
Políticas públicas e legislações relacionadas à saúde do adolescente		
Estatuto da Criança e do adolescente	153	91,1
Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas	128	76,2
Sistema Único de Saúde	122	72,6
Política Nacional da Atenção Básica	115	68,5
Política Nacional de Promoção da Saúde	107	63,7
Constituição Federal	78	46,4
Função do Enfermeiro na saúde do adolescente		
Atividades em grupo	163	97,0
Ações educativas	160	95,2
Atendimento Individual	155	92,3
Atividades intersetoriais	129	76,8
Visita Domiciliar	105	62,5
Quesitos para a saúde escolar		
Prevenção de enfermidades de transmissão sexual e gravidez	160	95,2
Prevenção de tabagismo, alcoolismo e drogadição	160	95,2
Controle da imunização	139	82,7
Educar sobre os diversos aspectos da vida	124	73,8
Acompanhamento do estado nutricional dos alunos	122	72,6
Promover a saúde mental	107	63,7
Orientar estudantes com deficiências físicas e mentais	89	53,0
Prevenção de anorexia e suicídio	86	51,2
Prevenção de enfermidades por meio de exames periódicos	81	48,2
Prover primeiros socorros e cuidados de emergência	80	47,6
Assegurar um entorno saudável	72	42,9
Quesitos para a escola promotora de saúde		
Educação em saúde	158	94,0
Ambiente saudável	150	89,3
Promoção da saúde individual, familiar e comunitário	150	89,3
Formação e capacitação de professores	145	86,3
Educação física	130	77,4
Serviços de saúde escolar	125	74,4
Serviços de alimentação	109	64,9

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente representa a lei que determina tratamento específico às crianças (até 12 anos incompletos) e adolescentes (até 18 anos de idade incompletos). Este instrumento legal criado pela Constituição Federal brasileira de 1988, Lei 8.069, está em vigor desde 13 de julho de 1990. Sabe-se que, no conteúdo do ECA, são descritos os direitos dos adolescentes, bem como a obrigação do Estado e sociedade de garantir todo uma conjuntura propícia para seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 2007).

Com o ECA, a criança e o adolescente passam a ser encarados como prioridade absoluta da sociedade política e civilmente organizada, adquirindo direitos que devem ser

respeitados e protegidos, garantindo seu status de cidadãos plenos (MIRAGLIA, 2005). Sabe-se, no entanto, que a realidade social do país torna-se contraditória frente aos avanços jurídico conquistados com o ECA e que isto influencia também na sua inclusão no contexto das práticas de saúde.

Enquanto documento jurídico, o ECA se torna um marco no contexto de saúde do adolescente, devendo seu conteúdo ser empregado nas práticas dos profissionais de saúde, inclusive no Enfermeiro, quer seja no CSF ou no cenário escolar. Entender o adolescente como cidadão, detentor de direitos e sujeito de suas ações é fundamental para as práticas planejadas para este público, inclusive na promoção da saúde. Logo, além de reconhecer a relação do ECA com a saúde do adolescente e saúde escolar, faz-se necessários treinamentos que apresentem a aplicabilidade das concepções do documento jurídico à realidade das práticas dos enfermeiros, pela grandiosidade que a lei tem na vida das crianças e adolescentes.

O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) foi indicado por 76,2% dos Enfermeiros da pesquisa como tendo relação com a saúde do adolescente e a saúde escolar. Porém, este dado não indica necessariamente que os enfermeiros conhecem seu conteúdo, já que pela sua nomenclatura podem ter sido induzidos a indicar este item. Neste sentido, é importante ressaltar a importância deste projeto dentro das políticas e ações voltadas para a juventude dentro do espaço escolar. Sabe-se que o SPE resulta de uma parceria desde 2003 entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação, UNESCO, UNFPA e UNICEF, com o intuito de contribuir para a implantação e implementação de ações intersetoriais entre saúde e educação.

O SPE tem como objetivo central incluir na educação de adolescentes e jovens das escolas públicas as temáticas da saúde sexual e da saúde reprodutiva, com foco na prevenção das DST/AIDS, articuladas com as unidades básicas de saúde. Ele também visa integrar, no ambiente escolar, gestores, profissionais da saúde e educação, sociedade civil em geral, na perspectiva da construção da autonomia e dos projetos de vida dos adolescentes, principalmente relacionados às questões da sexualidade (BRASIL, 2005b). Apesar de sua relevância para a atenção à saúde do adolescente dentro do ambiente escolar, o SPE ainda não é um projeto efetivo nas escolas públicas de Fortaleza, sem o envolvimento contínuo dos profissionais de saúde e educação.

Frente a esta questão e à importância do papel do Enfermeiro no cenário escolar junto aos adolescentes, percebe-se a necessidade da maior divulgação e efetivação deste projeto, inclusive com a capacitação dos enfermeiros utilizando o manual *“Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de ed*

SPE em 2006. Este guia se propõe a fomentar a incorporação da cultura da prevenção à atuação profissional cotidiana e incentivar a formação continuada de profissionais da educação e da saúde, tomando-se como referência experiências no país (BRASIL, 2006d). Logo, este pode ser utilizado em treinamentos focados na inserção dos enfermeiros nas ações de prevenção juntos aos adolescentes nas escolas.

Já o Sistema Único de Saúde foi percebido por 72,6% dos enfermeiros pesquisados como uma legislação que influencia a saúde escolar e a saúde do adolescente. Apesar de a maioria reconhecer seu papel, este dado torna-se preocupante ao perceber que nem todos os Enfermeiros incorporam os princípios do SUS em toda sua prática profissional, inclusive por estes profissionais fazerem parte da ESF, a estratégia da atenção primária do SUS. As ações implementadas pelos enfermeiros da ESF nas escolas devem ser baseadas nos princípios normativos do SUS, garantido, aos adolescentes, a universalidade, equidade, integralidade das ações, preservação da autonomia, direito à informação e participação comunitária (BRASIL, 1990). Se o SUS é ignorado no contexto de atenção da saúde do adolescente no ambiente escolar, questiona-se a qualidade destas práticas profissionais.

A Política Nacional da Atenção Básica foi considerada por 68,5% dos Enfermeiros da pesquisa como uma política pública que tem relação com a saúde do adolescente e a saúde escolar. Entendendo que estes enfermeiros fazem parte da ESF de Fortaleza e que a ESF consolidou-se como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, percebe-se o equívoco dos enfermeiros ao não relacionar esta política com a saúde do adolescente e saúde escolar. Assim como os princípios do SUS, a Política Nacional da Atenção Básica deve ser considerada em qualquer ação realizada por enfermeiros do ESF, inclusive naquelas dirigidas aos adolescentes no ambiente escolar, mesmo porque a promoção da saúde, que é foco destas ações, está incluída nas áreas estratégicas de atuação (BRASIL, 2006a). É necessário que os enfermeiros da ESF reconheçam o mínimo do conteúdo desta política que rege todo seu ato profissional.

A Política Nacional de Promoção da Saúde foi indicada por 63,7% dos Enfermeiros como política pública relacionada à saúde do adolescente e à saúde escolar. Por perceber que o foco das ações destes profissionais nas escolas é promover a saúde dos estudantes, faz necessário introduzir seu conteúdo e ideologia nas práticas cotidianas.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, em consenso com os princípios do SUS e da carta de Ottawa, coloca a Promoção da saúde como um dos meios para o alcance de qualidade de vida. Seu objetivo central é promover a qualid

vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, indo ao encontro das práticas de saúde necessárias no ambiente escolar. Partindo da ESF, esta política indica a introdução de concepções, dentre outras, de autonomia, integralidade, cooperação, solidariedade e participação social, necessárias às práticas dos Enfermeiros (BRASIL, 2006c). As políticas de promoção da saúde envolvidas particularmente com a população adolescente revelam-se como um investimento, já que a adolescência trata-se de uma faixa de idade de consolidação e de aquisição de hábitos de vida que irão influenciar todos os comportamentos adultos relativos aos cuidados com a saúde: hábitos alimentares, uso e abuso de drogas, relações sociais e afetivas, práticas de violência, práticas sexuais e comportamentos de risco (UNICEF, 2000).

A Constituição Federal foi considerada apenas por 46,4% dos Enfermeiros como legislação relacionada à saúde do adolescente e à saúde escolar. Este dado remonta a reflexão acerca do conhecimento da sociedade quanto à legislação brasileira. Pensar em qualquer prática dirigida a adolescentes, ou a qualquer segmento etário, é entender a necessidade de introduzir também as normas jurídicas.

Relacionado à saúde do adolescente, sabe-se que a Constituição Federal de 1988 garante que a família, a sociedade e o Estado tem o dever de assegurar ao adolescente o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de exploração e violência. A constituição assegura ainda que o Estado deva promover programas de assistência integral à saúde do adolescente (BRASIL, 2003). Logo, é clara a necessidade de articular estas normas jurídicas nas práticas dos enfermeiros, até como forma de garantir os direitos dos adolescentes.

Reconhecer a importância na capacitação e treinamentos destes Enfermeiros no âmbito das políticas públicas e legislações relacionadas à saúde do adolescente é investir em práticas integrais e sensibilizadas às condições de vulnerabilidade dos adolescentes. Estas políticas inclusive atribuem, dentre seus objetivos, a necessidade de o Estado disponibilizar recursos que capacitem os profissionais às práticas eficientes, eficazes e efetivas.

No percentual de conhecimento acerca das políticas públicas e legislações relacionadas à saúde escolar e saúde do adolescente, contabilizou-se que 28% assinalaram todos os itens, ou seja, acertaram integralmente a questão. Isso aponta a necessidade de treinamentos e capacitações que abordem esta temática, principalmente pela importância que ela tem na formulação e implementação das ações com adolescentes nas escolas. Por outro lado, nenhum enfermeiro deixou de assinalar pelo menos um item da

marcaram apenas 1 item, apontando que a grande maioria, 94,6% dos pesquisados, considerou pelo menos 2 políticas e legislações conhecidas e relacionadas à saúde adolescente e à saúde escolar. O Enfermeiro da ESF tem papel fundamental nestas ações necessitando deste conteúdo para viabilizar ações efetivas.

Dentro da atenção primária a saúde, é função inerente do Enfermeiro o cuidado ao adolescente, logo, necessitou-se investigar o conhecimento prévio destes profissionais acerca de suas funções na atenção à saúde do adolescente, permitindo uma visualização deste conteúdo que influencia diretamente no nível da assistência a este público. Segundo o manual “Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde” são consideradas funções do Enfermeiro na atenção integral à saúde do adolescente as atividades em grupo, as ações educativas, o atendimento individual, as atividades intersetoriais e a visita domiciliar (BRASIL, 2005a). Logo, estes foram os itens interrogados na questão (Tabela 2).

As atividades em grupo e as ações educativas, que se complementam na prática profissional do enfermeiro, foram os quesitos mais citados com, respectivamente, 97% e 95,2% da amostra, considerando-os dentre as funções do enfermeiro junto aos adolescentes. Estes dados são explicados pela própria característica diferencial dos adolescentes, que exigem muitas vezes uma abordagem dinâmica e diferencial dos profissionais de saúde para atender seus anseios.

Através de atividades educativas e em grupos, os adolescentes têm a possibilidade de compartilhar suas vivências, colocações, valores e opiniões, num espaço para discussão dos problemas e reflexão dos temas, construindo a auto-estima e a autonomia, sem a rigidez de métodos tradicionais. Para a execução destas atividades, no entanto, o enfermeiro deve desenvolver habilidades distintas e sensibilização para contemplar as necessidades dos adolescentes e atingir as expectativas (BRASIL, 2005a).

Um estudo realizado com Enfermeiros da ESF de Goiânia avaliou a atenção à saúde do adolescente no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e encontraram relatos de que as atividades educativas são realizadas em poucos momentos no formato de palestras sobre DST (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008). A diversificação e criatividade devem estar presentes nas ações de educação em saúde realizadas para adolescentes, ultrapassando as ações pontuais e verticalizadas.

O atendimento individual nos CSF foi considerado como parte das ações dos enfermeiros às demandas dos adolescentes por 92,3% da amostra. É necessário entender esta perspectiva, já que o atendimento individual pela demanda espon

oportunidade para promover a saúde, detectar e resolver agravos (BRASIL, 2005a). Contudo, este atendimento deve romper com a abordagem biologicista e a rigidez de protocolos e buscar introduzir o profissional no universo do adolescente, alcançando o diálogo necessário para promover a saúde desta clientela.

As atividades intersetoriais foram consideradas por 76,8% dos enfermeiros como sua função para atuar com adolescentes. A partir deste dado, percebe-se um aumento considerável daqueles profissionais que sequer consideram este item com sua função. No caso da atividade intersetorial evidencia-se uma preocupação especial, já que dentre estas ações pelo enfermeiro da ESF encontram-se as ações na escola, objeto deste estudo. Visualizar 23,2% da amostra que não percebem a atividade intersetorial dentro do seu cotidiano profissional é preocupante e exige uma mudança imediata, já que isto foge de qualquer filosofia e conjuntura buscada pela ESF.

Estas atividades intersetoriais não devem acontecer estritamente entre o CSF e a escola, mas entre o CSF e qualquer serviço ou equipamento social que a comunidade possuir. As atividades realizadas isoladamente nunca alcançarão todos os seus objetivos dentro da saúde do adolescente, necessitando da interlocução de saberes e práticas para a maximização de seus potenciais. A complexidade de atuar com adolescentes, além de buscar superação dos setores em criatividade e integralidade, exige a integração dos adolescentes enquanto protagonistas das ações (BRASIL, 2005a).

A visita domiciliar foi o item menos citado com 62,5% dos Enfermeiros considerando-a como sua função com adolescentes. Além de ser uma atividade de suma importância junto ao adolescente, a visita domiciliar trata-se de uma ação inerente dos profissionais da ESF, devendo ser tratada pelos gestores como foco nas capacitações.

A visita domiciliar torna-se instrumento único na aproximação do CSF com o indivíduo, família e comunidade, no reconhecimento do contexto e fortalecimento das ações de saúde. No contexto da saúde do adolescente, a visita é particularmente importante na identificação das situações de risco como violência doméstica, uso abusivo de drogas e evasão escolar, além de captar pacientes não aderentes ao tratamento, porém, ressalta-se a importância de manter a confidencialidade, sujeito e profissional (BRASIL, 2005a). Logo, a sensibilização de enfermeiros quanto à visita domiciliar aos adolescentes deve ser trabalhada na busca de alcançar o atendimento integral a esta clientela.

O percentual de conhecimento das funções dos enfermeiros no âmbito da saúde do adolescente indicou um ótimo desempenho dos enfermeiros, com 51,8% deles assinalando todos os itens, ou seja, acertando a questão inteira. No geral, sabe-se

adolescente é ainda uma lacuna dentro da Estratégia de Saúde da Família para os Enfermeiros, necessitando de tempo, capacitação e sensibilização para alcançar todas as funções analisadas de forma efetiva.

Na perspectiva da atuação do Enfermeiro no ambiente escolar, fez-se necessário investigar também a concepção prévia que estes profissionais têm acerca da saúde escolar. Foram exibidos quesitos inseridos na saúde escolar e interrogados aos enfermeiros para visualizar seu entendimento neste âmbito. Estes quesitos da saúde escolar foram baseados no Relatório do Comitê de Peritos da OMS sobre Promoção e Educação Abrangentes em Saúde (OMS, 1997). A nomenclatura saúde escolar é utilizada neste estudo no sentido de ações do setor saúde executadas na escola.

Os itens mais citados foram a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez e a prevenção de tabagismo, alcoolismo e drogadição, ambos com 95,2% dos enfermeiros considerando-os como necessários para a saúde escolar. Este destaque era esperado pela importância que estas temáticas tem na atual condição de vulnerabilidade dos adolescentes e o envolvimento dos enfermeiros neste âmbito.

Quanto à prevenção das DST e gravidez na adolescência, verifica-se sua relevância e a importância de ações preventivas no cenário escolar pela própria vulnerabilidade dos adolescentes neste âmbito. Esta situação foi constatada pela pesquisa “A Voz dos Adolescentes” na qual 32,8% dos adolescentes brasileiros mantêm ou já tiveram relação sexual. Porém, pelo menos, 48,5 % desses adolescentes não usam preservativo ou não usam sempre. Dos adolescentes que mantêm ou já tiveram relação sexual, 16,6% já engravidaram, e, dos que engravidaram, 28,8% declararam que não tiveram o bebê (UNICEF/ Fator OM, 2002). A partir destes dados, percebe-se a vulnerabilidade dos adolescentes ao sexo desprotegido e à gravidez na adolescência, muitas vezes indesejada, como apontados os casos de possíveis abortos induzidos. Neste sentido, as ações de prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva devem ser enfatizadas para os adolescentes, incluindo aquelas realizadas no ambiente escolar, bastante propício e favorável à educação em saúde.

A prevenção de tabagismo, alcoolismo e drogadição também se destacou na visão dos enfermeiros como aspecto importante para a saúde escolar. Sabe-se que o uso e o abuso de álcool e outras drogas tem sido uma das principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade na adolescência (BRASIL, 2005c). A ingestão abusiva de bebida alcoólica por adolescentes tem sido responsável por considerável índice de mortes entre os jovens, por práticas de violência e por acidentes de trânsito, além de gerar desadaptação escolar, desentendimentos familiares ou outros problemas na condição física

(UNICEF, 2002). Com relação às drogas, além dos males físicos e psicológicos causados pelo seu uso e abuso, ainda destaca-se a problemática do tráfico, o qual representa, no Brasil e em outros países, uma séria ameaça à estabilidade social (BRASIL, 2005c).

As ações de prevenção de tabagismo, alcoolismo e drogadição nas escolas devem, no entanto, seguir um modelo que permita uma discussão sobre a importância da adoção de um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a resistência às pressões externas, a expressão de sentimentos, opiniões, dúvidas, inseguranças e preconceitos, viabilizando condições para o enfrentamento e resolução de problemas e dificuldades no cotidiano (BRASIL, 2005c). São peculiaridades que exigem um manejo especial do profissional que esteja lidando com a temática no meio escolar, evitando embates e buscando a conscientização individual.

O controle da imunização foi apontado por 82,7% dos enfermeiros com importante quesito para a saúde escolar. É importante que o enfermeiro perceba que a escola também é um espaço privilegiado para promover o controle vacinal, bem como campanhas de imunização, sendo estas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos para adolescentes.

O item que abrange a educação acerca dos diversos aspectos da vida foi indicado por 73,8% dos enfermeiros da amostra. Apesar de ser um item ao mesmo tempo vago e abrangente, tem sua relevância para a saúde do adolescente, na qual o Enfermeiro deve estar preparado para a diversidade de dimensões que envolve a adolescência, não havendo um protocolo moldado que seja suficiente para atingir toda sua complexidade (BRASIL, 2005a).

O acompanhamento do estado nutricional foi considerado por 72,6% dos enfermeiros como ação de saúde escolar. Considera-se esta porcentagem de enfermeiros da amostra baixa frente à importância da promoção da saúde nutricional nas escolas, bem como pela relevância que as doenças crônicas não-transmissíveis, influenciadas pela alimentação, tem na saúde dos escolares. Sabe-se inicialmente que o acesso à alimentação de qualidade no ensino fundamental é reconhecido como direito do estudante brasileiro a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional do Ministério da Educação (BRASIL, 1996). Deve-se, com isso, reconhecer a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar e romper com a visão reducionista e assistencialista dos programas de alimentação e nutrição historicamente empregados neste contexto. Para a consolidação da promoção da alimentação saudável como estratégia de política pública requer a integração dos temas da alimentação, nutrição e promoção da saúde ao cotidiano escolar, investimentos na infra-estrutura dos espaços destinados à alimentação, coerentes com a proposta de um ar

recursos humanos e formação continuada dos diferentes profissionais envolvidos e parcerias entre os gestores e colaboradores (BRASIL, 2006e).

A promoção da saúde mental foi considerada por 63,7% dos Enfermeiros como aspecto pertencente à saúde escolar. Considerando a importância da saúde mental para os sujeitos e a escola como espaço privilegiado para a promoção da saúde mental, indica-se um número reduzido de enfermeiros com uma visão ampla e integral para a promoção da saúde do adolescente. Dentre outros aspectos, constata-se que a violência psicológica, o relacionamento familiar, a auto-estima, a satisfação com a vida e a competência na escola apresentam potencial para comprometer a saúde mental do adolescente (AVANCI et al, 2007). Em uma abordagem integral da saúde, a escola precisa inserir no cotidiano dos escolares atividades de prevenção e promoção da saúde mental, a partir do apoio multidisciplinar.

Orientação a estudantes com deficiências físicas e mentais foi considerada por apenas 53% dos enfermeiros da pesquisa. Este aspecto reflete a pouca compreensão dos enfermeiros em reconhecer a diversidade no ambiente escolar, ignorando a necessidade do papel da saúde escolar em promover a inclusão dos estudantes com deficiência física e mental nas escolas. Destacam-se como empecilhos para a efetivação da inclusão escolar, dentre outros, a falta de capacitação profissional, a falta de recursos e materiais, as barreiras arquitetônicas e físicas, as barreiras humanas (ERIC, 2009).

Para alcançar a inclusão escolar existe legislação a níveis nacional e internacional, como a Declaração de Salamanca, no qual afirma que para a manutenção de um Estado Democrático é preciso construir uma sociedade inclusiva (ONU, 1994). Neste sentido, o Brasil possui formulações que também pregam a inclusão escolar através das Novas Leis de Diretrizes e Bases da Educação e das Novas Diretrizes Curriculares para a Educação Especial no país (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001b).

É preciso que o processo de inclusão escolar reconheça-se perante os estudantes portadores de deficiência física e mental como formadora acadêmico-profissional, superando a prática social-compensatória. A escola e a comunidade escolar necessitam incluir, assim, os portadores de deficiência, valorizando seus papéis individuais e sociais, e não mais um processo delimitado em sua deficiência (GOMES; GONZALEZ REY, 2008).

A prevenção de anorexia e suicídio foi considerada como aspecto integrante da saúde escolar por 51,2% dos enfermeiros da amostra. Dentre os transtornos alimentares, a anorexia nervosa tem apresentado um aumento da prevalência entre os adolescentes principalmente do sexo feminino, vulneráveis à mídia e persuadi

magro (DUNKER; PHILIPPI, 2003). A mídia reforça que o modelo de corpo ideal e perfeito é o magro e indica as formas de o indivíduo obtê-los, através de dietas radicais e atividade física intensa. As adolescentes, por outro lado, reforçam essa idéia, rejeitando seus corpos, desejando o emagrecimento e adquirindo pânico de engordar. Nesta complexa articulação social e biológica, o papel dos enfermeiros no processo de prevenção dos transtornos alimentares faz-se imprescindível (NIEMEYER; KRUSE, 2008)

Quanto à prevenção de suicídio, sabe-se que aspectos como relações familiares adversas, contatos agressivos com colegas e sintomas depressivos aumentam a prevalência de planejamento suicida, necessitando de ações preventivas na escola (BAGGIO; PALAZZO; AERTS, 2009). Sendo a escola um espaço privilegiado para a identificação precoce de situações problemáticas, como o suicídio, na vida do adolescente, os enfermeiros devem visualizar esta problemática e reconhecer a necessidade de inclusão na saúde escolar.

A prevenção de enfermidades por meio de exames periódicos foi indicada por 48,2% dos enfermeiros como ação incluída na saúde escolar. Dentre estes exames, se encontrariam os procedimentos médicos, dentais, visuais e auditivos, entre outros e seriam executados a partir do serviço de saúde escolar presente em cada escola (OPS, 1998). No Brasil, os programas desenvolvidos historicamente nas escolas possuíam um caráter biologicista, restringindo-se, muitas vezes, neste contexto da doença. Mais recentemente, foi formalizado ações de saúde do escolar junto ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde, através do Programa Saúde na Escolar (PSE) que visa prevenir e promover saúde, por meio de avaliações do estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, controle de cárie, acuidade visual e auditiva e também psicológica do aluno, sob responsabilidade das equipes de saúde da família (BRASIL, 2008b). Sabe-se que há necessidade desta abordagem para promover a saúde das crianças e adolescentes nas escolas, porém, não podendo restringir-se neste contexto biológico e individualista.

A prestação de cuidados de emergência e primeiros socorros e foi referida por 47,6% dos enfermeiros. Apesar de ser pouco debatida a questão de cuidados de emergência e primeiros socorros na ambiente escolar, percebe-se sua necessidade, já que crianças e adolescentes estão expostos a diferentes riscos como, dentre outros, emergência esportiva, odontológica, acidentes, alergias alimentares e crises asmáticas. Um estudo indicou a necessidade de implantação de um programa de treinamento de urgências e emergências para professores e funcionários de escolas, visando minimizar os danos causados pelo manejo incorreto da vítima e pela falta de socorro imediato, que causam o agravamento do estado da vítima, contribuem para um maior tempo de permanência hospitalar

(FIORUC et al., 2008). Os profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, poderão engajar-se de forma multidisciplinar, capacitando os profissionais das escolas para agirem no momento de emergência e estando disponíveis para o pronto-atendimento quando forem acionados.

O entorno saudável foi considerado por 42,9% dos Enfermeiros como importante para a saúde escolar. Considera-se um número baixo frente à importância que o ambiente tem para a promoção da saúde dos sujeitos, indicando uma visão reduzida da saúde pelos enfermeiros do estudo. É importante que a escola possua um entorno ou ambiente físico seguro, limpo, com instalações sanitárias adequadas e estruturalmente apropriado e que assegure uma atmosfera psicossocial harmônica e estimulante, sem agressões ou violência física e psicológica, influenciando para um clima emocional e interações sociais que favoreçam o bem-estar e a produtividade dos estudantes e da comunidade escolar (SILVA; TORRES; PELICIONI, 1999).

Contabilizando o percentual de conhecimento dos enfermeiros, participante do estudo, acerca da questão de saúde escolar, constatou-se que apenas 19,6% dos Enfermeiros assinalaram todos os itens corretamente. Isto reflete a necessidade de fortalecer o compromisso do setor saúde com as escolas, realizando cursos de capacitação e sensibilização em saúde escolar. A diversidade de componentes existentes para contemplar a saúde escolar exige a união dos serviços de saúde e educação bem como de seus gestores a fim de compartilhar as ações. Os enfermeiros, componentes das equipes da ESF, precisam reconhecer as escolas de sua comunidade como espaços para ações de promoção da saúde das crianças e adolescentes e incluí-las em suas agendas de atuação em saúde coletiva.

No contexto da atuação do enfermeiro na escola junto aos adolescentes, também se sentiu necessidade de investigar a impressão dos enfermeiros pesquisados acerca da escola promotora de saúde, através de seus quesitos principais. Estes quesitos foram baseados no documento da OPAS “*Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y Guía para la Acción*” (OPS, 1996b).

Dos enfermeiros que participaram desta pesquisa, 94% consideraram que a educação em saúde trata-se de um aspecto inerente à escola promotora de saúde (EPS). Este dado torna-se relevante ao perceber sua importância, já que para a melhoria da qualidade de vida é fundamental a aquisição de conhecimentos relacionados à saúde tanto para os estudantes como para os professores e profissionais da escola. Os assuntos devem se adequar à realidade de cada comunidade escolar, seguindo as diretrizes curriculares que possui. As temáticas devem permear as necessidades individuais e coletivas, abordando também os conteúdos escolares e temas transversais, conforme os Parâmetro:

para o Ensino Fundamental no Brasil como: Ética, Meio Ambiente, Orientação Sexual, Pluralidade Cultural, Saúde, Trabalho e Consumo, ou outros assuntos que se mostrem relevantes, devem ser abordados sempre que necessários.

O ambiente saudável foi considerado um item da EPS por 89,3% dos enfermeiros pesquisados. É fundamental que todos percebam a importância do ambiente no cotidiano escolar e da adequada integridade estrutural, condições materiais e hidro-sanitárias da escola, pois todo esse meio influencia no bem-estar e desenvolvimento escolar do estudante.

A promoção da saúde individual, familiar e comunitário foi referida por 89,3% dos enfermeiros participantes do estudo. Entende-se que para a concretização dos objetivos almejados com a escola promotora de saúde é primordial o envolvimento da comunidade e da família. Associações comunitárias e conselhos de saúde também devem colaborar com a escola promotora de saúde para sua viabilidade social.

A formação e capacitação de professores foram consideradas inerentes a EPS por 86,3% dos enfermeiros. Sabe-se que para incorporar a escola como fonte de promoção da saúde, são necessárias capacitações permanentes do corpo docente, a fim de que ele esteja preparado, como a colaboração efetiva das universidades e dos centros formadores para participarem deste processo.

A educação física foi indicada por 77,4% dos enfermeiros como um aspecto necessário para efetivar a EPS. Sabe-se que 60% dos adolescentes brasileiros não têm onde praticar esportes e mais de 80% não dispõem de equipamentos comunitários que assegurem o direito ao esporte, cultura e lazer gratuitamente. A criação de espaços para o desenvolvimento de atividades artísticas, culturais e esportivas tem forte impacto na redução da violência nas comunidades vulneráveis (UNICEF, 2002). A escola deve conter um programa que estimule a prática de exercícios físicos na busca da promoção da saúde do estudante, além de ser um método de expressão corporal e de desenvolvimento social.

O serviço de saúde escolar foi referido por 74,4% dos enfermeiros da pesquisa como um item importante para a EPS. Sabe-se que os programas de saúde do escolar determinam-se a promover atividades preventivas, de promoção da saúde e de detecção precoce de possíveis problemas que interfiram no desempenho do escolar. No entanto, seu caráter torna-se restrito ao delimitar suas ações ao diagnóstico de problemas odontológicos, oftalmológicos, psicológicos e posturais, ou seja, tornando-se biomédico.

O serviço de alimentação foi apontado por 64,9% dos enfermeiros da pesquisa como aspecto relacionado à EPS. A escola deve disponibilizar um serviço de fornecimento de alimentação, já que permite a implementação da reeducação alimen

fomenta a discussão e conscientização quanto a sua necessidade na rotina diária dos estudantes e professores.

Com esse apanhado geral da visão dos enfermeiros da ESF de Fortaleza acerca dos aspectos inerentes à EPS, foi possível detectar o percentual de conhecimento deles em 51,8% assinalando corretamente todos os itens. Este dado aponta positivamente para o sentido de que mais da metade dos enfermeiros da ESF de Fortaleza reconhecem os pontos fundamentais da EPS e ainda indica a necessidade de dissipar mais informações acerca desta estratégia aos demais, bem como o aprofundamento na temática, visto que se torna um meio de excelência para a promoção da saúde de crianças e adolescentes.

Com a análise desta categoria temática, abordando os conhecimentos dos Enfermeiros da ESF de Fortaleza em aspectos bastante abrangentes relacionados à saúde do adolescente e saúde escolar, foi possível visualizar a conjuntura desta população investigada e do universo temático que deve ser analisado ao abordar o contexto escolar e seus envolvidos. As análises evidenciaram que as políticas públicas e legislações, as funções do enfermeiro na saúde do adolescente, os quesitos da saúde escolar e os quesitos da escola promotora de saúde formam um entrelace necessário para a efetivação da promoção da saúde do adolescente, sendo importante a abordagem individual e geral destes aspectos pelos enfermeiros atuantes e pelos gestores municipais de saúde para sua adequação à realidade.

5.3 Avaliação dos Enfermeiros acerca da atuação na escola com adolescentes

Os Enfermeiros da ESF de Fortaleza avaliaram a atuação da categoria profissional nas escolas com adolescentes. A avaliação permeou a percepção deles acerca da importância destas ações, da capacitação dos enfermeiros para atuar nas escolas, da viabilidade para os enfermeiros atuarem nas escolas, da função da escola na saúde dos adolescentes e dos profissionais que devem atuar na escola (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição do número de Enfermeiro segundo as variáveis que avaliam a relação do profissional de saúde na escola com adolescentes. Fortaleza, 2009.

Variáveis	Nº	%
Avaliação da importância das ações dos enfermeiros nas escolas		
5 – 7	13	7,7
8 - 9	72	42,9
10	83	49,4
Total	168	100,0
Capacitação dos enfermeiros para atuar nas escolas		
Sem capacitação	52	31,0
Pouco capacitado	90	53,5
Capacitado	26	15,5
Total	168	100,0
Viabilidade para os enfermeiros atuarem nas escolas		
Viável	128	76,2
Inviável	40	23,8
Total	168	100,0
Função da escola na saúde dos adolescentes		
Promoção da saúde	155	92,3
Integração com o CSF	153	91,1
Prevenção de doenças	134	79,8
Imunização	122	72,6
Ações emergentes	47	28,0
Nenhuma relação CSF com a Escola	1	0,6
Profissionais que devem atuar na escola		
Enfermeiro	166	98,8
Dentista	163	97,0
Médico	162	96,4
Professor	145	86,3
Agente comunitário de saúde	142	84,5
Técnico de Enfermagem	115	68,5
Outros	136	81,0

Quanto à avaliação da importância das ações dos enfermeiros nas escolas, foi percebido, através de uma nota atribuída, que 93,3% dos enfermeiros pesquisados consideraram que as ações destes profissionais nas escolas eram importantes, visto que avaliaram a partir de oito na nota atribuída. Esse dado torna-se relevante ao revelar que a grande maioria dos enfermeiros reconhece sua importância na atuação nas escolas, independente de fazer ou não tal ação, devendo, assim, os gestores estimularem a efetivação destas ações.

Neste sentido, diversos estudos na área escolar distinguem o enfermeiro como profissional mais habilitado para atuar na atenção à saúde escolar no cenário específico nos níveis de prevenção e promoção da saúde, junto aos estudantes, professores e componentes familiares (JOSHI, KOMLODI, 2008; BARTLETT, HOLDITCH-DAVIS, BELYEA, 2007; GRACE, 2006; MEYER, GAST, 2008). Dentre as ações propostas para a Enfermagem no contexto escolar tem-se a criação de serviços de prevenção, identificação precoce de agravos à saúde dos estudantes, intervenções cotidianas, realização de atividades educacionais de sucesso e ainda a visita domiciliária quando necessária (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2008).

Sobre a capacitação dos enfermeiros para atuarem nas escolas, indicou-se que 53,6% dos enfermeiros consideraram sua categoria profissional pouco capacitada, 31% reconheceu os enfermeiros sem capacitação para tal atividade e somente 15,5% considerou os enfermeiros capacitados. Com isso, 84,6% dos pesquisados indicaram que possuíam formação deficiente ou ausente para exercer as atividades com os adolescentes nas escolas. Esse dado mostra que, mesmo considerando tal ação de grande importância, não conseguem exercê-la de forma tão eficaz pela capacitação deficitária. As universidades e os gestores necessitam priorizar a capacitação dos enfermeiros para atuarem nas escolas como forma de efetivar uma ação de grande impacto na vida da população.

Acerca da viabilidade de atuação nas escolas, foi percebido que 72,6% dos enfermeiros consideraram viável sua atuação de forma contínua nas escolas. Este dado torna-se surpreendente e positivo, ao perceber que mesmo enfrentando dificuldades diversas e tendo considerado sua capacitação deficiente, eles avaliaram como viável manter atividades nas escolas com adolescentes de forma contínua.

Quanto à função da escola na saúde dos adolescentes, mais de 90% dos enfermeiros pesquisados consideraram que a escola representa um espaço de promoção da saúde para seus integrantes, bem como tem grande importância na integração com os Centros de Saúde da Família. Aproximadamente 80% indicaram a esco

prevenção de doenças, sendo 72,6% dos pesquisados relacionando a necessidade de ações de imunização no espaço escolar. Dos enfermeiros pesquisados, somente 28% reconheceram a importância da escola como espaço também para ações emergentes. Neste critério, existe a contradição, já que se tem a prática contínua de ações preventivas contra a dengue nas escolas, realizadas em caráter de emergência frente às epidemias. Somente um enfermeiro considerou que não existia nenhuma relação entre a escola e o CSF. Esta visualização das perspectivas que os enfermeiros têm sobre a atitude da escola na vida de seus estudantes é importante, pois esta direciona andamento das ações de saúde neste contexto. Assim, ao perceber que 90% dos enfermeiros avaliaram a escola como um espaço de promoção da saúde, pode-se inferir um dado positivo em termos de ampliação das ações de saúde coletiva realizadas pelos enfermeiros dentro do cenário escolar.

Quanto à percepção acerca dos profissionais que devem atuar nas escolas abordando temas de saúde, 98,8% dos pesquisados destacaram a importância do enfermeiro incluir sua prática também no ambiente escolar. O Dentista e o Médico também obtiveram índices maiores que 95% como necessários para ações de educação em saúde nas escolas. O professor foi reconhecido como o quarto profissional indicado para trabalhar as questões de saúde com os estudantes. Além destes, também foram indicados outros profissionais que poderiam integrar esta rede multiprofissional para atuar na escola, dentre eles o agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, educador físico, fonoaudiólogo, nutricionista, agente de endemia, advogado, líder comunitário, conselheiro local de saúde, diretor e coordenador das escolas. Assim, pode-se destacar que existe uma gama de profissionais que podem fazer interlocução na rede integral de atenção à saúde dos estudantes e que a maioria eminente dos enfermeiros considerou-se profissional importante para atuar junto aos adolescentes na escola. Com isso, fazem-se necessários planejamentos estratégicos que viabilizem a efetividade das ações, já que os enfermeiros se reconhecem importantes nas ações nas escolas, consideram-nas viáveis diante da realidade atual, porém percebem-se pouco capacitados.

A partir desses dados, foi realizada também uma análise bivariada, para verificar se haveria existência de associação entre as variáveis explanatórias (idade, anos de conclusão da graduação e titulação acadêmica) e as variáveis desfechos (avaliação da importância das ações dos enfermeiros nas escolas, capacitação dos enfermeiros para atuar nas escolas e viabilidade para os enfermeiros atuarem de forma contínua nas escolas), a partir dos testes χ^2 e de Máximo verossimilhança (Tabelas 4, 5, 6).

Tabela 4: Distribuição do número de enfermeiro segundo avaliação da importância de suas ações nas escolas e características sociodemográficas. Fortaleza, 2009.

Variáveis	Avaliação da importância das ações dos enfermeiros nas escolas						Teste	P
	5-7		8 - 9		10			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Dados sócio-demográficos								
1. Idade (Anos)							4,61*	0,33
24 - 30	4	6,7	30	50,0	26	43,3		
31 - 37	6	8,0	33	44,0	36	48,0		
38 - 56	3	9,1	9	27,3	21	63,6		
2. Conclusão da Graduação (Anos)							6,79**	0,14
2 - 5	3	7,9	17	44,7	18	47,4		
6 - 10	8	9,5	41	48,8	35	41,7		
11 - 29	2	4,3	14	30,4	30	65,2		
3. Titulação Acadêmica							3,49*	0,74
Graduação	1	5,3	8	42,1	10	52,6		
Especialização	10	8,1	56	45,2	58	46,8		
Residência Saúde da Família	1	9,1	5	45,5	5	45,5		
Mestrado	1	7,1	3	21,4	10	71,4		

* – Teste χ^2

** – Teste de Máximo verossimilhança

Tabela 5: Distribuição do número de enfermeiro segundo Capacitação desses enfermeiros para atuação nas escolas e características sociodemográficas. Fortaleza, 2009.

Variáveis	Capacitação dos enfermeiros para atuar nas escolas						Teste	P
	Capacitado		Pouco Capacitado		Sem Capacitação			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Dados sócio-demográficos								
1. Idade (Anos)							10,75*	0,029
24 - 30	15	25,0	35	58,3	10	16,7		
31 - 37	19	25,3	43	57,3	13	17,3		
38 - 56	18	54,5	12	36,4	3	9,1		
2. Conclusão da Graduação (Anos)							2,51*	0,64
2 - 5	12	31,6	20	52,6	6	15,8		
6 - 10	22	26,2	49	58,3	13	15,5		
11 - 29	18	39,1	21	45,7	7	15,2		
3. Titulação Acadêmica							10,29**	0,11
Graduação	9	47,4	9	47,4	1	5,3		
Especialização	39	31,5	63	50,8	22	17,7		
Residência Saúde da Família	0	0,0	10	90,9	1	9,1		
Mestrado	4	28,6	8	57,1	2	14,3		

* – Teste χ^2

** – Teste de Máximo verossimilhança

Tabela 6: Distribuição do número de enfermeiro segundo Viabilidade para os enfermeiros atuarem continuamente nas escolas e características sociodemográficas. Fortaleza, 2009.

Variáveis	Viabilidade para os enfermeiros atuarem continuamente nas escolas				Teste	P
	Viável		Inviável			
	Nº	%	Nº	%		
Dados sócio-demográficos						
1. Idade (Anos)					1,08*	0,58
24 - 30	44	73,3	16	26,7		
31 - 37	60	80,0	15	20,0		
38 - 56	24	72,7	9	27,3		
2. Conclusão da Graduação (Anos)					0,001*	1,00
2 - 5	29	76,3	9	23,7		
6 - 10	64	76,2	20	23,8		
11 - 29	35	76,1	11	23,9		
3. Titulação Acadêmica					6,04**	0,10
Graduação	12	63,2	7	36,8		
Especialização	93	75,0	31	25,0		
Residência Saúde da Família	10	90,9	1	9,1		
Mestrado	13	92,9	1	7,1		

* – Teste χ^2

** – Teste de Máximo verossimilhança

Foi percebido que, pela elaboração do instrumento de coleta de dados desta pesquisa em formato de múltipla escolha e pela ausência de um processo de validação antes da execução da coleta dos dados, ocorreu uma análise inferencial pouco compatível com os testes estatísticos, direcionando a baixa associação entre as variáveis.

De todo modo, na grande maioria das análises estatísticas não foi verificado associação entre as variáveis, com exceção da análise entre as variáveis idade e capacitação dos enfermeiros para atuar nas escolas, na qual foi percebida que as faixas etárias de 24 a 30 anos e de 31 a 37 anos consideram-se pouco capacitadas e que a faixa etária de 38 a 56 anos se vê como capacitada para atuar nas escolas junto aos adolescentes.

Com este capítulo sobre a avaliação dos Enfermeiros acerca da atuação na escola com adolescentes foi possível perceber que a atuação dos enfermeiros nas escolas é considerada como uma ação de fundamental importância e viável para este profissional exercer, porém eles consideram-se pouco capacitados para seu desempenho. O espaço escolar foi ainda evidenciado como espaço de promoção da saúde e integração com o CSF e que o enfermeiro foi avaliado por 98,8% como o profissional que deve atuar no ambiente escolar. Com esta conjuntura é nítida a relevância da atuação do enfermeiro no espaço escolar, elevando-o como um campo promissor para a promoção da saúde dos escolares. Sua concretização, no entanto, dependerá de investimentos e valorização cultural.

5.4 Atuação dos Enfermeiros nas escolas com adolescentes

Para a compreensão do cenário de atuação dos enfermeiros nas escolas, a pesquisa confrontou o contexto atual desta prática com a percepção que eles têm de condição ideal necessária para efetivá-la. Sentiu-se esta necessidade para avaliar se haveria ou não um abismo entre o real e o ideal acerca das ações realizadas pelos enfermeiros nas escolas.

A realidade atual foi avaliada através das variáveis: número de ações realizadas pelos enfermeiros nas escolas, tipos de atividades e temáticas abordadas (Tabela 7). A idealização das ações nas escolas foi avaliada a partir das variáveis: frequência que deveria ser realizadas as ações nas escolas, tipos de atividades e temáticas que deveriam ser trabalhadas (Tabela 8).

Tabela 7: Distribuição dos Enfermeiros segundo o número de ações, tipos de atividade e temáticas realizadas nas escolas no último ano. Fortaleza, 2009.

Variáveis	Nº	%
Número de ações realizadas pelos enfermeiros nas escolas		
Nenhuma	30	17,8
1 - 5	108	64,3
6 - 10	19	11,3
11 - 15	5	3,0
16 - 20	2	1,2
Quinzenalmente	1	0,6
1 vez por semana	2	1,2
2 vezes por semana	1	0,6
Total	168	100,0
Tipos de atividades realizadas nas escolas		
Palestras	112	66,7
Vacinação	103	61,3
Grupos/Oficinas	31	18,5
Rodas de conversa	31	18,5
Atendimento individual	15	8,9
Outros	3	1,8
Temáticas realizadas nas escolas		
DST/Aids	90	53,6
Sexualidade	65	38,7
Gravidez	56	33,3
Hábitos Saudáveis	33	19,6
Dengue	31	18,4
Drogas	25	14,9
Alcoolismo	18	10,7
Violência	11	6,5
Problemas Sociais	11	6,5
Primeiros Socorros	8	4,8
Saúde Mental	7	4,2
Distúrbios Alimentares	6	3,6
Outros	18	10,7

A partir dos dados da Tabela 7, pode-se visualizar o coi

escolares desempenhadas pelos Enfermeiros da ESF de Fortaleza. Constatou-se que a maioria dos enfermeiros desempenharam no máximo 5 atividades durante o período de um ano e ainda que aproximadamente 18% sequer realizou alguma ação na escola. Esses dados revelam a importância de refletir acerca desta atividade frente ao pequeno desenvolvimento no município.

Percebeu-se também que os tipos e formatações de atividades mais desempenhadas nas escolas foram as palestras e as campanhas de imunização com mais de 60% dos enfermeiros. Já os grupos e as rodas de conversa registraram-se como pouco selecionadas pelos enfermeiros em suas ações nas escolas com adolescentes.

Além dos tipos de atividades mencionados no instrumento de coleta de dados, outras ações foram realizadas como reunião de pais e professores, vermifugação e verificação de pressão arterial e glicemia dos adolescentes.

Os temas mais trabalhados com os adolescentes pelos enfermeiros nas escolas foram relacionados à DST/ Aids, sexualidade e gravidez na adolescência. Isso mostra como os enfermeiros reconhecem a vulnerabilidade dos adolescentes às questões relacionadas à sexualidade e a necessidade de informações envolvendo o assunto. Outras temáticas não menos importantes foram pouco representativas nas ações dos enfermeiros nas escolas como, dentre outras, as drogas, o alcoolismo, a violência e a dengue. Além das temáticas descritas no questionário, outras foram abordadas pelos enfermeiros em suas ações como tabagismo, higiene, saúde bucal, doenças imunopreveníveis, tuberculose, hanseníase, diabetes, rubéola e planejamento familiar.

Já na tabela 8 é apresentada a percepção dos enfermeiros acerca do que deveria ser praticado por eles com os adolescentes nas escolas. Percebeu-se que mais de 50% dos enfermeiros indicavam a necessidade de suas atividades serem realizadas mensalmente nas escolas. Além disso, os enfermeiros também citaram que a frequência dependeria da necessidade da escola, do projeto a ser trabalhado e da solicitação do professor.

Constatou-se também que os grupos, oficinas e rodas de conversa eram os tipos de atividades nas escolas que os enfermeiros consideravam que deveria ser mais praticado, seguidos da palestra e das campanhas de imunização.

Tabela 8: Distribuição dos Enfermeiros segundo a frequência, tipo de atividades, temáticas, parcerias e o público das ações que deveriam ser trabalhadas nas e

Fortaleza, 2009.

Variáveis	Nº	%
Frequência que deveria ser realizadas as ações nas escolas		
Semanal	22	13,1
Quinzenal	34	20,2
Mensal	89	53,0
Bimestral	10	6,0
Semestral	10	6,0
Outros	3	1,7
Total	168	100,0
Tipos de atividades que deveriam ser trabalhadas nas escolas		
Grupos/Oficinas	141	83,9
Rodas de conversa	135	80,4
Palestras	133	79,2
Vacinação	129	76,8
Atendimento individual	44	26,2
Outros	6	3,6
Temáticas que deveriam ser trabalhadas nas escolas		
DST/Aids	164	97,6
Drogas	162	96,4
Sexualidade	161	95,8
Gravidez	159	94,6
Violência	157	93,5
Alcoolismo	156	92,9
Hábitos Saudáveis	150	89,3
Problemas Sociais	120	71,4
Distúrbios Alimentares	115	68,5
Saúde Mental	108	64,3
Primeiros Socorros	85	50,6
Outros	19	11,3
Possíveis parcerias para as ações nas escolas		
Escola	161	95,8
Família	145	86,3
Prefeitura	126	75,0
Conselho Tutelar	96	57,1
Ongs	82	48,8
Igreja	61	36,3
Outros	6	3,6
Nenhum possível parceiro	2	1,2
Público também envolvidos nas ações nas escolas		
Família	147	87,5
Professor	141	83,9
Grupo gestor da escola	69	41,1
Outros	8	4,8

Sobre as temáticas que os enfermeiros consideravam que deveriam ser trabalhadas nas escolas, surgiu uma diversidade de assuntos muito citados, sendo que obtiveram mais de 90% de indicação pelos pesquisados os temas DST/Aids, drog

violência e alcoolismo. Esses temas, de grande impacto para a realidade atual dos adolescentes brasileiros, são reconhecidos pelos enfermeiros como primordiais para serem discutidos com os adolescentes nas escolas, revelando que estes profissionais estão cientes da necessidade e do impacto destas ações. Outras temáticas também foram citadas como importantes a serem trabalhadas com os adolescentes: maus tratos, tuberculose, hanseníase, SUS/PSF, saúde bucal, emprego, família, cidadania, sedentarismo, relações humanas e outros temas de escolha dos alunos.

Contrastando os dados apresentados nas tabelas 7 e 8 sobre realidade e necessidade atual, a maioria dos enfermeiros pesquisados indicaram que reconhecem que a frequência de ações nas escolas deveria ser mensal, ou seja, maior que a realidade praticada. Este dado reflete a necessidade de intensificar as ações de saúde coletiva no ambiente escolar como meio de promover a saúde das pessoas.

Os enfermeiros apontaram também a necessidade de modificar a metodologia trabalhada com os adolescentes, priorizando as atividades grupais frente às palestras. Quanto à escolha da metodologia de trabalho com adolescentes, sabe-se que é fundamental a oferta de oportunidades grupais nos diferentes contextos de promoção de saúde, que proporcione o relacionamento dos adolescentes com seus pares, potencializado as bases para troca de experiências, anseios, desejos e uma inserção participativa na sociedade, a partir de diversos cenários, dentre eles a escola (UNICEF, 2002a).

Os dados demonstraram ainda a necessidade de diversificar as temáticas abordadas, priorizando, entretanto, as de maior impacto para o contexto atual do adolescente. Frente ao universo de temas a serem expostos e debatidos pelos adolescentes, os enfermeiros reconhecem que tem o papel de atuar em todas as perspectivas, com vistas à atenção integral a saúde.

A pesquisa também abordou os possíveis parceiros para os enfermeiros concretizarem suas ações nas escolas. Verificou-se que a escola e a família tiveram significância para atuarem como as principais parceiras no trabalho com adolescentes, sendo respectivamente citadas por 95,8% e 86,3% dos enfermeiros. A prefeitura foi considerada como parceira por 75,0% dos enfermeiros e somente 1,2% indicou não haver nenhum possível parceiro em suas ações. Existiram ainda 3,6% dos enfermeiros que indicaram outros possíveis parceiros, como o coordenador do CSF, conselho local de saúde, demais membros da ESF e as associações de bairro. Essa parceria pode ser necessária para superar diversas lacunas, como financeira, técnica e de infra-estrutura.

Além dos adolescentes, os enfermeiros percebem a nece:

participarem das ações nas escolas para alcançar os objetivos e promover a saúde dos adolescentes, sendo principalmente a família e os professores citados. O grupo gestor da escola, demais funcionários do ambiente escolar, coordenador do CSF, conselho de saúde, conselho tutelar e a igreja também foram cotados para serem envolvidos nas atividades. Esse envolvimento abrangeria todos esses públicos de forma pró-ativa, no qual todos seriam sujeitos e atores do processo educacional. Com isso, deve-se incluir, não apenas o adolescente, mas todos os segmentos responsáveis pela garantia do direito de se viver a adolescência em seu sentido mais profundo, para a efetivação das ações de promoção da saúde (UNICEF, 2002b). Políticas públicas que incluem principalmente a atenção à família constituem fator condicionante de transformações da sociedade brasileira e um dos eixos fundamentais para políticas voltadas às crianças e adolescentes (UNICEF, 2002a).

Assim, a conjuntura de atuação dos enfermeiros aponta a necessidade de um novo arranjo, incluindo um planejamento que permita uma maior frequência, maior diversidade de temas, metodologias criativas, com novos parceiros e atores que atendam as reais expectativas dos adolescentes, buscando a promoção da saúde nas escolas.

5.5 Fatores que influenciam a execução das ações dos Enfermeiros

adolescentes

Para buscar um mínimo de entendimento acerca da atual condição de atuação dos enfermeiros nas escolas com adolescentes, foi necessário também investigar os fatores da realidade deles que influenciam positivamente e negativamente a execução destas ações. Para isso, foi listada uma série de quesitos, de acordo com a literatura e vivência dos pesquisadores, para compor o instrumento de coleta de dados e compreender as influências na realidade dos enfermeiros da ESF de Fortaleza (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição dos Enfermeiros segundo os fatores que influenciam a execução das ações dos enfermeiros nas escolas com adolescentes. Fortaleza, 2009.

Variáveis	Nº	%
Fatores que influenciam positivamente a execução das ações dos enfermeiros nas escolas com adolescentes		
Abertura da Escola	134	79,8
Interesse Próprio	121	72,0
Sensibilização com a Problemática	104	61,9
Domínio no Assunto	85	50,6
Disponibilidade	84	50,0
Parcerias	65	38,7
Inserção em Projetos	33	19,6
Outros	4	2,4
Não tem	5	3,0
Fatores que influenciam negativamente a execução das ações dos enfermeiros nas escolas com adolescentes		
Sobrecarga de Trabalho	130	77,4
Recursos Materiais Deficientes	123	73,2
Falta de Incentivo	94	56,0
Recursos Humanos Deficiente	84	50,0
Não é Política Prioritária	57	33,9
Estrutura Física Inadequada	47	28,0
Outros	5	3,0

Foi constatado que o fator positivo que está mais presente na realidade atual dos enfermeiros pesquisados é a abertura da escola para receber as ações de saúde do CSF local, revelando que a escola hoje não é um empecilho para a realização das ações de saúde.

Destacaram-se também os fatores: interesse próprio dos enfermeiros e a sensibilização deles em atuar na escola com os adolescentes. Com isso percebeu-se que a motivação individual para o trabalho com adolescentes se faz presente na nossa população estudada, sendo necessário agregar outros aspectos que viabilizem um trabalho de excelência voltado para os adolescentes.

O quesito domínio no assunto atingiu aproximadamente 50% dos enfermeiros pesquisados, revelando que a outra metade não se sente capacitada atualmente, como foi evidenciado nos capítulos anteriores que as capacitações e os treinamentos sobre o assunto devem ser intensificados.

A disponibilidade foi apontada por 50% dos pesquisados, indicando que os outros 50% não se consideram com tempo para as ações nas escolas. Entretanto, por ser um quesito subjetivo, pode-se perceber que alguns profissionais que tem disponibilidade, não se percebem assim, e outros que não a tem, conseguem organizar seu tempo para desenvolver essas ações. Também, é importante evidenciar que a disponibilidade tem uma relação com as prioridades de atuação na ESF.

Além dos fatores listados, os enfermeiros também indicaram como positiva a atuação dos agentes comunitários de saúde como apoio ao CSF.

Existiram, porém, 3% dos enfermeiros pesquisados que indicaram não haver atualmente fatores positivos em seus cotidianos que favorecessem a atuação nas escolas com adolescentes. Sabe-se, no entanto, que além de fatores estruturais que favorecem as ações dos enfermeiros nas escolas existem também os fatores pessoais que, no caso, também não colaboraram para motivar estes enfermeiros, indicando que podem haver profissionais que não tem afinidade com a temática e que não deverão ser obrigados a fazê-lo.

Quanto aos fatores que influenciam negativamente a atuação dos enfermeiros no cenário escolar, aqueles mais citados foram sobrecarga de trabalho e recursos materiais deficientes. Estes são fatores organizacionais da ESF de Fortaleza que precisam ser revistos pela gestão municipal, a fim de alcançar o impacto esperado na saúde da população.

Outros dados importantes revelam que 56% dos enfermeiros pesquisados alegam que falta incentivo para realização deste tipo de atividade, 50% consideram os recursos humanos deficientes em termos de quantidade e 33,9% não percebem, como política prioritária, a atuação nas escolas pelos enfermeiros da ESF de Fortaleza. Além desses, 3% dos enfermeiros pesquisados indicaram outros fatores que dificultam a realização das ações nas escolas como a falta de transporte para levar a equipe, CSF recém inaugurado com profissionais novatos e violência no bairro.

Em contraste com esses dados, é importante destacar um estudo realizado nos Estados Unidos que expressa que a atuação da Enfermagem na escola é o caminho para promover a saúde dos adolescentes, já que é desta iniciativa que ações serão mais bem planejadas e implementadas, alcançando maior êxito (BRADFORD; O'SULLIVAN, 2007). Outro ensaio comparativo sobre o perfil de doença e injúrias de estu

enfermeiro escolar e outra sem este profissional demonstrou que naquelas com enfermeiros, os estudantes apresentaram maior sucesso na aprendizagem e na prevenção de doenças, pois registram menor absenteísmo (WYMAN, 2005). Além disso, observou-se que os enfermeiros são profissionais de saúde bem aceitos no ambiente escolar, em especial para aqueles estudantes de classe social menos favorecida (BORUP; HOLSTEIN, 2004)

A análise da conjuntura que influencia e repercute na atuação dos enfermeiros nas escolas com adolescentes é necessária para reflexão crítica e com isso construir uma nova realidade que realmente se concretize de maneira contínua e integrada com a comunidade escolar. Seguindo os pilares da promoção da saúde, para se alcançar um ambiente escolar que promova a saúde de sua comunidade é imprescindível construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais, reorientar os serviços de saúde, no qual todos os aspectos se interligam de forma complexa, tornando-se um verdadeiro desafio para a sociedade brasileira atual (BRASIL, 2001a). A gestão federal, estadual e municipal de saúde, os gestores locais dos CSF, os enfermeiros e a comunidade em geral precisam reconhecer os fatores que impedem e favorecem as ações de saúde escolar para, então, buscar novos rumos para promoção da saúde escolar.

5.6 Visão dos Enfermeiros sobre a capacitação e viabilidade pa

adolescentes

Na busca de traçar a conjuntura que envolve os enfermeiros de Fortaleza na atuação nas escolas junto aos adolescentes, optou-se por descrever os comentários que os participantes desta pesquisa fizeram, demonstrando a percepção deles acerca de seus níveis de capacitação e viabilidade para realizar estas ações. Portanto, este capítulo é construído a partir das percepções dos Enfermeiros para fomentar a reflexão do leitor.

5.6.1 Nível de capacitação dos Enfermeiros para atuar nas escolas com adolescentes

Segundo a percepção dos pesquisados, registrou-se que 31% consideraram os Enfermeiros capacitados para atuar nas escolas com adolescentes.

Evidenciaram-se relatos que atribuíram esta capacitação à própria formação acadêmica em enfermagem: “Desde a sua formação, ele é capacitado para trabalhar em escolas, faz parte da formação do enfermeiro o trabalho de educação em saúde” “A enfermagem, no curso de graduação, aborda para os acadêmicos a saúde do adolescente que nos dá suporte para implantar o programa voltado para o adolescente nas unidades de saúde”.

Outros relatos relacionaram à capacitação dos enfermeiros aos treinamentos disponibilizados pela gestão municipal de saúde: “Somos chamados para capacitação e temos espaço para desenvolver um bom trabalho”. “Por já haver participado de treinamentos e cursos em saúde do adolescente e por estar sempre estimulada a realizar este tipo de trabalho”.

Além disso, indicaram o enfermeiro como o profissional com perfil para desenvolver ações desta natureza: “O enfermeiro é um profissional muito capacitado para atuar na prevenção e promoção da saúde”. “O enfermeiro tem domínio dos assuntos abordados e tem visão humanizada”. “Os enfermeiros estão sempre prontos a participar de ações educativas”. “De todos os profissionais, creio que o enfermeiro é o profissional mais apto para ações educativas”.

Para atingir o nível necessário de atuação nas escolas, enfermeiros pesquisados indicaram a importância de atenção especial acerca de alguns aspectos: “O que falta é instrumento de trabalho e espaço adequado, transporte e segurança”. “Capacidade temos, o que falta é disponibilidade de tempo e recursos”. “Existe a capacitação, no entanto, as atividades não tem sido periódicas”.

Verificou-se também que 53,5% dos enfermeiros c

profissional pouco capacitada. Quanto à formação acadêmica, eles indicaram: “Necessita melhorar grade curricular acadêmica para as ações educativas e promoção da saúde do adolescente”. “Por conta da sua própria formação acadêmica ainda muito voltada para a clínica e para os procedimentos”. “Porque, na minha época, a faculdade não nos preparava para estas atividades”.

Além da graduação, outros atribuíram a falta de treinamentos como causador da pouca capacitação para desenvolver as ações nas escolas, junto aos adolescentes: “Pouco investimento na área de capacitação em saúde do adolescente, então os profissionais não tem acesso”. “Falta cursos e tempo para atuação fora da unidade”. “Quando acontecem as capacitações são poucas vagas e não atendem ao contingente de profissionais. As informações ficam presas e não são repassadas a todas”. “Geralmente não temos espaço para atuar dentro da escola. Falta direcionamento e treinamento”. “Tem pouco estímulo por parte dos gestores e pouco interesse das escolas”. “Falta maior iniciativa das universidades e principalmente integração da saúde/ escola”.

Um comentário revela ainda aspectos importantes para a reflexão sobre a promoção da saúde do adolescente:

“Não se tem este tempo destinado às ações de promoção da saúde nas escolas e ainda se tem pouca intersectorialidade nas ações. Há pouca capacitação e reciclagem sobre o assunto saúde do adolescente. Quando se pensa em adolescente, se pensa somente em sexualidade, DST e gravidez, e não se vê como um todo. Outros temas tem que ser inseridos”.

Sobre o trabalho com adolescentes, os enfermeiros revelaram também a importância de capacitação específica para esta clientela, por se tratar de um público que exige uma atenção diferenciada: “Abordar e lidar com adolescente é bem difícil e não fomos preparados para isso”. “Acredito que hoje se tem buscado trabalhar melhor esse assunto, no entanto, algumas questões precisam ser mais bem discutidas e a metodologia de trabalho com adolescente precisa ser bem abordada, para a eficácia do trabalho com essa população”. “É um público que necessita de maiores esforços e técnicas para prender a atenção, especialmente em grupos grandes, como sala de aula, auditórios e/ou quadras esportivas”.

Enfermeiros também indicaram a necessidade de rever as políticas públicas de saúde e a estruturação da ESF de Fortaleza que influenciam diretamente a atuação no cenário escolar: “Acho que as políticas públicas não se voltaram ainda para o aspecto preventivo. Procuram-se muito as estatísticas de atendimento e não se importam muito com ações educativas”. “Existe deficiência de ações voltadas à saúde do adolescente promovida pelos

gestores”.

Além disso, relataram a necessidade de priorizar as ações com adolescentes e ter um programa específico para conseguir sua efetivação: “As atividades nas escolas com adolescentes nunca foram prioridades”. “Não existem ações governamentais de saúde intensificadas e específicas para adolescentes”. “Os programas não acontecem de forma planejada. Estão sempre apagando fogo: carnaval, rubéola, dengue, etc.”. “Hoje é uma política interligada com criança, não é específica para o adolescente”. “O PSF encontra-se em Fortaleza na sua fase de territorialização, iniciando seu conhecimento quanto a sua população”.

E ainda 31% dos enfermeiros percebem a categoria profissional como sem capacitação. Sobre a formação acadêmica relatou-se: “Não há enfoque nessa área nas universidades, ou é pouco e restrito”. Quanto à necessidade de treinamentos disponibilizados pela gestão municipal, alguns relataram: “Nem todos os enfermeiros são chamados para capacitação só apenas um participa por unidade de saúde”. “A secretaria de saúde nunca ofereceu cursos, a não ser particular”. “As capacitações estão voltadas para a parte clínica nos CSF e não nas escolas”. “Não existem estratégias, nem iniciativas para estimular este trabalho”. “Não existe um programa de capacitação para enfermeiros atuarem nas escolas”.

Além da formação acadêmica e dos treinamentos de atualização, os enfermeiros atribuíram a falta de capacitação específica no trabalho com adolescentes: “Porque lidar com adolescentes é muito complicado. Devido eles serem muito curiosos e ao mesmo tempo pouco orientados, tínhamos que ter treinamentos para lidar com essa turminha tão esperta”. “Não faz parte da nossa rotina do PSF: escola e adolescente. É um público diferenciado”.

Com os discursos analisados, percebeu-se que existem contradições e percepções opostas, mesmo todas sendo observadas na ESF de Fortaleza. No entanto, outros quesitos estão influenciando estas diferenças, quer sejam subjetivos ou estruturais. Investigações futuras, formações nas universidades e treinamentos locais devem buscar ultrapassar as adversidades para que toda a realidade da ESF de Fortaleza alcance a capacitação dos enfermeiros para atuar nas escolas e promover a saúde dos adolescentes. Assim, o nível de capacitação dos enfermeiros para atuar nas escolas foi avaliado de acordo com suas percepções e, a partir de seus comentários, um entrelace de aspectos foi exposto, na busca de superar lacunas e efetivar as ações com a excelência almejada.

5.6.2 Viabilidade para os Enfermeiros atuarem nas escolas com a

Acerca da viabilidade para realizar as ações nas escolas, 76,2% dos pesquisados consideraram viável o enfermeiro efetivar estas atividades.

Alguns revelaram fatores relacionados à capacidade técnica do enfermeiro que favoreciam as ações: “A formação do enfermeiro voltada para a promoção da saúde”. “O enfermeiro é capacitado para educar e os seus conhecimentos são de enorme contribuição para a formação dos adolescentes”. Também indicaram os aspectos relacionados à adolescência favoráveis a propagação de informações: “O adolescente é um excelente multiplicador de informações”. “São inúmeras as possibilidades de educação em saúde para esta clientela”.

Surgiram também comentários que indicavam sua viabilidade relacionada a seus benefícios: “Se começar logo na infância estaremos otimizando nossas ações, atuando promovendo a saúde e prevenindo agravos”. “Atualmente a parceria educação e saúde contribui para a promoção da saúde”. “Porque é uma excelente estratégia para prevenção de saúde para crianças, adolescente e toda a família”. “Porque a clientela escolar hoje é a clientela de pré-natal, hipertensão, diabetes e idosa de amanhã”.

Também indicaram as facilidades da escola como fundamentais para esta viabilidade: “A escola, o enfermeiro e a estratégia de saúde da família levam a essa viabilidade”. “Ótima convivência entre a escola e a equipe de saúde da família”. “É um excelente campo para educação em saúde, pois eles estão agrupados no mesmo lugar”. “Devido à abertura da escola e interesse dos professores em promover a educação dos alunos”. “A escola é uma aliada na prevenção das doenças e propagação das informações no ambiente familiar e na comunidade”. “Através da escola divulgamos nossos temas com mais facilidade”. Logo, os enfermeiros relacionaram a viabilidade para atuarem nas escolas à capacitação técnica, à adolescência, aos seus benefícios e a acessibilidade da escola.

No entanto, segundo os enfermeiros, aspectos poderiam otimizar os resultados: “No cenário atual deveria contratar enfermeiros especificamente para essas atividades”. “É viável, desde que haja uma equipe própria”. “É preciso que os profissionais organizem o trabalho”. “Devemos atender mais na comunidade e não como se fosse apenas consultório”. “Porque essa deveria ser uma atividade inerente ao processo de trabalho do Enfermeiro do PSF”. “Deve haver apoio dos ACS”.

As atividades nas escolas foram consideradas, no entanto, inviáveis de forma contínua por 23,8% dos enfermeiros pesquisados. Sobre problemas estruturais que inviabilizavam as ações nas escolas, relataram: “Por causa da estrutura atual de trabalho”. “Falta de segurança”. “Falta de equipes completas”. “Falta de transp

A sobrecarga de trabalho e atribuições dos enfermeiros também foi enfatizada: “Devido a nossa grande demanda e várias responsabilidades”. “O enfermeiro do PSF encontra-se sobrecarregado de atividades na unidade e que impossibilita a atuação contínua”. “O enfermeiro do PSF é sobrecarregado com atendimentos, sistemas de informação a serem alimentados e demandas fora da área de abrangência como vacinação, vigilância epidemiológica”.

Alguns também apontaram a influência dos professores das escolas para a inviabilidade das ações: “Devido a pouca abertura dos professores às ações de enfermagem”. “Falta de controle dos professores sobre os alunos”.

Os enfermeiros também indicaram que a viabilidade dependeria da extensão das atividades: “Só seria viável se fossem ações menores”. “Não há necessidade dessa atuação contínua”.

E, como aspecto muito importante de reflexões, foram atribuídos aspectos relacionados à gestão pública de saúde que inviabilizavam a atuação dos enfermeiros nas escolas: “A gestão cobra ações educativas, mas só pensa em atendimento. Todas as equipes do meu posto estão com o dobro de famílias do que o preconizado”. “Falta de compromisso dos gestores”. “Não é prioridade”.

Logo, a viabilidade para os enfermeiros atuarem nas escolas com adolescentes foi percebida de diferentes formas pelos enfermeiros envolvidos na pesquisa. Os aspectos precisam ser tratados como relevantes no planejamento das ações escolares com intuito de alcançar a promoção da saúde escolar.

6 CONCLUSÃO

No delineamento do objeto de estudo desta pesquisa, questionamentos iniciais foram levantados, interrogando-se qual a realidade atual dos Enfermeiros da ESF de Fortaleza quanto à atuação na escola como um espaço de promoção da saúde do adolescente e quais fatores de suas realidades contribuem ou dificultam para realização destas ações. Com este propósito, diversos achados buscaram responde-los.

Inicialmente, a partir da descrição e análise do perfil dos enfermeiros da amostra foi possível compreender melhor os sujeitos com os quais se processa este estudo. A população estudada revelou-se eminentemente feminina, em idade produtiva, residindo distante da comunidade na qual trabalham, com um tempo considerável de graduação, na maioria especialista, necessitando de cursos de formação na área estudada e com uma diversidade de recursos comunitários disponíveis para colaborar em sua atuação. Análises neste sentido permitem traçar um panorama e compreender os achados que possam surgir no decorrer do estudo.

Com base nos questionamentos iniciais e conseqüente formulação dos objetivos propostos, a pesquisa trouxe resultados que permearam o contexto dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza no âmbito da promoção da saúde do adolescente no cenário escolar.

Verificou-se o conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família acerca da promoção da saúde do adolescente no cenário escolar, abordando aspectos relevantes para a temática como políticas públicas e legislações, as funções do enfermeiro na saúde do adolescente, os quesitos da saúde escolar e os quesitos da escola promotora de saúde. Contatou-se a necessidade de capacitações planejadas e específicas para formar profissionais motivados e seguros para exercer suas funções e buscar a efetivação da promoção da saúde do adolescente.

Identificou-se a atuação dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família no cenário escolar junto ao adolescente, através da própria ótica do profissional. Eles avaliaram suas ações nas escolas como importantes e viáveis, porém eles consideram-se pouco capacitados para seu desempenho. O espaço escolar foi ainda evidenciado como espaço de promoção da saúde e integração com o CSF e que o enfermeiro foi avaliado por 98,8% como o profissional que deve atuar no ambiente escolar. No entanto, a conjuntura de atuação dos enfermeiros atualmente aponta a necessidade de um novo arranjo, incluindo um planejamento

que permita uma maior frequência de ações nas escolas, maior diversidade de temas, metodologias criativas, com novos parceiros e atores que atendam as reais expectativas dos adolescentes, buscando a promoção da saúde nas escolas.

Identificaram-se condições influenciadoras das ações dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família acerca da promoção da saúde do adolescente no cenário escolar. Foi constatado que o fator positivo que está mais presente na realidade atual dos enfermeiros pesquisados é a acessibilidade da escola para receber as ações de saúde do CSF. Destacaram-se também os fatores relacionados à motivação pessoal como interesse próprio dos enfermeiros e a sensibilização deles em atuar na escola com os adolescentes. Com isso percebeu-se que a para o trabalho com adolescentes é necessário agregar outros aspectos, além dos estruturais, que viabilizem um trabalho de excelência voltado para os adolescentes. Quanto aos fatores que influenciam negativamente a atuação dos enfermeiros no cenário escolar, destacaram-se sobrecarga de trabalho e recursos materiais deficientes que são aspectos organizacionais da ESF de Fortaleza que precisam ser revistos pela gestão municipal, a fim de alcançar o impacto esperado na saúde da população.

Neste sentido, sabe-se que a análise da conjuntura que influencia e repercute na atuação dos enfermeiros nas escolas com adolescentes é necessária para a construção de uma nova realidade que se concretize de maneira contínua e integrada com a comunidade escolar. A gestão federal, estadual e municipal de saúde, os gestores locais dos CSF, os enfermeiros e a comunidade em geral precisam reconhecer os fatores que impedem ou favorecem as ações de saúde escolar para, então, buscar novos rumos para promoção da saúde escolar.

Fomentou-se também a análise crítica do leitor, fornecendo a descrição de comentários realizados pelos próprios enfermeiros pesquisados acerca de seus níveis de capacitação para atuar nas escolas e viabilidade para realizar estas ações. As percepções apresentaram-se diversas e muitas vezes contraditórias pelo próprio caráter subjetivo e pessoal da análise. Quanto à análise de capacitação para atuar nas escolas, é necessário que investigações futuras, formações nas universidades e treinamentos locais busquem ultrapassar as adversidades para que toda a realidade da ESF de Fortaleza alcance a capacitação dos enfermeiros para promover a saúde de crianças e adolescentes. Sobre a viabilidade para os enfermeiros atuarem nas escolas com adolescentes, identificaram-se diferentes perspectivas que precisam ser tratadas como relevantes no planejamento das ações escolares. As avaliações críticas dos enfermeiros formaram um entrelace de aspectos na busca de superar lacunas e efetivar as ações com a excelência almejada.

A metodologia escolhida favoreceu a obtenção de dados

questionário que atendesse as interrogações da pesquisa e seguisse as questões levantadas na revisão da literatura acerca da temática. Foi percebido que, pela elaboração do instrumento de coleta de dados desta pesquisa em formato de múltipla escolha e pela ausência de um processo de validação antes da execução da coleta dos dados, ocorreu uma análise inferencial pouco compatível com os testes estatísticos. Alcançou-se, contudo, os objetivos propostos, analisando o contexto dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza no âmbito da promoção da saúde do adolescente no cenário escolar.

Este estudo permitiu entender que a maioria dos enfermeiros valoriza as ações nas escolas, percebem a escola como um elo com o CSF e enxerga-se como o profissional-chave para atuar neste âmbito. A partir disso, um desencadear de aspectos destaca as ações dos enfermeiros da ESF como viáveis, devendo o Estado se apoderar de seus deveres, permitindo que a promoção da saúde escolar se concretize. Portanto, a atuação dos enfermeiros na escola trata-se de um campo promissor que aguarda o planejamento, estruturação e efetivação para a excelência esperada.

Enfim, a partir de seu propósito de analisar o contexto dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família para a promoção da saúde do adolescente no cenário escolar e conseqüentemente de seus achados, este estudo teve relevância às políticas públicas direcionadas aos adolescentes, devido à urgência de investigar a atual situação da intersetorialidade Saúde e Educação frente à promoção da saúde do adolescente. Também contribui para os Enfermeiros que atuam na ESF, por ajudá-los a refletir sobre a problemática e estimulá-los a construir uma nova realidade na atenção ao adolescente e envolvimento com o espaço escolar.

A promoção da saúde do adolescente no ambiente escolar trata-se atualmente de um desafio para gestores, profissionais de saúde e educação e sociedade em geral que deve ser avaliado e tratado com a relevância merecida. Os enfermeiros da ESF, atuando na atenção primária à saúde, devem priorizar a promoção da saúde em suas ações para os diversos públicos, destacando-se a escola como um espaço favorável para a promoção da saúde das crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. **Escola e violência**. Brasília: UNESCO, 2002.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - Committee on School Health. Role of the school nurse in providing school health services. **Pediatrics** May 2008, v. 121, n. 5, p.1052-6.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D.; HARZHEIM, E. A. Estratégia de Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C.; FERREIRA, R. M.; PESCE, R. P. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 23, n. 3, Set. 2007 pp. 287-294.

AYRES, J. R.; FRANÇA-JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALLETI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BAGGIO, L.; PALAZZO, L. S.; AERTS, D. R. G. C. Planejamento suicida entre adolescentes. escolares: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, pp. 142-150, jan, 2009.

BARBOSA, S. M; PINHEIRO, P. N. C; VIEIRA, N. F. C. O comportamento dos pais em relação à comunicação com os filhos adolescentes sobre prevenção de HIV/Aids. **Rev. RENE**. Fortaleza 2008 jan/mar; v. 9, n. 1, p. 96-102.

BARNES, M.; COURTNEY, M. D.; PRATT, J.; WALSH, A. M. School-based youth health nurses: roles, responsibilities, challenges, and rewards. **Public Health Nurs**. 2004 Jul-Aug, v.21, n.4, p.316-22.

BARTLETT, R; HOLDITCH-DAVIS, D; BELYEA, M. Problem behaviors in adolescents. **Pediatr Nurs**. 2007 Jan-Feb, v. 33, n. 1, p.13-8.

BARROSO, G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (organizadores). **Educação em Saúde**: no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

BORUP, I.; HOLSTEIN, B. E. Social class variations in schoolchildren's self-reported outcome of the health dialogue with the school health nurse. **Scand J Caring Sci**. 2004 Dec, v.18, n.4, p.343-50.

BRADFORD J. Y.; O'SULLIVAN, P. S. The relationship between the use of health clinics in rural Mississippi schools and the CHIP-AE adolescent health profile. **J Sch Nurs**. 2007 Oct, v.23, n.5, p.293-8.

BRASIL. **Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº4024 de 20 de dezembro de 1961. Brasília: Diário Oficial da União, DF, 27 dez. 1961.

BRASIL. **Lei 8080/90**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. LDB - **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília: Diário Oficial da União, DF, 23 de dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - **Censo Escolar**, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: Relatório Final: Região Nordeste. Brasília: FIOCRUZ, DAB, Ministério da Saúde; 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata (1978); Carta de Ottawa (1986); Declaração de Adelaide (1988); Sundsvall (1991); Jacarta (1997). Brasília: MS, 2001a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica**. Brasília: MEC; SEESP, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Capítulo II – Da Seguridade Social. Artigo 196. 31o ed. São Paulo: Saraiva, 2003, p. 141.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde**: projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. p. 66.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2005a

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Unesco, Unicef. **Diretrizes para implantação do projeto saúde e prevenção nas escolas (versão preliminar)**. Brasília, 2005b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006**: Consolidação do SUS. Brasília (DF): Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas**: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007, p. 9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Saúde do Escolar**. Disponível: http://www.fnde.gov.br/home/index.jsp?arquivo=saude_escolar.html
Acesso: 02/10/2008a

BRASIL. Portaria interministerial nº- 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 de agosto de 2008b.

BRASIL. Ministério da saúde. **Programa de Saúde na Escola**. Disponível: http://189.28.128.101/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=53138
Acesso: 07/10/2008c

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. **Juventude e sexualidade**. Brasília: UNESCO, Mec, Coordenação Nacional de SDT/Aids, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Instituto Airton Senna, 2004.

CATRIB, A. M. F; PORDEUS, A. M. J; ATAÍDE, M. B. C; VIEIRA, N. F. C; ALBUQUERQUE, V. L. M. Saúde no Espaço Escolar. In: BARROSO, G. T; VIEIRA, N. F. C; VARELA, Z. M. de V. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003. P. 39-46.

CEARÁ. Secretaria da saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas Públicas. Núcleo de Normatização da atenção à saúde - Adolescente. **Agenda de compromissos para atenção à saúde dos adolescentes e jovens do Estado do Ceará**. Plano de ação 2004-2007. Fortaleza: Editora Regadas, 2004.

DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Rev. Nutr.** 2003, vol.16, n.1, pp. 51-60.

ERIC. **Including students with disabilities in general education classrooms**. *ERIC Digest*. Disponível em: http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/13/e2/52.pdf. Acesso em: 15 de junho de 2009.

FELISBINO J. E; NUNES, E. P. **Saúde da Família**: Planejando e programando a saúde nos municípios. Tubarão: Editora Unisul, 2000.

FERRARI, R. A. P; THOMSON, Z; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2006.

FERRIANE, M. G. C. **A Inserção do Enfermeiro na Saúde Escolar: Análise Crítica de uma Experiência.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1991.

FIORUC, B. E.; MOLINA, A. C.; JUNIOR, W. V.; LIMA, S. A. M. Educação em saúde: abordando primeiros socorros em escolas públicas no interior de São Paulo. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, n. 3, pp. 695-702, 2008

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2007.

FREITAS, G. L. **Anticoncepção pela lactação com amenorréia: conhecimento e prática de enfermeiros.** 2009. 1v. 89p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2009.

GALLATIN, J. **Adolescência e Individualidade.** São Paulo: Harbra, 1986.

GOMES, C.; GONZALEZ REY, F. L. Psicologia e inclusão: aspectos subjetivos de um aluno portador de deficiência mental. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 14, n. 1, Abr. 2008. pp. 53-62

GRACE, J. A. Adolescent immunization: challenges and opportunities. **J Sch Nurs.** 2006 Apr, v. 22, n. 2, p.87-93.

HEIDEMANN, M. **Adolescência e Saúde: Uma Visão Preventiva:** para profissionais de saúde e educação. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2006.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001.** Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

JONES, D. P. S. **Saúde da Família: Enfermeiro e Escola: um cenário de promoção da saúde em Teresópolis.** 2007. 1v. 87p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

JOSHI, A; KOMLODI A, A. M. School nurses' perceived barriers to diabetes knowledge, communication and management in children with type 1 diabetes. **School Nurse News.** 2008 May, v. 25, n. 3, p.24-9.

LABUN, E. Working with a Vietnamese adolescent. **J Sch Nurs.** 2003 Dec, v. 19, n. 6, p. 319-25.

LOPES, G. T; BERNARDES, M. M; ACAUAN, L V; FELIPE, I. C. V; CASANOVA, E. G; LEMOS, B. K. J. O enfermeiro no ensino fundamental: desafios na prevenção ao consumo de álcool / The nurse in fundamental education: challenges in the prevention to alcohol consumption. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm** dez. 2007, v. 11, n. 4, p.712-716.

LOPES, M. J. M; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, 2005 n. 24, jan-jun, p.105-125.

MENDES, R.; DONATO, A.F. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. **Revista Sobralense de Políticas Públicas - Sanare**, Sobral, v. 4, n. 1, p.39-42, 2003.

MEYER, E. E. D.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 22, n. 6, p.1335-42, 2006.

MEYER, T. A; GAST, J. The effects of peer influence on disordered eating behavior. **J Sch Nurs**. 2008 Feb, v. 24, n. 1, p.36-42.

MARTINS, A. de O. **O processo de cuidar do adolescente: percepções de enfermeiras do PSF**. 2003. 1v. 138p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFBA, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2003.

MIRAGLIA, P. Uma etnografia das Varas Especiais da Infância e da Juventude. **Novos Estudos** n. 72 jul 2005 p. 79-98.

MIRANDA, M. I. F.; FERRIANI, M. G. C. **Políticas públicas sociais para crianças e adolescentes**. Goiânia: AB, 2001.

MIRANDA, M. I. F.; IOSSI, M. A; FERRIANI, M. G. C; CANO, M. A. T. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre a saúde da criança e do adolescente em idade escolar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2000, vol.8, no.6, p.83-90.

NIEMEYER, F.; KRUSE, M. H. L. Constituindo sujeitos anoréxicos: discursos da revista Capricho. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v. 17, n. 3, Jul-Set, p. 457-65, 2008.

NÓBREGA, L. L. R. **Prática do Enfermeiro do Programa Saúde da Família - Promoção da Saúde do Adolescente**. 2007. 1v. 163p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2007.

OLIVEIRA, T. C; CARVALHO, L. P; SILVA, M. A. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, June 2008. pp. 306-11.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **La Salud de los Jóvenes: Un Reto y una Esperanza**. Geneva: OMS, 1995.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório do Comitê de Peritos da OMS sobre Promoção e Educação Abrangentes em Saúde**. Genebra, 1997 [OMS - Séries de Relatórios Técnicos nº 870].

ONU. **Declaração de Salamanca**. Princípios, Políticas e Prática em Educação Especial. Espanha, 1994.

OPS - Organización Panamericana de la Salud. **Primera Reunion Y Asamblea Constitutiva Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud**. Costa Ri

OPS - Organización Panamericana de la Salud. **Escuelas Promotoras de Salud**. Modelo y Guía para la Acción. Washington, DC. 1996b.

OPS - Organización Panamericana de la Salud. Ministério da Saúde de Costa Rica. Comissão Escolar Promotora de Saúde. **Programa Nacional de Promoção e Proteção da Saúde**. Genebra, 1998.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D.; GROSS, D. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PETRAGLIA, I. C. **Edgar Morin**: a educação e a complexidade do ser e do saber. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008**. ONU, 2007

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRADO, I. G. A. O MEC e a reorganização curricular. São Paulo: **Perspec.**, Jan./Mar. 2000, vol.14, no.1, p.94-97.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 jan-fev; 61(1): 109-12.

SAITO, M. I. Adolescência e Projeto de Vida: O adolescente Como Protagonista e Agente de Transformação. A prevenção em questão. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. (Org.). **Adolescência**: Prevenção e risco. São Paulo: Editora Atheneu. 2007.

SILVA, A. L. T.; TORRES A. L.; PELICIONI, M. C. F. **A Escola Promotora da Saúde**. Séries Monográficas da USP, Faculdade de Saúde Pública /USP, 1999.

SPOSITO, M. P. **Os jovens no Brasil**: desigualdades multiplicadas e novas demandas políticas. São Paulo: Ação Educativa, 2003.

SPOSITO, M. P.; CARRANO, P. C. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, Set/out/Nov/dez, n. 24, p.16-39, 2003.

SPRINTHALL, N. A.; COLLINS, W. A. **Psicologia do adolescente**: uma abordagem desenvolvimentista. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

UNICEF. **Relatório da Situação da Adolescência Brasileira**. Brasília: UNICEF, 2002a.

UNICEF/Fator OM. **A voz dos adolescentes**. Brasília: UNICEF, 2002b.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2006.

WICKLANDER, M. K. The United Kingdom National Healthy School Standard: a framework for strengthening the school nurse role. **J Sch Nurs** 2005 Jun, v. 21, n. 3, p. 132-8.

WONG, D.L. **Whaley & Wong** - Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à integração efetiva. Trad. Cláudia Lúcia Caetano de Araújo et al. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999.

WYMAN, L. L. Comparing the number of ill or injured students who are released early from school by school nursing and nonnursing personnel. **J Sch Nurs**.2005 Dec, v.21, n.6, p.350-5.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CRONOGRAMA

ETAPAS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
Reuniões semanais do projeto											
Contato com os locais											
Identificação da população e amostra											
Coleta de dados											
Análise dos dados											
Elaboração do relatório final											
Apresentação do relatório final											

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**PARTE 1: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

1. Centro de Saúde da Família (CSF): _____
2. Secretaria Executiva Regional (SER I a VI): _____ 3. Sexo: 1 () M 2 () F
4. Idade: _____ 5. Há quantos anos concluiu a graduação em Enfermagem? _____
6. Formação:
1 () Graduação 2 () Especialização 3 () Residência 4 () Mestrado 5 () Doutorado
7. Participou de alguma capacitação relacionada às seguintes áreas?
1 () Saúde do adolescente 2 () Educação em saúde 3 () Integralidade 4 () Intersetorialidade
8. Tem outras experiências profissionais? 1 () Hospital 2 () Escolas Técnicas 3 () Secretaria de Saúde 4 () Universidade 5 () Outros _____ 6 () Não
9. Mora no bairro ou nas proximidades do CSF? 1 () Sim 2 () Não

PARTE 2: CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE ESCOLAR E ADOLESCÊNCIA

10. Quais políticas públicas você considera que estão relacionadas à saúde escolar e ao adolescente? 1 () Constituição Federal 2 () Estatuto da criança e do adolescente 3 () Sistema Único de Saúde (SUS) 4 () Política Nacional de Atenção Básica 5 () Política Nacional de Promoção da Saúde 6 () Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)
11. Quais recursos da comunidade estão presentes no seu território?
1 () Escolas 2 () Igrejas 3 () Praças 4 () Conselho Tutelar 5 () Ongs 6 () Associações de bairro 7 () Outros _____ 8 () Não Sabe
12. Quais destas atividades você considera que é função do Enfermeiro do PSF para a saúde do adolescente? 1 () Visitas Domiciliares 2 () Atendimento Individual 3 () Atividades em Grupo 4 () Ações Educativas 5 () Atividades Intersetoriais 6 () Nenhuma
13. Com relação à saúde do adolescente, você considera a escola como um espaço para: 1 () Ações emergentes 2 () Prevenção de doenças 3 () Imunização 4 () Integração com o CSF 5 () Promoção da saúde 6 () Outros _____ 7 () Nenhuma
14. Quais destes aspectos você considera fazer parte da saúde escolar?
1 () acompanhamento do estado nutricional dos alunos 2 () prevenção de enfermidades por meio de exames periódicos 3 () prevenção de enfermidades de transmissão sexual e gravidez 4 () prevenção de tabagismo, alcoolismo e drogadição 5 () prevenção de anorexia e suicídio 6 () controle da imunização 7 () assegurar um entorno saudável 8 () Educar sobre os diversos aspectos da vida 9 () prover primeiros socorros e cuidados de emergência 10 () promover a saúde mental 11 () orientar crianças e adolescentes com deficiências
15. Quais os fatores que a escola necessita ter para ser classificada como escola promotora de saúde? 1 () educação em saúde 2 () formação e capacitação de professores 3 () serviços de saúde escolar 4 () serviços de alimentação 5 () ambiente saudável 6 () educação física 7 () promoção da saúde individual, familiar e comunitário
16. De quem caberia a função de atuar nas escolas, com assuntos ligados à saúde? 1 () Professor 2 () Agente de Saúde 3 () Enfermeiro 4 () Dentista 5 () Médico 6 () Técnico de Enfermagem 7 () Assistente social 8 () Psicólogo 9 () Outros _____
17. Qual nota de 0 a 10 você atribui como importância às ações dos enfermeiros na escola?
- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |
- SEM IMPORTÂNCIAMUITO IMPORTANTE

18. Em sua opinião, em qual nível o enfermeiro encontra-se quanto à atuação n

ações voltadas aos adolescentes? 1() Capacitado 2 () Pouco Capacitado 3 () Sem Capacitação

19. Por quê?

PARTE 3: CONHECIMENTO SOBRE HABILIDADE DO ENFERMEIRO NA ESCOLA

20. Quantas escolas existem na sua área de abrangência? _____

21. No último ano, quantas vezes você realizou ações no cenário escolar? _____

22. Qual tipo de atividade você realizou no cenário escolar? 1() Palestras 2() Grupos 3() Rodas de Conversa 4() Vacinação 5() Consulta/Exame físico 6() Outras _____
7() Não Realizei

23. Qual temática você abordou no cenário escolar? 1() Drogas 2() Alcoolismo 3() Sexualidade 4() DST/Aids 5() Gravidez 6() Violência 7() Primeiros Socorros 8() Hábitos Saudáveis 9() Problemas Sociais 10() Saúde Mental 11() Distúrbios Alimentares 12() Outros _____ 13() Não Realizei

PARTE 4: CONHECIMENTO SOBRE ATITUDE DO ENFERMEIRO NA ESCOLA

24. Com relação à viabilidade, como você considera a atuação dos enfermeiros na escola?

1() Viável 2() Inviável

25. Por quê?

26. Quais ações você considera que deveriam ser realizadas no cenário escolar, junto aos adolescentes? 1() Palestras 2() Grupos 3() Rodas de Conversa 4() Vacinação 5() Consultas Clínicas 6() Outras _____ 7() Não Realizaria

27. Com que frequência o enfermeiro deveria realizar ações no cenário escolar?

1() semanal 2() quinzenal 3() mensal 4() semestral 5() anual
6() Outros _____ 7() não deveria

28. As ações voltadas para os adolescentes deveriam envolver qual público? 1() Adolescentes 2() Pais 3() Professores 4() Grupo Gestor 5() Outros _____ 6() Nenhum

29. Quem seriam os parceiros para a execução de suas ações? 1() Prefeitura 2() Escola 3() Igreja 4() Família 5() Conselho Tutelar 6() Ongs 7() Outros _____ 8() Nenhum

30. Quais temáticas deveriam ser abordadas nas escolas? 1() Drogas 2() Alcoolismo 3() Sexualidade 4() DST/Aids 5() Gravidez 6() Violência 7() Emergência 8() Hábitos Saudáveis 9() Problemas Sociais 10() Saúde Mental 11() Distúrbios Alimentares 12() Outros _____ 13() Nenhuma

PARTE 5: FATORES QUE INFLUENCIAM A ATUAÇÃO NAS ESCOLAS

31. Identifique fatores da sua realidade que contribuem para realização de ações no cenário escolar? 1() Abertura da Escola 2() Interesse Próprio 3() Disponibilidade 4() Domínio no Assunto 5() Sensibilização com a Problemática 6() Recursos Materiais Disponíveis 7() Inserção em Projetos 8() Parcerias 9() Incentivo Profissional 10() Outros _____ 11() Não tem

32. Identifique fatores da sua realidade que dificultam a realização de ações no cenário escolar?

1() Não Abertura da Escola 2() Não é Política Prioritária 3() Sobrecarga de Trabalho 4() Falta de Incentivo 5() Recursos Materiais Deficientes 6() Recursos Humanos Deficiente 7() Estrutura Física Inadequada 8() Despreparo 9() Falta de Tempo 10() Outros _____ 11() Não Tem

APÊNDICE C**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Prezado Coordenador,

Vinhemos, por meio deste, pedir autorização do Centro de Saúde da Família para a execução do projeto “**Atuação dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza no Cenário Escolar**”. Trata-se do projeto de dissertação da Enfermeira e Mestranda **Cibele Almeida Torres** do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Este estudo é orientado pela professora Doutora Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

Gostaríamos de informar previamente que este projeto já foi autorizado pelo Sistema Municipal de Saúde Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, através do coordenador, supervisor de estágio e gerente da célula da atenção básica e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Esta pesquisa tem como objetivos analisar o conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família acerca da promoção da saúde do adolescente no cenário escolar e identificar fatores que influenciam estas ações. O enfermeiro preencherá um questionário em seu próprio local de trabalho, sem prejudicá-lo em suas funções.

Agradecemos antecipadamente a compreensão e apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza e dos Centros de Saúde da Família.

Atenciosamente,

Cibele Almeida Torres
Mestranda em Enfermagem - Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro
Orientadora e Professora do Departamento de Enfermagem
Universidade Federal do Ceará

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Você preencherá um questionário no seu próprio local de trabalho seguindo a temática: atuação do Enfermeiro no cenário escolar. Esta pesquisa tem como objetivos analisar o conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família acerca da promoção da saúde do adolescente no cenário escolar e identificar fatores que influenciam estas ações. Você terá como benefício a aquisição de informações a partir dos resultados desta pesquisa e não será exposto a nenhum risco ou desconforto. A qualquer momento, você poderá se recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das informações mencionadas será feita unicamente entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço da responsável pela pesquisa: Cibele Almeida Torres
 Instituição: Universidade Federal do Ceará
 Endereço: Rua Alexandre Baraúna
 Bloco: /Nº: /Complemento: 1115
 Bairro: /CEP/Cidade: Rodolfo Teófilo/ CEP: 60430-160/ Fortaleza-CE
 Telefones p/contato: 85 3366 8461

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
 Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo
 Telefone: 3366.8338

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Fortaleza,

(Assinatura do voluntário)	Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo Nome do profissional que aplicou o TCLE
Endereço d(o,a) participante-voluntário(o,a) Domicílio: (rua, praça, conjunto): Bloco: /Nº: /Complemento: Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:	

ANEXOS

ANEXO A - Apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 695/08 Fortaleza, 19 de dezembro de 2008
Protocolo COMEPE n° 241/ 08
Pesquisador responsável: Cibele Almeida Torres
Dept°./Serviço: Departamento de Enfermagem/ UFC
Título do Projeto: "Atuação dos enfermeiros da estratégia de saúde da família de Fortaleza no cenário escolar"

Levamos ao conhecimento de V.Sª, que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 18 de dezembro de 2008.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde



Ilma. Coordenadora da Cab – Célula de Atenção Básica – Sms

Solicitamos gentileza dar seu parecer sobre a realização de:

() Internato. () Estágio. () Aula(s) prática(s). (x) Pesquisa. () Outro(s):

Na seguinte Unidade de Saúde deste município:

Todas as Unidades de Saúde do Município de Fortaleza

Pelo (a) aluno (a):

Cibele Almeida Torres

Que é aluno (a) do curso de Programa de Pós Graduação em Enfermagem

da instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

A atividade ocorre no período: Ano de 2009

Título: A atuação dos enfermeiros da estratégia de saúde da família de Fortaleza no cenário escolar.

Comunicamos que, dentro da competência da Coordenação do Sistema Municipal de Saúde Escola, somos de acordo que há adequadas condições para a realização dessa atividade nessa unidade de saúde, de forma a otimizar o processo pedagógico e o serviço.

Fortaleza, 27/01/09

Fernando dos Santos Rocha Filho
Médico - CREMÉC 3408
Supervisor de Estágio
C-SMSE - SMS - FORTALEZA

Maria Rocinda Ferreira da Silva

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Ao(a) Dra. Lídia Dias Costa
COORDENADORA DA CAB – SMS

Parecer:

Cibele Almeida Torres
Cibele Almeida Torres
Cibele Almeida Torres