

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

DEUSA SIMONE GOMES SOUSA

**OS SENTIDOS DO PROJETO: CADERNETA DE SAÚDE DO
ADOLESCENTE EM UMA ESCOLA DA REDE PÚBLICA DE GOIÂNIA,
SOB A PERSPECTIVA DA PESQUISA-AÇÃO**

**GOIÂNIA
2018**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

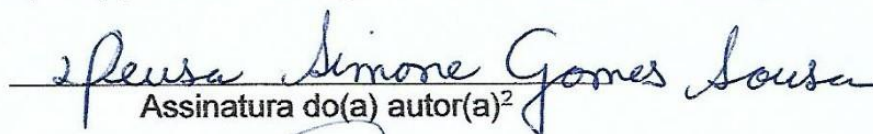
Nome completo do autor: Deusa Simone Gomes Sousa

Título do trabalho: Os sentidos do Projeto: Caderneta de Saúde do Adolescente em uma escola da rede pública de Goiânia, sob a perspectiva da pesquisa-ação.

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 11/06/2018

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

DEUSA SIMONE GOMES SOUSA

**OS SENTIDOS DO PROJETO: CADERNETA DE SAÚDE DO
ADOLESCENTE EM UMA ESCOLA DA REDE PÚBLICA DE GOIÂNIA,
SOB A PERSPECTIVA DA PESQUISA-AÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão de Sistemas e Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Promoção e Educação em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Antonio Gonçalves Teixeira

**GOIÂNIA
2018**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Sousa, Deusa Simone Gomes

Os sentidos do Projeto: [manuscrito] : Caderneta de Saúde do Adolescente em uma escola da rede pública de Goiânia, sob a perspectiva da pesquisa-ação. / Deusa Simone Gomes Sousa. - 2018. CXXXIV, 134 f.

Orientador: Prof. Prof. Dr. Ricardo Antonio Gonçalves Teixeira.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2018.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.

1. Adolescente;. 2. Saúde;. 3. Educação;. 4. Saúde escolar;. 5. Educação em saúde.. I. Teixeira, Prof. Dr. Ricardo Antonio Gonçalves , orient. II. Título.

CDU 614



ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Aos 21 dias do mês de maio de 2018, as 10h30, na sala de Reuniões no IPTSP – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/UFG – Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dr. Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira (Presidente da Banca e Orientador), Dra. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira (Membro Interno) e Dr. Pedro Adalberto Gomes de Oliveira Neto (Membro Externo). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: **“Os Sentidos do Projeto: Caderneta de Saúde do Adolescente em uma Escola da Rede Pública de Goiânia, Sob a Perspectiva da Pesquisa-Ação”**, em nível de **Mestrado**, área de concentração **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**, de autoria de **Deusa Simone Gomes Sousa**. A sessão foi aberta pelo orientador Prof. Dr. Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestranda. Terminada a exposição da mestranda e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata APROVADA (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades de pauta, às 12h15 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Prof. Dr. Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira
Presidente e Orientador / UFG

Profa. Dra. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira
Membro Interno

Prof. Dr. Pedro Adalberto Gomes de Oliveira Neto
Membro Externo

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEUSA SIMONE GOMES SOUSA

OS SENTIDOS DO PROJETO: CADERNETA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE EM UMA ESCOLA DA REDE PÚBLICA DE GOIÂNIA, SOB A PERSPECTIVA DA PESQUISA-AÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo Antonio Gonçalves Teixeira – Orientador
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dra. Ellen Synthia Fernandes
Universidade Federal Goiás – UFG

Prof. Dr. Pedro Adalberto Gomes de Oliveira Neto
Universidade Federal de Goiás – UFG

*Dedico este trabalho aos meus filhos Murilo e Cecília;
ao meu esposo Antonio;
à equipe de trabalho do Distrito Sanitário Sul que me ajuda no projeto;
e, a Deus.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo, pela confiança e apoio no decorrer desta pesquisa;

A profa. Dra. Ellen S. Fernandes, prof. Dr. Pedro A. G. de O. Neto, Prof. Dr. Carlos C. Silva e Prof. Dra. Edsaura M. Pereira por aceitarem participar da banca de defesa e pelas relevantes correções realizadas nesta dissertação;

À equipe de trabalho do Distrito Sanitário Sul, que tem me apoiado e ajudando na realização deste projeto na escola: as gestoras Valéria Nunes Pereira, Ângela Bete Severino Pereira e Beatriz de Oliveira Dantas dos Santos e a equipe técnica: a cirurgiã dentista Vânia de Fátima Duarte, a assistente social Milka de Souza Costa, a enfermeira Maria Aparecida de Oliveira Abreu, a musicoterapeuta Sheila Cunha e a educadora em saúde Elizabete Pereira de Carvalho.

Aos professores e coordenadoras da Escola Municipal “Jesuína de Abreu”, pela acolhida e parceria;

Ao companheirismo e solidariedade de todos os colegas do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, que foram fundamentais, em todo esse processo.

***“Estamos no mundo não apenas para conhecer
o que é, mas, sobretudo, para fazer ser o que
não é.”***

Cornélius Castoriades

SOUSA, DSG. Os sentidos do Projeto: Caderneta de Saúde do Adolescente em uma escola da rede pública de Goiânia, sob a perspectiva da pesquisa-ação.

[Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia, 2018.

RESUMO

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório realizado com adolescentes de uma escola da rede pública, do 9º ano, do ensino fundamental, sob a perspectiva da pesquisa-ação, proposta por Barbier (2007) e Morin (2004). O objetivo do estudo foi o de compreender a dinâmica do projeto “Caderneta de Saúde do Adolescente”, com vistas à ressignificação das ações, na perspectiva dos atores/autores sociais envolvidos na proposta. O projeto em questão trabalha as principais temáticas da adolescência utilizando como recurso a caderneta de saúde do adolescente, criada pelo Ministério da Saúde, em 2009. A coleta de dados ocorreu após o aceite dos adolescentes e responsáveis legais, de agosto a setembro de 2017. Foi utilizado questionário com perguntas fechadas e abertas para os alunos e grupos focais para os pais e/ou responsáveis e professores. A análise dos dados referentes ao questionário foi realizada pelo pacote estatístico SPSS, versão 23. A análise de conteúdo das perguntas abertas do questionário, bem como dos grupos focais, se deu pela perspectiva de Bardin (2010) e Franco (2004). Os resultados apontaram para uma avaliação positiva do projeto entre alunos, responsáveis e professores, porém, foram construídas várias críticas e sugestões, que contribuíram, enormemente, para desvelar os sentidos do projeto na perspectiva dos atores/autores envolvidos e para a melhoria da etapa de planejamento. A presente pesquisa trouxe grande contribuição à área de Saúde Coletiva e ao Sistema Único de Saúde (SUS), pois reafirmou a importância do trabalho multiprofissional; a interface entre saúde e educação; a transversalidade do tema educação em saúde, bem como a possibilidade de interação entre saúde/educação, mesmo sem estar nos moldes do Programa Saúde na Escola (PSE).

Palavras-chave: adolescente; saúde; educação; saúde escolar; educação em saúde.

SOUSA, DSG. The senses of the Project: Adolescent Health Booklet in a public school in Goiânia, under the perspective of action research. [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde (UFG/ NESC/SES) Goiânia, 2018.

ABSTRACT

A qualitative, descriptive and exploratory study conducted with adolescents of a public school, 9th grade, of elementary school, from the perspective of action research, proposed by Barbier (2007) and Morin (2004). The objective of the study was to understand the dynamics of the Project: Adolescent Health Book, with a view to the resignification of the actions, from the perspective of the actors / social authors involved in the proposal. The project in question works on the main themes of adolescence using the adolescent health booklet, created by the Ministry of Health, in 2009. The data collection took place after the acceptance of adolescents and legal guardians from August to September 2017. It was used questionnaire with closed and open questions for students and focus groups for parents and / or guardians and teachers. The analysis of the data of the questionnaire was carried out by the statistical package SPSS, version 23. The analysis of the content of the open questions of the questionnaire, as well as of the focus groups, came from the perspective of Bardin (2010) and Franco (2004). The results pointed to a positive evaluation of the project among students, managers and teachers. However, several critiques and suggestions were built, which contributed enormously to unveiling the project's senses from the perspective of the actors/authors involved and to improving the planning. The present research made a great contribution to the area of Collective Health and the SUS (Unified Health System), as it reaffirmed the importance of multiprofessional work; the interface between health and education; the transversality of the topic of health education, as well as the possibility of interaction between health / education, even without being in the mold of the School's Health Program (PSE).

Keywords: adolescent; health; education; school health; health education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Descritivo das ideias-chave dos atores/autores envolvidos no Projeto: CSA em uma escola da rede pública de Goiânia-GO.....	98
Quadro 2- Representação das subcategorias dos atores/autores envolvidos no Projeto: CSA em uma escola da rede pública de Goiânia-Go.....	101
Quadro3- Representação das categorias formadas a partir da aglutinação das subcategorias dos atores/autores envolvidos no Projeto: CSA em uma escola da rede pública de Goiânia-Go.....	101
Quadro 4- Síntese da discussão referente às convergências das ideias-chave emergentes do Projeto: CSA em uma escola da rede pública de Goiânia-Go.....	112
Quadro 5- Síntese da discussão referente às divergências das ideias-chave emergentes do Projeto: CSA em uma escola da rede pública de Goiânia-Go.....	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade Física
CAPSi-ad	Centro de Atenção Psicossocial infantil – álcool e drogas
CEAN	Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRC	Convenção dos Direitos da Criança
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EF	Educação Física
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONG	Organizações Não Governamentais
OPA	Observação Participativa Ativa
OPC	Observação Participante Completa
OPE	Observação Participante Existencial
OPP	observação participante periférica
PAIS	Pesquisa-Ação Integral e Sistêmica
PBE	Programa Bolsa Escola
PBF	Programa Bolsa Família
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PEAD	Prevenção em Álcool e outras Drogas
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
POE	Plano Operativo Estadual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
SIMEC	Sistema de Monitoramento
SPE	Programa Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde

TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNFPA/FPNU	Fundo de População das Nações Unidas
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	
2 INTRODUÇÃO.....	23
3 OBJETIVOS.....	32
3.1 Objetivo Geral.....	32
3.1 Objetivos Específicos	32
4 REFERENCIAL TEÓRICO	33
4.2 As principais políticas públicas de intervenção destinadas à adolescência e juventude	45
4.3 Caderneta de Saúde Do Adolescente: a relação entre a saúde, a educação e a inserção do projeto	58
5 METODOLOGIA	72
5.1 Pesquisa-ação predominantemente existencial: métodos e técnicas	72
5.2 Métodos e técnicas	74
5.2.2 O planejamento e a realização em espiral	75
5.2.2 As técnicas da pesquisa-ação	75
5.3 Detalhamento do estudo	82
5.3.1 Tipo de estudo.....	82
5.3.2 local e período de estudo	82
5.3.3 Participantes.....	83
5.3.3.1 Critérios de elegibilidade.....	83
5.3.4 Coleta de dados.....	84
5.3.4.1 Adolescentes	84
5.3.4.2 Grupo focal: Responsáveis	85
5.3.4.3 Grupo focal: Professores	85

5.3.5 Riscos e benefícios	85
5.3.6 Análise de dados	86
5.3.7 Aspectos éticos.....	86
6 RESULTADOS.....	87
6.1 Questionário dos adolescentes.....	87
6.1.1 Primeira parte: caracterização do grupo de adolescentes.....	87
6.1.2 Segunda parte: perguntas fechadas sobre o projeto.....	88
6.1.3 Terceira parte: caracterização das respostas abertas.....	90
6.2 Grupo focal: Responsáveis.....	92
6.3 Grupo focal: Professores	95
7 DISCUSSÃO	102
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS.....	115
APÊNDICES.....	121
ANEXOS.....	130

1 APRESENTAÇÃO

Em primeiro lugar, penso que é importante colocar, as motivações pessoais e profissionais, que me levaram a escolher o tema da adolescência e a relação entre a saúde e a escola. Tive uma formação técnica em magistério no Instituto de Educação de Goiás. Posteriormente, exerci o magistério em escola particular, onde tive experiência com a primeira fase do ensino fundamental, inclusive com a alfabetização de crianças. Depois, passei em concurso público na Secretaria Municipal de Educação, onde continuei a minha experiência em regência de sala de aula, com adolescentes e adultos, no período noturno.

Minha formação superior foi em nutrição, realizada pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Desde o início do curso me identifiquei com a área de Saúde Coletiva. Em estágio supervisionado, tive experiência gratificante com grupos de adolescentes. Posteriormente, fiz especialização em Nutrição em Saúde Pública, também pela UFG. Penso que a escolha pelo tema teve muito a ver com a minha trajetória de vida, pois mescla educação, saúde, experiência com crianças e adolescentes, nutrição e Saúde Coletiva. Sinto-me realizada em estar fazendo este mestrado profissional em Saúde Coletiva, pois este representa a materialização de um sonho antigo.

Por entender a escola como espaço privilegiado para o ato educativo, e, que, a educação em saúde se caracteriza como um tema transversal e necessário nesse processo, o Distrito Sanitário Sul, junto à Divisão de Ciclo de Vida/ Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia celebraram parceria com uma escola da rede pública de ensino no sentido de contribuir com o desenvolvimento do tema adolescência.

Essa parceria justificou-se, do ponto de vista da saúde, por ser o Distrito Sanitário Sul, o único Distrito de Goiânia que não possui a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Por esta razão, não se pode implantar o PSE (Programa Saúde na Escola). Do ponto de vista da educação, sabe-se que há uma dificuldade na formação dos professores em lidar com temas específicos da área da saúde. Desse modo, essa parceria foi bastante benéfica gerando uma interessante complementariedade nas ações da saúde/educação.

Dessa forma, essa experiência nos trouxe grande contribuição para a área de Saúde Coletiva e para o SUS, pois reforçou o trabalho multiprofissional, reafirmou a viabilidade da intersetorialidade entre saúde e educação, a importância da transversalidade do tema educação em saúde, além de ter aberto possibilidades de interfaces entre saúde e educação, mesmo não estando nos moldes do PSE.

Após reuniões, entre a equipe gestora pedagógica da escola e profissionais da saúde, foi proposta a implantação de um projeto piloto “Caderneta de Saúde do Adolescente”, que tinha como objetivo apresentar e trabalhar os principais temas contidos na caderneta do adolescente. A presente pesquisa, portanto, se apresenta nesse âmbito e propõe um novo olhar às ações desse projeto. É necessário explicitar que o mesmo já vem ocorrendo, numa escola da rede pública municipal de Goiânia desde 2015, nas turmas de 9ºano do ensino fundamental, contemplando apresentação, discussões e debates acerca das principais temáticas da adolescência.

A Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA), criada pelo Ministério da Saúde em 2009, explora vários aspectos relacionados à saúde dos adolescentes. No projeto em tela foi feita a opção, mediante as possibilidades existentes, por trabalhar os seguintes temas: a alimentação saudável, a importância da prática da atividade física, a saúde bucal, o Estatuto da Criança e do Adolescente- direitos, deveres e cidadania, o sexo, a sexualidade, os métodos contraceptivos e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e a prevenção ao uso de álcool e outras drogas psicoativas. Pela abrangência dos temas, tornou-se imprescindível o apoio de vários profissionais de diversas áreas. Por meio deste projeto, tem-se tentado, também, estreitar o vínculo dos adolescentes com a unidade de saúde mais próxima à escola.

É importante esclarecer que os temas abordados, bem como o cronograma formulado foram construídos mediante reuniões prévias entre técnicos do Distrito Sanitário Sul, da Divisão de Ciclo de Vida da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e o corpo docente da escola. Dessa forma, desde o início do projeto houve a preocupação em ouvir, interagir e discutir com a escola, de forma participativa, transparente e democrática.

Mediante a experiência adquirida em sua implantação, o projeto foi apresentado ao Mestrado Profissional em saúde Coletiva como tema de pesquisa. A partir de

diálogos, foi proposto um redirecionamento do projeto apresentado, no intuito de envolver, além dos alunos, os seus responsáveis, além da equipe gestora e docente da escola. Pela natureza do estudo em desenho, propôs-se uma abordagem qualitativa, sob a perspectiva da pesquisa-ação, em que os atores e autores envolvidos na proposta participaram ativamente com vistas a propor modificações e melhorias.

2 INTRODUÇÃO

O Distrito Sanitário Sul, em parceria com a Divisão de Ciclo de Vida/Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, teve a iniciativa de elaborar e implantar um projeto piloto, com intuito de desenvolver na comunidade escolar, especificamente, nas turmas do 9º ano de uma escola municipal de Goiânia, os principais temas abordados pela CSA, criada pelo Ministério da Saúde em 2009. A implantação deste projeto justificou-se pela dificuldade da escola em trabalhar com temas ligados ao campo da saúde, conteúdos praticamente ausentes no processo de formação de professores, e pelo fato do Distrito Sul não possuir a Estratégia da Família, e, por esta razão, não ter havido a implantação do Programa Saúde na Escola (PSE), programa este, que além de outros objetivos, explora as temáticas da CSA.

Dessa forma, este estudo se constituiu como uma oportunidade de contemplar duas grandes demandas: a da escola, com envolvimento de profissionais da saúde no contexto educacional, e, a do Distrito Sanitário Sul, pela oportunidade de ofertar um serviço essencial à população jovem.

O projeto nasceu como necessidade de uma experiência mais estruturada, dentro de uma escola, para que se trabalhasse especificamente a CSA, pela equipe de saúde, que, na concepção do grupo de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, não poderia ser distribuída aleatoriamente. A elaboração e execução do projeto, ocorreu com o apoio dos técnicos distritais, dos técnicos de um centro de saúde, localizado próximo à escola e de técnicos de um Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi-ad), destinado ao tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas psicoativas.

Por entender a escola como espaço propício para se trabalhar a educação em saúde, ela foi considerada o cenário ideal para o desenvolvimento deste trabalho, e os adolescentes o seu público alvo na perspectiva de estimulá-los no seu envolvimento e protagonismo.

Penso et al (2013) afirmaram que apesar do aumento da expectativa de vida no mundo, nas próximas décadas haverá ainda um grande número de adolescentes e jovens. Segundo o Fundo de População das Nações Unidas, há cerca de 1,8 bilhão

de adolescentes e jovens, entre dez e 24 anos, que corresponde a aproximadamente um terço da população mundial, onde 80% desses vivem em países em desenvolvimento (UNFPA, 2011).

No Brasil, em 2009, foram registrados quase 80 milhões de crianças, adolescentes e jovens com faixa etária de até 24 anos, o que representa quase 42% da sua população (IBGE, 2010), fazendo com que esta parcela se constitua como prioridade na perspectiva de ações intersetoriais e interdisciplinares, envolvendo várias políticas públicas, ministérios, secretarias de estado e municípios, como o PSE, a articulação de políticas públicas de saúde e educação, o Plano Operativo do Estado (POE) de saúde integral do adolescente em conflito com a lei em medida socioeducativa de privação de liberdade (articulação entre as políticas de saúde e do sistema socioeducativo).

A literatura aponta que as causas externas ainda são um grande problema de saúde pública em todos os países, sendo os jovens negros do sexo masculino e de baixo nível socioeconômico os mais expostos a esse tipo de mortalidade. Torna-se importante buscar esclarecer o que são as causas externas. No capítulo XIX da CID 10, são assim definidas: “quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros” (MATOS; MARTINS, 2013).

Entretanto, há diferenças entre os países desenvolvidos, nos quais os acidentes de transporte e agressões encontra-se em tendência de declínio, ao mesmo tempo em que há aumentos significativos na violência autoprovocada. No Brasil os acidentes de transporte e as agressões, especificamente o homicídio, se mantêm entre os primeiros lugares de morte por causas externas. Essas diferenças se dão no âmbito da prevenção primária, especialmente, que deve promover a não violência, reduzir as agressões e mudar as circunstâncias e as condições que favorecem a explosão das causas violentas, cujas as ações têm sido promovidas pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e designando responsabilidades a todos os envolvidos/gestores e sociedade (MATOS; MARTINS, 2013).

Conforme Brasil (1996) o “Programa Saúde do Adolescente” (PROSAD), instituído pela Portaria do Ministério da Saúde, n. 980/GM em 21 de dezembro de 1989, foi o

primeiro programa criado para intervir na prevenção de doenças e promoção da saúde de todos os adolescentes de idade entre dez e 19 anos. O Programa visava atender aos novos direitos a saúde do adolescente instituído pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei n. 8.069/1990. Teve suas diretrizes e ações revisadas em 1996 e a finalidade de promover, integrar, apoiar, incentivar práticas em prevenção de doenças e promoção da saúde nos locais onde o Programa fosse implantado (estados, municípios, universidades, Organização Não Governamental-ONG ou outras instituições). Suas ações se concentravam nos aspectos promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação de indivíduos.

Em 2009, o Ministério da Saúde criou a CSA com o objetivo de acompanhar a saúde da população entre dez e 19 anos e facilitar as ações educativas voltadas para este segmento. Para a implantação desta caderneta, o Ministério teve o apoio do PSE, já que a escola é o local de maior vivência dos adolescentes. Este material é o guia do adolescente para alguns dos temas de maior relevância, como os direitos e deveres do jovem com incentivo à cidadania, alguns aspectos em relação ao autocuidado, como odontologia, higiene pessoal, acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, principais vacinas, educação sexual e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Este guia possui duas versões uma para o público feminino e outra para o público masculino. A CSA auxilia na organização de serviços que visam ações de promoção à saúde, prevenção, atenção a agravos e doenças, bem como reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do SUS para crianças e adolescentes. Assim, o acompanhamento deste grupo se torna importante para a identificação de grupos vulneráveis e/ou em situação de agravos, e nesse sentido uma equipe de multiprofissionais se torna um mecanismo de prevenção e saúde para a população (BRASIL, 2010).

Levando-se em consideração, a variedade dos temas que tratam a CSA, destacaremos, brevemente, nesta introdução, somente aqueles que foram trabalhados no projeto: CSA. O critério de escolha desses temas surgiu a partir de reuniões que foram realizadas para a discussão e o planejamento do mesmo, ao final do ano de 2014. Assim, houve a participação dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e equipe docente e gestora da escola. Essas reuniões procederam num clima de transparência e parceria, onde foi colocada a necessidade

e o desejo de se implantar o projeto pelo Distrito Sanitário Sul, mas, também, foram colocadas as limitações existentes, pois desde o início houve uma preocupação em não criar expectativas, que fossem além das nossas possibilidades.

Iniciando pelo tema da alimentação, é curioso constatar, que, desde o século IV a. C. já se expressava, na obra Política de Aristóteles, livro IV, capítulos XIV e XV, uma preocupação com a educação, a alimentação, o preparo físico e o comportamento. Na obra de Aristóteles, percebe-se, a todo o momento, uma concepção diferente do processo educacional em relação ao que vivenciamos na atualidade. Aristóteles considerava ser dever do legislador garantir a educação às crianças, começando por preparar a família quanto ao casamento, à alimentação, à adoração da mulher grávida, aos filhos que deveriam ser abandonados nos casos de má formação e educados, e à quantidade de idade para a procriação. Observa-se que a vida assumia relevância orgânica e que a existência privilegiava a normalidade física. Há sempre ligação natural entre os homens e a ordem cósmica. A educação está ligada à procriação em idade de máximo vigor, à normalidade física, à família e a polis. Aristóteles estabeleceu a idade de 37 e 18 anos para homens e mulheres se casarem, respectivamente. Nota-se que o cuidado com o físico visa sempre o equilíbrio, para que o homem desempenhe o trabalho que lhe for destinado para cumprir uma finalidade política.

No capítulo XV, Aristóteles afirmou que como a educação da alma surge em determinada idade, a da razão ou a primeira educação, começa na família. Deve-se cuidar do corpo, preocupando-se com a alimentação. Em primeiro lugar, deve-se tomar leite em abundância e evitar o vinho. Exercícios físicos ou movimentos do corpo, mesmo com o auxílio de máquinas, devem ser praticados. Tudo isso para que o corpo não se deforme. Deve-se acostumar às crianças ao frio. Essa educação ocorre até os cinco anos de idade, excluindo o estudo e o trabalho pesado. Os contos e as fábulas que lhes serão contados devem prepará-los para exercícios mais sérios no futuro.

Deve-se determinar por lei o direito das crianças aos gritos e aos choros. É necessário que as crianças fiquem o menor tempo possível na companhia dos servos e sejam educados até os sete anos de idade na casa dos pais. É necessário, também, afastar as crianças das grosserias que afetam os seus olhos e os seus ouvidos, as pinturas e as representações obscenas, e, impedir que elas assistam

representações satíricas e comédias antes da idade conveniente para tal. É necessário tornar estranhos aos jovens todas as coisas desprezíveis, sobretudo os vícios e a malquerença (ARISTÓTELES, 2016).

Há tempos a preocupação com relação entre saúde e educação se faz necessária. Para Filho et al (2005) e Branco; Hilário e Cintra (2006), na atualidade, a adolescência é um período da vida em que o indivíduo inicia o processo de busca da sua identidade e que alguns hábitos, como os alimentares, são formados, e, às vezes, persistem na vida adulta. Em alguns estudos foi observado que o alto consumo de alimentos ricos em sódio, proteínas, gorduras e bebidas açucaradas, sendo estes relacionados com o estilo de vida, podendo auxiliar no desenvolvimento de doenças na fase adulta, como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tais como: obesidade, hipertensão e diabetes.

Paiva e Freitas (2014, p.1755) argumentaram que atualmente a obesidade tem sido descrita como um importante problema de saúde pública, pois sua prevalência cresce a níveis alarmantes. Não obstante, esse problema tem atingido, em grande escala, as crianças e os adolescentes. Considerando essa conjuntura, as políticas públicas de nutrição foram criadas como estratégias para tentar combater/controlar os altos índices de obesidade no Brasil.

Outro aspecto contemplado na caderneta é a importância da prática da atividade física, sendo considerada como tal, toda atividade que envolva a participação muscular, e que esta apresenta diversos efeitos benéficos ao organismo, sendo recomendada como uma estratégia de promoção da saúde para a população. Um adolescente ativo, conseqüentemente, será um adulto ativo, reduzindo assim, o índice de sobrepeso e obesidade. O crescimento do sobrepeso e da obesidade possui influência do desequilíbrio entre a atividade reduzida e o excesso de consumo de alimentos densamente calóricos (JÚNIOR, 2004).

Seabra et al (2008) aprofundaram as ideias anteriores, quando colocaram que a atualidade é percorrida por um forte incremento da morbidade associada a doenças infecciosas e crônico-degenerativas que se pensa estar na dependência estreita da drástica alteração no estilo de vida das populações. Desde os tempos em que era caçador-coletor até o presente, o homem modificou substancialmente a sua forma de estar e viver, sobretudo nos últimos 100-150 anos com a revolução industrial e

mais recentemente com a robótica. Passou a ser mais inativo, a consumir mais tabaco e a aderir a hábitos nutricionais cada vez menos saudáveis.

Outra temática muito importante que consta na CSA diz respeito ao estímulo ao autocuidado em saúde bucal, pois para Davoglio et al (2009) alguns fatores como os sócios demográficos, os psicossociais e o estilo de vida, podem influenciar seus hábitos e comportamentos em todas as etapas da vida. Neste sentido, a fase da adolescência é considerada um período de risco para doenças bucais como a cárie, a gengivite e a doença periodontal. Bica et al (2011) ressaltaram que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define que a saúde oral afeta os indivíduos psicológica e fisicamente, influencia a satisfação com a vida, a sua aparência, tal como os sentimentos e a sensação de bem estar.

As questões referentes ao sexo, à sexualidade e a prevenção de gravidez e DST também são de extrema importância para serem exploradas com os adolescentes, pois Eisenstein et al (2000) elucidaram, que nesta faixa etária, o crescimento é o conjunto das mudanças de maturação de um ser vivo e o melhor efeito resultante da interação do genótipo, de todas as características hereditárias com o meio ambiente em suas contínuas mutações e evoluções. Sendo o sinal mais adequado do estado nutricional durante a adolescência e a base de observação clínica do processo de maturação puberal, que é o aumento da excreção dos hormônios gonadotróficos, adrenais e tireoidianos prosseguida da produção dos androgênios pelos testículos e estrogênios/ progesterona pelos ovários. Esses hormônios estimulam a maturação dos órgãos de reprodução e das características sexuais secundárias.

Complementando as colocações anteriores, Chaves et al (2014) colocaram que o espaço escolar é visto como o melhor ambiente para se trabalhar ações de educação sexual com os adolescentes, pois é lá que estes passam tempo considerável e é para lá que levam suas dúvidas esperando que elas sejam respondidas. É dentro do espaço escolar também que o adolescente se sente mais confortável para discutir certos assuntos já que estão em grupo de iguais com o qual tem afinidade.

Os casos de violências que podem afetar o desenvolvimento psicossocial do adolescente, como a doméstica, a sexual e o “bullying” dentre outras, são fatos que predispõe o jovem ao uso de drogas, bebidas alcoólicas e cigarro como forma de

“alívio” aos seus abusos. É neste contexto que a psicologia e o serviço social podem ajudar a amenizar os danos causados por estas agressões. Para a defesa da criança e do adolescente foi criado, em 1990, o ECA, que visa garantir o direito à vida e à saúde, o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, o direito à convivência familiar e comunitária, o direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, o direito à profissionalização e à proteção no trabalho (ESPÍNDULA; SANTOS, 2004; SCHENKER; MINAYO, 2005; WAGNER; OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2010).

Para uma melhor compreensão da dinâmica desta pesquisa faz-se necessário compreender como o projeto: CSA vem ocorrendo na escola, desde o ano de 2015. Inicialmente é apresentada a CSA aos estudantes, com uma breve fala da sua importância, das principais temáticas abordadas, bem como os cuidados na sua utilização, desenvolvendo a concepção da mesma como importante documento de saúde. Após este momento, os outros temas são desenvolvidos, conforme cronograma.

Torna-se importante também explicar o porquê de se trabalhar com o recorte do trabalho nas turmas de 9º ano. Essa decisão foi tomada conjuntamente entre os técnicos da Divisão de Ciclo de Vida da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e dos técnicos e gestores do Distrito Sanitário Sul. Um dos motivos principais foi o de supor que pudéssemos ter problemas com a aceitação da CSA pelos responsáveis, pelo fato da mesma conter imagens de órgãos sexuais femininos, masculinos e métodos contraceptivos. Dessa forma, optamos por envolver somente as turmas do 9º ano, onde os alunos já estavam no final do ciclo do ensino fundamental, e, portanto, um pouco mais desenvolvidos.

Sob a coordenação da nutricionista distrital, e também coordenadora geral e pesquisadora deste trabalho foi explorado o primeiro tema do projeto: 10 passos da alimentação saudável para o adolescente, preconizados pelo Ministério da Saúde. O tema que trata da importância da atividade física na perspectiva da promoção da saúde e prevenção das DCNT foi realizado pelo educador físico da própria escola, em parceria com a coordenadora do Distrito Sanitário Sul.

Sob a coordenação da cirurgiã dentista distrital, ocorreu na unidade escolar, à atividade teórico-prática realizada pela equipe de odontologia do Centro de Saúde, próximo à escola, em parceria com o módulo de odontologia da região. Nesta

atividade, além das orientações, ocorreu também a escovação supervisionada. Foram aplicados questionários onde os adolescentes foram divididos em 3 grupos de prioridade, visando o posterior agendamento na unidade de saúde, no turno vespertino.

Sob a coordenação da assistente social distrital, foi desenvolvida a abordagem referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente, especificamente, dos temas: direitos, deveres e cidadania. O Centro de Saúde próximo à escola, por intermédio da enfermagem, desenvolveu as atividades educativas relacionadas aos temas: sexo, sexualidade, DST e métodos contraceptivos. Através da coordenação geral do Distrito, foi efetuado um acordo com o Centro de Atenção Psicossocial infantil- álcool e drogas (CAPSi-ad) para a participação de um técnico que expôs o tema relacionado à prevenção ao uso de álcool e outras drogas psicoativas.

Sob a coordenação geral do Distrito, os alunos participaram de atividades de educação em saúde, dentro da unidade escolar, mediante a definição de um cronograma anual, com um total de seis encontros com a equipe de saúde, e, mais um momento, para a avaliação do trabalho. Neste projeto os adolescentes são estimulados a fazer a avaliação nutricional, a vacinação e o tratamento em saúde bucal no Centro de Saúde próximo à escola, no contra turno.

Com relação às metodologias adotadas, em se tratando de um projeto piloto, em geral, ficaram mais centradas nas aulas expositivas dialogadas, com algumas exceções. Foram utilizados, também, materiais educativos para leitura, tais como: orientações nutricionais e para a prática de atividade física, folders, cartilhas educativas de odontologia, escovas de dente e dentifrício, utilização de data show para aula expositiva, pincéis, distribuição dos exemplares das CSA (masculina e feminina).

Os problemas que motivaram o surgimento desta pesquisa configuram-se nas seguintes questões: a forma como tem sido conduzido este projeto: CSA na escola têm atendido às reais necessidades dos adolescentes? Quais os sentidos do projeto CSA para os atores/autores envolvidos? A abordagem da pesquisa-ação foi capaz de trazer um novo olhar às práticas dos profissionais da saúde e contribuir para melhorá-las?

Assim, a presente pesquisa buscou compreender a dinâmica do projeto CSA com vistas a mudanças e melhorias, na perspectiva dos atores/autores sociais envolvidos.

A transformação pretendida suscita maior envolvimento e participação dos adolescentes, responsáveis e professores à proposta do projeto, por meio de críticas e sugestões, e de aperfeiçoamento metodológico do mesmo. Esta pesquisa pôde contribuir e reforçar a utilização da CSA junto ao público adolescente por meio da transversalidade do tema educação em saúde, seja nas escolas ou nas unidades de saúde.

Este trabalho se apresenta organizado a partir da seguinte estrutura: apresentação do referencial teórico do estudo, aspectos metodológicos, resultados, discussões e considerações finais. O referencial teórico foi organizado em três partes, sendo que a primeira irá tratar a respeito das definições da adolescência discutindo, sucintamente, os principais temas abordados neste contexto; a segunda, as principais políticas de atenção à saúde do adolescente e a terceira a relação entre saúde e a educação, bem como a inserção do projeto: “Caderneta de Saúde do Adolescente” neste contexto. A metodologia do estudo foi dividida em duas partes: a primeira detalha a pesquisa-ação predominantemente existencial apresentando os métodos e técnicas e a segunda esboça o detalhamento da pesquisa. Sequencialmente, colocaram-se os resultados com a formação de três grandes categorias, derivadas de subcategorias: categoria -1: percepção do projeto e a relação com o SUS; categoria-2: envolvimento da família na educação dos filhos e categoria-3: contribuições para o aperfeiçoamento do projeto. Sequencialmente, seguem as discussões e considerações finais

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a dinâmica do projeto “Caderneta de Saúde do Adolescente”, com vistas à ressignificação das ações, na perspectiva dos atores e autores sociais envolvidos na proposta, de uma escola da rede pública de Goiânia – GO.

3.1 Objetivos específicos

- 3.2.1 Proceder à observação sistemática de campo na realização de ações do projeto com vistas a oportunidades de melhorias;
- 3.2.2 Avaliar na perspectiva de atores e autores, as ações e possibilidades de mudanças e melhorias para a construção da etapa de planejamento;
- 3.2.3 Implementar as ações propostas, bem como reavaliar os resultados alcançados.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Definições da adolescência: discutindo os principais temas abordados (proposta: a adolescência e o seu contexto)

O desafio deste capítulo foi trazer alguns conceitos e concepções acerca da adolescência segundo alguns modelos, mas sem pretensão de definir nenhuma dessas abordagens para a pesquisa. Outra questão colocada foi a de tentar discorrer, sucintamente, sobre as principais temáticas contidas na CSA, um instrumento que busca orientar este público no processo de descoberta e autocuidado, lembrando que os principais temas abordados pelo Ministério da Saúde, já foram explicitados na apresentação desta pesquisa.

Assim, não houve intensão de detalhar todos os temas inicialmente mencionados neste capítulo, mas traçar um panorama geral dos mesmos, em especial, com relação àqueles que fazem parte do cronograma de atividades desenvolvidas na escola pelo projeto CSA: alimentação saudável/Dez passos da alimentação saudável para adolescentes, saúde bucal, Estatuto da Criança e do Adolescente/direitos dos adolescentes, importância da atividade física na adolescência, prevenção ao uso de álcool e outras drogas psicoativas, sexo, sexualidade e DST.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apud Jiilson e Eisenstein (2013, p. 54) define a adolescência como a segunda década da vida, para o grupo etário entre dez e 20 anos de idade e faz uma nítida distinção do grupo entre zero e dez anos, que é considerado o período da infância. A estimativa do número de adolescentes no mundo é de 1,2 bilhões de indivíduos, divididos nas seguintes classificações: o início da adolescência, entre dez e 13 anos de idade e caracterizado pelo estirão puberal, o início da maturação e do pensamento crítico; a adolescência média, entre 14 e 15 anos, período em que se desenvolve o senso da identidade e do relacionamento do seu grupo de amizade e pensamento reflexivo; e a adolescência final, entre 16 e 20 anos, quando já existe a formação da identidade pessoal, com pensamentos e opiniões formados.

Conforme Censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a referência anterior, a população brasileira ultrapassa 190 milhões de pessoas, com os adolescentes e jovens representando mais de 20% dessa população (IBGE, 2011). Para a OMS (1986) a adolescência compreende o período entre os dez e 20 anos e a juventude o período entre 15 e 24 anos de idade. O Ministério da Saúde compartilha dessa referência (BRASIL, 2010).

Segundo Fonseca et al (2013) o ECA foi sancionado no Brasil em 13 de julho de 1990, pela lei nº 8069. Este dispositivo representou um grande avanço na compreensão da dimensão da adolescência, bem como na defesa da garantia dos direitos dos adolescentes. É importante ressaltar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a adolescência vai dos dez aos 20 anos incompletos. Entretanto, segundo Brasil (1990) para o ECA essa fase vai dos 12 aos 18 anos. Desse modo, não há um consenso sobre a delimitação cronológica exata na separação das fases de desenvolvimento da infância e adolescência.

Nesta pesquisa foi utilizada a definição de adolescência preconizada pela OMS, que a delimita cronologicamente de dez a 20 anos incompletos. Esse parâmetro foi importante para se evitar confusões, já que não existe consenso nessa delimitação da idade da adolescência e o parâmetro da Organização Mundial de Saúde é reconhecido internacionalmente.

Ferreira, Farias e Silves (2010) colocaram que a adolescência, cujo início coincide com a puberdade, é influenciada pelas manifestações desta. Na puberdade, ocorrem mudanças orgânicas que tendem à maturação biológica adulta com dimorfismo sexual e capacidade reprodutiva, e, na adolescência, há adaptação às novas estruturas físicas, psicológicas e ambientais. Lidz (1983) e Serra (1997) apud Ferreira, Farias e Silves (2010) consideraram a existência de várias adolescências que ocorreriam de acordo com as características de cada pessoa e de seu contexto social e histórico.

Continuando a linha de raciocínio de Ferreira, Farias e Silves (2010), ao longo do século XIX, a adolescência passou a ser reconhecida como o “momento crítico” da existência humana. Sendo temida como fase de riscos em potencial para o próprio indivíduo e para a sociedade como um todo. Com a industrialização e a instituição

de sistemas educacionais obrigatórios, ela pôde, finalmente, ser mais observada. Pode-se, então, dizer que a adolescência foi conhecida primeiro pelos educadores. As teorias de Freud começaram a ter mais vulto e a sexualidade, que até então focava apenas a reprodução, começou a ser vista como parte integrante do desenvolvimento do ser humano. Talvez por necessidade de adaptação à escola, os psicólogos também começaram a estudar a adolescência. Entre eles estava Stanley Hall, que descreveu esse período como uma época de emotividade e estresse aumentados. Legitimou a adolescência como uma etapa que requer estudo e atenção, inaugurando assim, o estudo científico da adolescência.

Anjos (2014) colocou que os conhecimentos hegemônicos em psicologia e a sua contribuição à educação escolar dessa fase do desenvolvimento humano, estão fundamentadas em concepções biológicas, naturalizantes, abstratas e patologizantes. Esses pressupostos sobre a adolescência contrastam com o ponto fulcral no qual Vigotski et (1930) al concentravam suas pesquisas na formação dos conceitos como um salto qualitativo no desenvolvimento psicológico por eles chamada “idade de transição”. A psicologia tradicional, desta forma, considera a adolescência como uma fase natural do desenvolvimento, repleta de problemas e conflitos inerentes ao ser humano. Com isso, desconsidera todo o processo histórico e social que constitui a adolescência. O aspecto social é considerado apenas um meio que impede ou auxilia o desenvolvimento de algo que é intrínseco à natureza humana. Infelizmente esse pensamento de que a psicologia considera a adolescência como uma fase caracterizada por tormentos, problemas emocionais e conturbações vinculadas à sexualidade se mantém na atualidade. Entre todas as mudanças que ocorre na infância e adolescência, Vigotski (1996) identificou que as teorias psicológicas de sua época destacavam apenas o ponto mais superficial e visível: a mudança do estado emocional.

Ainda conforme Anjos (2014) a psicologia histórico-cultural considera a adolescência, como fase do desenvolvimento psicológico, tem sua origem na história das transformações pelas quais passaram as sociedades, ou seja, as transformações dos modos de produção. Um primeiro ponto a ser considerado é o de que a adolescência surgiu em consequência de um determinado grau, historicamente alcançado, de complexidade de vida social. A adolescência é um

fenômeno produzido pela história das sociedades divididas em classes sociais. O caráter histórico e social do psiquismo humano estrutura-se sobre a base dos processos neurofisiológicos e qualquer psicologia que desconsidere esse fato estará fora do campo científico. Portanto, a evolução biológica não está paralisada, nem a espécie humana cristalizou-se a partir de sua vida em sociedade. O que ocorreu foi que as leis biológicas e as características determinantes do desenvolvimento humano pautadas na hereditariedade não são mais as forças motrizes do desenvolvimento humano, pois cederam lugar às leis sociais e históricas.

Retomando os autores Ferreira, Farias e Silveiras (2010) a questão da universalidade ou não da adolescência é um tema importante e alguns historiadores interessados nesse problema defendem que a adolescência é uma construção social. Os estudos da Antropologia Social revolucionaram essa forma de pensar a adolescência, mostrando uma possibilidade de entender as fases do desenvolvimento humano de forma totalmente nova, ressaltando duas importantes questões: a adolescência não precisa ser necessariamente, um período turbulento, e as características do desenvolvimento psicossocial não são universais.

Penso et al (2013) consideraram importante não restringir o critério etário como único marco para a compreensão da adolescência. Para esses autores é importante enfatizar o uso da expressão “adolescências e juventudes” como forma de contemplar a diversidade de experiências e significados específicos vivenciados dentro do contínuo da vida.

Na concepção de Jillson e Eisenstein (2013, p.54) os fatores culturais exercem um papel importante nas definições e interpretações dos problemas que ocorrem durante o período da adolescência. Na maioria dos países, os indivíduos são legalmente considerados “crianças” até atingirem a idade de 18 anos, para fins de votação ou prestação de serviço militar, independentemente de sua maturidade cognitiva ou rendimento educacional. Por outro lado, valores culturais e regras normativas, estabelecem os limites para a idade permitida para o casamento, o direito do uso de contraceptivos ou de abortamentos, a idade permitida para o consumo de bebidas alcoólicas e a definição dos crimes de responsabilidade penal como juvenis ou da maioridade.

Ainda de acordo com Jillson e Eisenstein (2013, p. 55) a Convenção dos Direitos das Crianças (CRC), incorporou em seu documento básico, todos os direitos, civil, cultural, político, econômico e social, dos indivíduos com menos de 18 anos de idade. Aprovada em novembro de 1989, é ainda hoje atualizada por documentos. Assim a CRC é aplicável aos indivíduos considerados adolescentes pela OMS, com exceção dos adolescentes com idade entre 18 e 19 anos, o que gera ainda mais controvérsias éticas nos sistemas de saúde de muitos países. A CRC apresenta os direitos das crianças e adolescentes em 54 artigos e dois protocolos opcionais, incluindo quatro princípios básicos: não discriminação, o melhor interesse da criança, o direito à vida, sobrevivência e desenvolvimento e o respeito à opinião da criança.

Entrando no campo da saúde propriamente dito, os profissionais, de diversas áreas, algumas vezes, têm dificuldades em lidar com os direitos dos adolescentes, pois estes podem se esbarrar em questões éticas, que estão intimamente relacionadas à cultura vigente. Diante desta questão, torna-se premente a necessidade de maior discussão, preparo e sensibilidade das equipes de saúde que lidam com adolescentes para um enfrentamento mais assertivo frente aos diversos problemas vivenciados no cotidiano das unidades de saúde.

Conforme Frota e Silva (2016, p. 200), promover a saúde pública é elevar e efetivar continuamente as condições necessárias e propícias para gerar bem estar social. É uma missão grandiosa, complexa e desafiadora. Abrange uma multiplicidade de fatores nem sempre controláveis, que interferem direta e indiretamente na qualidade de vida das pessoas. A lei 8080 de 19 de setembro de 1990, ao fazer referência aos condicionantes de garantia da saúde, evidencia a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à diminuição de riscos de doenças e de outros agravos e ao estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A mencionada lei ao dimensionar a abrangência de fatores determinantes e condicionantes para a saúde cita, entre outros: “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais.” O Ministério da Saúde, ao estabelecer políticas de promoção da saúde, definiu como objetivo geral as

seguintes linhas de ação: “promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade de riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes”.

Infelizmente, temos assistido um grande descompasso entre as intenções das leis governamentais e a realidade vivenciada pelos adolescentes e jovens no mundo e no Brasil, pois, segundo Matos e Martins (2013, p. 84) globalmente mais de 95% de todas as mortes por causas externas em crianças ocorrem em países em desenvolvimento. No Brasil, desde a década de 1980, as causas externas são a terceira causa de mortalidade na população geral. Dentre os óbitos brasileiros por causa externas as agressões (homicídio) e os acidentes de trânsito estão se alternando entre o primeiro e o segundo lugar.

Diante de uma situação tão séria e desoladora, como assegurar os direitos à saúde dos adolescentes? Certamente a resposta envolve um engajamento político e social, ratificando todos os compromissos internacionais firmados pelos países membros das Nações Unidas, entre os quais o Brasil é signatário. Nacionalmente, seria interessante apresentar algumas políticas adotadas pelo Governo Federal que favorecem a concretização desses direitos: o ECA, criado em 1990, o PSE (Programa Saúde nas Escolas), em 2007, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), em 2010, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, em 2010, e a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA), em 2009, entre outros.

Conforme o Ministério da Saúde (2010) a CSA tem o objetivo de acompanhar a saúde da população entre dez e 19 anos e facilitar as ações educativas voltadas para este segmento. Para a implantação desta caderneta, o Ministério da Saúde teve o apoio do PSE nas escolas, já que é o local de maior vivência dos adolescentes (BRASIL, 2010).

A CSA constitui-se num guia/documento do adolescente destinada a tratar de alguns temas de maior relevância para este grupo, como os direitos e deveres do jovem com incentivo à cidadania, alguns aspectos em relação ao autocuidado, enfatizando a saúde bucal, a alimentação saudável, a higiene pessoal, o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, as principais vacinas, a educação sexual e as

DST. Este guia possui duas vias uma para o público feminino e outra para o público masculino (BRASIL, 2010).

A CSA auxilia na organização de serviços que visam ações de promoção à saúde, prevenção, atenção a agravos e doenças, bem como reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do SUS para crianças e adolescentes. Para isso, o acompanhamento deste grupo se torna importante na identificação de grupos vulneráveis e/ou em situação de agravos. É nesse sentido que uma equipe de multiprofissionais se torna um mecanismo de prevenção e saúde para a população (BRASIL, 2010).

É importante esclarecer que esta pesquisa não contou com a ajuda do PSE, pois o Distrito Sanitário não é coberto pela ESF, condição primária para a atuação do PSE, conforme planejado pelo Ministério da Saúde. Portanto, neste estudo houve a participação apenas da Divisão de Ciclo de Vida/ Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, equipe multiprofissional do distrito, equipe multiprofissional de outras unidades de saúde e da escola pública que aceitou participar da proposta. Após várias reuniões com a equipe de saúde e a escola, foi montado um cronograma anual com os principais temas que seriam abordados pelos profissionais de saúde tendo como público alvo os alunos das turmas de 9º ano. Estes temas foram construídos, inicialmente, a partir de reuniões com os professores da escola e foram especificados no início deste capítulo.

Dessa forma, considerando a complexidade de temas tão relevantes levantados pela CSA que envolve aspectos da promoção, prevenção e a atenção à saúde do adolescente se tornaram de fundamental importância que este fosse desenvolvido preferencialmente por equipes multiprofissionais. Também foi colocado o desafio da intersectorialidade, envolvendo a educação como outro parceiro. Essa parceira, por sua vez, foi justificada pelo fato da escola ser um espaço importante de formação, que agrega grande número de adolescentes por um período de tempo considerável, propício ao debate de ideias, à disseminação do conhecimento e a troca de saberes.

A começar pelo tema da alimentação, conforme Frota e Silva (2016, p. 49, 50), a avaliação do estado nutricional se dá por meio da antropometria e visa obter informações sobre o crescimento e o desenvolvimento de escolares. Esta avaliação

integra um conjunto de atividades rotineiras que perpassa pela observação, coleta e análise de dados e informações que podem descrever as condições alimentares da população, ou seja, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Especialmente durante a infância, as interações entre a criança e a família, a escola e outras relações sociais, assim como a influência da mídia e da publicidade de alimentos, irão marcar substancialmente as escolhas alimentares. E estas irão refletir no estado nutricional da criança, perpetuando-se até a fase adulta, em todas as realidades brasileiras. Com intuito de monitorar/acompanhar o crescimento e o desenvolvimento dos adolescentes a CSA, também possui uma tabela para que o peso, a estatura, o Índice de Massa Corporal (IMC), os estágios de maturação sexual (Tanner) e a pressão arterial sejam anotados pelos profissionais de saúde ao atenderem os adolescentes nas unidades de saúde.

Infelizmente, os dados referentes ao estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil não são nada animadores, conforme colocado anteriormente, pois houve um incremento do ganho ponderal no decorrer das décadas. Certamente, este perfil é decorrente do grande consumo de alimentos processados, alimentos com alto teor de açúcares e gorduras saturadas, provenientes de frituras, embutidos e lanches rápidos (salgadinhos de pacote). Este tipo de alimentação ao longo do tempo, além de promover o ganho de peso, contribui com a falta de nutrientes essenciais, que são protetores, e propicia o desenvolvimento das DCNT como hipertensão arterial, diabetes, obesidade e câncer entre outros agravos. Outro fator que tem contribuído com esta triste realidade é a diminuição do nível de atividade física de crianças e adolescentes, onde as mesmas passam longo período de tempo em frente aos computadores, celulares e vídeos games. Este último fator, além de contribuir para a obesidade, tem contribuído, também, para o surgimento de problemas ortopédico/posturais, bem como gerado dificuldades na capacidade de concentração nas atividades escolares, prejudicando, certamente, o rendimento.

Seabra et al (2008) fazendo um retrospecto do modo de viver/estilo de vida do homem através dos tempos colocaram que, a atualidade é percorrida por um forte incremento da morbidade associada a doenças não infecciosas e crônico-degenerativas que se pensa estar na dependência estreita da drástica alteração do estilo de vida das populações. Desde os tempos em que era caçador-coletor até o

presente, o homem modificou substancialmente a sua forma de estar e viver, sobretudo nos últimos 100 a 150 anos com a revolução industrial e mais recentemente com a robótica. Passou a ser mais inativo, a consumir mais tabaco e a aderir a hábitos nutricionais cada vez menos saudáveis.

Corroborando as ideias anteriores, Marques e Gaya (1999, p.83) afirmaram que as preocupações com a promoção da saúde cada vez mais se configuram em prioridades nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. E, dentre as diversas abordagens deste tema, destacam-se as implicações do sedentarismo como fator de risco na gênese de um conjunto de doenças denominadas hipocinéticas: doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, osteoporose, dores nas costas e determinados tipos de câncer, etc. Todavia, se por um lado sabe-se que a atividade física (AF) influencia o estatuto da saúde em adultos, o que gera a necessidade de promover estilos de vida fisicamente ativos, por outro lado, os autores relataram que há dúvidas se o incremento da AF na criança poderá influenciar a diminuição do sedentarismo nas futuras gerações, embora, pese o fato que a prática regular de AF seja amplamente benéfica aos mais jovens.

Continuando as colocações de Marques e Gaya (1999, p.87) torna-se bastante claro que a escola é o local de eleição para o desenvolvimento de estratégias de promoção da AF e de educação para a saúde e, neste contexto, a aula de educação física (EF) assume papel privilegiado. Lembremos que a escola, para muitas crianças, se constitui na única oportunidade de acesso às práticas de atividades físicas. Mas, por outro lado, sabemos também que a escola, por si só, não pode resolver todos os problemas referentes à promoção de AF e de estilos de vida ativos, portanto, outros espaços sociais devem ser também valorizados. Ou seja, consideramos que o aumento do tempo consagrado à AF deverá ser conseguido, também, à custa do tempo consagrado à atividade regular fora da aula de EF. Isto é, nas atividades extracurriculares e nas atividades comunitárias.

Quanto à saúde bucal, a CSA contempla a necessidade de estímulo ao seu autocuidado, sendo essa de suma importância para a manutenção da autoimagem positiva dos adolescentes, que conseqüentemente pode contribuir para uma autoestima positiva. Assim, o adolescente sente-se mais confiante diante de seus

pares e da sociedade como um todo. Do contrário, ter a saúde bucal comprometida pode ser razão mais do que suficiente para geração de sentimentos de inadequação, constrangimentos, tristezas, ansiedade e até mesmo reclusão social.

Segundo Miranda (2003) apud Bica et al (2011, p. 118) um dos problemas que pode afetar de forma negativa a imagem corporal do adolescente é a cárie dentária. Essa e a doença periodontal são problemas que prejudicam o seu desenvolvimento uma vez que afetam, por consequência direta, a imagem corporal, tão importante para o autoconceito do adolescente.

Bica et al (2011) reforçaram que a auto percepção e satisfação com a imagem corporal são fatores preponderantes na autoaceitação dos adolescentes e entre seus pares. As doenças orais têm consequências psicológicas, físicas e sociais na vida dos adolescentes. Os adolescentes, dependendo do seu sexo, valorizam de forma diferente a imagem corporal. Esta imagem é individual, subjetiva, dinâmica e sujeita às alterações referentes ao crescimento e desenvolvimento. Deste modo, deve-se promover a saúde oral como forma de aumentar a satisfação com a imagem corporal e melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes. Esta área constitui-se como um domínio importante de interesse para os profissionais de saúde no âmbito da educação para a saúde.

Gibilini et al (2010) também foram além quando colocaram que o planejamento das ações em saúde bucal para os grupos de adolescentes, adultos e idosos, considerassem as condições clínicas, mas que essas fossem complementadas com dados subjetivos, além das condições sociais, econômicas e culturais, pois as mesmas interfeririam diretamente no processo saúde-doença. Seria necessário que o planejamento em saúde bucal para estes grupos considerasse a realidade apresentada, para que, desta forma, a implantação das ações e programas estejam voltados para a promoção da saúde com enfoque no controle das doenças bucais, e os adolescentes possam chegar à vida adulta e idosa com melhores condições valorizando a saúde bucal.

Outros temas que também abordados pelo projeto CSA foram os direitos e deveres dos adolescentes, a cidadania e a utilização de álcool e outras drogas psicoativas.

No Brasil, estes temas mantêm estreita relação com a questão das vulnerabilidades a da violência cotidiana entre outras questões.

Fonseca et al (2013) realizaram uma revisão narrativa, entre 1990 e 2012, demonstrando que as crianças e adolescentes são vulneráveis às situações ambientais e sociais. As vulnerabilidades manifestam-se em violência cotidiana, no contexto familiar e escolar, obrigando crianças e adolescentes a se inserirem precocemente no mercado de trabalho e/ou no tráfico de drogas. Para o enfrentamento desses problemas identificaram-se esforços do governo para eliminar ou minimizar o sofrimento daqueles em situações de vulnerabilidade, por meio de políticas públicas destinadas a esse contingente: o ECA e outros programas sociais.

Continuando as argumentações de Fonseca et al (2013), no Brasil as principais vulnerabilidades que acometem as crianças e os adolescentes são os riscos inerentes aos problemas relacionados ao alcoolismo e conflitos entre casais, que tornam crianças testemunhas de agressões e de toda forma de violência. Os riscos relacionados ao lugar de moradia incluem a precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, a falta de disponibilidade dos espaços destinados ao lazer, as relações de vizinhança e a proximidade da localização dos pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas. Além de todos esses riscos, podem ser destacados também os riscos do trabalho infantil e o da exploração da prostituição de crianças.

Conforme, revisão sistemática, realizada por Paiva e Ronzani (2009, p. 177) na tentativa de compreender o consumo abusivo de álcool e outras drogas durante a adolescência, inúmeras pesquisas apontaram a família como um importante fator de risco ou proteção. Baumrind (1971), na mesma referência, propôs três estilos parentais: com autoridade, autoritário e permissivo. Na década de 1980, Mac Coby e Martin (1983), a partir dos estudos de Baumrind (1971), definiram os estilos parentais em função de duas dimensões subjacentes: a exigência (controle) e o apoio (afeto). Dessa forma, os estilos parentais que surgiram desta combinação são os mesmos, com a diferença que o estilo permissivo foi desmembrado em dois: o negligente e o indulgente. Assim, pais e mães autoritários possuem muita exigência e pouco afeto, os com autoridade fazem muita exigência e ao mesmo tempo são envolvidos afetivamente com seus filhos, os indulgentes estabelecem pouco controle

e são muito afetivos e, por último, pais e mães negligentes são permissivos e indiferentes, com baixo grau de controle e afeto para com os filhos.

A revisão de Paiva e Ronzani (2009, p. 179, 181) demonstrou a importância dos estilos parentais de socialização com os adolescentes como fator de proteção para o uso de álcool e outras drogas em diversos países. Tais resultados ressaltaram a importância da avaliação empírica deste aspecto para a população brasileira. Em função da realidade epidemiológica do uso de substâncias psicoativas entre jovens brasileiros, tais informações tornam-se importantes para a formulação de ações de prevenção em nosso país.

Por fim, sobre os temas relacionados aos estágios de desenvolvimento puberal feminino e masculino, as modificações corporais e das características sexuais secundárias, a sexualidade, a possibilidade de gravidez precoce, as DST e a orientação sobre os métodos contraceptivos, infelizmente, as unidades de saúde, de um modo geral, não têm conseguido, de forma satisfatória, agregar os adolescentes em grupos educativos voltados a esses temas, contribuindo com o aumento de dúvidas, conflitos e angústias. Estes sentimentos, certamente, devem ocorrer também com os responsáveis, os quais podem apresentar dificuldades para lidar com esses assuntos sejam por falta de informações, questões individuais, ou mesmo devido aos tabus que são construídos e reforçados socialmente. Lamentavelmente, não raramente as unidades de saúde têm mais acesso aos adolescentes quando as meninas já estão gestantes e sendo acompanhadas pelos grupos de gestantes de acompanhamento pré-natal.

Chaves et al (2014) reforçaram que deveria haver implementação e continuidade dos programas educacionais sobre sexualidade tanto nas escolas quanto nos meios de comunicação, com linguagem clara, objetiva e lúdica sobre DST/AIDS, sendo mais facilmente acessados pelos adolescentes. Também ressaltaram que o espaço escolar é visto como o melhor ambiente para se trabalhar ações de educação sexual com os adolescentes, pois é lá que estes passam tempo considerável e é para lá que levam suas dúvidas e esperam que estas sejam respondidas. É dentro do espaço escolar também que o adolescente se sente mais confortável para discutir certos assuntos já que estão em grupo de iguais com o qual tem afinidade.

Segundo Frota e Silva (2016, p. 287, 288) caberia ao Estado, à família e à escola oferecer apoio e condições para que se diminuísse a incidência de gravidez precoce, permitindo que os adolescentes vivenciassem essa fase conturbada sem interromper seus sonhos, seus estudos e, com isso, pudessem almejar uma melhor qualidade de vida. Há necessidade de comprometimento de se aplicar as políticas públicas e programas de atendimento direcionados para adolescentes e seus agravos sociais, e os equipamentos sociais deveriam sistematizar e transcender a teoria.

Nesse sentido a educação sexual deve ser abordada pela família em conjunto com a rede de educação e saúde, e esses equipamentos sociais necessitam manter uma mesma linguagem e preocupação com a transversalidade da temática. Também se torna relevante o investimento na capacitação dos profissionais da saúde e dos educadores, tendo em vista que suas intervenções possam alcançar as perspectivas física, psicológica, emocional, cultural e social, indo além da esfera biológica. Só assim, a educação sexual poderá corresponder às necessidades dos adolescentes e alcançará com mais pertinência a promoção de sua saúde.

4.2 As principais políticas públicas de intervenção destinadas à adolescência e juventude

Neste capítulo, em virtude de toda a contextualização realizada frente à adolescência, foi ressaltada a importância do desenvolvimento e atuação das políticas públicas para os adolescentes, que além de demandar uma atenção específica e diferenciada, corresponde a uma parcela considerável de pessoas no mundo e nos países em desenvolvimento como o Brasil.

Antes de detalhar as políticas públicas propriamente ditas, torna-se necessário descrever a teoria da proteção integral, teoria esta que fundamenta e justifica o surgimento das políticas específicas para a adolescência. Segundo Herrmann (2015) a teoria da proteção integral, proposta pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), teve origem na convenção internacional de 1989 sobre os Direitos da Criança e do Adolescente. Esta teoria objetivou esclarecer e propor, em nível universal, quais seriam os direitos

que as crianças e os adolescentes deveriam ter, considerando-os merecedores de proteção especial e de atenção prioritária por parte da sociedade em geral. No âmbito interno brasileiro, no que concerne a estes direitos, pode-se constatar que são os mesmos previstos na Constituição Federal de 1988, nas suas proposições fundamentais, pois, crianças e adolescentes passaram a ser considerados sujeitos de direito a partir da promulgação desta nova constituição, levando em consideração que esta ideia já estava sendo concretizada também em nível internacional.

Ainda conforme Herrmann (2015) a perspectiva da proteção integral, dentro do estado brasileiro, deve ser analisada levando em conta a capacidade da família, sociedade e estado na busca da efetivação dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes. Uma das possibilidades para que ocorra esta integração na realização da proteção integral, passa também pelas políticas públicas relacionadas à área de proteção e efetivação de direitos fundamentais, pois, a partir do momento em que todos, inclusive o estado, são responsáveis por zelar e construir caminhos que levem ao crescimento e ao desenvolvimento do ser humano entende-se que, se não houver investimentos e tentativa de inter-relação nas áreas da educação, saúde, cultura e trabalho não haverá desenvolvimento integral do ser humano e a teoria proposta pela Convenção Internacional dos Direitos Da Criança não se concretizará.

Os autores Moraes e Vitale (2014, p.2.525) fizeram uma retrospectiva dos anos de 1950 a 1969, onde pontuaram que essa década foi marcada pela invisibilidade da adolescência. Neste período vigorava no país o código de menores de 1927 que menciona apenas crianças e adolescentes em situação irregular e destacava aqueles considerados “libertinos”, mais especificamente que provocam obscenidades a outrem, se prostituíam ou se valiam da prostituição de outros, numa clara concepção de culpabilização da vítima. Sob a égide do silêncio e da repressão, a educação em sexualidade, totalmente inexistente sob o prisma da intencionalidade, foi intimamente atrelada à questão da saúde e da higiene na Lei Federal n. 2.312 de 1954, que implantou “Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde” e introduziu no currículo escolar a “Educação Sanitária e Higiene”.

De 1970 até 1979, no entanto, a adolescência foi tida com foco na rebeldia em todo o mundo. No Brasil, a adolescência continuava sendo vista para os que estavam em situação irregular ou eram objetos de medidas judiciais. No campo do ensino vigorava a lei de Diretrizes e Bases da Educação 5.692 com introdução da figura da

orientação educacional, que dentre outras atribuições, na prática, trataria de informar sobre sexualidade. Somente em 1974 o Conselho Federal de Educação, através do Parecer 2.264/1974, legitimou a educação em saúde e as primeiras abordagens da sexualidade na escola (MORAES; VITALLE, 2014).

Na década seguinte surgiu o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), criado pela Portaria do Ministério da Saúde, n. 980/GM em 21/12/1989 que foi o primeiro programa a se preocupar de forma específica com a saúde dos adolescentes, o que representou um avanço em termos de saúde pública destinada a essa população. Contudo, alguns aspectos desse programa foram se mostrando contraditórios em relação às diretrizes e focos de ação do SUS, e gradativamente, a atenção em saúde foi descentralizada e buscou se aproximar da ideia de saúde como direito social, entendendo que os jovens são sujeitos de direitos (JAGER et al., 2014).

O Ministério da Saúde (1996), conforme referência anterior definiu algumas estratégias para a efetividade do PROSAD: incentivo às práticas em saúde que viam o adolescente como ser integral, adequação das ações à cultura local, aumento da cobertura de maneira que as ações estivessem disponíveis a todos, aperfeiçoamento dos sistemas de referência, capacitação de profissionais para atuar conforme as diretrizes do programa, promoção da participação do adolescente em ações educativas que lhe permitissem se conhecer melhor, tanto individualmente quanto como parte de seu contexto sociocultural, criação de fóruns de debates sobre os direitos dos adolescentes, supervisão e avaliação constantes do programa através de indicadores institucionais, percepções da comunidade e dos adolescentes/usuários.

Na visão de Jager et al (2014) os resultados do PROSAD não têm atendido de fato, todos os adolescentes brasileiros e foi contraditório às diretrizes do SUS. A articulação de ações para contemplar o público-alvo apresentou fragilidades referentes, principalmente, ao protagonismo dos adolescentes nas ações em saúde e pouca variabilidade de metas.

O PROSAD reconheceu a importância da capacitação profissional para o atendimento qualificado ao adolescente, entretanto não enfrentou, de forma efetiva, os desafios ligados ao reconhecimento efetivo do adolescente como ser ativo e participativo. Mas, é importante ressaltar que, mesmo com as limitações apontadas,

o PROSAD teve um importante papel na incorporação do adolescente como ator da política. Nesse sentido, o público-alvo desestabilizou o lugar em que foi colocado na política social de receber uma ação do estado para reivindicar um direito sobre o qual deve opinar em termos de efetividade e qualidade.

Quanto à avaliação dos programas de saúde, o PROSAD nunca foi efetivamente implantado, se pensarmos apenas na eficácia dos produtos acabados, porém desencadeou um processo catalisador de fatos e experiências e colocou em cena a presença de atores, lutas e tensões que geraram o contexto para a criação de políticas mais efetivas para a adolescência e a juventude. Neste sentido ele foi parte de um movimento de mudança, ainda inconcluso.

Na visão de Moraes e Vitalle (2014, p.2.526) o PROSAD surgiu num momento onde havia altos índices de fecundidade e gravidez antes dos quinze anos e teve como objetivos a saúde integral do adolescente, a redução da morbimortalidade, o estímulo de estudos na adolescência, a prevenção em DST/AIDS, a contracepção e a saúde materna, e destacou o papel dos meninos na saúde reprodutiva e a prevenção e detecção precoce da violência sexual para ambos os sexos.

Este período de 1980 até 1989 foi marcado pelo respeito à adolescência como fase própria, e certamente, iniciou uma preparação para a vinda de políticas públicas mais direcionadas aos ideais de liberdade e autonomia de decisão. Para o segmento da adolescência representou a conquista de um espaço na legislação com nome e peculiaridades a serem definidas.

Percebe-se na prática, que houve avanços consideráveis na legislação brasileira. Porém, pouquíssimas unidades básicas de saúde ou unidades com ESF tiveram interesse ou conseguiram aglutinar os adolescentes, em forma de grupos de educação em saúde para tratar as principais questões inerentes a esta fase. Em geral, os profissionais de saúde têm dificuldades em lidar com este segmento de forma coletiva. O adolescente é recebido pelas unidades de saúde no atendimento individual, nas questões relacionadas à necessidade de utilização de métodos contraceptivos, gravidez precoce ou outros agravos. E nas questões relacionadas ao gênero, uso de anticoncepcionais, uso de drogas ou gravidez, por exemplo, os profissionais de saúde, infelizmente, ainda enfrentam muitas barreiras e despreparo

para acolher e orientar os adolescentes em suas inquietações e angústias, de forma satisfatória.

Um estudo realizado por Torres et al (2010) demonstrou as dificuldades do adolescente/usuário frente aos serviços de saúde vigentes. Este estudo teve como objetivo narrar uma experiência de educação popular com adolescentes acerca das concepções sobre saúde e percepções sobre o sistema de saúde. A partir das diversas temáticas tratadas nos diálogos com os adolescentes, foi possível destacar algumas perspectivas que eles tinham sobre o próprio conceito de saúde, sobre o modo como a sociedade e os gestores tratam esta prioridade social e as concepções que eles tinham e passaram a formular sobre o papel do cidadão nestas questões.

Sobre as concepções dos adolescentes acerca da saúde, percebeu-se que seguiam o paradigma biomédico, influenciando no acesso aos serviços de saúde e no surgimento das demandas. Sobre o sistema de saúde, perceberam-se diversas lacunas na visão do adolescente tanto na perspectiva da insatisfação com os serviços de saúde gerais, como na falta de um serviço específico ao adolescente para o atendimento de suas demandas. Sobre a problemática que envolve o campo da saúde, os adolescentes destacaram a presença de desigualdades sociais quanto ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde, porém não reconheceram as formas de controle social para mudança dessa realidade (TORRES et al., 2010).

Com isso, Torres et al (2010) consideraram que a partir do grupo de adolescentes pesquisados, emergiu o sentido de cidadania e sua importância na vida dos adolescentes, no qual eles mostraram indignação e vontade de mudança, necessitando para isso um processo de conscientização que os instrumentalizasse neste caminho. Portanto, os autores concluíram que projetos de educação popular, que estimulem a conscientização dos adolescentes e da população em geral, deveriam ser priorizados na perspectiva de mudanças.

Segundo Herrmann (2015) a partir da Constituição Federal de 1988, ocorreram mudanças na relação entre estado e o cidadão. O estado democrático elevou o indivíduo a um patamar participativo com o qual pode começar a fazer escolhas em relação ao seu papel dentro da sociedade. Um dos caminhos desta participação é trilhado pelo cidadão na participação nos Conselhos Municipais. Tendo em vista a

implementação democrática e participativa da sociedade foi colocada em prática os Conselhos Municipais da Criança e do Adolescente, compostos por representantes da sociedade civil e governamental, e, responsáveis pelas deliberações das políticas públicas do setor, com o intuito de ampliar as garantias individuais destes sujeitos de direitos.

Apesar de haver divergências e rejeições por parte da sociedade em relação ao ECA, para Fonseca et al (2013) o estatuto retrata a maturidade e engajamento por parte da sociedade brasileira, com ampliação das atuações de ONG, criação de fóruns, conselhos, e apoio à consolidação dos movimentos sociais e políticos para garantir os direitos das crianças e adolescentes. Nesse sentido, entrou em funcionamento o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que respondeu pela integração dos representantes sociais e governamentais a favor da execução do ECA, que são Conselhos de Direito ou órgãos deliberativos e responsáveis pela política e orçamento, e, os Tutelares, que zelam pelo cumprimento das medidas de proteção e apoio às crianças.

Como instrumento de apoio aos programas de enfrentamento à violência infantil foram efetivados os conselhos tutelares, que constituem um dos instrumentos mais respeitáveis de garantia de direitos da criança e do adolescente, como órgãos públicos encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento de seus direitos (FROTA; SILVA, 2016).

Segundo Moraes e Vitalle (2014, p.2.527), entre 1990 e 1999, o adolescente foi visto como sujeito de direitos. A Conferência Internacional de Viena (1993) recomendou aos países a eliminação de todas as formas de discriminação com base no sexo, destacando a importância do desenvolvimento harmonioso da personalidade de meninos e meninas, garantindo-lhes a proteção plena e um ambiente familiar seguro. No Brasil, foi promulgada a doutrina de Proteção Integral-lei 8.069/1990, o já mencionado anteriormente: o ECA. A lei protege contra qualquer forma de abuso e constrangimento sexual, garante prioridade de atendimento à gestante adolescente e fortalece demais legislações específicas de proteção à criança e ao adolescente.

Ainda conforme Moraes e Vitalle (2014, p.2.528), a visão de adolescência mudou radicalmente sob o olhar na nova lei. A Doutrina de Proteção Integral tirou a adolescência do campo da situação irregular e passou a considerar o segmento

como um todo, implantando ações preventivas e protetivas. No campo dos direitos sexuais e reprodutivos, os avanços alçados abrangeram âmbitos importantes: notificar e mapear os óbitos maternos, planejar a família com liberdade e garantir a escola como locus de educação em sexualidade.

No Brasil a incorporação do conceito de juventude na construção/implementação das políticas públicas é relativamente recente, mais precisamente de 2003, após a criação da Secretaria Nacional da Juventude. A partir daí, tentou-se mudar a sua concepção, antes sempre associada às demarcações etárias, às modificações biológicas e da puberdade, e como uma fase conturbada, fortemente associada à geração de problemas sociais e condições de risco, para uma concepção mais proativa, de uma população que também é criativa, inovadora, questionadora, propositiva e que representa potencialidades de futuro para o país.

Segundo Horta e Sena (2010, p.480) é necessário problematizar os conceitos de adolescência e juventude. Tomadas como sinônimos na área da saúde, principalmente nos campos da psicologia, enfermagem e medicina, e como categoria supostamente homogênea pelas políticas públicas, essa imprecisão conceitual acaba por obscurecer as práticas sócio-políticas do que esclarecê-las. Considerar os contextos de vida, as particularidades, os recursos existentes e acioná-los são fundamentais na conceituação e na compreensão da adolescência e juventude. Nas classes sociais mais privilegiadas, a adolescência e juventude tendem a se estender, enquanto nas periferias, a vivência da juventude é encurtada pelas necessidades, os jovens assumam o trabalho além da família, com a chegada dos filhos, marcadores da vida adulta.

Com relação aos pressupostos legais e conceituais, a adolescência é uma construção social e histórica cujas manifestações são fortemente influenciadas por fatores socioeconômicos, políticos e culturais do ambiente onde o adolescente vive. Diante desta perspectiva devem-se considerar os seguintes pressupostos: a saúde integral é o grau de bem-estar que permite ao adolescente crescer e se desenvolver de acordo com seu potencial biológico, psicológico e social, a atenção integral é um conjunto de esforços organizados em caráter intersetorial e interdisciplinar que visam oferecer respostas adequadas às exigências da adolescência para alcançar e manter a saúde integral (BRASIL, 2013).

Também é importante considerar: as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde; a Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos relativos aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença; o Pacto pela Vida e o Programa Mais Saúde; as prerrogativas legais e éticas trazidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, pela Lei Orgânica da Saúde e pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional; a Portaria nº 1.190 de 2009, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema de Saúde-SUS (PEAD); o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), instituído em 2005 por meio de trabalho conjunto entre os Ministérios da Saúde e Educação e organismos internacionais; o artigo 4º do Decreto nº 6.286, que instituiu o PSE, os programas, projetos e estratégias adotadas pelos territórios com vistas à articulação entre os setores saúde e educação, para além dos programas nacionais anteriormente citados; as diretrizes da Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 2013).

Diante de todas essas considerações, ainda segundo Brasil (2013), cabe à equipe de Saúde da Família desenvolver ações de atenção primária e organizar a rede de saúde do seu território, e promover articulações intrasetoriais e intersetoriais, estabelecendo parcerias e corresponsabilidades para a elaboração, condução e avaliação de ações destinadas à prevenção de agravos, e, promoção e assistência à saúde de adolescentes e jovens.

Na concepção de Carvalho Malta et al (2014) a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) representa um marco na consolidação do SUS. Os princípios da promoção da saúde foram incorporados pelo Movimento da Reforma Sanitária na Constituição Federal de 1988 e no SUS. Foi instituída em 2006 e tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes-modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer cultura, acesso a bens e serviços essenciais. A PNPS possui um comitê-gestor formado desde 2005, por diferentes secretarias e áreas do Ministério da Saúde, que tem como objetivo operar a transversalidade no SUS.

Ainda conforme Carvalho Malta et al (2014) o texto da PNPS aponta como prioridade de ação temas como: alimentação saudável, prática corporal e atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução de morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção de violência e estímulo à cultura de paz e promoção de desenvolvimento sustentável.

Esses autores também colocaram que nestes oito anos desde a sua publicação a PNPS apresentou diversos avanços e importantes desafios. A agenda de prioridades 2006 a 2007 acabou por ser cumprida, mas também foram inseridas na prática de novas ações, que não constavam no texto original. No que se refere à gestão, foram financiados projetos de promoção à saúde em municípios, criação de projetos de promoção da saúde como: Vida no trânsito, Academia da Saúde, Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, Saúde na Escola, dentre outros. Foram realizadas avaliações de programas de atividade física e do programa Academia da Saúde, que mostraram sua efetividade. Ações intersetoriais foram relevantes, em especial a articulação com os setores de Educação, Justiça, Cidades, Direitos Humanos, Desenvolvimento Social e Esporte/Lazer dentre outros. Ações regulatórias foram implementadas, com destaque para a Lei “Seca” e a lei de ambientes livres de tabaco. A prevalência de tabagismo tem reduzido de maneira expressiva nos últimos oito anos.

O PSE foi criado a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e instituído pelo decreto presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Após adesão ao PSE, conforme a portaria interministerial n. 1.413, de 10 de julho de 2013, estados, o distrito federal e municípios passam a dispor de incentivo financeiro para custeio de ações realizadas pelos profissionais de educação e saúde. O PSE é uma estratégia de integração e articulação permanente da Secretaria de Educação e da Secretaria de Saúde, no qual estão envolvidos professores das escolas públicas vinculadas aos profissionais das ESF de seu território. O PSE surge de uma visão de gestão intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento de ações em saúde e prevenção por meio da informação. Conforme o decreto presidencial de 2007, as ações realizadas pelo PSE têm como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de prevenção, promoção, atenção à saúde e formação relacionadas à confrontação das

instabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (FROTA; SILVA, 2016).

Ainda segundo Frota e Silva (2016, p.57) um dos grandes desafios do PSE é propiciar a sustentabilidade das ações com base na conformação de redes de corresponsabilidade de articulação intersetorial das redes públicas de saúde e educação e das demais redes sociais. Incluir o plano de ação em saúde do PSE no Projeto Político-Pedagógico (PPP), fazer da articulação entre escola e rede básica de saúde a base do Programa Saúde na Escola, garantir a apropriação das cadernetas de saúde por parte do público alvo, formar jovens multiplicadores nos temas da sexualidade, promoção da saúde, prevenção das DST/HIV/AIDS e hepatites virais, para atuar na perspectiva da educação entre pares, criar grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no território escolar, em articulação como Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) do PSE; cadastrar todos os educandos no sistema E-SUS no momento da matrícula na escola, por parte da escola, preencher o Sistema de Monitoramento (SIMEC), para que o município fique apto a receber o repasse do financiamento.

Carvalho Malta et al (2014), argumentaram, que, no território escolar, o PSE se configura como importante espaço para articulação das equipes de atenção básica com os profissionais de educação, proporcionando a sustentabilidade das ações a partir da conformação das redes de responsabilidade compartilhada sobre o território. As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos realizados no PSE visam garantir oportunidades a todos os educandos de fazerem escolhas mais saudáveis e de serem protagonistas do processo de produção da própria saúde. O PSE procura fomentar uma gestão coletiva e participativa das ações, buscando garantir educação e saúde integrais, a partir da participação dos profissionais, educandos e da comunidade.

Sem dúvida a proposta intersetorial do PSE, na sua concepção, avançou muito, é bastante interessante, mas ao mesmo tempo, é muito desafiadora, em vista da realidade vivenciada, pois para a efetivação do PSE torna-se necessária a presença das equipes da ESF atuando no território/região. Infelizmente, nem todos os Distritos Sanitários de Saúde de Goiânia contam com o apoio da ESF. Mesmo considerando os Distritos Sanitários/regiões de saúde, que possuem a ESF ainda existem muitas deficiências que precisam ser superadas, tais como: presença de áreas descobertas

pela falta de profissionais e falta de infraestrutura adequada e equipamentos dentre outras questões. Não podemos nos esquecer da sobrecarga dos profissionais da saúde, pois os mesmos têm que dar conta de uma clientela adoecida, que tem pressa em ser atendida, e, que, ao mesmo tempo, tem que cumprir metas que são estabelecidas pelo PSE.

No período de 2000 até 2010, o adolescente foi visto como protagonista, e um importante manual técnico do Ministério da Saúde sobre adolescentes e jovens marca o fim da década. As “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” trouxe como paradigma o enfoque do trabalho com adolescentes e jovens em temas estruturantes (participação juvenil, equidade de gêneros, direitos sexuais e direitos reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania, igualdade racial e étnica), demonstrando que as políticas públicas devem transversalizar às áreas para obter melhores resultados. Este documento também aponta a capacidade de posicionamento dos jovens e adolescentes frente à vida e a sua saúde (MORAES; VITALLE, 2015).

Outro Programa governamental que também tem auxiliado as famílias no enfrentamento das vulnerabilidades sociais e que não pode deixar de ser mencionado é o Programa Bolsa Família (PBF). Este Programa, segundo BRASIL (2004) apud Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição (CEAN, 2009, p.3) é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, de acordo com a lei 10.836 de 9 de janeiro de 2004 e o Decreto n. 5.209, de 17 de setembro de 2004. O PBF tem como objetivos: a inclusão social das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, por meio da transferência de renda vinculada a condicionalidades, o desenvolvimento das famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica, e a promoção do acesso aos direitos sociais básicos de saúde: alimentação, educação e assistência social.

Ainda segundo o CEAN (2009, p.3) as famílias beneficiárias deverão ser assistidas por uma ESF ou por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo fundamental que a equipe de saúde esclareça à família sobre sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades desse programa, deixando-a ciente de suas responsabilidades na melhoria de suas condições de saúde e nutrição.

Considera-se como condicionalidade do PBF a participação efetiva das famílias no processo educacional e nos programas de saúde que promovam a melhoria das condições de vida na perspectiva da inclusão social. As condicionalidades são contrapartidas sociais que devem ser cumpridas por toda a família do programa em questão para que permaneçam recebendo o benefício mensal. Basicamente, as condicionalidades são compromissos assumidos pelas famílias nas áreas de saúde e educação, para que continuem a receber o benefício monetário do PBF (CEAN, 2009, p. 3).

De um modo geral o PBF, apesar de muitos anos de sua existência, ainda é visto com certo descaso e falta de comprometimento de alguns profissionais, que não conseguem conceber a importância do reconhecimento aos direitos sociais básicos da população, em especial, a de maior carência. Mas, mesmo diante dessas questões, que estão fortemente arraigadas na sociedade brasileira, esse programa tem contribuído, com a melhoria de várias questões de suma importância: o empoderamento das mulheres na construção de sua cidadania, a maior adesão das crianças, adolescentes e jovens ao cumprimento da frequência escolar, a melhor cobertura ao pré-natal e de aplicação das vacinas nas crianças e adolescentes.

Corroborando ao que foi colocado anteriormente, e, acrescentando outros elementos, trazidos por Fonseca et al (2013) no Brasil, o PBF é considerado de extrema importância no panorama das políticas sociais. São conhecidos seus impactos na redução da pobreza, a diminuição da desigualdade de renda, a maior frequência escolar e a garantia de que as crianças beneficiárias não se submetam ao trabalho infantil. Ao permanecerem na escola, em especial na rede pública de ensino, a criança e o adolescente terão oportunidades de participar das ações do PSE, direcionadas ao enfrentamento das vulnerabilidades que afetam o seu desenvolvimento.

Segundo Barbosa et al (2014) o PBF e/ou Programa Bolsa Escola (PBE), com relação às condicionalidades do benefício em relação à frequência escolar das crianças não menor que 85%, vem sendo plenamente atingido. No entanto, essa assiduidade, não tem configurado em melhoria na qualidade do aprendizado, de maneira que temos um sistema educacional bem próximo da universalização e caminhando rumo à superação da evasão escolar. Entretanto, por outro lado, esse

mesmo sistema apresenta-se extremamente frágil quanto à qualidade da formação dos educandos.

Ainda conforme Barbosa et al (2014), a grosso modo, infere-se que o PBF/PBE tem obtido êxito maior em sua finalidade emergencial de atenuar a problemática da fome, auxiliando as famílias na compra de alimentos e materiais didáticos para suas crianças, secundariamente, tem contribuído para permanência do educando no estabelecimento de ensino. Todavia, a aprendizagem, em muitos casos, permanece insatisfatória, acarretando “déficits” na formação social dos educandos. O autor entende, no entanto, ser preciso reconhecer que, numa sociedade como a brasileira, onde a miséria e a desigualdade social são gritantes, o PBF, no qual está inserido o PBE, representa um avanço na distribuição da renda, porém, está muito longe de ser o suficiente para garantir qualidade de vida e inclusão social das camadas menos abastardas.

Para Fonseca et al (2013) apesar de algumas limitações foram feitos avanços no que diz respeito à proposição de políticas públicas de intervenção aos problemas de riscos na infância e adolescência, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido na garantia do direito integral à saúde, conforme assumido nas leis brasileiras. Devem-se desenvolver estratégias que vão desde a orientação dos pais ou responsáveis até a criação de abrigos, programas comunitários, além de investimentos em pesquisas sobre o assunto para possíveis articulações de novas propostas de intervenção aos riscos na infância e na adolescência. Nesse sentido, os programas governamentais avaliados se complementam e convergem para um objetivo comum: garantir os direitos das crianças e adolescentes instituídos no ECA.

Porém, na visão de Frota e Silva (2016, p.16, 20) a integralidade do cuidado, que inspirou o movimento sanitário, na década de 1980, princípio doutrinário e diretriz do SUS, é um conceito, polissêmico, complexo e multidimensional. Segue como um desafio monumental a ser materializado no cenário atual. Não obstante os avanços inegáveis na construção do SUS no Brasil, a integralidade ainda não se concretizou plenamente no cotidiano dos programas, serviços de saúde e ações em saúde, persistindo como um devir. É também necessário colocar a necessária conexão da integralidade com a humanização do cuidado, tão valorizada na perspectiva de um cuidado promotor de saúde, expressando-se em análises no âmbito do cuidado pré-natal, da saúde bucal e da atenção aos adolescentes entre outros. Analisam-se

ainda, sob o prisma da promoção da saúde na integralidade do cuidado, uma diversidade de questões que configuram temas dentre os mais desafiadores, como a construção de uma cultura de paz, em contextos de alto índice de violência, bem como as questões das condições de trabalho, reconhecendo-se o processo de trabalho em saúde como pilar fundamental na construção de linhas de cuidado inspiradas na integralidade.

Segundo Herrmann (2015) nota-se, em todo processo de desenvolvimento da teoria da proteção integral, esboçada no início deste capítulo, para a busca de efetivação dos direitos da criança e do adolescente, uma tendência de abertura e de descentralização do atendimento a estes entes da sociedade, apregoados tanto pela Constituição Federal, no seu artigo 227, quanto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, no seu artigo primeiro. Portanto, a perspectiva democrática da teoria da proteção integral, ocorrerá na medida em que for exercida e entendida em todos os entes que foram responsabilizados, constitucionalmente, pelo cuidado e proteção da criança e do adolescente, sejam eles públicos ou privados. Isto ocorrerá através de políticas públicas que propiciem este tratamento preferencial buscando também a efetiva qualificação da vida familiar, o que refletirá diretamente na vida da criança e do adolescente.

4.3 Caderneta de saúde do adolescente: a relação entre a saúde, a educação e a inserção do projeto

Este capítulo teve como objetivo aprofundar o entendimento das relações entre saúde e educação, bem como tentar compreender a experiência do projeto “Caderneta de Saúde do Adolescente”, mediante o contexto apresentado. Apesar deste projeto não ter tido uma experiência voltada ao PSE, utilizou-se deste programa como referência, pois ao se proceder a pesquisa bibliográfica veio à tona as diversas experiências brasileiras, envolvendo a área de saúde e o PSE, implantado em 2007, pelo governo federal por parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação.

No transcorrer deste capítulo foram trazidas as relações entre a saúde e a educação, relativas à formação dos profissionais de saúde no contexto da educação

permanente e com os usuários da saúde e público-alvo deste estudo, os adolescentes. Com relação aos processos relacionados à inter-relação dos profissionais de saúde e os adolescentes foi enfatizada a educação em saúde, uma importante ferramenta que poderá ser utilizada para promover a autonomia e a emancipação desse segmento.

Antes de detalharmos as relações entre saúde e educação, é bastante enriquecedor trazer algumas reflexões de Theodor W. Adorno, exatamente, sobre os temas educação, emancipação e sociedade. Segundo o autor, pessoas que se enquadram cegamente no coletivo, fazem de si mesmas, meros objetos materiais, anulando-se como sujeitos dotados de motivação própria (...). Inclui-se aí a postura de tratar os outros como massa amorfa. Na visão do autor, uma democracia não deve apenas funcionar, mas, sobretudo trabalhar o seu conceito, e, para isso exige pessoas emancipadas. Só é possível imaginar a verdadeira democracia como uma sociedade de emancipados. A única concretização efetiva da emancipação consiste em que aquelas pessoas interessadas nessa direção orientem a sua energia para que a educação seja uma educação para a contestação e para a resistência. Alicerçado neste pensamento, Adorno se esforça para difundir a educação política, que para ele se identifica à educação para a emancipação (ADORNO, 1996).

A educação não é necessariamente um fator de emancipação. Numa época em que educação, ciência e tecnologia se apresentam, agora “globalmente”, conforme a moda em voga, como passaportes para um mundo “moderno” conforme os ideais de humanização, estas considerações de Theodor W. Adorno podem soar com melancólico desânimo. Na verdade, significam exatamente o contrário: a necessidade da crítica permanente. Após Auschwitz, é preciso elaborar o passado e criticar o presente prejudicado, evitando que este perdure, e, assim, que aquele se repita. O filósofo alerta os educadores em relação ao deslumbramento geral, e, em particular o relativo à educação, que ameaça o conteúdo ético do processo formativo em função de sua determinação social. Isto é, adverte contra os efeitos negativos de um processo educacional pautado meramente numa estratégia de “esclarecimento” da consciência, sem levar na devida conta a forma social em que a educação se concretiza como apropriação de conhecimentos técnicos.

A função da teoria crítica seria justamente analisar a formação social em que isto se dá, revelando as raízes não são acidentais deste movimento e descobrindo as condições para interferir no seu rumo. Segundo o autor, o essencial é pensar a sociedade e a educação no seu devir. Só assim seria possível fixar alternativas históricas tendo como base a emancipação de todos no sentido de se tornarem sujeitos refletidos da história, aptos a interromper a barbárie e realizar o conteúdo positivo, emancipatório do movimento de ilustração da razão (ADORNO, 2016).

Após essas incursões filosóficas, retornaremos ao cenário brasileiro, onde os autores Brehmer e Ramos (2014, p. 228) colocaram que a partir da década de 1970, houve muitas transformações legais, institucionais, políticas e paradigmáticas ocorridas nos campos da saúde e da educação. Apenas para caracterizar com alguns marcos desse processo pode-se citar o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a VIII conferência Nacional de Saúde e a Constituição Federal brasileira de 1998, com a expressão da saúde como direito de todos e dever do Estado e a orientação para a criação do SUS, posteriormente regulamentado pelas Leis Orgânicas n. 8.080/90 e 8.142/90. Enquanto na educação nacional as mudanças foram marcadas pela introdução da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996 e, especificamente, no âmbito das Instituições de Ensino Superior, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde foram definidas pela Resolução 3, do Conselho Nacional de Educação/Câmaras de Educação Superior, no ano de 2001.

Araújo et al (2007) publicaram que o modelo biomédico tem influenciado a organização de currículos. Se, numa visão mecanicista, o corpo humano é visto como uma espécie de máquina composta de partes inter-relacionadas, e a doença representa um “desarranjo” em uma delas, o conhecimento necessário para lidar com ele se torna necessariamente fragmentado, apresentado sob a forma de disciplinas estanques.

As críticas ao modelo hegemônico de formação das profissões de saúde geraram movimentos organizados que culminaram na organização das DCN, direcionadas para os cursos de graduação da área, e representam uma tentativa de se romper com um modelo tradicional de formação biologicista e introduzir o paradigma da integralidade. Por outro lado, as DCN têm exercido uma poderosa influência na

elaboração de currículos na formação em saúde. As autoras destacam também que a formação na perspectiva da integralidade tem sido pouco problematizada para a sua relevância.

Ainda conforme Araújo et al (2007) formar profissionais de saúde sob a perspectiva da integralidade constitui uma proposta desafiadora, uma vez que significa a ruptura não só com o modelo tradicional de formação como também implica na reorganização dos serviços e na análise crítica dos processos de trabalho. Para a formação de profissionais do SUS na perspectiva da integralidade é preciso ousar e ser capaz de assumir uma nova visão de mundo, a qual se reflete no modo como se encara o paciente, o seu sofrimento e as suas inserções na realidade que o rodeia. Implica também em propor novas soluções para os problemas que afetam pessoas e populações, assim, como, também, com base nessa visão mais abrangente adotada, buscar soluções para as novas demandas, antes ocultas ou negligenciadas, que então se tornam explícitas.

Para entender melhor a respeito da formação dos profissionais de saúde nos reportamos a Abrahão et al (2014), que expôs o campo da formação em saúde ao longo das últimas décadas por meio de desenhos e recortes por iniciativas de ordem prática, política e pedagógica que traçam diferentes formas e modos de como se ensina e se aprende a ser profissional. Costuma-se pensar e entender a formação por uma dada ciência, técnica e racionalista, que aplica diversas tecnologias pedagógicas aos alunos, sob um ponto de vista que opera um saber cientificamente comprovado. Um produto pronto para ser consumido e reproduzido. Um aprendizado que estimula muito pouco o exercício de autonomia e de crítica, pois parte do princípio de que expor o aluno ao conteúdo é suficiente para a formação. Uma ciência aplicada que, de modo fracionado, vai sendo exposta e é assumida como centro do aprendizado, com pouca margem para outros tipos de conexões existenciais e de produção de conhecimento, durante o processo de formação. Ou seja, uma baixa capacidade de produzir arranjos pedagógicos que apresentem formas diferentes de aprender e que provoquem outras possibilidades na identificação dos distintos modos de existir que há no mundo. Formas de ensinar e aprender que convivem com sujeitos e os seus modos de vida singulares, que demandam uma atenção tão singular, quanto.

Ainda conforme Abrahão et al (2014) é importante que se pense em uma formação que permita a produção centrada na articulação de diferentes saberes, conhecimentos e aprendizados, e no território da vivência/ experiência do aluno, partindo desse como sujeito da problematização da própria formação. Outro modo de produção que inclua outras possibilidades para além da inculcação de um saber científico aplicado. Assim, chegamos diante de, pelo menos, dois aspectos de ensinar e aprender, presentes no campo da formação. Um vinculado à certeza de que, expondo os alunos a um saber científico, haverá a formação, o aprender. O segundo relacionado a uma prática pedagógica que promove a emergência de novos saberes e suas articulações, os quais o aluno-professor experimenta durante a ação problematizadora. E a extensividade por esta ação se ampliar e atingir diferentes direções, não havendo via única. Alguns autores, do campo da Educação Permanente em Saúde, vêm demonstrando a potência de transitar na interface e nos limites disciplinares e construir espaços de aprendizado em outra perspectiva.

Na concepção de Brehmer e Ramos (2014, p.234) coloca-se que, respaldadas legalmente por programas compartilhados entre o Ministério da Educação e Ministério da Saúde, as experiências de integração ensino-serviço representam indiscutivelmente uma estratégia potencial para a formação de profissionais de saúde a partir de uma perspectiva próxima do real, do concreto das relações com o trabalho, com o cuidado e com o social. Todos os movimentos a favor de promover a integração ensino-serviço agregam novos elementos para romper a inércia que acomoda os sujeitos no seu fazer cotidiano. Trazer à tona das construções pedagógicas todos os sujeitos responsáveis pela formação reafirma que o processo é coletivo e está em construção, nele cada ator tem um importante papel e distintas responsabilidades.

Continuando o raciocínio, para Brehmer e Ramos (2014, p.234, 235) não é difícil encontrar nos serviços de saúde alguns profissionais com uma percepção equivocada sobre pesquisa enquanto ofício acadêmico. Ou, mais comum, é encontrar equipes sobrecarregadas com as demandas dos serviços, sem possibilidades e/ou incentivos para as atividades de pesquisa. É no contexto social e no dia a dia das instituições de saúde em que se processam os fenômenos que alimentam a produção do conhecimento. Cabe à academia, sim, promover/mobilizar

a participação dos trabalhadores dos serviços, bem como, retroalimentar os serviços com os resultados e as discussões. O que se mostra mais um aspecto da abrangência da verdadeira integração ensino-serviço.

Sem dúvida a relação ensino-serviço é algo extremamente importante para a promoção da educação permanente dos servidores da saúde, muitas vezes, acostumados na sua rotina de serviço, há um fazer mecânico, nem sempre satisfatório às demandas. Nesse sentido, e ampliando a discussão, torna-se pertinente a colocação de Martins et al (2013) sobre a importância da disponibilização de espaços nos serviços de saúde para o atendimento humanizado e adequado aos adolescentes. O acesso ao serviço de saúde precisa ser facilitado e ampliado, e garantindo o atendimento de suas necessidades de saúde. É fundamental que os diversos profissionais estejam disponíveis para ouvir os adolescentes, dentro de sua realidade, respeitando a diversidade de ideias, sem emitir juízos de valor que inibam sua comunicação e a formação de vínculo. O desenvolvimento de vínculo entre o adolescente e o profissional é a base para qualquer trabalho preventivo.

Lindelvania (2012) apontou que o atendimento em saúde, não raro é desenvolvido em centros de saúde e hospitais. Tal situação distancia a promoção da saúde e prevenção de doenças do contexto comunitário, minimizando o êxito das ações desenvolvidas na atenção primária, sobretudo as relativas às questões socioculturais e psicológicas individuais e comunitárias. Surge, assim, a importância de conhecer outros dispositivos sociais que contribuam para a promoção da saúde e que possam efetivamente atender às necessidades de saúde dos indivíduos. Nesse contexto, está a escola, que pode se tornar importante aliada para o fortalecimento da atenção primária de saúde. Nesse sentido, o PSE constitui uma possibilidade de suprimento de uma necessidade há tempos discutida: o fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, promovendo intersetorialidade apregoada pelo SUS e a corresponsabilização entre estes setores, habituados a trabalhar separadamente.

Segundo Donato et al (2012) 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 local 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 uma evolução histórica 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, poder incorporar a atenção primária à saúde. Porém, as autoras enfatizam ser inviável seguir as recomendações do PSE à risca, tendo em vista a sobrecarga de trabalho da equipe de Saúde da Família.

Continuando o raciocínio da autora Donato et al (2012) uma alternativa para a ESF dar conta desta demanda das escolas a contento era dispor de auxílio de colaboradores, como os acadêmicos por exemplo. A mesma sugere 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 o PSE, que fosse contínuo nas escolas e integrasse estas às ESF.

Leite et al (2013) reforçou a necessidade de articulação entre os profissionais da ESF e professores, envolvendo a família no que se refere ao trabalho com adolescentes com o objetivo de minimizar as situações de vulnerabilidade. Ademais o cuidado colaborativo entre os setores saúde e educação possibilita a potencialização e eficácia das ações direcionadas aos adolescentes nos processos de educação em saúde no contexto escolar.

Lindelvania (2012) levantou a ideia que a relação entre os adolescentes e os profissionais de saúde ainda é limitada, sendo a proposta do PSE uma oportunidade para estabelecer e manter um vínculo pautado na corresponsabilização e em uma postura de confiança entre adolescentes e ESF. A implantação do PSE permitiu aos profissionais de saúde a percepção do seu papel social de educador e possibilitou aos adolescentes maior contato com a equipe da ESF. As autoras consideram que a aproximação entre escola e unidade de saúde contribui para ajudar os adolescentes a transformarem a informação científica em comportamentos saudáveis. Diversificar os locais de atendimento à saúde, bem como colocar em prática estratégias educativas que vão além das meras palestras tradicionais, ampliam as

possibilidades de melhoria da assistência prestada pela equipe da ESF, além de dar maior visibilidade às atividades desenvolvidas na atenção primária.

Com relação à tendência de reprodução pelos profissionais de saúde das aulas expositivas, que em geral, são desestimulantes para grande parte dos adolescentes, Martins et al (2013) afirmaram que o uso de recursos lúdicos viabiliza um processo pedagógico que integra o conhecimento psicológico à educação, favorecendo uma maior interação entre os aspectos cognitivos e afetivos. Enquanto, Penso et al (2013) chamam a atenção para o fato de a participação dos adolescentes ser restrita e não atingir o planejamento, a execução e a avaliação das ações em saúde.

Leite et al (2013) ampliaram a percepção das ações nos processos educativos em saúde, quando reforça que os mesmos devem ser enfocados para o adolescente em diferentes contextos, nas unidades de saúde, nas escolas e no seio familiar, não condicionado a existência de um programa específico.

Para Frota (2014) o desenvolvimento da promoção de saúde se torna dificultado, pois depende de um esforço coletivo para o sucesso de suas ações, principalmente na escola pública, uma vez que há pouco envolvimento dos pais e os professores se sentem sobrecarregados com as excessivas atribuições a eles ofertadas, a deficiente formação do corpo docente na área da saúde e a falta de apoio de órgãos públicos superiores.

Para Falkenberg et al (2014) as práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto práticas curativas, os gestores que apoiem esses profissionais, e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados individuais e coletivamente. Embora a definição do MS apresente elementos que pressupõem essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância entre retórica e prática. As práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes são relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão.

Tentando distinguir educação em saúde e educação na saúde, ainda conforme os mesmos autores, a educação na saúde consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. Os cenários de atuação dos profissionais da saúde são os mais diversos e com rápido e constante desenvolvimento de novas tecnologias. Além de exigências diárias envolvendo inteligência emocional e relações interpessoais se faz necessário que haja algo além da graduação, que possa tornar os profissionais sempre aptos a atuarem de maneira a garantir a integralidade do cuidado, a segurança deles próprios como trabalhadores e dos usuários e resolubilidade do sistema. Nesse processo de múltiplas determinações e relações torna-se fundamental o papel das instituições de serviço para o desenvolvimento das capacidades dos profissionais, de maneira a contribuir para essa formação. Paratanto há duas modalidades de educação no trabalho em saúde: a educação continuada e a educação permanente.

Retornando às ideias de Abrahão et al (2014) a utilização de conceitos-ferramentas refere-se a colocar, no foco das discussões da formação em saúde, as várias intenções e implicações dos atores envolvidos na micropolítica do ensino e do cuidado. Tomar os conceitos com a finalidade de constituir a matéria-prima para a produção de conversa e redes coletivas de contato entre trabalhadores, usuários, alunos, professores, é explorar a potência que se desenha no fazer produtivo com os atos pedagógicos. O potencial criativo exercido no trabalho vivo da formação em saúde representa um território que não coloque a doença como ingrediente principal do cuidar, mas amplie a nossa capacidade de construção de outros elementos com potencialidade para invadir outros territórios. Representam o sair em busca de experimentar novos territórios existenciais, experiências de formação que se protejam sobre territórios que mobilizem o contato com outras culturas, outros modos de existência, a partir do trabalho vivo, como agir pedagógico. É a ferramenta operando com a capacidade de provocar rupturas, arranhões nas dobras rígidas e cristalizadas do agir pedagógico que se centra sobre uma única verdade.

Penso et al (2013) destacam que o modo segmentário de lidar com os problemas dos adolescentes se reflete nas dificuldades dos profissionais e gestores em saúde em construir um sistema interligado entre saúde e educação. Um sistema que

induza mudanças profundas nas ações em saúde e a partir do qual seja possível traçar um esforço de distanciamento do viés que marcou as práticas em saúde ao longo da história, qual seja, cada uma cuidando de um aspecto do cidadão.

Conforme Leite et al (2013) a educação em saúde enquanto um processo, um pensar, um fazer pedagógico emancipatório, ou seja, na possibilidade do desenvolvimento da autonomia intelectual dos sujeitos, individual e coletiva, envolve maior aproximação com o adolescente, visto que devem ser consideradas as particularidades de cada grupo, bem como o entorno social onde eles estão inseridos. Nesta filosofia, as ações educativas em saúde devem ser planejadas e direcionadas ao público-alvo, adequado, articuladas por equipes multiprofissionais e executadas permanentemente, considerando o que os sujeitos precisam e desejam saber para que se promova sua saúde.

Avançando mais na linha de raciocínio Leite et al (2013) acrescentaram que, além das políticas públicas de prevenção e proteção à criança e ao adolescente são fundamentais ações de educação em saúde voltadas para essa temática. E a escola, ESF e família são detentoras de uma corresponsabilidade para com esse público, para a superação das situações de vulnerabilidade e riscos que podem comprometer a integridade física, emocional e o convívio social dos adolescentes. Daí a necessidade de a família manter um diálogo com o adolescente e de aproximar-se da escola. E esta, em contrapartida, deve abrir as portas para a comunidade onde está inserida e trabalhar a educação em saúde em consonância com as necessidades do entorno social apreendido.

Salci et al (2013) colocaram que a educação em saúde é uma importante ferramenta da promoção da saúde, envolvendo os aspectos teóricos e filosóficos, os quais devem orientar a prática de todos os profissionais de saúde. Para que se desenvolvam um trabalho convergente aos princípios da promoção da saúde, tal como proposto na Carta de Ottawa, há necessidade de colocar ênfase no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais, através da educação em saúde, desenvolvida de maneira dialógica e libertadora. Todos os momentos que envolvem interação com e entre as pessoas usuárias dos serviços de saúde, devem ser considerados propícios para desenvolver ações de educação em saúde. Como exemplo, destacam-se: consultas, procedimentos técnicos, ações de assistência de

enfermagem, salas de espera e outras não tão formais, mas onde existe possibilidade de estabelecer o diálogo. Para que essas ações educativas sejam efetivas e relevantes, é necessário ainda, informação, educação e escuta qualificada.

Ainda conforme Salci et al (2013) diante da complexidade da temática educação em saúde, mas com uma compreensão da amplitude que abrange todas as questões que a envolvem, é que o profissional irá desenvolver ações emancipatórias de promoção da saúde que ultrapasse o modelo biomédico e atue de forma participativa para que as pessoas obtenham conhecimento necessário para tomar decisões conscientes no seu processo saúde-doença e de viver saudável. Fato que compreenderia uma nova perspectiva de promoção da saúde, que visa alcançar um novo processo de saúde-doença, para que as pessoas saudáveis possam cuidar melhor de sua saúde, inserindo mais práticas saudáveis em seu dia-dia. Esta reflexão busca o rompimento do paradigma biomédico e busca um cuidar das pessoas saudáveis em seu processo de viver.

Para Falkenberg et al (2014) é possível perceber, voltando a olhar no cenário atual, que há necessidade de complementação do atual modelo de atenção assistencialista, centrado na doença, excessivamente especializado e ainda prioritariamente hospitalar, por um modelo integral, que priorize a promoção da saúde e a prevenção de agravos, e que utilize a educação em saúde de forma participativa e dialógica. Contudo alterações no processo de formação profissional e reflexão sobre suas práticas podem auxiliar nessa mudança de paradigma. É importante, então a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem participativas e dialógicas, tais como as utilizadas nas ações de educação popular em saúde, inseridas nos currículos de educação continuada e nas ações de educação permanente em saúde, visando uma formação profissional em saúde mais adequada às necessidades de saúde individuais e coletivas, na perspectiva da equidade e da integralidade.

Ainda na concepção de Falkenberg et al (2014) a educação popular em saúde tem uma concepção diferenciada da hegemônica educação em saúde. Organiza a partir da aproximação com outros sujeitos no espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, num entendimento da saúde como prática social e global

e tendo como balizador ético-político os interesses das classes populares. Baseia-se no diálogo com os saberes prévios dos usuários dos serviços de saúde, seus saberes “populares”, e na análise crítica da realidade. A educação popular em saúde continua sendo hoje um desafio aos gestores e profissionais na busca por práticas integrais, mais voltadas às reais necessidades das populações consideradas, como suporte para essas práticas, tanto processos de informação e comunicação como de participação popular e participação social.

Voltando a trazer as experiências de integração ensino-serviço, segundo Brehmer e Ramos (2014, p.236) são inegáveis os avanços, na medida em que as trajetórias das experiências estreitam as relações entre universidades e serviços de saúde, sejam hospitais ou unidades básicas de saúde. A diversidade de cenários, inclusive outros além dessas instituições, possibilita ao aluno uma vivência única e transformadora do processo de formação. O aluno experiencia a realidade do dia a dia do trabalho em saúde e se depara com situações concretas sobre as quais ele irá intervir e exercer seu futuro papel como profissional. As contribuições são ou devem ser para ambas as instituições, ensino e serviço se beneficiando com a integração. A aproximação com a academia possibilita aos trabalhadores dos serviços a educação permanente, o frequente intercâmbio de conhecimentos. As estratégias de reorientação da formação também representam uma oportunidade para melhorias estruturais nas instituições. O reflexo desses avanços é constatado na qualidade da assistência.

Continuando o raciocínio, os autores Brehmer e Ramos (2014, p.236) argumentaram, que, a efetivação dos objetivos decorrerão das ações dos gestores, docentes, alunos e trabalhadores dos serviços. Portanto, o diálogo entre esses atores é a base para fortalecer as parcerias. Os caminhos são diversos e heterogêneos, mas a imagem objetivo delineada, apesar de complexa, é única. Ao término de um processo e no devir de outros a formação em saúde próxima da real necessidade de saúde da população e do SUS, bem como a educação permanente, são elementos essenciais para fortalecer a atenção à saúde integral, com qualidade e com respeito aos direitos de cidadania.

Trazendo as ideias contidas neste capítulo sobre a relação saúde e educação, vieram à tona questões relacionadas à formação profissional; à integração ensino-

serviço; a abordagem dos profissionais de saúde frente aos usuários do SUS, e, em especial aos adolescentes. Como falar da relação dos profissionais de saúde com os usuários sem trazer à tona as questões relacionadas à formação dos mesmos? Sem dúvida, este foi um capítulo denso, que tentou articular muitas nuances, envolvendo saúde e educação. Todo este movimento foi realizado na tentativa de contextualizar, entender, e, ao mesmo tempo, inserir um projeto realizado por uma equipe de técnicos da saúde de um Distrito Sanitário, com apoio dos profissionais da educação de uma escola pública de Goiânia. Fazer este exercício e essas inter-relações foi muito importante para entender melhor as limitações e fragilidades, deste projeto, bem como as suas potencialidades.

No decorrer de toda a pesquisa bibliográfica observou-se referência à ESF, bem como ao PSE, pois a maior parte dos artigos que envolvem saúde e educação tem surgido a partir dessas interações e referenciais. O projeto “Caderneta de Saúde do Adolescente”, se espelha no PSE, porém não conta com o apoio da ESF em seu território, condição primeira para a implantação do PSE. Dessa forma, este é um importante diferencial deste projeto, que precisa ser explicitado, pois o mesmo, como já mencionado, conta somente com o apoio dos técnicos de um distrito sanitário de Goiânia e de técnicos de uma unidade básica de saúde, que se localiza próxima à escola, onde ocorre o cenário da pesquisa, e que foi pactuado como unidade referência para os adolescentes da escola onde se desenvolve o projeto. É importante ressaltar, também, que apesar de a CSA ter sido lançada em 2009 pelo Ministério da Saúde, pouquíssimos artigos se referem à mesma. A maior parte dos artigos, nesse segmento, se refere à caderneta de saúde da criança.

Ao se inserir nessas condições esse projeto tornou-se mais desafiador, pois não contou com apoio governamental e não recebeu verbas específicas para tal, tendo se revelado uma experiência ímpar dentro de um modelo de assistência tradicional com experiência de três anos. É importante ressaltar que este êxito só foi conseguido com o apoio de uma equipe multiprofissional envolvida, sensível, participante e colaborativa no sentido de entender a importância de se trabalhar as questões pertinentes à adolescência, para além do modelo de assistência tradicional, e acreditando na importância de se trilhar os caminhos desafiadores da intersetorialidade para à prevenção de doenças e promoção da saúde.

É válido ressaltar que tentar romper o modelo biomédico não é tarefa fácil para os profissionais de saúde. E quando estes se direcionam a outras instituições como a escola, por exemplo, há uma enorme tendência de se reproduzir o “modelo de transmissão” do conhecimento. Neste contexto e na tentativa de se construir relação mais transformadora percebeu-se que a educação permanente envolvendo os profissionais de saúde e a adolescência poderia ajudá-los a aprimorar o atendimento aos pacientes. Se os professores se sentem inseguros ao lidar com a pauta da saúde, os profissionais de saúde também enfrentam dificuldades nas pautas da adolescência. Muitas vezes, os profissionais de saúde não conseguem exercer satisfatoriamente uma escuta humanizada, destituídas de juízos de valores. A mudança nessa interação, provavelmente, contribuiria para abrir o canal de comunicação entre os profissionais e o público adolescente, e, possivelmente, tornar este encontro mais significativo para ambas às partes.

5 METODOLOGIA

5.1 Pesquisa-ação predominantemente existencial: métodos e técnicas

Devido ao fato desta pesquisa adotar a abordagem da pesquisa-ação como referencial teórico, não poderia deixar de serem esboçadas as principais ideias a respeito da origem e sentido desta abordagem e descrever brevemente os métodos e as técnicas empregados neste tipo de pesquisa.

Conforme Barbier (2007) o século XX assistiu à institucionalização definitiva da sociologia no mundo e nas suas múltiplas tendências teóricas e metodológicas. A pesquisa-ação se inscreve neste desdobramento histórico da sociologia tendo, por um lado, como preocupação, a revolução epistemológica, e pelo outro a eficácia política e social. A pesquisa-ação obriga o pesquisador a implicar-se. Ele percebe como está envolvido pela estrutura social na qual está inserido e pelo jogo de desejos e de interesses de outros. Ele também implica/envolve os outros por meio do seu olhar e de sua ação singular no mundo. Ele compreende que as ciências humanas são, essencialmente, ciências de interações entre sujeito e objeto de pesquisa.

O pesquisador descobre que na pesquisa-ação, também denominada por Barbier (2007) pesquisa ação existencial, não se trabalha sobre os outros, e sim com os outros. O pesquisador não apresenta sozinho o seu relatório de pesquisa (laboratório de pesquisa, órgão público, etc.), sem antes o ter apresentado ao seu grupo de pesquisa de campo, o principal interessado. Quando possível, ele o redige coletivamente. Para esse autor, a pesquisa-ação é a metodologia específica de uma teoria mais abrangente nomeada como abordagem transversal, a escuta sensível em ciências humanas. A abordagem transversal inventa instrumentos concretos de pesquisa com a observação participante existencial e o jornal de itinerância.

A pesquisa-ação surgiu há mais de cinquenta anos, como uma abordagem específica em ciências sociais, e foi desenvolvida em todo o mundo, notadamente a partir dos Estados Unidos. Uma concepção clássica da pesquisa-ação consiste em pensar que essa nova metodologia somente é um prolongamento da pesquisa tradicional em ciências sociais. Outra concepção, mais radical, dá lugar a uma

revolução epistemológica ainda a ser amplamente explorada. A pesquisa-ação não é uma simples transfiguração metodológica da sociologia clássica. Ao contrário, ela expressa uma verdadeira transformação da maneira de conceber e de fazer pesquisa em ciências humanas. Assim, a pesquisa-ação conduz a uma nova postura e uma nova inscrição do pesquisador na sociedade, pelo reconhecimento de uma competência em busca de técnicos do social. Nessa perspectiva, a pesquisa-ação torna-se existencial e passa a perguntar sobre o lugar do homem na natureza e sobre a ação organizada para dar-lhe um sentido. Ela se define, então, em sua relação com a complexidade da vida humana tomada em sua totalidade dinâmica, e não mais se justifica diante da relação do desconhecido que lhe revela a finitude de toda a existência.

A pesquisa-ação, nesse extremo, pode ser tida como transpessoal, e além de integrar, ir além das especificidades teóricas das ciências antropológicas e dos diferentes sistemas de sensibilidades e de inteligibilidades propostos pelas culturas do mundo. Entrar numa pesquisa-ação sob essa perspectiva obriga-nos a percorrer diversos campos do conhecimento e falar uma linguagem científica dotada de certo poliglotismo.

O pesquisador, na pesquisa-ação, desempenha, então, o seu papel profissional numa dialética que articula constantemente a implicação e o distanciamento, a afetividade e a racionalidade, o simbólico e o imaginário, a mediação e o desafio, a autoformação e a heteroformação, e, a ciência e a arte. Nisso a pesquisa-ação é eminentemente pedagógica e política. Ela serve a educação do homem cidadão preocupada em organizar a existência coletiva da cidade. E pertence por excelência à categoria da formação, ou seja, faz parte de um processo de criação de formas simbólicas interiorizadas, estimulado pelo sentido do desenvolvimento do potencial humano.

Este novo rumo da pesquisa-ação ou pesquisação existencial radicaliza completamente os precedentes por um prolongamento das dimensões mais pessoais e comunitárias que não mais se sustentam unicamente nos alicerces das ciências sociais, mas assumem plenamente a dimensão filosófica da existência humana requalificada. Segundo Barbier, a pesquisa-ação existencial, uma das três metodologias de ação ligadas à problemática da “Abordagem Transversal”,

expressar-se-á antes como uma arte de rigor clínico, desenvolvida coletivamente, com o objetivo de uma adaptação relativa de si ao mundo. É preciso situar a pesquisa-ação existencial como um modelo aberto da pesquisa-ação que se organiza em torno de dois eixos: a implicação e o distanciamento, o mundo e os outros. Ela situa-se, então, no lado da mais intensa implicação. Nesse modelo, aparecem quatro tipos de pesquisa-ação: uma pesquisa-ação predominantemente psicossocial, uma pesquisa-ação predominantemente experimental, uma pesquisa-ação predominantemente transpessoal e uma pesquisa-ação predominantemente existencial. Sendo que na última poder-se-ia situar a pesquisa-ação integral de André Morin e a Etnossociologia de Georges Lapassade (1991), seguindo a trilha dos anglo-saxônicos.

5.2 Métodos e Técnicas

Continuando a explanação das ideias de Barbier (2007), a pesquisa-ação, em essência, é constituída em forma espiral. Significa que todo avanço em pesquisa-ação implica o efeito recursivo em função de uma reflexão permanente sobre a ação. Inversamente, porém, todo segmento de ação engendra *ipso facto* um crescimento do espírito de pesquisa. Quatro temáticas centrais devem ser examinadas quando se fala do método em pesquisa-ação: a identificação do problema e a contratualização, o planejamento e a realização em espiral, as técnicas de pesquisa-ação, e a teorização, a avaliação e a publicação dos resultados.

Geralmente, uma pesquisa-ação não é suscitada pelo pesquisador. Este, preferencialmente, acolhe-a. Um grupo encontra-se em luta contra uma série de dificuldades resultantes da vida cotidiana: hábitos alimentares dos bebês, absenteísmo ou conflito nas empresas e etc. O primeiro aspecto consiste em voltar ao que os membros do grupo chamam “o problema” ou “situação”. Trata-se de contextualizá-lo, fazendo as perguntas habituais: o que, quem, com quem, onde, quando, como e por quê.

É nesse espírito que se constitui o “pesquisador coletivo” a partir dos membros mais envolvidos na vontade de resolver o problema. É a partir desse pesquisador coletivo que se define verdadeiramente o contrato de pesquisa. Pode-se dizer que a

pesquisa-ação só começa quando a contratualização e o pesquisador coletivo tiverem sido instituídos.

5.2.2 O planejamento e a realização em espiral

Pode-se sistematizar um processo de pesquisa-ação predominantemente existencial em três fases: objeto abordado, co-construído e efetuado. Cada fase modifica o conjunto do sistema interativo da pesquisa-ação. A dialética do pesquisador profissional e dos pesquisadores técnicos no âmbito do pesquisador coletivo e, depois, a do pesquisador coletivo com o grupo alvo, estimulam constantemente o movimento da pesquisa-ação. Durante todo o planejamento, a temporalidade é reconhecida com sua sequência de conflitos e mediações ligadas à ação.

O objeto torna-se cada vez mais “co-construído”, à medida que a análise se torna mais sustentado pelo conjunto do pesquisador coletivo, que as hipóteses de ação e esclarecimento são produzidas e discutidas pelo mesmo e que são testadas junto aos membros do grupo-alvo. É durante essa fase de planejamento que, em termos de ação, os objetivos parciais são, por um lado, propostos, realizados e controlados, e, pelo outro, avaliados e controlados em relação a um registro de notas preciso, escalonando a pesquisa num eixo temporal e espacial, avaliados em relação ao projeto-alvo, que dá sentido ao conjunto da pesquisa. A cada momento, o controle e a avaliação não são feitos somente dos pesquisadores profissionais, mas pedem a participação e a reflexão de todos. Mais do que nunca a pesquisa-ação visa à emergência de capacidades ao mesmo tempo de solidariedade e de responsabilidade.

5.2.2 As técnicas da pesquisa-ação

Conforme Grawitz (1993) apud Barbier (2007) todas as técnicas usuais em ciências sociais são suscetíveis de ser empregadas numa pesquisa-ação, desde que contribuam para a resolução do problema. Mas sabe-se que as técnicas não são “neutras”. Elas veiculam um sentido oculto em termos de poder e de saber a respeito do mundo.

Barbier (2007) coloca que o pesquisador em pesquisa-ação existencial tem a preocupação de ser compreendido e de poder agir eficazmente com não especialista. Ele é orientado a conhecer as possibilidades imaginárias das pessoas em função de sua própria cultura e de propor-lhes mecanismos de investigação apropriados.

Serão comentadas duas técnicas bem específicas em pesquisa-ação predominantemente existencial: a observação participante e o diário.

A Observação Participante predominantemente Existencial (OPE) se apresenta num contexto de pesquisa-ação e de método qualitativo. É igualmente um instrumento de pesquisa que apresenta dimensões particulares. Adler e Adler (1987) propõem três tipos de observação: a Observação Participante Periférica (OPP), a Observação Participativa Ativa (OPA) e a Observação Participante Completa (OPC). Na OPP, o pesquisador aceita uma implicação parcial para poder ser considerado como “membro” sem, entretanto, ser admitido no “centro” das atividades do grupo. Na OPA, o pesquisador tenta, por meio de um papel desempenhado no grupo, adquirir um *status* no interior do grupo ou da instituição que ele estuda. Ele está simultaneamente dentro e fora do grupo. Na OPC, o pesquisador ou está implicado desde o início, porque era membro do grupo antes de começar a pesquisa, ou ele se torna membro do grupo por conversão, porque provém de fora. A OPA e a OPC são os dois tipos de observação mais apropriados à pesquisa-ação predominantemente existencial.

Como técnicas de implicação da OPE, primeiramente o pesquisador deve poder ser aceito pelo grupo ou pela comunidade a se examinar. É preciso declarar-se abertamente, ou não, e desde o início, como observador? A resposta é clara e afirmativa. Qualquer outra consideração levaria a um risco maior de perda da confiança. O ingresso pode se dar por amizade, convivência, recomendação. O pesquisador em geral é chamado por alguns membros do grupo. Mas se estes têm um *status* de poder, ele deve estar atento e manter distância para ser o pesquisador que trabalha com todos os membros sendo capaz de criar o “pesquisador coletivo”. Portanto, a negociação é necessária desde o início. O OPE é, por excelência, um encontro social.

As técnicas do banal e do cotidiano se referem a todas as formas de escuta e observação não codificadas e não estruturadas. O pesquisador mantém sempre com ele uma caderneta destinada às anotações. Ele tem igual interesse em possuir um gravador de bolso, se quiser registrar imediatamente os dados. Todos os lugares habituais de encontro são propícios à escuta interessante como: café, lugares esportivos e de culto, reuniões familiares e de amigos e etc., sem esquecer os lugares mais oficiais e institucionais: conselhos de administração, assembleias gerais dentre outros.

As técnicas da OPE são incontestavelmente indispensáveis para a pesquisa-ação predominantemente existencial e integral. Permitem-nos compreender a vida afetiva e imaginária não só dos membros do grupo-alvo como também do pesquisador coletivo. O pesquisador corre os riscos de enganar-se nesse tipo de pesquisa, porque ele deve levar em consideração a situação tal qual ela é definida pelos membros do grupo. Portanto, cada situação, é singular e não reproduzível.

A respeito dos vários tipos de escuta, Barbier (2007, p. 94) coloca que se trata de um “escutar/ver” que toma de empréstimo muito amplamente a abordagem rogeriana em ciências humanas, mas pende para a atitude meditativa no sentido oriental do termo. A escuta sensível apoia-se na empatia. O pesquisador deve saber sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para “compreender do interior” as atitudes, os comportamentos e o sistema de ideias, de valores, de símbolos e de mitos (ou a “existencialidade interna”, na linguagem do autor). A escuta sensível reconhece a aceitação incondicional do outro. Ela não julga, não mede, não compara. Ela compreende sem aderir às opiniões ou se identificar com o outro, com o que é enunciado ou praticado.

A escuta sensível afirma a coerência do pesquisador. Este comunica suas emoções, seu imaginário, suas perguntas e seus sentimentos profundos. Ele está “presente”, quer dizer, consistente. Ele pode não mais aceitar trabalhar com um grupo, se algumas condições se chocarem com seu núcleo central de valores e/ou sua filosofia de vida.

Importada da etnologia, a técnica do diário de itinerância é usual entre os pesquisadores em pesquisa-ação. Trata-se de um instrumento de investigação

sobre si mesmo em relação ao grupo em que se emprega a tríplice escuta/ palavra-clínica, filosófica e poética da abordagem transversal. Utiliza um bloco de apontamentos no qual cada um anota o que sente, pensa, medita, poetiza, retém de uma teoria ou conversa e o que constrói para dar sentido à sua vida.

O diário de itinerância é um instrumento metodológico específico que se distingue das outras formas de diário. Ele fala da itinerância de um sujeito (indivíduo, grupo ou comunidade) mais do que uma “trajetória” muito bem balizada. Lembremos que, na itinerância de uma vida, encontramos uma infinidade de itinerários contraditórios. A itinerância representa um percurso estrutural de uma existência concreta tal qual se manifesta pouco a pouco, e de uma maneira inacabada, no emaranhado dos diversos itinerários percorridos por uma pessoa ou grupo.

O diário de itinerância comporta bem esse caráter de intimidade com a afetividade e as reações em relação ao mundo circundante, mas, ele apresenta igualmente a característica de ser publicável, ou, pelo menos, difundível no todo ou em partes. Por certo, o escritor fará a escolha dos acontecimentos respectivos com toda sua prudência deontológica e o respeito das pessoas, mas uma parte será exposta e, na mesma oportunidade, fará exposição uns dos outros.

O diário de itinerância pode igualmente ser comparado ao diário de “bordo” do etnólogo. Tudo se passa como se o escritor transversalista percorresse sua vida e a vida de outrem com o mesmo espírito de implicação e de curiosidade heurística do pesquisador antropólogo que visita uma sociedade primitiva prestes a desaparecer. A semelhança do diário de itinerância com o diário institucional provém de uma das dimensões do conceito de transversalidade que está no cerne dos dois instrumentos de pesquisa.

Cada indivíduo, enquanto “socius”, está ligado aos outros por toda uma rede de vínculos e de referências extremamente complexa e, frequentemente, mais ou menos consciente. Essa rede constitui sua transversalidade, que o diário institucional esclarece em seu componente principalmente econômico-funcional. O diário de itinerância pode igualmente ser comparado ao diário de pesquisa. Este é um diário de pesquisa na medida em que ele representa bem um instrumento metodológico de investigação e a aplicação de uma problemática central: a

abordagem transversal com seu método de pesquisa-ação existencial. Compõem-se, concretamente, o diário de itinerância de três fases: um diário-rascunho, um diário elaborado e um diário comentado.

Na primeira fase, o diário rascunho, o pesquisador transversalista, implicado numa pesquisa-ação, redige seu diário de itinerância cotidianamente, onde ele escreve tudo que tem vontade de anotar no fervilhar da ação ou na serenidade da contemplação. Nesse momento ele não procura efeitos de estilo. Empenha-se em registrar o que lhe parece importante na sua vida ligada a de outra pessoa. Pode ser seu próprio código de escrita abreviada. É capaz de escrever, nesse diário-rascunho, de qualquer modo, sobre qualquer assunto e sobre qualquer pessoa. Trata-se da parte mais íntima do diário de itinerância: a que somente será lida verdadeiramente, na sua integralidade, pelo seu autor ou pelas pessoas próximas a ele.

Na segunda fase, o diário elaborado, será construído a partir do diário-rascunho desde o momento em que o pesquisador transversalista, por intermédio dele, dizer alguma coisa a alguém. Durante toda a fase do diário elaborado, o pesquisador está em contato imaginário com um leitor virtual. O pesquisador escreve para ele e para outra pessoa. O pesquisador, por excelência, é um ser social.

Na terceira fase, o diário comentado, é a fase crucial do processo em que o pesquisador oferece para leitura, ou expõe o fragmento (ou a totalidade) do diário elaborado para o leitor ou grupo de leitores. Se o pesquisador escolheu cuidadosamente o assunto, o texto deve necessariamente interessar. O leitor se sente tocado, envolvido e vai reagir, para o melhor ou pior. O pesquisador fica à escuta das reações do leitor e não procura discutir. O pesquisador tenta compreender o que o leitor quer dizer com suas críticas ou com suas ressonâncias.

Numa pesquisa-ação, a teoria decorre da avaliação permanente da ação. Encontra-se o seguinte processo de pesquisa em espiral: situação problemática, planejamento e ação n. 1, avaliação e teorização, retroação sobre o problema, planejamento e ação n. 2, avaliação e teorização, retroação sobre o problema, planejamento e ação n. 3, avaliação e teorização, retroação sobre o problema, planejamento e ação n. 4, e assim sucessivamente.

A cada fase da pesquisa, a avaliação e a reflexão-antes da ação e depois da ação-estão juntas. A discussão sobre esse assunto é uma das características do pesquisador coletivo. A avaliação ocorre ao testar os efeitos da ação no âmago do grupo-alvo. Este último: aceita, reage, rejeita ou nuance interpretações propostas pelo pesquisador coletivo. Toda nova ação leva em consideração essa avaliação do grupo-alvo. Pelos técnicos locais que ele comporta, o pesquisador coletivo pode, desde o início, cortar as observações extravagantes ou grosseiras e sugerir ações mais apropriadas. Pode-se falar em teorização final nua na pesquisa-ação?

É a teorização que leva o resultado da pesquisa a um estabelecimento de modelos dos processos coletivos conduzindo à realização dos objetivos de ação, quer dizer, à resolução do problema inicial. Na verdade, essa teorização é sempre local e, portanto, é preciso precaver-se contra qualquer tentativa de generalização. Uma pesquisa-ação chega ao fim quando o problema inicial é resolvido, se é que pode realmente sê-lo. Somente as pessoas ligadas podem, por fim, afirmá-lo. Os pesquisadores profissionais podem decidir que é assim por razões de tempo, dinheiro ou outra implicação, mas somente os membros do grupo-alvo têm a última palavra. A avaliação somática de uma pesquisa-ação, efetuada pelo pesquisador coletivo, tenta compreender o que é da ordem da mudança real nas atitudes, nos comportamentos das pessoas e dos grupos, ou na situação problemática.

Michel Thiollent, um tradutor da obra de André Morin, coloca que para Morin (2004, p. 14) a pesquisa-ação é participativa por essência. A participação dos atores e dos pesquisadores é analisada em suas diferentes formas e graus de intensidade, e, destinadas à democratização das práticas educativas e sociais, nos campos em que ocorrem a pesquisa e a ação. Fazendo uma revisão de trinta anos de experiências, o autor elabora o método da pesquisa-ação, tornando-o cada vez mais integral e sistêmico, e levando em conta métodos de observação participante da antropopedagogia e princípios da pedagogia aberta, que é baseada na autonomia dos educandos. Então, tal perspectiva é designada como antropopedagogia.

Em 1987, no Brasil, André Morin teve a oportunidade de implementar a grade operacional dos conceitos essenciais da pesquisa-ação integral que tinham acabado de construir após mais de dez anos de trabalho e de estudo sobre a antropopedagogia e a pesquisa-ação integral. O autor coloca também, que as

experiências do educador Paulo Freire as inspiraram em reflexões sobre a conscientização, a educação popular e a autonomia dos educandos (MORIN, 2004).

No Brasil, uma das fraquezas da pesquisa-ação tem sido a insuficiência de desenvolvimento de técnicas de pesquisa e de procedimentos de trabalho em grupos. Em projetos, muita gente acaba se satisfazendo de declarações de intenção sobre os temas da participação ou do compromisso social, sem se preocupar suficientemente com as condições concretas de obtenção da informação relevante, de interpretação e de sua conversão em ação. Tornaram-se necessários procedimentos e técnicas específicas, para elaborar, executar e avaliar projetos participativos a serem concebidos a partir da metodologia de pesquisa social e educacional, ou de concepções participativas próximas, e da sistematização de experiência. Nesse sentido, a contribuição de André Morin vem em boa hora para preencher essa lacuna na formação de novos pesquisadores.

Morin (2004) coloca que as ferramentas de coleta e a análise de dados têm chamado particular a atenção em suas experiências. Desde o início de seus estudos em pesquisa-ação, a sistêmica o preocupava em razão de sua especialização em tecnologia educacional e dos fundamentos propostos pelo autor para uma pedagogia aberta. A pesquisa sobre a sistêmica foi formalmente efetuada nesse domínio com Pierrette Cardinal (1993-1997), no Canadá, França e Austrália.

A Pesquisa-Ação Integral e Sistêmica (PAIS) mostra uma abertura à interdisciplinaridade e uma visão global e holística, porém nem sempre evidente para os atores. Se estes últimos, pesquisadores e atores, só se concentram sobre a solução de problemas pontuais, parece evidente que essa visão muito estreita pode fazer esquecer a complexidade dos fenômenos questionados.

O campo da tecnologia educativa nos familiarizou com certa globalidade e concepção sistêmica, ainda que linear e predeterminada suficientemente aos imprevistos ou a aquilo que não se pode prever na realidade educativa ou social. Uma pesquisa sobre os critérios da sistêmica e da pesquisa-ação integral tem mostrado resultados que abrem portas para um modelo integrador apto a responder às necessidades diversificadas dos atores que quisessem implicar-se na pesquisa participativa sem deixar de lado a globalidade do contexto socioeducativo.

O casamento da pesquisa-ação integral e da sistêmica (CARDINAL; MORIN, 1993), permitiu trazer resposta, parcial sem dúvida às objeções levantadas, de um lado, no tocante a uma sistêmica confinada em suas elucubrações teóricas, e do outro, no tocante a uma pesquisa-ação demasiadamente ligada à solução pontual de problemas particulares. Participação e visão global podiam se juntar.

5.3 Detalhamento do estudo

5.3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa, que utilizou a abordagem da pesquisa-ação proposta por Barbier (2007) e Morin (2004). A qual aborda: a escuta sensível, a OPC, pois um dos pesquisadores já era membro do grupo antes de iniciar a pesquisa, o diário de itinerância ou de bordo, o planejamento e a realização em espiral, os quais foram descritos no item 5.2.

5.3.2 Local e período de estudo

O estudo foi realizado em uma escola pública da rede municipal, localizada no bairro Parque Amazônia, no município de Goiânia – GO. A escola possui os três ciclos do ensino fundamental e funciona nos três turnos: matutino, vespertino e noturno. O turno matutino contempla educandos dos segundo e terceiro ciclos do ensino fundamental, com o segundo ciclo compreendendo o 4º, 5º e 6º anos e o terceiro ciclo o 7º, 8º e 9º anos.

A faixa etária dos alunos do 9º ano da escola avaliada, público alvo do projeto/pesquisa, é compreendida entre 13 a 16 anos de idade. O turno vespertino atende educandos do primeiro e segundo ciclos, sendo que o primeiro ciclo compreende o 1º, 2º e 3º anos. O turno noturno atende educandos do 5º ao 8º ano.

O período de coleta de dados ocorreu de agosto a setembro de 2017.

5.3.3 Participantes

Participaram deste estudo os adolescentes matriculados nas turmas de nono ano que frequentavam a escola municipal, por estarem no final do ciclo do ensino fundamental, e também os responsáveis e professores que preenchessem os critérios de inclusão e se submeteram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.3.3.1 Critérios de elegibilidade

-Critérios de inclusão e exclusão dos adolescentes

Os adolescentes matriculados nas turmas de 9º ano, de ambos os sexos, foram incluídos nesta pesquisa.

Os adolescentes que não compareceram à aula no dia agendado para a aplicação do questionário e/ou não aceitaram participar desta pesquisa, após esclarecimentos da pesquisadora, foram excluídos.

-Critérios de inclusão e exclusão dos responsáveis

Participou desta pesquisa um total de nove responsáveis pelos adolescentes que compareceram no dia agendado para a realização do grupo focal. Enquanto os responsáveis que não aceitaram participar desta pesquisa, após os esclarecimentos da pesquisadora, foram excluídos.

-Critérios de inclusão e exclusão dos Professores

Participou desta pesquisa um total de nove professores que compareceram no dia agendado para a realização do grupo focal, que atuavam diretamente na regência de sala do ciclo 3, que abrange o 7º, 8º e 9º anos, e trabalhavam na unidade educacional desde o início do ano de 2017.

Já os professores que se encontravam em período de férias ou licença no período de coleta de dados e que não aceitaram participar da pesquisa, após os esclarecimentos da pesquisadora, foram excluídos.

5.3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a setembro de 2017, com separação dos participantes em três grupos: adolescentes, responsáveis e professores, e foram realizadas em diferentes momentos. Para os responsáveis e professores foram realizados grupos focais com o objetivo de triangular a pesquisa envolvendo outros autores e atores, além dos alunos, o que já ocorria na escola devida às avaliações do projeto “Caderneta de Saúde do Adolescente” (CSA). E buscou as percepções dos mesmos em relação ao projeto visando mudanças e ressignificações.

5.3.4.1 Adolescentes

A coleta de dados dos adolescentes ocorreu no primeiro momento, mediante a aplicação de questionário de múltipla escolha, contendo 15 perguntas fechadas e três abertas, totalizando 18 perguntas. Os respondentes não se identificaram.

O questionário foi aplicado pela própria pesquisadora, com auxílio de uma educadora em saúde, devidamente treinada (Apêndice A).

5.3.4.2 Grupo focal: responsáveis

No segundo momento, houve a realização de grupo focal com os responsáveis. O agendamento da reunião desse grupo foi realizado por meio de convite prévio e posterior contato telefônico para reforçar o convite, com reunião agendada para o início do período matutino. Foi utilizado o instrumento da entrevista semiestruturada, guiada por perguntas norteadoras, conforme o Apêndice B.

Para se evitar repetições desnecessárias das expressões “pais/responsáveis” foi utilizado somente o termo “responsável”, independentemente do grau de parentesco com os adolescentes, sejam os pais sejam os seus representantes.

5.3.4.3 Grupo focal: professores

O de grupo focal com os professores foi desenvolvido no terceiro momento, cujo agendamento foi realizado pela coordenadora do ciclo 3, aproveitando uma reunião de planejamento da escola. Também foi utilizado o instrumento da entrevista semiestruturada, guiada por perguntas norteadoras, conforme o Apêndice C.

Ambos os grupos focais, com os responsáveis e professores, foram registrados através de gravadores e anotados em caderno de registro, também com a ajuda da educadora em saúde, no intuito de garantir a coleta das falas em relação a possíveis imprevistos.

5.3.5 Riscos e benefícios

Foram previstos os riscos mínimos para a participação nesta pesquisa, que puderam estar relacionados à exposição de opiniões e ideias pessoais perante os outros participantes, profissionais e pesquisadores, que poderiam resultar em julgamento ou exposição desnecessária.

O sigilo das informações e registros captados foi garantido pela preservação da identidade dos participantes, quando foi esclarecido e reforçado que nenhum participante era obrigado a expor nenhum dado pessoal ou emitir opinião em temas que o deixasse desconfortável.

No que diz respeito aos benefícios foi esperado que ao final da investigação a pesquisa fornecesse subsídios para a melhor compreensão do projeto CSA além de uma análise crítica e reflexiva visando possibilidades de ressignificações e mudanças nas ações e práticas.

5.3.6 Análise de dados

Para análise dos resultados, referentes aos questionários aplicados aos alunos, os dados foram ordenados e representados em forma de tabelas e gráficos empregando-se o pacote estatístico SPSS, versão 23. Com relação às falas provenientes dos grupos focais realizados com os responsáveis e professores as mesmas foram anotadas em caderno de registro e gravadas.

Com relação às questões abertas, referentes ao questionário e aos grupos focais dos responsáveis e professores, as mesmas foram categorizadas para posterior análise de conteúdo na perspectiva de Franco (2004) e Bardin (2010).

5.3.7 Aspectos éticos

O presente estudo foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFG, o qual se iniciou somente após a anuência do mesmo. A pesquisa seguiu critérios de confidencialidades, sigilo, fidedignidade e anonimato dos participantes conforme as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado com o seguinte registro: CAAE 68326417.7.0000.5083, parecer: 2167068, o qual autorizou a coleta de dados a partir de 11/04/2017.

Foram utilizados o TCLE (Apêndice D) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice E). Os dados obtidos foram apresentados nesta dissertação e poderão ser divulgados em eventos e revistas científicas, sempre respeitando o anonimato dos participantes.

6 RESULTADOS

Durante o ano de realização da pesquisa foi pactuado um cronograma de atividades do projeto “Caderneta de Saúde do Adolescente” (CSA) que se iniciou em fevereiro de 2017 e finalizado em setembro de 2017, mediante negociação da equipe de saúde e educação. Nesse período foram realizados seis encontros relacionados à formação e um encontro à aplicação do questionário.

Os adolescentes tiveram contato com os profissionais de saúde das seguintes áreas: nutrição, odontologia, serviço social, enfermagem, psicologia e musicoterapia (com formação em saúde mental). Todos esses profissionais estão vinculados ao Distrito Sanitário Sul (sede) e outras unidades de saúde.

Por meio de documentação fornecida pela Secretaria Municipal de Educação e Esporte de Goiânia foi verificada a existência de duas turmas de 9º ano na escola pública avaliada: uma com 34 alunos e outra com 35 alunos frequentando efetivamente as aulas, totalizando 69 alunos.

Com relação ao questionário, houve 53 respondentes, o que representou 76,81% dos alunos matriculados no nono ano. Somente um aluno se recusou a participar deste estudo mesmo após os esclarecimentos da pesquisadora. Esse questionário possui três partes: na primeira houve a caracterização do grupo, na segunda foram realizadas perguntas fechadas, e na terceira as perguntas abertas sobre o projeto CSA.

Houve, também, a realização de dois grupos focais, com os responsáveis e professores, em momentos distintos.

6.1 Questionário dos adolescentes

6.1.1 Primeira parte: caracterização do grupo de adolescentes

A média de idade do grupo pesquisado foi de 14,47 anos, tendo sido 13 e 16 anos a menor e a maior idade, respectivamente. A maioria do grupo tinha 14 anos (43,39%), seguido de 15 anos (33,96%), não responderam (13,20%), com 16 anos (5,66%) e com 13 anos (3,77%).

A maior parte do grupo pesquisado pertenceu ao sexo feminino (55%), enquanto o sexo masculino ficou com 45%.

A maioria do grupo morava com o pai e com a mãe (43,4%), seguido de 30,2% que morava somente com a mãe, 21% morava com outros responsáveis e apenas 5,7% morava somente com o pai.

Com relação ao bairro de moradia, 62% se referiu residir no Bairro Parque Amazônia, 20% em bairros distantes e 18% em bairros próximos. Assim, de acordo com o município de moradia, a maior parte residia em Goiânia (64%), seguido de Aparecida de Goiânia (32%) e outros municípios (4%).

6.1.2 Segunda parte: perguntas fechadas sobre o projeto

65% dos adolescentes responderam que sabiam da existência de uma CSA específica para a sua faixa etária, enquanto somente 35% disseram que não a conheciam.

Perguntados se tinham gostado de recebê-la por meio do projeto, 64% demonstraram boa aceitação, 34% se mostraram indiferentes e 2% não gostaram de recebê-la.

Sobre a indagação dos profissionais de saúde que os visitaram por meio do projeto terem estabelecido um bom diálogo e relacionamento com os adolescentes, as respostas foram as seguintes: 40,4% concordaram totalmente, 38,5% concordaram parcialmente, 21,2% discordaram parcialmente e nenhum adolescente assinalou as opções não concordo, nem discordo ou discordo totalmente.

Com relação aos temas abordados pelo projeto, foi solicitado que escolhessem somente os quatro primeiros temas que considerassem mais interessantes, dos quais: 77% escolheram o sexo, a sexualidade e os métodos contraceptivos, seguido de 63% de atividade teórico-prática de saúde bucal, 57% responderam os 10 passos da alimentação saudável para adolescentes e a prevenção ao uso de álcool e outras drogas psicoativas, e, por fim, 54% elegeram a importância da atividade física na adolescência.

Os adolescentes também foram perguntados sobre a quantidade de encontros realizados pelo projeto, ou seja, a participação nos temas abordados pelos profissionais de saúde, onde a média de respostas foi de 4,84 encontros, sendo que o total de seis encontros foi relacionado à formação.

Foram questionados, também, se os temas abordados pelos profissionais de saúde foram diferentes dos temas normalmente trabalhados em sala de aula pelos professores, cujas respostas foram: 40% para concordo totalmente, 42% para concordo parcialmente, 13% para discordo parcialmente, 2% para não concordo e nem discordo e ninguém respondeu discordo totalmente.

Outra pergunta realizada foi com relação à relevância dos temas abordados para o crescimento e aprendizagem do grupo: 34% para concordo totalmente e concordo parcialmente, 23% para discordo parcialmente, 4% para não concordo e nem discordo e 6% para discordo totalmente.

Sobre o aspecto do protagonismo do adolescente foi questionado se o adolescente se sentia capaz e habilitado para dividir, orientar, ou aconselhar outros colegas em relação aos temas abordados pelo projeto: 28% responderam concordo totalmente, enquanto 30% marcaram a opção concordo parcialmente, 23% responderam discordo parcialmente, 6% marcaram não concordo e nem discordo, e 6% escolheram discordo totalmente.

Ao serem questionados se o projeto tinha contribuído para levar novas informações as suas famílias ou melhorado o relacionamento/entendimento com as mesmas, as respostas apresentadas foram: concordo totalmente em 28%, concordo parcialmente em 32%, discordo parcialmente em 30%, não concordo e nem discordo em 8%, e discordo totalmente em 2%.

Os adolescentes foram perguntados, também, em relação ao vínculo entre a escola e a unidade de saúde mais próxima. Se após o início do desenvolvimento do projeto na escola tinham ido à unidade de saúde para realizar algum procedimento como: coleta de peso e estatura, atualização do cartão de vacina, tratamento odontológico ou outro tipo de atendimento. As respostas foram afirmativas em apenas 19% e negativas em 81%.

Finalizando as perguntas fechadas, os adolescentes foram questionados se o projeto deveria continuar na escola ou não: 88,67% dos adolescentes responderam sim, 3,77% responderam não, 5,66% se mostraram indiferentes e 1,88% anularam a sua resposta.

6.1.3 Terceira parte: categorização das respostas abertas

Quanto as perguntas abertas do questionário elaborado para os adolescentes, as mesmas tiveram as ideias-chave (I) agrupadas em 3 subcategorias, denominadas 1, 2 e 3.

A subcategoria 1 (Quadro 2) se referiu a avaliação positiva do projeto com ideias-chave (I) de I-3 a I-18 (Quadro 1), quando 88% dos alunos avaliou o projeto positivamente, relataram ter gostado do mesmo por meio de expressões como “fundamental no ensino”, e também apresentaram vários motivos para o projeto continuar na escola, tendo recomendando que esse fosse aplicado às próximas turmas de 9º ano.

Reforçaram, também, que o projeto foi importante para a aprendizagem e que trouxe novos conhecimentos. Consideraram as informações interessantes e que as mesmas contribuíram para tirar algumas dúvidas e ajudou a alertar os adolescentes a cuidarem mais de sua saúde.

Colocaram, que o projeto ajudou a pensar sobre os problemas da adolescência, incentivou e alertou sobre os perigos e as consequências de alguns comportamentos tendo contribuído no desenvolvimento, pois ressaltou a importância da saúde para uma vida melhor. Isso foi evidenciado em algumas falas como “nem todo adolescente tem orientação dos pais”, “esse projeto pode ajudar os adolescentes com problemas de ‘vícios’, psicológicos e de saúde”, “acho que esse projeto pode ajudar muitos jovens que não têm acesso a essas informações” e “esse projeto deve continuar, pois vai ajudar a guiar muitos adolescentes para uma vida melhor”.

A subcategoria 2 (Quadro 2) foi voltada para a avaliação do acesso ao serviço de saúde, com ideias-chave (I) I-1 e I-2 (Quadro 1), e foi questionado se os adolescentes tinham ido à unidade de saúde mais próxima à escola, para realizarem

algum procedimento, tais quais, tratamento odontológico, coleta de peso e estatura (antropometria) e atualização vacinal dentre outros.

Os adolescentes que responderam não tentaram justificar o motivo. Nas respostas, foi observado que três alunos possuíam obrigações extraescolares como cuidar do pai ou sobrinhos e trabalhar com os avôs. Outras justificativas de cinco adolescentes incluíram: “não tive tempo”, “não tive motivo”, “meu cartão de vacina está atualizado”, “não moro perto” e “não quis ir”. Sendo importante ressaltar que a maior parte dos alunos não teve realmente um motivo para ir à unidade de saúde mais próxima da escola avaliada.

No ano de 2017, a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, devido à crise de abastecimento, não disponibilizou recursos para o tratamento em odontologia nas unidades de saúde, portanto, não foi enviado um comunicado aos pais para o seguimento no tratamento dos grupos de adolescentes previamente selecionados, por meio de questionário aplicado pela equipe de odontologia.

Na subcategoria 3 (Quadro 2) foram verificadas as demandas para melhorar a proposta do projeto, com ideias-chave (I) I-19 a I-33 (Quadro 1), e de um modo geral, as propostas foram bastante interessantes. Entre os temas que gostariam que os profissionais de saúde aprofundassem estiveram: o sexo e a sexualidade, referido por cinco alunos e o tema sobre a prevenção ao uso de álcool e outras drogas, referido por dois alunos. Temas inéditos que surgiram como sugestões para serem incluídos foram: preconceitos, “poluição” e “corrupção no país” e incentivo/motivação às pessoas.

Dois alunos fizeram críticas ao tema referente às drogas, dizendo que o mesmo precisa ser melhorado, o que se evidenciou na escrita “não adianta só falar que é errado”.

Cinco alunos sugeriram também que o número de encontros da formação seja aumentado. Outros três reclamaram a coincidência do horário das reuniões do projeto com algumas aulas, fato que ocasionou insatisfação: “da próxima vez, não peguem para dar palestra, no único horário, que ‘uma certa’ sala tem, de uma certa matéria, na semana”, que provavelmente se referiu a aula de Educação Física (EF), pois geralmente os encontros ocorriam às quartas-feiras, nos mesmo horário da aula de EF. Sendo importante explicar que o agendamento das reuniões foi fixado às

quartas-feiras por sugestão da coordenação do projeto e aceito pela escola, mas sem nenhuma intenção de prejudicar as aulas de EF.

6.2 Grupo focal: Responsáveis

Assim como para as questões abertas dos adolescentes, os grupos focais dos responsáveis e professores tiveram as ideias-chave (I) agrupadas em 3 subcategorias, denominadas 1, 2 e 3.

Na subcategoria 1 (Quadro 2), sobre a avaliação positiva do projeto, com ideias-chave (I) I-2 a I-5 e I-7 (Quadro 1), todos os nove responsáveis que participaram do grupo focal avaliaram o projeto positivamente. Desse total, 66,66% (6) eram mulheres e 33,33% (3) eram homens. 33,33% (3) das mulheres e 22,22% (2) dos homens trabalhavam fora de casa. Inicialmente, alguns manifestaram apreensão em relação ao que seria falado e impaciência, pois estavam em horário de trabalho. Após o esclarecimento do projeto e do objetivo daquela reunião que seria o grupo focal da pesquisa, os mesmos foram se acalmando e se apresentaram mais participativos. Como esperado alguns responsáveis demonstraram mais desenvoltura para falar.

Na verdade, quatro deles assumiram que não sabiam da existência do projeto CSA na escola. O que pode ser resultado de pouco diálogo entre os adolescentes e seus responsáveis, ou ainda pela falta de comunicação sobre o mesmo entre a escola e as famílias, embora tenha sido previamente combinado com a saúde que ocorreria a divulgação do mesmo por meio de reunião prévia no início do ano letivo ou por meio de comunicado. Isso revelou uma importante questão para ser trabalhada na etapa de propostas de melhorias.

Todos os responsáveis concordaram sobre a importância da parceria saúde-escola. Um dos pais manifestou sua percepção em relação à saúde da população geral e dos adolescentes: “acho que as pessoas dão pouca importância à saúde nas suas vidas, e, que, no meu ponto de vista, isto reflete, também, na vida dos adolescentes”.

Outros responsáveis argumentaram que esse projeto deveria ter acontecido antes na escola, e que o mesmo possui bastante relevância, principalmente para as famílias que tenham piores condições financeiras para o acesso aos serviços de saúde.

Quando questionados sobre a satisfação quanto aos temas abordados, apenas dois responsáveis assumiram satisfação. Mas, ao final do grupo focal, todos os responsáveis parabenizaram o projeto e se manifestaram com entusiasmo. Todo o processo transcorreu dentro do respeito e cordialidade com relação a todas as falas.

Um pai lamentou a baixa adesão de participantes naquela reunião, outro reforçou a importância desse tipo de ação na escola e uma mãe pontuou que o projeto poderia ter iniciado quando ela própria era estudante.

É válido esclarecer que a realização do grupo focal com os responsáveis ocorreu somente após o envio do comunicado sobre o projeto e de ligações telefônicas, em dois momentos prévios à reunião para que se pudesse ter quórum. Esta medida foi adotada pelo fato dos responsáveis possuírem muitos compromissos familiares e/ou de trabalho, dentre outras questões.

Na subcategoria 2 (Quadro 2) foi avaliado o envolvimento da família na educação dos filhos, com ideias-chave (I) I-1, I-8 a I-10 e I-19 (Quadro 1), e o grupo focal responsáveis reforçou a importância da família no ato de educar. Quatro deles manifestaram a importância da família no processo de educação dos filhos, dois pais assumiram acreditar que o diálogo tende a auxiliar a direção do comportamento dos filhos.

Quando perguntados se os pais conversavam a respeito dos temas abordados pelo projeto CSA com os filhos, apenas três concordaram e assumiram que não enfrentavam dificuldades para abordar nenhum desses temas. Do total de responsáveis apenas um respondeu que possuía dificuldade de diálogo: “eu tenho dificuldade para conversar sobre alguns assuntos abordados pelo projeto com a minha filha, sim, pois sou divorciado e a convivência com ela é pequena, e, minha filha, também, não dá espaço para o diálogo”.

Quando avaliados sobre a diferença no direcionamento da educação entre meninos e meninas, duas mães se manifestaram, enfaticamente, que havia diferença sim: “as

meninas são mais sensíveis, por isso, precisavam de explicações mais detalhadas por parte dos pais, e os meninos, tinham mais “macete” de experiência, e, que, portanto, poderiam ser mais liberados”. Outra mãe colocou: “minhas meninas ficam mais dentro de casa. “Não aceito minhas meninas irem para a casa dos outros”.

Um pai apontou a importância da presença do governo e Estado na condução da educação dos filhos, pois na concepção dele: “muitos pais não tinham informações para repassar aos filhos, ou tinham as informações, mas não conseguiam, ou, não queriam repassá-las”. Mas, apesar disso, o mesmo responsável concluiu: “o papel de ensinar o caminho para os filhos deveria vir de casa”.

Sobre as demandas para melhorar a proposta do projeto avaliadas na subcategoria 3 (Quadro 2), com ideias-chave (I) I-6, I-11 a I-18 (Quadro 1), inicialmente foi reforçado o papel da parceria saúde-escola e que essa deveria ser ampliada com maior participação da área da saúde nas escolas. Uma mãe colocou que deveria incluir o tema da espiritualidade: “o mundo material não deveria ser dissociado do mundo espiritual”. Outro pai reforçou esse ponto tendo exposto o seguinte: “o projeto poderia orientar também sobre valores familiares e de Deus”.

Outra mãe enfatizou que se trabalhasse o tema da pornografia, pois na concepção da mesma: “a pornografia não é algo natural, mas sim imposta e reforçada pela sociedade e pode ocasionar desvios de personalidade, como o surgimento de abusadores sexuais e pedófilos”.

Oito responsáveis se manifestaram para melhorar a proposta do projeto. Três deles colocaram a preocupação com a questão da violência dentro da escola e a agressividade dos alunos, tendo argumentado que o projeto deveria aprofundar esse tema. Uma mãe ressaltou a importância da psicóloga no projeto para diminuir o problema da violência. Houve um pai que enfatizou que a parceria saúde-escola deveria ser ampliada para saúde-escola-segurança.

Outra questão levantada por uma mãe diz respeito ao início do projeto. Para ela o mesmo poderia começar nas séries anteriores ao 9º ano, por exemplo, a partir do 6º ano, pois colocou que os adolescentes estavam se tornando adultos precocemente: “Os adolescentes estão aprendendo tudo muito cedo, queimando etapas, indo direto, da infância para a fase adulta”.

Um pai também ressaltou a importância de a escola envolver os responsáveis na promoção de ações semelhantes às desenvolvidas na reunião realizada.

6.3 Grupo focal: Professores

Na subcategoria 1 (Quadro 2), que se refere a avaliação positiva do projeto, com ideias-chave (I) de I-1, I-4, I-12 e I-13 (Quadro 1), o grupo focal professores contou com a participação de nove professoras, ou seja, somente mulheres. Todas elas avaliaram o projeto positivamente e reforçaram que a parceria saúde-escola é necessária e importante, com o fornecimento de várias sugestões. Do total de participantes, duas eram coordenadoras e 55,55% (5) também trabalhavam em outra escola para complementar a sua renda.

Todo o grupo se mostrou satisfeito com os temas abordados na formação e três professoras colocaram também que a escola realizava um trabalho de orientação aos alunos em relação a alguns dos temas contidos na formação, inclusive esses já constavam no Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola.

Seis professoras enfatizaram a importância dos profissionais da saúde trabalharem os temas elegidos com os adolescentes. Na visão delas, os alunos tendem a valorizar mais as explicações fornecidas pelos profissionais da área da saúde, do que por elas próprias.

No que diz respeito à carência de informações dos adolescentes analisada na subcategoria 2 (Quadro 2), com ideias-chave (I) de I-2, I-3 e I-6 a I-11 (Quadro 1), as professoras relataram que os alunos não possuíam informações corretas sobre vários pontos que vão desde aos hábitos alimentares até ao comportamento na escola. Duas professoras colocaram que alguns alunos referiam não gostar do lanche da escola e frequentemente traziam de casa lanches calóricos e não nutritivos como: balinhas, chicletes, bolachas, salgadinhos de pacote. Paralelamente a isso, também era comum os mesmos reclamarem de cefaleia e dor estomacal nas proximidades do horário do recreio.

Para uma professora, os adolescentes possuem uma visão distorcida em relação a uma alimentação saudável comparando-a com “regimes”. O que pode ser evidenciado pela fala da professora referindo-se ao espanto do aluno: “— Professora,

a senhora traz fruta para lanche? A senhora tá de dieta? — Professora, a senhora não toma refrigerante? O que a senhora toma, então?”.

Três professoras levantaram também que os alunos possuem muitos “tabus”, não só alimentares, mas em relação ao sexo, a sexualidade e a homossexualidade, que muito provavelmente justificam certos comportamentos e atitudes, gerando questões de conflito, explosões e, até mesmo, o “bullying” na vida cotidiana, e concordaram que esses temas deveriam ser tratados com mais naturalidade e tranquilidade.

Sobre a sexualidade, as professoras consideraram que esse tema era bastante evidenciado pelos adolescentes, sem que os mesmos tivessem atitudes de cuidado e privacidade com relação a eles próprios e seus parceiros. Para elas existiram muitas situações inadequadas dentro da escola. Corroborando a essas exposições de falta de informação sobre o sexo e a sexualidade, comumente ocorria na escola o aparecimento de adolescentes de 14 e 15 anos grávidas, segundo uma das coordenadoras.

Uma professora de biologia pontuou que não possuía dificuldades para discutir os temas abordados no projeto com os alunos, pois ela procurava desmontar as “piadinhas” e se pautar dentro de um clima de respeito e tranquilidade: “o sexo e a sexualidade fazem parte da vida, fazemos parte da natureza, somos natureza”.

Na subcategoria 3 (Quadro 2) referente ao acesso ao serviço de saúde, com ideias-chave (I) I-5 e I-21 (Quadro 1), durante o andamento do grupo focal quando se falava da importância do projeto e da parceria saúde-escola, uma das professoras fez o seguinte comentário: “que essa parceria com o projeto era realmente muito boa, pois na minha concepção, o SUS tem um péssimo atendimento”.

Vale ressaltar que este projeto tentou estreitar o vínculo entre os adolescentes e a unidade de saúde mais próxima (unidade referência para o projeto). De maneira que, os odontólogos da unidade de saúde fizeram um atendimento aos adolescentes pré-selecionados por meio de questionário de prioridade. A enfermeira da mesma unidade desenvolveu o tema sexo, sexualidade e DST. E ainda foi solicitado que os adolescentes fizessem a antropometria e a atualização vacinal também nessa unidade de saúde.

É importante lembrar que o projeto CSA e todos os profissionais da unidade de saúde que participaram do mesmo estão vinculados ao SUS, contudo isso não foi discutido no momento do grupo focal, pois a pesquisa ateve-se em avaliar a repercussão do projeto na escola e população local.

Para o grupo focal professores houve a subcategoria 4 (Quadro 2), referente às demandas para melhorar a proposta do projeto, com ideias-chave (I) de I-14 a I-20 e I-22 (Quadro 1), sendo que oito professoras expuseram intervenções.

Seis professoras manifestaram a necessidade em aprofundar o tema sexualidade, pois para elas a maioria dos pais não conversava sobre isso com os alunos. A menstruação, por exemplo, que apesar de ser um tema mais simples e natural, não sentida dessa forma por muitos alunos. Inclusive, esse assunto possui “tabu”, o que foi exemplificado por uma professora em uma situação de “bullying” vivenciada em sala de aula.

Outra questão colocada por uma professora foi à atenção e discussão pormenorizada da homossexualidade, do gênero e da homofobia, pois as professoras observavam muito preconceito por parte dos alunos em relação a essas questões. Também foi levantada a necessidade de trabalhar o respeito, pois observavam que os adolescentes tinham muitas dificuldades para aceitar as diferenças.

Quatro professoras propuseram o aumento dos encontros da equipe de saúde na escola, por exemplo, quinzenalmente visando atingir não somente os alunos do 9º ano como também as séries a partir do 6ºano. Também demonstraram interesse sobre uma maior frequência do psicólogo ao projeto, pois esse é visto pelas professoras como o profissional de saúde que ajudaria a atenuar os problemas de violência e “explosões e ofensas” vivenciadas pelos adolescentes.

Uma professora colocou a necessidade de contato prévio dos profissionais da saúde com a escola, apresentando os temas abordados pelo projeto, antes do seu início por meio de textos e etc. Interessantemente, foi proposto por uma coordenadora a participação dos palestrantes da saúde nas reuniões de planejamento da escola, pois os professores sentem falta de interação e diálogo entre escola e saúde. Outra professora ressaltou que isso contribuiria para um melhor conhecimento delas sobre

os temas, os quais poderiam ser mais explorados com os alunos, inclusive nas avaliações da escola.

Outra questão também colocada por duas professoras diz respeito ao dinamismo das palestras. Para elas a realização de oficinas poderia gerar mais estímulos e impacto na participação dos alunos.

Uma professora manifestou ser necessária uma devolutiva do trabalho realizado com os alunos, bem como sugeriu que a avaliação fosse contínua, ao final de cada encontro, não somente ao final do projeto.

A partir da análise dos resultados realizados surgiram três categorias que foram formadas a partir da aglutinação das subcategorias emergentes descritas anteriormente. (Quadro 3)

Quadro 1 – Descritivo das ideias-chave dos atores/autores envolvidos no Projeto: CSA em uma escola da rede pública de Goiânia-Go.

Atores/autores	Ideias-chave
Adolescentes (I-1 a I-33)	I-1 Faltaram motivos para os adolescentes irem à Unidade de saúde (5), tais como: não tive tempo, não tive motivo, meu cartão de vacina está atualizado, não moro perto e não quis ir; I-2 Obrigações diversas ao estudo, como: cuidar dos pais ou sobrinhos e trabalhar com os avôs (3); I-3 Avaliação positiva do projeto (26); I-4 Justificativas de que o projeto deveria continuar na escola (20); I-5 Projeto fundamental no ensino (1); I-6 Ajudou na aprendizagem dos alunos (3); I-7 Nem todos os adolescentes têm informações dos pais (2); I-8 O projeto ensinou coisas que eu não sabia (2); I-9 Assuntos interessantes (1); I-10 Ajudou a pensar sobre os problemas da adolescência (1); I-11 Informou aos adolescentes a cuidarem da saúde (4); I-12 Projeto deve continuar para ser repassado as outras turmas do 9ºano, também (1); I-13 Ajudou no desenvolvimento (1); I-14 Orientou sobre as consequências (3); I-15 Ajudou a incentivar (1);

	<p>I-16 Tirou dúvidas (1);</p> <p>I-17 Alertou sobre os perigos (2);</p> <p>I-18 Ajudou a guiar os adolescentes a terem uma vida melhor (1);</p> <p>I-19 Falar mais sobre sexo e sexualidade (5);</p> <p>I-20 Muitos jovens fazem sexo sem pensar (1);</p> <p>I-21 Ter um lanchinho a cada aula e falar firme (1);</p> <p>I-22 Muitas pessoas não se interessam nesse projeto, então, não seria necessário a quase ninguém (1);</p> <p>I-23 O projeto precisa ter mais “autoestima”, fazer algo que os alunos possam participar e não só ouvir (1);</p> <p>I-24 Melhorar o diálogo com os alunos e fazer algo mais interessante (1);</p> <p>I-25 Ter mais que uma aula para abordar todos os assuntos (5);</p> <p>I-26 Ser mais dinâmico (1);</p> <p>I-27 Eu não gostei porque os temas abordados pegaram a aula de educação física (3);</p> <p>I-28 Colocar mais temas. Alguns para incentivar mais as pessoas (2);</p> <p>I-29 Ter palestras sobre preconceitos (1);</p> <p>I-30 Aconselhar mais sobre a “poluição” e a “corrupção” que está acontecendo em nosso país (1);</p> <p>I-31 O tema das drogas tem que melhorar. Não adianta só falar que é errado (2);</p> <p>I-32 Mais animação (1);</p> <p>I-33 Acho que poderia ter mais atividade prática. Tem muita teoria (1).</p>
<p>Responsáveis (I-1 a I-19)</p>	<p>I-1 Não sabiam da existência do projeto (4);</p> <p>I-2 Avaliaram o projeto positivamente (9);</p> <p>I-3 Pouco reconhecimento da importância da saúde (1);</p> <p>I-4 Auxilia principalmente as famílias de baixa renda (1);</p> <p>I-5 Parceria saúde-escola é excelente (1);</p> <p>I-6 Ampliar essa parceria para: saúde-escola-segurança (1);</p> <p>I-7 Satisfação com os temas abordados na formação (2);</p> <p>I-8 Dialogam sobre os temas da formação com os filhos e filhas (3);</p> <p>I-9 Crença de que o diálogo auxilia no comportamento dos filhos (3);</p> <p>I-10 Diferença na orientação de meninos e meninas (2);</p> <p>I-11 Demandas para melhoria da proposta (8);</p> <p>I-12 Preocupação com a questão da violência;</p>

	<p>I-13 Incluir temas, como a espiritualidade, valores de Deus e da família;</p> <p>I-14 Incluir o tema da pornografia;</p> <p>I-15 Enfatizaram a importância do psicólogo na escola;</p> <p>I-16 Aumentar o número de encontros na formação</p> <p>I-17 Ampliar a proposta para as séries mais iniciais.</p> <p>I-18 Preocupação com a violência na escola e na cidade (3);</p> <p>I-19 Importância da família no ato de educar (4)</p>
<p>Professores (I-1 a I-22)</p>	<p>I-1 Avaliaram positivamente o projeto (9);</p> <p>I-2 Carências de informações adequadas em relação a vários aspectos da vida dos adolescentes (4);</p> <p>I-3 Atitudes “avançadas” com relação à sexualidade (2);</p> <p>I-4 Parceria saúde-escola necessária e importante (1);</p> <p>I-5 O SUS tem péssimo atendimento (1);</p> <p>I-6 Alguns adolescentes não gostam do lanche da escola e levam para o recreio alimentos não nutritivos (2);</p> <p>I-7 Os adolescentes reclamam de cefaléia e dor estomacal (1);</p> <p>I-8 Associação entre alimentação saudável e “regime” (1);</p> <p>I-9 Os adolescentes têm muitos tabus (2);</p> <p>I-10 Relato de bullying em relação à menstruação (1);</p> <p>I-11 Frequentemente, aparecem meninas grávidas na escola(1);</p> <p>I-12 Satisfação com os temas abordados na formação (2);</p> <p>I-13 A escola já trabalha, através do PPP, alguns temas do Projeto: CSA (3)</p> <p>I-14 Demandas para melhorias da proposta (6):</p> <p>I-15 Aprofundar os temas sexo, sexualidade, DSTs e métodos contraceptivos (6);</p> <p>I-16 Inserir temas como a homossexualidade, as questões de gênero, a homofobia (1);</p> <p>I-17 Respeito às diferenças (2);</p> <p>I-18 enfatizaram a importância do psicólogo na escola;</p> <p>I-19 Aumentar o número de encontros da formação (4);</p> <p>I-20 Ampliar o projeto para as séries mais iniciais.</p> <p>I-21 Direcionar os adolescentes com problemas com álcool e outras drogas. (1)</p> <p>I-22 Incentivar a prática da atividade física na prevenção e controle da obesidade (1)</p>

Quadro 2 – Representação das subcategorias dos atores/autores envolvidos no Projeto: CSA em uma escola da rede pública de Goiânia-GO.

ATORES	SUBCATEGORIAS
Adolescentes	1- Avaliação positiva do projeto (I-3 a I-18) 2- Acesso ao serviço de saúde (I-1 e I-2) 3-Demandas para melhorar a proposta do projeto (I-19 a I-33)
Responsáveis	1-Avaliação positiva do projeto (I-2 a I-5 e I-7) 2-Envolvimento da família na educação dos filhos (I-1, I-8 a I-10 e I-19) 3-Demandas para melhorar a proposta do projeto (I-6, I-11 a I-18)
Professores	1-Avaliação positiva do projeto (I-1, I-4, I-12 e I-13) 2-Carências de informações dos adolescentes (I-2, I-3 e I-6 a I-11) 3-Acesso ao serviço de saúde (I-5 e I-21) 4-Demandas para melhorar a proposta do projeto (I-14 a I-20 e I-22)

Quadro 3 – Representação das categorias formadas a partir da aglutinação das subcategorias dos atores/autores envolvidos no Projeto: CSA em uma escola da rede pública de Goiânia-Go.

SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
Subcategorias: avaliação positiva do projeto e acesso ao serviço de saúde.	Categoria 1: Percepção do projeto e a relação com o SUS
Envolvimento da família na educação dos filhos e Carências de informações dos adolescentes.	Categoria 2: Envolvimento da família na educação dos filhos.
Demandas para melhorar a proposta do projeto.	-Categoria 3: Contribuições para o aperfeiçoamento do projeto

7. DISCUSSÃO

Este foi um processo extremamente desafiador, pois fez com que o pesquisador/coordenador do projeto saísse de um lugar comum e percorresse outros caminhos. Desse modo, todos os atores/autores envolvidos participaram ativamente das críticas ao projeto em questão, na ratificação das condutas assertivas e na construção de sugestões, para que a proposta se tornasse mais envolvente e transformadora.

Considerando-se uma realidade bastante complexa com inúmeras demandas por parte da saúde, é difícil prever se todas as propostas poderão ser efetivadas, porém, esforços serão empregados para que algumas modificações substanciais possam ser implementadas a pequeno e médio prazos.

O que se percebeu, em grande parte das falas, foi uma grande expectativa em relação à saúde, talvez, muito além do que, de fato, pode ser realizado, pois é sabido que a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia possui muitas deficiências em relação ao pessoal, aos materiais e a infraestrutura, dentre outras.

A experiência do projeto: CSA na escola, apesar de apresentar algumas lacunas, vem sendo realizado com muito esforço, por parte de toda equipe de saúde envolvida. É bom que se coloque, também, o fato de se estar Tateando numa experiência, relativamente, nova, da forma como foi estruturada, e, desafiadora.

As modificações pretendidas, a partir dessa pesquisa vêm ocorrendo desde o ano passado, no decorrer do ano de 2018, e, provavelmente, mais acentuadamente, no ano de 2019. É interessante explicar, que, no decorrer do projeto/pesquisa, houve uma sobrecarga de tarefas e superposição de papéis concomitantes, ou seja, o de coordenadora do projeto e pesquisadora.

A abordagem utilizada, a pesquisa-ação, proposta por Barbier (2007) e Morin (2004) foi essencial, cuja dimensão foi fundamental para socializar as ideias do projeto e buscar o envolvimento e a parceria com a comunidade escolar, os responsáveis e os profissionais da saúde. É certo que após experiência concreta, os responsáveis e professores deverão ser incorporados, definitivamente ao projeto, como parte integrante e indissociável, por meio de processo contínuo de avaliação e socialização das experiências dentro da comunidade escolar.

Ao contrário do que a equipe de saúde intuía, foi surpreendente constatar, por meio do questionário aplicado, que a maior parte dos alunos não residia no município de Aparecida de Goiânia, como era imaginado, mas no próprio município de Goiânia (64%), e, que também a maior parte deles morava no bairro Parque Amazônia (62%), sendo que os adolescentes moradores de Aparecida de Goiânia representaram 32%. Isso foi importante para se caracterizar e conhecer o público alvo do projeto.

A avaliação positiva do projeto foi comum a todos os atores da pesquisa: adolescentes, responsáveis e professores. Os adolescentes valorizaram a presença da equipe de saúde na escola, os temas abordados, a discussão acerca da adolescência, e, de um modo geral, consideraram a abordagem da saúde diferente em relação ao que os professores já trabalhavam em sala de aula, apesar de uma coordenadora colocar que vários daqueles temas já constavam no PPP da escola. Contudo, embora tenha havido uma avaliação positiva do projeto, muitos deles fizeram críticas interessantes concernentes à metodologia e à abordagem de alguns temas.

Concordando com as ideias das professoras, a equipe de saúde apresentou certa dificuldade, de fato, quanto à abordagem metodológica. O que é corroborado por Matos e Martins (2013) que afirmaram que o uso de recursos lúdicos viabiliza um processo pedagógico que integra o conhecimento psicológico à educação. Esse processo favorece uma maior interação entre os aspectos cognitivos e afetivos. Esses autores também destacaram a importância das oficinas, pois, permitem a abordagem de conteúdos com a utilização de recursos lúdicos dentro de uma visão construtiva e participativa. As oficinas têm objetivo não apenas de esclarecer sobre os meios de prevenção, mas de fomentar debates acerca das dimensões social, econômica, simbólica, cognitiva e afetiva no interior da prática pedagógica.

Falkenberg et al (2014) aprofundaram essa questão, quando colocaram que é possível perceber a necessidade de complementação do atual modelo de atenção assistencialista, centrado na doença, excessivamente especializado e ainda prioritariamente hospitalar, por um modelo integral, que priorize a promoção da saúde e a prevenção de agravos, e que utilize a educação em saúde de forma participativa e dialógica. Onde, as alterações no processo de formação profissional e reflexão sobre suas práticas podem auxiliar na mudança de paradigma.

Com isso, é importante a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem participativas e dialógicas, tais como as utilizadas nas ações de educação popular em saúde, inseridas nos currículos de educação continuada e nas ações de educação permanente de saúde, visando uma formação profissional em saúde mais adequada às necessidades de saúde individuais e coletivas, na perspectiva da equidade e da integralidade (FALKENBERG et al., 2014).

Os responsáveis se manifestaram surpresos com o projeto na escola, pois foi verificado que esses não sabiam da existência do mesmo. Ficou combinado que a escola informaria sobre o projeto aos responsáveis nas reuniões iniciais do ano letivo. Possivelmente, devido à baixa frequência dos responsáveis nessas reuniões poucos tiveram conhecimento do projeto. Além disso, os adolescentes também não devem ter comentado sobre o mesmo com os seus responsáveis. Assim, seria interessante que a própria coordenadora do projeto participasse das reuniões da escola a fim de esclarecer as propostas do projeto, sendo que no ano de 2018, essa mudança já foi incorporada.

Com relação às professoras foi observado grande valorização do projeto e da parceria saúde-educação. Elas enfatizaram a importância dos profissionais de saúde apresentarem os temas fundamentais para a adolescência, e, admitiram, que, não raramente, elas mesmas não tinham domínio. Sobre isso, na concepção de algumas professoras os alunos valorizam mais a fala dos profissionais de saúde, pois os consideraram que eles “tinham mais propriedade” para tal.

Reis et al (2014) corroboraram essas ideias, quando verificam a necessidade de intensificar as ações multiprofissionais e intersetoriais como forma de cumprir os preceitos da promoção da saúde e atender o adolescente em sua integralidade. Com isso, criar espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde, pais, responsáveis e comunidade seria, comprovadamente, um importante instrumento para construir uma resposta social para a superação das relações de vulnerabilidade às DST/AIDS, ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, à violência e à gravidez precoce e não planejada.

No entanto, no ano de 2017, em virtude da grave crise de abastecimento da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, lamentavelmente, os adolescentes que tinham respondido ao questionário de prioridade em saúde bucal, não tiveram suas

demandas atendidas pela unidade de saúde. Com isso, a procura pela unidade de saúde mais próxima (unidade referência) foi de apenas 20%. Vale ressaltar, que, normalmente, a procura dos adolescentes pela unidade de saúde não é grande. Os responsáveis pelos adolescentes a procuram, na maior parte das vezes, quando estes estão adoecidos, através do serviço de teleagendamento. Nesse sistema, inclusive, não há a garantia de acesso à unidade mais próxima à moradia. É importante esclarecer, também, que, quando os adolescentes são selecionados para o seguimento do tratamento odontológico na unidade de saúde, os mesmos passam a ter o acesso facilitado em função do projeto.

No grupo focal das professoras foi percebida grande insatisfação de uma das professoras em relação ao SUS, que manifestou, enfaticamente, indignação e impaciência com a deficiência do serviço e do mau atendimento. Essa situação acabou por constranger os profissionais de saúde, uma vez que os mesmos estão vinculados ao SUS. É sabido que o SUS apresenta deficiências, especialmente após a Proposta de Emenda Constitucional PEC-241(ou 55) que reduziu verbas no orçamento da saúde e educação, dentre outros setores, e, também, em relação a todo processo de desmonte do estado brasileiro. Dessa forma, a posição da coordenadora deve ser considerada, embora não se deva esquecer que as deficiências ocorrem na maioria das áreas do serviço público, sendo amplas e generalizadas.

O olhar de Martins et al (2013) para a necessidade de disponibilização de espaços nos serviços de saúde para o atendimento humanizado e adequado para os adolescentes se mostrou bastante aplicável neste estudo. Esse acesso precisa ser facilitado e ampliado, garantindo o atendimento de suas necessidades de saúde. É fundamental que os diversos profissionais estejam disponíveis para ouvir os adolescentes, dentro de sua realidade, respeitando a diversidade de ideias, sem emitir juízos de valores que inibam sua comunicação e a formação de vínculo. O desenvolvimento do vínculo entre o adolescente e o profissional é a base para qualquer trabalho preventivo.

O papel da família na formação dos adolescentes manifestou-se mais acentuadamente nos grupos focais realizados com os responsáveis e professores, porém, foram percebidas divergências bem marcantes em relação aos diferentes atores/autores. Na visão da maior parte dos responsáveis, o que pôde se perceber,

foi que muitos deles tinham plena convicção de fazerem o melhor por seus filhos, que dialogavam, até mesmo, sobre temas considerados polêmicos como sexualidade, drogas, e, etc. Um ponto bem marcante nas falas, inclusive das mulheres, foi à percepção de um discurso machista, onde foi evidenciado que essas educam as meninas diferentemente dos meninos. Enquanto os meninos tinham mais liberdade, as meninas se mostraram mais “preservadas”. Segundo as colocações, os meninos eram mais “experientes” e não necessitam de tantos “cuidados”, enquanto as meninas eram mais “sensíveis” e necessitavam de mais “orientações”.

Para as professoras os responsáveis não orientavam de forma satisfatória seus filhos e filhas, até mesmo com relação ao comportamento e postura em sala de aula com os colegas e parceiros, entre outros. Percebeu-se grande estresse, cansaço e leve desânimo no grupo de professoras, pois elas sempre expressavam as situações de conflito no espaço escolar. Relataram comportamentos de desrespeito por parte dos alunos, falta de orientações básicas extremas e grande agressividade em alguns momentos. Diante dessas exposições, ficou compreensível a atitude das professoras sobre a realização de atividades fora da sala de aula, no momento da chegada dos profissionais de saúde e o desejo intenso pela presença de um psicólogo no espaço escolar.

Essas posições contraditórias sugeriram falha na comunicação/relação dos responsáveis com seus filhos e filhas. Com certeza, devem tentar se expressar/educar/orientar, mas provavelmente, o discurso, a relação está vazia, sem significados substanciais. Por meio da observação sistemática e experiência acumulada nesse projeto, desde 2015, foi bastante considerada a fragilização das professoras, pois a arena de conflitos evidenciada era bastante extensa e, ao mesmo tempo, não tinha sido fácil, para a equipe de saúde, estimular os adolescentes a terem interesse para ouvir, discutir, interagir e participar construtivamente.

Alguns professores, não todos, vão se esgotando, adoecendo e diminuindo a paciência, a leveza, a tranquilidade, e, até mesmo, a sensibilidade. Com certeza, as políticas governamentais precisariam valorizar mais os professores e melhorar suas condições de trabalho, para estimulá-los a romper esse ciclo.

Os adolescentes apresentaram-se bem críticos com relação à categoria contribuições para o aperfeiçoamento do projeto. Sugeriram tornar os encontros da formação “mais dinâmicos” e “atrativos”. Também sugeriram aumentar o número de encontros e que os temas sexo, sexualidade e DST fossem mais discutidos.

Com relação ao tema álcool e outras drogas psicoativas sugeriram mudar a forma de abordagem. E ainda manifestaram grande insatisfação por terem ficado sem algumas aulas de educação física devida coincidência com os dias dos encontros da formação. A alternativa criada foi alternar os dias da semana de terça a quinta, período de maior frequência, sendo que esse ajuste está sendo realizado no cronograma de 2018.

Os adolescentes sugeriram também a inclusão de outros temas como o preconceito, a poluição e a corrupção no país e o incentivo às pessoas, os quais refletiram exatamente o momento político social vivenciado neste país, onde a grande mídia tem evidenciado várias situações de intolerância, preconceito e um verdadeiro bombardeio de informações sobre a corrupção no país.

Segundo Martins et al (2013), na adolescência o indivíduo adquire comportamentos que, em grande parte, serão mantidos ao longo da vida. Sendo assim, esse é o melhor momento para as intervenções na área de saúde, especialmente no ambiente escolar, tendo em vista a adoção de hábitos de vida saudáveis e de promoção da saúde na vida adulta. O processo de educação sexual deve ser exercido não como domesticação do indivíduo, mas como uma oportunidade de autorreflexão, a partir da qual o indivíduo possa se estabelecer como sujeito e exercer uma visão crítica e uma práxis transformadora sobre sua sexualidade, o que contribuiria para a afirmação dos ideais emancipatórios da humanidade, a partir do respeito ao outro e às diferentes formas de exercício da sexualidade.

Chaves et al (2014) reforçaram as ideias anteriores, ao colocar que o espaço escolar é visto como o melhor ambiente para se trabalhar ações de educação sexual com os adolescentes, pois é lá que estes passam tempo considerável e é para lá que levam suas dúvidas esperando que elas sejam respondidas. É dentro do espaço escolar, também, que o adolescente se sente mais confortável para discutir certos assuntos já que estão no grupo de iguais com o qual têm afinidade.

Com relação à metodologia algumas falas se referiram a “autoestima” do projeto, no sentido de que fosse feito algo que exigisse maior participação dos alunos, melhorar o seu diálogo e ser mais interessante. Reforçaram que poderia haver mais atividades práticas e menos atividades teóricas. Outros utilizaram os termos: “mais dinâmico”, “mais animado” e “com lanchinhos fornecidos pelos palestrantes”.

Leite et al (2014) trouxeram importante contribuição nessa reflexão, quando colocaram que as ações nos processos educativos em saúde para os adolescentes devem ser focadas em diferentes contextos: nas unidades de saúde, escolas e seio familiar, não condicionando a existência de um programa específico. Assim, quando esse processo acontece a partir de uma metodologia dialógica os sujeitos podem sentir-se motivados a querer participar e aprender.

Quanto aos responsáveis foi observada grande preocupação em relação à violência dentro da escola, mas que este projeto consistiu em uma interessante parceria na tentativa de minimizar esse problema. Eles também ressaltaram a importância da figura do psicólogo, o que também foi verificado entre as professoras. Assim, o projeto despertou muitas expectativas. O que é natural embora tenha havido limitações que impossibilitaram a realização de todas as expectativas. Certamente, a presença do psicólogo seria muito importante nas escolas públicas e particulares, o qual deveria ser inserido pela própria Secretaria Municipal de Educação.

Com relação aos novos temas sugeridos pelos responsáveis se destacaram os seguintes: a espiritualidade, os valores espirituais e de Deus, a pornografia e a violência nas escolas. Foi observado que as preocupações e desejos dos responsáveis diferiram enormemente sobre o que ocorria com seus filhos e filhas. Enquanto um grupo quis aprender e conhecer mais sobre sexo, sexualidade, drogas, preconceitos e corrupção no país, o outro grupo de responsáveis demonstrou o desejo de se trabalhar os valores de Deus, a espiritualidade e a violência.

Sobre os temas violência e pornografia há a possibilidade concreta de serem trabalhados, talvez, não isoladamente, mas associados a outros temas já discutidos. Os temas espiritualidade e valores de Deus são mais complicados de se trabalhar, pois existiam várias concepções individuais a respeito do assunto, além da laicidade do estado. Esses temas teriam que ser trabalhados de forma mais abrangente, envolvendo o estudo de várias religiões e não somente daquelas hegemônicas no

país. Provavelmente, um resultado eficaz seria atingido se o preconceito, respeito, ética e cidadania fossem incisivamente tratados, assim poderia se conquistar a sensibilidade e espiritualidade dos adolescentes, no sentido da aceitação da individualidade e liberdade do outro, mas não de forma doutrinária.

Todos os atores envolvidos forneceram interessantes sugestões. As professoras solicitaram que os encontros da formação pudessem ser ampliados, e, se possível para que o projeto fosse estendido às outras séries do ensino fundamental. Essa reivindicação também foi recorrente entre os alunos e responsáveis. Infelizmente, os profissionais de saúde realizam outras atividades que impossibilitam esse pedido, mas vale lembrar que, devida proposta metodológica, o cronograma de atividades de 2018 sofreu modificações, com o acréscimo de três encontros: a participação na reunião prévia com os responsáveis para falar da proposta do projeto e a inserção da avaliação para os responsáveis e professores.

A inserção dos profissionais da saúde nas reuniões de planejamento da escola tenderia a melhorar as ações do projeto, pois nessas reuniões há a possibilidade de se conversar sobre vários temas da adolescência com os professores de diversas séries, os quais poderiam ser multiplicadores dos temas para os alunos das outras séries.

Contudo, alguns professores optaram por não participar dos encontros da formação com os profissionais de saúde por precisarem dar atenção a outros compromissos que estariam atrasados e gostariam de aproveitar o momento para colocá-los em dia. Embora, a participação no projeto seja livre, o ideal seria os professores evitarem esse posicionamento, pois termina por afetar diretamente a interação com os profissionais de saúde e a experiência, que poderia ser bem rica, se esvazia.

Nas reuniões de grupo focal com as professoras foi solicitado pelos mesmos um material de apoio sobre os temas abordados pelo projeto com os alunos. Isso levou a dedução de que uma parte das professoras não se mostrou disposta a se envolver no projeto, mas ainda assim mostraram interesse em adquirir conhecimento sobre o que estaria ocorrendo em sala de aula.

Penso et al (2013) em sua pesquisa buscou abordar a relação entre saúde e escola na perspectiva dos profissionais da saúde, tendo lançado um olhar cuidadoso para essa difícil tarefa de integração entre as duas áreas que agregam políticas públicas.

Ele identificou um desconforto dos profissionais da saúde com a baixa integração entre eles e professores. Essa relação não se mostrou fácil e os relatos dos participantes da pesquisa evidenciaram o quanto as ações em saúde e em educação ainda precisam se apropriar das diretrizes do PSE, embora se reconheça que esse quadro vem se modificando progressivamente. Apesar das políticas preconizarem ação conjunta de diferentes esferas do governo como a saúde e a educação, tal posição ainda precisa ser incorporada ao cotidiano dos profissionais envolvidos.

O grupo de professores sugeriu que o tema sexualidade fosse aprofundado, assim como os adolescentes. Mas, o primeiro incluiu também a questão da homossexualidade, gênero e homofobia. Ao mesmo tempo enfatizou a necessidade de se trabalhar o respeito, pois os adolescentes se mostravam despreparados quanto a diversos assuntos e muita dificuldade para lidar com as diferentes orientações sexuais.

Outra preocupação exposta pelas professoras diz respeito à alimentação. Os adolescentes frequentemente levavam para a escola alimentos açucarados, salgados e gordurosos, apesar da escola oferecer diariamente a merenda. E frequentemente eles referiam cefaleias e dores estomacais segundo as professoras. Também foi verificada preocupação com o aumento da obesidade e a necessidade de se estimular a prática da atividade física, não só na escola, mas nas atividades diárias dos adolescentes.

Corroborando com o incremento da obesidade, segundo o Ministério da Saúde (2009) apud Freitas et al (2014, p.1756) referente aos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, mostraram que 21,6% dos adolescentes entre 15 e 19 anos estavam com excesso de peso, sendo que 4,4% deles se encontravam obesos e 2,2% estavam com déficit de peso.

Em um estudo transversal, realizado em 2009 por meio da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), contou com uma amostra de 60.973 estudantes, entre 13 e 15 anos de idade, do nono ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas, foi verificado que mais da metade dos alunos consumiam feijão em pelo menos cinco dias da semana, especialmente os meninos (68,3%) e alunos das escolas públicas (65,8%). O consumo regular de frutas frescas foi baixo (31,5%) e

semelhante entre meninas (31,6%) e meninos (31,4%) em escolas públicas e privadas. As guloseimas (50,95%) foram consideradas os marcadores de alimentação não saudável, especialmente pelas meninas. 43,1% praticavam a atividade física nos níveis recomendados, tendo sido mais frequente entre os meninos e alunos de escolas privadas (CARVALHO MALTA et al., 2014).

Quanto ao tempo em frente à TV, 79,5% dos alunos alocaram mais de duas horas diárias, tendo sido maior entre os alunos de escolas públicas. 24,2% dos estudantes de ambos os sexos de escolas públicas já experimentaram cigarro alguma vez na vida. E o uso atual do cigarro foi verificado em 6,3% dos alunos, com proporção levemente superior entre alunos de escolas públicas e sem diferença entre os sexos. O estudo mostrou ainda que 71,4% dos alunos já experimentaram bebida alcoólica alguma vez na vida, sendo maior a frequência entre as meninas de escolas privadas. O consumo atual de bebida alcoólica foi de 27,3%, com frequência levemente superior entre alunos de escolas privadas. Alunos que experimentaram drogas ilícitas somaram 8,7%, tem sido o uso mais frequente entre meninos de escolas públicas (CARVALHO MALTA et al., 2014).

Um dos desafios desse projeto consistiu em tratar de vários assuntos de diferentes áreas do conhecimento, nos quais o próprio profissional de saúde pode apresentar dificuldade em fornecer respostas. Assim, se faz necessário reforçar as reuniões de equipe da saúde, que seria um momento propício não somente para a avaliação, como também para construir um espaço interdisciplinar de estudo de discussão de temas pertinentes à adolescência como o estímulo à alimentação saudável e prática regular de atividade física, ao autocuidado em saúde bucal, ao sexo seguro, à vivência da sexualidade, às questões de gênero e à prevenção ao uso de álcool e drogas, dentre outras questões. Desafio ainda maior é verificado pelo aumento das vulnerabilidades, vivenciadas pelos adolescentes e jovens de escolas públicas.

Salci et al (2013) realizaram uma importante reflexão quando colocaram que a educação em saúde é uma importante ferramenta da promoção da saúde, envolvendo os aspectos teóricos e filosóficos, os quais devem orientar a prática de todos os profissionais de saúde. Para que se desenvolva um trabalho convergente aos princípios da promoção da saúde, tal como proposto na Carta de Ottawa, em 1986, há necessidade de se colocar ênfase no desenvolvimento de habilidades

pessoais e sociais, através da educação em saúde, desenvolvida de maneira dialógica e libertadora.

Quadro 4 - Síntese da discussão referente às convergências das ideias-chave emergentes do Projeto: CSA em uma escola da rede pública de Goiânia-Go.

Atores/autores	Convergências
Adolescentes, responsáveis e professores	-Avaliação positiva do projeto; -Aumentar o número de encontros na formação.
Adolescentes e professores	-Adolescentes: crise de abastecimento na SMS-não seguimento ao tratamento odontológico; -Professores: dificuldades no acesso ao SUS.
Adolescentes e professores	-Adolescentes: explorar/aprofundar os temas relativos à sexualidade, sexo, etc.; -Tornar os encontros da formação mais atrativos e estimulantes.
Responsáveis e professores	-Necessidade de se trabalhar mais o tema relativo à violência; -Importância do psicólogo na escola; -Incluir ao projeto: séries mais iniciais.

Quadro 5 - Síntese da discussão referente às divergências das ideias-chave emergentes do Projeto: CSA em uma escola da rede pública de Goiânia-Go.

Atores/autores	Divergências
Adolescentes, responsáveis e professores	Adolescentes: aprofundar os temas sexo e sexualidade; drogas, etc. Incluir: corrupção no país; preconceito; incentivo às pessoas. Responsáveis: incluir temas: espiritualidade; valores de Deus e da família; pornografia; violência. Professores: incluir homossexualidade; questões de gênero; homofobia; respeito.
Responsáveis e professores	-Responsáveis: envolvimento da família na educação dos filhos. -Professores: carências de informações por parte dos adolescentes.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que a abordagem da pesquisa-ação contribuiu enormemente com a pesquisa, no sentido de abrir e/ou ampliar o canal de comunicação com outros atores/autores sociais envolvidos. Essa interação mostrou-se produtiva, pois socializou o projeto desenvolvido na escola no sentido de perceber a satisfação dos adolescentes, responsáveis, professoras e suas ressalvas. Desse processo desafiador de construção, a exposição das críticas e sugestões foi essencial para desvelar um novo olhar às ações, até então, desenvolvidas na escola visando melhorias na construção da etapa de planejamento.

É importante colocar, também, a reafirmação da viabilidade do trabalho da equipe multiprofissional da saúde, reforçando a intersetorialidade das ações entre saúde/educação, mesmo que esta não tenha se dado nos moldes do PSE. Por meio da pesquisa bibliográfica foi verificado que há poucas referências sobre a utilização da CSA, e a maior parte dos trabalhos se referem à caderneta de saúde da criança. A CSA, por sua vez, constitui um importante recurso que deveria ser mais trabalhado pelas equipes de saúde, independentemente, da existência do PSE. A utilização dessa caderneta poderia ajudar a atender e/ou acompanhar uma clientela carente de informações básicas e essenciais, dentro de uma faixa etária específica, através da educação e da promoção da saúde.

As reuniões de planejamento da escola se mostraram como um importante espaço que precisaria ser melhor explorado, em virtude da possibilidade de uma maior interação da equipe de saúde com os professores de outras séries, os quais poderiam atuar como multiplicadores, considerando-se a impossibilidade de agregar mais pessoal e recursos da saúde para ampliação do projeto para todas as séries.

Nesta pesquisa também foi reafirmada a parceria saúde-escola, onde a educação em saúde sustenta-se como um importante tema transversal, que se fortaleceu com a interação dos saberes dos diferentes atores/autores envolvidos. Dessa forma, a escola foi o cenário da pesquisa vista como importante local na formação.

Contudo, isso não inviabiliza que as próprias unidades de saúde possam trabalhar a CSA. Inclusive, sugere-se como trabalhos futuros, inserir a CSA dentro da dinâmica

das unidades de saúde, pois, vários autores colocam, que, a interação com os adolescentes nesses espaços possui lacunas que deveriam ser repensadas/reestruturadas, através da construção de possibilidades para a discussão de temas, o acolhimento, a orientação e o acompanhamento humanizados por parte do serviço de saúde. (FROTA; SILVA, 2016; JAGER et al., 2014; TORRES, et al., 2010; FALKENBERG et al., 2014; MARTINS et al., 2013; REIS, et al., 2014; LEITE et. al., 2014)

Uma limitação deste estudo foi à centralidade nas turmas de nono ano, pois se temia que a caderneta pudesse sofrer resistência por parte de alguns pais/responsáveis, pelo fato dela conter imagens referentes a sexo e métodos contraceptivos. Mas, não houve nenhuma repercussão negativa ou de repreensão ao longo do trabalho realizado desde o seu início em 2015. Centrar nas turmas de nono ano, por outro lado, demonstrou cuidado/atenção por parte da equipe de saúde, em se tratando de um projeto piloto. Inclusive, pelas falas coletadas, grande parte dos participantes sugeriu que se trabalhasse mais precocemente a CSA nas séries mais iniciais.

Por meio desta pesquisa foi constatada a importância e necessidade da equipe de saúde tentar buscar, continuamente, um maior envolvimento dos adolescentes, dos responsáveis e do corpo docente da escola. Embora, os adolescentes e professores, tenham feito várias críticas e sugestões para a necessidade de alguns ajustes metodológicos, principalmente, a respeito à abordagem aos adolescentes, que requerem mais esforços e preparo da equipe de saúde a fim de se tornar os encontros da formação mais atrativos, participativos e significativos. Para que esta mudança possa ser atingida, a equipe de saúde envolvida deverá ter/desenvolver maior sensibilidade/preparo em relação à exploração das dúvidas e das reais necessidades e interesses do grupo.

Diante da relevância do tema estudado e da contribuição que a pesquisa trouxe ao Projeto: CSA, a perspectiva de toda a equipe de saúde envolvida é a de continuidade e aperfeiçoamento do mesmo. Porém, para se alcançar resultados ainda mais satisfatórios, deverão ser, gradativamente, incorporadas ao projeto as críticas e sugestões levantadas/elencadas pelos atores/autores dessa pesquisa, à construção da etapa de planejamento, bem como a necessidade de seguimento ao processo de avaliação/reavaliação dos resultados alcançados, pois esta constitui a essência da pesquisa-ação.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, T.W. À guisa de introdução: Adorno e a experiência formativa. In: _____ **Educação e emancipação**. Tradução de Wolfgang Leo Maar. 4ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016. 190p.
- ARISTÓTELES, E. **Política**. Tradução de António Campelo Amaral e Carlos Carvalho Gomes. 2ª ed. Portugal: Vega, 2016. 664p.
- ABRAHÃO, A.L. et al. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramenta na prática de ensinar. **Interface-Comunicação-Saúde**, v. 18, n.49, p.313-324, 2014.
- ANJOS, R.E. Aportes teóricos da psicologia histórico-cultural para a educação escolar de adolescentes. **Atos de Pesquisa em Educação - PPGE/ME**, v. 9, n. 1, p. 106-126, jan./abr., 2014.
- ARAÚJO, D. et al. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.31, supl.1, p.20-31, 2007.
- BARBIER, R. **A Pesquisa-Ação**. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Liber livro: 2007. 159p.
- BARBOSA, R.P.et al. Programa Bolsa Escola: entre a assistência social e a política educacional. **Rev. FSA**, v.11, n.4, art.6, p.101-119, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70 ed. Lisboa: LDA, 2010.
- BICA, I. et al. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com a sua saúde oral. **Millenium**, v. 40, p. 115-131, 2011.
- BRANCO, M.L.; HILÁRIO, M.O.E.; CINTRA, I.P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo**, v.33, n.6, p. 292-296, 2006.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do adolescente**. 7. ed. Brasília: Câmara, 2010. 225 p. – (Série legislação; n. 25)
Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/785/estatuto_crianca_adolescente_7ed.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF, 2010. 132 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente**. 2ª ed. Brasília, DF, 1996. 32p. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd0305.pdf>>. Acesso em: 25 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. 1ª ed. Brasília, 2013. 48p.

BREHMER, L.C.F.; RAMOS, F.R.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 1, p.228-37, 2014.

CARVALHO MALTA, D. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4.301-4.311, 2014.

CHAVES, A.C.P. et al. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre transmissão sexual do HIV. **REBEn**, v. 67, n.1, p. 48-53, 2014.

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA-SES-GO E CADASTRO ÚNICO EM GOIÁS. Superintendência dos Programas de Transferência de Renda. Secretaria de Cidadania e Trabalho. **Curso de Capacitação Programa Bolsa Família na Saúde- orientação sobre o acompanhamento das famílias com perfil saúde**. Goiás, 2009.

DAVOGLIO, R. S. et al. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 655-667, 2009.

DONATO, L.M.T.M. et al. A interação entre ESF e a Escola na saúde do adolescente. **Cadernos ABEM**, v. 8, p. 13-19, 2012.

EISENSTEIN, E. et al. Nutrição na adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 26, n. 3, p. 263-274, 2000.

ESPÍNDULA, D. H. P.; SANTOS, M. F. S. Representações sobre adolescência a partir da ótica dos educadores sociais de adolescentes em conflito com a lei. **Revista de Psicologia em estudo**, v. 9, n. 3, p. 357-367, 2004.

FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FERREIRA, T.H.S.; FARIAS, M.A.; SILVARES, E.F.M. Adolescência através dos séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 227-234, 2010.

FILHO, E.A.R. et al. Avaliação nutricional de um grupo de adolescentes. **Revista Acta Scientiarum. Health Science**, v. 27, n. 1, p. 63-67, 2005.

FONSECA, F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. Paulista de Pediatria**, v. 1, n. 2, p. 258-264, 2013.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de Conteúdo**. 3ªed. Brasília: Liber Livro, 2004. v. 6 (série Pesquisa)

FREITAS, L.K.P. et al. Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6 p. 1755-1762, 2014.

FROTA, M.A.; SILVA, R.M. (Orgs.) **Promoção da Saúde na Integralidade do Cuidado**. DOC Saberes: Rio de Janeiro, 2016. 1ªed. 324p.

GIBILINI, et al. Acesso aos serviços odontológicos e auto percepção em saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 4, p. 213-223, 2010.

HERRMANN, C.F. A proteção integral e sua perspectiva no Estado Democrático Brasileiro. **Direito e Democracia**, v. 16, n. 1, p. 91-99, 2015.

HORTA, N.C.; SENA, R.R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas no Brasil: um estudo de revisão. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 475-495, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. [2011]. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 dez, 2017.

JAGER, M.E. et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Rev. Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 2, p. 211-221, 2014.

JILLSON, I.A.; EISENSTEIN, E. Direitos à Saúde e questões éticas durante a adolescência: desafios atuais! **Adolesc. Saude**, v. 10, supl. 2, p. 53-60, 2013.

JUNIOR, M. R. A. **Influência da atividade física na adolescência sobre o nível de atividade física na idade adulta**. 2004. 120 p. Tese de Doutorado (Pós Graduação em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2004.

LEITE, C.T. et al. Prática de Educação em Saúde percebida por escolares. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 1, p. 13-19, 2014.

LINDELVANIA, M.S. et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 1012-1029, 2012.

MALTA, D.C. 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. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, supl. 2, p. 3009-3019, 2010.

MARQUES, A.T.; GAYA, A. Atividade física, aptidão física e educação para a saúde: estudos na área pedagógica em Portugal e no Brasil. **Rev. Paul. Educ. Fís.**, v. 13, n. 1, p. 83-102, 1999.

MARTINS, A.S. et al. Promoção da saúde do adolescente em ambiente escolar. **Rev. APS**, v. 16, n. 1, p. 112-116, 2013.

MATOS, K.F.; MARTINS, C.B.G. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. **Rev. Espaço para a Saúde**, v. 14, n. 1 e 2, p. 82-93, 2013.

MORAES, S.P.; VITALLE, M.S.S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência: interações ONU-Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2523-2531, 2015.

MORIN, A. **Pesquisa-ação Integral e Sistêmica: uma antropopedagogia renovada**. Tradução Michel Thiollent. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. 229p.

PAIVA; FREITAS, L.K. et al. Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1755-1762, 2014.

PAIVA, F.S; RONZANI, T.M; Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 177-183, 2009.

PENSO, M.A. et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saúde Soc**, v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013.

REIS, D.C. et al. Estratégia saúde da família: atenção à saúde e vulnerabilidade na adolescência. **Rev. Espaço para a Saúde**, v. 15, n. 1, p. 47-56, 2014.

SALCI, M.A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para uso de drogas na adolescência. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SEABRA, et al. Determinantes biológicos e socioculturais associados à prática de atividade física de adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 721-736, 2008.

TORRES, C.A. et al. A saúde e a educação popular com adolescentes. **Rev. Rene**, v. 11, n. 4, p. 47-5, 2010.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). 2011. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php>>. Acesso: 03 dez, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO. Núcleo de estudos em Saúde Coletiva. Normas de Elaboração e defesa de trabalho final do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: nível mestrado. Comissão de elaboração: Vânia Cristina Marcelo et al. Goiânia, PRPG/ UFG/ NESC, 34 p., 2012.

WAGNER, M. F.; OLIVEIRA, M. S. Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. **Revista de Psicologia Clínica**, v. 19, n. 2, p. 1016, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ALUNOS

a) Perguntas fechadas- caracterização do grupo

1. Idade: _____

2. Sexo: () feminino () masculino

3. Você mora com quem:

() pai () mãe () pai e mãe () outros

4. Qual seu bairro de moradia?

() Parque Amazônia () bairros próximos () bairros distantes

5. Qual o município de moradia:

() Goiânia () Aparecida de Goiânia () outros

b) Perguntas fechadas

6. Você sabia que o (a) adolescente possuía uma caderneta de saúde específica para ele (a)?

() sim

() não

7. Você gostou de recebê-la através deste projeto?

() sim

() não

() tanto faz

8. Os profissionais de saúde que visitaram a escola foram capazes de estabelecer um bom diálogo e relacionamento com os alunos?

() concordo totalmente

- () concordo parcialmente
- () não concordo nem discordo
- () discordo parcialmente
- () discordo totalmente

9. Dos temas abordados pelo Projeto, qual deles você achou mais interessante:

Escolha somente 04:

- () 10 passos da alimentação saudável para adolescentes
- () Saúde bucal – atividade teórico- prática
- () Estatuto da Criança e do Adolescente/ direitos, deveres e cidadania
- () Importância da atividade física na adolescência
- () sexo, sexualidade e métodos contraceptivos
- () Prevenção ao uso de álcool e outras drogas

10. Você participou de **quantos** desses **encontros**, relacionados na questão anterior:_____

11. Você acha que os temas abordados foram diferentes dos temas que são, normalmente, trabalhados em sala de aula?

- () concordo totalmente
- () concordo parcialmente
- () não concordo nem discordo
- () discordo parcialmente
- () discordo totalmente

12. Os temas abordados pelo Projeto foram importantes para seu crescimento e aprendizagem?

- () concordo totalmente
- () concordo parcialmente
- () não concordo nem discordo
- () discordo parcialmente
- () discordo totalmente

13. Você se sente mais capaz e habilitado para dividir, orientar ou aconselhar outros

colegas em relação aos temas abordados pelo Projeto?

- () concordo totalmente
- () concordo parcialmente
- () não concordo nem discordo
- () discordo parcialmente
- () discordo totalmente

14. Na sua percepção este projeto contribuiu para levar novas informações para sua família ou melhorar o relacionamento com a mesma?

- () concordo totalmente
- () concordo parcialmente
- () não concordo nem discordo
- () discordo parcialmente
- () discordo totalmente

15. Depois de iniciar este projeto, você foi ao Centro de Saúde Parque Amazônia para fazer: coleta de peso e estatura; atualizar o cartão de vacinação; fazer tratamento odontológico ou outra situação?

- () sim
- () não

c) Perguntas abertas

16. Se sua resposta foi não na pergunta anterior explique os principais motivos:

17. Você acha que este projeto deve continuar na escola ou não? Escreva o que pensa sobre isso:

18. Use este espaço para fazer críticas e sugestões para podermos melhorar este projeto:

APÊNDICE B- PERGUNTAS NORTEADORAS RESPONSÁVEIS

a) Caracterização do grupo

Número total de participantes:

Número de homens:

Número de mulheres:

Quantos homens estão trabalhando fora:

Quantas mulheres estão trabalhando fora:

b) Perguntas abertas:

1. Vocês sabiam da existência desse projeto na escola?
2. O que este grupo pensa a respeito da ideia/concepção deste Projeto: Caderneta de Saúde do Adolescente?
3. O que pensam dessa parceria saúde e escola? É necessária?
4. O que vocês pensam a respeito dos temas abordados pelo projeto (ler o cronograma do ano de 2017), são pertinentes e atuais? Quais outros temas poderiam ser abordados?
5. Vocês se sentem à vontade para discutir sobre todos esses assuntos com seus filhos? Ou têm dificuldade para abordar/discutir algum deles? Caso a resposta seja afirmativa, cite quais e por quê?
6. Você pensa que este projeto poderia melhorar? Se sim, em que aspectos? Dê sugestões:

APÊNDICE C- PERGUNTAS NORTEADORAS PROFESSORES

a) Caracterização do grupo:

Total de participantes:

Número de coordenadores:

Número de homens:

Número de mulheres:

Trabalham em outra escola:

b) Perguntas norteadoras:

1. O que este grupo pensa a respeito da concepção desse Projeto: Caderneta de Saúde do Adolescente?
2. O que pensam a respeito da parceria saúde/escola? É necessária?
3. O que pensam a respeito dos temas abordados pelo projeto (ler o cronograma do ano de 2017), são pertinentes e atuais? Quais outros temas poderiam ser abordados?
4. Vocês se sentem à vontade para discutir sobre todos esses assuntos/temas com eles? Ou têm dificuldade para abordar/discutir algum deles? Caso a resposta seja afirmativa, cite quais e por quê?
5. Quanto à abordagem/metodologia dos conteúdos, você observa alguma possibilidade de mudança? Que estratégias você acredita que poderia melhor alcançar os alunos?
6. De que forma vocês acreditam que poderiam se envolver mais com a proposta desse projeto?

APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário em uma pesquisa, intitulada: **“Os sentidos do projeto Caderneta de Saúde do Adolescente em uma escola da rede pública de Goiânia sob a perspectiva da pesquisa-ação”**. Meu nome é Deusa Simone Gomes Sousa, sou nutricionista, especialista em Nutrição em Saúde Pública e sou a pesquisadora responsável.

Após ler com atenção este documento sobre as informações e esclarecimentos da citada pesquisa, caso aceite fazer parte do estudo, assine todas as folhas deste documento, o qual também será assinado por mim, pesquisadora. São duas vias do documento, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Deusa Simone Gomes Sousa: (62) 9980-0710 ou por e-mail: deusasimone@yahoo.com.br

Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, no telefone (62) 3521-1215. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª de 08:00 às 17:00.

Informações que você precisa saber sobre pesquisa:

Título do Projeto: **“Os sentidos do projeto Caderneta de Saúde do Adolescente em uma escola da rede pública de Goiânia sob a perspectiva da pesquisa-ação”**. Trata-se de um projeto vinculado ao Programa de Pós Graduação/ Mestrado Profissional da Universidade Federal de Goiás. Eu, Deusa Simone Gomes Sousa, estou desenvolvendo sob a orientação do Professor Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira.

Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender a dinâmica do Projeto Caderneta de Saúde do Adolescente, com vistas a ressignificação das ações, na perspectiva dos atores e autores sociais envolvidos na proposta, de uma escola da rede pública de Goiânia.

Para obter os dados, contamos com a participação dos adolescentes, através de questionário e a participação dos pais/ responsáveis e professores, através de grupos focais, que serão realizadas na própria escola pelo pesquisador.

Será utilizado um gravador de áudio e câmera fotográfica para garantir que todos os dados fornecidos pelos participantes possam ser recuperados e analisados posteriormente. As gravações de áudio e fotos serão realizadas de forma adequada para preservar a identidade dos participantes.

Informamos que os riscos ao participar do estudo são de exposição de opiniões e ideias pessoais perante os outros participantes, profissionais e pesquisadores, sujeitando-se a julgamento destes, porém, o Sr (a) não é obrigado a expor nada pessoal na pesquisa, nem dar opiniões em temas que o deixa desconfortável. O Sr (a) possui total liberdade de recusar a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início do estudo. Garantimos o sigilo quanto ao seu nome. Como benefícios, esperamos melhorias na qualidade do projeto desenvolvido na escola.

Esclarecemos que você tem o direito garantido de pleitear indenização em caso de danos sofridos em decorrência da sua participação na pesquisa.

Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação, bem como não terá despesas ao participar.

Os resultados poderão ser publicados em congressos, revistas científicas, e somente utilizados para fins de ensino e pesquisa. Asseguramos o sigilo quanto à identificação dos participantes.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer tipos de esclarecimentos que se fizerem necessários.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa

EU, _____ RG, _____
_____ abaixo assinado concordo em participar da pesquisa intitulada: “Os sentidos do Projeto: Caderneta de Saúde do adolescente em uma escola da rede pública de Goiânia, sob a perspectiva da pesquisa-ação,” como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Deusa Simone Gomes Sousa, sobre a pesquisa e os procedimentos nela

envolvidos, possíveis benefícios e riscos decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Assinatura por extenso do participante

Assinatura por extenso da pesquisadora responsável

APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **“Os sentidos do projeto Caderneta de Saúde do Adolescente em uma escola da rede pública de Goiânia sob a perspectiva da pesquisa-ação”** Seus responsáveis permitiram que você participe.

Queremos compreender a dinâmica do projeto caderneta de saúde do adolescente, com vistas à ressignificação das ações, na perspectiva dos autores e atores sociais envolvidos na proposta.

Os adolescentes que irão participar desta pesquisa têm idade entre 14 e 15 anos.

Você não precisa participar da pesquisa se você não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na Escola Municipal Jesuína de Abreu, no bairro Parque Amazônia, no município de Goiânia, onde os adolescentes das turmas de 9º ano responderão questionário conduzidos pela pesquisadora, Deusa Simone Gomes Sousa. Será utilizado um gravador de áudio e câmera fotográfica para garantir que todos os dados fornecidos pelos participantes possam ser recuperados e analisados posteriormente. As gravações de áudio e fotos serão realizadas de forma adequada para preservar a identidade dos participantes. Caso aconteça algo errado ou alguma. Esperamos que a pesquisa contribua para uma melhor compreensão do

Projeto: Caderneta de Saúde do Adolescente, implantado na escola desde o ano de 2015, e, que, o mesmo possa propor mudanças e melhorias.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar os adolescentes que participaram.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Eu escrevi os telefones na parte de cima deste texto.

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa: **“Os sentidos do projeto Caderneta de Saúde do Adolescente em uma escola da rede pública de Goiânia sob a perspectiva da pesquisa-ação.”**

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que não terei nenhum problema.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Goiânia, ____ de _____ de _____

Assinatura do menor

Assinatura do (a) pesquisador(a)

ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Resignificando o Projeto: Caderneta de Saúde do Adolescente em uma escola da rede pública de Goiânia, sob a perspectiva da pesquisa-ação.

Pesquisador: DEUSA SIMONE GOMES SOUSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68326417.7.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.167.068

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: Resignificando o Projeto: Caderneta de Saúde do Adolescente em uma escola da rede pública de Goiânia, sob a perspectiva da pesquisa-ação. Pesquisadora Responsável: DEUSA SIMONE GOMES SOUSA. Este projeto visa compreender a dinâmica do Projeto Caderneta de Saúde do Adolescente, com vistas a ressignificação das ações, na perspectiva dos atores e autores sociais envolvidos na proposta, de uma escola da rede pública de Goiânia. Foram anexados o Projeto de pesquisa, Folha de rosto, Instrumento de coleta de dados, Termo de compromisso dos pesquisadores, Anuência da UFG, Anuência da Secretaria Municipal de Educação e Esporte.

Objetivo da Pesquisa:

Esta pesquisa tem com objetivo geral, compreender a dinâmica do Projeto Caderneta do Adolescente, com vistas a ressignificação das ações, na perspectiva dos atores e autores sociais envolvidos na proposta, de uma escola da rede pública de Goiânia. E como objetivos específicos proceder a observação sistemática de campo na realização de ações do projeto com vistas a oportunidades de melhorias; valer na perspectiva de atores e autores, as ações e possibilidades de mudanças e melhorias para a construção da etapa de planejamento; implementar as ações propostas, bem como reavaliar os resultados alcançados.

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.167.068

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São previstos riscos mínimos por participação na pesquisa, que podem estar relacionados à exposição de opiniões e ideias pessoais perante os outros participantes, profissionais e pesquisadores, sujeitando-se a julgamento destes.

Como benefícios os resultados da pesquisa poderá fornecer subsídios para melhor compreensão do Projeto Caderneta de Saúde do Adolescente, bem como, uma análise crítica e reflexiva sobre o mesmo, com vistas a possibilidades de ressignificações e mudanças, nas ações e práticas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa. Será utilizada a abordagem da pesquisa-ação, proposta por BARBIER,(2007) e MORIN,(2004). Para MORIN, (2004), a pesquisa-ação é participativa por essência. A participação dos atores e dos pesquisadores será analisada em suas diferentes formas e graus de intensidade e destinada à democratização das práticas educativas e sociais, nos campos em que ocorrem a pesquisa e a ação.

Será realizado na Escola Municipal Jesuína de Abreu, localizada no bairro Parque Amazonas, no município de Goiânia. O público alvo do projeto/pesquisa serão alunos do 9º ano, ambos os sexos, de faixa etária entre 14 a 15 anos de idade. Este grupo de alunos foi escolhido para participar do projeto, por estarem no final do ciclo do ensino fundamental.

Critérios de inclusão e exclusão

Participarão também da pesquisa os pais ou responsáveis pelos adolescentes participantes da pesquisa e que concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e os professores que atuam diretamente na regência de sala nas turmas de 9º ano; que trabalhem na unidade deste o início do ano de 2017 e que não se encontrem em período de férias ou licença no período de coleta de dados.

A coleta de dados, com os alunos, será realizada por meio de questionário, contendo perguntas fechadas, bem como perguntas abertas. O questionário será aplicado por uma educadora em saúde devidamente treinada, com vistas a minimizar a influência do pesquisador.

Serão realizados, também, grupos focais com os responsáveis pelos alunos e com os professores, em momentos distintos. O objetivo dos grupos focais é o de triangular a pesquisa envolvendo outros autores e atores, buscando as percepções dos mesmos em relação ao projeto, com vistas a buscar mudanças, e, ressignifica-lo.

Para análise dos resultados, referente aos questionários que serão aplicados aos alunos, os dados

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.167.068

serão ordenados e representados por distribuição de frequência ou tabulação, que será feita através do pacote estatístico SPSS, versão 23. Com relação às questões abertas, as mesmas serão agrupadas e categorizadas para posterior análise de conteúdo.

Com relação a análise de dados referentes aos grupos focais de pais/responsáveis e professores, todas as respostas serão anotadas em um caderno de registro, bem como, gravadas, e, posteriormente, analisadas com apoio do software de análise qualitativa, WebQDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa seguirá critérios de confidencialidades, sigilo, fidedignidade e anonimato dos participantes conforme as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Foi construído dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) um para os pais ou responsáveis pelo aluno e para os professores, e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para os alunos. Os termos TCLE e TALE apresentam as informações sobre a pesquisa de forma clara e termos compatíveis ao entendimento do participante e que eles poderão retirar o consentimento a qualquer momento. Foi informado no TCLE que em caso de dúvida, o participante poderá entrar em contato pesquisador responsável. Caso as dúvidas persistam sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, o participante também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás.

Os participantes serão orientados sobre o direito de não aceitar a participar do estudo. Se acaso aceitar participar da pesquisa, será garantido ao participante, o sigilo e anonimato. Por isso os participantes serão codificados e terão seus nomes trocados com objetivo de resguardar suas identidades.

Os dados serão divulgados possivelmente em eventos científicos e revistas científicas. O material coletado será de acesso restrito, e este será arquivado em local seguro por um período de cinco anos. Após esse prazo o material será eliminado.

- Cronograma: adequado

- Orçamento: Todas as despesas decorrentes da realização da pesquisa serão custeadas pela pesquisadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considera-se aprovado, salvo melhor juízo deste Comitê de Ética em Pesquisa.

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.167.068

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para março de 2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_897841.pdf	12/05/2017 21:23:03		Aceite
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_comite.docx	06/05/2017 10:50:11	DEUSA SIMONE GOMES SOUSA	Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_professores.docx	06/05/2017 10:47:15	DEUSA SIMONE GOMES SOUSA	Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pais.docx	06/05/2017 10:46:33	DEUSA SIMONE GOMES SOUSA	Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_alunos.docx	06/05/2017 10:45:24	DEUSA SIMONE GOMES SOUSA	Aceite
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Instrumentos_de_coleta_de_dados.docx	04/05/2017 21:32:51	DEUSA SIMONE GOMES SOUSA	Aceite
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_compromisso.pdf	04/05/2017 21:31:08	DEUSA SIMONE GOMES SOUSA	Aceite
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_anuencia_sme.pdf	04/05/2017 21:28:13	DEUSA SIMONE GOMES SOUSA	Aceite
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_ufg.pdf	04/05/2017 21:26:42	DEUSA SIMONE GOMES SOUSA	Aceite
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/04/2017 17:55:59	DEUSA SIMONE GOMES SOUSA	Aceite

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.167.068

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 11 de Julho de 2017

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com