

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

JOANA GOMES MOTA

VULNERABILIDADE EM SAÚDE:
O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM QUESTÃO

Porto Alegre- RS

Junho - 2016

JOANA GOMES MOTA

**VULNERABILIDADE EM SAÚDE:
O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM QUESTÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial da obtenção de título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. (a) Dr. (a) Roberta Alvarenga Reis

Porto Alegre-RS

Junho - 2016

RESUMO

O presente trabalho aborda o conceito de vulnerabilidade em saúde no contexto do Programa Saúde na Escola (PSE). Elucida-se que este conceito originou-se da insatisfação social com a visão tradicional sobre o processo saúde-doença, a qual está calcada nas análises de risco. No âmbito da saúde escolar, o PSE foi criado em 2007 com o escopo de promover a atenção integral à saúde do público escolar, vinculando-se à perspectiva de vulnerabilidade em saúde. Esta pesquisa procura investigar o conceito de vulnerabilidade em artigos acadêmicos e interpretar os documentos oficiais referentes ao PSE. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental e confeccionado um quadro, instrumento que visa auxiliar a identificação de termos indicadores tanto do conceito de risco quanto de vulnerabilidade. Conclui-se que apesar do PSE estar calcado na vulnerabilidade como um ponto de vista, as produções científicas que versam sobre saúde escolar ainda estão descoladas desse conceito.

Palavras-chave: Saúde escolar; vulnerabilidade em saúde; Programa Saúde na Escola

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Acquired Immune Deficiency Syndrome	Aids
Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde	BVS MS;
Descritores em Ciências da Saúde	Decs
Doenças Sexualmente Transmissíveis	DSTs
Escolas Promotoras de Saúde	EPS
Grupos de Trabalho Intersectoriais	GTI
Human Immunodeficiency Virus	HIV
Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe	Lilacs;
Ministério da Saúde	MS
Organização Mundial de Saúde	OMS
Organização Panamericana de Saúde	Opas
Política Nacional de Promoção da Saúde	PNPS
Programa Saúde na Escola	PSE
Promoção da Alimentação Adequada e Saudável	Paas
Segurança Alimentar e Nutricional	San
Sistema Único de Saúde	Sus
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	UFRGS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Reprodução do esquema de Mann, Tarantola e Netter (1993, p.278), p.12.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	6
1.2 JUSTIFICATIVA.....	6
1.3 OBJETIVOS.....	7
1.3.1 OBJETIVO GERAL.....	7
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
2 METODOLOGIA	8
3 REVISÃO TEÓRICA	5
3.1 RISCO E VULNERABILIDADE: HISTÓRICO.....	10
3.2 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: CONTEXTUALIZAÇÃO.....	14
3.3 PSE E VULNERABILIDADE.....	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE	29
APÊNDICE A- QUADRO.....	30
APÊNDICE B- TRAJETÓRIA PESSOAL.....	32
ANEXO	33
PARECER DO REVISOR.....	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Muitos conceitos são reproduzidos e produzidos com o objetivo de compreender e intervir em determinados fenômenos sociais. Vulnerabilidade em saúde é um deles. Esta abordagem é utilizada pelas produções relacionadas, direta ou indiretamente, ao Programa Saúde na Escola (PSE) na tentativa de garantir a promoção e prevenção da saúde ao público em idade escolar. Todavia, este conceito pode suscitar muitas dúvidas¹. Por parte dos profissionais da saúde e educação as confusões podem relacionar-se à relevância deste conceito, gerando, talvez, sua banalização. Ademais, vulnerabilidade e risco podem ser tratados como sinônimos, mas não o são. Assim, parece fundamental responder ao seguinte questionamento: “Como é definido o conceito de vulnerabilidade na produção sobre o PSE?”.

1.2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo é um resgate de experiências anteriores com a área da Educação e de experiências atuais com as demandas de adolescentes em acolhimento institucional .

Anteriormente foi desenvolvida uma investigação aprofundada sobre a compreensão dos assistentes sociais em relação às demandas do alunado no âmbito escolar. No presente período são demandadas respostas profissionais frente às situações vivenciadas por adolescentes afastados do convívio familiar e que requerem intervenções tanto no que se refere à sexualidade, uso abusivo de drogas, especialmente as ilícitas. Dessa forma, para esta pesquisa foi escolhido um tema que estivesse ligado à Educação, mas que fizesse parte do campo da Saúde Pública.

Este trabalho pretende contribuir com a superação da ideia de que a mudança de hábitos individuais, considerados pela área da saúde como inadequados, possui primazia no processo de prevenção e reabilitação individual ou coletiva, sem, no

¹Cf. Ayres et al (2004).

entanto, relaciona-lo ao contexto estrutural das relações sociais. Além disso, colaborar para que tanto os trabalhadores da saúde e da educação, quanto a população busquem ativamente a real efetividade da prevenção e promoção da saúde. Por fim, contribuir para a elevação da qualidade de vida da população escolar da rede pública de ensino.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o conceito de vulnerabilidade em saúde presente na documentação do Programa Saúde na Escola (PSE).

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Investigar o conceito de vulnerabilidade em saúde em artigos acadêmicos e;
- b) Interpretar os documentos oficiais que orientam o Programa Saúde na Escola.

2 METODOLOGIA

O trabalho se caracteriza por um estudo qualitativo, no qual a análise dos dados foi fundamentada pela concepção hermenêutico-dialética. Esta abordagem busca a compreensão de textos (textos aqui entendidos em um sentido amplo proposto em Minayo, 2010, como: biografia, narrativa, entrevista, documento, livro, artigo, entre outros.), considerando a cultura e a linguagem presentes:

A hermenêutica (...) parte da linguagem como terreno comum de realização da intersubjetividade e do entendimento; (...); investe nas possibilidades da comunicação, mas as considera em seu processo finito, marcado pela história e pela cultura (...). (MINAYO, 2010, p.343)

Ademais, a referida abordagem utiliza-se do método da dialética que permite o investigador realizar um exame crítico sobre os dados coletados, possibilitando analisa-los a partir da apreensão do movimento contraditório das relações sociais e do contexto histórico, nos quais os dados estão inseridos. Portanto, segundo Minayo (2010, p.347)

[...] o exercício dialético [...] entende a linguagem como um veículo de comunicação e de dificuldade de comunicação, pois seus significantes, com significados aparentemente iguais para todos, escondem e expressam a realidade conflitiva das desigualdades, da dominação, da exploração e também da resistência e da conformidade. Uma análise compreensiva ancorada na hermenêutica-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório.

Foram utilizados dados secundários obtidos a partir de documentos oficiais dos Ministérios da Saúde e da Educação, de livros, e das seguintes bases de dados: Scielo – Scientific Electronic Library Online; Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde – BVS MS; e da Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe –Lilacs; Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo (USP).

As palavras-chave (ou descritores em saúde, segundo os Descritores em Ciências da Saúde- Decs) utilizadas para a pesquisa nas bases de dados foram “saúde escolar”, “fatores de risco”, “vulnerabilidade” e “vulnerabilidade em saúde”.

Em um primeiro momento, as produções foram escolhidas a partir do tema de investigação ou do período compreendido a partir de 2007- ano de criação do PSE. Entretanto, em um segundo momento, empregando o descritor “saúde escolar” na base de dados BVS, utilizou-se mais critérios para o refinamento da pesquisa. O

período esteve compreendido entre 2007 e 2016; o tipo de documento escolhido como filtro foi “artigos” e a região como assunto foi “Brasil”.

Utilizando o descritor “vulnerabilidade em saúde”, foi utilizado como critério de pesquisa na base BVS o período compreendido entre 2008 e 2016 e o país escolhido foi “Brasil”. A escolha do período se justificou pela necessidade de se estabelecer intervalo de um ano para que houvessem produções científicas inseridas no contexto do PSE- recém criado em 2007.

Para a seleção das produções encontradas, utilizou-se como critério os seguintes temas: tabagismo; uso de álcool e outras drogas e DSTs (doenças sexualmente transmissíveis). Como mais um critério de escolha, as produções que versariam sobre esses temas deveriam ter sido elaboradas a partir do contexto escolar.

Com o intuito de auxiliar a coleta de dados, as produções foram separadas em pastas eletrônicas a partir das palavras-chave acima citadas.

Além destas, um quadro foi criado em programa Word, visando a um instrumento que permitisse a visualização clara de termos ligados tanto ao conceito de vulnerabilidade quanto ao de risco utilizados pelos artigos selecionados. Este instrumento auxiliou na compreensão sobre qual a perspectiva que orienta as produções científicas selecionadas.

Por fim, o presente trabalho não gerou decorrências éticas, na medida em que utilizou apenas dados secundários e de domínio público. Assim, este trabalho não precisou ser submetido à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina e ao Comitê de Ética da UFRGS.

3 REVISÃO TEÓRICA

3.1 RISCO E VULNERABILIDADE: HISTÓRICO

Para a compreensão deste trabalho, o histórico dos conceitos de risco e vulnerabilidade foi revisitado.

O conceito de risco desenvolvido pela epidemiologia a partir dos anos 50 do século XX (MEYER *et al*, 2006), possui duas abordagens que na década de 1980 foram utilizadas para responder à epidemia de Aids - apesar deste conceito também aplicar-se a outros contextos que não a Aids.

Temporalmente, a primeira abordagem é a de grupo de risco que foi assumida como uma identidade concreta dos segmentos nos quais a doença foi inicialmente detectada (Ayres *et al*, 2005, menciona os quatro Hs: *Hombressexuais*, *Hemophiliacs*, *Haitians* e *Heroinadicts*). Tal caracterização, ainda segundo os autores, levou a formulação de estratégias de prevenção equivocadas e ineficazes (relacionadas à abstinência e ao isolamento), e à estigmatização e preconceito a esses grupos.

Em seguida, a abordagem de comportamento de risco foi resultado tanto de severas críticas por parte dos segmentos sociais estigmatizados, quanto da dinâmica da epidemia- que, a ocasião, já era uma pandemia, espalhando-se aos pobres, às mulheres, aos negros e aos jovens (AYRES *et al*, 2005).

O comportamento de risco produzia estratégias de prevenção baseadas na redução do risco, como o estímulo e treinamento para o uso de preservativo e a outras práticas para o sexo seguro. Segundo Ayres *et al* (2005), esta abordagem avançou em relação a anterior, pois tendeu a retirar o estigma dos grupos nos quais a epidemia foi primeiramente identificada, universalizou a preocupação com o problema e estimulou o envolvimento individual com a prevenção à doença. Contudo, a utilização desse conceito acabou por reduzir o sucesso ou a falha da prevenção à Aids ao comportamento individual. Ayres *et al* (2005) analisam que a mudança para um comportamento preventivo a Aids não é a resultante da conjugação entre informação e vontade, mas passa pela apropriação de recursos, como culturais, econômicos e políticos, os quais são desigualmente distribuídos na sociedade.

O conceito de vulnerabilidade desenvolve-se a partir de um intenso debate social como opção à abordagem comportamental, na tentativa de responder mais efetivamente ao cenário de expansão da Aids em direção, sobretudo, aos países e segmentos sociais mais pobres. Importante esclarecer que vulnerabilidade, assim como risco, pode ser aplicado a outros agravos em saúde, não só à Aids.

Ayres *et al* (2005) e Muñoz, Sánchez e Bertolozzi (2007) compreendem que a vulnerabilidade conduz à reflexão de que a chance de adoecimento das pessoas é efeito de um conjunto de elementos não apenas individuais, mas também contextuais que ocasionam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, inseparavelmente, maior ou menor acesso aos diferentes tipos de recursos para proteger-se de ambos. Assim, o foco de intervenção da vulnerabilidade são as suscetibilidades populacionais decorrentes da estrutura social na qual as pessoas estão inseridas, e, diferentemente das abordagens de risco, a mudança do comportamento individual acontecerá à medida que houver a modificação das relações sociais das diferentes esferas da vida social.

Mann, Tarantola e Netter (1993) argumentam que o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade e, sendo assim, é necessário um enfoque no indivíduo. Esclarecem, porém, que considerar apenas este aspecto não é suficiente para dar conta da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Os autores entendem que o comportamento individual é influenciado socialmente, além de que se transforma constantemente.

O comportamento individual é tanto mutável quanto conectado socialmente, variando durante a vida da pessoa (por exemplo, comportamento sexual na adolescência, meia-idade, e terceira idade), mudando em resposta à história e experiência pessoal e fortemente influenciado por indivíduos-chave (família, amantes, amigos), comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes, como religiões e estado-nações. (p. 276)

Segundo os autores em tela, a prevenção ao HIV bem sucedida requer três elementos: informação/educação; serviços de saúde e sociais; e um ambiente social de apoio. Assim, a vulnerabilidade pessoal (individual) à infecção aumenta quando o indivíduo não possui informações precisas, relevantes e abrangentes sobre a infecção; quando não está suficientemente motivado com relação ao perigo da mesma; aumenta também se ele não possui habilidades, acesso aos serviços necessários e o poder ou confiança para implementar mudanças comportamentais.

Os autores analisam que a responsabilidade pessoal pela prevenção ao HIV é limitada ou ampliada tanto pelo acesso a informações e pela qualidade do programa nacional de combate à Aids quanto pelas influências sociais recebidas. Além disso, consideram que o comportamento pessoal, o contexto social e os recursos programáticos interferem-se mutuamente, ou seja, estão interligados.

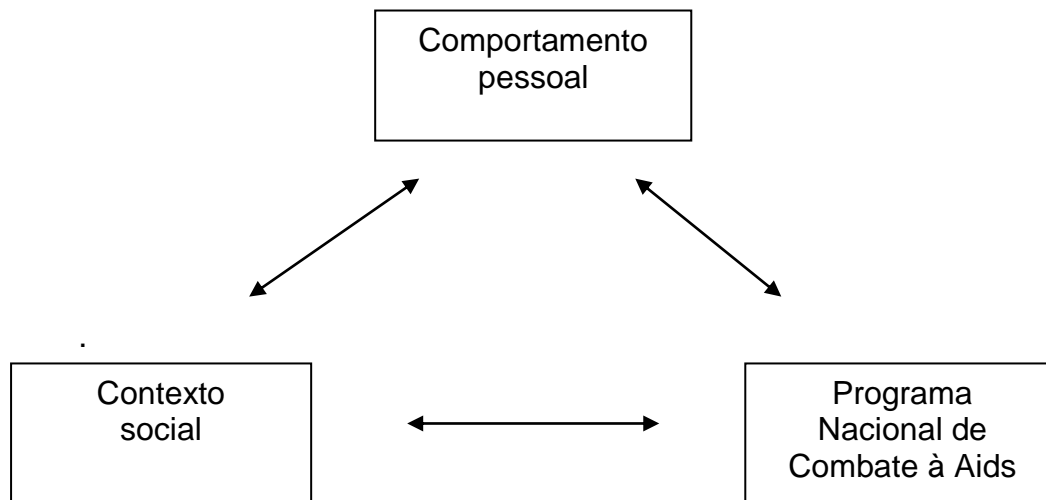


Figura 1 Reprodução do esquema de Mann, Tarantola e Netter (1993, p.278)

Em relação a conclusão acima, Ayres *et al* (2005, p.123) contribui desenvolvendo o raciocínio dos autores. Elucida que as análises de vulnerabilidade devem incorporar três eixos: o componente individual; o componente social; e o componente programático. Estes eixos são articulados e possibilitam avaliar o nível de vulnerabilidade dos indivíduos a determinado agravo.

- Componente individual: diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; a capacidade de elaborar essas informações e incorporá-la aos seus repertórios cotidianos de preocupações; e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras.
- Componente social: diz respeito a obtenção de informações, às possibilidades de metaboliza-las e ao poder de as incorporar a mudanças

práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos, como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas, etc.

- Componente programático: para que os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV/ Aids, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante da epidemia.

A partir das análises destes autores, apreende-se que as estratégias de redução das vulnerabilidades estão para além de informar sobre o problema, elas precisam ser impulsionadoras de mobilização para que as pessoas atuem como sujeitos sociais, a fim de superarem as barreiras materiais, culturais e políticas que as mantêm vulneráveis, suscetíveis ao adoecimento. Isto não implica dizer que os estudos de vulnerabilidade recusam a importância das associações probabilísticas dos estudos de risco, ao contrário (AYRES *et al*, 2005; MEYER *et al*, 2006). Vulnerabilidade vem contribuir ao afirmar que se necessita interpretar essas variáveis levando-se em conta os diversos elementos sociais que interagem com elas. Dessa forma, a “[...] vulnerabilidade aparece, então, como uma possibilidade de buscar novas sínteses teóricas, de fazer a Epidemiologia dialogar com outras ciências e com outros saberes não científicos [...]”. (AYRES, 2009, p.16)

Porém, o autor em tela apresenta alguns desafios da aplicabilidade deste conceito. Analisa que a perspectiva ampliada do conceito de vulnerabilidade exige mudanças estruturais para sua superação e isto pode gerar um efeito paralisante das intervenções por parte dos profissionais. Para isto, o autor orienta que vulnerabilidade seja apreendida como uma forma de raciocínio que prepara para a ação e não como um modelo de intervenção.

Outra dificuldade que pode aparecer é a vitimização e conseqüente tutela dos indivíduos alvo das práticas de redução de vulnerabilidade. A posição que esses indivíduos são colocados é a da que são vulneráveis, e não que estão vulneráveis. Segundo o autor, a vulnerabilidade é multidimensional, em uma mesma situação estamos vulneráveis a alguns agravos e em relação a outros não; ela possui gradações, existem diferentes níveis de vulnerabilidade; e ela muda constantemente.

3.2 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: CONTEXTUALIZAÇÃO

Na Política de Saúde brasileira em vigor, que se distingue pela criação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), busca-se superar a leitura restrita ao modelo biomédico de saúde com vistas à ampliação do conceito de saúde.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990, art. 3º)

Segundo esta perspectiva, são elaboradas diversas políticas e programas de saúde em consonância com as aspirações democráticas deste conceito vigente, no qual a atenção integral à saúde é um princípio. No que se refere ao campo da saúde escolar, este recebe tais influências e incorpora novos conceitos.

Segundo o Caderno de atenção básica nº 24 (2009), na década de 1980 vários estudos indicaram que na área da educação em saúde o modelo médico tradicional e focalizado no controle e na prevenção de doenças era pouco efetivo para resultar em mudanças de atitudes e escolhas mais saudáveis que minimizassem situações de risco à saúde de crianças, adolescente, jovens e adultos. Durante os anos de 1990 foi desenvolvido o conceito e a iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde (EPS), pela Organização Mundial de Saúde (OMS)/Organização Panamericana de Saúde (OPAS). De acordo com Figueiredo; Machado; Abreu (2010) a

[...] implantação de escolas promotoras de saúde implica um trabalho articulado entre a educação, a saúde e a sociedade e demanda a ação protagonista da comunidade educativa na identificação das necessidades e

dos problemas de saúde e na definição de estratégias e linhas pertinentes para abordá-los e enfrentá-los. Trata-se de uma estratégia de promoção da saúde no espaço escolar com enfoque integral [...]. (p. 399)

No Brasil o interesse nacional pela promoção da saúde no contexto escolar surgiu de um amálgama de processos sociais, aos quais se agregaram as discussões sobre as EPS da OPAS/OMS.

Valadão (2004) explicita uma série de elementos que possibilitaram o desenvolvimento da ideia da promoção de saúde no âmbito escolar, tais como: a urgência do enfrentamento da epidemia de Aids que exigiu ações para além do modelo biomédico tradicional e que trouxe para o centro das discussões a fase da adolescência; a ocorrência da 8ª Conferência Nacional de Saúde que trouxe à tona um novo conceito de saúde; a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, a qual foi a propulsora de mobilizações sociais essenciais para a cultura política brasileira. A autora ressalta que a adequação das ações de saúde à concepção presente no SUS implicava em uma revisão da atenção à saúde da criança em idade escolar; a conformação das unidades básicas de saúde em porta de entrada à assistência da criança e do adolescente; o surgimento de processos autônomos nos estados de reformas curriculares, nas quais o tema saúde era relevante; o aparecimento de organizações não governamentais que trabalhavam no campo da saúde na escola desenvolvendo capacitações aos professores ou projetos com temas específicos.

Assim, compreende-se que o conjunto de debates travados e de movimentos realizados desde a década de 1980, no Brasil, resultou no Programa Saúde na Escola (PSE) ao final do ano de 2007.

O PSE foi criado a partir do Decreto 6.286 de 5 de dezembro de 2007, com o intuito de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública da educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. A partir da portaria interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013 todos os municípios brasileiros tornaram-se aptos a aderir ao programa e as ações foram expandidas às creches e pré-escolas.

O aludido programa é calcado na intersetorialidade, especialmente na interação entre a Política de Saúde e de Educação. Por isso, a gestão do PSE é realizada por grupos de trabalho intersetoriais (GTI) a nível federal, estadual e

municipal, nos quais é obrigatória a representação das secretarias de Saúde e de Educação e facultativamente de outros atores, como representantes de políticas sociais, de movimentos sociais, da sociedade civil, entre outros. Ademais, as ações do PSE estão previstas para serem implementadas a partir de um trabalho pedagógico no qual haja a participação e elaboração conjunta entre as equipes da atenção básica de saúde e os profissionais da educação básica.

O programa possui ações mínimas a serem realizadas, divididas em três componentes: Componente I (Avaliação das condições de saúde); Componente II (Promoção da saúde e prevenção de agravos) e; Componente III (Formação). Este último é direcionado à formação contínua e permanente dos gestores e das equipes da Educação e da Saúde que trabalham com o PSE, enquanto que os dois primeiros componentes exprimem ações e temáticas para serem desenvolvidas com os estudantes.

Destaca-se que as ações previstas no PSE estão em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (2006; 2015), na qual os temas prioritários discriminados estão explicitados na maioria das linhas de ação do componente II do programa, “Promoção da saúde e prevenção de agravos”. Estas linhas de ação, assim nomeadas nos documentos oficiais, expressam as prioridades nacionais em saúde e parecem ser determinadas pela concepção teórica de que o processo saúde-doença não pode ser analisado individualmente, mas sim considerando seus determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais:

[...] na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas da Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida. (BRASIL, 2006, p.7)

Infere-se que o PSE converge para uma proposta de integralidade da assistência à saúde que se fundamenta em uma assistência não só à parte físico-orgânica dos indivíduos. Em Ayres (2009) pode-se apreender esta noção de integralidade, pois o autor busca esclarecer este princípio a partir da lógica do SUS fornecendo exemplos de impulsos que seriam orientados por este princípio. Esses impulsos, os quais são divididos pelo autor em quatro eixos, demonstram uma

perspectiva em que a atenção à saúde não se limita às causas biológicas do adoecimento; em que não estabelece uma separação entre prevenção e cura; em que prevê um trabalho intersectorializado e; em que procura estabelecer uma relação de diálogo seja entre profissionais e comunidades, seja entre indivíduos.

- A) Eixo das necessidades: diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde; o impulso mais relevante aqui é o do desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta a necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destas. (AYRES, 2009, p.14)
- B) Eixo das finalidades: diz respeito a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social; o sentido dominante aqui é o de não segmentar as ações, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações, tanto da perspectiva da racionalização meios-fins como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades. (AYRES, 2009, p.14)
- C) Eixo das articulações: refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersectoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde; o propósito aqui é criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada, tal como descrito no item A. (AYRES, 2009, p.14)
- D) Eixo das interações: refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado; a motivação das propostas identificadas nesse eixo é a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades, sem o que as aspirações dos eixos anteriores não podem ser realizadas. (AYRES, 2009, p.14)

A partir da leitura e análise dos materiais elaborados pelo Ministério da Saúde (MS) os quais orientam as ações do PSE, percebe-se a sintonia de seus conteúdos com a perspectiva de integralidade já referida. Os materiais analisados foram os Cadernos Temáticos, os quais estão relacionados ao componente II. Elencam-se os seguintes cadernos: Direitos Humanos e Cultura da Paz; Promoção de práticas corporais, atividade física e lazer; Segurança Alimentar e Nutricional e Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Saúde e Educação Ambiental; além da nota técnica “orientações para a ação promoção da cultura da paz e Direitos Humanos”, também incorporada pelo PSE.

Direitos Humanos e Cultura da Paz

Este caderno relaciona a produção da cultura da paz e a garantia dos Direitos Humanos com a garantia de acesso a outros direitos, tais como saúde, educação, assistência social, e com uma postura de transformação pessoal- mas esta associada à transformação social.

Nota técnica: Orientações para a ação promoção da cultura de paz e Direitos Humanos

A nota orienta a um trabalho intersetorial baseado em programas, projetos e ações de ministérios, estados e municípios. Ela convoca à mobilização e responsabilização articulada de diversos agentes e segmentos da sociedade no que se refere ao extermínio da juventude negra. Ainda, sugere a incorporação pelo PSE das perspectivas racial, de juventude e de prevenção à violência. Assim, o objetivo é que a ampliação do acesso aos direitos possa reduzir os fatores de vulnerabilidade desta juventude.

Promoção de práticas corporais, atividade física e lazer

Neste caderno está presente o entendimento de que a saúde é algo produzido individual e coletivamente. É destacada como uma “produção social, fruto das escolhas pessoais, dos processos coletivos, do contexto social e das condições materiais de vida disponíveis para a sua produção” (p.3). Assim, o processo saúde-doença não perpassa apenas o campo da saúde, mas também outros espaços de convivência e construção humana (família, associações comunitárias, espaços de decisões políticas governamentais, locais e equipamentos públicos, o trabalho, etc.).

Ao discutir a criação de uma cultura de atividades físicas e práticas corporais na sociedade, é salientado no caderno que mudanças nos estilos de vida não ocorrem exclusivamente pela vontade e atitudes individuais, “a ideia de que estar saudável é responsabilidade exclusiva do indivíduo deve ser superada, fortalecendo o papel do coletivo como responsável” (p.12).

Segurança Alimentar e Nutricional e Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (SAN e PAAS)

O referido caderno traz a ideia de que o SAN e PAAS não se restringem a oferta de uma alimentação de qualidade ou a realização de ações educativas sobre alimentação e nutrição, mas abrange a discussão da constituição de um ambiente gerador de práticas saudáveis e que favoreça escolhas saudáveis. Assim, considera que estabelecer um diálogo com as famílias e o território onde vivem os educandos é importante para a consolidação desses objetivos.

Saúde e Educação Ambiental

No caderno é utilizada a concepção de determinantes sociais da saúde, ressaltando que estes possibilitam análises que não visam apenas a mudança do comportamento individual, mas que auxiliam as pessoas a atentarem para aspectos da vida e da organização social que influenciam a construção ou diminuição das práticas de vida saudáveis nas famílias e comunidade. Ademais, está presente a ideia de que o movimento de crítica por parte das pessoas e do coletivo, a partir dos princípios de participação e autonomia, desencadeiam processos de aprendizagem sobre si, o território que compartilham e o mundo. Assim, a capacidade de articular a sociedade para a superação do que não contribui com a construção da saúde torna-se mais intensa.

Deste modo, apreende-se que o conceito ampliado de saúde perpassa as elaborações teóricas do programa em questão, visto que consideram elementos que estão para além do enfoque epidemiológico.

3.3 PSE E VULNERABILIDADE

A partir da leitura dos documentos, compreende-se que o PSE está afinado ao conceito de vulnerabilidade. Além de o programa relacionar a promoção da saúde a diferentes âmbitos da vida social, convida à reflexão de que a superação das

situações que afetam a saúde se dará à medida que sejam realizadas intervenções coletivas- envolvendo a sociedade como um todo-, intersetoriais e não individualizantes das situações em questão.

Ayres (2002) explicita que tendenciar para a noção de vulnerabilidade

[...] [se trata] de não centrar as políticas, programas e ações tanto em grupos identitários, ou grupos de risco, mas nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos grupos populacionais [...]. Por outro lado, não tratar as práticas que expõe as pessoas ao HIV e ao adoecimento por Aids como o fruto exclusivo da vontade e do grau de esclarecimento dos indivíduos, mas ver os comportamentos como a resultante final de um conjunto de condições estruturais e contextuais de onde essas práticas emergem. (p.20)

Um dos objetivos deste trabalho é investigar as perspectivas de vulnerabilidade presentes em produções acadêmicas cuja pesquisa esteja relacionada à saúde do escolar e dentro do contexto de vigência do PSE. Nesse sentido, foram examinados nove artigos que abordavam o uso de álcool e outras drogas e a transmissão de DSTs, entre escolares. Seis artigos tratam sobre o consumo de drogas, entre elas tabaco e álcool, e os outros três discutem sobre sexualidade e transmissão de DSTs, especialmente HIV.

O artigo de Barreto *et al* (2010), visa descrever a exposição ao tabagismo de participantes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense). Ademais, identificar fatores sociodemográficos, comportamentos de risco e comportamentos de proteção associados ao tabagismo. O foco deste artigo é descrever o comportamento de risco dos jovens da pesquisa. Dessa forma, elementos relacionados a programas contra o tabagismo, sociais e culturais, por exemplo, e que poderiam estar relacionados à vigência deste comportamento não são levados em conta no referido artigo.

Em Filho (2014), o objetivo é descrever e analisar a exposição de adolescentes escolares às bebidas alcoólicas e drogas ilícitas a partir dos dados da Pense 2012. Apesar de propor ações intersetoriais que considerem o contexto de cada grupo analisado, as perspectivas de fatores de risco e comportamento de risco orientam as análises do autor sobre o consumo de álcool e outras drogas. Necessário refletir que a utilização de dados sobre o risco apresenta apenas uma face do problema sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas.

O trabalho de Anjos, Santos e Almeida (2012) pretende conhecer o perfil de formandos sobre o consumo de álcool e apontar fatores que propiciam o uso de bebidas alcoólicas na faixa etária adolescente e adulto jovem e suas principais consequências. Apesar de trazerem uma ideia um pouco mais ampla sobre o consumo de álcool- apontando que é legitimado socialmente e vinculado ao prazer-, os autores limitam suas análises a necessidade de mudança de comportamentos. À medida que explicitam que as orientações dadas aos jovens devem ser sobre os problemas decorrentes de seu comportamento e que os “profissionais da saúde e educação devem ajudar aos estudantes a não ingerir bebidas alcólicas” (p.421), dão centralidade ao campo comportamental do consumo e não às situações que levam ao consumo abusivo.

Destaca-se que o consumo excessivo de álcool e a prática de sexo não seguro são considerados no texto como fatores associados. Entretanto, é possível questionar se é apenas o consumo excessivo por parte do adolescente ou jovem que promove o sexo desprotegido. Não se consideram, assim, outros elementos como o acesso a informações por esses sujeitos ou a qualidade dessas informações repassadas.

Em Malta *et al* (2010; 2011), a análise realizada, quanto ao uso de álcool e outras drogas, está calcada no risco que seu consumo acarreta aos adolescentes. Apesar dos autores indicarem que a sociedade incentiva o uso de álcool entre esse segmento da população e que a pior condição socioeconômica aumenta o risco desse consumo na adolescência, a concepção predominante é a de que a ingestão de drogas está relacionada ao comportamento, a atitude dos adolescentes, fato que os expõe a riscos para a saúde.

Dias *et al* (2010) apresenta uma proposta ligada a uma perspectiva mais abrangente sobre o uso do preservativo, indicando a redução de vulnerabilidades entre adolescentes, mas também explicita a noção de comportamento e redução do risco através da ideia de práticas sexuais seguras. Apesar de os autores utilizarem aspectos socioculturais para discorrer sobre o uso de preservativos, não trazem para o centro da discussão a necessidade de mudanças sociais ou programáticas- nos termos de Ayres (2005)- para a alteração da realidade sobre prevenção.

Russo e Arreguy (2015) visam discutir a percepção dos adolescentes, professores e famílias sobre a distribuição de preservativos dentro da escola. O

artigo ao trazer a ideia de mudança de comportamento o faz a partir da análise de vulnerabilidade. A opção por este conceito muito provavelmente tem a ver com a escolha em discutir a distribuição dos preservativos a partir da existência do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE. Esse projeto tem por objetivo a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e da prevenção de DSTs, buscando a redução das vulnerabilidades através da articulação entre a saúde e a escola.

Araújo *et al* (2012) procuram analisar os fatores de risco para HIV em adolescentes. O estudo descreve este segmento como um grupo identitário: influenciável e que se expõe a riscos físicos, emocionais e sociais. O que se apreende disto é que os adolescentes formariam um grupo homogêneo, sem diferenciações entre si. Ademais, o artigo descola a transmissão da doença de seus determinantes sociais, sendo associada ao comportamento dos adolescentes considerado de risco.

No artigo de Giacomozzi *et al* (2012) objetiva-se realizar um levantamento sobre o consumo de álcool e outras drogas e as vulnerabilidades associadas de estudantes. Apesar do uso do termo vulnerabilidade, percebe-se que o conceito predominante é de risco, especialmente sobre comportamento de risco.

Contraditoriamente, os artigos selecionados, publicados no período de vigência do PSE, em sua maioria não foram elaborados a partir da perspectiva de vulnerabilidade- conceito que embasa as formulações teóricas do referido programa.

Apesar do longo tempo de existência desse conceito e da atual vigência de um programa referência para a saúde do escolar, as pesquisas científicas sobre esse tema ainda utilizam o conceito de risco para analisarem os agravos em saúde desse segmento da população. Algumas, porém, oscilam entre os dois conceitos utilizando a ideia de fatores e/ou comportamento de risco, mas buscando também um olhar mais ampliado sobre a realidade dos estudantes. Esta oscilação também ocorre no âmbito da prática profissional e Ayres (2005, p.128) esclarece que “as ações implementadas dificilmente escapam da redução de risco, mesmo quando aderidas filosoficamente a uma leitura da realidade instruída pelo quadro da vulnerabilidade.”.

O que se percebe nos artigos que fazem referência ao conceito de vulnerabilidade é a consideração de outros elementos para justificar o comportamento dos adolescentes, como a condição socioeconômica e questões

culturais, por exemplo. Ademais, são elencadas ações que envolvam outros atores, como a rede intersetorial e a sociedade civil, para propor-se a superação das situações de vulnerabilidade. Todavia, as ações intersetoriais, coletivas e estruturais não possuem centralidade nas análises contidas nesses artigos, assim como os elementos sociais, culturais e políticos que estão na raiz das situações de vulnerabilidade em saúde. Ocorre que é reproduzida a perspectiva que individualiza as suscetibilidades dos escolares, as quais são reduzidas a comportamentos ou fatores de risco.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de vulnerabilidade nasceu da insuficiência do conceito de risco em explicar e responder aos problemas de saúde da população, em especial a transmissão do HIV/Aids. Apesar de não ser uma novidade, este conceito ainda não é muito utilizado por pesquisadores e profissionais para a compreensão dos agravos em saúde que assolam a população, sobretudo os segmentos que por diversas situações estão inseridos em contextos que os suscetibilizam às infecções e ao adoecimento. Assim, o enfoque epidemiológico ainda é predominante tanto no campo teórico quanto prático.

A pesquisa por artigos científicos que abordassem a saúde escolar revelou que mesmo com a existência de um programa nacional, vigente desde 2007, com direcionamento para a discussão e intervenção na saúde do escolar a partir do conceito de vulnerabilidade, ainda é predominante a visão de risco para explicar as questões de saúde que perpassam a realidade desse segmento.

O PSE explicita o avanço dos últimos anos no que tange à discussão de saúde escolar, considerando não só as particularidades desse público, mas também buscando superar as situações que os colocam em posição de vulnerabilidade. Entretanto, este avanço não se reflete nas produções científicas encontradas, as quais ainda se limitam às associações estatísticas e a soluções baseadas na mudança de comportamentos.

Portanto, é premente auxiliar a difusão do conceito de vulnerabilidade no âmbito acadêmico e científico com o intuito de cada vez mais subsidiar políticas, programas, projetos e ações visando à superação de contextos sociais geradores de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS:

ANJOS, K.F.; SANTOS, V.C.; ALMEIDA, O.S. . Caracterização do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador - BA, v.36, nº 2, p.418-431,abr/jun, 2012. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/issue/view/59/showToc>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

ARAÚJO, T.M.E. et al. Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes. **Revista enfermagem Uerj**. Rio de Janeiro, Uerj, 20 (2), p.242-247, abr./jun., 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.htm>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.117-139.

AYRES, J.R.C.M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl.2, p.11-23, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0104-1290&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:7 jan. 2016

_____. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, nº11, p.11-24, ago., 2002. Disponível em: <<http://interface.org.br/edicoes/v-6-n-11-agosto-2002/>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

BARRETO, S.M. et al. Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: nº 15 (Supl. 2), p.3027-3034, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=1413-8123&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun.2016

BRASIL. Decreto 6.286 de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 28 ago. 2015

_____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 maio 2014

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil. Série B. Textos básicos de Saúde. Série Promoção da Saúde nº6. Brasília, 2007. Disponível em: <bvsmis.saude.gov.br>. Acesso em: 28 mar. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde na escola. Cadernos de atenção básica. Brasília, n.24, 2009. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf> Acesso em: 16 set. 2015.

_____. Portaria interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

DIAS, F.L.A. et al. Riscos e vulnerabilidades relacionadas à sexualidade na adolescência. **Revista enfermagem Uerj**. Rio de Janeiro, 18 (3), p. 456-461, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>>. Acesso em: 29 maio 2016.

FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 ago. 2015.

FILHO, E.A.F. Perfil do consumo de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes escolares de uma capital brasileira. **SAMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. São Paulo, 10 (2), p.78-84, maio/ago., 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/issue/archive>> Acesso em: 20 jun. 2016.

MALTA, C.D. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, Supl. 2, p. 3009-3019, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 ago. 2015.

MALTA, D.C. et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.14, Supl. 1, p. 136-146, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=1415-790X&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2015.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER; T.W. (Orgs.). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, IMS Uerj, 1993. 321p.

MEYER, D.E.E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p. 1335-1342, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20060006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno temático Direitos Humanos versão preliminar. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

_____. Caderno temático Práticas Corporais e Atividade Física versão preliminar. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

_____. Caderno temático SAN e PAAS versão preliminar. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

_____. Caderno temático Saúde e Educação Ambiental versão preliminar. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

_____. Nota técnica conjunta nº56/2014. Orientações para a Ação “Promoção da Cultura da Paz e Direitos Humanos” do Programa Saúde na Escola (PSE) no Plano Juventude Viva. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

_____. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 29 abr. 2016.

_____. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 29 abr. 2016.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A.I.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320070002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2015.

RUSSO, K.; ARREGUY, M. E. . Projeto "saúde e prevenção nas escolas": percepções de professores e alunos sobre a distribuição de preservativos

masculinos no ambiente escolar. **Physis**. Rio de Janeiro, 25(2), p. 523-523, abr.jun., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0103-7331&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2016.

VALADÃO, M.M. . **Saúde na escola**: um campo em busca de uma agenda intersetorial. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/>>. Acesso em: 27 ago. 2015

APÊNDICE

APÊNDICE A- QUADRO

Artigos	Termos identificados para	
	RISCO	VULNERABILIDADE
DIAS et al (2010)	Conduta dos adolescentes; comportamento de saúde e doença; mudança de comportamento; práticas sexuais seguras; redução do comportamento de risco; exposição ao risco.	Contraceção é uma experiência subjetiva; contexto sociocultural; pensamentos e atitudes são determinados pelas percepções, valores, crenças, sentimentos e conhecimentos; questão de gênero; mitos sociais em relação ao prazer sexual; compartilhamento de conhecimentos; redução da vulnerabilidade; fatores sociais, afetivos e culturais.
RUSSO; ARREGUY (2015)	X	Contextos de vulnerabilidade; oposição às medidas de promoção da abstinência e redução de parceiros; direitos sexuais; significados sexuais (seu caráter coletivo e compartilhado socialmente); aprofundamento da questão de gênero.
ARAÚJO et al (2012)	Comportamento de risco; fatores de risco; exercer a sexualidade de maneira natural; vida sexual livre de riscos.	Suscetibilidade; vulnerabilidade.
ANJOS, K.F.; SANTOS, V.C; ALMEIDA, O.S. (2012)	Fatores de risco; comportamento de risco; prática do sexo seguro; mudanças comportamentais; redução de riscos; suscetíveis ao risco.	Questões sociais e culturais dos alunos; cenário de convívio sociocultural; vulneráveis; permuta de conhecimentos.
BARRETO et al (2010)	Comportamento de risco; fatores de risco.	X
FILHO, E.A.F. (2014)	Comportamento de risco; prática de sexo seguro.	Intervenção intersetorial; contexto e particularidades regionais e de cada grupo.
MALTA et al (2010)	Fatores de risco; exposição a riscos; comportamentos que os expõe a situações de risco.	A exposição constante dos adolescentes a propagandas de bebidas nos meios de comunicação está associada ao consumo de álcool entre adolescentes; monitorar os fatores de risco e proteção a que os jovens estão submetidos.
MALTA et al (2011)	Fatores de risco; risco; exposição à risco; fator de exposição para problemas de	Pior condição socioeconômica aumenta o risco do consumo de álcool na adolescência; o

	saúde; chances dos jovens se envolverem em episódios de risco; atitudes de risco; período de vulnerabilidade para a aquisição de hábitos.	uso do álcool é socialmente aceitável e estimulado; torna-se urgente a ação das famílias, escolas e sociedade.
GIACOMOZZI et al (2012)	Arriscar-se; risco; adoção de comportamentos preventivos.	Vulnerabilidades; questões de vulnerabilidades; fatores que tornam os jovens vulneráveis.

APÊNDICE B- TRAJETÓRIA PESSOAL

Sou Assistente Social, graduada em 2014 pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Anteriormente, realizei todo meu ensino fundamental e médio no Colégio Pedro II da cidade do Rio de Janeiro. Além disso, ampliei meus conhecimentos em uma segunda língua através de curso de Inglês na instituição CCAA.

Mudei em junho de 2015 para cidade de Porto Alegre/RS, mas sou natural da cidade do Rio de Janeiro. A mudança ocorreu para que eu atingisse objetivos pessoais e profissionais, tais como: constituir família; aprofundar os estudos em assuntos relevantes para minha formação, a fim de qualificar minha atuação como Assistente Social e; galgar a um serviço público em minha área de formação.

Durante o meu curso de graduação, tive a oportunidade de estagiar em dois campos que possuem grande inserção de assistentes sociais: um ano na Política de Saúde e um ano na Política de Assistência Social. Ademais, pude conhecer um pouco da reflexão e atuação dos assistentes sociais inseridos na Política de Educação, pois realizei um estudo bibliográfico e uma pesquisa de campo para a construção do meu trabalho de conclusão de curso, cujo tema foi Serviço Social na Educação.

Atualmente, estou como servidora pública da Prefeitura Municipal de Gravataí-RS, trabalhando na Secretaria de Assistência Social do município no cargo de assistente social. O curso de especialização em Saúde Pública está me auxiliando na ampliação dos meus conhecimentos e me ajudará a galgar outros patamares profissionais, assim como uma ação profissional com mais qualidade teórica.

ANEXO

PARECER DO REVISOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 Faculdade de Medicina
 Departamento de Medicina Social
 Curso de Especialização em Saúde Pública – Edição 2015/2016

**DECLARAÇÃO ACERCA DO
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Senhor Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Pública,
 Prof. ROGER DOS SANTOS ROSA,

em relação ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do(a) aluno(a)

JOANA GOMES NOVA

DECLARO

que foi por mim revisado e encontra-se em condições quanto aos aspectos de português
 para ser submetido à apreciação da Banca Examinadora.

Local: RIO DE JANEIRO

Data: 24 / JUN / 2016

REVISOR

Nome: LUCIANA DA COSTA FREITAS

CPF: 129 664 137 60

Formação: ASSISTENTE SOCIAL

Endereço residencial

Av./Rua, nº e complemento: Rua JOÃO DE BARRO 22, GOS LENION - RJ

Cidade, UF e CEP: Rio de Janeiro - RJ - 22441-100

Telefone (DDD): (21) 98585-2594

E-mail: LUCIANA.FREITAS03@gmail.com