

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FILIPA DE MEIRA FERNANDES**

**INTERSETORALIDADE: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO  
INTEGRADORA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ESCOLAS  
DA COMUNIDADE**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2015**

**FILIPA DE MEIRA FERNANDES**

**INTERSETORALIDADE: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO  
INTEGRADORA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ESCOLAS  
DA COMUNIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Aparecida Villa

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2015**

**FILIPA DE MEIRA FERNANDES**

**INTERSETORALIDADE: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO  
INTEGRADORA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ESCOLAS  
DA COMUNIDADE**

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Aparecida Villa - Orientadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 24 de março de 2015

## RESUMO

O presente projeto de intervenção surgiu de uma avaliação dos problemas que a Equipe de Saúde da Família (ESF) do Centro de Saúde de São Cristóvão verificou existirem no território de abrangência, definindo como prioritário o afastamento dos jovens da comunidade em relação ao serviço de saúde. Neste contexto, foram levantados dados e realizada uma revisão narrativa para sustentar a relevância do tema e tendo em consideração os nós críticos associados a esse problema. Deste modo, foi elaborado um plano de ação com base na multidisciplinaridade e intersetorialidade com as escolas da comunidade e o Programa Saúde Escolar, tendo sido definido iniciar esta intervenção na Escola Municipal Honorina de Barros (EMHB). Assim, as propostas de solução visam criar um maior vínculo com estes jovens por meio de diferentes atividades, de forma a possibilitar uma ação conjunta na procura de soluções para demandas complexas detectadas em ambiente escolar e ainda desenvolver ações de formação, junto aos professores, pelos profissionais de saúde da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Com este plano de ação, e considerando a viabilidade da sua aplicação, a ESF e a EMHB procuram conseguir prevenir que os jovens adotem comportamentos de risco e que os casos de violência possam ser detetados de forma precoce. Assim, com este projeto intersetorial entre a Atenção Primária à Saúde e a Escola, por meio de ações de prevenção e promoção de saúde do adolescente, espera-se contribuir para uma melhoria do nível de saúde da comunidade com adultos mais saudáveis, assertivos e responsáveis pelo auto cuidado.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde. Adolescente. Atenção Primária à Saúde. Comportamento de risco.

## **ABSTRACT**

This interventional project has born from a problem's evaluation (situational diagnosis) that a family health team (ESF) of São Cristóvão's Health Center has found on its territory. The priority problem was defined by the withdrawal of young people from the community health service. In this context, data were gather and a report was elaborated to sustain the relevance of the topic and considering the critical knots associated with this problem. Therefore, an action plan was made and supported by a multidisciplinary team – the ESF, the community schools, along with the School Health Programme (PSE). This plan was decided to be put into practice on the Municipal School Honorina de Barros (EMHB).The solutions proposed pretend to create a bigger bond with these young people by different activities, in order to allow a joint action in finding solutions to complex demands detected in the school environment and to develop training activities with teachers, by health professionals from the ESF and the Family Health Nucleus Support (NASF). With this action plan, and considering the viability of its application, the ESF and EMHB expect to achieve the prevention of risk behaviour by the young people and the precocious detection of the violence cases among them. By developing prevention and promotion of the adolescent's health we expect, with this project between primary care and school sectors, to contribute for a better health service on the community with healthier, assertive and self-care responsible adults.

**Keywords:** Health Education. Adolescent. Primary Health Care. Risk Taking.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
CS	Centro de Saúde
CSSC	Centro de Saúde de São Cristóvão
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EMHB	Escola Municipal Honorina de Barros
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSE	Programa Saúde Escolar
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Serviço Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução.....</b>	<b>8</b>
<b>2 Objetivo.....</b>	<b>13</b>
<b>3 Percurso Metodológico.....</b>	<b>14</b>
<b>4 Revisão da Literatura.....</b>	<b>16</b>
<b>5 Proposta de Ação.....</b>	<b>33</b>
<b>6 Considerações Finais.....</b>	<b>39</b>
<b>Referências.....</b>	<b>41</b>

## 1 Introdução

O Modelo de Saúde vigente foi, durante muitos séculos, centrado no médico, na doença e na cura da mesma. Tratava-se de um modelo segmentado que, nas últimas décadas, tem sido colocado em questão por um modelo integrado de determinação social da doença que busca, através de uma equipe multidisciplinar, uma atenção individual com contextualização da saúde/doença na coletividade. Assim, este modelo procura uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), atuando sobre determinantes: riscos, danos e doenças (FARIA, 2010). Nesse sentido, Coelho (2008, p. 32) afirma que “Não adotar uma visão mais alargada da clínica é esquecer que territórios e cidades são importantes apenas porque são os lugares onde os acontecimentos humanos têm lugar”.

Neste contexto, em 1988 surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios - universalidade, integralidade, equidade e participação social – promovem a atenção integral sobre os determinantes e condicionantes de saúde dos indivíduos e da comunidade. De forma a conseguir implantar o modelo assistencial integrado proposto pelo SUS, surgiu em 1994 o Programa Saúde da Família, instituído nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Este, seguindo os seus princípios, caracteriza-se pela acessibilidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, centralização na família e orientação comunitária, tendo por objetivo melhorar o estado de saúde da população através de ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação de saúde (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família é composta por equipes multiprofissionais, constituídas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que trabalham na lógica de uma assistência às famílias nas UBS, sendo responsáveis pelas ações de saúde na comunidade adscrita, isto é, da população que vive no território da sua área de abrangência (BRASIL, 2012).

Para responder às diferentes demandas dos diversos grupos sociais, é necessário que a equipe implemente um trabalho compartilhado, por meio da realização do diagnóstico situacional da comunidade, planejando ações e organizando o processo de trabalho e compartilhando o processo de decisão. O método do diagnóstico situacional deve ser utilizado num contexto de planejamento

participado, compartilhado, sendo imprescindível o envolvimento de toda a Equipe de Saúde da Família (ESF) e sempre que possível envolver pessoas da comunidade. Este método consiste em identificar, descrever e explicar os problemas de saúde mais importantes no território de abrangência, definir prioridades em relação às soluções encontradas para enfrentar esses problemas e com base nessas prioridades elaborar um plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A realização de um diagnóstico situacional do território de abrangência, identificando os riscos e vulnerabilidades existentes tendo por base a interdisciplinaridade e os princípios do SUS poderá auxiliar na elaboração de estratégias em conjunto com a população com vista a melhorar a qualidade de vida de todos (FARIA et al., 2010).

Assim, apresentamos a seguir o diagnóstico situacional realizado pela equipe amarela do Centro de Saúde de São Cristóvão (CSSC), no município de Belo Horizonte (BH).

#### 1.1. Diagnóstico Situacional:

O Centro de Saúde (CS), onde a equipe amarela atua é o CSSC, no município de BH. Trata-se de um município com 2.375.151 habitantes, que vive essencialmente da atividade comercial, com 14% de moradores que vivem abaixo da linha da pobreza, com uma taxa de escolarização de 73%, cerca de 96% possuem rede de esgotamento sanitário e, praticamente, 100% da população tem banheiro e acesso à água pela rede geral de distribuição e em que cerca de 75% da população depende da assistência à saúde pelo SUS.

O território da equipe amarela é constituído por 841 famílias e 3.310 indivíduos. O nível de alfabetização é de 98,1%, com uma taxa de emprego de 93,2%. A maioria da população adscrita ao território vive com dificuldade financeira, trabalha, tem habitação (própria ou alugada) com luz elétrica e água, embora alguns dos usuários ainda vivam na rua, e muitos (sobretudo os mais velhos) morrem sozinhos, frequentemente sem o apoio de familiares.

Neste contexto, a equipe, em reunião, realizou um diagnóstico situacional da nossa comunidade, tendo encontrado os seguintes problemas em grau decrescente de prioridade:

- (1) elevado número de moradores de rua;

- (2) elevado número de dependentes de crack;
- (3) elevado número de doentes crônicos (hipertensos - 13%, e diabéticos - 3%);
- (4) afastamento das crianças ao CS, acarretando falta de conhecimento e controle de situações de risco ou problemas vividos por esses jovens;
- (5) deficiente controle de risco reprodutivo nas mulheres em idade fértil;
- (6) elevado número de doentes que fazem uso crônico de benzodiazepínicos (3%);
- (7) elevado número de doentes com patologia psiquiátrica (1.7%);
- (8) elevado número de doentes com dor crônica;
- (9) elevado número de tabagistas, com elevado risco cardiovascular(1%).

Os moradores de rua e dependentes de crack contam, atualmente, com o apoio de uma equipe de rua que ajuda a fazer a ligação entre estes e o CS. Quanto aos doentes crônicos, destacam-se os tabagistas com elevado risco cardiovascular, com acompanhamento regular por consultas (2 a 3 vezes no ano), e os pacientes psiquiátricos, inclusive os usuários crônicos de benzodiazepínicos, que são acompanhados a cada dois meses com o suporte da equipe de saúde mental e da Academia da Cidade. Os doentes com dor crônica têm o apoio da Academia da Cidade e do Lian Gong para além do controle medicamentoso. Finalmente, o controle de risco reprodutivo nas mulheres em idade fértil muitas vezes é prejudicado pela falta de consultas e atividades de planejamento familiar, sobretudo no início de vida reprodutiva, em virtude do afastamento e falta de acompanhamento dos adolescentes no CS, sobretudo na nossa comunidade tão afetada pela drogadição e situação de rua.

O problema prioritário definido pela equipe foi o afastamento das crianças e jovens da equipe/CS, pois tal fato dificulta qualquer ação de prevenção de comportamentos de risco e promoção de saúde junto deste grupo populacional que se encontra numa fase da vida de primordial importância para o desenvolvimento de um estilo de vida saudável.

## 1.2. Justificativa:

No trabalho da equipe, foi observado que muitos dos jovens adotam comportamentos de risco, como o consumo de drogas, muitas vezes contraindo doenças sexualmente transmissíveis. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em BH cerca de 1 a 1.5% dos jovens entre os 5 e 19 anos são portadores do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (IBGE, 2008), outros acabam por se tornar pais adolescentes (no Brasil cerca de 7% das jovens entre os 15 e 17 anos têm pelo menos um filho (IBGE, 2002)) e vários abandonam a escola ficando sem qualquer acompanhamento do CS ou do Programa Saúde Escolar (PSE) (em Minas Gerais a porcentagem de abandono oscila entre os 4 e os 9% (IBGE,2010)). Para além disso, muitos destes jovens desenvolvem obesidade e sobrepeso. Segundo Melo (2011), no Brasil, a obesidade oscila entre os 4 e 17% e o sobrepeso entre os 20 e 35%.

Nesse contexto há, ainda, os casos de violência e maus tratos que, conforme o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em BH, 601 casos foram notificados em 2012 em menores de 19 anos (SINAN, 2012). Esses maus tratos são um tipo de causa externa de mortalidade infantil que constitui a principal causa de morte de indivíduos entre os 10 e os 19 anos (BRASIL, 2011).

De fato, os pontos discutidos como sendo os “nós” críticos deste problema foram:

- afastamento dos jovens do CS, que só retornam por doença, gravidez não planejada, realização de preventivo, iniciação/continuação de anticoncepcional;
- encaminhamento do PSE por obesidade/sobrepeso; casos estes que são encaminhados para acompanhamento com nutricionista, mas que o território não possui alternativas em termos de prática de atividade física;
- casos de jovens que vêm ao CS por evento agudo e que têm comportamentos de risco, mas pela falta de vínculo com a equipe torna-se difícil desenvolver ações de educação sexual/prevenção destes comportamentos ou intervir de forma efetiva na mudança destes. Verifica-se que, na maioria das vezes, eles não voltam ao CS, nem possuem opções para conseguir uma ocupação após o horário escolar e, assim, permanecem com tempo “livre” e expostos a esses comportamentos de risco;
- casos de violência infantil/juvenil difíceis de detetar pelo afastamento do CS;

Deste modo, justifica-se a elaboração de um plano de intervenção voltado para a faixa etária do jovem no período escolar, visto que se encontra numa fase de vida de elevada importância na adoção ou não de comportamentos de risco com potencial influência no seu desenvolvimento e na sua saúde a curto, médio e longo prazo.

Assim, a proposta da equipe amarela no CSSC centra a atenção nesses adolescentes através de diferentes ações de prevenção e promoção de saúde, em contexto de consulta/grupos operativos na UBS e em ações contínuas nas escolas através de seus professores/educadores.

Busca-se, portanto, interferir de forma decisiva nos hábitos e costumes dessa população específica, permitir que esses jovens se aproximem do atendimento à saúde, para no futuro se tornarem adultos capazes de escolher diferentes estilos de vida mais saudáveis.

Como primeiro passo, será realizada uma parceria com uma das escolas da comunidade, a Escola Municipal Honorina de Barros (EMHB), buscando trabalhar questões de saúde destes jovens junto aos professores, com o apoio do PSE, com vista a uma intersetorialização no desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção de saúde com os jovens/alunos.

## **2 Objetivo**

Elaborar um plano de intervenção visando a atenção à saúde dos estudantes de uma escola vinculada à equipe, com base numa integração com o PSE.

### 3 Percurso Metodológico

Num primeiro momento, o diagnóstico situacional constituiu a primeira etapa do Planejamento Estratégico Situacional. Este procura identificar, priorizar e analisar os problemas existentes – o diagnóstico local propriamente dito; construir propostas de solução viáveis formulando estratégias e executar o plano definindo e implementando um modelo de gestão e instrumentos que permitam o acompanhamento e avaliação desse plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram coletadas informações de algumas bases de dados como o Datasus, IBGE e SINAN para contextualização atual da pertinência do tema proposto, com base no diagnóstico anteriormente apresentado.

Para dar sustentação teórica ao estudo, foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa, utilizando as bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com os seguintes descritores: Educação em Saúde, Adolescente, Atenção Primária à Saúde, fatores de riscos. Assim, foram selecionados os artigos escritos em idioma português, com texto disponível online, relativos aos últimos 10 anos e cujo enfoque estava direcionado para os comportamentos de risco, a obesidade/sobrepeso e a violência nos jovens, bem como a abordagem da Escola e da ESF relativamente a esses comportamentos e como realizar atividades de prevenção dos mesmos e promoção de estilo de vida saudável.

A revisão narrativa constitui uma pesquisa bibliográfica em publicações da área, de forma ampla, apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto sob o ponto de vista teórico ou contextual. Tal revisão se baseia na interpretação e análise crítica e pessoal do autor da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas/eletrônicas, que permite descrever e discutir determinado assunto do ponto de vista teórico e/ou contextual (ROTHER, 2007).

Assim, na presente revisão buscou-se salientar os benefícios de um estilo de vida saudável por parte dos jovens, evitando comportamentos de risco, e a importância da Educação em Saúde abordada junto destes de forma contínua e com uma equipe multidisciplinar para que possam ser orientados e acompanhados ao

longo do seu desenvolvimento. Para tal procurou-se também evidenciar a importância da intersetorialidade entre a ESF e a Escola no desenvolvimento de estratégias de Educação em Saúde de forma contínua, e relevar o vínculo dos jovens com a Escola e com a ESF como ferramenta fundamental para uma maior efetividade da aplicação dessas estratégias.

Deste modo, fundamentados no referencial teórico, foi possível delinear o presente plano de intervenção por meio de dados da ESF e focar a intersetorialidade entre esta e a Escola, nomeadamente através da elaboração de um plano de formação junto dos educadores escolares, no âmbito da Educação em Saúde.

#### 4 Revisão da Literatura

Segundo Reis (2006, p.19), a Educação em Saúde constitui um “processo teórico-prático que visa integrar os vários saberes: científico, popular e do senso comum, possibilitando aos sujeitos envolvidos uma visão crítica, uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano”. Deste modo, cada vez mais a Educação em Saúde tem em consideração vários aspectos da vida de cada indivíduo, tais como as representações sociais, a afetividade e a subjetividade. Neste contexto, educadores e educandos procuram compartilhar e desenvolver potencialidades de forma a ultrapassar dificuldades e buscar a autonomia de cada um.

Também Villa (2006, p.47) frisa que “educar na prática da saúde não se limita à absorção passiva de informações padronizadas, mas à possibilidade de libertação do espaço e do tempo presentes, de fazer relações mentais diferentes, imaginar, fazer planos, transformar, tomar posse do próprio fazer/saber”. Assim, o profissional de saúde deverá ter consciência desse papel transformador que pode e deve desempenhar, envolvendo-se na prática educativa de forma atenta e cooperativa com outros profissionais.

É com base no papel educativo do profissional de saúde, e tendo em consideração a importância e a efetividade potencial da ação coletiva comunitária que surge a proposta deste projeto com base na intersetorialidade entre a ESF e a Escola:

- a) No desenvolvimento de ações de prevenção de comportamentos de risco (tabagismo, álcool, drogas, relações sexuais desprotegidas com risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis como o HIV, gravidez na adolescência),
- b) Na detecção precoce de situações de violência intervindo de forma a minimizar impactos no desenvolvimento do jovem,
- c) No desenvolvimento de ações de promoção de saúde como cuidados na alimentação e a importância da prática de atividade física, nomeadamente na prevenção do sobrepeso/obesidade.

A adolescência caracteriza-se pelo início da formação da própria identidade, quando o grupo social passa a ter relevância nos hábitos e comportamentos dos jovens (ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011).

Segundo Ramos (2001 *apud* GRIEP; ARAUJO; BATISTA, 2005, p.125):

Apesar do forte componente físico-corporal presente nas transformações próprias da adolescência, elas não são naturais ou decorrentes unicamente de um processo evolutivo orgânico. A vida adolescente e as necessidades em saúde relacionadas são, antes de qualquer coisa, processos produzidos no âmbito das sociedades, definindo-se e modificando-se na interação com seus diversos componentes – econômicos, institucionais, político-éticos, culturais, físico-ambientais.

Entre os comportamentos de risco à saúde que devem ser urgentemente modificados pelos jovens, destacam-se os relacionados ao estilo de vida, como altos níveis de inatividade física, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo abusivo de álcool (GRIEP; ARAUJO; BATISTA, 2005; FARIAS JUNIOR, 2009; KOERICH et al., 2010), consumo de drogas ilícitas, envolvimento em situações de violência e comportamentos sexuais de risco (FARIAS JUNIOR, 2009; KOERICH et al., 2010), além do excesso de peso.

Tais comportamentos são suscetíveis à intervenção, podendo ser modificados em qualquer fase da vida. No entanto, existem evidências de que quanto mais precocemente se intervém, maior é a possibilidade de êxito.

Considera-se que as atitudes dos pais têm o potencial de estimular nos filhos a adoção ou não de comportamentos saudáveis (GRIEP; ARAUJO; BATISTA, 2005). Deste modo, deverão ser planejadas estratégias de prevenção a médio e longo prazo e de promoção de mudanças de comportamentos ligados ao estilo de vida de toda a família, visando a melhoria da qualidade de vida e a redução de problemas de saúde no futuro dessa população (GRIEP, 2005; FARIAS JUNIOR, 2009).

O *Youth Risk Behavior Surveillance System* (Sistema de Vigilância de Comportamentos de Risco à Saúde dos Jovens), realizado nos Estados Unidos da América a cada dois anos desde 1990, estuda escolares de 12 a 21 anos de idade. Esse grupo de pesquisa vem monitorando os principais fatores de risco relacionados às causas de morte, incapacidades e problemas sociais entre os jovens americanos (MALTA et al., 2008), observando seis categorias de comportamentos de risco à saúde entre jovens e adultos (ORES, 2012):

- (1) comportamentos que contribuem para as lesões não intencionais e violência;
- (2) uso de tabaco;
- (3) uso de álcool e outras drogas;
- (4) comportamentos sexuais que contribuem para a gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo o HIV;
- (5) comportamentos alimentares insalubres;
- (6) inatividade física.

Assim buscou-se, ainda que de forma sucinta, fundamentar as categorias acima citadas, de maneira a dar maior sustentação teórica a este projeto:

### **(1) Violência/maus tratos, *bullying* e suicídio:**

A violência é definida como o uso intencional da força física/poder, de modo real ou sob ameaça, autoinfligida, interpessoal ou coletiva, que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar em lesão, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento, privação ou óbito (ANDRADE et al., 2012).

Os maus-tratos ou abuso ocorrem quando “um sujeito em condições de superioridade (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) comete um ato ou omissão capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima, ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa” (PIRES, 2005 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001, p.44).

Os principais tipos de maus-tratos passíveis de notificação incluem:

- Negligência/abandono (omissão de cuidados básicos e de proteção à criança frente a agravos evitáveis, sendo o abandono uma forma grave de negligência que evidencia ausência de vínculo dos pais com a criança);
- Sevícias/abuso físico (uso da força física contra a criança/adolescente, de forma intencional, com o objetivo de lesar, ferir ou destruir a vítima);
- Síndrome de Munchausen por procuração (ocorre quando os pais simulam ou provocam na criança sinais/sintomas de várias doenças com falsificação de exames laboratoriais, administração de medicamentos ou substâncias que causam sonolência ou convulsões);
- Síndrome do Bebê Sacudido (sacudir ou chacoalhar fortemente a criança);

- Abuso sexual (ocorre quando a vítima tem desenvolvimento psicosssexual inferior ao do agressor que a expõe a estímulos sexuais impróprios para a idade ou a utiliza para sua satisfação sexual ou de outra pessoa);
- Abuso psicológico (toda a forma de rejeição, discriminação, depreciação ou desrespeito em relação à criança/adolescente) (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

O tipo mais frequente é a violência doméstica, que ocorre na maioria das vezes dentro dos lares ou no convívio familiar, e que costuma prolongar-se pela cumplicidade dos adultos e/ou pelo medo que as vítimas têm de denunciar o abusador (ANDRADE et al., 2012; PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Os fatores de risco relacionados a situações de maus tratos encontram-se associados a características:

- do agressor: drogas, alcoolismo, história de abuso, baixa auto-estima, prostituição, imaturidade, transtornos de conduta, psiquiátricos ou psicológicos;
- da vítima: sexo diferente do desejado, dependência própria da infância, condições de saúde que exigem maiores cuidados, história de abusos anteriores, criança não desejada;
- do meio social/comunidade: falta de leis de proteção, desigualdade social, marginalidade, desemprego, analfabetismo, ambientes conflituosos e alta aceitação de violência;
- da família: pais jovens, gravidez não desejada, cuidados de pré-natal inadequados, famílias uniparentais, conflituosas, substitutas e exposição à violência (ANDRADE et al., 2012; PIRES; MIYAZAKI, 2005).

No Brasil, a violência contra crianças e adolescentes é a primeira causa de morte na faixa etária de cinco e dezenove anos e a segunda no período de um a quatro anos (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

A violência contra crianças e adolescentes não é um fato recente, tratando-se de um grave problema mundial que atinge e prejudica esta população durante uma importante fase de desenvolvimento. Por longos períodos da história foi uma prática habitual, justificada e aceita pelas diferentes sociedades (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

No Brasil, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ficaram assegurados direitos especiais e proteção integral à criança e ao adolescente. Além disso, o ECA tornou compulsória a notificação, por parte do profissional de saúde, de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças/adolescentes.

Apesar desta obrigatoriedade, a subnotificação da violência ainda constitui uma realidade (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Os maus-tratos podem provocar danos para a criança, adolescente, família e sociedade por toda a vida. O impacto é influenciado por fatores como a idade, grau de desenvolvimento, tipo de abuso, frequência, duração, gravidade do abuso e a relação existente entre vítima e abusador. As consequências podem ser divididas em psicológicas, comportamentais, sociais e físicas. Em geral, estas crianças/adolescentes são mais agressivas, têm baixa autoestima, déficit de atenção, hiperatividade, dificuldade de relacionamento interpessoal, comportamento abusivo, baixo rendimento escolar, delinquência, gravidez precoce, uso de drogas, capacidade cognitiva e de desenvolvimento da linguagem inferiores. Deste modo, verifica-se que a violência apresenta um impacto na saúde mental dos adolescentes, sendo considerada o fator de risco mais importante para problemas relativos à saúde mental de escolares. Neste contexto, verificou-se que a violência, bem como o abuso ou a dependência de álcool, tabaco e drogas ilícitas constituem fatores de risco de suicídio (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

No caso do *bullying*, este eleva a probabilidade de envolvimento em situações de violência física entre adolescentes, independentemente do sexo, tabagismo, consumo de álcool/drogas ou supervisão dos pais (ANDRADE et al., 2012).

Constatamos, assim, que a identificação dos maus-tratos é fundamental para a prevenção e manejo adequado, pelo que se torna essencial o acompanhamento da criança pela ESF (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Para além disso, existe a necessidade de desenvolver ações de promoção da saúde e cultura da paz na adolescência (ANDRADE et al., 2012) bem como prevenir os comportamentos de risco nos jovens, de modo a evitar o desenvolvimento de comportamentos mais graves como o risco de suicídio (ORES et al., 2012) e contribuir para romper a ideia de que a violência entre adolescentes é algo banal e esperado (ANDRADE et al., 2012).

### **(2) e (3) O consumo de álcool e drogas:**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga é qualquer substância não produzida pelo organismo com a propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas, alterando o seu funcionamento (SILVA et al., 2012). Tem-se

verificado uma tendência mundial para o uso cada vez mais precoce destas substâncias (GOMES, ALVES; NASCIMENTO, 2010; ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011) o que constitui um dos fatores preditores mais relevantes em futuros problemas de saúde, socioculturais e econômicos (ESTRAUCH et al., 2009).

Dentre as drogas, as mais usadas são o álcool (sobretudo) e o tabaco, que constituem drogas lícitas e de livre comercialização, embora também sejam usadas algumas ilícitas, como a maconha, cocaína e crack (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010; SILVA et al., 2012).

No Brasil, o alcoolismo foi considerado o quarto fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, cujo uso regular começa precocemente entre os 14 anos e 17 anos, sobretudo pelo gênero masculino. O uso de álcool pelo sexo feminino tem vindo a aumentar (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010; ESTRAUCH et al., 2009), o que poderá se revelar prejudicial em virtude deste gênero apresentar um risco maior de dependência química, mesmo com um consumo em menor quantidade, e de efeitos deletérios quando comparado ao sexo masculino (ESTRAUCH et al., 2009).

Apesar da proibição da venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, o consumo de álcool pelos jovens ainda é uma prática comum, sendo que os estudos apontam para uma variação de 18 a 47% de jovens que afirmam ter experimentado o estado de embriaguez em algum momento da vida (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010).

Vários estudos com adolescentes têm identificado como fatores associados ao uso de álcool os seguintes: idade, sexo masculino e uso de outras drogas lícitas/ilícitas (que também constituem fatores de risco para o uso de tabaco (ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011), nível econômico, a influência dos pares (relativamente ao início e permanência no uso destas substâncias), estudar em escolas públicas, não morar com os pais, possuir história de álcool na família, ingresso no trabalho, não ter religião (ESTRAUCH et al., 2009), pouco apoio e incompreensão pela família, associação com o comportamento dos familiares quanto ao uso e abuso de consumo e depressão (RAPHAELLI; AZEVEDO; HALLAL, 2011; GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010; ESTRAUCH et al., 2009; MALTA et al., 2011; ANDRADE et al., 2012).

O consumo de crack tem vindo a aumentar gradualmente, principalmente pela sua localização na rota do tráfico internacional e o preço acessível a todas as

classes sociais, predominando na faixa etária entre os 15 e 25 anos, no sexo masculino, nos indivíduos de cor negra ou parda, de baixa escolaridade, desempregados e usuários de outras substâncias (SILVA et al., 2012). Neste contexto, é de destacar a situação de vulnerabilidade social de jovens e de moradores de rua (indicador da iniquidade e desigualdade social) que contribui para a disseminação da droga, podendo esta ser considerada a causa ou o desfecho deste tipo de consumo (SILVA et al., 2012).

Residir com ambos os pais, a convivência e coesão familiar, as práticas familiares como fazer pelo menos uma refeição com os pais, o fato destes saberem o que os adolescentes fazem no tempo livre e de os alunos não faltarem às aulas sem avisar aos pais, constituem fatores de proteção para o desenvolvimento de comportamentos de risco. Deste modo, a relação positiva entre pais e filhos tem-se revelado importante na redução de alguns riscos, tais como: delinquência juvenil, depressão e sintomas psicossomáticos. No entanto, é preciso ter presente que a família poderá ter papéis diferenciados, seja na indução do uso e abuso de tabaco, álcool e drogas na adolescência, seja, ao contrário, como uma instituição protetora para a saúde dos adolescentes, acolhendo, apoiando e orientando-os (MALTA et al., 2011; ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011).

Em relação ao hábito de fumar, sabe-se que este é uma das causas de aproximadamente cinquenta diferentes tipos de enfermidades, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011).

No que concerne às consequências do consumo de bebidas alcoólicas, mesmo em pequena quantidade, e ao uso de substâncias psicoativas, a população jovem é vulnerável às consequências negativas, e muitas vezes trágicas (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010; ESTRAUCH et al., 2009). Os problemas apontados variam desde comportamento sexual de risco (doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada) (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010; ESTRAUCH et al., 2009; SILVA et al., 2012), acidentes de trânsito, violência (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010; ESTRAUCH et al., 2009; MALTA et al., 2011; SILVA et al., 2012), ferimentos não intencionais, problemas acadêmicos (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010), overdose (SILVA et al., 2012) ou uso de outras drogas. A longo prazo, tal consumo parece estar associado a um maior risco de suicídio e de doenças crônicas, incluindo distúrbios mentais, câncer, hipertensão arterial

sistêmica, obesidade, acidente vascular cerebral, polineuropatias, demência, convulsões e neoplasias do tubo digestivo (ESTRAUCH et al., 2009).

Para além do mencionado, existe ainda o risco dos hábitos adquiridos nesta fase da vida serem fixados na vida adulta (MALTA et al., 2011; ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011), ou aumentar o risco do desenvolvimento de abuso de outras substâncias na idade adulta (SILVA et al., 2012).

De acrescentar que no caso do crack, por se tratar de cocaína sob a forma de pedra que passa por processos de mistura com outras substâncias, para além dos prejuízos causados pela droga em si – como o compromisso de vínculos afetivos, trabalho, família e saúde, nomeadamente na disseminação do vírus HIV e no desenvolvimento de alterações neurológicas - esta também pode causar outros efeitos nocivos ao organismo por causa dessas substâncias adicionais (SILVA et al., 2012). Assim, o consumo de álcool (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010) e outras drogas como o crack (SILVA et al., 2012), constituem um grave problema de saúde pública, impondo às sociedades uma carga considerável de agravos indesejáveis e altamente dispendiosos (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010).

Deste modo, a compreensão dos problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas entre adolescentes merece maior atenção e cuidado (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010), não só por representar o grupo populacional mais vulnerável à experimentação destes comportamentos de risco (MALTA et al., 2011), mas por se tratar de um grupo que se encontra nas etapas primordiais no processo de estruturação da vida adulta (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010; SILVA et al., 2012). Assim, além da prevalência do uso, do padrão e do comportamento de consumo, outros fatores também necessitam de especial atenção, como por exemplo, o ambiente sociofamiliar, estrutura marcante no desenvolvimento do adolescente e, conseqüentemente, na sua relação com o álcool e outras drogas (GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010; MALTA et al., 2011).

Neste contexto, medidas preventivas de controle do consumo de álcool e outras drogas devem incluir uma faixa etária cada vez mais precoce, nomeadamente 11-15 anos (ESTRAUCH et al., 2009), através da formulação de intervenções com ações ao nível de APS, tendo como público-alvo a comunidade, escola, família e adolescente (ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011; SILVA et al., 2012).

#### **(4) As DST/HIV e gravidez indesejada:**

Os jovens têm sido identificados como um importante grupo populacional em termos de risco epidemiológico para DST e gravidez precoce. Tal exposição prende-se com o fato de que, embora no Brasil tenham sido apresentadas as maiores proporções de uso de preservativo entre jovens, sobretudo naqueles com maior escolaridade e maior renda familiar (GRIEP; ARAUJO; BATISTA, 2005; PAIVA et al., 2008; HUGO et al., 2011; TAQUETTE et al., 2005), a prevalência do uso irregular deste mantém-se elevada, sobretudo entre os jovens cuja primeira relação sexual aconteceu quando tinham menos de 14 anos de idade (FARIAS JUNIOR, 2009; PAIVA et al., 2008). Assim, verificamos que estes dados constituem uma informação especialmente relevante se considerarmos que o uso de preservativo no início da vida sexual está associado ao seu uso subsequente (PAIVA et al., 2008; HUGO et al., 2011).

Os principais motivos alegados pelos jovens para a sua não utilização de modo consistente são: não gostar de usá-los (HUGO, 2011), quebrar o clima da relação, não fazer parte dos jogos eróticos com suas parceiras sexuais (KOERICH et al., 2010), confiar no parceiro (GRIEP; ARAUJO; BATISTA, 2005; HUGO, 2011; KOERICH et al., 2010; TAQUETTE et al., 2005) e a imprevisibilidade das relações sexuais (HUGO et al., 2011). Verifica-se que esta não utilização está sobretudo associada ao gênero feminino, ao início muito precoce da vida sexual (PAIVA et al., 2008), à iniciação sexual casual (GRIEP; ARAUJO; BATISTA, 2005; PAIVA et al., 2008; KOERICH et al., 2010), e quando os parceiros são mais velhos. Assim, tem-se ampliado o acesso ao preservativo dos jovens com mais de 14 anos, bem como o número de escolas que desenvolvem atividades de prevenção das DST/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) com esses jovens (PAIVA et al., 2008).

A primeira relação sexual, considerada um marco na vida dos jovens, tem ocorrido cada vez mais precocemente (HUGO et al., 2011; ARAUJO et al., 2012), mais frequentemente associada ao sexo masculino, menor nível socioeconômico, baixa escolaridade, ter pais separados, morar com companheiro(a), uso de tabaco, álcool e drogas psicoativas (HUGO et al., 2011) e não praticar qualquer religião. Atualmente, a idade média em que esta ocorre é de 14 anos para o sexo masculino e 15 anos para o feminino (PAIVA et al., 2008; HUGO et al., 2011). Tais diferenças prendem-se com o fato dos homens terem a sua iniciação sexual exigida como uma

etapa simbólica de passagem à vida adulta, ao contrário das mulheres que ainda são pressionadas para a abstinência antes do matrimônio (GRIEP, 2005; PAIVA et al., 2008; HUGO et al., 2011; TAQUETTE et al., 2005). Além disso, esta vulnerabilidade feminina associa-se ainda à falta de possibilidade de negociação e domínio de suas relações sexuais em termos de fidelidade mútua e utilização do preservativo pelo homem (TAQUETTE et al., 2005).

Em relação aos métodos contraceptivos, vários artigos constataam que os jovens ainda têm pouco conhecimento sobre o tema, restringindo-se ao anticoncepcional oral e injetável e ao preservativo masculino (com o qual o sexo masculino demonstra ter maior familiaridade inclusive nos cuidados antes e após o seu uso). No entanto, e apesar da acessibilidade ao CS de referência, o uso destes anticoncepcionais não é contínuo ou adequadamente acompanhado por um profissional de saúde, pois poucos jovens apresentam interesse ou buscam auxílio destes profissionais para esclarecimentos ou acompanhamento. Neste contexto, verifica-se um grande número de adolescentes grávidas, que geralmente e apenas nesse momento procuram o CS (para realização de pré-natal). Assim, a desinformação sobre a sexualidade, acaba colocando estes jovens em situação de risco e vulnerabilidade tanto em relação às DST quanto à gravidez precoce, com risco biológico e psicossocial, além da imaturidade para a maternidade e paternidade (KOERICH et al., 2010).

Estima-se que, anualmente, quatro milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos, elevando-se também as taxas de gravidez precoce. A parentalidade e sua recorrência são apontadas como um rito de passagem da adolescência. Várias são as razões para que a adolescente deseje gestar: estratégia para sair de uma situação que lhe é adversa, como a convivência com pais que brigam muito ou pelos maus tratos; procurar manter uma relação mais estável com o parceiro ou ter sua própria casa. Assim, para além de adquirir um estatuto social, a adolescente torna-se objeto de atenções e cuidados, às vezes inexistentes antes. No entanto, globalmente verifica-se que entre os jovens, a possibilidade de uma gravidez amedronta mais do que as DST/AIDS (KOERICH et al., 2010).

A incidência das DST tem vindo a aumentar neste grupo populacional (TAQUETTE et al., 2005), nomeadamente a infecção pelo HIV (KOERICH et al., 2010; TAQUETTE et al., 2005). Segundo a OMS, aproximadamente um terço da população mundial encontra-se na faixa etária entre 10 e 24 anos (KOERICH et al.,

2010) e é nesta faixa que se concentra metade das infecções pelo HIV (GRIEP; ARAUJO; BATISTA, 2005; KOERICH et al., 2010).

Relativamente ao perfil epidemiológico desta infecção, este vem sofrendo transformações, com aumento de casos em heterossexuais (principalmente mulheres), crianças e jovens e na população de baixa renda (GRIEP; ARAUJO; BATISTA, 2005; TAQUETTE et al., 2005).

Fatores biológicos, psíquicos e sociais característicos dessa idade podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes às DST. Do ponto de vista biológico, o epitélio cilíndrico do colo do útero das adolescentes se encontra mais exposto (ARAUJO et al., 2012; TAQUETTE et al., 2005) e a baixa idade da menarca pode levar a um início precoce da atividade sexual, aumentando a probabilidade de contaminação (PAIVA et al., 2008; HUGO, 2011; ARAUJO et al., 2012; TAQUETTE et al., 2005). No âmbito psíquico, a adolescência é uma fase de definição da identidade sexual com experimentação e variabilidade de parceiros, muitas vezes sem uso de preservativo (ARAUJO et al., 2012; TAQUETTE et al., 2005; HUGO et al., 2011). O pensamento abstrato, ainda incipiente nos adolescentes, faz com que eles se sintam invulneráveis, expondo-se a riscos sem prever suas consequências. São, por isso, instáveis e susceptíveis a influências grupais e familiares (ARAUJO et al., 2012; TAQUETTE et al., 2005). A família constitui um importante fator protetor, na medida em que não ser portador de DST se associa frequentemente a: viver e ter bom relacionamento com ambos os pais e não haver violência intrafamiliar (TAQUETTE et al., 2005). Por outro lado, o uso de álcool e drogas constitui um fator de risco (ARAUJO et al., 2012; TAQUETTE et al., 2005) por tornar os usuários mais expostos à infecção em função do êxtase, diminuição do raciocínio, aumento do número de parceiros sexuais e do sentimento de invulnerabilidade (ARAUJO et al., 2012).

Relativamente a estas doenças, como a candidíase, sífilis, gonorreia, infecção por HPV, verifica-se que os jovens possuem pouco conhecimento sobre as mesmas, exceto a AIDS, sobretudo entre os jovens do sexo masculino (KOERICH, 2010), e a infecção por HIV, nomeadamente em relação aos modos de transmissão (ARAUJO et al., 2012; TAQUETTE et al., 2005). No entanto, várias são as consequências que podem advir de DST: imediatas, como uretrites e salpingites, ou a longo prazo, como infertilidade, gravidez ectópica ou câncer de colo uterino (TAQUETTE et al., 2005).

A maior parte das iniciativas de educação sexual da juventude, inclusive no Brasil, focaliza as ações voltadas para a prevenção de gravidez ou novas infecções pelo HIV, em especial, para a faixa etária dos 15 aos 19 anos. No entanto reconhece-se cada vez mais a relevância de estender e ampliar a educação sexual e preventiva ao ensino fundamental, afirmando-se o direito à informação e o acesso a insumos, incluindo preservativos e contraceptivos. Neste contexto, algumas revisões indicam, por um lado, que a promoção do uso de contraceptivos e do preservativo não estimula a frequência do sexo ou a idade precoce da iniciação sexual, e, por outro, que os programas que incluem tanto a promoção do adiamento da vida sexual como do uso de contraceptivos não resultam em diminuição do uso de preservativos (PAIVA et al., 2008).

Os métodos convencionais de comunicação e Educação em Saúde (realização de palestras, distribuição de folhetos informativos, etc) têm-se mostrado pouco eficazes, exigindo dos profissionais dedicados outra forma de abordagem e uso de linguagem mais dinâmica e lúdica, que atinja efetivamente os adolescentes (GRIEP, 2005). Chequer também destaca que “o trabalho de prevenção dessas doenças, desenvolvido em escolas e outras instituições, pode ajudar os adolescentes a terem uma visão positiva da sexualidade” (GRIEP; ARAUJO; BATISTA, 2005, p.125 *apud* BRASIL, 1997).

A dificuldade que geralmente surge no desenvolvimento deste tipo de ações de prevenção é o fato do adolescente tender a rejeitar qualquer forma de conhecimento que lhe queiram impor ou mesmo dispor (ainda que a seu pedido), rejeitando o saber acumulado pelos mais velhos e priorizando o seu próprio, geralmente oriundo do grupo no qual se integra. Assim, seria importante acolher e envolver o adolescente em uma dinâmica onde ele assimile saberes, favorecendo um aprendizado agradável e sem imposições, apenas colocado à sua disposição e capacidade de seleção (GRIEP; ARAUJO; BATISTA, 2005).

Deste modo, considerando que o início da vida sexual dos adolescentes ocorre cada vez mais cedo, as participações da família, da escola, de campanhas voltadas à prevenção de DST fazem-se necessárias e devem dirigir esforços para auxiliar os jovens a minimizar os riscos da iniciação sexual precoce, orientando em relação às DST e gestações indesejadas (GRIEP; ARAUJO; BATISTA, 2005; HUGO et al., 2011; KOERICH et al., 2010; ARAUJO et al., 2012; TAQUETTE et al., 2005).

## **(5) e (6) Sobrepeso/Obesidade: importância da alimentação e da atividade física**

Na atualidade observamos uma mudança no estado nutricional com aumento, desde a adolescência, de casos de excesso de peso e obesidade e, evidentemente, aumento de agravos e doenças crônicas não transmissíveis (nomeadamente Diabetes Mellitus tipo II, intolerância à glicose e Hipertensão Arterial), em grande parte causados por mudanças no estilo de vida, com níveis insuficientes de atividade física e alimentação inadequada (FARIAS JUNIOR, 2009; ROSE JUNIOR, 2009; HALLAL et al., 2010b; SOUZA; MORAES, 2011; TASSITANO et al., 2009; BENEDET et al., 2013; LEVY et al., 2010).

Para além disso, verifica-se também que o excesso de peso na adolescência acarreta efeitos psicológicos negativos, relacionados à formação da imagem corporal, depressão e problemas comportamentais (SOUZA; MORAES, 2011; BENEDET et al., 2013).

A prevalência de excesso de peso entre crianças e adolescentes brasileiros (6 a 18 anos) aumentou de 4% na década de 1970 para mais de 13% em 1997, ou seja, um aumento de mais de 200% (ROSE JUNIOR, 2009). Assim, cerca de 10% dos indivíduos entre 5-17 anos estão com sobrepeso e 2%-3% estão com obesidade (SOUZA, MORAES, 2011).

Atualmente a obesidade é considerada um dos principais problemas de saúde pública de crianças e adolescentes, sendo de destacar que a obesidade nesta faixa etária aumenta o risco de obesidade na vida adulta (ROSE JUNIOR, 2009; SOUZA; MORAES, 2011; TASSITANO et al., 2009).

Entre as principais causas de obesidade são incluídos o desequilíbrio nutricional e o gasto metabólico energético reduzido (causas exógenas), e as alterações neuroendócrinas de origem genética e/ou ambiental e hereditariedade (causas endógenas) (ROSE JUNIOR, 2009; TASSITANO et al., 2009; BENEDET et al., 2013). A condição socioeconômica, os fatores psicológicos e a etnia também são fatores a ser considerados (ROSE JUNIOR, 2009).

Na adolescência, o aumento do índice de massa corporal tem-se mostrado associado principalmente aos comportamentos sedentários (relacionados à televisão, videogame e computador) e a um padrão alimentar pouco saudável, relacionado ao consumo de alimentos industrializados e com baixa densidade nutricional (BENEDET et al., 2013; HALLAL et al., 2010a).

Nesse período, os requerimentos calóricos estão aumentados, com consequente aumento do apetite e ganho de peso. Nessa etapa, os comportamentos atípicos e a influência da mídia e do grupo favorecem o consumo alimentar não balanceado e em alta quantidade, com dietas hipercalóricas, excesso de alimentos do tipo *fast food* e lanches ricos em açúcar, carboidratos refinados e gorduras saturadas, em detrimento do consumo de frutas, vegetais, peixe, leite e cereais integrais (ROSE JUNIOR, 2009).

Assim, comer de forma estruturada nas principais refeições do dia demonstra ter efeito protetor para o excesso de peso (BENEDET et al., 2013). No entanto, como os hábitos alimentares são reflexos da cultura familiar (BENEDET et al., 2013; LEVY, 2010), políticas de prevenção devem ser conduzidas no intuito de modificar comportamentos relacionados ao ambiente familiar, em todos os estratos sociais (BENEDET et al., 2013).

Deste modo, verifica-se que, embora isoladamente, a genética seja incapaz de explicar o aumento da prevalência mundial de obesidade, o perfil genético do indivíduo pode torná-lo mais suscetível ao desenvolvimento de obesidade quando exposto aos fatores ambientais, como padrão alimentar e estilo de vida (ROSE JUNIOR, 2009).

Neste contexto torna-se fundamental a substituição das atividades sedentárias de lazer por atividades físicas e assim, evitando o balanço energético positivo, também se torna possível evitar, conseqüentemente, o acúmulo de gordura corporal (ROSE JUNIOR, 2009). Para além desse benefício, torna-se importante reconhecer outros benefícios que a atividade física na infância e adolescência traz: imediatos - melhora da saúde mental (diminuição de sintomas depressivos e da ansiedade e melhora da qualidade de vida), melhora da aptidão física (melhora da aptidão cardiorrespiratória e da força), diminuição da pressão arterial e aumento da massa mineral óssea; a longo prazo - diminuição do risco de osteoporose, melhores níveis de atividades físicas e estilo de vida saudável (ROSE JUNIOR, 2009; HALLAL et al., 2010a).

A recomendação atual para a prática de atividade física na adolescência é de cerca de 60 minutos ou mais diários despendidos em atividades físicas moderadas e/ou vigorosas pelo menos cinco vezes por semana (ROSE JUNIOR, 2009; SILVA et al., 2009). O suporte social oferecido pela família e pares representa, neste contexto, um fator significativo no envolvimento e na participação de crianças e adolescentes

em comportamentos saudáveis como a prática de atividades físicas (ROSE JUNIOR, 2009b).

Para a promoção da atividade física (ROSE JUNIOR, 2009) e outras ações de promoção da saúde (LEVY et al., 2010) em crianças e adolescentes a escola é o local ideal, devendo, para tal, ser trabalhados os conteúdos de atividade física e saúde na educação física escolar (ROSE JUNIOR, 2009; SILVA et al., 2009). São necessárias estratégias como a implantação de programas de educação para a atividade física, treinamento de professores nas escolas e mudanças ambientais com aumento e melhora dos locais para a prática de atividades físicas nas escolas (ROSE JUNIOR, 2009).

Neste contexto, foi criado o Programa Escola Integrada que visa uma ampliação da jornada educativa nas escolas municipais do município de BH, oferecendo atividades esportivas, culturais e educativas como língua estrangeira, informática, auxílio no dever de casa, prática de esportes, brincadeiras e oficinas de cultura e arte (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2014b).

Assim, os profissionais da área da educação física, atividade física e esporte desempenham um papel fundamental no processo de combate à obesidade e na promoção da saúde na infância e na adolescência. Suas ações devem estar direcionadas para o aluno, para os familiares e para as instituições, e integradas com uma equipe multidisciplinar, como médicos, nutricionistas e terapeutas (ROSE JUNIOR, 2009).

Estas atividades poderão, deste modo, contribuir para a prevenção e, principalmente, para a reabilitação da obesidade na adolescência (JUNIOR, 2009b), além de contribuir para uma maior chance de manter esse comportamento na idade adulta (ROSE JUNIOR, 2009; HALLAL et al., 2010a).

### **A intersetorialidade ESF-Escola e o papel do PSE:**

O PSE, instituído em 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino (BRASIL, 2009). No município de BH este foi aplicado a todas as escolas municipais em 2009 (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2014a).

Este programa preconiza que crianças, adolescentes e jovens escolares tenham acesso, pelo menos uma vez por ano, preferencialmente nos inícios dos

períodos letivos, à avaliação clínica e psicossocial (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2014a).

A Escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha um papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social (BRASIL, 2009). Assim, pode tornar-se um local privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde para crianças e adolescentes (FARIAS JUNIOR, 2009; BRASIL, 2009). Uma estratégia fundamental para garantir a institucionalização e sustentabilidade de ações e projetos é o trabalho participativo com a direção e o corpo de professores, além de estimular a inserção da promoção da saúde no projeto político pedagógico da Escola (BRASIL, 2009)

Durante os anos 90, a OMS desenvolveu o conceito e iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde com uma abordagem multifatorial envolvendo o desenvolvimento de competência em saúde dentro das salas de aula, a transformação do ambiente físico e social das escolas e a criação de vínculo e parceria com a comunidade de abrangência, incluindo os serviços de saúde comunitários, como as UBS e ESF (BRASIL, 2009).

Ao longo do ciclo de vida, a vigilância em saúde das crianças, adolescentes e jovens é da responsabilidade das ESF, às quais compete realizar periodicamente a avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão nas escolas inseridas em seus territórios adscritos. As ESF devem-se constituir como importantes agentes desencadeadores das iniciativas de promoção da saúde escolar, podendo e devendo atuar ativamente nos processos de educação permanente e continuada em saúde de professores, funcionários, pais e estudantes. As ESF devem, ainda, garantir e potencializar o acesso e a parceria das escolas com a UBS, coordenar ações contínuas e promover a integralidade das ações e serviços em saúde em relação às demandas das escolas (BRASIL, 2009).

Frente às necessidades de saúde identificadas, as ESF devem se articular com toda a rede de serviços de saúde, com o setor Educação e com outros equipamentos existentes na comunidade, para a elaboração de planos terapêuticos integrais e integrados, para a resolução das necessidades e dos problemas detectados (BRASIL, 2009).

Por isso, sempre que se detecte uma criança, adolescente ou jovem com necessidades ou problemas de saúde, deve-se designar um profissional da ESF, em

conjunto com um representante da comunidade escolar, para fazer o acompanhamento e coordenação do cuidado ou plano terapêutico proposto, mobilizando os recursos de saúde e educacionais necessários, evitando-se ou reduzindo-se ao máximo o afastamento dos estudantes de suas atividades escolares normais (BRASIL, 2009).

As condições de vida e saúde e também as iniquidades sociais no Brasil permitem dizer que uma parcela da população está exposta a graves riscos de adoecimento e a situações de vulnerabilidade, que precisam ser objeto prioritário de ação eficaz pelo sistema de saúde, em conjunto com outros setores, particularmente os de Educação e Ação Social. A estruturação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, NASF, compostos por equipes multiprofissionais, trará, também, reforços técnicos importantes e a possibilidade de acompanhamento qualificado às crianças e adolescentes (BRASIL, 2009).

Conhecer e lidar com os fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo e protegendo a saúde, impactará de maneira positiva a qualidade de vida, as condições de aprendizado e, conseqüentemente, a construção da cidadania (BRASIL, 2009).

Assim, as iniciativas de promoção da saúde escolar constituem ações efetivas pela participação ativa das ESF, sempre em associação com os profissionais da área da educação, sendo de esperar que esses trabalhadores, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de empoderamento dos estudantes, professores e funcionários das escolas, o princípio básico da promoção da saúde (BRASIL, 2009).

## 5 Proposta de Ação

Tal como foi mencionado anteriormente, a partir do diagnóstico situacional, a proposta de intervenção busca minimizar os problemas identificados, tais como: o afastamento dos jovens do CS que apresentam comportamentos de risco, e que procuram apenas pontualmente a ESF por agravos; a existência de vários encaminhamentos do PSE por obesidade/sobrepeso e a dificuldade em detetar casos de violência infantil/juvenil.

Após a seleção destes nós críticos foram sistematizadas as seguintes propostas de solução para o enfrentamento dos problemas identificados:

- garantir disponibilidade de agenda para consultas anuais às crianças e jovens do território;
- debater com as escolas do território a possibilidade das mesmas ofertarem um horário integral, de forma a ser possível dar resposta às necessidades de realização de atividade física sob supervisão de um professor de Educação Física de forma continuada em horário extracurricular, sobretudo com crianças com sobrepeso/obesidade e/ou dificuldades de aprendizagem;
- promover um diálogo entre a equipe e a comunidade escolar do território através da representação do professor de Educação Física (professor ligado à área de saúde e que será o porta-voz dos professores/educadores da escola) nas reuniões mensais da ESF com o NASF, de forma a promover a discussão das necessidades que os alunos/crianças/jovens apresentam na visão de ambos os setores, debatendo estratégias que poderão ser desenvolvidas de modo a responder a essas necessidades (encaminhamento para avaliação especializada, realização de ações com os alunos, entre outras) com vistas a um cuidado integrado e intersetorial;
- debater e definir um plano de formação de professores no âmbito dos cuidados de saúde e sexualidade através de reuniões da ESF (multidisciplinar médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista) com os mesmos e com a colaboração do PSE.

Para a aplicação das soluções definidas, foram identificadas as três escolas da nossa comunidade: EMHB, Escola Estadual Silvano Brandão e Escola Municipal de BH, e destas, foi decidido iniciar o projeto com a EMHB.

Na escola escolhida, verificou-se a existência de horário integral para os alunos que realizam, nesse período, atividade física e outras atividades artísticas.

Deve-se acrescentar que, em reunião com a EMHB, foi definida a abordagem dos seguintes temas para a capacitação de professores: sexualidade, drogas, dengue, violência/bullying e higienização – ESF; autoestima – psicóloga; alimentação – nutricionista; atividade física – professor de Educação Física.

Assim, foram identificados os recursos necessários, tais como:

<b>Nó crítico 1</b>	<b>Afastamento das crianças/jovens do CS com comportamentos de risco/vítimas de violência.</b>
<b>Operação</b>	Preparar os professores para realizarem ações de prevenção de comportamentos de risco/promoção de saúde através de ações de formação veiculada por profissionais de saúde (médica, enfermeira, nutricionista e psicóloga); Realizar ações de prevenção de comportamentos de risco, promoção de estilo de vida saudável (em consulta CS e em ambiente escolar); Organizar a agenda de forma a garantir as consultas anuais aos jovens do território (foi realizado um levantamento do número de crianças no território, tendo sido calculado a necessidade de agendamento de 6.5 consultas/semana para atendimento de puericultura e garantir as consultas anuais aos jovens do território); Diagnosticar precocemente situações de violência de forma a intervir de imediato minimizando o impacto no desenvolvimento

	<p>da criança/jovem (em consulta CS e em ambiente escolar);</p> <p>Discutir em reuniões multidisciplinares e intersetoriais casos de maior complexidade para maior resolutividade e efetividade (integrar o professor de Educação Física como representante escolar nas reuniões mensais do NASF para discutir casos de maior complexidade).</p>
<b>Projeto</b>	Intersectoralidade nas ações de saúde.
<b>Resultados Esperados</b>	<p>Orientar os jovens na busca da sua autonomia na adoção de estilos de vida saudáveis;</p> <p>Prevenir/minimizar impactos no desenvolvimento das crianças/jovens vítimas de violência;</p> <p>Intervir precocemente e de forma efetiva em situações de maior complexidade clínica, psicológica e social.</p>
<b>Atores Sociais/Responsabilidades</b>	Escola (professores), PSE, ESF, nutricionista e psicóloga.
<b>Recursos Necessários</b>	<p><u>Organizacionais/Estrutura Física:</u> escola (sala para realizar ações de formação dos professores); CS (sala para realizar as reuniões mensais do NASF).</p> <p><u>Organizacionais/Equipamento:</u> escola (fornecer equipamento necessário à realização das ações de formação).</p>
<b>Controle dos Recursos Críticos/Viabilidade</b>	<p><u>Atores:</u></p> <p>Nutricionista, psicóloga, ESF, professor de Educação Física, PSE – participar da realização das ações de formação dos professores na escola;</p> <p>ESF – organizar agenda de forma a garantir consultas de seguimento de crianças/jovens;</p> <p>ESF, PSE e Direção Escolar - acompanhar a</p>

	<p>execução das ações na escola;</p> <p>Professores - participar nas ações de formação realizadas por profissionais de saúde do CS;</p> <p>Professor de Educação Física - participar nas reuniões mensais da ESF com o NASF sempre que houver demanda da escola em relação aos jovens/alunos adscritos à ESF.</p> <p><u>Motivação</u>: boa motivação dos atores envolvidos</p>
<b>Cronograma/Prazo</b>	2015/2016
<b>Gestão/Acompanhamento/Avaliação</b>	Agendamento consultas, realização ações formação – ESF; Participação dos professores nas ações de formação, realização de ações de prevenção/promoção de saúde em ambiente escolar, participação do professor de Educação Física nas reuniões no CS – Direção Escolar.
<b>Nó crítico 2</b>	<b>Encaminhamentos pelo PSE de jovens com sobrepeso/obesidade.</b>
<b>Operação</b>	<p>Preparar os professores para realizarem ações de prevenção de comportamentos risco/promoção de saúde através de ação de formação veiculada por profissionais de saúde (médica, enfermeira, nutricionista e psicóloga);</p> <p>Realizar ações de prevenção de sobrepeso/obesidade e promoção de estilo vida saudável (em consulta CS e em ambiente escolar);</p> <p>Manter participação dos alunos em práticas de atividade física em horário integral na escola, sobretudo aqueles com sobrepeso/obesidade;</p> <p>Organizar grupo nutricional com nutricionista e ESF para acompanhamento dos casos de</p>

	<p>sobrepeso/obesidade infantil;</p> <p>Organizar um grupo operativo com gestantes e pais/responsáveis de crianças até 2 anos de vida para abordagem da Caderneta de Saúde da Criança nomeadamente focando a importância do aleitamento materno e cuidados na alimentação das crianças.</p>
<b>Projeto</b>	Intersectoralidade nas ações de saúde.
<b>Resultados Esperados</b>	<p>Orientar os jovens na busca da sua autonomia na adoção de estilos de vida saudáveis;</p> <p>Prevenir hábitos desadequados sob o ponto de vista alimentar e de atividade física e promover desenvolvimento de estilos de vida saudáveis numa fase precoce da vida (em consulta CS e em ambiente escolar);</p> <p>Intervir precocemente, sob o ponto de vista nutricional e de mudança de hábitos (sedentarismo), sobre os casos de sobrepeso/obesidade (grupo nutricional infantil, grupo operativo, atividade física em contexto escolar, consulta CS).</p>
<b>Atores Sociais/Responsabilidades</b>	Escola (professores), PSE, ESF e nutricionista.
<b>Recursos Necessários</b>	<p><u>Organizacionais/Estrutura Física:</u> escola (sala para realizar ações de formação dos professores); CS (sala para realizar grupo nutricional infantil e sala para realizar grupo operativo com gestantes e pais/responsáveis de crianças até 2 anos de vida).</p> <p><u>Organizacionais/Equipamento:</u> escola (fornecer equipamento necessário à realização das ações de formação).</p>
<b>Controle dos Recursos Críticos/Viabilidade</b>	<p><u>Atores:</u></p> <p>Nutricionista, ESF, professor de Educação Física, PSE – participar da realização das</p>

	<p>ações de formação dos professores na escola;</p> <p>ESF – organizar agenda de forma a garantir consultas de seguimento de crianças/jovens; organizar um grupo operativo mensal com gestantes e pais/responsáveis de crianças até 2 anos de vida para abordagem da Caderneta de Saúde da Criança e importância do aleitamento materno e cuidados a ter na alimentação das crianças;</p> <p>ESF, PSE e Direção Escolar - acompanhar a execução das ações na escola;</p> <p>Professores - participar nas ações de formação realizadas por profissionais de saúde do CS;</p> <p>ESF e nutricionista – realizar grupo nutricional infantil mensalmente para acompanhamento dos casos de sobrepeso/obesidade.</p> <p><u>Motivação</u>: boa motivação dos atores envolvidos.</p>
<b>Cronograma/Prazo</b>	2015/2016
<b>Gestão/Acompanhamento/Avaliação</b>	Agendamento consultas, realização ações formação e realização de grupo nutricional e grupo operativo – ESF; Participação dos professores nas ações de formação, realização de ações de prevenção/promoção de saúde em ambiente escolar – Direção Escolar.

Conforme a descrição apresentada nos quadros acima, e tendo em consideração os nós críticos detectados, as ações definidas e a viabilidade de aplicação, pretende-se desenvolver o presente projeto de intervenção na EMHB durante os anos de 2015/2016. Busca-se, desse modo, cumprir os objetivos estabelecidos pela ESF de forma a ser possível alcançar uma melhoria do nível de saúde da comunidade no território de abrangência.

## **6 Considerações Finais**

Com este projeto, a ESF espera conseguir criar vínculo com os jovens do território, através da aplicação de um plano de ação de prevenção e promoção de saúde contínua, integral e intersetorial com a Escola, junto aos adolescentes escolares.

Vários são os comportamentos de risco aos quais estes jovens se encontram expostos e que tendencialmente se perpetuam ao longo da vida adulta, aumentando os riscos de morbi-mortalidade com consequências negativas na qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade.

Com o intuito de atuar de um modo preventivo sobre estes comportamentos e de promover o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis nesta fase primordial de consolidação da personalidade dos indivíduos, o vínculo entre a ESF e os jovens torna-se essencial. Neste contexto, foram definidas propostas de intervenção em colaboração com as escolas da comunidade, possuidoras de um vínculo importante junto dos adolescentes.

Assim, e tendo em consideração a importância da ESF enquanto agente promotor de saúde torna-se essencial o desenvolvimento de estratégias intersectoriais com os agentes educadores, trabalhando ações e medidas preventivas dos comportamentos de risco mais prevalentes nos jovens e promotoras de hábitos de vida saudáveis junto deste grupo populacional.

Esta abordagem multiprofissional, já defendida pela OMS nos anos 90, foi reforçada no projeto de saúde escolar dos Ministérios da Educação e da Saúde através do PSE, que reitera a importância da cooperação entre a APS e a Escola, no desenvolvimento de estratégias que visem a melhoria do nível de saúde dos jovens.

O presente projeto de intervenção veicula um maior diálogo entre a comunidade escolar e a ESF no sentido de se conseguir uma resposta mais efetiva e rápida em relação a demandas complexas encontradas em ambiente escolar envolvendo os jovens, bem como reitera a importância da intersetorialidade no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde junto dos mesmos.

Deste modo, baseando-se nos vínculos que a ESF e a Escola, por meio de seus professores/educadores, possuem com os adolescentes escolares, poderá ser possível atuar de forma mais efetiva na prevenção dos comportamentos de risco mais frequentes nesta faixa etária, reforçando a importância da aquisição de hábitos

de vida saudáveis, visando adultos mais responsáveis pelo seu auto cuidado e assertivos, contribuindo, assim, para uma melhoria do nível de saúde da comunidade.

## REFERÊNCIAS

ABREU, M. N. S.; SOUZA, C. F.; CAIAFFA, W. T. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.5, p. 935-943, 2011.

ANDRADE, S. S. C. A. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e *bullying* entre adolescentes escolares brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p.1725-1736, 2012.

ARAUJO, T. M. E., et al. Fatores de Risco para Infecção por HIV em Adolescentes. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 242-7, 2012.

BENEDET, J. et al. Excesso de peso em adolescentes: explorando potenciais fatores de risco. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 2, p. 172-81, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – **Saúde na Escola**. Brasília, 2009.

BRASIL. Departamento de informática do SUS - **Datasus**. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Séries Estatísticas, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Séries Estatísticas, 2008. Disponível em: <<http://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=3&op=0&vcodigo=MS55&t=taxa-incidencia-aids-adolescentes-13-19>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Séries Estatísticas, 2010. Disponível em: <[http://serieestatisticas.ibge.gov.br/lista\\_tema.aspx?op=2&no=9](http://serieestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=2&no=9)>. Acesso em: 2 abr. 2014.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Séries Estatísticas, 2008. Disponível em: <<http://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=3&op=0&vcodigo=MS56&t=taxa-incidencia-aids-criancas-5-12>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica - Série E**. Legislação de Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN**. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinannet/violencia/bases/violeb\\_rnet.def](http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinannet/violencia/bases/violeb_rnet.def)>. Acesso em: 2 abr. 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento Estratégico Situacional**. Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ª ed. Belo Horizonte, 2010.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COELHO, I. B. **As propostas de modelos alternativos em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2008. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001702>>. Acesso em: 25 out. 2014.

ESTRAUCH, E. S. et al. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 647-55, 2009.

FARIA, H. P. et al. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001238>. Acesso em: 25 out.2014.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FARIAS JUNIOR, J. C. et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 4, 2009

GOMES, B. M. R.; ALVES, J. G. B.; NASCIMENTO, L. C. Consumo de álcool entre estudantes de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.4, p. 706-712, 2010.

GRIEP, R. H.; ARAUJO, C. L. F.; BATISTA, S. M. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/aids no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.14, n. 2, p. 119–126, 2005.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, 2010b.

HALLAL, P. C. et al. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 2, p. 3035-3042, 2010a.

HUGO, T. D. O. et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2207-2214, 2011.

KOERICH, M. S. et al. Sexualidade, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Contracepção: Atuação da Enfermagem com jovens de periferia. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 265-71, 2010.

LEVY, R. B. et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 2, p. 3085-3097, 2010.

MALTA, D. C et al. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, supl.1, 2008.

MALTA, D. C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 166-77, 2011. Suplemento.

MELO, M. E. **Diagnóstico da Obesidade Infantil**. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 2011. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/Artigo%20-%20Obesidade%20Infantil%20Diagnostico%20fev%202011.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

ORES, L. C. et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 305-312, 2012.

PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, supl. 1, p. 45-53, 2008.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 1, p. 42-9, 2005.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Portal da Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte. **Programa Saúde na Escola**. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/>>. Acesso em: 20 fev. 2014a

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Portal da Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte. **Educação**: Um trabalho que é referência para todo o Brasil. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/>>. Acesso em: 30 nov. 2014b

RAPHAELLI, C. O.; AZEVEDO, M. R.; HALLAL, P. C. Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e adolescentes em escolares de zona rural de um município do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2429-2440, 2011.

REIS, D. C. Educação em Saúde: Aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI M. F. et al. **Educação em Saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

ROSE JUNIOR, D. D.. et al. **Esporte e atividade física na infância e na adolescência**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, 2007.

SILVA, A. L. M. A. et al. Adolescents and young crack users: an integrative review of literature. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 4, p. 2874-80, 2012.

SILVA, K. S. et al. Fatores associados à atividade física, comportamento sedentário e participação na Educação Física em estudantes do Ensino Médio em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2187-2200, 2009.

SOUZA, M. R. C.; MORAES, C. Sintomas de internalização e externalização em crianças e adolescentes com excesso de peso. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 1, p. 40-45, 2011.

TAQUETTE, S. R. et al. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 3, p. 148-52, 2005.

TASSITANO, R. M. et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes, estudantes de escolas de Ensino Médio de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2639-2652, 2009.

VILLA, E. Educação em Saúde: A prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional. In: GAZZINELLI M. F. et al. **Educação em Saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.