
A Interação entre ESF e Escola na Saúde do Adolescente

Lyvia Maria Torres Moura Donato^I / Sílvia Helena Mendonça de Moraes^{II} /
Cristina Brandt Nunes^{III} / Maria Auxiliadora de Souza Gerke^{IV}

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Saúde do Adolescente. Promoção da Saúde.

RESUMO

No Brasil, somente após a promulgação da Constituição Federal é que foram envidados esforços no sentido de formular e implantar políticas de saúde voltadas aos adolescentes. Este estudo consiste em um relato da interação entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a escola na promoção e prevenção de agravos à saúde dos adolescentes. Trata-se de um projeto realizado em 2010, na ESF Mário Covas, com adolescentes da Escola Municipal Professora Arlene Marques de Almeida, em Campo Grande (MS). O atual Programa Saúde na Escola mostrou ser uma evolução na história de políticas públicas de promoção à saúde de crianças e adolescentes ao abrir uma brecha para alcançar os adolescentes que frequentam as escolas e, assim, fornecer atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

Ao longo de décadas, o adolescente foi “esquecido” pelas políticas públicas de saúde, que estavam voltadas apenas para o interesse do Estado: os trabalhadores adultos. A partir de 1920, o governo começou a considerar a necessidade de preservar a força produtiva, que, em um futuro próximo, seria constituída pelas crianças e adoles-

centes da época. Tendo em vista essa preocupação, em 1927, surge o Código de Menores, que regulamentou o trabalho do menor, sendo tal legislação revista e substituída em 1932. Mas só em 1940 a proteção aos jovens foi definida como uma proposta política, criando-se o Departamento Nacional da Criança, que teve sua ação voltada para a área médica e higienista¹.

Contudo, o adolescente ganhou presença real ante tais políticas somente após 1988, com a Constituição Federal, em que a saúde se torna “direito de todos”, em especial no artigo 277, que ressalta que família, Estado e sociedade devem assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, à saúde e à educação².

Assim, surge, em 1989, o Programa de Saúde do Adolescente (Prosad)³, que deveria ganhar ainda mais efetividade com o estabelecimento dos direitos dos adolescentes por intermédio do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990.

Em 1997, porém, é que houve um marco conceitual de desenvolvimento e de promoção à saúde dos adolescentes, com a recomendação do XL Conselho Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), a seus países membros, que incluíssem em suas agendas políticas de

^I Enfermeira Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família- UFMS/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

^{II} Mestre em Saúde Pública; Tutora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – UFMS/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

^{III} Doutora em Ciências; Professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

^{IV} Doutora em Ciências; Professora Associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

atenção à saúde ações destinadas ao desenvolvimento dos adolescentes e jovens⁴.

Atualmente, em muitos países, a atenção à saúde do adolescente vem se tornando uma prioridade⁵, como, por exemplo, em Portugal, que desde 2002 mantém a tutela da saúde escolar sob a responsabilidade do Ministério da Saúde⁶.

Contudo, as políticas públicas brasileiras para este grupo etário continuam fragmentadas e desarticuladas, segundo Rua (*apud* Ferrari *et al.*⁷).

Em 2007, o governo brasileiro institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes, que, segundo Marques⁴, foi motivada pela retomada dos programas voltados à saúde dos jovens e pelas discussões do pacto pela vida junto aos gestores brasileiros. Essa política tinha por objetivo incorporar a atenção à saúde a este grupo populacional à estrutura e mecanismo de gestão em todos os níveis.

Assim, com o surgimento do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resultante do trabalho integrado entre os ministérios da Saúde e da Educação, e a publicação em 2009 do Caderno de Atenção Básica “Saúde na Escola”, do Ministério da Saúde, o adolescente passa a ganhar espaço privilegiado na atenção à saúde, tendo em vista que grande parte dos adolescentes se encontra nas escolas^{8,9}.

Para compreender a importância e a possibilidade do impacto das ações e serviços em saúde destinados aos adolescentes é fundamental considerar as demandas de saúde, de maneira que as ações oferecidas se adequem à realidade local – individual e coletiva – dos principais interessados. Assim, todas essas ações programadas pelo governo brasileiro devem estar pautadas nas reais necessidades dos adolescentes⁴. (p.30)

O PSE traz, além de ações de promoção e prevenção da saúde com base na educação em saúde, ações como avaliação de medidas antropométricas, acompanhamento do calendário vacinal, detecção de deficiências visual e auditiva, e cuidados de promoção à saúde bucal, o que possibilita a intervenção precoce na saúde das crianças e dos adolescentes em risco.

Neste artigo, relatamos a interação entre Estratégia Saúde da Família (ESF) e escola na promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde dos adolescentes.

Esperamos que este relato suscite reflexões críticas a respeito da situação de saúde dos adolescentes, se podemos e até onde podemos intervir nessa situação, ao vermos o PSE como uma oportunidade mais concreta de interação com esse público.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Este estudo consiste em um Relato de Experiência vivenciada no âmbito da ESF Mário Covas, por meio do projeto “Atenção à Saúde do Escolar”, que desenvolvi juntamente com as professoras doutoras enfermeiras Cristina Brandt Nunes e Maria Auxiliadora de Souza Gerke.

O projeto foi realizado em concordância com o PSE e vinculado à ESF, alcançando escolares adolescentes entre 10 e 19 anos da Escola Municipal Professora Arlene Marques de Almeida, em Campo Grande (MS). Buscávamos atender às necessidades do curso de graduação em Enfermagem da UFMS, que não tinha atividades práticas de estágio com adolescentes; às necessidades da ESF Mário Covas relacionadas à saúde do adolescente; e, consequentemente, às metas pactuadas pelo município de Campo Grande; além da possibilidade de colocar em prática os cuidados propostos no PSE do Ministério da Saúde⁹.

Caracterização da área atendida

A ESF Mário Covas foi inaugurada em 9 de fevereiro de 2004. Está localizada no bairro Mário Covas, região do Anhanduizinho, distrito sul de Campo Grande, abrangendo, além do próprio Mário Covas, os bairros de Jardim Bálsamo e Jardim Canguru, totalizando uma área de 29.154 m².

A área de abrangência da ESF é composta, em sua maioria, por pessoas do sexo masculino (52%), concentradas principalmente na faixa de 20 a 39 anos. Das 2.416 famílias cadastradas, 1.532 pessoas têm entre 7 e 14 anos, sendo que 1.451 destas estão na escola.

A ESF oferece a essa população atendimento por meio dos seguintes programas: Pré-Natal, Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), Hipertensão, Diabetes, Saúde do Adolescente, Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), Saúde do Idoso, Mãe Morena,

Climatério, Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher, Programa Saúde de Ferro, Aleitamento Materno, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), Saúde do Homem, Planejamento Familiar, Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Criança (Naisc) e tratamento do tabagismo no SUS.

Além desses programas oferecidos pelo Ministério da Saúde e município, por se tratar de campo de estágio, a área ganha suporte para os atendimentos realizados por acadêmicos e projetos desenvolvidos por universidades, abrangendo em especial a saúde da criança, do adolescente e da mulher.

Relato da experiência

O público-alvo era composto por crianças, adolescentes e famílias dos escolares do primeiro ao nono ano. A equipe realizadora do projeto foi constituída por professoras enfermeiras da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) (Enfermagem Pediátrica e Enfermagem Ginecológica e Obstétrica), estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UFMS (Departamento de Enfermagem) e equipe multiprofissional da ESF Mário Covas.

Os objetivos do projeto eram:

- Levantar dados com professores, coordenadores, inspetores, diretores, equipe multiprofissional de saúde, adolescentes e familiares sobre situações e problemas que necessitassem de abordagem na área de saúde do escolar;
- Propor ações de saúde (educativas e cuidados) para as situações levantadas de acordo com a permissão dos pais e/ou responsáveis;
- Realizar antropometria e verificação dos sinais vitais;
- Avaliar o crescimento e o desenvolvimento infantojuvenil;
- Realizar educação em saúde;
- Realizar consulta de enfermagem pediátrica à criança e ao adolescente;
- Realizar consulta de enfermagem ginecológica e obstétrica à adolescente;
- Acompanhar o esquema vacinal;
- Preencher a caderneta de saúde do adolescente (menina e menino);

- Realizar encaminhamento de situações e problemas levantados para a equipe multiprofissional de saúde e para as redes de apoio.

Sendo assim, na prática, de segunda a quinta-feira, os acadêmicos faziam atividades de educação em saúde, verificação de calendário vacinal, avaliação de sinais vitais e dados antropométricos.

Nas atividades de educação em saúde, os temas eram propostos com base nas necessidades identificadas pelos acadêmicos e/ou funcionários da escola ou por escolha dos próprios escolares, a partir dos temas contidos no Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola⁹. Essas atividades eram elaboradas pelos acadêmicos de Enfermagem, que utilizavam diversas metodologias, como palestra, dinâmicas, roda de conversa, dramatizações, paródias, fantoches, etc. Assim, adequávamos a linguagem à clientela (crianças ou adolescentes), sempre de forma dinâmica, lúdica e buscando a coparticipação dos alunos.

Essas atividades eram desenvolvidas semanalmente, nos horários de aula, com duas turmas de uma mesma série separadamente, conforme a disponibilidade na agenda escolar, e tinham duração média de 50 minutos. Participavam das atividades os alunos da escola e professores e coordenadores, quando desejassem, sendo que um professor e/ou coordenador sempre assistia a toda a atividade.

É importante destacar que as atividades tinham como foco promover e fortalecer o processo de educação em saúde com base na realidade local, com ideias propostas pelos próprios estudantes e desenvolvidas pelos acadêmicos, possibilitando, assim, a criação de vínculo entre os alunos e a equipe de saúde, que se apresentava como um ponto de apoio para as necessidades sociais e de saúde dos escolares.

Preferencialmente ao término da atividade educativa, era feita a avaliação de sinais vitais e dados antropométricos pelos acadêmicos de Enfermagem, acompanhados por mim, em uma sala exclusiva disponibilizada pela direção da escola. O objetivo era detectar precocemente qualquer alteração apresentada pelas crianças e/ou adolescentes, intervir imediatamente com métodos não farmacológicos e, quando necessário, encaminhar à equipe de Saúde da Família.

A equipe da ESF abria agenda a cada duas semanas, na sexta-feira, somente para atender aos adolescentes. Além disso, estes eram acompanhados quinzenalmente,

até a melhora da alteração, com auxílio da Ficha de Avaliação Individual, que atualizava os dados de saúde colhidos na atividade.

A verificação do calendário vacinal também era outra atividade realizada, com o objetivo de identificar e indicar a atualização vacinal das crianças e/ou adolescentes em atraso. Para isto, as turmas eram avisadas na semana anterior e lembradas no dia anterior à atividade para trazerem a Caderneta de Vacinação. No caso das turmas de crianças menores, eram enviados bilhetes aos pais para que estes mandassem as Cadernetas de Vacinação.

Um dos itens avaliados na escola foi o valor da pressão arterial, e, quando constatada alguma alteração, eram feitas intervenções não medicamentosas, como orientações quanto a alimentação saudável, prática de atividades físicas, redução/abandono do tabagismo e redução do estresse. Além disso, os escolares com alteração dos níveis pressóricos eram encaminhados para avaliação da equipe da ESF.

No procedimento de aferição da pressão arterial, foram utilizados manguitos adequados à medida da circunferência braquial de cada adolescente. Isso era importante para mensurar o valor fidedigno da pressão arterial, pois manguitos maiores do que o indicado poderiam apresentar um valor mais baixo do que o real, e manguitos menores, um valor acima do real, falseando o valor real que a pessoa apresenta de pressão arterial¹⁰.

Para analisar os dados antropométricos e de sinais vitais (SSVV), os valores verificados na Ficha de Avaliação Individual dos adolescentes foram avaliados da seguinte forma: IMC de acordo com os valores de referência obtidos nos gráficos da Caderneta do Adolescente, do Ministério da Saúde¹¹; circunferência abdominal de acordo com os valores de referência obtidos no Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola⁹; e pressão arterial de acordo com os valores obtidos nas referências do Ministério da Saúde¹².

Análise e discussão dos resultados da ação

A princípio, as atividades deveriam alcançar principalmente adolescentes de 10 a 19 anos, conforme a OMS¹³. Contudo, devido aos problemas com agenda escolar, em semanas de prova e de outras atividades destinadas aos alunos do quinto ao nono ano, nossas atividades se estenderam às “séries menores”, ou seja, aos escolares do primeiro ao quarto ano.

Apesar de sair um pouco do foco com relação às metas de indicadores e ao objetivo do estágio acadêmico, podemos notar a importância de iniciar a educação em saúde o quanto antes na vida dos cidadãos.

Analisaremos, a seguir, os resultados obtidos em cada atividade realizada.

Atividades de Educação em Saúde

As atividades de Educação em Saúde eram ansiadas pelos escolares mais do que qualquer outra atividade.

Foram realizadas 22 atividades educativas do primeiro ao nono ano do ensino fundamental, com os seguintes temas: pediculose; *bullying*; sexualidade e alterações no corpo do adolescente; gravidez na adolescência; drogas e álcool na adolescência; alimentação saudável; atividade física; hipertensão arterial; primeiros socorros.

A princípio, foi oferecida à turma a opção de votar no assunto que gostaria que fosse abordado. Porém, como a maioria dos alunos sempre escolhia sexualidade, e às vezes o “problema gritante” era outro, mudamos essa metodologia. Então, procurávamos ouvir a opinião dos funcionários da escola sobre o que seria importante trabalhar em determinada turma e, a partir daí, ouvir também o que os alunos queriam, mas dávamos sempre um poder de fala maior aos funcionários.

O tema “sexualidade” também nos trouxe certa dificuldade com relação aos pais dos alunos, em especial os do sexto ano, que corresponde em geral aos adolescentes de 10 a 11 anos, pois seus pais consideravam que os filhos ainda eram crianças e não deveriam “ouvir sobre essas coisas”. A partir de então, nessas turmas, passamos a trabalhar a sexualidade como “alterações do corpo do adolescente”, tendo em vista que essas mudanças também fazem parte da sexualidade, e, na hora da interação/tira-dúvidas, as costumeiras perguntas específicas sobre sexualidade “apareciam”.

Avaliação de sinais vitais e dados antropométricos

Foram avaliados 495 alunos do primeiro ao nono ano do ensino fundamental, sendo 347 adolescentes, com relação a peso, altura, IMC, circunferência abdominal e aferição da pressão arterial.

Para cada item alterado eram oferecidas orientações baseadas em tratamentos não medicamentosos, partindo da mudança no estilo de vida, como alimentação balanceada, prática regular de atividades físicas, diminuição do estresse, eliminação do tabagismo e alcoolismo e/ou uso de drogas.

O uso da Ficha de Avaliação Individual nos ajudou a monitorar a situação de saúde do adolescente e a avaliar a efetividade das condutas adotadas em cada situação.

Dos 347 adolescentes avaliados, 67 (19,3%) apresentaram algum tipo de alteração. Destes, 63 (94%) foram encaminhados para consulta médica e apenas um adolescente para consulta de enfermagem (1,49%). As alterações mais frequentes estão apresentadas na Tabela I.

Tabela I
Percentual das alterações apresentadas pelos adolescentes envolvidos no projeto. Campo Grande (MS), 2010 (n = 347)

Alteração	Frequência	Percentual*
IMC aumentado para a idade	31	8,9
PA elevada	25	7,2
CA aumentada	14	4,0
IMC baixo para a idade	5	1,4
Baixa estatura para a idade	9	2,5
Outras alterações clínicas	4	1,1

Fonte: *Fichas Coletivas (2010)*.

Os alunos que apresentavam alterações foram acompanhados na escola até o final do semestre. Quanto à pressão arterial, por exemplo, apenas um adolescente continuou com os valores acima do desejável para a idade e sexo, o que mostra a efetividade das condutas adotadas tanto na escola como na ação em conjunto com a ESF.

Verificação do calendário vacinal

No que se refere à verificação do calendário vacinal dos escolares, obtivemos bastante êxito em comparação aos escolares menores, com relação tanto ao fato de sempre levarem as Cadernetas de Vacinação quando solicitávamos, como a poucos atrasos vacinais.

No caso dos adolescentes foi mais complicado, pois estes, em sua maioria, haviam perdido as Cadernetas de

Vacinação e não as levavam. Quando conseguiam levá-las, a taxa de atraso vacinal era alta.

Acreditamos que esta situação esteja relacionada à diminuição do cuidado dos pais e/ou responsáveis nesse quesito, pois, enquanto os alunos são menores, as cadernetas costumam ser impecáveis, mas depois há esse descaso com a imunização. Talvez isto ocorra por falta de informação sobre o calendário vacinal do adolescente, mas é preciso realizar estudos mais amplos e aprofundados para formar concepções sobre esse fato.

Encaminhamentos: elo da escola com a equipe de saúde

Podemos dizer que os encaminhamentos foram nossos grandes aliados para integrar a escola e a equipe de saúde, fazendo-as interagir.

Sendo assim, nosso trabalho na escola tinha continuidade na ESF, e, em geral, os adolescentes voltavam entusiasmados com o resultado da “ida ao posto”.

Por ser nosso elo, essa parte do nosso trabalho não podia apresentar fragilidade. Dessa forma, buscamos resolver qualquer lacuna que aparecesse. E é claro que apareceu, como, por exemplo:

- A escola pertencia à área de abrangência da ESF Mário Covas, porém alguns alunos não moravam na área. Então, atendemos normalmente na ESF Mário Covas, como se os alunos fossem da área. E depois da ESF Mário Covas, a equipe de saúde os encaminhava à ESF responsável pela cobertura da área onde esses escolares moravam;
- De acordo com a legislação vigente de proteção à criança e ao adolescente, para que os escolares recebessem atendimento na unidade, era necessário o acompanhamento de pais e/ou responsáveis; entretanto, no caso dos adolescentes, como a maioria ficava sozinha em casa, pois os “pais trabalhavam e não podiam faltar”, os jovens eram atendidos na unidade sem acompanhamento do responsável. Quando possível a presença dos pais e/ou responsáveis, estes também participavam de todas as atividades desenvolvidas na unidade;
- Outro entrave foi relacionado à aferição da pressão arterial dos adolescentes. Como sabemos, a largura do manguito influencia de forma inversamente proporcional o valor obtido na aferição. Dessa forma, se

for usado um manguito de adulto para adolescentes pequenos, vamos verificar um valor falso, menor do que aquele que realmente o adolescente está apresentando. E era exatamente isso o que acontecia. Os adolescentes encaminhados voltavam dizendo que estava “tudo normal”, mas, em todas as mensurações na escola (com o manguito adequado ao tamanho da circunferência braquial do adolescente), obtínhamos alteração nos valores da pressão arterial. A solução foi conseguir manguitos adequados para a ESF e sensibilizar os profissionais de saúde para utilizarem o manguito adequado. Porém, estes ofereceram grande resistência e afirmavam “nunca terem ouvido isso”. Sendo assim, entramos num acordo “paternal”, pelo qual enviávamos os adolescentes com a Ficha de Encaminhamento, com todos os dados, e acima escrevíamos qual manguito deveria ser utilizado para aquele adolescente.

Sendo assim, em todo esse processo de trabalho, podíamos conseguir grande produtividade para a unidade, tanto nas atividades desenvolvidas na escola, como na unidade de saúde. E, para isso, na escola, precisávamos do número do prontuário de cada aluno para lançar no Sistema Hygia, mas sem a caderneta de vacinação não tínhamos acesso a esses dados. Conseguimos resolver esse problema com a equipe de saúde da seguinte forma: antecipadamente, a equipe pesquisava o número dos prontuários no sistema, a partir de uma listagem dos nomes dos alunos, por turma, que participariam das atividades naquele dia. Assim, quando terminávamos uma atividade, fornecíamos a cópia dos registros à unidade para que pudessem lançar como produtividade para a ESF.

É claro que a ESF estourou em produtividade, mas, com toda a certeza, esse trabalho não seria possível sem a colaboração e o trabalho conjunto, árduo e de qualidade dos acadêmicos, que se revelou de grande efetividade no alcance dos adolescentes, tanto pela empatia, por serem mais jovens e “aparentemente mais acessíveis a esses escolares”, como pela determinação e força de trabalho produtiva.

A conexão de projetos acadêmicos ao trabalho das equipes de Saúde da Família se mostrou bastante efetiva e vantajosa, especialmente quando relacionada à saúde dos adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde dos adolescentes tem se tornado prioridade na história atual de saúde em nosso país e no mundo. Porém, as dificuldades de atenção a essa clientela são muitas, em especial “a de alcançá-la”. Entretanto, podemos considerar que parte dessa dificuldade é ultrapassada quando mudamos nosso lócus de atendimento para a escola, onde encontramos os adolescentes, no ambiente a que estão habituados e onde passam grande parte de seu tempo.

O PSE mostrou ser uma evolução na história de políticas públicas de promoção à saúde de crianças e adolescentes, ao abrir uma brecha especial para alcançar os adolescentes que frequentam as escolas e, então, fornecer atenção primária à saúde. Porém, ao estudar e ao desenvolver este trabalho, pude concluir que se torna inviável seguir as recomendações do PSE à risca, tendo em vista a sobrecarga de trabalho da equipe de Saúde da Família.

O excesso de atribuições das ESF é tão notório em Campo Grande (MS) que, quando desenvolvemos esse trabalho em 2010, a meta pactuada era uma atividade de educação em saúde por mês para os adolescentes da área. Em 2011, a meta mudou para uma atividade por semestre, indo contra tudo o que tem sido estudado e publicado sobre a carência de atenção à saúde dos adolescentes.

Essa interação entre ESF e escola foi bastante efetiva e vantajosa para todos, em especial para os adolescentes, que agora recebem atenção na promoção e prevenção de agravos à saúde. Mas todo esse processo só se mostrou eficaz porque tínhamos como colaboradores, uma mão de obra capacitada e em grande número para desenvolver as ações: os acadêmicos.

Acredito que seria de grande valia para a atenção à saúde dos adolescentes e dos escolares em geral se pudessemos dispor de uma equipe especializada para PSE, que fosse contínuo nas escolas e integrasse estas às ESF, assim como foi realizado nesta experiência.

REFERÊNCIAS

1. Correa ACP, Ferriani MGC. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. 2005; 58 (4): 449-53. [capturado em 28 set. 2011]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ireben/v58n4/a13v58n4.pdf>>.

2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
3. Brasil. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Programa de Saúde do Adolescente: bases programáticas. Brasília; 1989.
4. Marques JF. Produção do Cuidado ao Adolescente na Atenção Básica: Subsídios para prática clínica. Fortaleza; 2010. Mestrado [Dissertação] – Universidade Estadual do Ceará. [capturado em 14 mai 2011]. Disponível em: http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/juliana_marques.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
6. Portugal. Divisão de Saúde Escolar. Programa Nacional de Saúde Escolar. Publicado no Diário da República nº 110 de 7 de Junho. Despacho nº 12.045/2006 (2ª série)
7. Ferrari RAP, Thompson Z, Melchior R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2008; 12(25):387-400.
8. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder Executivo. Brasília, DF; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. Santos aac, Zanetta DMT, Cipullo JP, Burdmann ea. O diagnóstico da hipertensão arterial na criança e no Adolescente. *Pediatria*. 2003;25(4):174-83
11. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo básico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente PROSAD. Bases Programáticas. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 1996.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lyvia Maria Torres Moura Donato
Rua Palmeirais, 990
Parque dos Novos Estados – Campo Grande – MS
E-mail: lyviadonato@gmail.com