

UNIVERSIDADE DE UBERABA

FABIA FARIA DA SILVA

**EDUCAÇÃO E SAÚDE: diálogos com adolescentes-estudantes do Ensino Fundamental,
Uberlândia-MG, Brasil**

UBERLÂNDIA-MG

2018

FABIA FARIA DA SILVA

**EDUCAÇÃO E SAÚDE: diálogos com adolescentes-estudantes do Ensino Fundamental,
Uberlândia-MG, Brasil**

Relatório de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Educação: formação docente para a educação básica da Universidade de Uberaba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação.

Linha de Pesquisa: Práticas Docentes para a Educação Básica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Selva Guimarães.

UBERLÂNDIA-MG

2018

Catálogo elaborado pelo Setor de Referência da Biblioteca Central UNIUBE

Silva, Fabia Faria da.

S38e Educação e saúde: diálogos com adolescentes-estudantes do Ensino Fundamental, Uberlândia-MG, Brasil / Fabia Faria da Silva. – Uberlândia, 2018.

91 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Uberaba. Programa de Mestrado em Educação. Linha de pesquisa: Práticas Docentes para a Educação Básica.

Orientadora: Profa. Dra. Selva Guimarães.

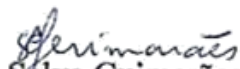
FABIA FARIA DA SILVA


**EDUCAÇÃO E SAÚDE: diálogos com adolescentes-estudantes do ensino fundamental,
Uberlândia-MG, Brasil**


Relatório de Pesquisa apresentado ao Programa de
Mestrado em Educação da Universidade de Uberaba,
como requisito final para a obtenção do título de
Mestre em Educação.

Aprovado em 02/07/18

BANCA EXAMINADORA


Prof.ª Selva Guimarães
(Orientadora)
Universidade de Uberaba- UNIUBE


Prof.ª Dr. Paula C. B. Wolkers
Universidade Federal de Uberlândia


Prof. Dr. Eloy Alves Filho
Universidade de Uberaba- UNIUBE

A educabilidade humana se alicerça na finitude de que nos tornamos conscientes. (PAULO FREIRE. 2012 p.123)

Dedico este trabalho científico ao meu esposo e aos meus filhos pela compreensão e apoio no processo de minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me conceder a graça de adquirir mais conhecimentos.

Também agradeço a minha orientadora, Prof^a Dr^a Selva Guimarães, que me confirmou o seu profissionalismo e competência em todos os momentos de minha pesquisa.

À Prof.^a Dr^a Valeska Guimarães Rezende da Cunha e ao Prof. Dr. Eloy Alves Filho pela contribuição no processo de exame de qualificação e de minha formação.

À Coordenadora do curso Profa. Dra. Luciana Beatriz de Oliveira Bar de Carvalho.

A todos os professores do curso de Mestrado e ao Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima

À psicóloga Rossilda Aparecida Silva pelo apoio na formação dos grupos e no desenvolvimento do grupo focal.

A todas as minhas colegas de trabalho.

A toda a minha família, pela compreensão da minha ausência em muitos momentos.

E, em especial, a mim pela dedicação, coragem e perseverança para vencer mais esse desafio.

RESUMO

Este relatório apresenta resultados de uma investigação-ação no campo da educação e saúde escolar, com o objetivo de identificar os problemas de saúde, de educação, sociais e familiares de um grupo de adolescentes-estudantes do ensino fundamental e construir uma proposta de ação educativa para a promoção da saúde deles, por meio do diálogo e da construção coletiva de saberes. Os adolescentes pesquisados têm de 11 a 14 anos de idade, estudantes de uma escola pública estadual atendida no Centro de Saúde Escola Jaraguá da cidade de Uberlândia, MG, local desta investigação. A metodologia utilizada foi à pesquisa-ação qualitativa, sendo a coleta de dados realizada por meio dos seguintes procedimentos: revisão bibliográfica, levantamento e análise documental, aplicação de questionário, elaboração da metodologia de escuta, aplicação da técnica de grupo focal e reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde dos adolescentes. Os principais problemas diagnosticados foram: baixa autoestima e dificuldades na gestão do tempo, na organização dos estudos, nos hábitos alimentares, de concentração e de memorização; e também alguns problemas na visão, falta de diálogo e orientação, uso inadequado da internet móvel, violências física e verbal. A análise desses problemas potencializou a construção de uma proposta de intervenção, que tem como princípio a integralidade dos saberes entre profissionais e comunidade. A investigação possibilitou a construção de um vínculo entre adolescentes, os pais, os servidores da escola e a equipe da Unidade de Saúde. Concluiu-se que o diálogo é o caminho para o desenvolvimento de ações educativas mais efetivas em saúde.

Palavras-chave: Educação e saúde. Diálogo. Adolescentes.

ABSTRACT

This report presents results from an action research in the field of school health and education, with the objective the objective of identifying the health, education, social and family problems of a group of adolescents students of elementary school and constructing a proposal of educational action to promote their health, through dialogue and the collective construction of knowledge. The adolescents surveyed are 11 to 14 years old, students of a state public school attended at the Jaraguá School Health Center in the city of Uberlândia, MG, the site of this investigation. The methodology used was qualitative research-action, and data collection was performed through the following procedures: bibliographical review, survey and documentary analysis, questionnaire application, elaboration of listening methodology, application of focal group technique and recognition of problems and health needs of adolescents. The main problems diagnosed were: low self-esteem and difficulties in managing time, organizing studies, eating habits, concentration and memorization; and also some problems in the vision, lack of dialogue and orientation, inappropriate use of mobile internet, physical and verbal violence. The analysis of these problems has potentiated the construction of a proposal of intervention, whose principle is the integrality of the knowledge between professionals and community. The research made it possible to build a bond between adolescents, parents, school employees and the Health Unit team. It was concluded that dialogue is the path to the development of more effective educational actions in health.

Keywords: Education and health. Dialogue. Adolescents.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Localização do Posto de Saúde-Centro de Saúde Escola Jaraguá.....	45
Figura 2 - Fachada do Centro de Saúde Escola Jaraguá.....	46
Figura 3 - Localização da Escola Estadual Marechal Castelo Branco	46
Figura 4 - Escola Estadual Marechal Castelo Branco	47
Figura 5 - Conheça os emojis	68

LISTA DE GRÁFICOS E QUADRO

Gráfico 1 - Faixa etária dos adolescentes investigados	51
Gráfico 2 - Classificação por sexo dos estudantes.....	51
Gráfico 3 - Religião dos adolescentes	52
Gráfico 4 - Renda familiar dos adolescentes	53
Gráfico 5 - Pirâmide de renda	54
Gráfico 6 - Estrutura Familiar dos adolescentes.....	54
Gráfico 7 - Forma de moradia dos adolescentes.....	55
Gráfico 8 - Meio de transporte utilizado pelos adolescentes.....	56
Quadro I - Cronograma de encontros(Ano 2018).....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CE	Conselhos Escolares
Cejar/	Centro de Saúde Escola Jaraguá da Universidade Federal de Uberlândia
Cepae/UFU	Centro de Ensino, Pesquisa, Extensão e Atendimento em Educação Especial da Universidade Federal de Uberlândia.
DNERu	Departamentos Nacionais de Endemias Rurais
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
E.E	Escola Estadual
E.M	Escola Municipal
EDD	Eleição Direta para os Diretores
Estes/UFU	Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
GEL	Grêmios Estudantis Livres
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBL	Problem-Based Learning
PCCTAE	Plano de Carreira dos Técnico-Administrativos em Educação
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PMPE	Programa de Mestrado Profissional em Educação
PPGEB/Uniuibe	Programa Pós-Graduação em Educação – Formação Docente para a Educação Básica da Universidade de Uberaba
Proepe	Pró-reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Extensão
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
Sesp	Serviço Especial de Saúde Pública
Setec/MEC	Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação

SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos .
Sucam	Superintendência de Campanhas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSs	Unidades de Atenção Básica
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
Uniube	Universidade de Uberaba

SUMÁRIO

1 MEMORIAL ACADÊMICO PROFISSIONAL.....	15
1.1 Introdução	15
1.2 Biografia de estudante na educação básica.....	17
1.3 Formação profissional e socialização no trabalho.....	23
2 PROJETO	26
2.1 A configuração da pesquisa.....	26
2.2 Justificativa	29
2.3 Problemática	31
2.4 Objetivo Geral	31
2.5 Objetivos Específicos	31
2.6 Referencial Teórico.....	32
2.7 Metodologia	42
2.7.1 Revisão Bibliográfica	42
2.7.2 Levantamento e análise documental	43
2.7.3 Recrutamento dos colaboradores.....	43
2.7.4 Aplicação do questionário socioeconômico.....	44
2.7.5 Elaboração da metodologia de escuta	44
2.7.6 Aplicação dos instrumentos desenvolvidos para estabelecer o processo de escuta-	44
2.7.8 Reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde dos jovens.....	44
3 DESENVOLVIMENTO, RESULTADOS E CONCLUSÕES.....	45
3.1 A formação do Grupo e a aplicação do questionário.....	47
3.2 A realização dos grupos focais	48
3.3 Resultados: uma diagnose	50
4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO – Promoção de saúde dos adolescentes.....	65
4.1 Introdução/Justificativa.....	65
4.2 Objetivos	65
4.3 Metodologia	65
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE A	84
APÊNDICE B	85
APÊNDICE C	87

APÊNDICE D.....	88
APÊNDICE E	89
ANEXO	92

1 MEMORIAL ACADÊMICO PROFISSIONAL

O novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta.
(FOUCAULT, 1996, p. 26)

1.1 Introdução

O Programa de Pós-Graduação em Educação – Formação Docente para a Educação Básica da Universidade de Uberaba – PPGEB/Uniube tem como área de concentração a Educação Básica. Diante das atuais demandas sociais, profissionais do mercado de trabalho – tanto em espaços escolares quanto não escolares – visam à formação de pessoas para o exercício da prática profissional inovadora. Desse modo, o PPGEB está organizado em duas linhas de pesquisa – educação básica: fundamentos e planejamento, e práticas docentes para educação básica, esta voltada para:

Estudos e pesquisas sobre o ensino-aprendizagem numa perspectiva interdisciplinar, relacionados à compreensão e à intervenção nos processos de atuação docente, nas diversas áreas que compõem a Educação Básica. Ela envolve discussões e pesquisas referentes aos conhecimentos específicos, pedagógicos e tecnológicos. (UNIUBE, 2016, online)

A construção deste Memorial parte do pressuposto de que refletir sobre a prática no decorrer da formação nos possibilita um conhecimento emancipador e considera que “a biografia escolar é uma estratégia formativa que se inscreve na tensão entre o objetivo e o subjetivo” (MARQUES, 2016, p.13). Acreditamos que a reflexão sobre a nossa prática e articulação com as experiências, vivenciadas no decorrer de toda a nossa vida acadêmica, possam servir de subsídios para a nossa formação docente e, conseqüentemente, para melhoria na atuação profissional.

Visamos a uma atuação crítica reflexiva. Nesse sentido, para Dewey (1910 apud ZEICHNER, 2012, p. 3) são necessárias três atitudes. A primeira: “A abertura intelectual refere-se ao desejo ativo de atender a mais de um ponto de vista para prestar total atenção às possibilidades alternativas e reconhecer a possibilidade de erros mesmo em nossas crenças mais caras”¹, ou seja, estamos intelectualmente abertos quando considerarmos outros pontos de vista mesmo contrariando as nossas crenças individuais. A segunda: “A atitude de responsabilidade envolve uma cuidadosa consideração

¹ “La apertura intelectual se refiere al deseo activo de atender a mas de um punto de vista a prestar plena atención a las posibilidades alternativas y a reconocer la posibilidad de errores incluso em nuestras más caras creencias”. Cf. ZEICHNER, K .M. **El maestro como professor reflexivo**. 2012, p. 3. Tradução de Pablo Manzano Bernárdes. Disponível em:< <http://www.practicareflexiva.pro/wp-content/uploads/2012/04/Org-El-maestro-como-profesional-reflexivo-de-Kenneth-M.-Zeichner..pdf> >. Acesso em: 16 dez. 2016.

das consequências a que a ação leva”². Isso significa que somos responsáveis quando analisamos as consequências (pessoais, acadêmicas, sociais e políticas) de nossas ações sobre outrem. Por fim, a terceira: “A última atitude é sinceridade”³, sentido de que nós somos responsáveis por nossa própria aprendizagem.

Sobre essa base reflexiva expomos os seguintes objetivos específicos deste Memorial: descrever nossas vivências na educação básica, depois a vida profissional conjuntamente com vivências e reflexões no Curso de Graduação, Especialização até o momento atual, indo ao encontro de nosso autoconhecimento.

Dessa forma, este texto responde às demandas do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Educação Básica – PPGEb, que almeja um perfil de docente e de pesquisador que, ao concluir sua formação,

[...] tenha uma atuação inovadora em processos de docência e planejamento educacional nos sistemas de ensino público e privado; seja capaz de fazer uma leitura do contexto educacional; de organizar o ensino, de criar materiais didáticos pedagógicos; de elaborar e desenvolver projetos de intervenção [...] (PPGEb, UNIUBE, 2016).

Frente ao objetivo exposto de construção do Memorial para formar um profissional crítico-reflexivo, formação almejada do PPGEb, foi utilizada a metodologia narrativa descritiva para a exposição das memórias. De acordo com Pérez (2006):

Memórias e narrativas refletem e refratam o mundo cotidiano, criado na experiência e recriado na rememoração. Na narrativa, o cotidiano ganha forma de linguagem, e as imagens traduzem formas de ser e viver, reminiscências elaboradas e reelaboradas, histórias revisitadas, paisagens de um espaço-tempo de vida, de trabalho, de aprendizagem (PÉREZ, 2006, p.20).

Narramos memórias para as socializarmos as vivências no ensino, registrando o sentido e a história da educação nos contextos da nossa vida. Portanto, será relacionada a história do ensino no passado que justifique os problemas e soluções contemporâneas, de acordo com Marques (2016, p.5), para o qual os “aspectos da vida pessoal intelectual e acadêmica (universo epistemológico ou do conhecimento), e da vida pessoal social e política (universo político ou cultural) estão na origem da definição dos problemas da prática”.

Esta narrativa está estruturada em três seções, sendo que, na primeira, é tratada a vivência da pesquisadora na infância, buscando compreender os perigos e desafios pelos quais ela passou; a segunda seção trata de um “fantástico” mundo de descobertas, medos, imprevistos e apreensões no decorrer do Curso Técnico em Enfermagem e da Graduação, juntamente a Pós-Graduação. Por fim, as dificuldades, as dúvidas e as conquistas atuais.

²“La actitud de responsabilidad supone una consideración cuidadosa de las consecuencias a las que conduce la acción”.
Ibíd.

³ “La última actitud es la sinceridad”. Ibíd.

1.2 Biografia de estudante na educação básica

Na narrativa, o cotidiano ganha forma de linguagem, e as imagens traduzem formas de ser e viver, reminiscências elaboradas e reelaboradas, histórias revisitadas, paisagens de um espaço-tempo de vida, de trabalho, de aprendizagem (PEREZ, 2006, p. 20).

Meu nome é Fábيا Faria da Silva e sinto que ganhei um presente ao escrever este Memorial, pois posso visitar o hoje, o ontem e intensificar os fatos marcantes da minha vida.

O meio no qual vivemos traz as marcas do presente e de tempos passados. Nele encontramos vestígios, monumentos, objetos, imagens de grande valor para a compreensão do imediato, do próximo e do distante (FONSECA, 2006, p.127).

Minha identidade foi construída com histórias bonitas, fatos importantes, alguns momentos alegres e outros tristes, além de várias dificuldades e muitas lutas. Aqui, narro alguns desses fatos e minhas convicções. Assim, tenho a oportunidade de me desvelar, sem máscara, para que me conheçam. Afinal, aprendemos e conhecemos todos os dias um pouco de nós e dos outros. Aqui sou a biógrafa e tentarei buscar, através das reminiscências, as pessoas e/ou lugares que fizeram parte da minha vida, descrevendo as lições que aprendi e a poeira que o tempo encobriu.

Fiz um esforço para sacudir a poeira que encobriu minhas reminiscências e consegui puxar o fio do novelo da minha história. No primeiro momento, escrevi minha biografia começando do presente em direção ao passado. Isso facilitou a busca das memórias, mas, ao reescrevê-la, optei pela linearidade por considerá-la um desenho mais bonito, por ter uma sequência cronológica dos fatos e facilitar a leitura, ou talvez, porque fui “treinada” a fazer tudo em uma ordem cronológica, resquício de uma educação tradicional.

Nasci no final da década de 1970, precisamente em 1978 no município de Monte Alegre de Minas. Cresci brincando – com meus sete irmãos e vizinhos – de piquenique, banho de cachoeira, cavalgada, pique-pegas e pique-esconde à noite, sob a luz do luar.

Naquela época, não havia energia elétrica em nossa casa. Usávamos lamparina e lampião e o único meio de informação que tínhamos era o rádio. Era comum, à noite, ver meu pai sentado no “rabo”⁴ do fogão à lenha, contando “causos”⁵ da vida dele. Eu e meus irmãos ouvíamos atentamente cada palavra. Era uma forma de transmissão cultural, de moral, respeito, gentileza, honestidade.

⁴ Neste contexto, rabo é o prolongamento do fogão à lenha, que fica abaixo das bocas por onde saem as chamas. É uma expressão típica do linguajar do mineiro do interior.

⁵ Causo, muito embora pareça uma expressão própria do mineiro, é uma palavra dicionarizada, uma forma alterada da palavra “caso”.

Algumas histórias nos causavam medos, como as histórias da mula sem cabeça, de fantasmas. Outras nos proporcionavam tristeza, como as histórias de vida de nossos pais e de nossos avós, pois meus pais receberam uma educação muito severa, sem liberdade de expressão e com muita violência. Também brincava de pega-bandeira, baliza, boneca e muitas outras brincadeiras divertidas. Esse era o meu mundo encantado, diferente da realidade de muitas crianças atualmente, que se encantam com um mundo virtual em quatro paredes com seus computadores e *tablets*.

Lembro-me de também de correr atrás das seriemas, tentando pegá-las e quando eu estava quase conseguindo, elas simplesmente voavam. Recordo de tombos de bicicleta, do rio e das corridas de vacas bravas. À tarde, sentados em um tronco de árvore, ou brincando, descansávamos, em família, vendo o pôr do sol e ouvindo o canto das mulatas em cima dos coqueiros. Era tão lindo aquele anoitecer, a lua cheia então! Como era grande o céu estrelado.

Tudo aquilo tinha uma beleza, difícil de descrever em palavras. Não tínhamos luxo, mas tínhamos o mais precioso da vida: o amor. Éramos muito unidos. Quanto à minha educação, diria que foi muito conservadora. Embora nunca nos faltasse nada, era cheia de ordens e opressão.

Sou filha de pai analfabeto, porém de um conhecimento de vida incrível, e mãe alfabetizada e muito prendada, excelente dona de casa, excelente mãe. Tudo era resolvido pelo meu pai, o que me irritava muito. Contudo, posso dizer que esse era o modelo de uma família tradicional na época.

Esse contexto me remete a Lima et al (2015, p. 26): “Temos que levar em conta que vivemos e trabalhamos a maior parte de nossa vida em uma organização, com suas complexidades e não há como fugir dela”. Toda organização tem um objetivo, no caso da família, o objetivo do meu pai era oferecer aos filhos uma educação com princípios tradicionais, para isso fazia uso do poder que ele tinha.

No Brasil, caminhávamos para o final da ditadura militar. O País passava por um momento de democratização. Havia greves, problemas econômicos, sociais e manifestações populares em prol de melhores condições de vida e de saúde.

Dois anos depois se intensificaram os movimentos sociais de luta por uma educação e uma saúde de qualidade que atendesse a todos. Quanto à educação, em LIMA et al (2015, p.11) percebemos um fortalecimento do poder nas escolas com eleições para diretores e a formação de grêmios estudantis.

Na área da saúde, nessa época, aconteceram as Conferências Mundiais de Saúde ampliando e discutindo o conceito de saúde. O marco principal dessa discussão foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata (República do Cazaquistão), em 1978, “que expressou a necessidade de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo, como um direito humano fundamental” (RODRIGUES, 2009, p.101).

Aos sete anos, precisamente em 1985, ano de finalização do regime militar e eleição indireta do primeiro presidente do Brasil, Tancredo Neves, foi um período de novidades em minha vida, pois participei de nova uma organização: uma escola pública.

Sobre a escola, Lima et.al (2015) afirma que ela, como organização social, possui cultura própria, se planeja sob os campos administrativo, pedagógico e o financeiro que se articulam juntamente com a comunidade escolar, resultando nas deliberações do Projeto Político Pedagógico-PPP, da instituição.

Essa nova organização social era uma escola rural a uma distância de seis quilômetros da minha casa. Enfrentei vários perigos diários para chegar até a escola, tais como: bichos, vacas bravas, quedas de cavalo e bicicletas. Nessa época, eu já sabia ler e escrever, pois éramos alfabetizados pelos irmãos mais velhos. Usávamos em casa: quadro, giz e cartilha.

Não me lembro de muitas coisas, certamente eu estava ansiosa por coisas novas, conhecer colegas e a professora, pois já conhecia a escola. Esforcei-me, mas não me lembrei do meu primeiro dia na escola, só sei que minha primeira professora era uma senhora que usava saia longa, cabelo de coque e óculos. Era muito paciente e amorosa. Jamais a esqueci.

A estrutura da sala de aula era da forma tradicional, com carteiras individuais enfileiradas, filtro de barro, quadro negro e giz. Havia algumas tarefas mimeografadas para colorir e a cartilha foi o meu primeiro referencial teórico. A professora lecionava lendo a cartilha, e nós aprendíamos repetindo o que ela lia. Eu recebia as instruções passivamente, os conteúdos eram fixos e não havia abertura para outras discussões. Os pais iam à escola só para matricular os filhos e a pegar as notas no final do bimestre.

A escola era e ainda é uma organização tradicional de poder, hierarquizada. O diretor, na época, comandava as ações internas, o professor seguia o livro didático, os pais não opinavam. Quando era pequena, não percebia essa estrutura complexa de organização. Apenas estudava, gostava muito da biblioteca, da Educação Física e do lanche. Não gostava das provas. Eu sentia medo de tirar nota baixa. Além da prova, havia outros desafios para serem vencidos: o ditado e a leitura em voz alta. Eu tinha muito medo de errar e alguém me criticar. A lavagem das mãos e escovação dos dentes após o lanche era rotina escolar. A professora também estava sempre atenta à educação postural e moral.

A educação e a saúde estavam articuladas, as professoras ensinavam cuidados de higiene para prevenir doenças, mesmo assim eram comuns casos de diarreias e a infestação de piolhos.

Apesar de minha mãe ser cuidadosa com nossa saúde, pois nos levava para imunizar e para acompanhamento médico, também fui acometida por doenças comuns da época: catapora, caxumba, coqueluche, gripes, dor de dente, dor de ouvido e até piolho. Nessa época, o acesso ao médico não era para todos. Meu pai pagava convênio de produtor rural.

No final dos anos de 1980, após a “VIII Conferência Nacional de Saúde 1986”, no Brasil, passou-se a debater uma educação em saúde fundamentada no diálogo entre profissionais de saúde e comunidade, baseada na Teoria de Paulo Freire, na construção de um saber que mudasse o comportamento dos indivíduos em relação a sua saúde. Esse movimento foi chamado de Reforma Sanitária⁶.

Em 1987, na terceira série e, em 1988, na quarta série da educação básica, eu, meus irmãos e vizinhos fomos para uma escola mais próxima da fazenda onde morávamos. Íamos de bicicleta, cavalo, moto ou carro quando chovia. O uso do uniforme era obrigatório desde o primeiro ano escolar, ouvíamos o Hino Nacional todos os dias em fileiras, de pé, frente à bandeira do Brasil. A sala era multisseriada, ensinava-se do primeiro até o quarto ano em uma mesma sala. As carteiras eram dispostas da mesma forma que na escola anterior, porém eram duplas. Eu ajudava com os alunos menores devido à falta de professores.

O ensino era baseado em livros didáticos com perguntas e respostas. As provas eram baseadas em perguntas e respostas registradas no caderno, as quais eu decorava. Essas reminiscências até me causam arrepios... Hoje percebo o ensino bancário que obtive. Eu lia, respondia as perguntas, fazia a prova após decorar as perguntas. Certamente, nem me importava em entender aquilo tudo, nem sequer questionava. Apesar de ser assim, esse ensino contribuiu para a minha formação.

As brincadeiras eram as mesmas da minha casa, os cuidados com a higiene eram sempre trabalhados (escovação diária dos dentes, lavagem das mãos, e lembro que a professora sempre pedia para que eu mostrasse as unhas limpas e cortadas e também sempre falava da postura ao se sentar). Vejam! As noções de saúde eram baseadas em normas e condutas impostas, se baseava na transmissão do conhecimento sobre cuidados de higiene.

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS e a municipalização da saúde são ideias que acabaram sendo inscritas na Constituição de 1988, com sua posterior regulamentação por meio das Leis 8.080 (BRASIL, 1990a) e 8.142 (BRASIL, 1990b). Assim se deu a implantação SUS, gradativamente e a partir da promulgação da Constituição, a educação e a saúde passa a ser direito garantido a todos os cidadãos.

Nesse período, a família já usufruía de energia elétrica e a geladeira tomou um importante lugar na casa. Meu pai não quis comprar televisão, porque achava que era objeto de más influências. Eu não pensava assim, mas hoje percebo, que caso o telespectador não seja crítico pode se tornar alienado por meio dela.

⁶ Cf. PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>> Acesso em: 08 out. 2017.

Na quinta série, em 1989, voltamos para a escola em que eu havia feito o primeiro ano. O ensino e a estrutura física eram como descritos anteriormente. Havia um diferencial agora, eram mais professores, mais aulas. Eu gostava muito da minha professora de História. Ela dava aula de uma forma diferente, embora também fosse presa ao livro didático, suas explicações, seus questionamentos nos provocavam. As avaliações eram provas de questões abertas e fechadas, só que não era obrigatório à decoreba⁷, podia responder com nossas palavras. As outras professoras ensinavam tradicionalmente. As minhas aulas preferidas eram as de História. Além de ser uma excelente professora ela era uma boa amiga. Por que essa professora era diferente?

Talvez porque na década de 1980, no contexto da democratização, houve um movimento de repensar da formação dos professores para resgatar a capacidade de reflexão deles em oposição à racionalidade técnica da época: “O professor reflexivo é um profissional autônomo em sua profissão, não dependendo do que lhes digam os diretores, supervisores ou daqueles que promovem as reformas da educação” (PAULA, 2006, p.67).

A professora de História, provavelmente, não concordava com o uso do livro didático, das provas com perguntas e respostas fechadas, com a decoreba. Ela nos indagava sobre questões da atualidade, fazia perguntas, nos colocava para refletir.

Isso foi importante para o meu processo de aprendizagem. Era comum, na escola, o treinamento dos alunos para o desfile do dia “sete de setembro” na cidade próxima, ouvir o Hino Nacional diariamente, cuidarmos da escola.

No sétimo ano, em 1991, obtive a primeira nota vermelha em Matemática e a última da minha vida. Foi uma fase pessoalmente difícil na escola. Isso me atrapalhou nos estudos. Não me lembro das reações dos meus pais, quanto a mim, fiquei muito triste.

Nota-se que, até aqui, a educação escolar foi muito marcada pelos valores morais: respeito e obediência aos professores e todos os membros que compunham o corpo escolar, companheirismo e cooperação com os colegas. Não eram permitidos xingamentos na escola. Aqueles alunos que não faziam as tarefas de casa ou violassem alguma regra ficavam sem recreio. Não havia drogas ou violências.

O oitavo ano, em 1992, transcorreu bem, tínhamos aula de Práticas Agrícolas, Educação Moral e Cívica, Religião, Português, Matemática, História, Geografia, Ciências e Educação Física. Minhas disciplinas favoritas eram Português, Práticas Agrícolas, Religião, Educação Física e Ciências. Gostava muito de ler, sempre retirava livros na Biblioteca e meus pais sempre compravam livros e o material escolar que queríamos. Gostava também de cultivar a terra. A escola ficou linda com os pés de roseiras que plantamos.

⁷ Ainda não é uma palavra dicionarizada, porém bem conhecida no meio escolar até hoje, com a conotação de “fixar na memória o texto como ele é”.

No primeiro ano do Ensino Médio, em 1993, me mudei para a casa dos meus avós na cidade de Uberlândia, foi o período mais difícil da minha vida, longe dos pais e dos meus irmãos. Lembro-me que chorava muito todos os dias. Comecei a estudar no Colégio Polivalente. A metodologia de ensino era a mesma das escolas anteriores. Fica claro aqui o sistema de regulação. A educação que não questiona, apenas aprende o conteúdo para repeti-lo no trabalho. Quanto às aulas, gostava muito da educação física, pois jogávamos vôlei, basquete e fazíamos ginástica localizada. A escola rural era bem diferente da escola urbana em todos os sentidos, a sala mais cheia, os colegas mais agressivos.

Assim, passou um ano. Então meus avós se mudaram para a cidade de Monte Alegre e eu voltei para a casa dos meus pais. Comecei a estudar em uma escola no Município de Tupaciguara a uma distância de 70 km da fazenda em que eu morava. No período de férias, eu lia muitos livros de literatura, gibis e romances. Não gostava muito das disciplinas de Física, Química e Matemática. A estrutura da sala de aula e a didática dos professores se mantiveram também no Ensino Médio.

Nessa época, foi implantado o Programa Saúde da Família – PSF, proposto pelo Ministério da Saúde com o objetivo de aproximar a equipe de saúde à população, sob a ótica de que é melhor prevenir as doenças do que tratá-las. Em outras palavras, possibilitou um estreitamento da relação do profissional de saúde com a população, rompendo com estratégias de prevenção individualistas e motivando todos na busca de qualidade de vida. Portanto, isso não ocorreu na prática, como previsto na política pública.

Em 1995, voltei para a casa dos meus avós para estudar e ajudá-los. O terceiro ano do Ensino Médio foi em Monte Alegre e um professor que se destacou na minha trajetória foi o de Geografia, suas aulas eram mais dinâmicas, com vídeos e didática interativa. Além da Geografia, gostava muito de Educação Física, Biologia, Português e Literatura. Não me lembro dos outros professores. Foi nessa época que fiz um curso de informática e aprendi a fazer lingerie e camisetas.

Na adolescência, com os meus avós, eu ficava mais em casa, saía para a escola e para a missa aos domingos. Era bom receber, com mais frequência, a visita dos meus pais e irmãos. Terminei o Ensino Médio e eu já sabia o que queria fazer: fiz o processo seletivo da Escola Técnica de Enfermagem e fui aprovada. Voltei para Uberlândia e fui morar com minhas irmãs.

Refletindo sobre a minha vida escolar, percebo um saber moralizador, no qual fica evidente que os mestres “detêm os saberes, enquanto os últimos (alunos) subordinam-se aos ensinamentos transmitidos, numa clara tendência à dissociação entre mundo da cultura e o mundo da vida e das experiências concretas de estudantes” (VERÍSSIMO, 2001, p.113).

Não houve, no decorrer da minha vida escolar, um ensino articulado com minhas vivências. Eram aplicados os conteúdos de livros didáticos, soltos, sem relação direta com o meu cotidiano de vida rural. Conteúdos que eram memorizados para obtenção de uma nota. Uma avaliação por meio de provas que não avaliava o processo de ensino e aprendizagem, a aprendizagem efetiva.

Portanto, posso concordar com Veríssimo (2001), que as escolas só seguem padrões de uma instituição reguladora que culmina na perda da autonomia, na expropriação dos saberes e na disciplinarização e penalização dos alunos. Fato que perdura há séculos e não se educa para a cidadania, lembrando que “quando falamos de cidadania em nossos discursos e práticas escolares, do ponto de vista filosófico, supomos que a cidadania se refere a um processo contínuo e inacabado de qualificação da vida dos homens, sendo um processo de humanização” (MARQUES, 2012, p.34).

1.3 Formação profissional e socialização no trabalho

As palavras têm significado, algumas delas, porém, guardam sensações (BAUMAN, 2003, p.7).

Nesse meu processo de qualificação, em 1996, vim para Uberlândia para fazer o curso Técnico de Enfermagem na Escola Técnica de Saúde – Estes, que é uma unidade de ensino pertencente à estrutura organizacional da Universidade Federal de Uberlândia – UFU e que integra a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação – Setec /MEC. A Estes, conforme o Art. 1º da Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008), foi criada para oferecer educação profissional e tecnológica, dedicando-se, principalmente à formação profissional técnica de nível médio e formação inicial e continuada.

O Curso Técnico em Enfermagem desenvolve habilidades para o exercício profissional, as quais são voltadas para o atendimento das necessidades da saúde do paciente/cliente/comunidade nas diferentes fases do ciclo vital, comprometido com a proteção e promoção da vida, incluindo, dessa forma, o cuidar em todos os seus aspectos.

O curso possibilita ao aluno desempenhar suas funções junto a órgãos públicos e/ou privados (Hospitais, Pronto-Socorro, Laboratórios, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Atendimento Integrado, Clínicas, sindicatos, empresas, associações, creches, domicílios e outros). Prepara, portanto, para atuação nos diversos campos de prestação de serviços na área da saúde. Esse curso foi o passaporte para a minha vida profissional. Trabalhar na área da saúde era o meu sonho desde a infância, quando cuidava muito de minhas “bonecas doentes”.

No curso de Enfermagem, a disciplina que mais gostei foi o Estágio Curricular. Ir para o hospital, ajudar às pessoas no seu estado mais crítico (doença), contribuir para que elas melhorassem era muito gratificante para mim. As disciplinas de Português, Psicologia, Anatomia e Matemática foram as mais utilizadas na minha formação e essenciais para a minha prática profissional.

Tanto o curso quanto os professores foram muito bons. Encontrei várias pessoas que me ajudaram muito. Comecei a trabalhar como estagiária renumerada na Clínica Médica do Hospital de Clínicas da UFU.

Casei-me em 1998, terminei o curso de Enfermagem e comecei a trabalhar. Precisava buscar aí um lugar favorável, eventuais movimentos de desterritorialização [...], experimentar, segmento por segmento dos contínuos de intensidades (DELEUZE, GUATTARI, 1996). Casamento, curso, trabalho, dúvidas quanto à Graduação foram momentos de tomada de decisões cruciais em minha vida.

Continuei fazendo cursinho pré-vestibular à noite e resolvi fazer Pedagogia em faculdade privada. O principal motivo que me levou a cursar Pedagogia era o desejo de ter uma escola infantil junto com a minha irmã, que tinha feito Pedagogia na época. Nesse meio tempo, especificadamente em 2006, passei no concurso da UFU para o cargo de Técnica de Enfermagem.

Terminei a graduação, minha irmã começou a trabalhar numa empresa e eu optei por continuar na UFU. No ano de 2006 fiz uma Pós-Graduação em Supervisão Escolar na Faculdade Católica. As coisas foram acontecendo muito rápido na minha vida. Trabalho na área da saúde a 17 anos atuando na área hospitalar e na ambulatorial, na rede privada e na rede pública, hoje pretendo desenvolver projetos e pesquisas na área da educação em saúde.

Em agosto de 2016, iniciei o Mestrado na Universidade de Uberaba – Uniube. Espero escrever muitos artigos, desenvolver minha pesquisa de educação em saúde e produzir algo que contribua para mudar o paradigma das orientações na educação em saúde. Pretendo descobrir as vulnerabilidades do público que eu atendo, a fim de propor um projeto de intervenção que realmente contribua para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Tudo que sou hoje é resultado das minhas vivências nas diversas instituições que compartilhei com meus amigos, familiares, vizinhos, comunidades. Nós somos o que vivemos, quando vivemos e como vivemos.

Escrever este Memorial me permitiu lembrar de fatos já esquecidos, importantes para minha atuação acadêmica e profissional. São vivências boas, ruins, mas que construíram a minha identidade. Permitiu-me rememorar e contextualizar os acontecimentos dentro de um período histórico e compreender os motivos pelas quais busquei essa formação.

Não podemos ficar enclausuradas na mesmice do pensamento, temos que renovar. Se não aceitarmos o desafio de viver a vida, morremos. “O poder real está nas mãos dos que trabalham no nível inferior, dos que têm a possibilidade de subverter os desejos dos reformadores no decorrer de seu trabalho cotidiano, se assim o quiserem” (ZEICHNER, 2003, p.40).

2 PROJETO

Título: EDUCAÇÃO E SAÚDE: diálogos com adolescentes-estudantes do ensino fundamental. Uberlândia-MG, Brasil.

2.1 A configuração da pesquisa

Para configurar o universo da pesquisa, faz-se necessária a definição do termo diálogo que, no Dicionário de Filosofia (ABBAGNANO, 2007, p.323), pode ser definido como sendo “uma conversa, uma discussão, um perguntar e responder entre pessoas unidas pelo interesse comum da busca”. Freire (1987, p.47) o define como sendo “o encontro dos homens para ser mais é um instrumento pelo qual o homem ganha significação enquanto homem”.

Também vale ressaltar que a promoção da saúde foi definida na Carta de Ottawa (1986) como “o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” Em outras palavras, a promoção de saúde implica no desenvolvimento de ações educativas capazes de promover tanto o desenvolvimento da autonomia individual de cada membro da comunidade, como também da percepção coletiva do contexto social, político e cultural na qual estão inseridas.

Concordamos com Freire (1987, p.44) que o diálogo é um instrumento que promove o desenvolvimento dessa autonomia e da construção coletiva de saberes, possibilitando uma educação que nos liberta. Sendo assim, o diálogo se apresenta como um instrumento importante no desenvolvimento de ações educativas para a promoção da saúde da população.

A partir das definições de diálogo e de promoção da saúde, há de se considerar que, quando propomos o uso do diálogo como uma estratégia para a promoção de saúde dos educandos, isto é, do público atendido na Unidade de Saúde, é porque acreditamos no seu potencial para o desenvolvimento da autonomia, pois incita uma busca da transformação pessoal e de seu entorno. Ou seja, instiga os educandos a melhorar, tanto o autocuidado quanto a sua condição de vida e a dos seus familiares e amigos. É por meio do diálogo que o profissional de saúde e o público se encontram, se ouvem, compartilham aspirações, criticam, aprendem e criam novas possibilidades de autocuidado, que são relevantes na resolução de problemas.

Isto posto, o propósito deste projeto é demonstrar que o diálogo pode ser um instrumento potencial de capacitação para a promoção de saúde do público na Unidade de Saúde. Para tanto, utilizaremos como fundamento teórico duas obras do educador Paulo Freire: Pedagogia da Autonomia (1996) e Pedagogia do Oprimido (1987).

Sabe-se que Paulo Freire é um dos mais importantes educadores brasileiros, pois suas ideias são estudadas por educadores de várias partes do mundo, tanto aqueles que atuam em espaços

escolares quanto em espaços não escolares, porque é de extrema relevância para todos aqueles que se preocupam com o desenvolvimento de uma prática educativa emancipadora.

Em seus trabalhos, Freire (1996, p.47) critica a “educação bancária”, aquela em que o educador-profissional de saúde só reproduz conteúdos e o educando-público, no caso da Unidade de Saúde, recebe esse conteúdo.

De acordo com Freire (1996, p.30), o educador deve criar possibilidades para a criação e os educandos não devem ser receptores passivos de conhecimento. Ao contrário, devem ser os construtores dos seus conhecimentos mediados pelo educador, porque eles possuem saberes aprendidos na sua comunidade. Assim sendo, é importante discutirmos a realidade vivenciada por eles para que desenvolvam um pensamento crítico, que os libertem da opressão.

Partindo do pressuposto de que o “diálogo é a essência da educação libertadora” (FREIRE, 1987.p.68), é necessário compreendermos, para além de sua definição, os elementos que constituem o diálogo, como estabelecer um diálogo libertador e a importância de educar a partir dos temas geradores para que a ação dos educadores seja emancipatória.

Ao considerar o diálogo como palavras ditas entre duas ou mais pessoas e que elas não são meras verbalizações ao acaso, cada palavra dita traz uma intenção humana intrínseca, que nos remete a uma análise mais aprofundada da constituição desse diálogo. Freire (1987) enfatiza dimensões na constituição desse diálogo: a ação e a reflexão = Práxis.

A práxis, porém, é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo, sem ela, é impossível a superação da contradição opressor-oprimidos. [...] Desta forma, esta superação exige a inserção crítica dos oprimidos na realidade opressora, com que, objetivando-a, simultaneamente atuam sobre ela. (FREIRE, 1987, p. 21)

Sendo assim, o diálogo é de extrema importância para o desenvolvimento humano tanto no âmbito escolar quanto nos espaços educativos nas Unidades de saúde, pois quando dialogamos, problematizamos e transformamos uma realidade, existimos humanamente. Isso quer dizer que “existir humanamente” é alcançar a liberdade através do diálogo, é poder modificar as pessoas para que elas mudem a si mesmas e mudem o mundo; é aceitar que os outros possam contribuir com a nossa aprendizagem; é aceitar que aprendemos um com os outros, o tempo todo.

Quando dialogamos com o público, ouvimos, falamos, refletimos sobre o que falamos, aprendemos e ensinamos. Somos mediadores da construção do conhecimento crítico e transformador, exercemos nosso papel de educando, sem impor nossa visão de mundo, precisamos dialogar construindo saberes coletivamente. A educação transformadora promovida pelo diálogo é diferente de uma educação bancária comum nos espaços escolares e não escolares; a educação bancária não é emancipatória, pois não problematiza a realidade, nem conscientiza os educandos.

Na maioria das vezes, educamos da mesma maneira pela qual fomos educados, depositando conteúdos pré-definidos, desconsiderando os saberes dos educandos, sem aproveitar o recurso

pedagógico que poderia nos auxiliar, tais como o *diálogo*. Desconsideramos assim as duas dimensões dos elementos constitutivos do diálogo que é *ação e reflexão*, necessárias para que ocorra a aprendizagem.

Para dialogarmos com alguém precisamos estabelecer um vínculo. O diálogo entre duas pessoas só se fortalece através da confiança. No entanto, a confiança é algo que conquistamos, conforme o nosso esforço e dedicação. Freire (1987) menciona em seu livro “Pedagogia do Oprimido” que para ganharmos a confiança dos outros, quando dialogamos, devemos ser humildes, mantendo uma relação horizontal, na qual não existe ninguém melhor de que ninguém.

No diálogo com nossos educandos somos humildes quando compreendemos que é possível aprender com eles, que eles não são inferiores a nós. Para Freire (1987, p.46), a autossuficiência é incompatível com o diálogo, porque nesse mundo não existem sábios ou ignorantes absolutos. Existe uma comunhão de pessoas que buscam o conhecimento, uns aprendem com os outros.

Além da humildade é preciso acreditar no poder de criação e transformação dos homens. Acreditar que mesmo que uma realidade pareça concreta, que as pessoas pareçam alienadas, é possível o renascimento. Sem essa fé nos homens, o diálogo é uma farsa e se transforma em manipulação (FREIRE, 1987, p.46). E, por fim, mais um requisito para ganharmos a confiança dos outros através do diálogo é o amor. Através do amor temos coragem e compromisso com os outros. “Onde quer que estejam estes, oprimidos, o ato de amor está em comprometer-se com sua causa. A causa de sua libertação” (FREIRE, 1987, p.45).

A confiança só é alcançada quando somos coerentes com nossas ações, ou seja, nossa fala deve ser coerente com nossas atitudes: “Não podemos fazer discursos vazios. Falar em democracia e silenciar o povo é uma farsa, falar em humanismo e negar os homens é uma mentira” (FREIRE, 1987, p.47).

Enfim, com humildade, fé e amor conseguimos nos aproximar dos educandos, conseguimos a confiança necessária para participar da construção de saberes emancipatórios, de uma forma horizontal, porque cabe ressaltar que precisamos uns dos outros, não existimos sem a troca de palavras, de significados. E nessa troca, identificamos a importância do outro. No processo de ensino e aprendizagem, ao dialogarmos, desenvolvemos a consciência crítica, desmascaramos a opressão, bem como suas causas e consequências. Em suma:

[...] a educação autêntica, repetimos, não se faz de “A” para “B” ou de “A” sobre “B”, mas de “A” com “B”, mediatizados pelo mundo. Mundo que desafia a uns e a outros, originando visões ou pontos de vista sobre ele. Visões impregnadas de anseios, de dúvidas, de esperanças ou desesperanças que explicitam temas significativos, à base dos quais se constituirão conteúdo programático da educação. (FREIRE, 1987, p.48)

Finalmente, abordaremos a importância de educarmos por meio dos temas geradores, para que a nossa ação educativa seja emancipatória e para que promova a saúde. Isto é possível por meio

do diálogo, o qual possibilita o desenvolvimento das pessoas. Com o diálogo é que emergem os temas a serem trabalhados.

Para que seja possível a promoção da saúde, os temas devem ser gerados a partir da problematização da realidade. Sob essa perspectiva, nossa ação educativa não deve ser bancária, e sim dialógica, de forma a desenvolver o pensamento crítico do público atendido na unidade, para que eles sejam capazes de fazer uma leitura de mundo e, também, sejam capazes de transformar a sua realidade. Assim, podemos fazer uma investigação temática a partir dessa leitura de mundo.

O profissional de saúde não deverá ir com conteúdos pré-definidos. Os temas devem ser gerados a partir da percepção dos educandos acerca de sua realidade historicamente e socialmente construída. Assim é que se definirão os conteúdos programáticos.

Esse é o momento em que se realiza a investigação do que chamamos de universo temático ou o conjunto de seus temas geradores (FREIRE, 1987, p.50). É importante utilizarmos uma linguagem que eles entendam, sermos gentis e criarmos um vínculo com os educandos para facilitar a interação e a construção de saberes coletivos.

Os temas serão pensados a partir da interação e da necessidade deles. Visto que uma investigação só pode ser realizada com o povo refletindo sobre suas ações e produzindo soluções, superando e comunicando-se (FREIRE, 1987, p.58).

Certamente, se algumas situações vividas são consideradas barreiras intransponíveis pelos educandos, ficam difíceis transpô-las, pois eles ficam desmotivados. Por isso é importante criar espaços de diálogos para o desenvolvimento de uma percepção crítica, para que as barreiras sejam transpostas, para que haja, por parte dos educandos, uma reconstrução de saberes, ultrapassando o estado de quase “coisas” autodestrutivas, para o autoconhecimento e a transformação da realidade.

Essa inserção na realidade é o que faz o povo se conscientizar de determinadas situações e vislumbrar ações para transformá-la. Portanto, quando o povo toma consciência de sua realidade, começa a desenvolver ações em prol de sua melhoria de condições e de estilos de vida. Dessa forma, o diálogo contribui na promoção da saúde de um povo.

2.2 Justificativa

Nos dias de hoje, as ações educativas em saúde para jovens nas Unidades de Atenção Básica – UBSs⁸ representam um grande desafio para os profissionais e pesquisadores da área. Isso porque, de acordo com Santos e Oliveira (2011, p. 840), Santos e Lima (2015, p. 215), Teixeira (2016, p. 12), são recorrentes ações educativas em forma de palestras informativas – com temas pré-definidos que visam à prevenção de doenças – enquanto poderiam ser desenvolvidas também ações de promoção

⁸ Sobre as UBSs no Brasil ver o site: UBS.MED.BR (Brasil). **Encontre uma unidade mais próxima**. 2018. Disponível em: <<https://ubs.med.br/>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

de saúde. Esses pesquisadores entendem que as ações preventivas, por si só, não contribuem satisfatoriamente para a construção dos saberes dos jovens, visto que os profissionais de saúde não os consideram com a devida atenção.

Assim, temos como pressuposto que uma ferramenta importante para a promoção da saúde dos jovens em UBSs é o desenvolvimento de ações educativas que possibilitem o diálogo coletivo entre eles e os profissionais de saúde. Esse diálogo é importante para a construção coletiva de saberes, uma vez que “é na realidade mediatizadora, na consciência que dela tenhamos profissional de saúde e povo, que iremos buscar o conteúdo programático da educação” (FREIRE, 1987, p.50). Nessa linha de raciocínio, pode-se entender que, através do diálogo, é possível identificar os temas que precisam ser trabalhados para que haja a promoção da saúde.

No campo das políticas públicas, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p.19) se manifestou sobre o tema e, em termos de definição, ampara-se na Carta de Ottawa⁹: “A promoção da saúde é a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes em benefício da própria qualidade de vida”, que têm como foco a redução de riscos e vulnerabilidades sociais e o desenvolvimento da autonomia.

Diante dessa definição e considerando a nossa vivência de anos na área da saúde pública, este projeto almeja contribuir para a promoção de saúde e o fortalecimento do Programa Saúde na Escola – PSE,¹⁰ instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007 (BRASIL, 2007b). Isso se justifica pelo fato de o PSE articular as ações educativas da UBS com a aprendizagem escolar, visto que o público alvo do projeto são estudantes.

Nesse sentido, para o Ministério da Saúde “é preciso desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida” (BRASIL, 2011, p.6). Sendo assim, temos o intuito de contribuir para promover, a partir desta pesquisa-ação, uma ação educativa e uma assistência à saúde de forma mais humanizada e integral, identificando as vulnerabilidades e os riscos aos quais esses jovens estão submetidos.

O campo desta investigação foi o Centro de Saúde Escola do Jaraguá, gerido pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU/MG. Os colaboradores-participantes serão um grupo de adolescentes encaminhados por uma escola da rede estadual de ensino, para que tivessem acompanhamento psicológico na Unidade de Saúde, o grupo possibilita a construção de saberes coletivos. Com esse alicerce, este Projeto ainda se justifica pela necessidade de prestar a esses

⁹ A **Carta de Ottawa** é um documento que foi apresentado e aprovado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, capital do Canadá, em novembro de 1986. É uma Carta de Intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal.

¹⁰ Informações sobre o PSE estão disponíveis no site: BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Saúde na Escola**. 2018. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/pnaes/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14625-programa-saude-na-escola>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

adolescentes uma assistência e uma ação educativa mais humanizada e integral, o que pode impactar o rendimento escolar e a sociabilidade.

Este projeto também se justifica devido à necessidade de construir outros caminhos de diálogo com os adolescentes, pois visa estabelecer um trabalho educativo focado na promoção de saúde, “uma vez que, 75% a 85% das pessoas, em uma população em geral, requerem apenas serviços de cuidados primários, dentro de um período de um ano” (STARFIELD, 1994, n.p.).

É consenso geral que os problemas de saúde da população podem ser evitados se as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, na atenção primária, forem efetivas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996, p.11) frisa que “os adolescentes brasileiros necessitam, de forma urgente e eficaz, da atenção dos diversos setores do Governo e de instituições não governamentais”, pois muitos deles enfrentam diversos problemas que afetam sua saúde e o desenvolvimento educacional, tais como: desestrutura familiar, más condições de vida, abandono, maus tratos, prostituição, criminalidade, drogas e outros.

Os argumentos apresentados acima provam que é necessário outro paradigma de trabalho educativo, focado no diálogo entre profissional de saúde e estudantes. Lembrando Freire (1987, p. 49), “será a partir da situação presente, existencial, concreta, refletindo o conjunto de aspirações do povo, que poderemos organizar o conteúdo programático da situação”. Esse é o desafio deste projeto de pesquisa.

2.3 Problemática

As ações educativas baseadas em palestras e ações esporádicas para adolescentes não possibilitam uma educação satisfatória e humanizada. Quais são as necessidades de saúde dos adolescentes estudantes do ensino fundamental da rede pública de ensino?

2.4 Objetivo Geral

- Identificar os problemas de saúde, de educação, sociais e familiares de um grupo de adolescentes-estudantes e construir uma proposta de ação educativa para a promoção da saúde dos adolescentes da educação básica, por meio do diálogo e da construção coletiva de saberes.

2.5 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos estudantes adolescentes do ensino fundamental encaminhados pelas escolas públicas ao Centro de Saúde Escola Jaraguá – UFU.
- Estabelecer um processo de escuta e diálogo com um grupo de adolescentes estudantes do ensino fundamental acerca das questões de saúde e educação na Unidade.

- Sistematizar, analisar e interpretar as vozes dos adolescentes para identificar os problemas de saúde e educação que os afetam e constituem indicadores para construção de políticas de educação e saúde;
- Elaborar e implementar um projeto de educação e saúde envolvendo os sujeitos investigados.

2.6 Referencial Teórico

Não obstante os avanços obtidos nas últimas décadas, as práticas comuns empregadas nas UBSs para a promoção da saúde e prevenção de doenças são discutidas no âmbito da saúde pública, principalmente quanto às informações de prevenção e ao atendimento curativo individual.

Assim, o ponto fundamental nessa discussão é que a educação em saúde é um instrumento que não tem sido utilizado para promoção de saúde das pessoas que utilizam as UBSs, portanto com uma consequência importante a estudar: os profissionais de saúde estão habituados a fazer palestras de prevenção, medicalizar o paciente, *que volta ao território que lhe causou a doença*.

Essa situação nos leva a inferir, então, que as ações educativas feitas por meio de palestras com o paciente não são suficientes para melhorar a saúde dele e se distancia do objetivo da política pública de proporcionar uma melhor qualidade de vida da população. Isso acarreta o aumento dos gastos públicos relativos aos custos da assistência à saúde e não produz efeitos significativos na qualidade de vida e, em particular, no desenvolvimento educacional dos adolescentes que frequentam as UBSs e as escolas de educação básica.

Ainda existem outros fatores que provocam esses problemas, tais como: o envelhecimento da população, baixa renda da maioria dos brasileiros, a falta de saneamento básico, dentre outros. Essa realidade requer que os profissionais de saúde da atenção básica trabalhem a prevenção e promoção à saúde de forma adequada, aliando ações do Estado, ações entre escolas, creches, igrejas, postos de saúde e outros que primem pela educação e cuidado da população, ou seja, de forma intersetorial.

Papel importante também é das ações intersetoriais, que podem contribuir para a melhoria da saúde da população e conseqüentemente diminuir o número de pessoas doentes e os gastos com a saúde. Daí a importância de se propor intervenções em prol da promoção da saúde coletiva. O governo federal, por meio do Ministério da Saúde, dá sinais que pensa do mesmo modo, ao afirmar que “trazer a educação popular para um plano institucional significa muito para a construção do SUS¹¹ que queremos em termos de universalização, integralidade, equidade e participação” (BRASIL, 2007a, p.7).

Feitas essas considerações, defendemos ações educativas para a promoção da saúde da população que tenham como premissa o conhecimento da comunidade e do território na qual está inserida. Sendo assim, é importante analisar as relações sociais, as condições e os estilos de vida,

¹¹ Cf. BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Sistema Único de Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

identificando os fatores que contribuem e/ou dificultam a solução dos problemas no processo saúde/doença. O diálogo é um importante instrumento para essa identificação.

Evidenciamos em produções científicas sobre a temática, como em Santos e Oliveira (2011, p.840); Santos e Lima (2015, p.215); Teixeira (2016, p.12), relatos de intervenções focadas na redução de riscos (prevenção). Nesse sentido, uma breve revisão histórica nos ajudará a compreender porque persiste ainda hoje essa modalidade de ação educativa e de cuidado considerada reducionista, ou seja, que leva em conta apenas a doença no corpo e desconsidera o contexto social.

A literatura da área demonstra que, no início do século XX, a população pobre do Brasil era privada de atendimento médico de qualidade, que era privilégio da elite por meio do médico da família. As classes sociais de baixa renda recebiam assistência das “Casas de Caridades” apoiadas pela Igreja, unidades filantrópicas e benzedeiros. Nessa época, os brasileiros sofriam com epidemias de Febre Amarela, de Leishmaniose, Malária dentre outras. (LEMOS; LIMA. 2002, p.79). Nesse quadro de epidemias, os donos das fábricas e os grandes cafeicultores dependiam de mão de obra dos imigrantes para expandir os seus negócios. Logo, uma das medidas tomadas para conter essas doenças foi implantar a educação sanitária, que consistiu na disseminação de conhecimentos de higiene entre a população. O Estado tomou outras medidas para conter o avanço das epidemias, tais como: a expulsão da pobreza dos grandes centros pelos militares e a imposição de quarentena¹². Cabe ressaltar que essas ações expressavam uma conduta desumana por parte das autoridades.

No decorrer do século XX, houve um avanço científico e a área da saúde obteve benefícios com a descoberta da vacina contra a varíola em 1904, pelo francês Louis Pasteur¹³. A vacinação obrigatória da varíola pelo governo brasileiro provocou um forte movimento social, conhecido historicamente como a Revolta da Vacina¹⁴ em 1904, as ações de saúde pública ficou centrada nos corpos adoecidos. A relação saúde-ambiente só foi retomada mais tarde, segundo Lima e Costa (2013.p. 26), a teoria microbiana foi contestada e os estudiosos voltaram os olhos para o ambiente mais amplo, o modelo agente-hospedeiro-agente, ou seja, a doença era causada por um agente patógeno que é transmitido ao homem por outro organismo biológico, ou pela água ou pelo ar. Já

¹² Quarentena: isolamento de indivíduos ou animais sadios pelo período máximo de incubação da doença, contado a partir da data do último contato com um caso clínico ou portador, ou da data em que esse comunicante sadio abandonou o local em que se encontrava a fonte de infecção. Cf. WALDMAN, Eliseu Alves. **Medidas gerais de profilaxia e controles**. 2017. Publicado no site Cidadania e Saúde. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/05_03.html>. Acesso em: 10 out. 2017.

¹³ Louis Pasteur (1822-1895) foi um cientista, químico e bacteriologista francês que revolucionou os métodos de combate às infecções. Biografia e resumo da vida. EBIOGRAFIA. **Louis Pasteur: Cientista francês**. 2018. Disponível em: <https://www.ebiografia.com/louis_pasteur/>. Acesso em: 5 jun. 2018.

¹⁴ Em *A Revolta da Vacina*, o historiador Nicolau Sevcenko apresentou um estudo pioneiro, reconstituindo os episódios que passaram para a história como a maior convulsão social da cidade do Rio de Janeiro, durante a campanha de vacinação contra a varíola (1904). Cf. SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina**. 2017. Disponível em: <<http://lelivros.bid/book/baixar-livro-a-revolta-da-vacina-nicolau-sevcenko-em-pdf-epub-e-mobi-ou-ler-online/>>. Acesso em: 10 out. 2017.

para o controle de vetores, usava-se a educação sanitária, que preconizava medidas higienistas como, por exemplo, a lavagem das mãos no controle de doenças.

Em 1909, os Estados Unidos da América adotaram uma estratégia de educação para prevenção de doenças que impôs, através de ações da Polícia Médica, condutas de higiene e sanitárias aos indivíduos, sem levar em consideração seu contexto social. Além do mais, esses indivíduos eram culpados por se adoecerem. Os pressupostos que nortearam essa proposta foram os seguintes:

(1) os problemas de saúde devem ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida; (2) os problemas de saúde da população decorrem da falta de informação; (3) a educação deve ser concebida como a transmissão de conteúdos neutros e descontextualizada, com instrumentos puramente médicos (ALVES; AERTS, 2011, p. 320).

No Brasil, desde a década de 1910, ocorreu um movimento pela mudança na organização sanitária, liderado por médicos, autoridades políticas e intelectuais. Criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP. Paim (2009, p. 28-29) afirma que, nesse período, “a saúde era tratada mais como caso de polícia do que uma questão social”. O órgão que cuidava da saúde pública vinculava-se ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

A partir de 1930, na Era de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério do Trabalho e da Educação e Saúde. O DNSP foi transferido do Ministério da Justiça para o Ministério da Educação e Saúde¹⁵. Até 1953, quando foi criado o Ministério da Saúde, muitas campanhas sanitárias desenvolvidas se transformaram em órgãos ou serviços responsáveis pela febre amarela, tuberculose, saúde da criança e fiscalização sanitária, além da criação do Serviço Especial de Saúde Pública – Sesp¹⁶ (PAIM, 2009, p.30). O governo centralizou as ações de Saúde. Havia o médico sanitário e os educadores sanitários. Inicialmente, a educação sanitária era responsabilidade de professores primários das escolas públicas, posteriormente da enfermagem. Mais uma vez, o que se evidencia é a imposição de condutas de higiene à população. Em 1932, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs.

Os institutos podem ser vistos como resposta, por parte do Estado às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros. Acentua-se o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado. (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, s.d. p.32).

¹⁵Em 1930, foi criado o Ministério de Educação e Saúde e para ele nomeado Francisco Campos que encaminhou um conjunto de medidas educacionais.

¹⁶ O Sesp foi criado em 1942, a partir de acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, tendo como função o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas, como a borracha da região amazônica e o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce. O órgão se expandiu nas regiões rurais brasileiras, onde construiu redes de unidades de saúde locais, focalizando tanto a medicina preventiva como a curativa, tendo como eixo principal, a educação sanitária nos mais variados espaços, dentre eles nas escolas primárias. Cf. RENOVARO. R.D; BAGNATO. M.H.S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, Curitiba: Editora UFPR, Brasil, n. especial 2, p. 278, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/nspe2/17.pdf>>. Acesso em 27 set. 2017.

O Sesp transformou-se em fundação e ganhou a sigla Fsesp. No governo de Juscelino Kubitschek, foi criado o Departamento Nacionais de Endemias Rurais – DNERu, que foi substituído pela Superintendência de Campanhas – Sucam em 1960. A educação sanitária nas escolas era preconizada nesse contexto histórico. Uma campanha publicitária que marcou esse período criou o personagem Sujismundo¹⁷, que fez sucesso nos anos de 1970 e acabou virando sinônimo de porcalhão¹⁸. O governo da Ditadura queria incentivar bons hábitos com o slogan “povo desenvolvido é povo limpo”.

Lima e Costa (2013, p.24) e Paim (2009, p.31) concordam que o modelo de organização dos serviços de saúde no Brasil antes do atual Sistema Único de Saúde – SUS¹⁹ era: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecida como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial. Observamos esse modelo ainda hoje de um lado o atendimento médico hospitalar e ambulatorial do outro a vigilância em saúde com notificação dos casos de doenças.

Segundo dados da série estatística do século XX lançados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2003), no fim da década de 1930 e início da de 1940, o grupo das doenças infecciosas e parasitárias ainda era a maior causa de mortes no Rio de Janeiro, responsável por 30,90% dos 94.491 óbitos. Isso confirma que, apesar da criação de serviços de saúde e o higienismo sanitário, a qualidade de vida não melhorou.

Em 1964, inicia-se a Ditadura Civil-Militar²⁰. Em 1965, houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, o que ampliou a assistência à saúde para os trabalhadores das fábricas. No período de 1976 a 2002, registra-se uma série histórica completa, com dados da mais recente pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE (2003), demonstrando que o setor público cresceu nesse período mais que o privado. Em 1976, havia 13.133 estabelecimentos, sendo 6.765 públicos e 6.368 privados. No fim do século, em 1999, eram 48.815 estabelecimentos (32.606 públicos e 16.209 privados). Em 2002, havia 53.825 estabelecimentos, sendo 37.674 públicos e 16.151 privados (IBGE, 2003).

¹⁷ *Sujismundo* foi um personagem de animação brasileiro, criado por Ruy Perotti e utilizado em filmes de publicidade para televisão, muito popular na década de 1970.

¹⁸ Cf. SUJISMUNDO fez sucesso nos anos 70 e acabou virando sinônimo de porcalhão. **O Globo**. Rio de Janeiro, p. 1 [online]. 09 jul. 2013. Disponível em: <<http://acervo.oglobo.globo.com/em-destaque/sujismundo-fez-sucesso-nos-anos-70-acabou-virando-sinonimo-de-porcalhao-8971169#ixzz4ujZ4To00>>. Acesso em: 11 out. 2017.

¹⁹ O SUS foi criado em 1990, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, que garante a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde.

²⁰ A Ditadura Civil-Militar foi a forma de governo adotada no país a partir do Golpe de Estado de 1964, em que os militares assumiram o poder (1964-1985). Cf. REZENDE, Maria José de. **A ditadura militar no Brasil: repressão e pretensão de legitimidade, 1964-1984** Londrina: Eduel, 2013. Livro digital. Disponível em: <<http://www.uel.br/editora/portal/pages/arquivos/ditadura%20militar.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2017.

Embora tenha ocorrido uma ampliação da assistência à saúde, conforme Alves (2005, p.45), o movimento social formado por intelectuais, por profissionais de saúde – em conjunto com a igreja em prol das classes populares – se opôs ao autoritarismo e as normas impostas pelo governo em se tratando do cuidado da saúde. Os profissionais da área reconheceram a necessidade de reorientar as práticas de saúde, quando se depararam com a complexidade dos problemas vividos pela população. Esse foi o Movimento de Educação Popular em Saúde²¹, visto que a população continuava adoecendo. Conforme dados do IBGE (2003), em 1962, o índice de doenças por infecções e parasitárias caiu 12% no Rio de Janeiro e subiu para 8% o percentual de mortes por “acidentes, envenenamentos e violências”.

Os dados do IBGE (2003) demonstram que a insatisfação popular exigia novas condutas tanto nas políticas públicas quanto nas ações de educação em saúde, pois o higienismo sanitário e a ampliação da assistência médica dos trabalhadores não resolviam os problemas de saúde da população e nem os protegiam de novas doenças.

Por meio dessa breve revisão da história, percebemos que as ações educativas em saúde tinham caráter impositivo, baseavam-se na transmissão de normas e condutas sobre cuidados de higiene e a assistência médica foi mais valorizada. O indivíduo era culpado por sua doença e não se considerava que os determinantes sociais podiam influenciar sua saúde.

Essa concepção começou a apresentar perspectiva de mudança com o movimento de Educação Popular em Saúde, que preconizava uma educação focada na prevenção. Foi um movimento que continuou até o final da década de 1970 e início dos anos de 1980. Embora tenha sofrido algumas mudanças, intensificou-se a discussão sobre o tema *promoção de saúde*, em que esse modelo de educação vem sendo questionado.

Nas Conferências Mundiais de Saúde²² foi discutido e ampliado o conceito de saúde, sendo que a “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde”, em 1978, representa o marco da promoção da saúde no mundo. Essa Conferência “expressou a necessidade de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo, como um direito humano fundamental” (RODRIGUES et al, 2009, p.101). Na sequência, ocorreram a I Conferência Internacional Promoção da Saúde em Ottawa (1986); Conferência de Bogotá (1992); seguida da Conferência na Cidade do México (2000); e a Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento, em Buenos Aires (2007), nas quais foram estabelecidos vários princípios éticos e políticos sobre saúde. Pensaram a

²¹ Paulo Freire – educador, pedagogo e filósofo brasileiro, considerado um dos pensadores mais notáveis na história da pedagogia mundial – foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular. Isto é, sem imposição de normas, fundamentada no diálogo entre profissionais de saúde e comunidade. Cf. BRASIL. **Caderno de educação popular e saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Brasília: Ministério da Saúde, 2007a, 160p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf> Acesso em: 13 jan.2014.

²² Sobre este tema pode-se obter informações no site da Organização Mundial de Saúde: <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>

saúde relacionando-a como qualidade de vida, ou seja, a saúde determinada por fatores sociais, físicos, psicológicos e ambientais.

Nos anos de 1980, intensificou-se o Movimento da Reforma Sanitária, feito por estudantes, filósofos e outros, pela melhor estruturação e democratização dos serviços. A saúde passou a ser reconhecida como direito de todos, após a promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) que estabelece:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Com a criação do SUS, por meio da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a), a população – pelo menos teoricamente – passa a ser atendida de forma integral em suas necessidades, com os princípios de equidade, universalidade e integralidade.

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde. (BRASIL, 1990a, online)

As condições de saúde, desde então, passam a ser determinada pelo estilo de vida e pelas condições de vida.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (BRASIL, 2002, p.19)

Uma das ações desencadeadas pelo Ministério da Saúde para fazer valer os princípios do SUS foi à implantação da estratégia do Programa Saúde da Família – PSF, criado em 1994, e a criação do Programa de Saúde na Escola – PSE, criado em 2007.

O PSF tem como objetivo aproximar as equipes de saúde com a população, sob a ótica de que é melhor prevenir as doenças do que tratá-las. O programa possibilitou um estreitamento da relação do profissional de saúde com a população, rompendo com estratégias de prevenção individualistas e motivando todos à busca de qualidade de vida. Em suma, conforme Rodrigues et al (2009, p.102), “o PSF tem como papel principal a reorientação do modelo assistencial para a atenção básica, buscando assim a integralidade da assistência”.

O PSE, de acordo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p.6), veio contribuir para o fortalecimento de ações, juntamente com o PSF, na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar, à comunidade escolar, a participação em programas e projetos que articulem saúde e

educação. Conforme a Lei 8.069/1990, Art. 3º “A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais e a eles são assegurados todas as oportunidades para o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”. (BRASIL, 1990a)

Quanto à criação desses programas, de acordo com nossa vivência como profissional de saúde, percebemos que as ações políticas estão voltando-se para uma assistência integral ao cidadão. As ações conjuntas entre PSF, PSE e Unidades de Saúde reforçam a intersetorialidade necessária para um atendimento integral e humanizado.

No entanto, apesar de serem considerados programas de qualidade, na realidade social essa ação integrada enfrenta dificuldades de concretização.

Efetivamente, existe um descompasso entre as diretrizes fundamentais do PSE e a sua realização, porque falta a intersetorialidade que o programa propõe e as ações estabelecidas ficam no âmbito dos indivíduos, com educação para a saúde e prevenção das doenças, sem considerar os determinantes sociais da saúde. (SANTOS; LIMA, 2015, p.215)

Os profissionais que atuam nessas áreas poderiam entender que promover a saúde é diferente de prevenir doenças e tratá-las. A promoção à saúde implica eliminar os riscos de doenças e diminuir a vulnerabilidade da população, em busca de qualidade de vida. Para tanto, no nosso entendimento, poderiam adotar uma nova postura de atendimento, que rompa com o método biologicista e privilegie um atendimento pautado na proposta de educação de Paulo Freire, ou seja, no diálogo. Entendemos que a atenção básica possa ser mais resolutiva fazendo uso do diálogo, pois por meio dele podemos compreender o modo de vida das pessoas no território, bem como os impactos que as mudanças no meio-ambiente produzem sobre sua saúde, a fim de desenvolver ações que assegurem benefícios.

Logo, defendemos reorientar as estratégias das ações educativas. Desse modo, este projeto de pesquisa teve como objetivo de propor uma ação educativa que vise à promoção de saúde dos adolescentes provenientes de uma escola pública, na Unidade de Saúde. Isto porque é comum depararmos com práticas educativas por meio de palestras informativas, que desconsideram a realidade da comunidade, os saberes, o modo de falar e a cultura. Assim, os profissionais de saúde não estão conseguindo promover ações transformadoras, porque não instigam reflexão dos sujeitos e nem mudança de comportamentos.

Os profissionais de saúde podem contribuir para práticas educativas em saúde. No entanto, essa função é realizada, na maioria das vezes, por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Agentes de Saúde por estarem mais próximos da comunidade, em salas de espera ou em consultórios. Alguns profissionais de saúde se colocam na posição de mediadores na construção de saberes, no entanto geralmente, muitos ainda atuam somente na assistência curativa e na prevenção de doenças.

Consideramos de suma importância que o profissional de saúde repense esse novo enfoque das ações educativas e saiba diferenciar conceitos como “prevenção e promoção” para prestar

cuidados e assistência integral.

Ações preventivas são intervenções educativas, direcionadas à população para evitar o surgimento de doenças, a prevenção e formas de tratá-las com a finalidade de reduzir sua prevalência na população, como por exemplo, prevenção do câncer de colo, de hipertensão, de obesidade e outros. (SILVA, 2015, online)

A promoção de saúde consiste na capacitação das pessoas para se auto cuidarem e buscarem qualidade de vida. Promoção de saúde é promover qualidade de vida no contexto em que se vive.

No entanto, desenvolver ações para promover a saúde requer a clareza de que isso não depende apenas das ações dos profissionais de saúde e, sim, de um trabalho coletivo e intersetorial. Além de ações intersetoriais e o desenvolvimento da autonomia, podemos citar os fatores que interferem no estado de saúde das pessoas, tais como: o nível social e econômico; a infraestrutura existente; as condições de saneamento básico, de moradia, de trabalho, de alimentação; afetividade; a sexualidade; o gênero, a cultura e outras.

Na Unidade Básica de Saúde do Jaraguá-UFU, localizada no Bairro Jaraguá em Uberlândia-MG, campo da nossa investigação, a educação para a saúde ora é realizada em forma de palestras, ora em rodas de conversas sobre diversos assuntos definidos pelo palestrante. O público alvo participa das discussões, mas como ouvinte, na maioria das vezes. A unidade promove grupos de gestante, semanalmente, e grupos de hipertensos e diabéticos, mensalmente.

Com o intuito de contribuir para a melhoria do atendimento, fortalecer as ações do PSE e contribuir para a construção de novas ações educativas em saúde, assim como fazer valer os princípios do SUS²³, apresentamos este projeto de pesquisa que se desenvolverá junto a um grupo de adolescentes estudantes do ensino fundamental.

Seguindo essa linha de raciocínio, acreditamos que não devemos realizar práticas educativas apenas informativas com metodologias tradicionais, alheios aos saberes popular. Alves (2005) defende essa posição, afirmando que a principal crítica a esse modelo de educação, entretanto, tem sido referente a não consideração dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos. É importante a discussão de temas levantados a partir das necessidades do público, nesse caso os adolescentes.

A adolescência é um período entre a infância e a fase adulta marcada por intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais. Existem disparidades nos limites cronológicos da adolescência, no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA considera adolescente a pessoas na faixa etária de 12 aos 18 anos. Nesse trabalho utilizamos o critério cronológico da OMS que define adolescência pessoas com idade entre 10 a 19 anos.

Nessa perspectiva, o público alvo do projeto foram os adolescentes encaminhados pela Escola Estadual Camilo Castelo Branco para atendimento psicológico na Unidade de Saúde, como

²³ Para conhecer o SUS acesse: PAIM, Jairnilson Silva et al. **O que é o SUS:** e-book interativo. 2009. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>>. Acesso em: 11 out. 2017.

alternativa de ampliar a assistência e a educação em saúde. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as condições de saúde desse grupo evidenciam a vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e a crescente incidência de mortalidade de jovens de baixa renda.

Para melhorar as ações educativas e a assistência a esses adolescentes e diminuir as vulnerabilidades, defendemos que é função dos profissionais realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, “considerando que 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” (BRASIL, 2013, p.9). Isso é possível através de um diálogo e da construção coletiva de saberes.

Reconhecemos que assistir integralmente, desenvolver a autonomia é difícil, devido ao pouco tempo de encontro entre profissionais de saúde com a população, o que dificulta o processo e a qualidade da assistência. No entanto, o profissional engajado com a transformação precisa acreditar na capacidade de transformação de comportamentos dos adolescentes em relação aos cuidados com sua própria saúde, bem como na capacidade de cada um poder contribuir para a mudança da sociedade. É preciso organizar o atendimento de forma a garantir tempo para ouvir e intervir.

Para tanto, além de organizar o atendimento profissional, podemos desenvolver algumas habilidades pessoais de mediação, para aliar o saber técnico ao saber popular. Nesse sentido,

A integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos. (ALVES, 2005, p.42).

Sob essa perspectiva, faz-se necessário repensar a formação dos profissionais. Veiga (2015) analisou o programa criado pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, em 2002, de reestruturação curricular das escolas médicas brasileiras. Esse modo de organização curricular desenvolvido em universidades estrangeiras e brasileira integra teoria e prática, através da metodologia de aprendizagem baseada em Problem-Based Learning – PBL. Trata-se uma metodologia interdisciplinar inovadora, em que os alunos do Curso de Medicina convivem com a comunidade, levam em conta as necessidades de saúde da população para contribuir na resolução dos problemas de saúde. Ou seja, o Curso de Medicina se fundamenta na problematização e na aprendizagem baseada na prática. A partir dessa reestruturação curricular, avanços são percebidos na formação dos profissionais. Essa abordagem tem como princípio a aproximação com o público, o profissional deve interagir e se integrar efetivamente, demonstrando interesse para ajudar o outro, formando um vínculo quando escuta, olha, observa, dialoga e constrói uma relação horizontalizada.

Paulatinamente, os currículos de formação dos profissionais de saúde do Brasil estão se reestruturando e, desse modo, consideramos importante que o profissional atuante reveja suas ações e busque avançar na melhoria da educação em saúde e da assistência à saúde. Com esse enfoque,

buscando melhorar a educação e a assistência, é que propomos este projeto.

Investir na saúde da população de adolescentes e de jovens é custo-efetivo porque garantir a qualidade de vida é garantir também a energia, o espírito criativo, inovador e construtivo da população jovem, que devem ser considerados como um rico potencial capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento do país. (BRASIL, 2010, p.48)

Em suma, este projeto é de extrema relevância, pois busca novos caminhos para propor ações educativas que promovam à saúde. Portanto, ouvir os adolescentes, deixar que se expressem, é o primeiro passo para uma educação em saúde integral e de sucesso.

2.7 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa educacional, qualitativa, do tipo pesquisa-ação. A coleta de dados foi feita por meio do grupo focal e de questionário estruturado. Segundo André (1995, p.17), a pesquisa qualitativa possibilita uma visão holística dos fenômenos, pois levam em conta as interações e influências recíprocas, na produção de sentidos da realidade vivenciada pelos sujeitos.

Para justificar abordagem a qualitativa, neste trabalho, lembramos Flick (2009, p.21) ao afirmar que a mudança social acelerada e a conseqüente diversificação das esferas da vida nos fazem deparar com novos contextos e novas perspectivas sociais. Essa diversidade de situações cotidianas, de possibilidades de interpretações, instiga os pesquisadores a utilizar de estratégias indutivas, tendo em vista as limitações das abordagens quantitativas para lidar com a subjetividade.

A pesquisa-ação segundo Thiollent (1986, p.15 e 22) e (ANDRÉ, 1995, p.18), possibilita ao pesquisador um acompanhamento e uma avaliação desencadeada em função dos problemas dos colaboradores da pesquisa, visto que considera a forma como os colaboradores constroem a realidade que os cerca, o entendimento do senso comum das práticas cotidianas e as rotinas que forjam as condutas sociais. A partir do estudo desta realidade o pesquisador pode colaborar na produção e divulgação de conhecimentos.

Os instrumentos e procedimentos para coleta e análise de dados foram: gravador, observação, relatório, entrevista estruturada e grupo focal.

O procedimento principal de coleta de dados utilizado nesta pesquisa foi a técnica de grupo focal, uma vez que possibilitou a compreensão mais aprofundada de um determinado problema mediante a interação de um grupo. Segundo Gatti (2012, p.8), o grupo focal é um modo de coleta de dados qualitativos utilizado em ciências sociais e humanas. Foi usado pela primeira vez em 1920. Nos anos de 1950, na área de marketing, Robert Merton passou a utilizá-lo, quando estudava as reações das pessoas frente às propagandas de guerra. Desde então, vem sendo empregada em pesquisas de comunicação, na avaliação popular de filmes e programas televisivos. Desde os anos 1980 começou a ser usada nas pesquisas em ciências sociais.

Essa técnica foi escolhida, pois nos permitiu compreendermos, através das ideias partilhadas no grupo de adolescentes, as questões que os afligem e os deixam vulneráveis. As diferentes perspectivas sobre os fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais que afetavam a saúde de cada um.

Este trabalho investigativo está organizado da seguinte forma:

2.7.1 Revisão Bibliográfica – A revisão bibliográfica foi necessária para um embasamento teórico da pesquisadora, por meio de pesquisas sobre a temática para descobrir o que vem sendo estudado, o enfoque, os instrumentos foram utilizados para coleta e análise de dados, quais foram os resultados.

2.7.2 Levantamento e análise documental – Foi realizado um levantamento da legislação e de documentos oficiais que tratam da saúde pública no Brasil, os textos e convenções resultantes das Conferências Nacionais e Internacionais.

2.7.3 Recrutamento dos colaboradores – O campo de investigação foi o Centro de Saúde Escola Jaraguá-UFU, localizado na cidade de Uberlândia-MG, na Avenida Aspirante Mega, 77, Bairro Jaraguá.

O recrutamento dos adolescentes para participar da pesquisa foi feito aproveitando-se da rotina de trabalho da pesquisadora na Unidade, por meio da busca ativa. Essa prática se constituiu em fazermos um levantamento dos nomes de todos os adolescentes que foram agendados com a Psicóloga da Unidade de Saúde no decorrer do ano de 2017.

Uma vez identificados os vinte e um adolescentes, , oito do sexo feminino e treze do sexo masculino, na faixa etária foi de onze a quatorze anos, contatamos por telefone seus responsáveis convidando-os para participarem do projeto. Conseguimos a colaboração de nove adolescentes, no entanto um deles, foi excluído por não responder o questionário e nem participar do grupo focal.

No primeiro encontro, além da apresentação do projeto pela pesquisadora foi solicitado aos pais a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aos adolescentes a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e a resposta do questionário estruturado, seguido do agendamento dos encontros subsequentes. Todos os adolescentes foram contatados, semanalmente, e convidados para participar da pesquisa.

Em toda pesquisa que envolva humanos há riscos, mas nos esforçamos para minimizá-los. A confidencialidade é fundamental, tal como dispõe a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 510 do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos e foi preocupação constante da pesquisadora em todos os momentos da pesquisa, atentando para a a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes em todas as suas fases. Cuidados foram tomados para que os direitos fundamentais dos adolescentes não fossem afrontados.

Para protegê-los dos riscos referentes ao sigilo, garantimos o anonimato dos dados e informações dos participantes. Para isso, os adolescentes foram resguardados sendo aplicados a eles termos anônimos, de modo a não serem identificados no meio social. O material gravado na aplicação do grupo focal foi apagado após o término da pesquisa. O restante do material está protegido, sob a guarda da pesquisadora por cinco anos e depois serão incinerados, não correndo o risco de vazamento de informações privilegiadas.

Quanto aos benefícios da pesquisa, estes superaram os riscos, pois acreditamos que o estudo contribuiu na melhoria da assistência à saúde dos jovens, tornando-a mais humanizada e integral, também impactou no rendimento escolar e na sociabilidade. Propiciou uma aproximação da escola com a Unidade de Saúde facilitando ações intersetoriais. Além disso, propiciou uma reflexão dos profissionais de saúde e da educação quanto à importância de se desenvolver ações educativas que

busquem o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde reconhecendo os indivíduos, a coletividade e o lugar onde vivem.

2.7.4 Aplicação do questionário socioeconômico – O questionário foi aplicado no primeiro encontro de cada participante. (APÊNDICE D)

2.7.5 Elaboração da metodologia de escuta – Tratou-se do delineamento dos pontos que foram abordados durante a realização de rodas de conversa, segundo metodologia de grupo focal. Este roteiro foi elaborado a partir de um questionário intitulado “World Health Organization Quality of Life – WHOQOL”, sobre qualidade de vida, validado pela Organização Mundial de Saúde (APÊNDICE E).

2.7.6 Aplicação dos instrumentos desenvolvidos para estabelecer o processo de escuta-

Nossa escuta foi baseada na técnica de grupo focal e desenvolvida pela pesquisadora com o auxílio da Psicóloga da Unidade a partir do roteiro previamente elaborado, embora tenhamos feito um roteiro de questões, esse roteiro não foi seguido à risca, pois as questões norteadoras foram levantadas por nós no decorrer do diálogo. A conversa foi gravada e no decorrer da conversação dos adolescentes foram introduzidas perguntas sobre a qualidade de vida. O objetivo da pesquisa com o grupo focal foi analisar a percepção do grupo quanto ao tema qualidade de vida, pautados no aspecto multidimensional do ser humano (domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambientes) para diagnosticar as vulnerabilidades e problemas de saúde desse grupo. Procuramos identificar como se sentem e quais os problemas que existem na casa e no lugar onde eles vivem que prejudicam a qualidade de vida e saúde. Após a gravação, a conversa foi ouvida, transcrita e seguida de análise das falas.

No total foram realizados nove encontros semanais com duração em média de 1h30 min. Como afirmado anteriormente, dos vinte e uns adolescentes convidados conseguimos a adesão de oito que se dispuseram em participar da pesquisa.

2.7.8 Reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde dos jovens – Os dados dos questionários foram editados, codificados e tabulados em gráficos para facilitar a identificação do perfil dos jovens participantes da pesquisa. As vozes, obtidas nas gravações por meio da técnica do grupo focal, foram transcritas e a análise de conversação realizada, conforme as orientações de Flick (2009, p.300), por meio da identificação nas transcrições, de um enunciado ou uma série de enunciados como elementos potenciais. O objetivo foi reunir uma coleção de casos nos quais esse elemento potencial apareça, especificando como é utilizado como meio de produzir ordem nas interações e qual problema da organização das interações ele soluciona. Essa análise serviu para identificarmos os problemas e necessidades de saúde dos jovens que foram a base da construção do projeto de intervenção.

3 DESENVOLVIMENTO, RESULTADOS E CONCLUSÕES

Primeiramente, foi feita uma revisão bibliográfica com o objetivo de buscarmos embasamento teórico-metodológico, mapear alguns dos estudos realizados e definir o enfoque e os instrumentos utilizados para coleta e análise de dados. Foi realizado um levantamento da legislação e de documentos públicos que tratam da saúde pública no Brasil, dos textos e convenções resultantes das Conferências Nacionais e Internacionais. Também apresentamos o projeto ao colegiado do Centro de Saúde Escola Jaraguá e solicitamos a autorização para realizar a pesquisa. Assim, uma vez autorizado, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Uniube.

Quanto ao cenário e os colaboradores, essa pesquisa-ação foi realizada no Centro de Saúde Escola do Jaraguá, em Uberlândia, Minas Gerais, unidade gerida pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU/MG. Os colaboradores-participantes foram oito adolescentes com idade de 11 a 14 anos, atendidos pela psicóloga do Centro de Saúde, estudantes da Escola Estadual Marechal Castelo Branco, de Uberlândia, MG.

O Centro de Saúde da Escola Jaraguá está localizado no bairro do mesmo nome – FIG. 1 e 2 – e é referência de atendimento para uma população média de 20 mil habitantes dos Bairros Jaraguá, Tubalina e Antigo Vallée. Oferece à comunidade consultas de clínica médica, pediatria, ginecologia, psicologia e tratamento dentário, além de manter em funcionamento os grupos de hipertensos, diabéticos e de gestantes. Oferece também serviços de vacinação, curativos e tratamento de lesões de colo uterino. O prédio da Unidade é compartilhado com o Centro de Referência de Hanseníase e a equipe do Programa Saúde da Família – PSF.

Figura 1 – Localização do Posto de Saúde Centro de Saúde Escola Jaraguá.



Fonte: Uberlândia (2018a)

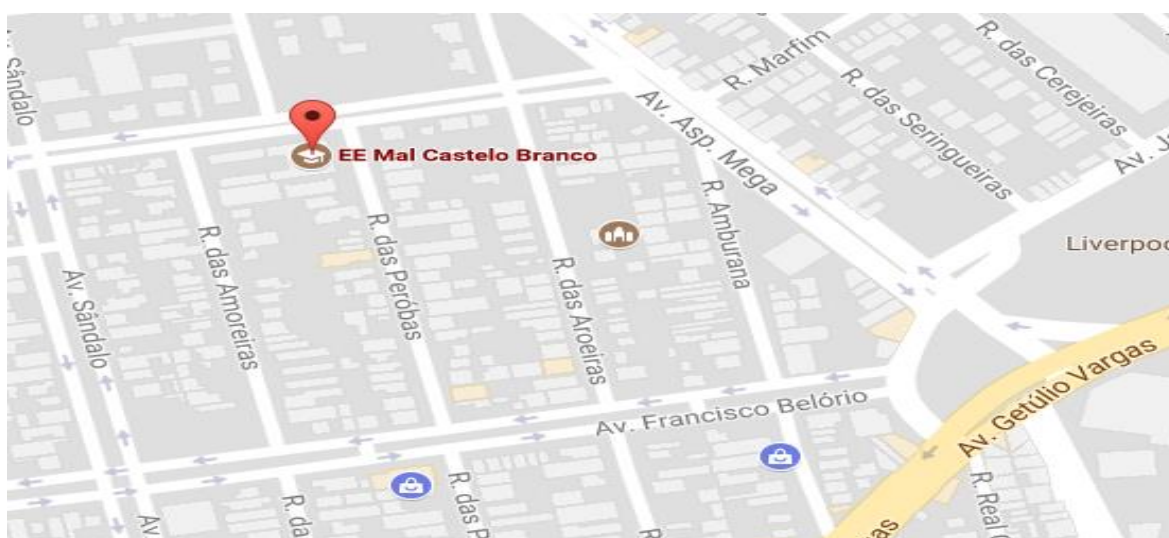
Figura 2 – Fachada do Centro de Saúde Escola Jaraguá, lócus da investigação.



Fonte: Uberlândia (2018a)

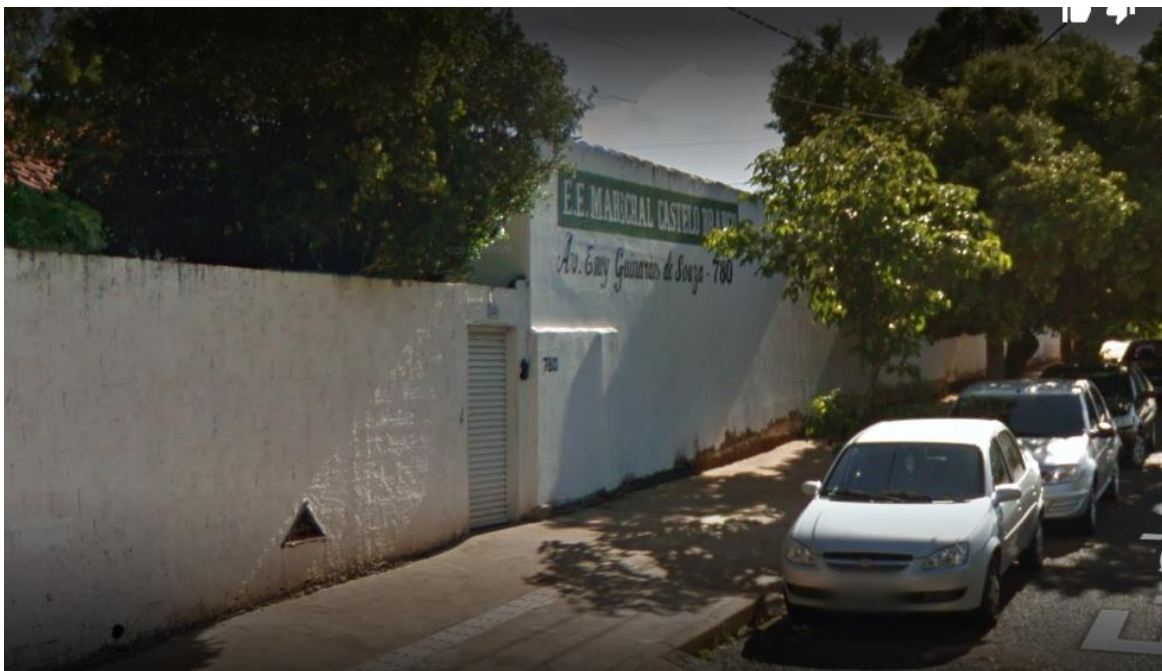
Os adolescentes foram encaminhados da Escola Estadual Marechal Castelo Branco – localizada na Av. Enói Guimarães de Souza, 780, Jaraguá, Uberlândia/MG –, a qual atende 331 alunos do Ensino Fundamental I e 514 alunos do Ensino Fundamental II. Possui 14 salas de aulas e 76 funcionários, sala de diretoria, sala de professores, laboratório de informática, quadra de esportes coberta, cozinha, biblioteca, banheiro dentro do prédio, banheiro adequado a alunos com deficiência ou mobilidade reduzida e sala de secretaria.

Figura 3 – Localização da Escola Estadual Marechal Castelo Branco.



Fonte: Uberlândia (2018b)

Figura 4 – Fachada da Escola Estadual Marechal Castelo Branco.



.Fonte: Uberlândia (2018c).

3.1 A formação do Grupo e a aplicação do questionário

A formação inicial do grupo de participantes ocorreu por meio de contato telefônico, com o objetivo de convidar os estudantes para a pesquisa, com a devida autorização dos responsáveis. Assim, realizamos contatos com os responsáveis dos estudantes e os convidamos para uma apresentação do projeto de pesquisa no Centro de Saúde. Os encontros para a coleta de dados aconteceram semanalmente, às quintas-feiras, no período de 22 de janeiro a 22 de março de 2018.

Para preservar a identidade dos adolescentes, adotamos o critério de invisibilidade, como defendido por Bom Meihy (2002, p.21): “sempre se deve preservar a integridade das pessoas. Em caso de situações de risco (...) troca-se o nome, as circunstâncias identificáveis”.

Assim, por questões éticas, os estudantes foram identificados por letras do alfabeto, seguidas da idade correspondente. No primeiro encontro, ocorrido em 25/01/18, das 10 às 11 horas, participaram dois adolescentes chamados de R (14 anos) e D (14 anos) acompanhados dos pais. Após a apresentação do projeto, eles concordaram em participar da pesquisa e assinaram os Termos de Assentimento e Consentimento. No segundo encontro, ocorrido em 01/02/18, de 10 às 11 horas, usamos o mesmo procedimento. Participaram outros adolescentes: B (11 anos) e M (11 anos). Apresentamos o projeto e eles também concordaram em participar, assinando os Termos e respondendo ao questionário.

Realizamos, novamente, contato telefônico com os responsáveis pelos estudantes atendidos na Unidade de Saúde. No terceiro encontro, ocorrido no dia 08/02/18, de 10h às 11h, um deles havia participado do primeiro encontro e dois do segundo encontro. Vamos identificá-los como: M (11anos), R (14 anos) e B (11anos), responderam ao questionário. Outra vez, contatamos os

responsáveis pelos estudantes, convidando-os para apresentação do projeto e no dia 26/02/18. Houve a participação da adolescente M (11 anos), que havia participado de encontros anteriores.

Angustiadas, buscamos referências bibliográficas que nos ajudassem a compreender as causas dessa baixa adesão ao Projeto. Resultados de uma pesquisa feita por Marin (2013) apontaram três causas para a baixa adesão em ações de educação em saúde: o desinteresse; o exercício da cidadania não é algo intrínseco do público e, por fim a prevalência do modelo biomédico, ou seja, as pessoas procuram assistência médica apenas quando precisam ser medicadas. Apesar da pesquisa de Marin (2013) ter sido realizada com um público e um contexto específico, nossa hipótese é de que essas podem ser as causas da baixa adesão dos adolescentes ao nosso projeto.

Conscientes de que ao propormos uma mudança, ela ocorre de forma gradativa e lenta, foi necessário perseverança, paciência para formação de vínculos com esse público, compreensão de suas necessidades e apresentação dos possíveis benefícios para a melhoria da qualidade de vida. Sendo assim, “a proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários insere-se no discurso emergente de educação em saúde – o modelo dialógico” (ALVES, 2005, p.47).

Na tentativa de conseguir a adesão de um maior número dos adolescentes, solicitamos a vice-diretora da Escola Estadual Marechal Castelo Branco para que ela também convidasse os adolescentes que haviam sido encaminhados para a psicóloga da Unidade para participarem da pesquisa. Contatamos, novamente, todos da lista e mudamos o horário dos encontros que passaram a ser de 08h30min as 09h30min, para que a dinâmica da rotina familiar não fosse afetada, uma vez que os estudantes realizam as tarefas escolares e se prepararam para ir para a aula no período da tarde e os pais precisam providenciar o almoço.

No dia 01/03/18 houve a participação de seis adolescentes: C (12 anos), J (11anos), M (11 anos), L (12 anos), GG (12 anos), GH (11anos). Tivemos que fazer a apresentação do projeto aos adolescentes e aos responsáveis que participaram pela primeira vez.

Para promover a integração e a descontração do grupo de adolescentes, realizamos a Dinâmica do Cochicho da seguinte forma: dividimos os adolescentes em pares, solicitamos para que falassem em voz baixa para o seu par (nome, idade, série que estudam o que gostam e o que não gostam de fazer) para que depois cada adolescente apresentasse para a turma o colega com quem fez dupla; a turma se interagiu e descontraíu muito bem. Em seguida, os estudantes preencheram o questionário e lancharam.

3.2 A realização dos grupos focais

Como afirmamos na metodologia, o roteiro norteador do grupo focal foi baseado no questionário WHOQOL-BREF World Health Organization Quality of Life – Organização Mundial

da Saúde Qualidade de Vida²⁴. Embora tenhamos feito um roteiro para nos guiar, ele não foi seguido à risca, o diálogo ocorreu de forma livre. Foram realizadas quatro sessões de grupo focal até que se contemplassem todas as questões estabelecidas pelo roteiro.

O primeiro grupo focal ocorreu no dia 08/02/18 de 10 h as 11 h. Na abertura do trabalho, esclarecemos para os adolescentes como seria conduzido o grupo focal, reforçando o sigilo das informações. Solicitamos a cada um que se apresentasse. Eles estavam bem tímidos e o diálogo, inicialmente, aconteceu como uma entrevista coletiva, não havendo um aprofundamento da discussão pelo grupo, por falta de experiência e habilidade do moderador-pesquisador e também, avaliamos, por falta de alguma atividade “quebra gelo” que teria facilitado a interação do grupo. O trabalho com esse grupo teve a duração de 45 minutos. As conversas foram gravadas e transcritas para posterior análise. Participaram M (11 anos), R (14 anos) e B (11 anos). Foi servido um lanche aos participantes, como nas demais sessões que serão descritas a seguir.

No encontro do dia 08/03/18 tivemos a participação de quatro adolescentes: L (12 anos), J (11 anos), GH (11 anos) e C (12 anos). Desenvolvemos a dinâmica do cumprimento criativo que descreveremos a seguir. Ouvimos uma música animada, explicamos para o grupo que quando ela fosse executada todos deveriam dançar e, a cada pausa musical, teriam que congelar o movimento e prestar atenção à solicitação feita e fazer o que foi solicitado. Por exemplo, cumprimento com as palmas da mão. Todos se cumprimentaram com a palma das mãos. Ouvimos novamente a música e quando parou foi solicitado que eles se cumprimentassem com os ombros e, assim sucessivamente, até que todos estavam bem de 1h1min17seg.

Na terceira sessão do grupo, ocorrida no dia 15/03/18, tivemos a participação de cinco adolescentes: M (11 anos), C (12 anos), L (12 anos), J (11 anos) e GH (11 anos). Realizamos a dinâmica do maestro, atividade na qual ouvimos uma música, solicitamos aos adolescentes que ficassem um ao lado do outro e escolhemos o primeiro da fila para ser o maestro. Este maestro deveria fazer um gesto para que todos do grupo o imitassem, de modo que o segundo da fila deveria fazer o gesto que o primeiro da fila fez e acrescentar um novo gesto. Todos deveriam repetir os gestos do segundo maestro e assim, sucessivamente, sendo que a cada novo maestro acrescentava-se um comando novo até que todos da fila fossem maestros. Nessa atividade, observamos a capacidade de concentração, a capacidade de responder a comandos e todos se descontraíram. Sentamo-nos e iniciamos o grupo focal que teve duração de 42min40seg.

²⁴ Cf. FLECK, Marcelo PA et al . Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000 >Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>> Acesso em 10 nov. 2017.

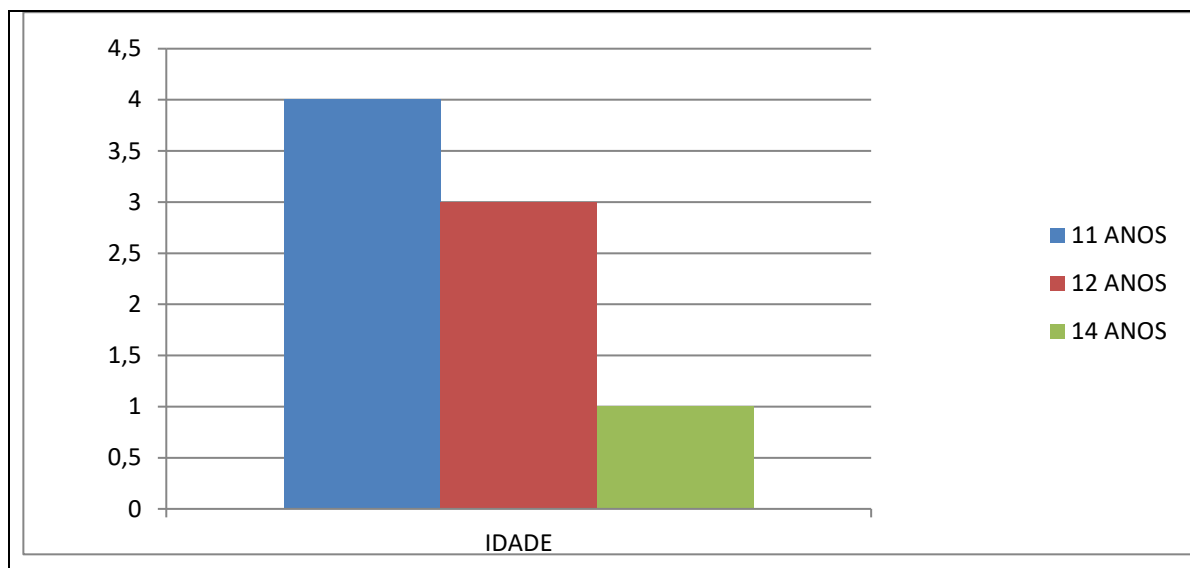
No dia 23/03/2018, o adolescente D foi excluído como colaborador da pesquisa, porque participou somente da apresentação do projeto no primeiro encontro e assinou os termos, mas não conseguimos mais contatá-lo por telefone. Participaram L (12anos), C (12anos), M (11 anos). Iniciamos a sessão com a dinâmica “Diálogo e Monólogo” e realizamos o grupo focal. Esse encontro teve uma duração de 1h12min54seg. Distribuímos papel e lápis para todos os integrantes do grupo. Solicitamos a eles que fizessem um desenho, seguindo a nossa descrição, ficamos de costas para o grupo e eles não puderam perguntar. Quando todos terminaram o desenho, solicitamos que mostrassem para turma e perguntamos: o que vocês acham que era para ser desenhado? Quais as dificuldades encontradas? Após a discussão das dificuldades para se fazer o desenho, foi proposto um novo desenho, dessa vez nós ficamos de frente e eles puderam retirar dúvidas, perguntar sobre o desenho. Essa dinâmica possibilitou uma reflexão sobre o diálogo, a importância do falar e do ouvir, de falar olhando para o outro, numa linguagem que o outro compreenda. Finalizamos com o grupo focal e um lanche.

3.3 Resultados: uma diagnose

Para fazer um diagnóstico das necessidades de saúde dos adolescentes foi “preciso conhecer os determinantes sociais da saúde isso envolveu a compreensão das condições de vida e do estilo de vida” desses colaboradores (LIMA, 2016, p.83). Sob esse ponto de vista, analisamos os fatores sociais, ambientais, físicos psicológicos que influenciam no processo saúde doença, uma vez que impactam tanto no processo de aprendizagem dos estudantes quanto no desenvolvimento biopsicossocial.

A priori analisamos os dados obtidos com a aplicação do questionário do perfil socioeconômico, os quais foram tabulados e apresentados em gráficos para facilitar a análise. Foram respondidas questões como: idade, sexo, ano escolar, escola que estudam, renda mensal familiar, religião, moradia, constituição familiar e o meio de transporte utilizado por eles.

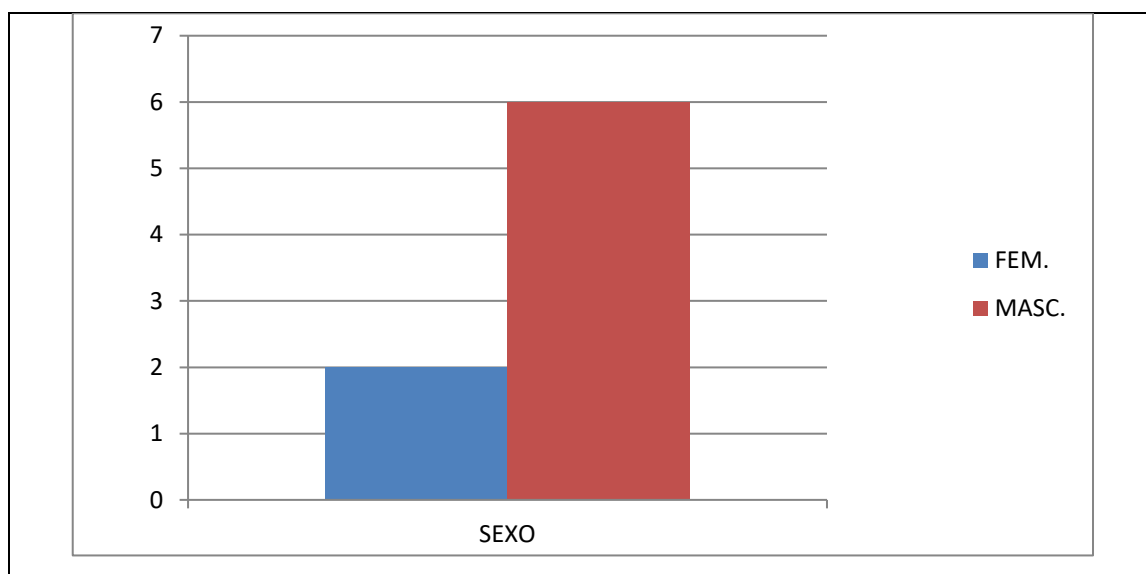
A pesquisa foi realizada com oito adolescentes, cuja faixa etária está registrada no GRAF. I.

Gráfico I- Faixa etária dos adolescentes investigados.

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Evidenciamos, por meio do questionário respondido, que oito adolescentes, estudantes da educação básica do Ensino Fundamental II e pacientes do Centro de Saúde Escola Jaraguá, encontravam-se na seguinte faixa etária: 50% possuía 11 anos, 37,5% 12 anos e 12,5% 14 anos.

Quanto ao sexo, a maioria dos adolescentes pesquisados é do sexo masculino, como demonstra o GRAF. II.

Gráfico II- Classificação por sexo dos estudantes.

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

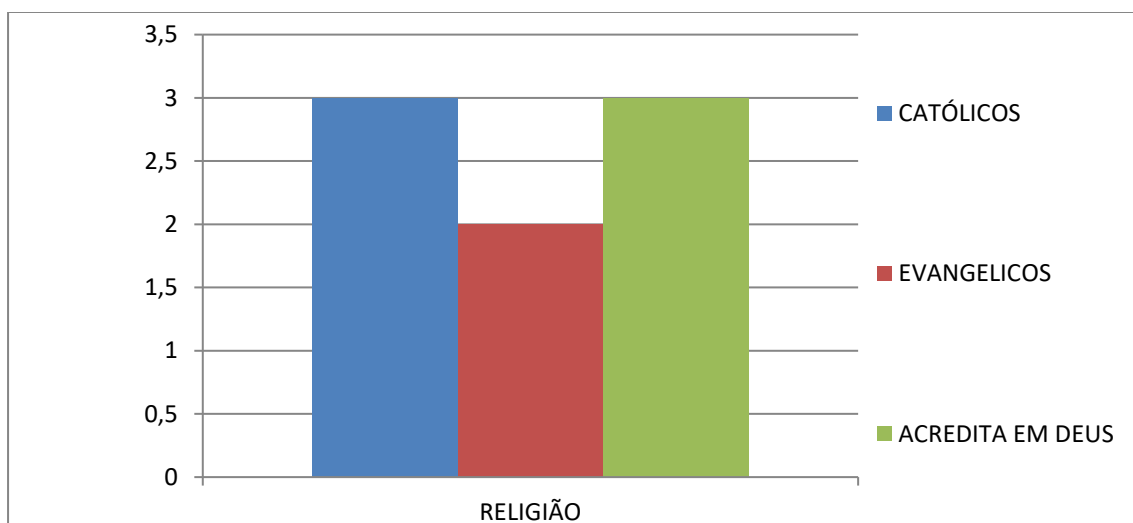
Observamos que 75% dos pesquisados são do sexo masculino e 25% são do sexo feminino. Estudo feito por Carvalho (2009, p.112), demonstrou uma diferença na avaliação feita nas escolas

referentes ao comportamento e ao desenvolvimento cognitivo entre meninos e meninas. A autora constatou que o número de meninos, de baixa renda e negros, recebem conceitos negativos na avaliação escolar e são indicados como indisciplinados, resultando no encaminhamento para o reforço escolar é maior do que de meninas

Talvez isso explique os encaminhamentos dos meninos adolescentes para atendimento psicológico na unidade, dos vinte e um alunos, treze eram meninos.. Quanto ao grupo que aderiu a pesquisa, tivemos mais meninos do que meninas. Os meninos foram encaminhados pela escola para tratamento psicológico na Unidade de Saúde pelos mesmos motivos da avaliação evidenciados por pesquisa de Carvalho (2009): dois por indisciplinados e quatro por dificuldades de aprendizagem. Desses quatro, um deles apresentava compulsão alimentar e obesidade. Por outro lado, as duas meninas foram encaminhadas por serem muito introvertidas, uma delas também apresentava compulsão alimentar e obesidade.

A terceira questão abordada pelo questionário foi sobre a religião dos adolescentes, conforme mostra o GRAF. III

Gráfico III- Religião dos adolescentes.



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

O GRAF. III mostra que 37,5% são de adolescentes católicos e se equiparam aos que não têm religião definida, porém acreditam em Deus, e 25% são evangélicos. Nesse grupo não houve a participação de nenhum espírita, ateu ou de outras religiões. Percebemos que a religiosidade é estimulada pelos pais, os que têm o hábito de frequentar igrejas e cultos têm religião definida. Aqueles não têm esse hábito são indecisos quanto à escolha de uma religião, no entanto acreditam em Deus.

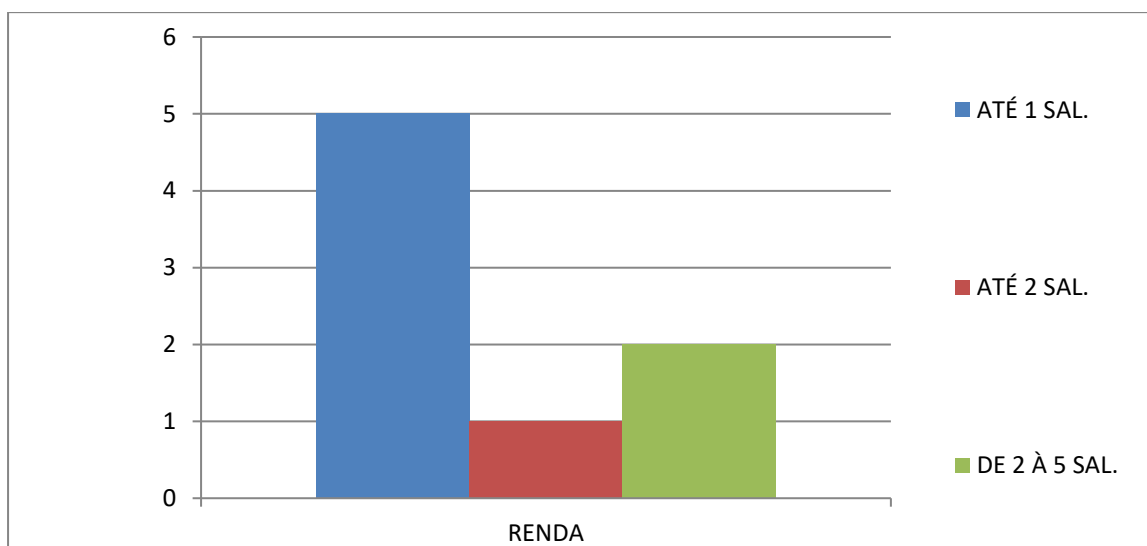
O fato de ter uma religião ou crer em Deus pode ter reflexos positivos na vida desses adolescentes. Em um estudo, Abdala et.al (2010), descreve vários trabalhos que comprovam a

importância da religião na promoção do estilo de vida e de comportamentos saudáveis dos adolescentes, pois a crença em um ser supremo imprime valores morais, ajuda na prevenção ao uso de álcool, gera bem-estar, o respeito e a preservação da vida.

De certa forma possibilita escolhas saudáveis, principalmente aos mais necessitados, que são mais vulneráveis. Quando analisamos o quesito religião a nível nacional e local, constatamos que maioria da população brasileira é Católica, na cidade de Uberlândia-MG, de uma população de 604.013 pessoas: 330.564 mil pessoas são católicas, enquanto que 162.411 são evangélicos e 44.817 são espíritas (IBGE,2017).

Observamos também que a maioria dos integrantes desse grupo possuem baixo poder aquisitivo. Veja o rendimento mensal do grupo pesquisado no GRAF. IV.

Gráfico IV – Renda familiar dos adolescentes.

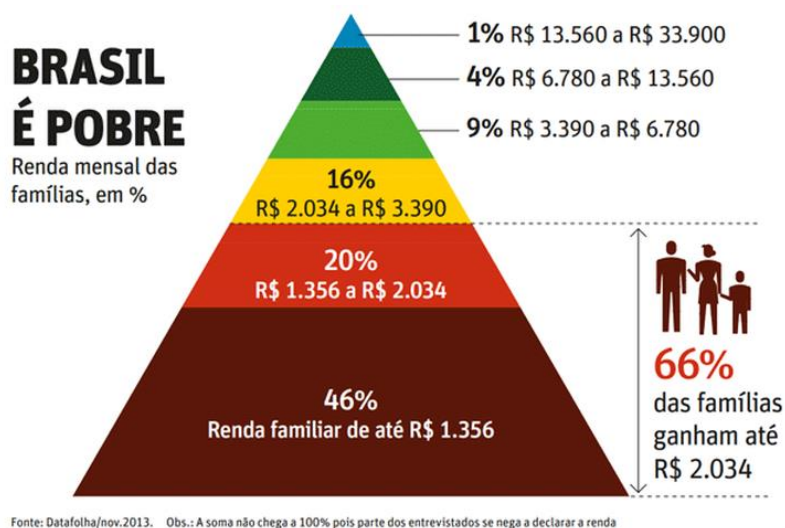


Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Os dados obtidos pela pesquisa quanto à distribuição de renda familiar dos adolescentes informam que 25% recebem de dois a cinco salários mínimos, 12,5% recebem até dois salários mínimos e a maioria (62,5%) recebem até um salário mínimo.

Ao compararmos a distribuição de renda por meio do GRAF. V com a renda mensal da maioria dos brasileiros constatamos que a desigualdade social é imensa. A maioria dos brasileiros tem renda familiar abaixo de dois salários mínimos. Por essa renda, os adolescentes pesquisados são considerados pobres, portanto esses jovens apresentam uma vulnerabilidade social que influencia o processo saúde doença.

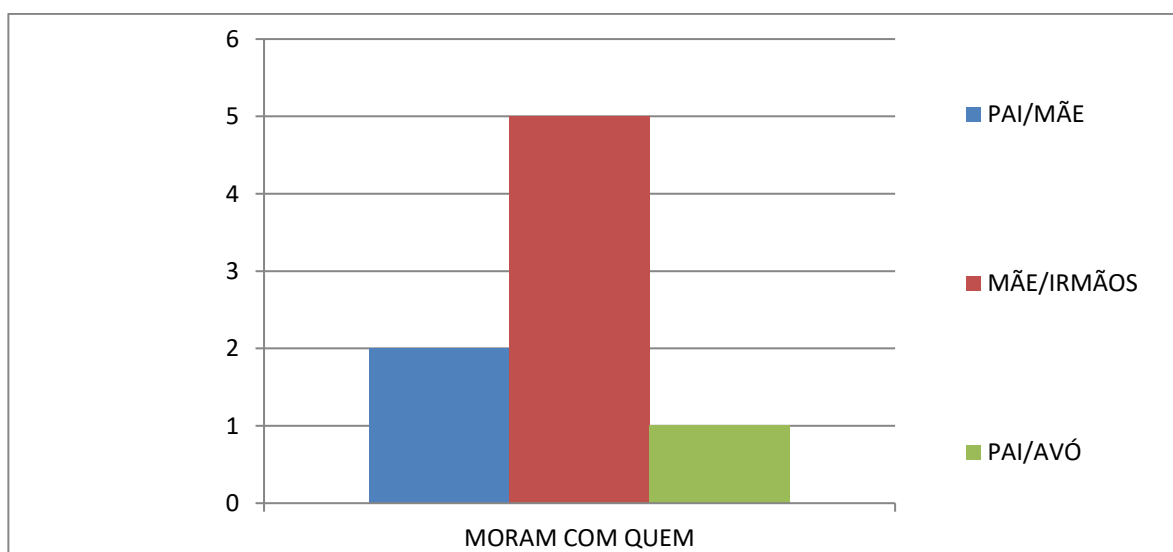
Gráfico V- Pirâmide de Renda.



Fonte: Arte Folha (2018).

Todos os participantes da pesquisa estudam na escola pública. Esses dados demonstram a realidade dos estudantes brasileiros de baixa renda, pois 73,5% dos estudantes frequentam a escola pública e apenas 26,5% escola privada (IBGE, 2017). Essas disparidades no acesso à educação estão relacionadas às condições socioeconômicas da população. O baixo poder aquisitivo determina a forma de moradia, assim como o acesso aos serviços de saúde e educação, meio de transporte e a estrutura e convivência familiar. O GRAF. VI mostra a estrutura familiar dos adolescentes pesquisados.

Gráfico VI- Estrutura Familiar dos adolescentes.



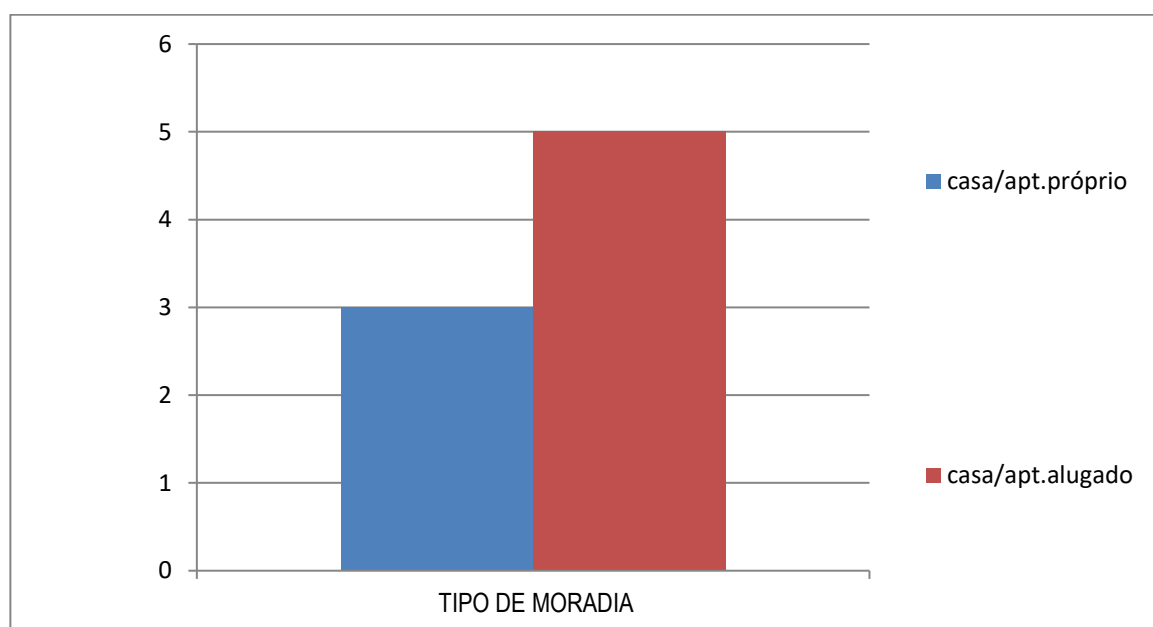
Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Segundo o Censo do IBGE (2016), o número de famílias chefiadas pela mulher aumentou de 30,6% para 40,5%. Mesmo em famílias com o cônjuge, a mulher que tem mais escolaridade e

maior participação nas decisões financeiras. Eram comuns no Brasil arranjos familiares formados por casal e filhos, porém observamos que no período de 2005 a 2015 houve uma queda de 8% desses arranjos.

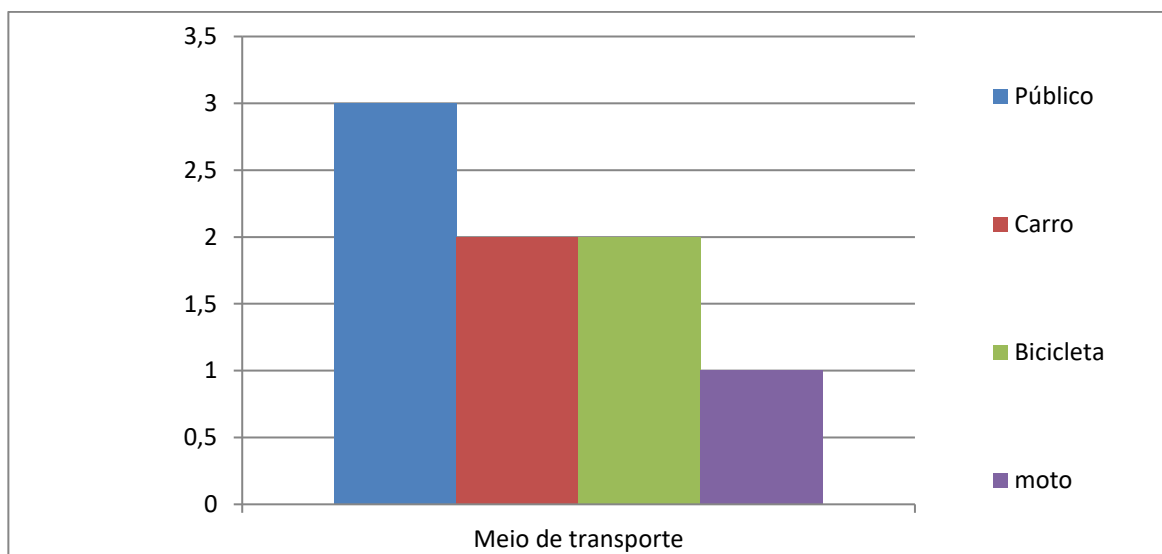
Por outro lado, a proporção de famílias compostas por casal sem filho aumentou 4,8% nesse mesmo período, enquanto que o arranjo familiar formado por mulher sem cônjuge e com filhos teve queda de 2%. Portanto, os arranjos familiares vêm mudando. Verificamos isso também em nossa pesquisa: 72,5% dos estudantes moram com a mãe e irmãos, 25% moram com os pais e 12,5% mora com o pai e a avó. No GRAF. VII, os dados revelam a forma de moradia dos adolescentes participantes da pesquisa.

Gráfico VII- Forma de moradia dos adolescentes.



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

O GRAF.VII mostra que 72,5% moram em casa/apartamento alugado e 37,5% têm casa própria, ou seja, retrata a falta de moradia dos brasileiros mesmo com a existência do Programa Habitacional Minha Casa Minha Vida, do Governo Federal. A hipótese é que mesmo com o empréstimo facilitado, a renda mensal da população brasileira não é suficiente para garantir-lhes acesso à moradia própria e transporte próprio, conforme mostra o GRAF. VIII.

Gráfico VIII- Meio de transporte utilizado pelos adolescentes.

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Pelo GRAF. VIII 12,5% dos adolescentes pesquisados usam motocicleta como meio de transporte, 25% bicicleta, 25% carro e a maioria 32,5% fazem uso do transporte público. Esses dois últimos gráficos demonstraram a necessidade de transporte público e a falta de moradia da maioria dos adolescentes pesquisados, consequência da baixa renda.

As condições econômicas, sociais, políticas, culturais e ambientais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações. (CARVALHO, 2013, p.19) a partir da análise dos gráficos, verificamos que a maioria dos adolescentes pertencem a uma família monoparental, com renda de até um salário mínimo, frequentam escola pública, transporte público e não possuem moradia própria.

São adolescentes que apresentam vulnerabilidade social, pois a baixa renda influencia na alimentação e as condições de moradia precárias podem prejudicar a saúde, além de estarem mais vulneráveis à gravidez na adolescência, consumo de álcool e drogas.

Em Uberlândia, o número de pedras de crack apreendidas pela Polícia Militar passou de 2.805 pedras em 2009 para 5.110 pedras em 2010, em relação à violência a quantidade anual de homicídios em Uberlândia cresceu 181,4% de 2000 para 2010 (MACHADO, s.d.p.11). Quanto aos casos de gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 14 anos, segundo fonte do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos-SINASC, tivemos em 2013:57, 2014: 53; 2015: 55; em 2016: 49, não foi possível verificar os bairros dessas incidências, no entanto constatamos que cresceu o número de usuários de drogas e violência, já a gravidez na adolescência se manteve estável, porém o uso de drogas pelas adolescentes a deixam mais vulneráveis à uma gravidez precoce e representa um risco a saúde física e mental dos usuários.

Esses números reforçam a necessidade de uma atenção especial para com estes adolescentes no que concerne aos serviços de saúde e a educação escolar, que juntos precisam buscar formas de enfrentamento aos riscos e as vulnerabilidades que estes estão expostos. A Escola Estadual Marechal Castelo Branco atingiu a meta do Ideb 6,4 em 2015 (INEP, 2018) o que demonstra ser uma escola comprometida com a aprendizagem. É necessário que escola e Unidade de Saúde desenvolvam ações de proteção e promoção da saúde destes adolescentes. O PSE foi criado pelo governo federal com esse intuito de articular ações para o desenvolvimento integral da criança e do adolescente na fase escolar.

A realização dos grupos focais nos oportunizou conhecê-los e ouvi-los. O diálogo com os adolescentes é o um caminho para a construção do conhecimento, porque entendemos que eles têm saberes que são socialmente construídos (FREIRE, 1996, p.30). Assim, é importante discutir com eles as questões que mais os afligem e os deixam vulneráveis, para propormos uma ação educativa coerente com a sua realidade socioeconômica e cultural na busca de uma vida mais saudável.

Partimos da premissa que “os problemas e necessidades de saúde são socialmente produzidos, determinados e condicionados por fatores de ordem biológica, psicológica, cultural, econômica e política, relacionados à vida cotidiana, às condições estruturais da sociedade e a processos de globalização” (LIMA, 2016, p.134).

As vozes, obtidas nas gravações por meio da técnica do grupo focal, foram transcritas, ouvidas e analisadas para identificarmos os problemas e necessidades de saúde dos adolescentes e pautadas nos domínios: biológico, psicológico, social e ambiental.

Portanto, a análise do perfil socioeconômico e o entendimento do contexto e do estilo de vida desses adolescentes foram a base da construção da proposta de intervenção (produto desta pesquisa). Essa pesquisa possibilitou uma compreensão do contexto no qual os adolescentes estão inseridos e como se dão as relações com a família e a comunidade .

Para facilitar a análise das gravações, fizemos uma categorização da conversação por domínios. No domínio Físico, além da avaliação física, peso e altura, foram discutidas questões quanto à necessidade ou não de tratamento médico, dificuldades de visão e audição, disposição para realizar tarefas cotidianas, nível de energia e fadiga, qualidade do sono, realização de atividade física, presença ou ausência de dor física, locomoção.

Todos os participantes foram medidos e pesados, para obtermos os índices que poderiam nos mostrar problemas de saúde, como obesidade, desnutrição e/ou necessidade de uma orientação alimentar, dois adolescentes são obesos conforme nossa avaliação.

Nenhum adolescente relatou fazer acompanhamento médico, um relatou um problema de audição já tratado, dois relataram ter problema de visão associado à dor de cabeça frequente e não fazem nenhum acompanhamento médico. Diane et al (p.443) explica que o surto de crescimento rápido, característico da adolescência, afeta músculos e ossos, os olhos também crescem rápido

causando aumento da miopia. Enfim, esses adolescentes precisam ser encaminhados para o oftalmologista para verificar se esses problemas que o acometem são patologias ou consequências do desenvolvimento, normais da adolescência.

Quando perguntados sobre a disposição para realizar tarefas cotidianas, nível de energia e fadiga, os participantes da pesquisa relataram pouca disposição para realizar tarefas diárias como cuidar de si e ajudar nas tarefas domésticas e ainda, qualidade do sono prejudicada, isto é, apresentam dificuldades para dormir, acordando ainda com sono, sem disposição. Nossa hipótese é que um dos fatores que contribuem para esses problemas é o acesso descontrolado ao celular, São escassas as produções científicas sobre este assunto. Analisamos um estudo com evidências de que o uso da mídia influencia o sono, a sonolência diurna, e o desempenho cognitivo, porém a pesquisadora relata que é necessário realizar a pesquisa com um número maior de adolescentes para comprovar essa evidência. (OLIVEIRA.2016,p.7). A maioria tem o hábito de usar o celular até de madrugada. Veja o que afirmaram alguns dos participantes da pesquisa:

J: “Durmo às 22hs, mas quando tinha celular dormia três ou 4hs da manhã, meu celular quebrou”.

C: “Durmo às quatro horas da manhã”

O fato de usarem o celular até de madrugada demonstra a falta de uma rotina nos hábitos familiares, o que é importante para o desenvolvimento saudável dos adolescentes. Também ressaltamos a importância do sono para uma boa qualidade de vida e, em se tratando do adolescente, é peculiar a necessidade de dormir mais tarde, isso tem explicações científicas. Segundo Diane et al (p.448), na adolescência, após a puberdade, o ciclo natural de sono do cérebro se modifica, a secreção da melatonina ocorre em um horário mais adiantado da noite, justificando a necessidade de dormir mais tarde do que o habitual e o fato de ter sono pela manhã. Os adolescentes ficam mais lentos e mal humorados, sem disposição e necessitam dormir no mínimo nove horas por noite.

O fato de esses adolescentes estudarem no período vespertino é positivo na recuperação do sono, pois podem dormir até mais tarde, uma vez que dormir só nos finais de semana não recupera o sono perdido. No entanto, o uso do celular até madrugada pode interferir na qualidade e na quantidade de sono que esses adolescentes necessitam. Esse hábito pode interferir na aprendizagem, no desenvolvimento e na disposição de realizar as tarefas diárias. Essa análise nos permite evidenciar a necessidade de uma intervenção para o uso equilibrado das tecnologias digitais.

Quanto à atividade física, a maioria dos pesquisados faz exercícios somente na escola, jogando bola, vôlei. Em casa jogam no computador, celular ou videogame e andam de bicicleta. Somente dois relataram fazer natação regularmente. Quanto ao benefício da atividade física, Lazzoli, et al (1988, p.107), Diane et al (p.448) concordam que adolescentes que fazem atividades físicas de forma regular, mesmo que seja moderada, têm mais probabilidade de se tornarem adultos ativos, corroborando com a construção de hábitos saudáveis, diminuindo o risco de obesidade, diabetes,

doença cardíaca (melhora o perfil lipídico), câncer. Nenhum adolescente apresentou dificuldade para se locomover ou queixa de dor nas articulações.

No domínio psicológico, buscou-se identificar o que os adolescentes pensavam sobre: a satisfação quanto à imagem corporal e aparência, a autoestima, a frequência de sentimentos negativos, o papel da espiritualidade na vida deles, se tinham dificuldade de se concentrar, aprender e memorizar. Verificamos que os colaboradores dessa pesquisa que haviam iniciado o sexto ano do ensino fundamental, ainda não conseguiam se organizar nos estudos. Quando levantada a questão sobre organização dos estudos, registramos as seguintes respostas: J – *“Eu não quero nem falar! É difícil...”* apesar de perceberem a mudança como algo positivo, pois gostam da troca de professores em cada horário. C – *“Gostei do troca-troca, não aguento a voz de um só professor”*.

Situações como a elaboração de trabalhos em grupo, sem a colaboração do colega e apresentação de trabalho desencadeiam emoções como raiva, medo e insegurança. Sobre a satisfação com a imagem corporal e a aparência, apenas uma do grupo relatou insatisfação com o corpo: M – *“Eu sou muito magra, dá vontade de tomar um remédio para engordar, eu como muito, mas não resolve”*. Percebemos a falta de informação dessa adolescente em relação à nutrição, enquanto outro adolescente nunca ouviu falar em pirâmide alimentar.

Observamos que os dois adolescentes obesos do grupo apresentavam sinais de compulsão alimentar, isto é, eles ingerem uma grande quantidade de alimentos em um curto período, sem controle do que come e de como se come, portanto estão acima do peso. O fato de estarem obesos não representa que é um fator de insatisfação com o corpo. Esses adolescentes pesquisados necessitam de esclarecimentos e orientação nutricional, para isso é necessário conhecermos a percepção deles quanto à alimentação para propormos intervenções que possibilitem a transformação desses hábitos em hábitos saudáveis com uma dieta nutritiva, rica em proteínas, minerais, carboidratos, lipídeos e vitaminas.

Estudos de Gonçalves et al (2013, p.103) e Nunes e Guimarães (2009, p.29) mostram que a compulsão alimentar pode estar relacionada a distúrbios emocionais como: baixa autoestima e depressão causadas pela preocupação excessiva com o peso e a forma aceitável socialmente decorrente da influência da mídia – que cultua a magreza – e o ambiente social e familiar que se impõem com regras excessivas no momento das refeições.

No âmbito da conversa sobre a importância da espiritualidade na vida de cada um, a maioria afirmou recorrer a Deus em momentos difíceis. Deus é algo valioso, pois a crença nele é representação da cultura e dos valores morais desses adolescentes.

L – *“Sim, recorro a Deus pelos meus parentes, quando eles passam mal, como quando a minha avó passou mal”*.

C – *“Eu faço a mesma coisa, mas também ajuda quando eu estou com raiva, assim, eu pego a bíblia”*.

J – “Eu acho a mesma coisa que o C”.

GH – “Eu frequento a igreja perto da minha casa”.

M – “Eu rezo em casa”.

Quanto à dificuldade de memorizar percebemos, no diálogo transcrito a seguir, um consenso do grupo, pois todos concordaram que têm dificuldades.

J – “Tenho”.

C – “O se tenho”.

GH – “O professor passou um bilhete para memorizar, quando chegou a minha vez eu esqueci”.

M – “Minha mãe pediu para eu ir ao mercado, e como era longe, eu esqueci o que tinha que comprar”.

Evidenciamos que os estudantes dormem pouco. Esse dado, associado ao excessivo uso das novas tecnologias de informação e comunicação podem causar essa dificuldade de memorização e acarretar a falta de disposição para o estudo, Assim, faz-se necessária uma mudança de hábitos e uma estimulação cognitiva, visto que não é comum a dificuldade de memorização em adolescentes.

A nossa hipótese é que atualmente os adolescentes têm muita informação e pouco lhes é exigido em relação memorização e análise crítica. Segundo Castanha e Castro (2010, p.33) “o tempo de concentração dos alunos diminuiu de forma assustadora. Ao mesmo tempo em que ele é capaz de realizar várias ações simultaneamente, o seu poder de concentração em uma única atividade é muito baixo”.

O uso descontrolado do celular, associado a poucas horas de sono são hábitos nocivos à saúde física e mental dos adolescentes. Sobre isso Ciampo (2012, p.63) esclarece que a falta de sono diminui o metabolismo na região frontal do cérebro, onde são planejadas e executadas as tarefas e no cerebelo que é o centro da coordenação motora. Isso dificulta o acúmulo de conhecimentos, provoca alterações de humor e comprometem a memorização, a criatividade, a atenção e o equilíbrio.

A duração e a qualidade do sono são importantes para o desenvolvimento saudável do adolescente, pois estão “num período de intenso aprendizado e diferenciação, tem impacto significativo em seu bem-estar físico e psicológico e está associada a problemas comportamentais e neurocognitivos, principalmente distúrbios de aprendizagem e déficit de atenção” (CIAMPO, 2012, p.64).

Analizamos também em nosso estudo, o domínio social, aspectos como: relacionamento familiar, relacionamentos na escola (professores, colegas e amigos). Quanto ao ambiente no lar, embora o diálogo se apresentasse favorável, através da análise da interação percebemos alguns sinais de descontentamento, tais como dificuldades de diálogo entre professores, pais e filhos, agressões verbais por parte de pais, como relataram:

M – “*Não queria ser lerda, minha mãe fala que não faço nada direito... eu sou a burra, criança não tem problema sério*”.

A agressão verbal pelo irmão:

J – “*Meu irmão e minha mãe ameaçam quebrar meu celular*”.

E também pelos professores:

J – “*Nos primeiros dias de aula todos os professores foram legais, uns amores de pessoa, agora na segunda semana: hum... eles já começaram a ficar bravos*”.

Percebemos uma naturalização da violência, desde brigas dos vizinhos, brigas na escola e até mesmo em casa. É comum presenciarem xingamentos, empurrões. Demonstraram se sentir inseguros principalmente na escola.

Há um descontentamento pela vivência da violência. Percebemos que o diálogo não está sendo utilizado na resolução de conflitos e que ele perdeu seu espaço para as brigas diárias, gerando estresse nos estudantes. Essas atitudes agressivas, intencionais e repetidas são chamadas de *bullying* escolar e causam angústias, dores e podem interferir no processo de ensino-aprendizagem e na saúde desses adolescentes.

Em 2015, foi sancionada pela presidência da República a Lei Federal nº 13.185/2015 com o intuito de prevenir casos de *bullying* e *cyberbullying*. O Art. 2º prevê:

[...] caracteriza-se a intimidação sistemática (*bullying*) quando há violência física ou psicológica em atos de intimidação, humilhação ou discriminação e, ainda: I - ataques físicos; II - insultos pessoais; III - comentários sistemáticos e apelidos pejorativos; IV - ameaças por quaisquer meios; V - grafites depreciativos; VI - expressões preconceituosas; VII - isolamento social consciente e premeditado; VIII - pilhérias. (BRASIL, 2015, online)

Pesquisas realizadas em vários países apresentam porcentagens entre 10% a 76,8%, de alunos envolvidos em *bullying*, seja como vítimas ou como agressores, sendo que os maiores percentuais foram apresentados por investigações norte-americanas (RISTUM, 2010, p.105). No Brasil, em uma pesquisa realizada em 2009, com alunos do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas das 26 capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, foi identificada a ocorrência do *bullying* em 5,4% dos alunos, sendo mais frequente em meninos. (MALTA, et al, 2009).

Numa outra pesquisa realizada por Santos e Grossi (2008) em quatro escolas públicas da cidade de Porto Alegre-RS, em 2008, com 192 alunos do ensino fundamental (4ª e 7ª série) e do ensino médio (1º ano), somente 30% não foram vítimas de *bullying*. É um número assustador e mostra a necessidade de que a escola e os outros os espaços educacionais promovam intervenções para prevenção desse grave problema da sociedade.

Essas pesquisas e este estudo demonstram a violência dentro das escolas. Os estudantes evidenciaram sentimentos de insegurança diante de certas atitudes dos colegas, como podem ser constatado pelas declarações a seguir:

GH – *“Nesses dias um menino cuspiu no outro”*.

J – *“Ontem, quando a gente saiu da aula de educação física, a menina pediu minha garrafinha. Assim, que eu cheguei à sala, ela pegou minha garrafinha e molhou um menino da nossa sala. Quando saímos ele brigou, tipo ele estava querendo brigar e ela também. Ela deu um chute na canela dele aí ele errou, aí ele falou, errou, ficou zombando na cara dela, então ela pegou e o empurrou contra a parede e deu um chute”*.

Evidenciamos a necessidade de apoio dos responsáveis pela escola, um descontentamento em relação a alguns professores com atitudes que eles consideram ruins, e atitudes de certos colegas nas tarefas em grupo, como por exemplo daqueles que não fazem os trabalhos e ganham nota.

Eles admitiram que fazem uso das tecnologias sem controle, todos disseram que não conseguem se controlar quanto ao uso de celular, e concordaram que esse uso descontrolado atrapalha a qualidade de vida, “não é só o uso do celular que afeta a qualidade de vida dos adolescentes, a preferência acentuada por jogos afeta o tempo de conexão dos adolescentes à internet” (OLIVEIRA, 2017.p.290). Quando perguntados que sentimento isso lhes provocava, falaram:

L – *“Solitário, tipo assim colega mexendo no celular, não conversa mais com seu parente”*.

J – *“É verdade”*.

GH – *“Você está lá, esquece-se do mundo”*.

Sentimentos de solidão falta de interação humana e de respeito são reflexões abordadas por eles. Por exemplo, sobre o diálogo virtual, C comenta: *“Quando você manda uma mensagem e fica esperando o outro responder é como se batesse na porta e esperasse abrir”*. Essa resposta merece reflexão: atualmente muitos adolescentes não têm amigos na vizinhança, então se dispõem de um aparelho para que possam conversar e viajar virtualmente para qualquer lugar. No entanto, se sentem sozinhos, será essa uma causa de suicídios entre os adolescentes? Qual seria a solução para aproximar mais as pessoas? Não vamos adentrar nessa questão, porque não é o foco no momento, mas é importante a conscientização dos adolescentes e dos pais quanto ao uso adequado de aparelhos eletrônicos e internet, que pode representar um perigo real à saúde deles.

Por fim, analisamos o domínio do meio ambiente: ambiente no lar, recursos financeiros, uso da tecnologia, satisfação com o lugar onde mora, a disponibilidade de atendimento médico, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte.

A maioria dos adolescentes gosta de suas moradias, alguns reclamaram do barulho e da curiosidade dos vizinhos, outros reclamaram do barulho em casa, outros reclamaram do barulho de cachorros da vizinhança. Todos relataram a dificuldade de acesso aos serviços médicos e da privação de espaços para lazer e brincadeiras. As atividades de lazer mais vivenciadas por eles são

os passeios no parque com familiares, igrejas e shopping. Possuem poucos amigos e saem pouco de casa.

Como afirma Oliveira (2017, p. 297), “são adolescentes que, além de tudo, dimensionam o tempo de uma forma nova”. Trata-se da “geração touch”, sempre ligada aos celulares conectados à internet, o que lhes possibilita obter informações diversas. Apesar de a violência perpassar o cotidiano, eles consideram o respeito ao próximo, a amizade, a colaboração, que são valores importantes para as pessoas.

De acordo com o diagnóstico, evidenciamos aspectos que necessitam ser trabalhados para que esses adolescentes tenham um bom desenvolvimento biopsicossocial e sejam atendidos, integralmente, em suas necessidades cognitivas e de saúde. São eles: desenvolvimento da autonomia, da percepção, da concentração da memorização, da expressão das emoções, da capacidade de diálogo, da organização de uma rotina diária conciliando tarefas domésticas, estudo e outras atividades.

É necessário também acompanhá-los em seu desenvolvimento físico, intervir nos problemas oftalmológicos, na orientação nutricional e nos distúrbios alimentares, na avaliação de problemas bucais, analisar a situação vacinal e orientar a higiene pessoal e do lar. Faz-se necessário articular ações do PSE com ações da atenção básica de forma a construir saberes por meio de uma educação problematizadora, cuja essência é o diálogo. (FREIRE, 1987, p.44)

Outro tema importantíssimo para ser explorado é a construção coletiva de ideias sobre o a importância do diálogo na resolução de conflitos, uso da tecnologia de forma que não prejudique a saúde física e mental e nem os relacionamentos. Sobre a vivência da violência no cotidiano das escolas precisamos propor alternativas para que eles se sintam agentes de transformação dos comportamentos na escola. Nesse sentido, por exemplo, o teatro é uma alternativa. É desejável que se firme uma parceria com a família e a escola para que caminhemos numa mesma direção,, propiciando aos adolescentes segurança na aprendizagem e a promoção de saúde.

Concluimos com essa pesquisa que o diálogo é um caminho na construção de ações educativas em saúde que têm como princípio a integralidade dos saberes entre profissionais e comunidade, pois formamos um vínculo com esses adolescentes, com os pais, com os servidores da escola e com a equipe da Unidade de Saúde.

Nos diálogos com o grupo percebemos os problemas e identificamos os temas a serem abordados na intervenção. Essa prática dialógica deve ser valorizada entre profissionais de saúde, pois o modelo de educação em forma de palestra tradicionais com os temas pré-definidos não são satisfatórios para o acesso aos direitos de cidadania, inclusão social e nem promoção de saúde. Promovemos a saúde quando desenvolvemos a autonomia dos sujeitos e os mobilizamos em busca de melhores escolhas tanto no âmbito individual quanto no coletivo e de forma intersetorial e multiprofissional.

Por fim propomos uma intervenção que foi acolhida pela coordenação da Unidade e está sendo desenvolvida no ano 2018.

Nesse sentido, esperamos que este trabalho sirva – tanto em seu aspecto teórico quanto metodológico – de reflexão para que os profissionais de saúde possam se fortalecer e se reinventar, para que sejam mais humanos e compartilhem conhecimentos, ao invés de “impor” condutas.

Proporcionar aos adolescentes uma melhor qualidade de vida e saúde, proteção, educação integral e um atendimento mais humanizado, de forma a lhes dar autonomia e segurança, são responsabilidades de todos nós, profissionais de saúde, pais e governantes para que eles tenham a garantia dos direitos previstos na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990, online) em seu Art. 4º, ao afirmar que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO – Promoção de saúde dos adolescentes

4.1 Introdução/Justificativa

Propor educação em saúde para adolescentes numa Unidade de Saúde exige dos profissionais uma reestruturação, tanto do modelo de atuação quanto do serviço de saúde que geralmente está organizado conforme padrões de ações e atendimento do modelo biomédico. Isto é, atende-se o paciente, prescreve, trata e ele volta ao lugar que lhe causou a doença.

Diante do diagnóstico, apresentamos proposta de educação para a promoção da saúde, entendendo que o adolescente, além das transformações do corpo, sofre influências do lugar onde vive e mora, do local que estuda, enfim de todos os ambientes que frequenta interferindo no seu processo saúde doença. O adolescente, devido às mudanças biopsicossociais, é um ser vulnerável, que necessita de orientação, apoio nas escolhas e na construção de hábitos saudáveis. Isso significa que ações pontuais em formas de palestras não são suficientes para protegê-los. É necessário construir juntos hábitos e estilos de vidas saudáveis através do diálogo mútuo entre profissionais de saúde, adolescentes, pais e professores.

4.2 Objetivos

- Desenvolver ações educativas para o desenvolvimento biopsicossocial dos adolescentes para que eles adotem comportamentos e estilos de vida saudáveis.
- Integrar a equipe de saúde aos educadores da Escola Estadual Marechal Camilo Castelo Branco, pais e adolescentes.
- Orientar os pais sobre o desenvolvimento psicológico, físico e cognitivo dos adolescentes.

4.3 Metodologia

As ações educativas serão realizadas no Centro saúde Escola Jaraguá/UFU, às quintas feiras no horário de 08h30minh as 09h30minh. No período de 05 de abril de 2018 a 29 de novembro de 2018.

Este projeto será desenvolvido pela pesquisadora e pela psicóloga da Unidade e ainda contará com o apoio dos seguintes colaboradores: uma Assistente Social, uma Enfermeira, um Médico, uma Nutricionista, uma Fisioterapeuta, um Dentista e servidores da Escola Marechal Castelo Branco.

O público alvo serão os adolescentes de 11 a 14 anos que participaram da pesquisa EDUCAÇÃO E SAÚDE: diálogos com adolescentes-estudantes do ensino fundamental. Uberlândia-MG, Brasil.

Os temas foram definidos a partir do diagnóstico feito pela pesquisa. Faremos no decorrer do ano de 2018, encontros com o grupo de adolescentes, com a equipe de saúde e com os pais.

As reuniões de equipe serão mensais para discussão e planejamento das atividades a serem desenvolvidas nos encontros (pais e adolescentes), avaliação e organização do material e no final para a produção de artigo científico (avaliação das ações desenvolvidas no projeto).

As reuniões com os pais também serão mensais e os encontros com os adolescentes quinzenais.

1º Encontro

05/04/2018- Grupo de adolescentes (Domínio Psicológico- Autonomia-Criatividade- Socialização)

Ação 1: Dinâmica Montanha Russa

Objetivo: Descontração, memorização, aquecimento, integração e ainda comparar os caminhos da montanha russa com os caminhos da nossa vida.

Ação 2: Construção coletiva de Cartaz ilustrando as normas elaboradas para a convivência do grupo.

Objetivo: Socialização, desenvolvimento da escrita, da criatividade e da autonomia. Além do reconhecimento da importância das regras para a convivência no grupo e na sociedade.

Material: Revistas, jornais ou livros usados, cartolina, tesoura sem ponta e cola lápis preto e lápis de cor, canetas ou pincel atômico.

2º Encontro

12/04/2018 Grupo de pais (Roda de conversa)

Ação 1: Apresentação do cronograma dos encontros.

Ação 2: Explicação rápida das ações que serão desenvolvidas com o grupo de adolescentes no decorrer do ano de 2018.

Ação 3: Diálogo com os pais para saber qual a expectativa deles em relação ao projeto.

Quadro I- Cronograma de encontros (Ano 2018)

Mês	Dia do encontro
Abril	05 - Grupo de Adolescentes 12 - Grupo de Pais 19 - Grupo de Adolescentes 26 - Reunião de Equipe
Maio	03 - Grupo de Adolescentes 10 - Reunião de Equipe 17 - Grupo de Adolescentes 24 - Grupo de Pais 31- Feriado
Junho	07- Grupo de Adolescentes 14 - Reunião de Equipe 21 - Grupo de Adolescentes 28 - Grupo de Pais
Julho	05- Grupo de Adolescentes 12 - Grupo de Adolescentes e Pais 19 a 9/08 Férias
Agosto	16 - Grupo de Adolescentes 23 - Reunião de Equipe 30 - Grupo de Adolescentes
Setembro	06- Grupo de Adolescentes 13- Reunião de Equipe 20- Grupo de Adolescentes 27-Grupo de Pais
Outubro	04 - Grupo de Adolescentes 11 -Reunião de Equipe 18 - Grupo de Adolescentes 25 - Grupo de Pais
Novembro	01 - Grupo de Adolescentes 08 - Reunião de Equipe 22 - Grupo de Adolescentes 29 - Avaliação do Projeto

3º Encontro

19/04/2018- Grupo de Adolescentes (Domínio psicológico – Autonomia –Memorização - Atenção - Concentração)

Ação1- O grupo escolherá uma opção de jogos abaixo:

- Jogo da Memória: Neste jogo você tem que memorizar uma sequência de desenhos mostrados no começo de cada fase. Em seguida, você deve lembrar quais desenhos foram mostrados (seguindo a ordem em que foram exibidos);
- Suspeito Oculto: Em cada fase é mostrada fotos de rostos de vários suspeitos. Cabe a você memorizar os rostos desses suspeitos e, em seguida, escolher a foto do suspeito que ficou oculto.
- Caixa Certa: Jogo relativamente simples. O objetivo nele é ficar atento na movimentação das bolinhas (e memorizar a posição inicial de cada uma) para depois colocar cada bolinha dentro da sua respectiva caixa;

- Jogo das Diferenças: Observe atentamente o cenário e memorize os itens presentes para depois descobrir quais itens apareceram ou sumiram;

Disponível em: <https://rachacuca.com.br/jogos/tags/memoria/>

Ação 2: Desenvolvimento do Portfólio Individual

Explicar ao grupo como vai ser desenvolvido o Portfólio e seu objetivo.

Objetivo: Proporcionar ao grupo uma reflexão sobre a construção da sua própria identidade.

Material: Folha escrita-1 ESSE SOU EU, lápis de escrever, borracha e lápis de cor.

Método: Entregar uma pasta para cada adolescente com uma folha escrita: 1-ESSE SOU EU, pra que eles se desenhem, depois eles irão mostrar o desenho para o grupo e falar sobre si. O mediador deverá guardar as pastas. O Portfólio será realizado em todos os encontros do grupo.

Ação 3: Construção do Portfólio Individual

Objetivo: Proporcionar ao grupo uma reflexão sobre a construção da sua própria identidade.

Material: Folha escrita: 2- MEU NOME É lápis de escrever, borracha e lápis de cor.

Método: Entregar a pasta do Portfólio para cada adolescente com a 2ª folha escrita: 2- MEU NOME É – pra que eles se desenhem, depois eles irão mostrar o desenho para o grupo e falar sobre seu nome. O mediador deverá guardar as pastas.

4º Encontro

26/04/2018

Reunião de Equipe- Avaliação das atividades realizadas no grupo anterior. Discussão e planejamento das atividades a serem realizadas no próximo grupo, organização do material.

5º Encontro

03/05/2018-(Domínio Psicológico-Domínio Ambiental - Emoção-Identidade-Tecnologia)

Ação1: Falar sobre as emoções.

Objetivo: Auxiliar os adolescentes a compartilhar as emoções com o grupo.

Material: Folhas, lápis, borracha e lápis de cor.

Método: Entregar uma folha para cada adolescente e pedir-lhes que desenhem uma emoji de acordo com o que estão sentindo no momento e que depois compartilhe com o colega.

Figura 5- Conheça os emojis



Disponível em: https://www.google.com.br/search?rlz=1C1NHXL_pt-BRBR717BR717&tbm=isch&q=emotions+significados&chips=q:emoticons+significado,g_2:zap&sa=X&ved=0ahUKEwiS3_3uuLXaAhXIjJAKHROyAl4Q4lYIKSgA&biw=1366&bih=613&dpr=1#imgdii=jmMBtQJo83V_yM:&imgrc=cx8AbKMt_AQtWM:

Ação dois: Construção do Portfólio Individual

Objetivo: Proporcionar ao grupo uma reflexão sobre a emoção, desenvolver a criatividade.

Material: Folha escrita: 3 – HOJE ESTOU ME SENTINDO ASSIM, lápis de escrever, borracha e lápis de cor.

Metodologia: Entregar a pasta do Portfólio para cada adolescente com a 3ª folha escrita: 3 – HOJE ESTOU ME SENTINDO ASSIM pra que eles desenhem depois eles irão mostrar o desenho para o grupo e falar sobre as emoções e sobre o diálogo virtual, o que sente e como lida com elas. O mediador deverá guardar as pastas.

6º Encontro

10/05/2018

Reunião de Equipe. Avaliação das atividades realizadas no grupo anterior. Discussão e planejamento das atividades a serem realizadas no próximo grupo, organização do material.

7º Encontro

17/05/2018 (Domínio Psicológico-Inteligência Emocional)

Ação1: Atividade sobre a gestão do tempo

Objetivo: Compreender a necessidade de gerir o tempo; Verificar que os pontos de vista e as preferências influenciam as nossas prioridades; Estimular a organização.

Materiais: Folhas com a tarefa da gestão de tempo e canetas para o grupo.

Explicar ao grupo o que é gestão do tempo. Pedir para que relacionem a gestão do tempo com as atividades realizadas diariamente. Distribuir uma folha pra que cada um escreva as tarefas mais importantes e menos importantes do dia.

Tarefas importantes (prioridades)	Tarefas menos importantes

Após o preenchimento do quadro eles deverão fazer um cronograma de atividades diárias considerando o tempo gasto para realizar cada atividade.

Ação2: Construção do Portfólio Individual

Objetivo: Proporcionar ao grupo uma reflexão sobre a construção da sua própria identidade, a importância da família na gestão do tempo, desenvolver a criatividade.

Material: Folha escrita: 4 - ESTA É MINHA FAMÍLIA, lápis de escrever, borracha e lápis de cor.

Método: Entregar a pasta do Portfólio para cada adolescente com a 4ª folha escrita: 4 - ESTA É MINHA FAMÍLIA - pra que eles desenhem depois eles irão mostrar o desenho para o grupo e falar

sobre sua família e como ela pode contribuir na gestão do seu tempo. O mediador deverá guardar as pastas.

8º Encontro

24/05/2018 Reunião de Pais

Roda de conversa sobre os temas (emoção e gestão do tempo dos adolescentes)

31/05/2018 Feriado

9º Encontro

07/06/2018 Grupo de Adolescentes (Domínio Psicológico e Social-autoestima)

Ação-1: Dinâmica: Árvore das qualidades

Objetivo: Identificar as próprias qualidades, valores e conhecer as qualidades dos colegas.

Material: Tronco de árvore confeccionado em cartolina, fita adesiva, flores previamente confeccionadas com miolo e cinco pétalas.

Método: Colar o tronco na parede ou no quadro; explicar que agora iremos pensar em qualidades que temos (explicar o que é qualidade); explicar que essas qualidades nos deixam felizes e fazem com que os outros também fiquem felizes com isso, amigos, professores, família; pedir que escrevam uma qualidade em cada pétala e no centro (miolo) o nome; após todos terminarem a parte escrita, iniciar a montagem da árvore, chamando um a um no painel, para colarem a flor, falando o nome e as qualidades que tem; ao final, fechar ressaltando que todos nós temos qualidades e elas devem ser preservadas.

Disponível em: <http://armazemdetexto.blogspot.com.br/2015/03/dinamicas-para-sala-de-aula.html>

Ação2: Construção do Portfólio Individual

Objetivo: Proporcionar ao grupo uma reflexão sobre a construção da sua própria identidade, desenvolver a criatividade.

Material: Folha escrita: 5 - MINHA CASA É ASSIM, lápis de escrever, borracha e lápis de cor.

Método: Entregar a pasta do Portfólio para cada adolescente com a 5ª folha escrita - 5 - MINHA CASA É ASSIM- pra que eles desenhem depois eles irão mostrar o desenho para o grupo e falar sobre sua casa. O mediador deverá guardar as pastas.

10º Encontro

14/06/2018 Reunião de equipe- Avaliação das atividades realizadas no grupo anterior. Discussão e planejamento das atividades a serem realizadas no próximo grupo, organização do material.

11º Encontro

21/06/2018 Grupo de Adolescentes (Domínio Físico - Psicológico - Social e Ambiental) Escala de desenvolvimento, Avaliação IMC (Índice de Massa Corporal), avaliação do cartão de vacinas, avaliação saúde bucal, avaliação oftalmológica, higiene corporal e organização do lar.

Ação 1: Roda de conversa

Objetivo: Identificar e acompanhar adolescentes com problemas no desenvolvimento neuropsicomotor, problemas oftalmológico e bucal, com distúrbios alimentares, analisar a situação vacinal, orientar higiene e organização do lar.

Método: Avaliação do peso e da altura, avaliação bucal, avaliação oftalmológica, análise do cartão de vacinas. Roda de conversa sobre a saúde física, sobre as transformações no corpo, alterações hormonais, alterações no sono, menstruação, poluição noturna e encaminhamento médico se necessário.

Ação 2: Construção do Portfólio Individual

Objetivo: Proporcionar ao grupo uma reflexão sobre a construção da sua própria identidade, ampliar a capacidade de expressão, desenvolver a capacidade motora e promover concentração, reconhecimento do próprio corpo.

Material: Folha escrita: 6 - ESTA É MINHA MÃO, lápis de escrever, borracha e lápis de cor.

Método: Entregar a pasta do Portfólio para cada adolescente com a 6ª folha escrita - 6 - ESTA É MINHA MÃO- pra que eles desenhem depois eles irão mostrar o desenho para o grupo e falar sobre sua mão e sua percepção pessoal do corpo. O mediador deverá guardar as pastas.

12º Encontro

28/06/2018 Reunião de Pais

Roda de conversa sobre os temas (Desenvolvimento físico e cognitivo na adolescência e Inserção do adolescente na organização do lar)

13º Encontro

05/07/2018 Grupo de adolescentes (Domínio Físico - Psicológico - Nutrição)

Ação1- Reflexão sobre os hábitos alimentares

Objetivo: Conhecer os hábitos alimentares da família a fim de identificar os erros e os acertos alimentares, discutir a importância dos alimentos e construir um cardápio saudável.

Materiais: Folhas com atividades propostas, revistas, tesoura sem ponta, cola, lápis preto, borracha, lápis de cor.

Método: Entregaremos uma folha para cada um e solicitaremos que eles escrevam o que comem: no café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite e também anotem o quanto de água ingere. Em seguida faremos uma roda de conversa sobre alimentação saudável, função de cada alimento e iremos construir um cardápio saudável.

Ação 2- Construção do Portfólio Individual

Objetivo: Proporcionar ao grupo uma reflexão sobre a alimentação e ampliar a capacidade de expressão.

Material: Folhas escritas: 7 - MINHA COMIDA PREFERIDA e 8 - MINHA FRUTA PREFERIDA, lápis de escrever, borracha e lápis de cor.

Método: Entregar a pasta do Portfólio para cada adolescente com a 7ª e a 9ª folha escrita - 7 - MINHA COMIDA PREFERIDA e 8 - MINHA FRUTA PREFERIDA- pra que eles desenhem depois eles irão mostrar o desenho para o grupo e falar sobre suas escolhas. O mediador deverá guardar as pastas.

14º Encontro

12/07/2018 Reunião de Pais e Adolescentes (Domínio Físico- Psicológico-Social)

Ação 1: Roda de conversa sobre a função dos alimentos necessários para uma boa nutrição. Análise do cardápio e construção da pirâmide alimentar.

Objetivo: Construir uma proposta de alimentação saudável, esclarecer dúvidas sobre alimentação.

Materiais: Folha, material informativo, cola, lápis preto, revistas e lápis de cor, pirâmide alimentar e ímãs com desenhos dos alimentos.

Método: Apresentar aos pais o cardápio construído pelos filhos, explicar a pirâmide alimentar e incentivar a construção conjunta da pirâmide alimentar. E por fim solicitar a contribuição dos pais na organização do cardápio construído pelos filhos segundo a rotina familiar.

Férias 19/07/2018 á 09/08/2018

15º Encontro

16/08/2018 Grupo de adolescentes (Domínio Social-Psicológico-Ambiental)

Ação 1: Reflexão sobre trabalhos em grupo, organização nos estudos e os diversos tipos de violência.

Objetivo: Construir uma rotina de estudos e aprender a lidar com grupos e apresentações de trabalho. Discutir com o grupo a possibilidade de fazer um teatro na escola para incentivar a paz.

Materiais: Agenda Escolar, tarefas, trabalhos escolares.

Método: Apresentar uma agenda e ensinar a usá-la. Reforçar o uso do diálogo na solução de conflitos, apresentação individual e diálogo sobre os tipos de violência.

Ação 2: Construção do Portfólio Individual

Objetivo: Proporcionar ao grupo uma reflexão sobre a responsabilidade da cultura de paz.

Material: Folha escrita: 9- ESTA É MINHA ESCOLA, lápis de escrever, borracha e lápis de cor.

Método: Entregar a pasta do Portfólio para cada adolescente com a 9ª folha escrita -9- ESTA É MINHA ESCOLA- pra que eles desenhem depois eles irão mostrar o desenho para o grupo e falar sobre a escola. O mediador deverá guardar as pastas.

16º Encontro

23/08/2018 Reunião de Equipe. Avaliação das atividades realizadas no grupo anterior. Discussão e planejamento das atividades a serem realizadas no próximo grupo, organização do material.

17º Encontro

30/08/2018 Grupo de adolescentes (Domínio Físico, Psicológico, Social e Ambiental).

Ação 1- Diálogo sobre o uso da tecnologia e brincadeiras

Objetivo: Construção coletiva de idéias sobre o uso da tecnologia de forma que não prejudique a saúde física e mental e os relacionamentos, reflexão sobre as brincadeiras para o desenvolvimento saudável.

Material: Quadro de benefícios e malefícios do uso da tecnologia. folhas, lápis preto, lápis de cor.

Método: Entregar o quadro para que eles preencham, ajudá-los em um planejamento de uso saudável da tecnologia associando as brincadeiras.

Ação 2- Construção do Portfólio Individual

Objetivo: Compartilhar com o grupo a brincadeira que mais gosta.

Material: Folha escrita: 10 - A BRINCADEIRA QUE MAIS GOSTO, lápis de escrever, borracha e lápis de cor.

Método: Entregar a pasta do Portfólio para cada adolescente com a 10ª folha escrita: 10 - A BRINCADEIRA QUE MAIS GOSTO - pra que eles desenhem depois eles irão mostrar o desenho para o grupo e falar sobre ele. O mediador deverá guardar as pastas.

18º Encontro

06/09/2018 Grupo de adolescentes (Domínio Físico, Social, Psicológico e Ambiental).

Ação 1: Elaboração pelo grupo de uma peça teatral (Jogo de Construção)

Objetivo: Desenvolver habilidades de organização, interação, criatividade, tolerância, além de estimular a reflexão sobre a realidade e contribuir para a redução da violência na escola.

Material: Lápis preto e folhas

Método: O grupo irá conversar para decidir sobre a História da peça; Criará os personagens; Escolherá um adolescente para colocar as ideias no papel. (Todos os detalhes da peça). Depois do texto pronto será entregue uma cópia para cada um, onde cada adolescente marca a sua fala.

19º Encontro

13/09/2018 Reunião de Equipe Reunião de Equipe. Avaliação das atividades realizadas no grupo anterior. Discussão e planejamento das atividades a serem realizadas no próximo grupo, organização do material.

20º Encontro

20/09/2018 Grupo de adolescentes

Ação 1- Organização do lar e regras para uma boa convivência

Objetivo: Ampliar a percepção e a responsabilidade dos adolescentes sobre o lar e a boa convivência.

Materiais: Folhas sulfite, lápis preto, borracha, lápis de cor.

Método: Discutir sobre responsabilidade e cooperação. Refletir de que forma poderão contribuir para a organização do lar. Conversar sobre relacionamento familiar. Solicitar par que escrevam uma lista de coisas que vão fazer para melhorar a organização e o relacionamento familiar.

Ação 2 – Construção do Portfólio Individual

Objetivo: Desenvolver habilidades de observação, criatividade, interação e identificar a visão dos adolescentes sobre a paisagem.

Material: Folha escrita: 11-MEU BAIRO TEM lápis de escrever, borracha e lápis de cor.

Método: Entregar a pasta do Portfólio para cada adolescente com a 11ª folha escrita: 11 -MEU BAIRO TEM - pra que eles desenhem, depois eles irão mostrar o desenho para o grupo e falar sobre ele. O mediador deverá guardar as pastas.

21º Encontro

27/09/2018 Reunião de Pais

Roda de conversa (Organização dos estudos, organização do lar).

22º Encontro

04/10/2018 Grupo de adolescentes (Domínio Psicológico, Social).

Ação 1- Dinâmica da Teia

Objetivo: Estimular a cooperação do grupo

Materiais: Novelo de linha grossa

Método: Solicitar que façam um círculo, o mediador toma nas mãos um novelo e em seguida prende a ponta do mesmo em um dos dedos de sua mão, explica a dinâmica ao grupo: o novelo será jogado entre todos para que cada um fale o que aprendeu com as atividades do grupo. No final falar que a mensagem que aprendemos com essa dinâmica é que somos importantes na imensa teia que é a vida, mas somos únicos e ninguém pode ocupar o nosso lugar. Somos todos muito importantes.

Ação 2- Ensaio Teatro

23º Encontro

11/10/2018 Reunião de Equipe. Avaliação das atividades realizadas no grupo anterior. Discussão e planejamento das atividades a serem realizadas no próximo grupo, organização do material.

24º Encontro

18/10/2018 Grupo de adolescentes

Ação 1-Entrega do Portfólio

Ação 2-Ensaio Teatro

25º Encontro

25/10/2018 Reunião de Pais

Ação 1- Dinâmica da Teia

Objetivo: Analisar os benefícios do projeto para os pais e filhos

Materiais: Novelo de linha grossa

Método: Solicitar que façam um círculo, o mediador toma nas mãos um novelo e em seguida prende a ponta do mesmo em um dos dedos de sua mão, explica a dinâmica ao grupo: o novelo será jogado entre todos para que cada um fale o que aprendeu com as atividades do grupo e o que seus filhos aprenderam. No final falar que a mensagem que aprendemos com essa dinâmica é que somos

importantes na imensa teia que é a vida, mas somos únicos e ninguém pode ocupar o nosso lugar. Somos todos muito importantes.

26º Encontro

01/11/2018 Grupo de adolescentes

Ação 1- Ensaio Teatro

27º Encontro

08/11/2018 Reunião de Equipe. Avaliação das atividades realizadas no grupo anterior. Discussão e planejamento das atividades a serem realizadas no próximo grupo, organização do material.

15/11/2018 Feriado

28º Encontro

22/11/2018 Grupo de adolescentes- Teatro na escola

29º Encontro

29/11/2018 Reunião Pais e adolescentes

Ação: Avaliação do Projeto pelos pais e pelos adolescentes

Tópicos a serem avaliados através de questionário (pais e adolescentes):

- Atuação dos profissionais (na escolha das atividades, na orientação para o desenvolvimento das atividades).
- Cooperação dos pais (apoio as atividades desenvolvidas durante o projeto).
- Cooperação dos adolescentes.

Tópicos a serem avaliados através de um grupo focal com os adolescentes:

- Contribuições do projeto para a promoção da saúde dos adolescentes a partir das necessidades diagnosticadas pela pesquisa (Avaliar os domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais).

Para a conclusão do trabalho seguiremos com reuniões de equipe até para avaliação dos resultados alcançados e produção de artigo científico.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Edição revista e ampliada. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABDALA, A.G.et tal. A Religiosidade / Espiritualidade como Influência Positiva na Abstinência, Redução e/ou Abandono do Uso de Drogas. **Rever**. Revista de Estudos da Religião, Março, 2010, pp. 77-98. Disponível em: < http://www.pucsp.br/rever/rv1_2010/i_abdala.pdf >. Acesso 07 de mai.2018.

ALVES, G.G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, online, v.16, n.1, p.319-325,2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000100034&lng=pt&nrm=iso&tlng=p>. Acesso em: 01 jun.2014.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunic. Saúde. Educ**.v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>>>. Acesso em: 01 out. 2017.

ANDRÉ, M.D.A. **Etnografia da Prática Escolar**. Campinas, S.P: Papyrus, 1995.123p.

ARMAZÉM DE TEXTOS (Brasil). **Dinâmicas para sala de aula**. 2018. Disponível em: <<http://armazemdetexto.blogspot.com/2015/03/dinamicas-para-sala-de-aula.html>>. Acesso em: 6 jun. 2018.

ARTE FOLHA (São Paulo). Folha de São Paulo. **Pirâmide**. 2018. Disponível em: <<http://arte.folha.uol.com.br/mercado/2014/01/16/piramide.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2018.

BAUMAN, Z. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.139 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Cinco de outubro de 1988. Diário Oficial. Brasília, DF. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/douconstituicao88.pdf>. Acesso em: 03 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 13 jul. 1990a, online. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 6 jun. 2018.

BRASIL. **Lei. Nº. 8.080/90**, de 19 de setembro de 1990 a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF. 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 03 de out. 2017.

BRASIL. **Lei. Nº. 8.142/90**, de 28 de dezembro 1990 b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: DF. 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>.Acesso em 03 de out.2017.

BRASIL. **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas.** Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996,32p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>. Acesso em 03 out. 2017.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.56p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf> Acesso em: 03de out.2017.

BRASIL. **Caderno de educação popular e saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Brasília: Ministério da Saúde, 2007a, 160p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf> Acesso em: 13 de Jan.2014.

BRASIL. **Decreto Nº 6.286, de 5 Dezembro de 2007:** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília: DF, 5 dez. 2007b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. **Lei. Nº. 11.892,** de 29 de dezembro de 2008.
Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências. Brasília: DF. 2008.
Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111892.htm >>. Acesso em 03 de out.2017.

BRASIL. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em 13 jan. 2017.

BRASIL. **Instrutivo PSE.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 46p. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BRASIL. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 1ed, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013,48p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf>Acesso em: 03 jan.2017.

BRASIL. **Lei. Nº13. 185/15,**de 6 de novembro 2015.
Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (**Bullying**). Brasília: DF. 2015.
Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113185.htm >Acesso em 29 de abr.2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Saúde na Escola.** 2018a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/pnaes/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14625-programa-saude-na-escola>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Sistema Único de Saúde**. 2018b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

BRASIL.IDEB.Índice de Desenvolvimento da Educação Básica.**INEP**.2018. Disponível em:<<http://idebescola.inep.gov.br/ideb/consulta-publica>>Acesso em 26/08/2018

BOM MEIHY, J.C.S. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 2002.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em 03 de out.2017.

CARVALHO, AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>. Acesso em 12 de jul.2018

CARVALHO. M. P. de. **Avaliação, gênero e raça**. Campinas, SP: Papirus, 2009.128p.

CASTANHA, D; CASTRO, M.B. A necessidade de refletir sobre as estratégias pedagógicas para atender à aprendizagem da Geração Y. **Revista de Educação do Cogeime**. Ano 19, n. 36, janeiro/junho 2010. Disponível em: <http://www.cogeime.org.br/wp-content/uploads/2011/11/36Artigo02.pdf> . Acesso em: 12 de Jul.2018

CIAMPO L.A.D. O sono na adolescência. **Adolesc Saúde**. 2012. Disponível em:<http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=317>Acesso em: 13 maio 2018.

DELEUZE, G; GUATTARI. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. Tradução de Aurélio Guerra Neto et al. Rio de Janeiro: Ed. 34, v.3,1996 (Coleção TRANS). Disponível em:<<http://ghiraldelli.pro.br/wp-content/uploads/Gilles-Deleuze-Mil-Plat%C3%B4s-Vol.-3.pdf>> Acesso em: 16 dez. 2016.

DEWEY, J. How We Think by. **Publisher:** D. C. Heath & Co. 1910.250p.

DIANE,E.P.et al. **Desenvolvimento Humano**.8ed.Artmed. 2006. 803p.

EBIOGRAFIA. **Louis Pasteur:** Cientista francês. 2018. Disponível em: <https://www.ebiografia.com/louis_pasteur/>. Acesso em: 5 jun. 2018.

FLECK, Marcelo PA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000 >Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>>Acesso em: 10 nov. 2017.

FLICK, W. **Introdução à pesquisa qualitativa**. . Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.

FOUCAULT, M. (1970). **A ordem do discurso**. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 5ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996. Disponível em:

<<http://www.campusbreves.ufpa.br/ARQUIVOS/FACLETRAS/SANDRAJOB/foucault-m-a-ordem-do-discurso.pdf> > Acesso em: 05 de out.2017.

FONSECA, S.G. História local e fontes orais: uma reflexão sobre saberes e práticas de ensino de História. **História Oral**, v. 9, n. 1, p. 125-141, jan.-jun. 2006. Disponível em: <<http://revista.historiaoral.org.br/index.php?journal=rho&page=article&op=view&path%5B%5D=193&path%5B%5D>> Acesso em: 20 de set.2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 203p.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 37ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.148p.

GATTI, B.A. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Líber Livro Editora Ltda. Série Pesquisa: 10, Brasília, 2012.80 p.

GONÇALVES, J. de A. et al. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 31, núm. 1, março, 2013, pp. 96-103 Sociedade de Pediatria de São Paulo São Paulo, Brasil. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406038977015> > Acesso em: 13 maio 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatística do Século XX**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Comunicação Social, 29 de set.2003. [online]. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/29092003estatisticasecxxhtml.shtm>>. Acesso em: 03 out.2017.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**.v4.3.8.18.3.Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama>> Acesso em: 26 de ago.2018

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Coordenação de população e indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em:< <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf> > Acesso em: 2 abr.2018.

LAZZOLI, J.K; et al .Posicionamento oficial atividade física e saúde na infância e adolescência. Documento aprovado em reunião realizada em 26/6/98 durante o 2o Congresso Sul-Brasileiro de Medicina Desportiva, Curitiba, PR. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Vol. 4, nº 4 – jul/ago, 1998. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v4n4/a02v4n4.pdf> > Acesso em: 02 abr. 2018

LEMOS J.C, LIMA, S.C. Geografia médica e as doenças infecto-parasitárias. **Caminhos da Geografia - revista online Programa de Pós-Graduação em Geografia**. Instituto de Geografia. UFU 3(6), jun.2002, p. 74-86. Disponível em: < http://www.oficinacientifica.com.br/downloads/Textos%20PDF/A_geografia_ambiental.pdf> Acesso em: 3 out.2017.

LIMA, S.C. **Território e promoção da saúde: perspectivas para a atenção primária à saúde**. Jundiaí, Paco Editoria: 2016.181p.

LIMA. A.B (Org.). **PPP: Participação, gestão e qualidade da educação**. Uberlândia (MG): Assis Editora, 2015.128p.

LIMA, S. C(Org.); COSTA, E.M(org.) **Construindo Cidades Saudáveis**. Uberlândia: Assis Editora, 2013.288p.

MALTA, D.C. Bullying nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 2): 3065-3076, 2010 (PENSE), 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800011> Acesso em: 22 mai. 2018.

MARQUES, Mara Rúbia Alves. LDB, PCNs e tendências curriculares: uma interpretação à luz dos movimentos sociais. In: MARQUES, Mara R. A.; SILVA, Maria V. (Org.). **LDB – balanços e perspectivas para a educação brasileira**. 2ed. Campinas-SP: Alínea, 2012, v. 1, p. 23-49.

MARQUES, Mara R. A. **A biografia escolar e o memorial como eixo da formação docente**. UNIUBE, 2016 Digitalizado.

MARIN, M.J.S. (Org.). Conhecendo os motivos da não adesão às ações educativas em saúde, **REME . Rev. Min. Enferm.** 2013 jul/set; 17(3): 500-504. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/668>>. Acesso em: 23 mar.2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS** - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvmg.def> Acesso em 16 de Jul.2018.

NUNES, C.B; GUIMARÃES, W. de A. **Alterações do comportamento alimentar na adolescência: Anorexia, Bulimia e Obesidade**. 2009. Monografia Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, p.50.2009. Disponível em:< <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Alteracoesdocomportamentoalimentarnaadolescenciaanorexialbulimiaeobesidade.pdf> > Acesso em: 13 mai. 2018.

OLIVEIRA, E, S.G. Adolescência, internet e tempo: desafios para a Educação. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. 64, p. 283-298, abr./jun. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n64/0104-4060-er-64-00283.pdf>>. Acesso em 06 de abr.2018.

OLIVEIRA, M.L.C. **Relação entre o uso de mídias eletrônicas e os hábitos de sono, sonolência diurna e processos cognitivos em adolescentes**. 2016.Dissertação de Mestrado do Curso de Pós Graduação em Psicobiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/21496/1/MariaLuizaCruzDeOliveira_DISSERT.pdf Acesso em 12 de Jul.2018.

O POVO (Brasil). **Emojipedia: Conheça o significado dos emojis!** 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/1yovKn9>>. Acesso em: 6 jun. 2018.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>> Acesso em: 08 out. 2017.

PAIM, J.S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2009.148p. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>>. Acesso em: 01 out. 2017.

PAULA, S.G. de. Professor reflexivo. **Presença Pedagógica**, V. 12, n.68, mar./abr. 2006, p. 64-71.

PÉRES, C.L. Sentidos emancipadores das narrações de memórias. **Presença Pedagógica**, v.12, n.67, jan./fev.2006, p.17-25

Planejamento, orçamento e gestão. 29 de set.2003. [online] Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/29092003estatisticasecxxhtml.shtm>>. Acesso em: 3 out.2017.

RACHACUCA (Brasil). **Jogos de memória**. 2018. Disponível em: <<https://rachacuca.com.br/jogos/tags/memoria/>>. Acesso em: 6 jun. 2018.

REIS, D.O; ARAUJO, E.C; CECILIO, L.C.O. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde, **Revista de Especialização em Saúde da Família**, Unasus-Unifesp, s.d.47p. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2017.

RENOVATO, R.D; BAGNATO, M.H.S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, Curitiba: Editora UFPR, Brasil, n. especial 2, p. 278, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/nspe2/17.pdf>>. Acesso em 27 set. 2017.

REZENDE, Maria José de. **A ditadura militar no Brasil: repressão e pretensão de legitimidade, 1964-1984** Londrina: Eduel, 2013. Livro digital. Disponível em: <<http://www.uel.br/editora/portal/pages/arquivos/ditadura%20militar.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2017.

RISTUM, M. Bullying escolar. In: ASSIS, SG., CONSTANTINO, P., and AVANCI, JQ, organizadores. **Impactos da violência na escola: um diálogo com professores** [online]. Rio de Janeiro: Ministério da Educação/ Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 95-119. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

RODRIGUES, A. et Al. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Revista eletrônica de extensão da URJ**. ISSN-163. Vol.5N7:1-1, maio, 2009. Disponível em: <http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivencias_07/Artigo_13.pdf>. Acesso: 03 out.2017.

SANTOS, F.O; LIMA, S.C. Estratégias de promoção da saúde na Escola Municipal Professor Eurico Silva, Uberlândia (MG). **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Hygeia**, 11 (20), p.213 - 227, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/30776/16919>>. Acesso em: 02 out.2017.

SANTOS, Andreia Mendes dos; GROSSI, Patrícia K. Fenômeno bullying: desvendando esta violência nas escolas públicas de Porto Alegre. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 286-301. jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/4827/3633>> Acesso em: 23 jun. 2011.

SANTOS, M. E. A; OLIVEIRA, R.L. Educação em saúde na estratégia saúde da família: Conhecimentos e práticas do enfermeiro. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG, v.4, n.2 - Nov./Dez. 2011. Disponível em: <[https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/05-EDUCACAO-EM-SAUDE-NA-ESTRATEGIA-SAUDE-DA-FAMILIA-CONHECIMENTOS-E-PRATICAS-DO-ENFERMEIRO\(OLIVEIRA%3BSANTOS\).pdf](https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/05-EDUCACAO-EM-SAUDE-NA-ESTRATEGIA-SAUDE-DA-FAMILIA-CONHECIMENTOS-E-PRATICAS-DO-ENFERMEIRO(OLIVEIRA%3BSANTOS).pdf)> Acesso em: 03 out.2017.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina**. 2017. Disponível em: <<http://lelivros.bid/book/baixar-livro-a-revolta-da-vacina-nicolau-sevcenko-em-pdf-epub-e-mobi-ou-ler-online/>>. Acesso em: 10 out. 2017.

STARFIELD, B. Is primary-care essential? **Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, out. 1994. PDF file n.p. Disponível em: < <http://www.sbmfc.org.br/media/file/artigos/isprimarycare.pdf>>. Acesso em: 2 out.2017.

SUJISMUNDO fez sucesso nos anos 70 e acabou virando sinônimo de porcalhão. **O Globo**. Rio de Janeiro, p. 1 [online]. 09 jul. 2013. Disponível em: <<http://acervo.oglobo.globo.com/em-destaque/sujismundo-fez-sucesso-nos-anos-70-acabou-virando-sinonimo-de-porcalhao-8971169#ixzz4ujZ4To00>>. Acesso em: 11 out. 2017.

SILVA, F.F. Contrapondo: Prevenção x Promoção de Saúde. **Portal da Educação**. 2015[online]. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/contrapondo-prevencao-x-promocao-de-saude/5913>>. Acesso em: 20 de out.2017.

STARFIELD, B. Is primary-care essential? **Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, out. 1994. Disponível em: < <http://www.sbmfc.org.br/media/file/artigos/isprimarycare.pdf>>. Acesso em: 2 out.2017.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2ªed.São Paulo: Cortês,1986.108p. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/316489282/THIOLLENT-Michel-Metodologia-da-Pesquisa-Acao-pdf> Acesso em 12 de Jul. 2018.

TEIXEIRA, P.H.M. **Educação em saúde na estratégia saúde da família: concepções, práticas e abordagens**. Dissertação de Mestrado Profissional, Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2016, 59p. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21642/1/Diss%20PAULO%20HENRIQUE%20TEIXEIRA.%20MP%202016.pdf>> Acesso em: 29 de set. 2017.

UBS. MED.BR (Brasil). **Encontre uma unidade mais próxima**. 2018. Disponível em: <<https://ubs.med.br/>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

UBERLÂNDIA. GOOGLE MAPS. **Centro de Saúde Escola Jaraguá**. 2018a. Disponível em: <<https://bit.ly/2kS9PRB>>. Acesso em: 6 jun. 2018.

UBERLÂNDIA. GOOGLE MAPS. **Escola Estadual Marechal Castelo Branco**. 2018b. Disponível em: <<https://bit.ly/2LoVFCG>>. Acesso em: 6 jun. 2018.

UBERLÂNDIA. GOOGLE MAPS. **Escola Estadual Marechal Castelo Branco**. 2018c. Disponível em: <<https://bit.ly/2sMdzHT>>. Acesso em: 6 jun. 2018.

UNIUBE. **Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Educação: Formação docente para a educação Básica-Mestrado Profissional**, 2016, 18p. Disponível em: <<http://www.uniube.br/arquivos/2016/agosto/Regulamento%20PPGEB.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2016.

VEIGA, I.P. A (Org.). **Formação médica: aprendizagem baseada em problemas**. Campinas, SP: Papirus, 2015. 329 p.

VERÍSSIMO, M.R.A. Do Paradigma Disciplinar ao Paradigma interdisciplinar: Uma questão para a Universidade. **Educação e Filosofia**. v.15.nº.29.jan/jun.2001.pp.105-127 Disponível em:< <http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/716/651>>.Acesso em: 16 dez.2016.

WALDMAN, Eliseu Alves. **Medidas gerais de profilaxia e controles**. 2017. Publicado no site Cidadania e Saúde. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/05_03.html>. Acesso em: 10 out. 2017.

ZEICHNER, Kenneth. M .Formando professores reflexivos para a educação centrada no aluno: possibilidades e contradições. Tradução de Luís Antônio de Araújo. In: BARBOSA, R.L.L. (Org.) **Formação de Educadores-desafios e perspectivas**. São Paulo: Editora UNESP. 2003, p.35-55.

ZEICHNER, K.M. **El maestro como professor reflexivo**. 2012. Tradução de Pablo Manzano Bernárdes. Disponível em:< <http://www.practicareflexiva.pro/wp-content/uploads/2012/04/Org-El-maestro-como-profesional-reflexivo-de-Kenneth-M.-Zeichner..pdf> >. Acesso em: 16 dez. 2016.

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do projeto: EDUCAÇÃO E SAÚDE: diálogos com adolescentes-estudantes do ensino fundamental. Uberlândia-MG, Brasil

Instituição onde será realizado: Unidade de Saúde Centro Escola Jaraguá – Uberlândia-MG

Pesquisadora Responsável: Fabia Faria da Silva

Telefone: 999771803. E-mail: fabiafariafcu@yahoo.com.br

CEP-UNIUBE: Av. Nenê Sabino, 1801 – Bairro: Universitário – CEP: 38055-500-Uberaba/MG tel.: 34-3319-8959 e-mail: cep@uniube.br

Seu filho (a)

está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa: EDUCAÇÃO E SAÚDE: diálogos com adolescentes-estudantes do ensino fundamental. Uberlândia-MG, Brasil, de responsabilidade de Fabia Faria da Silva, desenvolvido no Centro de Saúde Escola Jaraguá. Este projeto tem como objetivo diagnosticar as necessidades de saúde e construir uma proposta educativa para a promoção da saúde dos jovens em Unidades Básicas, através do diálogo e da construção coletiva de saberes. Este projeto se justifica pela necessidade de descobrir caminhos para melhorar a assistência à saúde dos jovens e pode trazer como benefícios melhorias nas ações de educação em saúde. Se aceitar participar desse projeto, seu filho (a) participará de rodas de conversas sobre qualidade de vida e estilo de vida em um grupo de jovens. Essas conversas serão gravadas para que o pesquisador possa analisar e identificar as necessidades de saúde do grupo. Essa pesquisa não apresenta nenhum risco à integridade física e/ou moral dos participantes, todas as gravações serão deletadas após análise. Os dados pessoais serão mantidos em sigilo absoluto. Somente a análise das respostas será utilizada com fins científicos, tais como apresentações em congressos e publicação de artigos científicos. O nome ou qualquer identificação (voz, foto, etc.) jamais aparecerá.

Você receberá uma cópia desse termo, assinada pela pesquisadora, onde consta a identificação e o telefone, caso queira entrar em contato.

Assinatura do Responsável

Pesquisadora: Fabia Faria da Silva. Telefone: 999771803

Orientadora: Prof^aDr^aSelva Guimarães

APÊNDICE B

TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

O termo de assentimento deverá ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor e pelo menor.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: EDUCAÇÃO E SAÚDE: diálogos com adolescentes-estudantes do ensino fundamental. Uberlândia-MG, Brasil. Seus pais permitiram que você participasse. Queremos saber quais são as necessidades de saúde de um grupo de jovens. Os jovens que irão participar dessa pesquisa têm de 11 a 14 anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na Unidade de Saúde do Jaraguá, onde o grupo de jovens conversará sobre qualidade e estilo de vida (domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambientes). As conversas serão gravadas, analisadas e deletadas, você não corre nenhum risco em participar da pesquisa. Sua participação é importante para a melhoria na educação em saúde. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der.

Só a análise dos resultados da pesquisa vai ser publicada, mas sem identificar quem participou da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa vai ser proposto um projeto de educação em saúde para adolescentes na Unidade de Saúde. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar.

Eu, (assinatura do menor) _____ aceito participar do projeto), de responsabilidade de Fabia Faria da Silva, desenvolvido na Unidade Básica de Saúde do Jaraguá. E se justifica pela necessidade de descobrir caminhos para melhorar à assistência à saúde dos adolescentes e pode trazer como benefícios melhorias nas ações de educação em saúde.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. 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.

Ass.: do Responsável

Ass.: da pesquisador(a) Fabia F. Silva

Uberlândia: ____/____/____

APÊNDICE C**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO COLEGIADO**

Venho por meio deste, solicitar autorização para a realização da minha pesquisa nesta Unidade Básica de Saúde. O objetivo é diagnosticar as necessidades de saúde e construir uma proposta educativa para a promoção da saúde dos adolescentes, através do diálogo e da construção coletiva de saberes. A coleta de dados será através de rodas de conversa com um grupo de adolescentes.

Atenciosamente, _____

(Pesquisador Responsável)

De acordo em / /

(Nome, cargo / carimbo).

(Nome, cargo / carimbo).

(Nome, cargo / carimbo).

(Nome, cargo / carimbo)

Uberlândia, ___/___/_____

APÊNDICE D**QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIOECONÔMICO**

Todas as questões visam à coleta de informações para que eu possa te conhecer e propor uma ação educativa em saúde na Unidade. Portanto, por favor, não deixe nenhuma questão sem resposta. Todos esses dados serão confidenciais.

Idade: _____ anos.

Sexo: Feminino Masculino

Atualmente, você estuda? Sim, qual série ou ano? _____.

Qual é o nome da Escola em que você estuda? _____.

Não estuda. Estudou até que ano? _____.

Você trabalha: Sim, onde _____.

Não. Está procurando trabalho.

Qual é a renda mensal da sua família?

Até um salário mínimo R\$ 937,00. Mais de R\$1874,00 a R\$ 4670,00.

Mais de R\$937,00 a R\$ 1874,00. Mais de R\$ 4670,00 a R\$9340,00.

Qual é a sua religião?

Católico (a). Evangélico (a).

Espírita. Ateu/ateia.

Acredito em Deus. Outra.

Quem mora com você?

Pai Avô Irmãos

Mãe Avó Outros

Como você mora?

Em casa/apartamento próprio Em casa/apartamento alugado

Que tipo de transporte você usa:

Transporte público Carro Bicicleta

Obrigada pela atenção!

APÊNDICE E

METODOLOGIA DE ESCUTA

Questões abordados durante a realização do grupo focal. Baseadas no questionário WHOQOL-BREF World Health Organization Quality of Life – Organização Mundial da Saúde Qualidade de Vida

DOMÍNIO FÍSICO

Dor e desconforto

Energia e fadiga

Sono e repouso

Mobilidade

Atividades da vida cotidiana

Dependência de medicação ou de tratamentos

DOMÍNIO PSICOLÓGICO

Sentimentos positivos

Pensar, aprender, memória e concentração

Autoestima

Imagem corporal e aparência

Sentimentos negativos

Espiritualidade/religião/crenças pessoais

DOMÍNIO SOCIAL

Relações pessoais

Suporte (Apoio) social

Atividade sexual

DOMÍNIO MEIO AMBIENTE

Segurança física e proteção

Ambiente no lar

Recursos financeiros

Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

Participação em, e oportunidades de recreação/lazer

Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)

Transporte

ANEXO

**UNIVERSIDADE DE UBERABA -
UNIUBE****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O diálogo como instrumento de promoção da saúde de jovens estudantes da educação básica (Uberlândia - MG, Brasil)

Pesquisador: FABIA FARIA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80206817.6.0000.5145

Instituição Proponente: SOCIEDADE EDUCACIONAL UBERABENSE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.457.395

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma segunda apresentação do projeto, cuja pendência foi:

Rever os termos de consentimento livre e esclarecido e o de assentimento, dada que as informações que neles constam sobre os riscos inexistentes estão em discordância com as resoluções 466/12 e 510/2016. A pesquisa é qualitativa e orienta-se pela seguinte hipótese: "As ações educativas baseadas em palestras e ações esporádicas para adolescentes não possibilitam uma assistência satisfatória e humanizada, não possibilitam a promoção da saúde. As ações educativas, mediadas pelo diálogo participativo podem contribuir para a promoção da saúde e do desempenho escolar de jovens estudantes do ensino fundamental da rede pública de ensino". Prevê pesquisa documental; revisão da literatura e é identificada como do tipo pesquisa-ação, cuja dimensão empírica apoia-se nas técnicas de grupo focal e entrevista e cujo "campo de investigação será o Centro de Saúde Escola Jaraguá-UFU, localizado na Cidade de Uberlândia-MG. Informa-se que: os colaboradores serão um grupo de jovens que foram encaminhados pela Escola Estadual Marechal Camilo Castelo Branco e Escola Municipal Professor Luís Rocha e Silva, para atendimento psicológico e que recusam terapia individual". Justifica a escolha da abordagem qualitativa destacando que a "diversidade de situações cotidianas, de possibilidades de interpretações, instiga os pesquisadores a utilizar de estratégias indutivas, tendo em vista as

Endereço: Av.Nene Sabino, 1801

Bairro: Universitário

CEP: 38.055-500

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3319-8811

Fax: (34)3314-8910

E-mail: cep@uniube.br



Continuação do Parecer: 2.457.395

limitações das
abordagens quantitativas para lidar com a subjetividade".

Objetivo da Pesquisa:

"Geral: Construir uma proposta educativa para a promoção da saúde de jovens estudantes em uma

Objetivos Secundários:

Identificar o perfil dos jovens estudantes encaminhados pelas escolas públicas ao Centro de Saúde Escola Jaraguá – UFU. Estabelecer o processo de escuta e diálogo com um grupo de 10 jovens na Unidade. Diagnosticar as necessidades de saúde do grupo de jovens estudantes. Analisar e interpretar as vozes dos jovens para identificar os problemas que serão indicadores de uma política de educação em saúde.

Identificar o perfil dos jovens estudantes encaminhados pelas escolas públicas ao Centro de Saúde Escola Jaraguá – UFU.

Estabelecer o processo de escuta e diálogo com um grupo de 10 jovens na Unidade.

Diagnosticar as necessidades de saúde do grupo de jovens estudantes.

Analisar e interpretar as vozes dos jovens para identificar os problemas que serão indicadores de uma política de educação em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios superam os riscos que são apontados como "subjetivos e objetivos". Relacionam-se à perda de confidencialidade e à perda de sigilo. Mas, medidas protetivas para garantir o anonimato dos participantes e dos seus dados e informações estão previstas. Estes últimos serão mantidos sob a guarda da pesquisadora e ao término da pesquisa serão incinerados.

Como benefícios, informa-se que a pesquisa: "Contribuirá na melhoria da assistência à saúde dos jovens, de forma mais humanizada e integral, o que pode impactar o rendimento escolar e a sociabilidade. Propiciará uma aproximação das escolas com a Unidade de Saúde facilitando ações intersetoriais.

Propiciará uma reflexão dos profissionais de saúde quanto à importância de se desenvolver ações educativas que busquem o enfrentamento dos determinante sociais da saúde e que reconheçam os indivíduos, a coletividade e o lugar onde vivem".

Endereço: Av.Nene Sabino, 1801

Bairro: Universitário

CEP: 38.055-500

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3319-8811

Fax: (34)3314-8910

E-mail: cep@uniube.br

**UNIVERSIDADE DE UBERABA -
UNIUBE**



Continuação do Parecer: 2.457.395

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente, tem valor científico e o protocolo está bem instruído. Os objetivos seguem esclarecidos, são viáveis e guardam coerência com a metodologia proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos são apresentados. Na segunda versão, são anexados o projeto no formato PB, resposta a pendências, projeto de pesquisa corrigido, termo de assentimento e TCLE corrigidos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo sido atendidas as recomendações referentes à indicação de riscos, e salvo melhor juízo desse Comitê, sou de parecer favorável à aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em 21/12/2017 a plenária votou de acordo com o relator, pela aprovação da proposta, lembrando o proponente do compromisso com o que trata as Resoluções 466/12 e 510/2016, especialmente no que diz respeito a entrega dos Relatórios Parcial e Final da pesquisa ao CEP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1014291.pdf	11/12/2017 09:18:52		Aceito
Outros	Respostaaspendencias.docx	11/12/2017 09:15:48	FABIA FARIA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisacorrigido.docx	11/12/2017 09:00:51	FABIA FARIA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoAssentimentocorrigido.docx	11/12/2017 08:57:47	FABIA FARIA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentocorrigido.doc	11/12/2017 08:55:03	FABIA FARIA DA SILVA	Aceito
Outros	Pedido_de_autorizacao_ao_colegiado.pdf	05/11/2017 19:49:03	FABIA FARIA DA SILVA	Aceito

Endereço: Av.Nene Sabino, 1801

Bairro: Universitário

CEP: 38.055-500

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3319-8811

Fax: (34)3314-8910

E-mail: cep@uniube.br

UNIVERSIDADE DE UBERABA -
UNIUBE



Continuação do Parecer: 2.457.395

Outros	Curriculo_lattes.docx	05/11/2017 19:45:04	FABIA FARIA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	05/11/2017 19:43:08	FABIA FARIA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	05/11/2017 19:41:40	FABIA FARIA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/11/2017 19:40:25	FABIA FARIA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Assentimento.docx	05/11/2017 19:38:57	FABIA FARIA DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_da_instituicao_co_participa nte.docx	05/11/2017 19:37:34	FABIA FARIA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	26/10/2017 22:02:10	Fabia Faria da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 27 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Geraldo Thedei Junior
(Coordenador)

Endereço: Av.Nene Sabino, 1801

Bairro: Universitário

CEP: 38.055-500

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3319-8811

Fax: (34)3314-8910

E-mail: cep@uniube.br