

**FERNANDO LIBANIO COUTINHO**

**INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA PARA ADOLESCENTES COM GRUPOS  
OPERATIVOS NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**Belo Horizonte  
Faculdade de Medicina da UFMG  
2013**

**FERNANDO LIBANIO COUTINHO**

**INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA PARA ADOLESCENTES COM GRUPOS  
OPERATIVOS NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Maria Jussara Fernandes Fontes

**Belo Horizonte**  
**Faculdade de Medicina da UFMG**  
**2013**

C871i Coutinho, Fernando Libanio.  
Influência de um programa para adolescentes com grupos operativos no processo de educação em saúde [manuscrito]. / Fernando Libanio Coutinho. - - Belo Horizonte: 2013.  
106f.: il.  
Orientadora: Maria Jussara Fernandes Fontes.  
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Promoção da Saúde. 2. Saúde do Adolescente. 3. Adolescente. 4. Questionários. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Fontes, Maria Jussara Fernandes. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 590

## ATA DE APROVAÇÃO



### FACULDADE DE MEDICINA CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 333  
Belo Horizonte - MG - CEP 30130-100  
Fone: (31) 3409 8641 FAX: (31) 3409 9540  
[www.ufmg.br](http://www.ufmg.br)



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de FERNANDO LIBÂNIO COUTINHO nº de registro 2011656286. Às quatorze horas, do dia vinte de fevereiro de dois mil e treze, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA PARA ADOLESCENTES COM GRUPOS OPERATIVOS NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE", requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profª. Maria Jussara Fernandes Fontes, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profª. Maria Jussara Fernandes Fontes - Orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profª. Lucia Maria Horta de Figueiredo Goulart	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profª. Márcia Rocha Parizzi	Instituição: UNI-BH	Indicação: <u>Aprovado</u>

Pelas indicações o candidato foi considerado Aprovado

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 20 de fevereiro de 2013.

Profª. Maria Jussara Fernandes Fontes – Orientadora Maria Jussara Fernandes Fontes

Profª. Lucia Maria Horta de Figueiredo Goulart Lucia Maria Horta de Figueiredo Goulart

Profª. Márcia Rocha Parizzi Márcia Rocha Parizzi

Profª Ana Cristina Simões e Silva /Coordenadora Ana Cristina Simões e Silva

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profª. Ana Cristina Simões e Silva  
Coordenadora do Centro de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente  
Faculdade de Medicina-UFMG

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor**

Prof. Clélio Campolina Diniz

### **Vice-Reitora**

Profa. Rocksane de Carvalho Norton

### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Ricardo Santiago Gomez

### **Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Renato de Lima dos Santos

### **Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Francisco José Penna

### **Vice-Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

### **Coordenador do Centro de Pós-Graduação**

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

### **Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação**

Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

### **Chefe do Departamento de Pediatria**

Profa. Benigna Maria de Oliveira

### **Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente**

Profa. Ana Cristina Simões e Silva

### **Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente**

Prof. Eduardo Araújo Oliveira

### **Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente**

Ana Cristina Simões e Silva - Titular

Benigna Maria de Oliveira - Suplente

Cássio da Cunha Ibiapina - Titular

Cristina Gonçalves Alvim - Suplente

Eduardo Araújo de Oliveira - Titular

Eleonora M. Lima - Suplente  
Francisco José Penna - Titular  
Alexandre Rodrigues Ferreira - Suplente  
Jorge Andrade Pinto - Titular  
Vitor Haase - Suplente  
Ivani Novato Silva - Titular  
Juliana Gurgel - Suplente  
Marcos José Burle de Aguiar - Titular  
Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart - Suplente  
Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana - Titular  
Cláudia Regina Lindgren - Suplente  
Michelle Ralil da Costa (Disc. Titular)  
Marcela Guimarães Cortes (Disc. Suplente)

## **AGRADECIMENTOS**

Minha eterna gratidão aos Professores Jussara e Roberto Assis que acreditaram no potencial do trabalho e me servem de exemplo pela lisura, respeito profissional e dedicação de suas vidas à saúde do adolescente.

À coordenação da Fundação dos Funcionários da Fiat pela sensibilidade de se criar um espaço onde os adolescentes tivessem voz, permitindo também o registro dessa experiência para fins acadêmicos.

Aos meus colegas e amigos que me convidaram para integrar a equipe que construíram comigo o PROSA: Domingos, Márcia, Selma, Adriana, Fernanda, Jaqueline, Daniele, Elenise.

A minha querida sobrinha, Raquel de Chapell Hill - USA, que me iluminou com o seu brilho e nos mostra que através do esforço tudo é possível.

Aos meus queridos pais, Vinicius e Maria Célia, que nunca desistiram de lutar pela felicidade dos sete filhos, netos e bisneta.

Ao meu amor Yara, que me acompanhou em todos os momentos desta construção e juntos aguardamos com muita expectativa que o nosso filho Arthur, de 11 anos, vivencie sua adolescência na sua plenitude e Júlia, aos 7 anos, ainda curta as delícias da infância.

**"Ele é grande, tem ombros de ossos largos, anda um pouco curvo: isso passa, é o peso da adolescência. Ele é lento, ele é profundo, ele semeia devagar. [...] Ele dormirá bem com uma mulher. Se não se enrolar demais nos largos e fundos meandros de suas pesadas hesitações".**

**(Clarice Lispector)**



## RESUMO

O sistema de saúde da Fundação FIAT promove a saúde e qualidade de vida de seus funcionários e familiares e assiste hoje mais de 7.093 adolescentes, o que corresponde a 14,6% dos usuários do sistema da empresa FIAT, uma montadora automotiva localizada em Betim/MG. Procurando humanizar o atendimento do adolescente criou-se no ano de 2003, um programa de saúde do adolescente destinado a promover uma ação efetiva de caráter educativo e preventivo por meio do uso da técnica de grupos operativos. O presente trabalho pretende avaliar o conhecimento dos filhos dos trabalhadores da FIAT antes e depois da participação nos grupos operativos a respeito dos assuntos pertinentes à adolescência: sexo e sexualidade, gravidez, drogas, anatomia, crescimento e desenvolvimento, protagonismo juvenil e cidadania. Para tal, um banco de dados foi criado a partir de um Questionário de Conhecimento (pré e pós-teste) sobre os temas, aplicado aos adolescentes antes e depois da experiência de grupo. Criou-se também outro banco de dados com informações socioeconômicas, demográficas e de hábitos de vida (Questionário Sociodemográfico). Foram realizados vinte e nove grupos com o máximo de 15 participantes no período de 2003 a 2010, totalizando a participação de 345 adolescentes. Para análise deste trabalho foram considerados os anos de 2005 a 2010 com a realização de vinte e quatro grupos. Por meio deste questionário de conhecimento aplicado foram avaliados os percentuais de acertos, utilizando o teste não paramétrico de Wilcoxon, e com a anamnese social foi possível fazer a análise quantitativa descritiva destes dados. Para as variáveis nominais ou categóricas foram feitas tabelas de distribuição de frequências. Para variáveis contínuas foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade. Em todas as análises considerou-se um nível de 5% de significância. Para digitação dos dados foi utilizado o *software* Epi-data versão 3.1 e para análise foi utilizado o SPSS versão 12.0. De acordo com os resultados apresentados houve um aumento percentual de acertos em todos os anos, sendo que o percentual médio de acerto no pré-teste foi de 54,3% passando a 71% no pós-teste e essa diferença foi estatisticamente significativa (valor  $p < 0,05$ ). Pode-se concluir que a técnica de grupo operativo é uma boa estratégia de promoção à saúde. Os resultados deste estudo mostraram a importância de se trabalhar em grupo informações sobre os temas relevantes da adolescência.

**Palavras-chave:** Adolescentes. Grupo operativo. Promoção da saúde. Prevenção na saúde

## ABSTRACT

The Health System Foundation FIAT promotes health and quality of life of its employees and their families, witnesses today over 7.093 million adolescents, which corresponds to 14.6% of system users of the company FIAT, an automotive assembly plant located in Betim/MG. In order to humanize care teenager it was created in 2003, an adolescent health program designed to promote effective action of character education and prevention through the use of the technique of operative groups. This study aims to assess the knowledge of the children of workers of FIAT before and after participation in the operating groups in respect of matters pertaining to adolescence: gender and sexuality, pregnancy, drugs, anatomy, growth and development, youth leadership and citizenship. To this end, a database was created from a Knowledge Questionnaire (pre and post test) on the issues, applied to adolescents before and after the group experience. It was also created another database with social economical information, demographic and lifestyle habits (Questionnaire of Social Anamnesis). It was performed twenty-nine groups with the maximum of 15 participants in the period of 2003 to 2010 totalizing a participation of three hundred forty-five adolescents. For analysis of this work it was considered the years 2005 to 2010 with the completion of twenty four groups. Through this knowledge questionnaire it was possible to evaluate the percentage of correct answers using the nonparametric Wilcoxon test, and with the social history it was possible to perform the quantitative analysis of these descriptive data. For the nominal or categorical variables frequency distribution tables were made used for continuous variables. Measures of central tendency and variability, in all analyzes considered a 5% level of significance. For data entry was used software Epi-data version 3.1 and for analysis the SPSS version 12.0. According to the results presented there was an increase in percentage of hits in each year, and the average percentage of correct answers on the pretest was 54.3%, from 71% at post-test and the difference was statistically significant ( $p < 0.05$ ). It was concluded that operating group technique is a good strategy to promote health. The results of this study show the importance of working together information on relevant topics of adolescence.

**Keywords:** teens. Operative group. Health promotion. Health prevention

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASAJ .....	Área de Saúde Adolescente e Jovem
APS .....	Atenção Primária a Saúde
ACS .....	Agente Comunitário de Saúde
AIDS .....	Síndrome de Imunidade Adquirida
CEBRID.....	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas e Psicotrópicos
CLAP .....	Centro Latino Americano de Perinatologia
CSBH .....	Centro de Saúde de Belo Horizonte
CSBT .....	Centro de Saúde de Betim
CSCTG.....	Centro de Saúde de Contagem
DST .....	Doença Sexualmente Transmissível
ECA .....	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF .....	Equipe de Saúde da Família
FIAT .....	Fabrica Internacional de Automóveis de Turim
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC.....	Índice de massa corporal
MS.....	Ministério da Saúde
OMS .....	Organização Mundial da Saúde
OPAS .....	Organização Pan Americana de Saúde
PACS .....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSE .....	Programa de Saúde na Escola
PSF .....	Programa de Saúde da Família
PROSA.....	Programa de Saúde do Adolescente
PROSAD .....	Programa Saúde do Adolescente
PNAD .....	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio
PNDS .....	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança
RAIS.....	Relação Anual de Informações Sociais
SINAN .....	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC.....	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SENAD.....	Secretária Nacional Antidrogas
SUS.....	Sistema Único de Saúde

UBS.....	Unidade Básica de Saúde
UCA.....	Unidade Clínica de Adolescentes
UERJ.....	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
USP.....	Universidade Estadual de São Paulo
UNICEF.....	Fundo das Nações Unidas para a Infância
OPAS.....	Organização Pan Americana de Saúde
OMS.....	Organização Mundial de Saúde

## LISTAS DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição por sexo dos adolescentes que participaram do PROSA no período de 2003 a 2010 .....	47
TABELA 2	Estatísticas descritivas da identificação do familiar que respondeu à entrevista .....	48
TABELA 3	Estatísticas descritivas das condições de moradia da família ...	49
TABELA 4	Estatísticas descritivas de percepção familiar do adolescente ..	50
TABELA 5	Estatísticas descritivas sobre a escolaridade do adolescente ...	50
TABELA 6	Estatísticas descritivas sobre trabalho do adolescente .....	51
TABELA 7	Estatísticas descritivas sobre a vida social do adolescente.....	52
TABELA 8	Estatísticas descritivas sobre hábitos do adolescente.....	53
TABELA 9	Estatísticas descritivas sobre cultura familiar do adolescente ...	53
TABELA 10	Estatísticas descritivas sobre aspirações pessoais e futuras do adolescente .....	54
TABELA 11	Análise global dos resultados do pré e pós-teste .....	54
TABELA 12	Análise dos resultados do pré e pós-teste por ano .....	55
TABELA 13	Análise dos resultados do pré e pós-teste por tema abordado..	58

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição do número de questionários analisados nos anos de 2005 a 2010.....	46
GRÁFICO 2	Participação de adolescentes no PROSA por Centro de Saúde no período de 2003 a 2010	47
GRÁFICO 3	Percentual de acertos no pré e pós-teste por ano	56
GRÁFICO 4	Percentual de dúvidas (respostas “não sei”) no pré e pós-teste por ano .....	57
GRÁFICO 5	Percentual de acertos no pré e pós-teste por tema.....	59
GRÁFICO 6	Percentual de dúvidas (respostas “não sei”) no pré e pós-teste.	59

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1	Adolescência no Brasil: a realidade atual .....	17
2.2	A invenção da adolescência .....	19
2.3	Adolescência e puberdade: conceito .....	21
2.3.1	Puberdade .....	21
2.3.2	Mudanças psíquicas .....	22
2.4	Importância do grupo na adolescência.....	24
2.5	Adolescência: histórico e diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes.....	25
2.6	Grupos operativos .....	29
2.6.1	Grupo operativo: estratégia no sistema público de saúde.....	33
3	OBJETIVOS .....	36
3.1	Objetivo geral.....	36
3.2	Objetivos específicos .....	36
4	MÉTODOS .....	37
4.1	Delineamento do estudo .....	37
4.2	Local do estudo.....	37
4.3	Descrição do PROSA.....	38
4.4	Amostra.....	43
4.5	Crerios de inclusão .....	43
4.6	Instrumento e análise estatística.....	44
4.7	Estatísticas descritivas.....	44
4.8	Comparação dos resultados do pré e pós-teste .....	45
4.9	Aspectos éticos .....	45
5	RESULTADOS.....	46
5.1	Estatísticas descritivas.....	46
5.2	Resultados das entrevistas com a família do adolescente.....	48
5.3	Resultados das entrevistas com os adolescentes.....	50
6	DISCUSSÃO .....	60

6.1	Estatísticas descritivas.....	60
6.1.1	Condição socioeconômica .....	60
6.1.2	Vida escolar .....	60
6.1.3	Trabalho .....	61
6.1.4	Vida social.....	61
6.1.5	Tabaco e drogas .....	62
6.1.6	Hábitos alimentares .....	63
6.1.7	Sexualidade .....	63
6.1.8	Projeto de vida .....	64
6.2	Resultados do pré e pós-teste .....	64
6.3	Escolha dos temas.....	66
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	69
	REFERÊNCIAS .....	70
	APÊNDICE A - Questionário sociodemográfico .....	76
	APÊNDICE B.1 - Planilha 1 - Encontro com os pais .....	80
	APÊNDICE B.2 - Planilha 2 - Apresentação .....	81
	APÊNDICE B.3 - Planilha 3 - Anatomia .....	82
	APÊNDICE B.4 - Planilha 4 - Crescimento e desenvolvimento .....	83
	APÊNDICE B.5 - Planilha 5 - Sexualidade.....	84
	APÊNDICE B.6 - Planilha 6 - Prevenção .....	85
	APÊNDICE B.7 - Planilha 7 – Drogas .....	86
	APÊNDICE B.8 - Planilha 8 - Projeto de vida .....	87
	APÊNDICE B.9 - Planilha 9 - Cidadania / Encerramento.....	88
	APÊNDICE C - Questionário de conhecimento .....	89
	APÊNDICE D - Certificado.....	91
	APÊNDICE E - PROSA - Avaliação do facilitador.....	92
	APÊNDICE F - CLAP modificado.....	93
	APÊNDICE G - Termo de Autorização dos pais .....	95
	APÊNDICE H - Avaliação dos adolescentes sobre o PROSA .....	96
	ANEXO A - Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo COEP-UFMG .....	103
	ANEXO B - Aprovação do Projeto de pesquisa pela Fundação FIAT ....	104



## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo trata da experiência de um programa criado para adolescentes utilizando como ferramenta de trabalho o grupo operativo. Realizado na Fundação FIAT, instituição responsável pela política de promoção a saúde e qualidade de vida dos funcionários e familiares usuários do sistema da empresa FIAT, montadora automotiva localizada em Betim/MG.

O PROSA (Programa de Saúde do Adolescente) foi criado em 2003 para atender especificamente adolescentes da faixa etária de 10 a 19 anos, com o objetivo de promover ações efetivas de caráter educativo e preventivo.

O presente trabalho pretende avaliar o conhecimento sobre os temas relevantes à adolescência como: sexo e sexualidade, gravidez, drogas, anatomia, crescimento e desenvolvimento, protagonismo juvenil e cidadania adquiridos pelos adolescentes antes e depois de participarem do programa durante o período de 2005 a 2010.

Durante os sete anos de trabalho com educação na Fundação FIAT, o pesquisador pôde colocar em prática este programa com Grupos Operativos para educação em saúde, já que contava com vontade política por parte da empresa, que disponibilizava pessoal, além de recursos financeiros para realização das atividades propostas.

O pesquisador tem acumulado 18 anos de experiência clínica no Sistema Único de Saúde, lidando diariamente com as demandas do público adolescente e coordenando um centro de referência ao atendimento da saúde do adolescente na rede pública, em Belo Horizonte, Minas Gerais, por igual período. Acredita que a excelência do sistema público de saúde brasileiro ainda deixa a desejar quando não cumpre bem o seu papel de integrar a educação para a saúde, com a educação para a cidadania. A prática diária do consultório mostra que os problemas são, muitas vezes, gerados não apenas por falta de informação por parte dos adolescentes, mas por falta de oportunidade e educação, por conta da violência de gênero, uso de drogas e gravidezes desejadas em idades muito juvenis.

Para Pichon-Riviére (1998), que é uma das principais referências na literatura sobre este assunto, define o grupo como um conjunto de pessoas, ligadas

no tempo e espaço articuladas por mútua representação interna, que se propõe explícita ou implicitamente a uma tarefa, interagindo para isto em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si. Coerente com esta definição, sua teoria sobre o grupo dá grande importância aos vínculos, que são a base para os processos de comunicação e aprendizagem, uma vez que o sujeito como sujeito social se constitui na relação com o outro (AFONSO, 2002).

Para o adolescente que já não pertence mais ao mundo das crianças e nem se integrou ao mundo do adulto, encontra no grupo de iguais, na turma, seu ponto de referência primordial. Para ele, é de vital importância sentir-se integrado no grupo, aceito pelos colegas. Espaço de afirmação de socialização e experimentação de papéis, a turma passa a ditar normas de conduta. Nela os adolescentes se unem num claro processo de fortalecimento mútuo o que afirma o grupo operativo como importante instrumento de trabalho no campo da promoção e prevenção de saúde (SERRÃO; BALEIRO, 1999).

Este estudo é a maneira de formalizar a análise da experiência do grupo operativo, podendo avaliar a eficácia dessas estratégias de promoção à saúde, bem como aplicá-las no sistema público de saúde e em outras realidades. Segundo as orientações da OPAS e da OMS (1993) para os programas do novo milênio, ratifica-se a importância de implantação de atividades intersectoriais de promoção de saúde e de prevenção de riscos que afetam a população vulnerável. Entende-se que as atividades de promoção de saúde direcionadas para a população jovem são mais eficazes quando desenvolvidas numa perspectiva de saúde coletiva, pois consideram o indivíduo dentro do seu contexto. Além disso, a promoção de saúde também depende da aplicação de métodos e técnicas de educação, comunicação social e capacitação de diversos atores, o que não tem acontecido na educação formal.

Assim, esta pesquisa se propõe a investigar se a utilização da técnica de grupo operativo pode ser considerada uma estratégia eficaz, na medida em que estimula os jovens a adquirirem conhecimento e competência, e assim a aprimorarem suas habilidades para a vida, motivando-os a atuar de maneira que promovam a sua saúde e seu desenvolvimento.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Adolescência no Brasil: a realidade atual

O Brasil, nas últimas décadas, viveu uma importante modificação demográfica relacionada à queda da mortalidade infantil e da fecundidade, ao aumento da expectativa de vida, aos movimentos migratórios e de urbanização. Houve uma desaceleração do ritmo de crescimento da população adolescente e jovem com a expectativa de que esse segmento continue crescendo, embora em ritmo decrescente, e de que haja um aumento do peso de outros grupos etários, em especial os idosos (BRASIL, 2010, p.18).

Mesmo com a desaceleração do ritmo de crescimento da população jovem, hoje a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade é mais numerosa em toda a história do Brasil, representando, no censo de 2002, um total de 51.429.397 pessoas – 30,3% da população brasileira –, sendo 35.287.882 adolescentes de 10 a 19 anos e 16.141.515 jovens com idade entre 19 e 24 anos (BRASIL, 2010, p.18).

Constata-se que a importância da formação do estilo de vida do adolescente e do jovem é crucial, não somente para ele, como também para as gerações futuras. Abramovay et al. (2007 citado por BRASIL, 2010) nomeiam esta década como “a melhor janela de oportunidades”, como o momento mais favorável para se investir na juventude como integrante e sujeito da aceleração do crescimento econômico nacional.

Analisando os dados desta faixa da população brasileira com relação ao grau de escolaridade, 8,9% do grupo etário de 5 a 17 anos se encontram fora da escola (IBGE, 2008a; ABRAMOVAY et al. 2009). Além disso, adolescentes de 10 a 19 anos ocupam o segundo lugar nos atendimentos resultantes de violência sexual, sendo que as adolescentes na faixa de 10 a 14 anos são as que mais reportam agressão (BRASIL, 2008).

Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) de 2006, cerca de 30% do total das mulheres pesquisadas (n=15.575) já haviam tido relações sexuais antes dos 15 anos, o triplo

da porcentagem ocorrida em 1996, na mesma faixa etária. As mulheres adolescentes também sofrem com altas taxas de mortalidade materna. Destaque-se que esta faixa etária contribui com 16,4% do total de óbitos por essa causa (BRASIL, 2006a; CASTRO et al., 2004).

A vulnerabilidade não é apenas relacionada às gravidezes, mas também às doenças e infecções sexualmente transmissíveis. Dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINAN) reportam 19.793 novos casos de AIDS entre 2000 e 2006 somente para o grupo etário de 13 a 24 anos, número que representa 80% dos 24.603 novos casos notificados (BRASIL, 2007a). Além disso, outros hábitos, como o consumo de álcool e tabaco, podem estar contribuindo para que o jovem se exponha a situações de risco e sem planejamento (ABREU, 2011). Segundo o I Levantamento sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado em 2007, o início do consumo dessa substância registrado em adolescentes de 14 a 17, está na média de 13,9 anos, que é mais baixa que a verificada nos jovens dos 18 aos 25 anos, cuja média é 15,3 anos. Reconhecendo essas situações de vulnerabilidade e as intensas transformações ocorridas nessa fase, assim como as enormes repercussões sobre o processo saúde-doença advindas das determinações socioeconômicas e políticas, o Ministério da Saúde ampliou a especificidade no atendimento em saúde norteado pelas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e Assistência (BRASIL, 2010). Nessas diretrizes, há o reconhecimento de que os adolescentes e jovens são sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável, fortalecidos através do atendimento no qual se trabalham autoestima e autonomia. A viabilização desses princípios contribui para uma melhor relação cliente-profissional. Esses mesmos princípios também ampliam a capacidade do profissional no encaminhamento das ações necessárias e favorecem o vínculo dessa clientela aos serviços de saúde como um todo.

## 2.2 A invenção da adolescência

Adolescência é palavra originada do latim e que significa crescer. Este conceito foi sendo construído, do ponto de vista histórico, ao longo dos séculos XVI e XVII e, somente no final do século XVIII, é que esta parcela da população começou a receber esta nomeação (ARIÈS, 1978, p.47). Mas na Grécia Clássica já se via na sua estrutura social a separação entre crianças e jovens, masculinos e femininos. Em Esparta, as crianças cresciam no gineceu escutando fábulas e canções. Os meninos, a partir dos sete anos de idade, ficavam sob a direção dos *paidonómos*, onde os princípios militares e cívicos eram duramente ensinados. Aos dezesseis anos tornavam-se *eirénes*, com o poder de falar nas assembleias. Em Atenas havia também o gineceu para as crianças, mas estas permaneciam por mais tempo aprendendo os afazeres domésticos e os meninos e os jovens, sempre na tutela de um adulto, aprendiam sobre o cuidado com o corpo e a mente (sabedoria) para poderem afastar-se do mal (GROSSMAN, 1998). Aos 18 anos alcançavam a maioridade civil. Casavam-se entre os 15 e 16 anos. As moças se dedicavam ao esporte, para adquirir saúde e vigor físico, tendo em vista seu futuro de mães de família. No império Romano não havia maioridade legal e nem idade de maioridade, não havia menores e sim impúberes. Os jovens púberes mal colocavam as vestes viris já iniciavam a vida sexual. Por outro lado, as meninas, aos doze anos, eram consideradas núbeis e o casamento se consumava no máximo aos quatorze anos, quando então eram consideradas adultas (GROSSMAN, 1998). Na sociedade medieval, o sentimento da infância (in-fari = não falar, a criança ainda não fala a palavra própria) não existia. Não havia consciência da particularidade infantil, isto é, a distinção entre a criança e adulto. Ariès (1978) utiliza da descrição das gravuras de época, sécs. XVI, XVII, XVIII para mostrar que as vestimentas das crianças eram iguais para meninos e meninas, e que estas se vestiam como as adultas. A ideia de infância estava ligada à ideia de dependência e a saída desta, para o ingresso pleno no mundo dos adultos, ocorria quando a criança tinha condições de viver sem a solicitude constante de sua mãe ou ama. Já no final desse período percebe-se uma mudança comportamental, que é a passagem de uma experiência coletiva para a construção da vida privada. As instituições educacionais surgem como

estabelecimentos onde as crianças e os jovens começam a ser separados, mas ainda poderíamos encontrar na mesma classe alunos de 10 anos até 25 anos durante todo o século XVII e o séc. XVIII. Conforme aponta Ariès (1978), o reconhecimento da especificidade da adolescência surge com a escolarização, sendo fruto da invenção da sociedade industrial, ligada às leis trabalhistas. Desse modo, a adolescência é uma invenção própria da sociedade industrial, vinculada às leis trabalhistas e ao sistema educacional. Segundo ainda Ariès (1978), a especificidade da adolescência foi reconhecida quando emergiu a escolarização, promovendo uma separação entre os seres adultos e os seres em formação. Somente no final do séc. XIX, com a necessidade de classes menos numerosas e mais homogêneas, é que se estabelece uma relação mais direta entre a idade e a classe. Ainda neste período, a juventude se inseria na coletividade através de sociedades de jovens: reinos, abadias, corpos de juventude, que funcionavam como solidariedades temporárias, formadas no âmbito das vilas e bairros. Essas normas de socialização possuíam natureza exclusivamente masculina. Para as mulheres cabiam os afazeres domésticos, deixando claro que as obrigações atribuídas ao menino e à menina não eram idênticas. No séc. XIX, a sociedade se tornou uma vasta população anônima, em que as pessoas já não se conheciam. Este é um período marcado pelo fortalecimento dos Estados Nacionais, marcado por uma redefinição dos papéis sociais das mulheres e das crianças, pelo avanço acelerado da industrialização e da técnica e pela organização dos trabalhadores. A família neste momento esta mais fortalecida, nuclear, patriarcal (GROSSMAN, 1998). Neste momento a figura do adolescente é delineada com precisão. A infância era, cada vez mais, subtraída do trabalho em razão direta das conquistas sociais, sobretudo em função do crescimento e valorização do papel da escolarização infantil. Por outro lado, a juventude era cada vez mais assimilada aos processos de trabalho produtivo estando os jovens envolvidos nos trabalhos das manufaturas, minas de carvão, etc. (PIMENTA FILHO, 2002). Perrot (1996) aponta outro exemplo como rito de passagem entre a infância e adolescência: a primeira comunhão, para os meninos de 12 anos e meninas de 11 anos.

No século XX as duas grandes guerras mundiais provocaram grandes transformações sociais, sobretudo, junto aos jovens. Surgem os grandes movimentos revolucionários: na cultura, artes, música, etc. Eram os jovens que

lutavam, em todas as frentes, para destruir o velho e impor o novo. Enfim, chega-se ao século XXI, tempo de consumo, da produção em massa, da valorização da estética e da eterna juventude (Santos, 2011). Segundo Ariès (1978), deseja-se chegar o quanto antes à eterna juventude, ao tempo de consumo e ali ficar o quanto for possível.

### **2.3 Adolescência e puberdade: conceito**

A adolescência é a fase peculiar do desenvolvimento humano caracterizada pelas transformações biopsicossociais que marcam a passagem da infância para a vida adulta. Não podemos compreender a adolescência estudando separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Eles são indissociáveis e é justamente o conjunto de suas características que confere uma singularidade ao fenômeno da adolescência, caracterizado por influências socioculturais que vão se concretizando por meio de reformulações constantes de caráter social, sexual e de gênero, ideológico e vocacional (FARIA, 2007).

A Organização Mundial da Saúde circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. A lei brasileira (ECA) considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos. Há aqui um descompasso entre a fixação etária do Estatuto da Criança e do Adolescente e a da Organização Mundial da Saúde, também adotada pelo Ministério da Saúde. A adoção do critério cronológico objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de serviços sociais e de saúde pública, porém ignora as características individuais. Portanto, é importante ressaltar que os critérios biológicos, psicológicos e sociais também devem ser considerados na abordagem conceitual da adolescência e da juventude (ALMEIDA, 2011).

#### **2.3.1 Puberdade**

Puberdade do latim *Pubertate* - sinal de pelos, penugem. É um termo utilizado para definir modificações físicas, caracterizada pela aceleração do crescimento esquelético, por alterações da composição corporal e pelo

amadurecimento sexual que tem início com o despertar do hipotálamo, caracteriza-se pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, crescente ação hormonal, amadurecimento das gônadas, aparecimento da menarca nas meninas e da semenarca nos meninos, com aquisição de sua capacidade reprodutiva. Conclui-se com o fim do crescimento físico e com a soldadura das cartilagens das epífises ósseas (OMS, 1977).

O adolescente, além dessas transformações físicas, apresenta também modificações psicológicas, cognitivas e sociais, o que contribui para fazer da adolescência um período de suma importância para o ser humano. As mudanças físicas da puberdade ou a ausência delas, assim como a sua repercussão sobre a vida emocional do jovem e da família, são motivos frequentes de procura do atendimento médico. O jovem que vinha de um período em geral muito estável e adaptado na escola e na família passa a apresentar mutações de grande monta no campo físico e emocional e na vida social. Esse momento, vivido de forma muito diferente pelas pessoas, por ser uma das épocas mais dinâmicas e vulneráveis da vida, exige sempre grande capacidade de adaptação (FARIA, 2007; FERREIRA et al., 2005).

### **2.3.2 Mudanças psíquicas**

Do ponto de vista psíquico, há uma verdadeira revolução, levando o adolescente a elaborar a perda do corpo infantil, da identidade infantil, da bisexualidade e dos pais da infância, e a reformular uma autoimagem a partir de novos esquemas corporais, do surgimento de um corpo novo que se modifica a cada dia, mobilizando ansiedade e depressão (ABERASTURY; KNOBEL, 1981, p.20). Já Brasil, V.S. (2010), conceitua a adolescência segundo um viés psicanalítico, não sendo ela uma fase natural ou universal do desenvolvimento do indivíduo. É uma resposta do sujeito ao impacto provocado pela puberdade, quando esta se instala causando efeitos de estranheza, devido a intensas transformações que se iniciam no corpo e transbordam para as relações familiares e sociais. Essa condição situa os adolescentes num lugar entre o mundo infantil e o mundo do adulto, lugar que, atualmente, carece de um estatuto simbólico eficiente para minimizar os riscos de uma passagem tumultuada.



O estranhamento deste novo corpo faz com que o jovem se torne mais vulnerável a vivenciar situações de risco para sua integridade física. A fantasia da indestrutibilidade, a dificuldade de planejar ações que visem prevenir eventos futuros, a impulsividade, a pressão exercida pelo grupo, o pensamento mágico, a baixa autoestima, o desejo de experimentar o novo e desafiar o perigo são algumas das características que podem expor o adolescente a uma série de prejuízos à saúde física e mental. Este sujeito, adolescente, começa a interagir com o mundo externo de modo mais autônomo sem, aparentemente, ter que assumir as responsabilidades da vida adulta. Contudo, esta situação é de extrema ambivalência, visto que, se por um lado não lhe é exigido assumir os compromissos da vida adulta, por outro não é permitido “comportar-se” como criança. Na indecisão de como se conduzir, o adolescente se arrisca, oscilando entre condutas de risco “calculado” – decorrente de uma ação pensada – e do risco “insensato”, em que, gratuitamente, se expõe, com grande chance de ocorrerem insucessos, podendo comprometer sua saúde de forma irreversível (DICLEMENTE et al., 1996). As ditas facilidades da modernidade, tais como o desenvolvimento tecnológico, o acesso rápido à informação, uma maior liberdade, entre outras, também têm contribuído para isso. Mesmo os pais, dos quais os jovens esperariam uma referência dentro desse processo de adolecer, sentem-se muitas vezes confusos em seus papéis. A desestruturação da família, a decadência das crenças e práticas tradicionais, a mídia, entre outros, são fatores agravantes nesse contexto de exposição ao risco em que vive o adolescente, visto que a adolescência é um processo resultante da interação do jovem com o seu ambiente de vida (BENVENUTI, 2001; CALLIGARIS, 2000; GUIMARÃES, 2005; LEAL; SAITO, 2001, 2002; REATO, 2001; WEINBERG, 2001).

Para finalizar, não se pode considerar a adolescência simplesmente como um período de transição, mas como parte de um processo de amadurecimento e de intenso aprendizado de vida (ADAMO, 1985).

A tendência de ver a adolescência como um período de transição “tem favorecido o esquecimento das necessidades desta população, o desrespeito com relação a seus direitos, e uma exigência, muitas vezes inadequada, quanto ao cumprimento de seus deveres como cidadão. Para que seja possível outro enfoque sobre o adolescente é preciso que a sociedade valorize seu potencial de contribuição e o apóie (SIC), permitindo que seus pensamentos, desejos, ideias e críticas sejam ouvidas. [...] esta

postura pressupõe a abertura de um espaço para o adolescente exercer sua liberdade e participar mais ativamente de seu processo de amadurecimento (RUZANY, 2008, p.22).

## 2.4 Importância do grupo na adolescência

À dependência absoluta da infância deve suceder progressivamente, na adolescência, a evolução natural no sentido da autonomia para vida adulta. A emancipação dos pais é tarefa universal da adolescência, desligando-se deles afetivamente e comprometendo-se com um nível de socialização mais amplo, fora da família. Se a família é o trampolim para a vida, o grupo constitui a estrada necessária na busca de si. Sabemos que os adolescentes buscam no grupo de iguais referências e identificações para definir sua própria identidade em transformação. É aí que buscam respostas para suas dúvidas e ansiedades, confirmação para suas certezas, ambiente propício para compartilhar experiências e sonhos. Vivendo a etapa de separação e diferenciação em relação aos pais, o jovem tem necessidade de afirmar sua identidade frente aos outros, de sentir-se aceito e aprovado, de espelhar-se em figuras significativas diferentes das parentais. Geralmente modela seu comportamento a partir do *feedback* (opinião) dos seus pares e da turma de amigos. “Existe um espaço para cada um; cada um se vê no outro e nenhum se vê na família e no mundo” (MAAKARAOUM et al., 1991, p.06).

“Todos nós pertencemos a grupos sociais sejam eles familiar, religioso, parceria profissional, etc., e estes grupos exercem uma ação mais ou menos significativa sobre a formação e modificação de atitudes” (CAVALCANTI, 1990, p.408).

Para uma pessoa religiosa são os padres, os pastores, gurus; para as crianças, são os pais, professores; e para os adolescentes são os elementos do grupo, principalmente o líder.

A atitude dos adolescentes reflete as crenças, os valores e as normas do grupo. Toda informação contrária ao pensamento do grupo será recebida com resistência pelo adolescente. A posição de dissidência é muito ruim e instável. O adolescente, como, aliás, todo mundo, quer ser aceito e reforçado pelo grupo social a que pertence. Isto diz respeito às suas necessidades de segurança, participação e

auto-estima. Por outro lado, as pessoas são punidas se não se comportam segundo os ditames e as expectativas do grupo.

Pressão do grupo para se ter relações sexuais; para não se ter; para se tomar drogas; para se vestir de certa forma, falar de certa maneira; pressão para tomar ou não tomar contraceptivos; para usar ou não o condom.

A pressão do grupo é uma força poderosa que pode ter tanto uma ação negativa e destruidora, quanto uma ação positiva e construtiva (CAVALCANTI, 1990).

## **2.5 Adolescência: histórico e diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes**

Em 1904 Hall inaugura, tanto para a medicina quanto para a psicologia, através de sua obra *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, sociology, sex, crime, religion and education*, o estudo da adolescência. Segundo Coates (1999), no Brasil a primeira disciplina na área médica aconteceu em 1954, na Universidade Federal da Bahia. Constava nas aulas de graduação para sextoanistas do curso médico, da Clínica de Pediatria do Prof. Hosannah de Oliveira, tendo como temas centrais o problema dos menores em perigo social: abandono, causas e profilaxia; a legitimidade, delinquência juvenil e seus aspectos. No ano de 1969, em Porto Alegre, foi criado o Programa de Atenção à Saúde do Educando, organizado por professores universitários J. L. Pitrez e R. P. de Souza. Em 1974, no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), foi criado um ambulatório especializado e uma enfermaria de adolescentes, constituindo a Unidade Clínica de Adolescentes (UCA). Em 1975, o Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) e a Clínica de Adolescência do Departamento de Pediatria da Santa Casa de São Paulo foram inaugurados. É interessante ressaltar que os profissionais dos respectivos serviços, mesmo trabalhando isoladamente, tinham em suas praticas três pontos em comum:

- a. respeito às características e peculiaridades desta fase da vida, tendo por finalidade promoção, proteção e recuperação da saúde do adolescente de forma global – orgânica e psicossocial;
- b. formação de equipes multiprofissionais, favorecendo o trabalho interdisciplinar;

- c. os serviços eram ligados às instituições de ensino superior, universidades ou faculdades de medicina, oferecendo conseqüentemente atendimento primário, secundário e terciário, com ênfase na promoção de saúde e prevenção de agravos.

A Sociedade Brasileira de Pediatria criou, em 1978, o Comitê de Adolescência, com representantes em vários estados, vinculados às Sociedades de Pediatria locais. Somente em 1980 é que as ações do setor público começam a ser sistematizadas no Brasil. Por meio da Divisão Materno Infantil, o Ministério da Saúde resolveu englobar a assistência primária à saúde dos adolescentes entre suas funções. Em 21 de dezembro, através da Portaria no 980/1989, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que deveria ser executado dentro do princípio da integralidade das ações de saúde, da necessária multidisciplinaridade no trato dessas questões e na integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1989). As ações básicas do programa fundamentam-se na política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação. Para execução do Programa era fundamental o esforço para a mobilização e participação dos setores governamentais e não governamentais, assegurando a integralidade das ações dirigidas ao adolescente. Paralelamente ao surgimento do PROSAD, na década de 80, as atividades dos Comitês do Dep. de Pediatria impulsionaram a medicina do adolescente em nível nacional, culminando com a realização do I Congresso Brasileiro de Adolescência em São Paulo, em 1985, e o II Congresso, em 1987, no Rio de Janeiro. Importantes publicações médicas brasileiras foram escritas na área da adolescência, como o *Tratado de Adolescência* (1991), *Medicina do adolescente* (1993), *Puberdade e Adolescência* (1995), *Ginecologia Infanto-Juvenil* (1998), entre outros.

Nesse período, os serviços de saúde para os adolescentes existentes se fortaleceram e muitos outros foram criados, por exemplo, a Casa da Criança e do Adolescente do Hospital Julia Kubitschek – Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), em 1992, da qual o pesquisador desta dissertação é coordenador desde 1995. Mas, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado e sistematizado pelas Leis Orgânicas da Saúde Nº 8.080 e Nº 8142, de 1990, tornou-

se possível a reorganização do modelo de assistência à saúde no Brasil, designando responsabilidades específicas para a gestão federal, estadual e municipal, contribuindo para a elaboração e estruturação de estratégias visando atender às necessidades de saúde do adolescente. A atribuição de poderes aos municípios promoveu uma maior interlocução entre os diversos setores, levando-os a planejar e articular ações de promoção à saúde do adolescente a partir de suas realidades locais. Ao preconizar a integralidade da assistência, o SUS estabelece uma condição essencial para a atenção ao adolescente: a articulação e continuidade das ações nos âmbitos da promoção, prevenção e reabilitação dos agravos e doenças que acometem esse grupo populacional. A diretriz da participação comunitária coaduna-se com as orientações da OMS e da OPAS para a atenção integral à saúde do adolescente (ALMEIDA, 2011).

Em 13 de julho de 1990, é sancionado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei Federal Nº 8.069/1990, possibilitando condições legais para a reformulação das políticas públicas, definindo responsabilidades e modificando a gestão político-administrativa das questões vinculadas à infância e à adolescência. O Estatuto considera que as crianças e adolescentes são sujeitos portadores de todos os direitos fundamentais, dentre os quais os que estão ligados à saúde. Destaca-se o artigo 7º, que é específico sobre o direito à vida e à saúde, determinando que cabe ao Estado efetivar políticas públicas que visem o desenvolvimento saudável e com dignidade para crianças e adolescentes (BRASIL, 1990).

Em 1993, são publicadas e divulgadas as primeiras Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente. As normativas constituem diretrizes organizacionais e técnicas que visam padronizar procedimentos e normatizar as condutas dos serviços e dos profissionais da atenção primária em saúde (BRASIL, 1993a, b, c).

Com a implantação do SUS, esse movimento de criação de novos centros de especialidade médica para atendimento ao adolescente perdeu força, pois inviabilizaria o atendimento à população de adolescentes e jovens do Brasil. Esses centros ficaram restritos aos meios acadêmicos, para formação de profissionais da área da saúde e como referência e contra-referência à atenção básica de saúde.

Durante a primeira década de 2000, de acordo com os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS), as ações da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde (ASAJ) destinaram-se à população adolescente de 10 a 19 anos e aos jovens, aqueles entre 15 e 24 anos. Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) publicou as normas sobre a Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, orientações para a Organização de Serviços de Saúde e o Marco Legal – *Saúde, um Direito de Adolescentes*, em 2007. Esses documentos estabeleceram os princípios e diretrizes para o atendimento a adolescentes e jovens; os serviços de saúde deveriam levar em consideração: adequação às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeito às características da atenção local vigente e aos recursos humanos e materiais disponíveis (BRASIL, 2007b).

Também se exigiu respeitar as características socioeconômicas e culturais da comunidade, o perfil epidemiológico da população local, bem como a participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações (BRASIL, 2007c). Determinou ainda que o atendimento individual devesse ser feito seguindo os princípios fundamentais na atenção: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo. Priorizaram-se as parcerias institucionais, vendo-se principalmente a escola como espaço privilegiado para esta captação. E, como ponto relevante para esta dissertação, cabe destacar o atendimento em grupo como uma das ações que deverão ser estimuladas nas unidades básicas de saúde, voltando-se para os seguintes temas: cidadania, projetos de vida, direitos sexuais, sexualidade e saúde reprodutiva, relações de gênero, crescimento e desenvolvimento, relacionamentos sociais, cultura da paz, trabalho, uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto Presidencial Nº 6.286, de 5/12/2007. Trata-se de uma estratégia intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação para fortalecer e articular suas respectivas redes. O programa visava contribuir para ampliar o alcance e o impacto das ações de saúde e educação, otimizando os espaços, equipamentos e recursos disponíveis. Além de colaborar para o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que pudessem comprometer o desenvolvimento escolar, buscava promover a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes. A Caderneta de Saúde do Adolescente foi formalizada por meio da Portaria do Ministério da Saúde

Nº 3.147, de 17/12/2009, constituindo um importante instrumento para apoiar a atenção à saúde da população de 10 a 19 anos. A Caderneta pretende promover e facilitar o acesso deste público às unidades de saúde. Com essa finalidade, sua implantação propõe ações articuladas com as escolas da área de abrangência dos territórios das ESFs. Visa também apoiar os profissionais no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, na orientação e na prevenção de doenças e agravos, além de facilitar ações educativas. Por fim, em 2010, o Ministério da Saúde lança as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, sendo apresentado como um programa no sentido de promover a incorporação da atenção à saúde deste grupo populacional à estrutura e mecanismos de gestão, à rede de atenção do SUS e às ações e rotinas dos serviços em todos seus níveis. As diretrizes em saúde do adolescente reafirmam a atenção básica como estratégia prioritária. As ações assistenciais devem considerar os contextos locais, serem permeadas por práticas educativas e uma perspectiva participativa, emancipatória, voltadas para a equidade e cidadania. O documento indica sete temas estruturantes da atenção: "Equidade de Gêneros, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Projeto de Vida, Cultura de Paz, Ética e Cidadania, Igualdade Racial e Étnica". São preconizados três eixos fundamentais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens: a) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; b) atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva; e c) atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010; ALMEIDA, 2011, p.33, 34).

O PROSA está inserido na medicina suplementar, reconhece a história e as diretrizes citadas acima e toma-as como referência nas discussões dos grupos operativos.

## **2.6 Grupos operativos**

O grupo é como um rio que tem força e vida próprias. O facilitador segue junto com ele, aproveitando suas correntes e possibilitando a descoberta das riquezas submersas. Porém, por mais que mergulhe nessas águas, não esgota os seus mistérios (SERRÃO; BALEEIRO, 1999, p.33).

Trabalhar com grupos é estar constante e insistentemente tocando esse material sutil e delicado de que é feito o ser humano. Segundo Baleeiro et al. (1999),

só se conhece o ponto de partida, não há ponto de chegada predeterminado, pois é impossível precisar com segurança os resultados que serão obtidos ao término do processo grupal. Resultados esperados são estabelecidos, mas cada grupo vai chegar aonde for possível.

"O caminho pode ser longo. Estamos sempre por chegar, construindo e reconstruindo. Trata-se de um caminhar contínuo, repleto de descobertas e surpresas. O importante é seguir em frente, dar o máximo de si, permitir-se tentar, estar aberto ao novo" (SERRÃO; BALEEIRO, 1999, p.29).

Cada grupo vai se constituindo no aqui agora através das histórias de vida e visões de futuro de cada um dos seus participantes, inclusive as do educador. Mas o grupo vai além das pessoas que o compõem. É algo mais que a soma de seus membros. Tem um rosto próprio e uma personalidade única, o que permite descrevê-lo como se fosse uma pessoa, um indivíduo. É importante que o educador, no seu papel de facilitador, vá compreendendo as motivações individuais, porém sua ação deve estar sintonizada com a motivação grupal, que ele pode perceber a partir do vínculo que estabelece com o grupo. Pode-se encontrar na literatura vários autores que definem os princípios básicos do grupo operativo:

- a. Kurt Lewin (1988) conceitua um grupo como um campo de forças, cuja dinâmica resulta da interação dos componentes em um campo (ou espaço) psicossocial. O grupo não é uma somatória de indivíduos e, portanto, não é o resultado apenas das psicologias individuais e, sim, um conjunto de relações, em constante movimento (AFONSO, 2002);
- b. Mailhiot (1991) fundamenta os grupos como "campos sociais" onde as pessoas interagem. O grupo ajuda a constituir para o indivíduo o seu espaço vital, sendo, ao mesmo tempo, influência, instrumento e contexto para a mudança social (AFONSO, 2002);
- c. Freud (1984) também mostrou seu interesse pelos fenômenos sociais, através de obras voltadas para a psicologia das massas e a análise do eu, como em *Totem e Tabu*, em que ele atribui importância ao "outro" na constituição do psiquismo do sujeito. Relata também a existência de dois mecanismos básicos à união de um grupo: a identificação e a sublimação (MARTINS, 1986). A identificação é o núcleo dos mecanismos psicológicos que formam a identidade grupal. Os membros do grupo se identificam com um líder ou com um ideal



assumindo – o ideal do ego. Assim, o amor de si encontra seus limites no amor do outro. O outro (líder, grupo e ideal) é tomado como um ideal – no lugar de ideal do eu – e, portanto, existe aí um processo de sublimação (FREUD, 1984; MARTINS, 1986);

- d. Bion (1975) parte do princípio de que o homem é um sujeito social e que a relação com o outro está sempre presente, ainda que de forma imaginária ou simbólica.

Para Bion (1975), todos os grupos funcionam em dois níveis:

- a. o nível da tarefa, que implica objetivos e regras conscientes;
- b. o nível da valência, que compreende a esfera afetiva e inconsciente do grupo. “O nível da tarefa é também designado como “grupo de trabalho” e o nível de valência como “grupo de suposição básica” ou de “hipóteses básicas” (AFONSO, 2002, p.17, grifo do autor).

Neste trabalho tomou-se como referência teórica e técnica o grupo operativo desenvolvido por Enrique–Pichon-Rivière (1907-1977) e os estudos de Lucia Afonso (2002), psicóloga e professora de psicologia social, que desenvolve estudos sobre oficinas em dinâmica de grupo. O grupo operativo é um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna e que se propõem explícita ou implicitamente a uma tarefa, interagindo para isto em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si (AFONSO, 2002).

Segundo Dias e Castro (2006) o vínculo e a tarefa seriam os princípios organizadores do grupo operativo. O vínculo é um processo motivado que tem direção e sentido, cada pessoa se relaciona de acordo com seus modelos imaginários de vinculação, de acordo com seus matizes de aprendizagem, e tende a reeditar esse modelo em outras circunstâncias, sem levar em conta a realidade externa.

O vínculo tem um papel essencial em toda e qualquer ação que objetiva mudanças e transformações, funcionando como elo de uma corrente que liga os indivíduos. Com os adolescentes, é o vínculo que se estabelece entre o facilitador e o grupo que dá suporte para o trabalho. Este vínculo tem características próprias e

se constrói a partir de vivências que fazem emergir a afetividade do grupo, fortalecendo e aprofundando as relações. O vínculo afetivo que o facilitador estabelece com o grupo tem que ter um caráter libertador, que permita a expressão de questões pessoais e conduza à autonomia, abrindo espaço para novos questionamentos, quebrando preconceitos e impedindo que os rótulos se tornem permanentes e os papéis fixos.

A tarefa consiste na elaboração de duas ansiedades básicas: medo da perda das estruturas existentes (o já conquistado e conhecido) e medo do ataque, (como ficarei numa situação não conhecida, como darei conta do que está por vir a ser e ainda não é). O grupo tem uma tarefa externa, delimitada pelos objetivos conscientes que assumiu, e uma tarefa interna, que significa a tarefa de trabalhar com todos os processos vividos pelo grupo, em nível consciente e inconsciente, racional e emocional, para que consiga se manter como grupo de trabalho e venha a realizar a tarefa externa (AFONSO, 2002; BERSTEIN, 1986; PICHON-RIVIÈRE, 1998; PORTARRIEU; TUBERT-OAKLANDER, 1986).

Conforme explica Portarrieu e Tubert-Oaklander (1986, p.138), o grupo constitui uma modalidade de processo grupal que, em princípio, deve ser: dinâmica – permitindo-se o fluir da interação e da comunicação para fomentar o pensamento e a criatividade; reflexiva – uma parte da tarefa é a reflexão sobre o próprio processo grupal, particularmente quando se trata de compreender os fatores que obstruem a tarefa; e democrática quanto à tarefa – o grupo origina suas próprias ações e pensamentos, em um princípio de autonomia (AFONSO, 2002).

O planejamento não é uma camisa de força em que o sonho se encerra. Ele possibilita que a nossa visão do futuro se torne realizável. Sem o planejamento, estamos sempre partindo do zero. O Planejamento permite escrever uma história. A história dos caminhos possíveis na busca da aventura de construir, compartilhar e criar uma sociedade mais justa, humana e solidária. Sonhar é preciso, transformar é possível (SERRÃO; BALEEIRO, 1999, p.55).

O grupo também se estrutura sobre a base de um interjogo de papéis. Pichon-Rivière (1998) destaca três papéis, dada a importância que adquirem na vida do grupo. Um é o do porta-voz, que denuncia o acontecer grupal e as fantasias que o movem, bem como as ansiedades e necessidades da totalidade do grupo. O porta-voz não fala só por si, mas por todo o grupo – verticalidade (aquilo que se refere à

história pessoal do sujeito) e horizontalidade (processo atual que acontece agora, na totalidade dos membros). Outro papel é o do bode expiatório, que se faz depositário dos aspectos negativos do grupo, enquanto o líder é depositário dos aspectos positivos do grupo. Através destes encontros pode-se provocar nos adolescentes uma ativa adaptação à realidade, a possibilidade de assumir novos papéis e de poder assumir maior responsabilidade frente à perda de papéis anteriores inadequados para situação do aqui-agora-comigo e criar sentimentos básicos de pertinência, que operam em todo grupo humano.

*“El sujeto es ‘sano’ en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad transformándose a la vez, él mismo”* (PICHON-RIVIÈRE, 1976)

### **2.6.1 Grupo operativo: uma estratégia do sistema público de saúde**

“Efetividade da atenção ao adolescente. Mudança no modelo de atendimento integral para uma modalidade participativa e interativa. Sintonia do profissional de saúde com os adolescentes” (RUZANY, 2008, p.21).

Atualmente o Programa da Saúde da Família (PSF) é considerado como estratégia de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e já cobre aproximadamente metade da população brasileira. O PSF começou a ser implantado no Brasil em 1994, após as experiências positivas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve início no ano de 1991 (BRASIL, 2002). A partir de 1998 passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família, por ser considerado estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, como possível resposta ao desafio de reorientar o modelo de atenção proposto para APS no espaço político operacional (SCHERER et al., 2005). A Estratégia de Saúde da Família centraliza-se na atenção às famílias de uma área geográfica delimitada. É entendida como uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (Centros de Saúde). Dentre os critérios para definir a população atendida por uma Equipe de Saúde da Família (ESF), a chamada “população adstrita”, recomenda-se que cada ESF acompanhe entre 600 e 1.000 famílias, não

ultrapassando o limite máximo de 4.000 pessoas. A proporção é definida pelo índice de vulnerabilidade que a região representa para a saúde da comunidade. Onde a vulnerabilidade é maior, recomenda-se que a população atendida seja menor, para que a ESF possa se dedicar adequadamente ao seu trabalho (BRASIL, 2006b).

A Equipe de Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por 1 médico generalista (com conhecimento de clínica geral), 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde. Estes devem ser moradores na comunidade onde se localiza o território de sua responsabilidade. Sua implantação contribuiu para: diminuir a mortalidade infantil e a internação hospitalar; melhorar a qualidade do pré-natal; aumentar a cobertura vacinal; melhorar a identificação, o tratamento e o acompanhamento dos portadores de diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase. O foco de trabalho das equipes é a atenção à família em inúmeros espaços de atuação, na sede da unidade, no domicílio e nos equipamentos sociais, tendo como ênfase a atenção integral ao ser humano. Os trabalhos desenvolvidos pelas equipes perpassam ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, contrapondo-se aos princípios do modelo hegemônico de atenção à saúde. O PSF cria condições para a construção de um novo modelo assistencial mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário, pois concebe a atenção à saúde focalizada na família e na comunidade, utilizando práticas voltadas para novas relações entre os profissionais de saúde, os indivíduos, suas famílias e comunidades. “O profissional do PSF precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente, resolutiva, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação” (SILVA et al., 2006, p.145). Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa.

Segundo afirma Carvalho (2004) a promoção da Saúde é um processo que visa desenvolver a autonomia e a capacidade reflexiva dos indivíduos, possibilitando o controle sobre os determinantes da saúde.

Para Campos (2004), tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da

própria vida, objetivando a produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde. Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde – como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo.

Para isso é importante desenvolver estratégias que garantam a participação dos indivíduos na definição de seu modo de encaminhar a vida, além de valorizar o encontro entre profissionais e usuários e a busca pela garantia dos direitos da cidadania.

Para a realização das práticas assistenciais na atenção primária, o trabalho de grupo tem sido bastante utilizado pelas equipes de saúde da família, conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (RUZANY, 2008). Mas a utilização dessa metodologia de trabalho já era uma tradição no sistema de saúde desde a década de 70, quando ganhou a atenção dos profissionais de saúde pelo seu grande potencial de aplicabilidade, possibilitando a participação nas experiências de educação popular, favorecendo a incorporação de novas metodologias para a construção de uma cultura de relação dialógica com as classes populares, o que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde até então vigente (SILVA et al., 2006).

Compreende-se grupo, no campo da atenção à saúde, como um lócus que articula as várias dimensões da vida humana: a social, porque aproxima, agrega, compartilha e/ou divide interesses e expectativas, constrói pessoas (sujeitos históricos) que constroem comunidades e estas, por sua vez, constroem os sujeitos; a subjetiva, caracterizada pelos afetos, emoções, intelecto e cognição que também são conformados na realidade sócio-histórica da existência individual e coletiva das pessoas; e a biológica, que sintetiza, no processo saúde-doença, as múltiplas determinações constitucionais e genéticas, as relacionadas ao ambiente, além da atitude pessoal de cada um, na forma como interage com o meio interno, físico e psíquico, e o externo.

Estrategicamente, os grupos de educação em saúde, ao articular essas diferentes dimensões, constituem-se em espaços potencialmente privilegiados para o empoderamento individual e coletivo.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar o conhecimento adquirido dos filhos dos trabalhadores da FIAT que frequentaram o Programa de Saúde do Adolescente-PROSA sobre temas relevantes para a saúde dos adolescentes através de grupos operativos.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a. Analisar o perfil socioeconômico, demográfico e os hábitos de vida dos adolescentes atendidos pelo Programa de Saúde do Adolescente da Fundação FIAT.
- b. Avaliar o conhecimento sobre crescimento e desenvolvimento, DST-AIDS, sexo-sexualidade, cidadania, drogas e projeto de vida, dos adolescentes que participaram de grupos operativos em um Programa de Educação em Saúde através do escore de conhecimento dos adolescentes em relação aos temas acima abordados antes e após participarem do grupo operativo.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Foi realizado um estudo prospectivo para verificar o conhecimento adquirido pelos adolescentes que participaram de grupos operativos em um Programa de Educação em Saúde.

### **4.2 Local do estudo**

O Programa de Saúde do Adolescente foi realizado em todos os três Centros de Saúde da Fundação Fiat, localizados nos municípios de Contagem, Betim e Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais, entre os anos 2003 e 2010.

A Fundação FIAT pertence ao Grupo FIAT e é responsável pela política de benefícios para o trabalhador e toda a sua família.

Conta com um plano de saúde próprio, responsável pela realização de 240 mil exames por mês, 330 mil consultas médicas e procedimentos odontológicos realizados nos seus três centros de Saúde: Betim, Belo Horizonte e Contagem. Conta com as seguintes especialidades: Cardiologia, Clínica Médica, Ginecologia, Pediatria (Méd. Adolescente), Cirurgia Geral, Ortopedia, Gastroenterologia, Mastologia, Oftalmologia BH, Otorrinolaringologista BH, Fisioterapia BH. A família pode ter acesso à Rede Credenciada com 35 hospitais, 300 médicos e dentistas, 57 clínicas e 25 laboratórios.

A Fundação também desenvolve Programas Preventivos e de Promoção da Saúde, a saber:

- a. Vida Nova: voltado para as gestantes e acompanhamento do recém-nascido pré-maturo;
- b. Respirar: destinado a atender crianças com problemas respiratórios;
- c. Prosa: Programa Saúde do Adolescente;
- d. Nutrição e Saúde: promove a reeducação alimentar para uma vida mais saudável;
- e. Programa de Imunização: programa de vacinação para adultos e crianças;

- f. Programa de Educação: anualmente promove a Maratona Cultural com o intuito de incentivar o estudo dos 4000 estudantes de 1º a 8º série filhos dos trabalhadores, premiando 144 deles com melhor desempenho. Oferece gratuitamente no começo do ano o Kit Escolar a 8000 alunos da 1º a 8º séries;
- g. Convivência: este programa investe no relacionamento social das famílias promovendo um calendário diversificado com mais de 50 eventos por ano – Baile de Formatura, Shows, Copa Máster, Copa futsal, Cine Fiat Clube, Dia das Crianças, Colônia de Férias, Clube Esportivo;
- h. Assistência Social: a fundação conta com o Serviço Social que atende nos três turnos, oferecendo cesta de alimentos (básica e especial), seguro de vida, incluindo cobertura em casos de morte natural, acidental e invalidez permanente. Dispõe ainda do Posto Prisma, uma agência do INSS instalada na fábrica para atendimento exclusivo aos funcionários; auxílio doença, complementando o benefício auxílio doença pago pelo INSS; assistência funeral, apoiando a família com o custeio de despesas com funeral / sepultamento; e assistência jurídica, oferecendo suporte jurídico e acompanhamento de processos por meio de convênio com a PUC Minas.

Em 2010, havia 48.478 mil beneficiários, dos quais 7.093 (14,6%) eram adolescentes. O público alvo do programa foram os adolescentes dos 10 aos 18 anos 11 meses e 29 dias, de ambos os sexos, filhos de funcionários do Grupo Fiat, portanto, beneficiários do sistema. A divulgação do programa para os adolescentes se deu por meio de cartazes, carta convite e durante os atendimentos realizados pelos profissionais nos centros de saúde da Fundação FIAT.

### **4.3 Descrição do PROSA**

Os adolescentes que, estiveram interessados em participar do PROSA (Programa de Saúde do Adolescente) foram entrevistados pessoalmente pelo Serviço Social. Esse primeiro contato, realizado pelas estagiárias (estudantes) de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de MG, sob a supervisão da assistente social dos Centros de Saúde, objetivou realizar uma anamnese social, visando conhecer melhor o adolescente, seus hábitos, cultura familiar, dados pessoais, características socioeconômicas e demográficas, além de aspirações



peçoais e futuras (APÊNDICE A). A partir das primeiras entrevistas, os grupos foram montados com a participação no máximo de 15 adolescentes em cada, de ambos os sexos, divididos em faixas etárias de 10-13 anos, 14-15 anos, e 16-18 anos. As atividades foram realizadas nos três centros de saúde existentes: na terça-feira no município de Betim-MG, na quarta-feira no município de Contagem-MG, e na quinta-feira na capital Belo Horizonte.

Cada grupo participou de oito encontros no total, com carga horária de duas horas semanais, com a duração média de dois meses. No primeiro encontro, apenas os pais foram convidados, com o objetivo de apresentar a equipe, contextualizar e orientar sobre a dinâmica dos encontros, esclarecer sobre a metodologia aplicada, apresentar os materiais didáticos e verificar o nível de conhecimento dos mesmos sobre os temas a serem tratados com os seus filhos. (APÊNDICE B.1)

Segundo Afonso (2002), o número de encontros, o de participantes e suas características influenciam o processo grupal. Assim, para um andamento adequado dentro da concepção do grupo operativo, não se recomenda um grupo com mais de quinze integrantes. Uma alta rotatividade também dificultaria a formação de vínculos. Por isso, após um determinado número de encontros, não há entrada de novos integrantes. A duração pode ser muito variável, mas deve-se ter em mente que um número muito pequeno de encontros impossibilitaria uma boa integração, e um tempo maior de convivência poderia aumentar as exigências do grupo. Por isso, recomenda-se em torno de 7 a 15 encontros (GUIMARÃES, 2005, p.31).

Os encontros, seguindo a sugestão de Afonso (2002, p.37), foram estruturados em três momentos básicos: 1) Momento inicial, em que deve ser feita uma preparação para o trabalho do dia, além de uma retrospectiva do encontro anterior. A retrospectiva foi feita por meio de roda de conversa, em que os jovens discutiam com os coordenadores o que ficou de mais importante do assunto tratado anteriormente, e possíveis dúvidas não solucionadas. Esse momento facilitava a introdução do novo tema; 2) Momento intermediário, que é basicamente o tempo de desenvolvimento do tema proposto através das dinâmicas, utilização dos recursos técnicos para sensibilização, motivação, reflexão e comunicação. Também foi feita

exposição e análise de informações sobre o tema, comparando-o com as experiências dos participantes; 3) Momento de avaliação: serve para sistematizar e avaliar o trabalho do dia, fazer uma visualização do grupo enquanto “grupo de trabalho”, e um tempo para socialização (tempo lúdico).

Os encontros foram previamente sistematizados pela equipe devido às exigências institucionais, o que não impediu que o coordenador tivesse liberdade de flexibilizar as técnicas aplicadas no curso das atividades de acordo com a demanda do grupo, sem perder o fio condutor das oficinas. O conteúdo programático foi trabalhado através de técnicas de dinâmica participativa, sempre com intermediação de dois profissionais da equipe do PROSA. Pichon-Rivière (1998, p.135) estabelece que “a função do coordenador consiste essencialmente em criar, manter e fomentar a comunicação, chegando esta, através de um desenvolvimento progressivo, a tomar a forma de uma espiral, na qual coincidem didática, aprendizagem, comunicação e operatividade”.

A equipe foi composta por dois ginecologistas, um clínico geral, um pediatra, três assistentes sociais e três estagiárias do serviço social. Os temas escolhidos para a discussão nos encontros foram levantados através de um questionário respondido pelos adolescentes, que determinaram quais os assuntos que seriam relevantes para eles. “A identificação de uma demanda está associada a uma pré-análise da questão a ser abordada. A pré-análise inclui um levantamento de dados e aspectos importantes dessa questão, que poderão ser relevantes para o trabalho no grupo” (AFONSO, 2002, p.32). Freire (1980) utiliza das palavras geradoras e, neste caso, de temas geradores, para mobilizar o grupo, porque estes se relacionam a sua experiência, tocam nos conflitos e nas possibilidades, e aguçam o desejo de participação e troca.

No primeiro encontro, que foi nomeado como Apresentação (APÊNDICE B.2), os adolescentes fizeram atividades de “quebra-gelo” no intuito de conhecerem seus hábitos, preferências musicais, viagens, comidas, etc., e, principalmente, mostrar que possuem semelhanças e diferenças, fortalecendo a individualidade e o respeito ao outro. Foi proposta para o grupo a elaboração de regras de funcionamento do grupo, que foram chamadas de combinados ou contrato, tais como: limitar o uso de telefone celular, pontualidade, assiduidade, respeito às falas e

diferenças de opinião, discussão no campo das ideias, confidencialidade do que é dito etc. Todos responderam a um questionário (APÊNDICE C) sem identificação, com perguntas relacionadas aos temas que foram trabalhados nos encontros seguintes. Todos ganharam uma camiseta com a logomarca do PROSA, que usaram nos encontros seguintes.

Esse questionário de conhecimento, pré e pós-teste (APÊNDICE C), contendo 37 questões (BEMFAM, 1989/1990) referentes aos temas trabalhados, foi aplicado no início do primeiro encontro e re-aplicado no final do último encontro, tendo sido respondido pelos participantes sem que se identificassem. As questões diziam respeito aos pontos relevantes de cada tema discutido no grupo, distribuídas da seguinte forma:

- a. anatomia, crescimento e desenvolvimento - seis questões (3, 9, 13, 22, 29,34);
- b. sexo e sexualidade - doze questões (2, 5, 6, 8, 10, 16, 24, 27, 28, 31, 33, 37);
- c. prevenção e métodos contraceptivos - nove questões (1, 7, 12, 19, 20, 23, 30, 32, 35);
- d. uso indevido de drogas lícitas e ilícitas - cinco questões (11, 15, 17, 18, 21);
- e. projeto de vida e cidadania - cinco questões (4, 14,25 ,26, 36).

Os dois próximos temas foram anatomia (APÊNDICE B.3) e crescimento e desenvolvimento (APÊNDICE B.4), tendo como foco o conhecimento do aparelho reprodutor feminino e masculino, suas funções, características, fecundação, gravidez e parto, além de dificuldades de se falar sobre as partes dos genitais masculino e feminino. No segundo momento foram discutidas as etapas do crescimento e desenvolvimento na fase da adolescência, detalhando as diferenças e peculiaridades de cada sexo: masculino e feminino, e diferenças relacionadas ao gênero que são determinadas pela cultura.

No quarto encontro, o tema foi sexo e sexualidade (APÊNDICE B.5). Iniciou-se o tema com a definição e os conceitos de sexo e sexualidade, com o intuito de desconstruir as crendices e estereótipos em torno deste tema, e foi proposta uma reflexão sobre como esses mitos e padrões revelam as formas atuais de se viver a sexualidade e o amor (BALEEIRO et al., 1999).

Dando continuidade aos temas, o quinto encontro foi sobre métodos anticoncepcionais e prevenção (APÊNDICE B.6), quando foram mostrados para os jovens os diversos métodos anticoncepcionais existentes através do uso de modelos. O funcionamento e o uso correto da camisinha foram priorizados, assim como a sua importância e a necessidade de associá-la ao método hormonal oral ou injetável, a dupla proteção. Discutiram a utilização correta da pílula de emergência e seus mecanismos de ação, além da prevenção de DST-AIDS e a importância de compartilhar a responsabilidade da escolha e de se usar um método anticoncepcional.

Discutiu-se também sobre a gravidez e o aborto. Os facilitadores tiveram como objetivo mostrar as dificuldades e as consequências indelévels que as duas situações provocam na vida de um adolescente, enfatizando a importância da prevenção como alternativa para não recair nessas situações anteriores.

Dando sequência aos temas, o sexto encontro foi sobre droga (APÊNDICE B.7) e se iniciou com uma dinâmica mostrando aos adolescentes o que eles fazem nos momentos de lazer, e quais as sensações que essas atividades lhes proporcionam. Em seguida, perguntaram quais são as drogas que eles conhecem e quais são os efeitos das mesmas. Foi feita uma comparação das sensações, mostrando que são muitas vezes semelhantes, e então foi pontuado que a droga é mais um aditivo de que a sociedade contemporânea lança mão para aliviar seus sintomas. Assistiram ao filme, *É ou não é*, da ECCOS, e discutiram sobre a droga na escola, preconceito familiar, namoro, tráfico e violência.

No encontro sobre o Projeto de Vida (APÊNDICE B.8), foram trabalhadas com os adolescentes estratégias para que eles possam descobrir suas habilidades e suas dificuldades em relação ao momento por que estão passando, e determinar o que estão fazendo no dia a dia que possa interferir e/ou ajudar na construção de seu futuro próximo. Para a menor faixa etária, o foco foi nas pequenas atitudes do dia a dia e, para os mais velhos, nas escolhas e possibilidades profissionais.

Na discussão do tema cidadania, foi abordado com os adolescentes a questão da responsabilidade social de cada um nos diversos ambientes que frequentam: casa, bairro, cidade e no planeta Terra. Esse momento foi aproveitado para se fazer uma retrospectiva dos encontros anteriores, explicando a ordem dos

temas escolhidos, mostrando a importância de se conhecer o próprio corpo e cuidarem deste corpo, para poder se relacionar com outro e com o mundo. O questionário de conhecimento, pré-teste, foi aplicado novamente no formato pós-teste para se avaliar o ganho de conhecimento adquirido ao longo dos encontros.

Ao final dos encontros, era oferecido um lanche de confraternização para os participantes, destinado a aprofundar o entrosamento entre os jovens, e, no último encontro, foi feita também a entrega do certificado de conclusão (APÊNDICE D), com a foto de todos os adolescentes pertencentes àquele grupo. Ao final de cada encontro, os facilitadores se reuniam com objetivo de avaliar a atividade realizada, o desempenho do grupo e planejar o próximo encontro (APÊNDICE E).

#### **4.4 Amostra**

Foram computados para análise 207 questionários respondidos pelos adolescentes, depois de observados os critérios de inclusão entre o período de 2005 e 2010, permitindo a avaliação de 24 grupos operativos com a participação de 283 adolescentes. Entretanto, parte desses questionários não continha a informação da data do preenchimento e outros se referiram aos anos para os quais não havia resultados do pré e pós-teste. Para inclusão na amostra foram considerados apenas os questionários que acompanhavam o resultado do pré e pós-teste. Cabe ressaltar que entre o período de 2003 a 2010 o Programa de Saúde do Adolescente realizou 29 grupos com a participação de 345 adolescentes

#### **4.5 Critérios de inclusão**

Os adolescentes incluídos na amostra foram aqueles que participaram dos oito encontros propostos, com duração de dois meses, e que preencheram o questionário anamnese sociodemográfica, o pré e pós-teste realizados no período de 2005 a 2010.

#### **4.6 Instrumento e análise estatística**

Utilizou-se como instrumento para análise estatística o questionário sociodemográfico e o questionário de conhecimento pré e pós-teste.

A elaboração do questionário sociodemográfico (APÊNDICE A) se deu a partir da ficha do CLAP modificada (APÊNDICE F), com a intenção de se conhecer um pouco mais a população alvo do programa. As entrevistas foram agendadas em dois momentos. A primeira parte foi realizada de tal forma que os pais sozinhos teriam a liberdade de responder às questões sobre a percepção deles sobre os filhos. No segundo momento, os adolescentes eram entrevistados sem a presença dos pais, deixando-se claro para todos que haveria o respeito ao sigilo e à confidencialidade das respostas.

O questionário de conhecimento, pré-teste e pós-teste, foi adaptado a partir do estudo sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem solicitado pela Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde realizado em 1989/90 (BENFAM, 1990) (APÊNDICE C). As 37 questões que compõem o questionário são referentes aos pontos relevantes de cada tema discutido no grupo. O questionário foi aplicado no início do primeiro encontro e reaplicado no final do último encontro, tendo sido respondido pelos participantes sem que se identificassem.

#### **4.7 Estatísticas descritivas**

Inicialmente foi feita uma análise descritiva dos resultados do questionário sociodemográfico. Para as variáveis nominais ou categóricas, foram feitas tabelas de distribuição de frequências. Já para as variáveis contínuas foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade.

#### **4.8 Comparação dos resultados de pré e pós-teste**

Para comparação dos resultados do pré e pós-teste foram avaliados os percentuais de acertos e de dúvidas (respostas “não sei”) em cada uma das questões do teste realizado.

Em seguida, foi realizada uma análise para verificar se houve aumento no percentual de acertos e redução no percentual de dúvidas nos pós-teste. Nessa análise foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon, apropriado para comparação de amostras pareadas (antes/depois). Optou-se por utilizar um teste não paramétrico devido ao caráter assimétrico das variáveis analisadas (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Em todas as análises considerou-se um nível de 5% de significância. Para digitação dos dados foi utilizado o software Epi-data, versão 3.1, e para análise foi utilizado o SPSS, versão 12.0.

#### **4.9 Aspectos éticos**

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer ETIC 0374.0.203.000-10 (ANEXO A).

Os pais dos adolescentes assinaram o Termo de Consentimento (APÊNDICE G) para que seus filhos pudessem participar do Programa, após detalhada explanação das atividades, conteúdos e metodologia trabalhados.

O presente trabalho teve aprovação no conselho de ética da Fundação FIAT (ANEXO B). Quanto aos benefícios, os adolescentes tiveram a oportunidade de discutir temas relevantes a este momento de vida, levantar questões e resolver dúvidas sobre os assuntos tratados nos grupos.

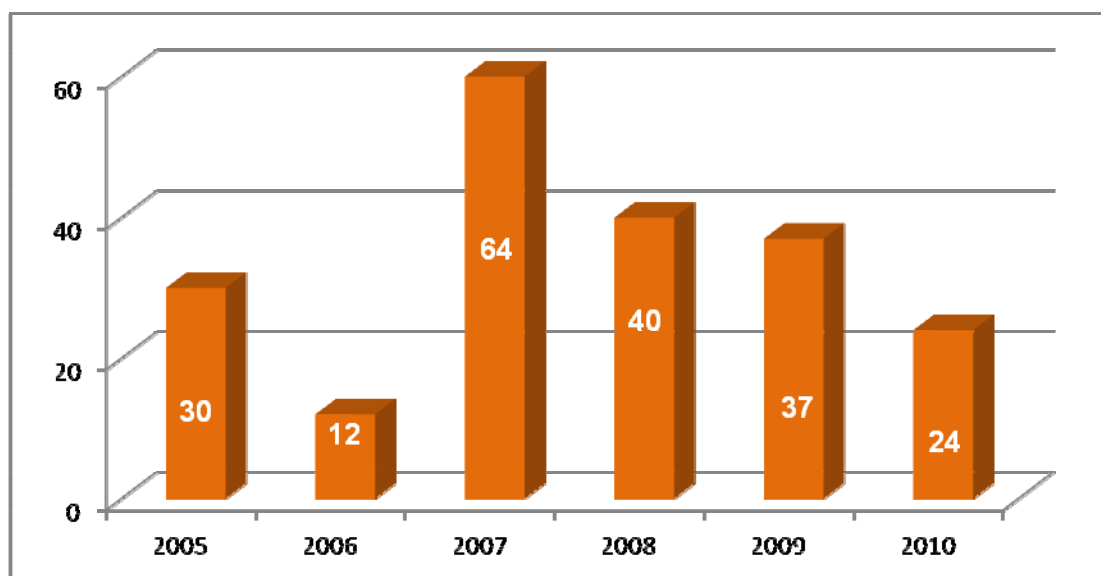
## 5 RESULTADOS

*Quando o adolescente, individualmente ou em grupo, se envolve nas soluções de problemas reais, atuando como fonte de iniciativa, liberdade e compromisso, temos diante de nós um quadro de participação genuína no contexto escolar ou sócio-comunitário (COSTA, 1998, p. 152).*

### 5.1 Estatísticas descritivas

Foi avaliado um total de 207 questionários sociodemográficos, aplicados entre os anos de 2005 e 2010, conforme apresentado no GRÁF. 1.

GRÁFICO 1 - Distribuição do número de questionários analisados nos anos de 2005 a 2010

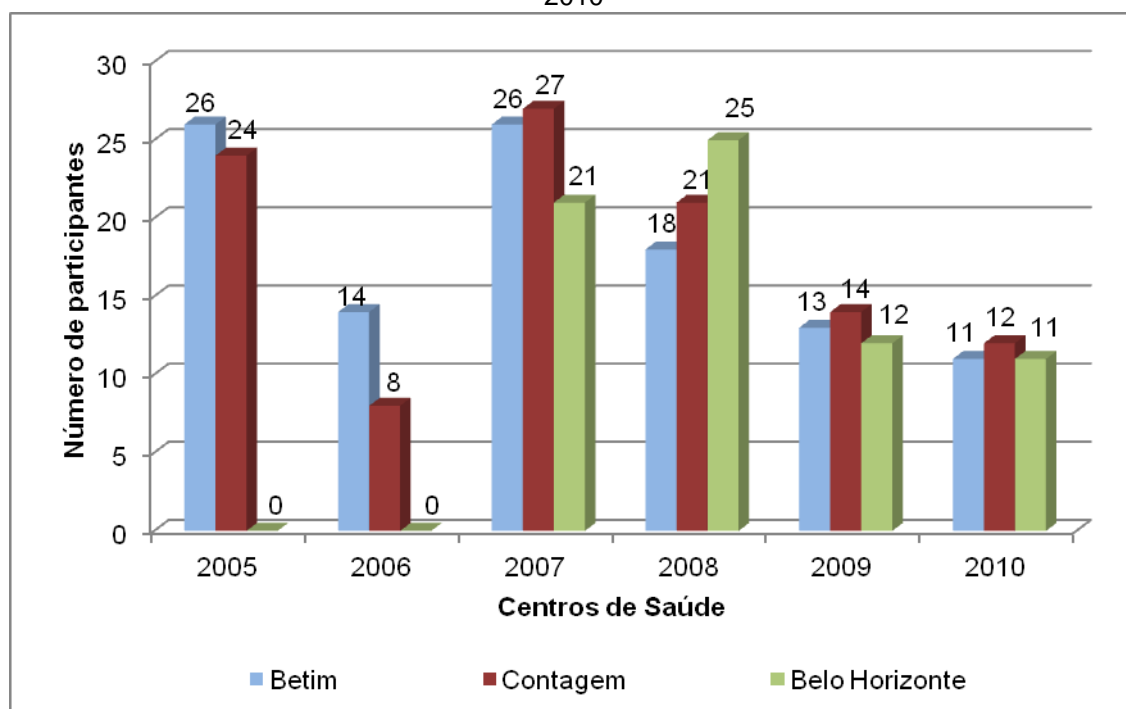


Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

O total de adolescentes que participaram dos grupos realizados durante o período de 2005 a 2010 pelo PROSA nos centros de saúde de Belo Horizonte, Betim, Contagem está demonstrado no GRÁF. 2.



GRÁFICO 2 - Participação de adolescentes no PROSA por Centro de Saúde no período de 2005 a 2010



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

Na TAB. 1 encontram-se as frequências das informações sociodemográficas dos 207 questionários analisados no período de 2005 a 2010.

TABELA 1 - Distribuição por sexo dos adolescentes que participaram do PROSA no período de 2005 a 2010

	Frequência	Percentual
<b>Sexo*</b>		
Masculino	94	46,8
Feminino	107	53,2
<b>Estado civil**</b>		
Casado	6	3,9
Solteiro	149	96,1
<b>Idade</b>		
Média	14	
Desvio-padrão	2	
Mínimo	10	
Máximo	18	
Mediana	14	

\*6 questionários sem informação (2,9%) -

\*\*52 questionários sem informação (25,1%)

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

De acordo com os resultados apresentados na TAB. 1, 53,2% dos adolescentes avaliados eram de sexo feminino e apenas 3,9% eram casados. A média de idade foi de 14 anos, com mínimo de 10 anos e máximo de 18 anos.

## 5.2 Resultados da entrevista com a família do adolescente

A entrevista com a família do adolescente foi realizada na maioria das vezes com a mãe (86,3%) e a média de idade do familiar entrevistado foi de 38 anos. A grande maioria (89,7%) dos pais dos adolescentes pesquisados é casada e o tempo médio de casamento foi de 16 anos (TAB. 2).

**TABELA 2** - Estatísticas descritivas da identificação do familiar que respondeu à entrevista

	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Parentesco (n=197)</b>		
Mãe	170	86,3
Pai	23	11,7
Madrasta	1	0,5
Irmã	1	0,5
Avó	1	0,5
Tia	1	0,5
<b>Idade do familiar entrevistado (n=178)</b>		
Média	38	
Desvio-padrão	7	
Mínimo	18	
Máximo	64	
Mediana	38	
<b>Estado civil dos pais (n=203)</b>		
Casado	182	89,7
União estável	7	3,4
Separados	14	6,9
<b>Tempo de casado (n=137)</b>		
Média	16	
Desvio-padrão	5	
Mínimo	1	
Máximo	31	
Mediana	17	

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

Observa-se, pelos resultados da TAB. 3, que 87,1% dos entrevistados residem em casa própria, 98% tem rede de esgoto, todos têm água encanada e apenas um não tem coleta de lixo. A maioria (51,6%) mora em casa de três quartos. Quanto à renda, 38,2% ganham acima de quatro a cinco salários mínimos.

**TABELA 3** - Estatísticas descritivas das condições de moradia da família

	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Reside em casa (n=201)</b>		
Própria	175	87,1
Cedida	8	4,0
Alugada	7	3,5
Financiada	11	5,5
<b>Rede de esgoto (n=194)</b>		
Sim	191	98,5
Não	3	1,5
<b>Água encanada (n=194)</b>		
Sim	194	100,0
<b>Coleta de lixo (n=192)</b>		
Sim	191	99,5
Não	1	,5
<b>Número de quartos (n=188)</b>		
1	2	1,1
2	65	34,6
3	97	51,6
4	22	11,7
5	2	1,1
<b>Renda (Salário mínimo) (n=207)</b>		
1 a 2	4	1,9
2 a 3	24	11,6
3 a 4	19	9,2
4 a 5	79	38,2
Não respondeu	81	39,1

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

De acordo com os resultados apresentados na TAB. 4, 89,1% dos familiares relataram que os adolescentes têm um comportamento social externo bom e 84,4% tem um relacionamento familiar bom.

**TABELA 4** - Estatísticas descritivas de percepção familiar do adolescente

<b>Comportamento social externo (n=192)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Bom	171	89,1
Regular	14	7,3
Ruim	7	3,6
<b>Relacionamento familiar (n=191)</b>		
Bom	162	84,8
Regular	25	13,1
Ruim	4	2,1

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

### 5.3 Resultados das entrevistas com os adolescentes

A entrevista com os adolescentes mostrou que apenas três adolescentes (1,5%) relataram não estudar, 23,1% cursavam a 8ª série e 55,2% tinham escolaridade fundamental incompleta. Apenas 4,8% dos adolescentes relataram problemas na escola, 12,6% tiveram repetência, 5,3% deserção e 30% educação não formal (TAB. 5).

**TABELA 5** - Estatísticas descritivas sobre a escolaridade do adolescente

	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Estuda (n=196)</b>		
Sim	193	98,5
Não	3	1,5
<b>Série (n=182)</b>		
4ª série a 8ª série	118	64,8
1º ano	26	14,3
2º ano	24	13,2
3º ano	14	7,7
<b>Nível (n=163)</b>		
Fundamental incompleto	92	56,4
Fundamental completo	11	6,7
Médio incompleto	56	34,4
Médio completo	4	2,5

Continua

Tabela 5 - conclusão

	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Problemas na escola (n=207)</b>	10	4,8
<b>Repetências (n=207)</b>	26	12,6
<b>Deserção (n=207)</b>	11	5,3
<b>Educação não formal (n=207)</b>	62	30,0

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

Observa-se que 3,9% dos adolescentes trabalham atualmente e que 8,7% já trabalharam. Dos que já trabalharam 60% o fizeram por razão autônoma e apenas 16,7% tiveram carteira assinada (TAB. 6).

**TABELA 6** - Estatísticas descritivas sobre trabalho do adolescente

	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Trabalha (n=207)</b>	8	3,9
<b>Já trabalhou (n=207)</b>	18	8,7
<b>Razão do trabalho (n=15)</b>		
Econômica	6	40,0
Autônoma	9	60,0
<b>Trabalho legalizado (n=24)</b>		
Sim	4	16,7
Não	20	83,3

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

Em relação aos aspectos da vida social, 89,9% dos adolescentes relataram ter amigos, 23,7% têm namorado(a), 45,4% desenvolvem alguma atividade em grupo, quase 90% gostam de música e 23,7% tocam um instrumento musical. Em média, eles passam cinco horas por dia em frente à TV e a grande maioria (92,2%) se sente aceita pelo grupo (TAB. 7).

**TABELA 7** - Estatísticas descritivas sobre a vida social do adolescente

	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Amigos (n=207)</b>	186	89,9
<b>Namorado (n=207)</b>	49	23,7
<b>Atividade em grupo (n=207)</b>	94	45,4
<b>Música (n=207)</b>	186	89,9
<b>Instrumento musical (n=207)</b>	49	23,7
<b>Horas de TV por dia (n=185)</b>		
Média	5	
Desvio-padrão	2	
Mínimo	1	
Máximo	11	
Mediana	4	
<b>Aceitação no grupo (n=180)</b>		
Aceito	166	92,2
Rejeitado	3	1,7
Não sabe	11	6,1

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

O estudo sobre os hábitos dos adolescentes revelou que 87,4% dos adolescentes relataram ter sono normal, 61,4% ter alimentação adequada. Nenhum adolescente relatou fumar ou utilizar outros tóxicos e apenas 7,2% consumir álcool, 7,2% relataram dirigir veículo, apesar de nenhum ser habilitado. O número de refeições por dia mais frequente foi de quatro, contemplando 45,3% das respostas (TAB. 8).

**TABELA 8** - Estatísticas descritivas sobre hábitos do adolescente

	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Sono normal (n=207)</b>	181	87,4
<b>Alimentação adequada (n=207)</b>	127	61,4
<b>Fumo (n=207)</b>	0	0,0
<b>Álcool (n=207)</b>	15	7,2
<b>Outros tóxicos (n=207)</b>	0	0,0
<b>Dirige veículo (n=207)</b>	15	7,2
<b>É habilitado (n=207)</b>	0	0,0
<b>Número de refeições por dia (n=170)</b>		
2	5	2,9
3	44	25,9
4	77	45,3
5	31	18,2
6	12	7,1
7	1	,6

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

De acordo com os resultados apresentados na TAB. 9, 64,3% dos adolescentes relataram ter orientação sexual, mas apenas 6,8% já tiveram relação sexual e, desses, sete contaram para alguém da família, 66,2% relataram que em casa é permitido falar sobre sexo e 68,1% dos adolescentes conversam naturalmente sobre drogas em sua casa. A maioria dos adolescentes tem imagem corporal positiva (73,4%).

Todos os adolescentes que relataram para a família que tiveram relação sexual contaram para a mãe e a idade de início da atividade sexual variou de 14 a 17 anos.

**TABELA 9** - Estatísticas descritivas sobre cultura familiar do adolescente (n=207)

	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Teve orientação sexual	133	64,3
Já teve relação sexual	14	6,8
Contou para alguém de sua família	7	50
Em casa é permitido falar sobre sexo	137	66,2
Conversa naturalmente sobre drogas em sua casa	141	68,1
Imagem corporal: gosta de você no espelho?	152	73,4

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

De acordo com os resultados apresentados na TAB. 10, 86,5% dos adolescentes relataram ter aspirações de entrar na universidade, 71,5% pensam em se casar e 64,7% pensam em ter filhos.

**TABELA 10** - Estatísticas descritivas sobre aspirações pessoais e futuras do adolescente (n=207)

	Frequência	Percentual
Tem aspirações de entrar para a universidade	179	86,5
Pensa em casar-se	148	71,5
Pensa em ter filhos	134	64,7

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

De acordo com os resultados apresentados na TAB. 12, houve aumento no percentual de acertos, sendo que o percentual médio de acertos no pré-teste foi de 54,3%, passando de 71,4% no pós-teste e essa diferença foi estatisticamente significativa (valor  $-p < 0,05$ ). Com relação ao percentual de dúvidas, isto é, respostas “não sei”, houve redução significativa (valor  $-p < 0,05$ ), passando de 27,2% no pré-teste para 11,3% no pós-teste.

**TABELA 11** - Análise global dos resultados do pré e pós-teste

	Pré-teste - %	Pós-teste - %	Valor-p*
<b>Percentual de acertos</b>			
Média	54,3	71,4	<0,001
Desvio-padrão	29,4	25,1	
Mínimo	0,0	0,0	
Máximo	100,0	100,0	
Mediana	57,1	76,9	
<b>Percentual de dúvidas</b>			
Média	27,2	11,3	<0,001
Desvio-padrão	23,6	16,4	
Mínimo	0,0	0,0	
Máximo	100,0	78,6	
Mediana	21,4	7,1	

\*Teste de Wilcoxon

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA



De acordo com os resultados apresentados na TAB. 13 e GRÁF. 16 para todos os anos analisados houve um aumento significativo no percentual de acertos no pós-teste quando comparado ao pré-teste.

Além disso, pode-se perceber uma redução significativa no percentual de dúvidas para todos os anos, exceto em 2005.

**TABELA 12** - Análise dos resultados do pré e pós-teste por ano

	Percentual de acertos			Percentual de dúvidas		
	Pré-teste	Pós-teste	Valor-p	Pré-teste	Pós-teste	Valor-p
<b>Ano de 2005</b>						
Média	46,9	58,9	0,001	28,6	33,2	0,148
Desvio-padrão	25,7	33,1		27,9	23,7	
Mínimo	7,1	0,0		0,0	0,0	
Máximo	100,0	100,0		90,0	78,6	
Mediana	50,0	60,0		30,0	28,6	
<b>Ano de 2006</b>						
Média	71,2	87,4	<0,001	11,4	2,0	<0,001
Desvio-padrão	21,1	17,4		10,8	5,3	
Mínimo	28,6	25,0		0,0	0,0	
Máximo	100,0	100,0		35,7	25,0	
Mediana	71,4	91,7		7,1	0,0	
<b>Ano de 2007</b>						
Média	36,3	76,1	<0,001	32,0	7,7	<0,001
Desvio-padrão	31,7	22,1		26,8	13,3	
Mínimo	0,0	28,6		0,0	0,0	
Máximo	100,0	100,0		100,0	42,9	
Mediana	42,9	85,7		28,6	0,0	
<b>Ano de 2008</b>						
Média	58,6	78,4	<0,001	24,3	4,8	<0,001
Desvio-padrão	26,4	23,9		21,2	9,3	
Mínimo	0,0	0,0		0,0	0,0	
Máximo	100,0	100,0		91,7	46,2	
Mediana	58,3	84,6		16,7	0,0	
<b>Ano de 2009</b>						
Média	51,3	69,4	0,015	30,8	9,6	<0,001
Desvio-padrão	29,2	24,3		23,5	11,4	
Mínimo	0,0	0,0		0,0	0,0	
Máximo	90,9	100,0		90,9	46,2	
Mediana	59,1	76,9		27,3	7,7	

Continua

Tabela 12 - conclusão

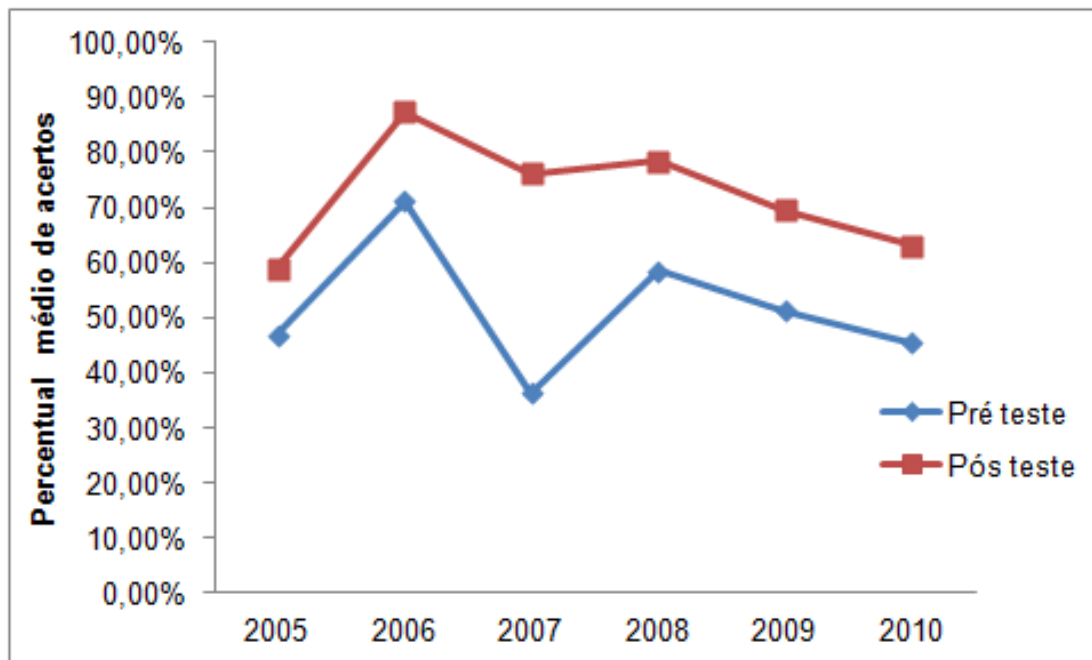
	Percentual de acertos			Percentual de dúvidas		
	Pré-teste	Pós-teste %	Valor-p	Pré-teste %	Pós-teste %	Valor-p
<b>Ano de 2010</b>						
Média	45,4	63,1	<0,001	38,6	16,8	<0,001
Desvio-padrão	24,5	15,7		21,4	11,4	
Mínimo	7,1	30,8		0,0	0,0	
Máximo	100,0	92,3		92,9	46,2	
Mediana	42,9	61,5		42,9	15,4	

\*Teste de Wilcoxon

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

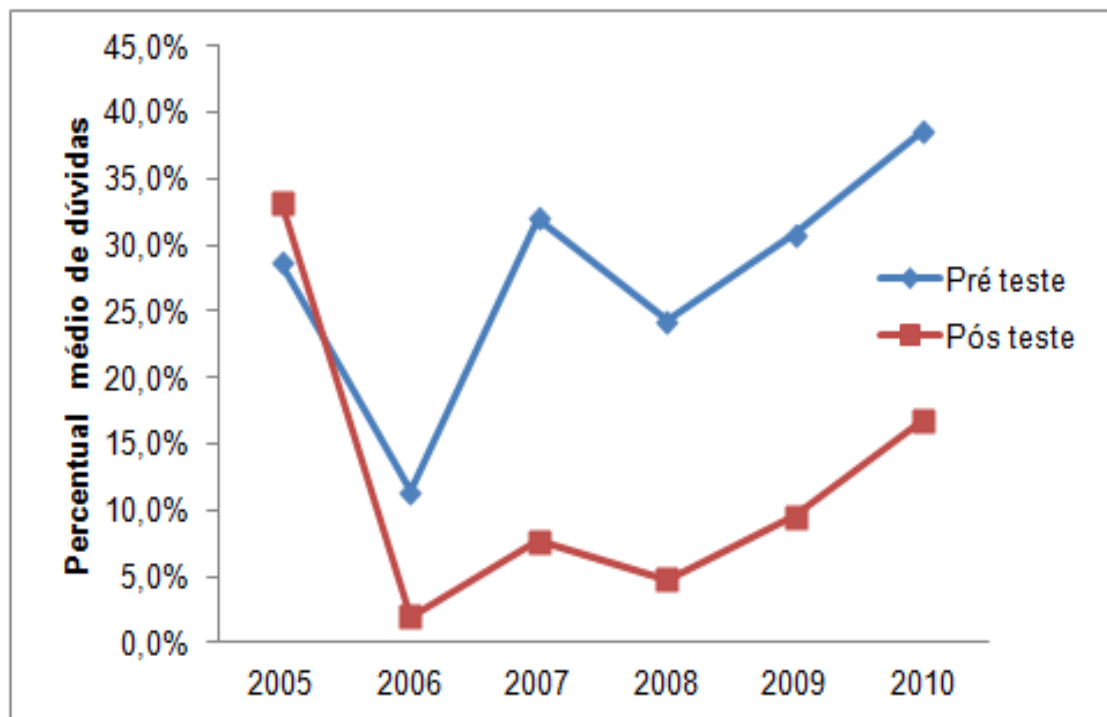
O GRÁF. 3 mostra o percentual médio de acertos e o GRÁF. 4 o percentual de dúvidas no pré e pós-teste.

GRÁFICO 3 - Percentual de acertos no pré e pós-teste por ano



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

GRÁFICO 4 - Percentual de dúvidas (respostas “não sei”) no pré e pós-teste por ano



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

De acordo com os resultados apresentados na TAB. 14 e GRAF. 5 houve um aumento significativo no percentual de acertos no pós-teste quando comparado ao pré-teste para todos os temas abordados no teste. Entretanto, esse aumento foi mais acentuado para o tema “sexo e sexualidade”, e menor para os temas “anatomia, crescimento e desenvolvimento” e “prevenção e métodos contraceptivos”.

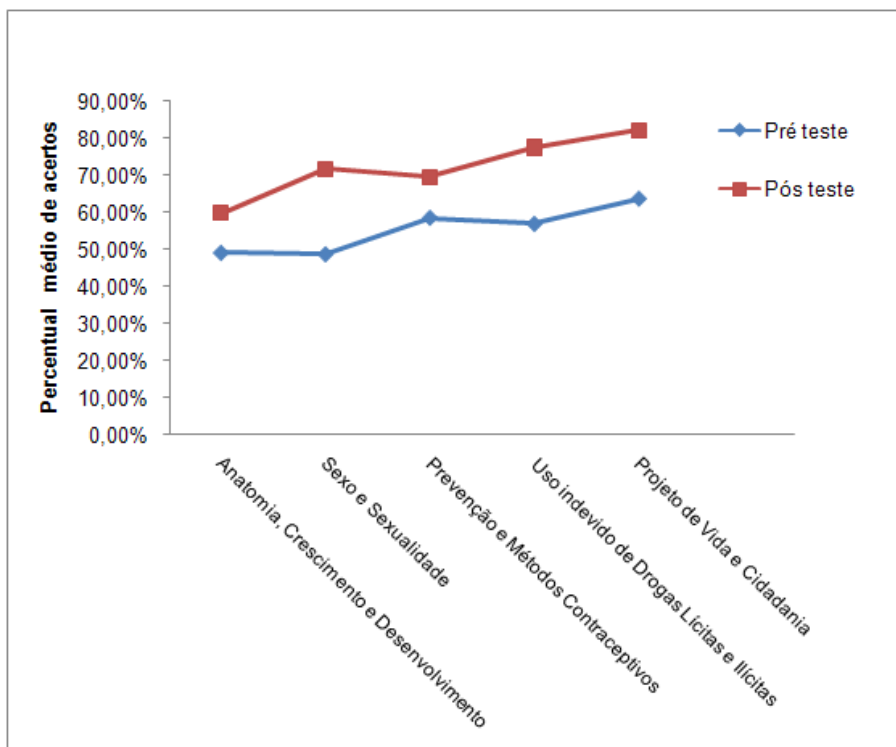
Além disso, pode-se perceber uma redução significativa no percentual de dúvidas para todos os temas, sendo essa redução mais acentuada para o tema “sexo e sexualidade” e menor para o tema “Projetos de Vida e Cidadania” (GRAF. 6).

**TABELA 13** - Análise dos resultados do pré e pós-teste por tema abordado

	Percentual de acertos			Percentual de dúvidas		
	Pré-teste %	Pós- teste %	Valor-p	Pré-teste %	Pós- teste %	Valor-p
<b>Anatomia, crescimento e desenvolvimento</b>						
Média	49,2	59,8	0,023	37,3	19,4	<0,001
Desvio-padrão	27,8	27,8		21,2	20,4	
Mínimo	0,0	0,0		0,0	0,0	
Máximo	100,0	100,0		90,9	71,4	
Mediana	57,1	55,5		36,0	15,4	
<b>Sexo e sexualidade</b>						
Média	48,8	71,6	<0,001	33,1	10,9	<0,001
Desvio-padrão	30,0	27,4		27,7	18,4	
Mínimo	0,0	7,1		0,0	0,0	
Máximo	100,0	100,0		100,0	78,6	
Mediana	50,0	84,6		28,6	0,0	
<b>Prevenção e métodos contraceptivos</b>						
Média	58,5	69,5	0,001	24,9	10,4	<0,001
Desvio-padrão	27,8	25,2		20,1	14,2	
Mínimo	0,0	0,0		0,0	0,0	
Máximo	100,0	100,0		81,8	64,3	
Mediana	60,0	71,4		21,4	7,7	
<b>Uso indevido de drogas lícitas e ilícitas</b>						
Média	56,9	77,5	<0,001	18,8	7,8	0,002
Desvio-padrão	32,0	18,3		17,3	11,7	
Mínimo	0,0	21,4		0,0	0,0	
Máximo	100,0	100,0		57,1	42,9	
Mediana	57,1	84,6		14,3	0,0	
<b>Projeto de vida e cidadania</b>						
Média	63,6	82,1	0,003	13,0	7,5	0,046
Desvio-padrão	27,6	14,3		16,4	9,7	
Mínimo	0,0	50,0		0,0	0,0	
Máximo	100,0	100,0		72,7	38,5	
Mediana	66,7	84,6		9,1	7,1	

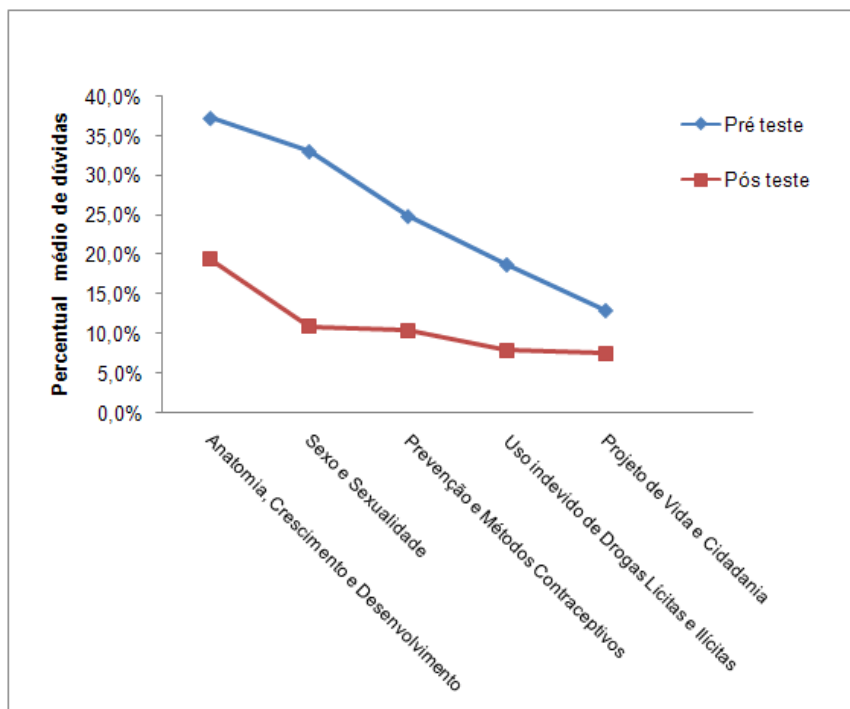
Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

GRÁFICO 5 - Percentual de acertos no pré e pós-teste por tema



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

GRÁFICO 6 - Percentual de dúvidas (respostas “não sei”) no pré e pós-teste



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do PROSA

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Estatísticas descritivas

Sentir-se seguro. Eis uma experiência fundamental para os adolescentes. Ela começa na convivência familiar e comunitária, que, se vivida de forma saudável, é crucial para oferecer as bases necessárias ao amadurecimento e à constituição de uma vida adulta também saudável, para a garantia do direito de ser adolescente. Por isso, a privação do direito à convivência familiar e comunitária, assim como a pobreza, a exclusão da escola e a exploração do trabalho, deixa os adolescentes desprotegidos (UNICEF, 2011, p.35).

#### 6.1.1 Condição socioeconômica

Os adolescentes analisados pertenciam a famílias jovens, filhos de pais casados, com emprego estável, média salarial acima da população brasileira, com casa própria, saneamento básico presente e assistência à saúde da própria empresa, condições estas que favorecem a boa percepção dos pais em relação aos filhos quanto ao mundo social externo e ao intrafamiliar (Tabela 2, 3, 4). Desconstrói-se aqui o mito do conflito existente sobre as dificuldades de relação entre as gerações. Esses dados estão em conformidade com o trabalho publicado pela UNESCO (ABRAMOVAY; CASTRO, 2006) em 2006, *Juventude, Juventudes: o que une e o que separa*, em que se mostra que a boa relação familiar está como as principais razões apontadas pelos jovens se sentirem satisfeitos ou muito satisfeitos com a vida que levam, mantendo a mesma relação de satisfação quanto à renda. Jovens da classe A/B estão mais satisfeitos com a vida (73%) em relação às classes D/E, que estão menos satisfeitos (66% e 6% respectivamente).

#### 6.1.2 Vida escolar

A participação dos adolescentes no mundo escolar ficou evidente pela tabela 5. Os 98,5% dos adolescentes matriculados superam os 85,2% dos meninos e meninas matriculadas segundo os dados do PNAD em pesquisa realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2009. Os três adolescentes que não estudam fazem parte dos 1,4 milhões de meninos e meninas que, em 2009,

já abandonaram os estudos e estão fora das salas de aula. Quanto à repetência, os dados nos mostram uma percentagem maior (12,6%) que a série histórica do IBGE de 2007 a 2010 na região Sudeste, que variou de 9,1 a 7,9%. Mas não foi possível avaliar, com os dados tabulados, a distorção idade-série desses adolescentes, pois se sabe que a população com idade de 15 a 17 anos, que deveria estar no ensino médio, possuía 7,4 anos de estudo, o que é inferior aos 9,0 anos do ensino fundamental atuais.

### **6.1.3 Trabalho**

Segundo a legislação nacional, expressa na Constituição Federal de 1988, na Consolidação das leis trabalhistas e no Estatuto da Criança e do Adolescente, é vedado o trabalho infantil, exceto o trabalho na condição de aprendiz, daqueles de 14 a 16 anos. Aos adolescentes de 16 anos a 18 anos, é permitido o início da vida laborativa, com algumas restrições: atividades insalubres, noturnas, cargas pesadas, jornadas longas, locais ou serviços que prejudiquem o “bom desenvolvimento psíquico, moral e social”. Dos adolescentes que trabalharam apenas 16,7% teve carteira assinada (tabela 6), o que mostra uma legalidade do trabalho em pequena percentagem dos adolescentes trabalhadores. Não foi possível esclarecer as condições de trabalho em que se encontravam esses adolescentes. Vale a pena ressaltar que os Dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) mostram que, em 2009, havia 155,1 mil aprendizes contratados – um aumento significativo se comparado à situação em 2005, quando havia 59,3 mil adolescentes nessa situação. Mesmo assim, esses números ainda estão distantes do potencial calculado em 1,2 milhões de adolescentes pelo Ministério do Trabalho e Emprego, em 2010.

### **6.1.4 Vida social**

“Ser capaz de prestar atenção em si mesmo é pré-requisito para ter capacidade de prestar atenção nos outros. Sentir-se bem consigo mesmo é condição necessária para relacionar-se com outros” (FROMM, 1996 citado por TAQUETTE, 2010, p.10).

A análise da vida social dos adolescentes foi apresentada nas tabelas 7 a 10. É consensual a importância das relações sociais dos adolescentes com os amigos, com o grupo e o(a) namorado(a). Na prática clínica no atendimento de adolescentes, observa-se que eles se relacionam principalmente com colegas de escola, vizinhos, grupos ligados à prática de esporte e instituições religiosas.

Chama a atenção o dado referente à média de horas assistidas de TV, que é superior à média apontada em trabalhos publicados na literatura. Por exemplo, a UNICEF (2002) descreve que 51% dos adolescentes utilizam tempo médio de três horas e 55 minutos. Em Belo Horizonte, um estudo realizado com um total de 430 adolescentes, entre os anos de 1992 e 1998, evidenciou que 43,0% assistiam à televisão até duas horas/dia, 37,4% de duas a quatro horas (FARIA 2009). Isto mostra o pouco investimento por parte do poder público e privado para a criação de espaços e opções de lazer para adolescentes, enquanto a mídia oferece fortes atrativos para esta faixa etária.

#### **6.1.5 Tabaco e drogas**

Quanto ao fumo e a outros tóxicos como drogas ilícitas, surpreendentemente o estudo mostrou que nenhum dos adolescentes tem este hábito, que difere dos dados publicados na literatura. Abreu e Caiaffa (2006, p.620-6) aponta que, devido ao uso regular e contínuo do cigarro, os jovens fumantes têm alta probabilidade de tornarem adultos fumantes. Estudos brasileiros analisando adolescentes descrevem certas características individuais, como baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, aumento da idade e ser do sexo masculino, como fatores de risco para o tabagismo (ABREU; CAIAFFA, 2011). Outros relatam a importância dos comportamentos de risco, tais como o consumo de álcool (tabela 8), drogas ilícitas, além de fatores relacionados ao bem-estar do adolescente, como preditores do tabagismo (ABREU; CAIAFFA, 2011). Segundo o levantamento Nacional sobre Drogas, realizado pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas e Psicotrópicos (CEBRID) e pela Secretária Nacional Antidrogas (SENAD), o consumo de álcool pelos adolescentes de 12 a 17 anos já atingia 54% dos estudantes em 2004. E 78% dos jovens entre 18 a 24 anos já experimentaram pelo menos uma vez a substância.



### 6.1.6 Hábitos alimentares

A mensuração da qualidade da alimentação como adequada ou inadequada constituem uma limitação da presente dissertação, que apenas tinha o interesse em mostrar o hábito diário de refeições e o acesso à alimentação desses adolescentes.

No questionário, os adolescentes apontam que têm o hábito de fazer, pelo menos, quatro refeições ao dia e acreditam que se alimentam de maneira adequada. Há estudos, que apontam que os adolescentes usualmente saltam refeições, principalmente o café da manhã (BRASIL, 2006c, WHO, 2003). Os mais velhos estão comendo com mais frequência longe de casa, substituindo o almoço e jantar por lanches e refeições rápidas (*fast food*), que geralmente são alimentos mais ricos em gorduras, carboidratos e pobres em vitaminas, sais minerais e fibras aumentando assim, o risco de obesidade. Segundo Faria (2007), a prevalência de obesidade foi mais elevada para aqueles adolescentes com alimentação inadequada (8,4%), se comparada a quem teve alimentação adequada (4,4%). Sabe-se que uma alimentação saudável deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, elementos necessários ao bom funcionamento do organismo.

### 6.1.7 Sexualidade

Outro ponto relevante do questionário refere-se ao tema da sexualidade. Sessenta e seis (2%) dos adolescentes pesquisados responderam que conversam sobre o assunto no núcleo familiar. A metade dos que tiveram relação sexual relatou para a mãe. Há também um número expressivo que recebeu orientações sobre sexo / sexualidade (64,3%), mas não fica claro neste questionário onde foi adquirida esta informação, se foi na escola, através da conversa entre amigos, ou no sistema de saúde. Não foi observado nenhum caso de gravidez, de pai adolescente entre os participantes do PROSA. No estudo de Castro et al. (2004, p.233), realizado com jovens estudantes de quatorze unidades federadas, a idade média da primeira relação sexual foi mais baixa entre os alunos do sexo masculino – variando de 13,9 a 14,5 anos –, enquanto que, entre as estudantes do sexo feminino, a idade média

da primeira relação sexual variou entre 15,2 a 16 anos. Ainda nesse estudo, percebe-se que, em quase todas as capitais, mais de 10% dos adolescentes entre 10 a 14 anos já se iniciaram sexualmente. Em 2006, constatava-se que 50% dos jovens iniciaram sua vida sexual até os quinze anos, dado que se reafirma com o resultado desta pesquisa.

### **6.1.8 Projeto de vida**

A tabela 10 mostra um desejo destes adolescentes com relação ao futuro passando pela via da educação, casamento e filhos. Pelos dados apresentados sobre a estrutura familiar, esses adolescentes ainda são pertencentes à categoria de famílias denominadas nucleares (pai, mãe e filhos). Em particular, tendo em vista essa população de famílias metalúrgicas, percebe-se que este modelo de família nuclear ainda não sofreu as mudanças provocadas pela reestruturação do sistema capitalista mundial, que tanto influenciou as relações de poder no interior da família, quanto alterou profundamente a sua constituição e sua relação com a escola (SANTOS, 2011).

## **6.2 Resultados do pré e pós-teste**

A comparação dos resultados do pré e pós-teste deixa evidente que houve aumento do conhecimento em relação aos temas abordados (TAB. 12 a 14), confirmando a eficácia da estratégia dos grupos operativos como boa prática para educação em saúde.

Observa-se que, no ano de 2007, os adolescentes que participaram das atividades iniciaram o grupo com menor porcentagem de conhecimento sobre os temas abordados e obtiveram o maior ganho percentual de acertos após a participação no programa. Outro dado que chama a atenção é a inversão do percentual de dúvidas, que se mostrou maior ao término dos encontros no ano de 2005. A princípio não houve uma razão que se aplicasse aos dados, uma amostra pequena nestes anos e a impossibilidade de identificar as respostas dos questionários sociodemográficos com os resultados dos pré e pós-teste, o que inviabilizou a análise de regressão logística (HOSMER; LEMESHOW, 2000) para

explicar a influência destes fatores em relação ao conhecimento dos adolescentes e das dúvidas após terem participado do PROSA.

Como entender o grande ganho de conhecimento sobre sexo e sexualidade e a redução significativa em relação às dúvidas? Os dados do questionário sociodemográfico mostraram que o ambiente familiar é favorável para falar sobre o assunto (tabela 4). Segundo relato dos participantes, os temas relacionados à anatomia, crescimento e desenvolvimento fazem parte dos conteúdos programáticos da escola e já tinham sido discutidos em sala de aula.

O que faz então o grupo operativo ser efetivo?

Os adolescentes, quando participavam dos encontros do grupo, estavam abertos para realizar as tarefas propostas, havia um desejo que os mobilizava para a elaboração do conhecimento a partir da singularidade das experiências vividas e que seria construído passo a passo ao longo dos encontros. A certeza dos combinados seria mantida. Nas dinâmicas propostas, utilizou-se, como ferramenta, filmes e materiais confeccionados por eles mesmos, estimulando assim a reflexão, a curiosidade, a crítica e a criatividade. Outro ponto a destacar foi o comprometimento dos profissionais que ali estavam coordenando os grupos. Segundo Silva et al. (2006) para obter êxito no trabalho é necessário esse interesse. É essencial que o coordenador (podendo ser o professor, profissional de saúde, etc.) do grupo relativize seu conhecimento e suas experiências com o ensino mais tradicional. O trabalho em grupo implica em constante atualização de sua competência técnica e, especialmente, de sua habilidade de interação com o outro. Analisar criticamente crenças e mitos em confronto com informações obtidas pela ciência. O facilitador atua como instigador, questionador, estimulando a busca de novos conhecimentos e emoções. De acordo com Castro et al. (2004), a participação em um grupo operativo é um processo motivado que tem direção e sentido, isto é, tem o porquê e o para quê bem definidos. Identifica-se se o vínculo foi estabelecido quando se é internalizado pelo outro e se internaliza o outro dentro de si, quando ocorre uma mútua representação interna. Quando a indiferença e o esquecimento deixam de existir na relação, passa-se a pensar, a falar, a se referir, a lembrar, a se identificar, a refletir, a se interessar, a se complementar, a se irritar, a competir, a discordar, a invejar, a admirar, a sonhar com o outro ou com o grupo. É necessário que todos

estejam dispostos a estar ali para construir algo em comum e que se dediquem a essa construção. Utilizar uma metodologia participativa que promova a interação e a cooperação, torna o espaço pedagógico propício ao processo permanente de reflexão coletiva sobre a prática; tornam mais ricas as experiências do grupo, multiplicando as possibilidades da construção diferenciada de cada um; aguça a capacidade de pensar e de criar; desenvolve a assertividade e promove a consistência de atitudes e opiniões.

"A auto estima (SIC) é uma das condições básicas para que o adolescente tome decisões acertadas ao escolher parceiros, estabeleça limites nos relacionamentos, respeite os valores e as opções dos outros" (CASASSANTA et al., 1998, p.127).

### **6.3 Escolha dos temas**

A sequência dos temas escolhidos para discussão nos grupos (tabela 14, gráfico 18) teve sua lógica construída a partir do conhecimento sobre o próprio corpo, anatomia, mudanças na puberdade, crescimento e desenvolvimento, respostas ao estímulo sexual, valorizando a importância do afeto nas relações interpessoais. Relativizando as crenças e os mitos, desconstruiu-se uma percepção fragmentada do ser humano, como se ele pudesse ser visto ora como corpo, ora como mente, ora como emoção ou espírito, ignorando a mútua complementação e interação dessas múltiplas dimensões, empoderando os adolescentes para que possam utilizar corretamente os métodos anticoncepcionais, sabendo seus mecanismos de ação e opções de uso. Em relação às questões respondidas do questionário, observou-se que os adolescentes tinham um bom nível de conhecimento prévio que se elevou após o encontro sobre os temas. Pôde-se observar que também tinham conhecimento teórico em relação aos meios de transmissão do vírus HIV e como preveni-lo e sobre a gravidez não planejada. Isso vem ao encontro dos dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a) que mostraram que o número de partos de mães de 15 a 17 anos vem diminuindo ano a ano. No período de 2000 a 2009, o número de partos de adolescentes diminuiu 34,6%. Porém, entre as adolescentes de até 15 anos, a tendência é oposta: a taxa de

fecundidade vem crescendo nos últimos anos conforme demonstram os dados do SINASC. Em 2004, eram 8,6 nascidos vivos por grupo de mil. Cinco anos mais tarde, a taxa verificada foi de 9,6 por mil. É importante lembrar que, pela legislação brasileira em vigência, as relações sexuais antes dos 14 anos de idade são classificadas como estupro de vulnerável (BRASIL, 2009 art. 217 A). Há, no Brasil, um decréscimo no número de gravidez na faixa adulta e aumento na gravidez somente na primeira fase da adolescência, de 10 a 14 anos. Nota-se um hiato entre o conhecimento e a atitude. Segundo Cavalcanti (1990), é necessário entender qual é a diferença entre o que os adolescentes pensam sobre contracepção, drogas, AIDS, e o que eles sentem a respeito desses temas e o que os fazem agir. Para Cavalcanti (1990), os adolescentes estruturam seus pensamentos muito em resposta às experiências vividas ou aprendidas. Se uma adolescente teve com o uso do contraceptivo uma experiência ruim ou se ouviu relatos desagradáveis vivenciados por pessoas muito próximas ou que todas as amigas ficaram grávidas, ou que alguém morreu em decorrência do uso de drogas, este aprendizado ou essa vivência terá um significado particular para ela. O conhecimento técnico-científico confiável favorece a tomada de decisões seguras e consistentes. Mas, para tomar decisões assertivas, a pessoa precisa de algo mais que conhecimento teórico. Precisa ter valores nos quais se basear, ter autoconfiança e determinação para assumir as consequências. É fundamental, portanto, que o adolescente tenha desenvolvido uma autoestima positiva.

Autoestima é o que sentimos sobre o que somos ou imaginamos que somos. É a visão íntima que cada um tem de si mesmo, o julgamento que faz sobre sua capacidade de lidar com os desafios da vida e sobre o direito de ser feliz. Desenvolver a autoestima é desenvolver a confiança de que somos capazes de viver e merecedores de felicidade (BALEIRO et al., 1999, p.88).

A tabela 14, no item que se refere às drogas, mostra o alto conhecimento dos grupos sobre esse tema, chegando a apresentar 77,5% de acerto das questões por eles respondidas. Porém, o que chama a atenção durante as atividades é a compreensão por parte dos adolescentes sobre as drogas como sendo somente substâncias ilícitas e o não reconhecimento do álcool e do tabaco como droga pelo fato de serem lícitas no Brasil. É difícil para os jovens entender que o conceito de

droga é mais amplo, podendo ser definido como qualquer substância que, introduzida no organismo, é capaz de modificar uma ou mais das suas funções.

“Lembremos que a droga só existe se dela fazemos uso, de tal forma que antes está o sujeito e suas vicissitudes e depois a droga” (PIMENTA FILHO, 2009).

“É importante incentivar o jovem a desenvolver projetos pessoais e coletivos de exercício da cidadania, participando da construção de uma sociedade mais saudável e consciente” (CASASSANTA, 1998, p.123).

Todas as temáticas anteriores foram sendo construídas de tal forma que houvesse como o ponto de partida o corpo, que muda, que se transforma, que tem que ser cuidado. Cuidar de si próprio para poder cuidar do outro, conviver e respeitar as diferenças para que se possa viver num mundo mais solidário e fraterno. Deve-se estimular os adolescentes a serem indivíduos proativos, autônomos, competentes, participativos e se envolverem nas soluções dos problemas reais na escola, na comunidade e na sociedade. A serem protagonistas juvenis (*Proto*: primeiro, principal; *Agon*: que significa luta; *Agonistes*: lutador).

Na discussão, os temas cidadania e projeto de vida foram estrategicamente colocados ao final dos encontros. A tabela 14 aponta 82,1% de acerto nas respostas, reafirmando que é fundamental acreditar sempre no potencial criador e na força transformadora dos adolescentes e no amadurecimento do grupo durante as discussões, encontrando o maior número possível de soluções para os problemas apresentados.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados mostraram que o PROSA foi uma experiência exitosa e que a técnica de grupos operativos representou uma boa estratégia de promoção da saúde.

Com base nos depoimentos registrados pelos adolescentes nas avaliações preenchidas ao final dos encontros (APÊNDICE H), propõe-se dar continuidade ao trabalho utilizando-se de pesquisa qualitativa para analisar mudanças de comportamento na vida dos adolescentes, após terem participado da experiência do PROSA.

Que essa dissertação estimule a criação de futuros trabalhos acadêmicos que avaliem o conhecimento adquirido por adolescentes participantes de grupos operativos, aumentando assim o conhecimento sobre os efeitos causados pela educação em grupos: seus benefícios, melhores formas de condução e avaliação.

Espera-se que haja maior produção de conhecimento sobre os grupos operativos a fim de proporcionar mais subsídios aos profissionais de saúde para que possam utilizar essa estratégia, tanto no serviço público quanto no setor privado, uma vez que os mesmos apresentam dificuldade e despreparo para conduzir essas ações. Esses profissionais receberam uma educação baseada no modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa como foco especial de intervenção, dificultando assim a obtenção da integralidade do cuidado no atendimento ao adolescente.

## REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. (Coord.). *Juventude, juventudes: o que une e o que separa*. Brasília: Unesco, 2006
- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; LEON, A. P. de. *Juventude: tempo presente ou tempo futuro? Dilemas em propostas de políticas de juventude*. São Paulo: GIFE-Grupo de Institutos, Fundações e Empresas, 2007 apud BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- ABREU, M. N. S.; CAIAFFA, W. T. Influência do entorno familiar e do grupo social no tabagismo entre jovens brasileiros de 15 a 24 anos. *Rev. Panam. Salud Publica*, v.30, v.1, p.22-30, 2011.
- ADAMO, F. *Juventude: trabalho, saúde, educação*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1985. p.16-19.
- AFONSO, L. M. *Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial*. Belo Horizonte: Campo Social, 2002.
- ALMEIDA, A. A. *Concepções sobre os desafios no atendimento dos adolescentes: a perspectiva dos profissionais de equipe de saúde da família*. 110f. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- ÁRIES, P. *História social da criança e da família*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara 1978. 279p.
- BALEEIRO, M. C.; SIQUEIRA, M. J.; CAVALCANTI, R. C.; SOUZA, V. *Sexualidade do adolescente*. Fundamentos para uma ação educativa. Fundação Odebrecht, 1999
- BEMFAM (Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil). *Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem*. Rio de Janeiro, Curitiba e Recife. 1989/90. Rio de Janeiro: BEMFAM/Centers for Disease Control and Prevention. 1992
- BENVENUTI, E. Doenças sexualmente transmissíveis/AIDS. In: FRANÇOSO, L. A.; GEJER, D.; REATO, L. F. N. *Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência*. Série atualizações pediátricas da Sociedade de Pediatria de São Paulo. 6. ed. São Paulo: Atheneu, 2001. Cap. 16, p.211-222.
- BERNTEIN, M. Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L. C. et al. *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986, p.108-132.



BION, W. R. *Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo*. Rio de Janeiro: Mago, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. PROSAD - Programa Saúde do Adolescente. *Bases programáticas*. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. Brasília, Novembro de 1989.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos *Lei nº 8.069*, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Publicado no DOU 16.7.1990 e retificado em 27.9.1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)>. Acesso em: 10.04.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas de atenção à saúde integral do adolescente. Vol. I. *Diretrizes gerais para atendimento de adolescentes, acompanhamento*. Brasília, 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas de atenção à saúde integral do adolescente. Vol. II. *Saúde mental, sexualidade na adolescência*. Brasília, 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas de atenção à saúde integral do adolescente, Vol. III. *Assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, problemas ginecológicos*. Brasília, 1993c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O programa de saúde da família e atenção básica*. Secretária de Políticas de Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Marco referencial em saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e de jovens*. Brasília, 2006a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria n. 648/GM*, de 28 de março de 2006b. Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS/DST ano IV, no 01, julho a dezembro de 2006 e janeiro a junho de 2007. Brasília, 2007a. Disponível em: <[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)>. Acesso em: 15.12.2012.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes. 2006. *Painel de Indicadores do SUS no. 5*. Brasília, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5o da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Publicado no DOU de 10.8.2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br / ccivil\\_03 / \\_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm)>. Acesso em: 15.12.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010.

BRASIL, Valéria Santos. *O trabalho com grupo de adolescentes no contexto ambulatorial: a construção de um espaço de circulação, acolhimento e elaboração da palavra do adolescente*. 185f. 2010. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

CALLIGARIS, C. *Adolescência*. São Paulo: Publifolha, 2000. 81p.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, jul./set. 2004.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.669-678, jul./set. 2004.

CASASSANTA, L.; CARVALHO, M. A. M.; BRITO, M. M. *Afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar*. Belo Horizonte: Rona, 1998.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. *Juventude e sexualidade*. Brasília: UNESCO Brasil; 2004.

CAVALCANTI, R. C. *Saúde sexual e reprodutiva; ensinando a ensinar*. São Paulo: Artgraf, 1990.

COATES, V. História brasileira da medicina do adolescente: Comemorando 10 anos da ASBRA. *Adolesc. Latinoam.*, v.1, n.4, p.260-265, dic. 1999.

DICLEMENTE, R. J.; PONTON, L. E.; HANSEN, W. B. New directions for adolescent risk prevention research and health promotion and interventions. In: DICLEMENTE, R. J.; HANSEN, W. B., PONTON, L. E. (Editors). *Handbook of adolescent health risk behavior, issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press, 1996. p.413-420.

FARIA, E. V. *Características nutricionais e fatores associados a sobrepeso e obesidade em adolescentes atendidos em ambulatório da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais em Belo Horizonte*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

FERREIRA, R. A. et al. Adolescente: particularidades do atendimento. In: LEÃO, E. et al. *Pediatria ambulatorial*. 4.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005. Cap. 10: 97-114.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

FREUD, S. *Psicologia das massas e análise do eu*. Obras completas. Tomo I. Madrid: Nueva, 1984. p.755-932.

FROMM, E. Ética e psicanálise. Lisboa: Minotauro. 1996 apud TAQUETTE, S. R. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. *Adolesc Saude.*, v.7, n.1, p.6-11, 2010.

GROSSMAN, H. A adolescência através dos tempos. *Adolescencia Latinoamericana* v.1, p.68-74, 1998.

GUIMARÃES, P. R. *Observação de um grupo operativo com adolescentes que vivem com HIV/AIDS*. 221f. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2005

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. *Applied logistic regression*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa nacional de amostra domiciliar (PNAD) / IBGE*, 2008a.

LEAL, M. M.; SAITO, M. I. Síndrome da adolescência normal. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 10, p. 105-113.

LEAL, M. M.; SAITO, M. I. Singularidades do desenvolvimento do adolescente: a síndrome da adolescência normal. In: MARCONDES, E. et al. *Pediatria básica*. 9.ed. São Paulo: Sarvier, 2002. v. 1, cap. 4, p. 666-669.

LEWIN, K. *Problemas de dinâmica de grupo*. São Paulo: Cultrix, 1988.

LUDWIG, D. S.; PETERSON, K. E.; GORTMAKER, S. L. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*, v.357, n.9255, p.505-508, 2001.

MAAKAROUN, M. F; SOUZA, R. P.; CRUZ, A. R. *Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.

MAILHIOT, G. B. *Dinâmica e gênese dos grupos*. São Paulo: Duas Cidades, 1991.

MARTINS, R. B. Contribuições de Freud à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L. C. et al. *Grupo terapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p.43-56.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Necessidades de salud de los adolescentes*. Série de Informes Técnicos, Genebra: OMS, v. 609, 1977.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Promoción de la salud en las Americas*. Washington D.C., 1993.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. *Princípios de bioestatística*. São Paulo: Thomson, 2004.

PERROT, M. *A juventude operária, da oficina à fábrica: história dos jovens 2. A época contemporânea*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PICHON-RIVIÈRE. *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*. Lema: Vicente Zito, 1976.

PIMENTA FILHO, J. A. Adolescência; um conceito precário. *Rev. Med. Minas Gerais*, v.12, n.01, p24-29, 2002.

PIMENTA FILHO, J. A. *Drogadição, enfermidade de nossa época e o tratamento dos jovens*. Belo Horizonte: Comitê de Adolescência Sociedade Mineira de Pediatria, 2009.

PORTARRIEU, M. L. B.; TUBERT-OAKLANDER, J. Grupos operativos. In: OSÓRIO, L. C. et al. *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p.135-141.

REATO, L. F. N. Meios de comunicação. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 20, p. 207-220.

RUZANY, Maria Helena. Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde do adolescente: competências e habilidades*. Série B. Textos básicos da saúde. Brasília, 2008. Cap. 1: Considerações gerais, p.21-54

SANTOS, L. M. *Competências dos profissionais de saúde nas práticas educativas em diabetes tipo 2 na atenção primária em saúde*. 2011. 81f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção a saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.53-66, 2005.

SERRÃO; BALEEIRO, M. C. M. *Aprendendo a ser e a conviver*. São Paulo: FTD, 1999.

SILVA, M. A.; OLIVEIRA, A. G. B.; MANDÚ, E. N. T.; MARCON, S. R. Enfermeiro e grupos em PSF: participação social. *Cogitare Enfermagem*, v.11, n.2, p143-149, maio-agosto 2006.

TAQUETTE, S. R. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. *Adolesc Saude.*, v.7, n.1, p.6-11, 2010.

UNICEF. A voz dos adolescentes. Unicef / Fator OM, 2002

UNICEF. *O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades / Fundo das Nações Unidas para a Infância*. Brasília, DF: UNICEF, 2011. 182p.

WEINBERG, C. Introdução. In: WEINBERG, C. (Org.). *Geração delivery: adolescer no mundo atual*. São Paulo: Sá, 2001. p. 7-11.

WHO. World Health Organization. *Obesity and overweight: global strategy on diet, physical activity and healthy*, Geneva, 2003. Disponível em: <[www.who.int / dietphysicalactivity/media/en/gsf Obesity.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf Obesity.pdf)>. Acesso em: 15.02.2013.

## APÊNDICE A QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome completo:			
Registro:			
Data nascimento:			
Local nascimento:			
Sexo:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Outros
Endereço:			
Telefone:			

### 1º Entrevista (Família)

Data da entrevista: ____/____/____	
Entrevistado:	
Idade:	Parentesco:
Como ficou sabendo do programa:	
Qual o interesse:	

### Percepção familiar do adolescente

Comportamento social externo:					
<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim			
Relacionamento familiar:					
<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim			
Por quê?					
País:					
Separados	<input type="checkbox"/>	Fazem ____ anos e ____ meses			
Casados	<input type="checkbox"/>	Fazem ____ anos e ____ meses			
Convive com:					
Membr o	Ocupação / profissão	Renda	Idade	Mesma cama	Mesmo quarto
Pai				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mãe				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madrasta				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padrasto				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Companheiro				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filho				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais Outros:					

Condições de moradia			
<input type="checkbox"/> Própria	<input type="checkbox"/> Cedida	<input type="checkbox"/> Financiada	R\$
Rede esgoto			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Água encanada			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Coleta de lixo			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nº de quartos:			

2º Entrevista (adolescente)		
Data da entrevista:	____/____/____	
Como ficou sabendo do programa:		
Qual o interesse:		
Nível		
<input type="checkbox"/> Não escolarizado	<input type="checkbox"/> Médio completo	<input type="checkbox"/> Fundamental incompleto
<input type="checkbox"/> Primário	<input type="checkbox"/> Médio incompleto	<input type="checkbox"/> Fundamental completo
Problemas na escola?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quais?		
Repetência	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quantas		
Causa		
Deserção	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Causa		
Educação não formal	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Qual?		

Trabalho			
Trabalha?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Ocupação			
Já trabalhou?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Ocupação:			
Idade que iniciou o trabalho:			
Horas trabalhadas / dia:			
Razão do trabalho	<input type="checkbox"/> Econômica	<input type="checkbox"/> Autônoma	<input type="checkbox"/> Outra
Trabalho legalizado (carteira assinada)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Trabalho insalubre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei

Vida social			
Amigos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Namorado (a)? Ficou?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Atividades em grupo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual?
Esporte?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
TV horas por dia?			
TV Programa preferido?			
Música	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Estilo de música:			
Instrumento musical?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Qual?			
Quantos livros lê por:	Ano?	Mês	Semana
O que mais gosta de ler?			
<input type="checkbox"/> Revista	<input type="checkbox"/> Gib	<input type="checkbox"/> Livros	<input type="checkbox"/> Bíblia
			<input type="checkbox"/> Outros
Tem computador em casa?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Quanto tempo, por dia, você passa em frente ao computador?			
Você utiliza o computador para que tipo de atividades?			
Aceitação no grupo:			
<input type="checkbox"/> Aceito	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Rejeitado	<input type="checkbox"/> Não sabe

Hábitos			
Sono normal:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Álcool	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Frequência	Dias / semana		
Tipo de bebida			
Quantidade:			
Outros tóxicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Ainda utiliza?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Quais?			
Frequência	Dias / semana		
Dirige veículo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
É habilitado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Proprietário	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Alimentação adequada	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Refeição por dia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
			<input type="checkbox"/> 4
			<input type="checkbox"/> 5



<b>Cultura familiar</b>			
Teve orientação sexual?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Por quem?			
Já teve relação sexual?	<input type="checkbox"/> Sim	Idade de início:	<input type="checkbox"/> Não
Contou para alguém de sua família?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Para quem?			
Em sua casa é permitido falar sobre sexo?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Quando tem alguma dúvida sobre esse assunto, a quem pergunta?			
Conversa naturalmente sobre drogas em sua casa?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Se pudesse mudar algo em você o que mudaria?			
Quem?			
Quando se olha no espelho, você gosta do que vê?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não

<b>Saúde bucal</b>		
Faz higiene bucal quantas vezes ao dia?		
Vai ao dentista?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Faz uso de fio dental?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Qual frequência?		

<b>Aspirações futuras</b>		
Quantos anos gostaria de ter?		
Por quê?		
Qual a profissão gostaria de exercer?		
Tem aspirações de entrar na universidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Por quê?		
<b>Aspirações pessoais</b>		
Pensa em casar-se	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

## APÊNDICE B.1 - Planilha 1

Tema: Encontro com os pais			
Encontro nº: 01	Data:	Facilitadores:	Apoio:
Objetivos:	Apresentação da equipe aos pais		
	Dinâmica para <i>ice-break</i>		
	Contextualização e orientação sobre o funcionamento dos encontros		
	Verificação do conhecimento dos pais sobre os temas a serem tratados com seus filhos.		

Tempo			
Duração: Hora	Atividade	Material	Observações
05 min 14:00- 14:05	Abertura e apresentação da equipe		
20min 14:05- 14:25	Dinâmica com os pais	Painel da Logomarca do Prosa (quebra-cabeça) Papel Kraft (cartaz no <i>flip-chart</i> ) e pincel atômico	Anotar características dos adolescentes, que os pais apresentarem, no cartaz do <i>flip-chart</i>
30 min 14:25- 14:55	Contextualização: o adolescente no mundo contemporâneo		
15 min 14:55- 15:10	Apresentação do Prosa, seu objetivo, funcionamento, duração	Materiais Didáticos do Prosa	Os materiais deverão ser colocados na sala de reunião em exposição
15 min 15:10- 15:25	Orientações gerais e assinatura do termo de autorização pelos pais	Formulários de autorização Canetas e pranchetas	
35min 15:25- 16:00	Espaço para perguntas e esclarecimento de dúvidas Encerramento	Lanche (salgadinhos, refrigerantes, Copos e guardanapos)	

**APÊNDICE B.2 - Planilha 2**

Tema: Apresentação			
Encontro nº: 02	Data:	Facilitadores:	Apoio:
Objetivos:	Apresentação dos adolescentes		
	Contrato de Trabalho		
	Comprometimento - Promover a integração grupal		

<b>Duração: Hora</b>	<b>Atividade</b>	<b>Material</b>	<b>Observações</b>
1 hora 14:00- 15:00	APRESENTAÇÃO e Confeção dos crachás  Entrega das camisas	Cartolina (cores variadas) Pincel atômico ou canetinha Revistas velhas Colas Tesouras e barbante Camisas	Colocar os lembretes da programação dos encontros
15 min. 15:00- 15:15	Contrato da Turma	Papel Kraft (montar cartaz no <i>flip-Chart</i> ) Pincel atômico	O contrato será elaborado pelos adolescentes
30 min. 15:15- 15:35	Dinâmica de Integração (afinidades)	Folha de Ofício com círculos numerados Pincel Atômico Lápis e pranchetas	Enfocar a questão das diferenças e igualdades
20 min. 15:35- 15:55	Pré-Teste	Impressos, canetas e pranchetas	
5 min. 15:55- 16:00	Encerramento Orientação para que tragam no próximo encontro, fotos que sejam significativas em sua história	Lanche (salgadinhos, refrigerantes, Copos e guardanapos)	As fotos deverão ser antigas e outras recentes

**APÊNDICE B.3 - Planilha 3**

<b>Tema: Anatomia</b>			
Encontro nº: 03	Data:	Facilitadores:	Apoio:
Objetivos:	Discutir a Anatomia dos sexos masculino e feminino		
	Discutir a dificuldade de se falar sobre as partes dos genitais do masculino e feminino		
	Falar sobre gravidez e aborto		

<b>Duração: Hora</b>	<b>Atividade</b>	<b>Material</b>	<b>Observações</b>
30 min. 14:00 - 14:30	Dinâmica: nomes populares das partes da genitália masculina e feminina	Cartazes com nomes das partes da genitália masculina e feminina Papel Kraft Pincel atômico	Cada nome de uma parte da genitália deverá ser impresso no tamanho de uma etiqueta e ser colado em um cartaz de papel Kraft de mais ou menos 30x40 cm
40 min. 14:30 - 15:10	Conhecendo o corpo	Bonecos; Gertrudes e Gervásio Material imantado da Semina	
20 min. 15:30 - 15:30	Filme: Uma jornada de nove meses	TV Aparelho de DVD DVD	Conferir e deixar a fita na posição com antecedência
30 min. 15:30 - 16:00	Discussão do filme em plenário Encerramento	Lanche	

**APÊNDICE B.4 - Planilha 4**

<b>Tema: Crescimento e Desenvolvimento</b>			
Encontro nº: 04	Data:	Facilitadores:	Apoio:
Objetivos:	Crescimento e Desenvolvimento		
	Refletir sobre as decisões tomadas pelos adolescentes		
	Caracterizar o desenvolvimento físico humano		

<b>Duração: Hora:</b>	<b>Atividade</b>	<b>Material</b>	<b>Observações</b>
45 min. 14:00 - 14:45	Painel de Fotos: Dinâmica Para refletir sobre as decisões, o diferencial de cada um e atitudes	Com as fotos que trouxeram criarão painéis. Definir o que faziam no período da foto e o que faz hoje Papel Kraft, canetinhas Pincel atômico, cola, tesouras, varal de barbante para colocar os painéis	Será feito com o enfoque na autonomia, história de cada um
20 min. 14:45 - 15:05	Dinâmica do desenho do corpo: trabalhar mudanças corporais, caracterizar os sexos masculinos e femininos (desenho do próprio corpo e composição do mesmo	Papel Kraft (tamanho suficiente para desenhar uma pessoa deitada em cima) Pincel atômico <i>Growing up</i> – Livro (trabalhar as diferenças entre o sexo masculino e feminino)	Trabalhar a questão do “ficar”, "namorar", "paquerar", da masturbação e se tiver dúvidas, trabalhar um pouco a fisiologia. Trabalhar a questão de gênero
15 min. 15:05 - 15:20	Filme: "Te cuida coração"- ECOS	TV Aparelho de DVD DVD	Conferir e deixar a fita na posição com antecedência
40 min. 15:20 - 16:00	Discussão do Filme em plenário Encerramento	Lanche	

**APÊNDICE B.5 - Planilha 5**

<b>Tema: Sexualidade</b>			
Encontro nº: 05	Data:	Facilitadores:	Apoio:
Objetivos:	Desmistificar conceitos		
	Quebrar tabus		
	Dissociar sexo de sexualidade		

<b>Duração: Hora:</b>	<b>Atividade</b>	<b>Material</b>	<b>Observações</b>
10 min. 14:00- 14:10	Filme: Kadu Moliterno (2min) Pontuar o que é sexo e sexualidade, a partir das frases do pré-teste (ênfase na questão de gênero)	Aparelho de TV Aparelho de DVD Flip chart	Enfocar a questão da sensualidade
1h e 30 min. 14:10 - 15:40	Dinâmica: "Batata-Quente" Passar o saquinho de mão em mão até que a música pare. Quando parar, a pessoa que estiver com ele em mãos irá tirar uma bala, ler e comentar sua frase. Dinâmica: os homens, as mulheres o cuidar (gênero)	Frases selecionadas Saquinho com balas CD e SOM	Pregar dobrada cada frase em uma bala o saquinho deve ter condições de ser fechado. Marcar o tempo de passar a "Batata" através de música, ou seja, marcar um minuto e parar a música
20 min. 15:40- 15:20	Filme: A dança indecente Os Dinossauros Encerramento	TV Aparelho de DVD DVD Lanche	Conferir e deixar a fita na posição com antecedência

**APÊNDICE B.6- Planilha 6**

<b>Tema: Prevenção</b>			
Encontro nº: 06	Data:	Facilitadores:	Apoio:
Objetivos:	Discutir os métodos anticoncepcionais		
	Conhecer seus mecanismos de ação e falar sobre a responsabilidade na escolha do melhor método a ser utilizado		
	Discutir a prevenção de DST/AIDS juntamente com a orientação sobre os métodos de barreira		

<b>Duração: Hora:</b>	<b>Atividade</b>	<b>Material</b>	<b>Observações</b>
30 min. 14:00 - 14:30	Filme: Sexualidade e anticoncepção ( <i>Shering</i> )	Aparelho de TV Aparelho de DVD Papel kraft Pincel atômico	
1h e 30 min. 14:30 -16:00	Dinâmica: descrição e funcionamento dos métodos (ênfase para os métodos mais conhecidos e na dupla proteção)  Encerramento	Materiais didáticos (kit de métodos contraceptivos ) Modelo pélvico e pênis  Lanche	

### APÊNDICE B.7 - Planilha 7

<b>Tema: Drogas</b>			
<b>Encontro nº: 07</b>	<b>Data:</b>	<b>Facilitadores:</b>	<b>Apoio:</b>
<b>Objetivo:</b>	Trabalhar questão de drogas em relação ao prazer. Descobrir os tipos de drogas e seus efeitos		

<b>Duração: Hora:</b>	<b>Atividade</b>	<b>Material</b>	<b>Observações</b>
15 min. 14:00 - 14:15	Dinâmica (1ª parte) relação entre atividades e sensação: O que eu faço? Qual a sensação que esta atividade me proporciona?	Kraft no Flip-chart Pincel atômico	Colocar 2 folhas de papel Kraft no flip-shart,divididas ao meio 1º coluna: o que eu gosto de fazer. 2º coluna: sensações Virar as duas metades escritas
40 min. 14:15 - 14:55	Apresentar o tema: drogas, A partir do que conhecem sobre o assunto - 20 min.  Abrir discussão sobre os tipos de drogas e seus efeitos - 20 min.	Kraft-no Flip-chart Pincel atômico  Informativo sobre drogas	Anotar na 2º folha do flip-chart dividida ao meio 1º coluna: drogas 2º coluna: sensações Virar as duas metades e fazer um joguinho com a turma, falando o nome da droga e perguntando as opiniões.quem acha que é alucinógeno,estimulante mutante ou depressivo
1h e 05 min. 14:55 - 16:00	Filme: É ou não é? da Ecos 35 min.  Discussão do filme em plenário Fazer a relação entre droga e a sensação descrita na primeira dinâmica - 15 min.  Entrega de livretos informativos Encerramento	TV  Aparelho de DVD  Informativo sobre drogas  Lanche	Dar ênfase à questão da vulnerabilidade (exposição) a que o jovem está sujeito.  Vincular o traficante ao adolescente. Quem são os "amigos" segundo o filme.  Virar as folhas para comparação das drogas associadas às sensações do que gosto de fazer



**APÊNDICE B.8 - Planilha 8**

<b>Tema:</b> Projetos de Vida			
<b>Encontro nº: 08</b>	<b>Data:</b>	<b>Facilitadores:</b>	<b>Apoio:</b>
<b>Objetivos:</b>	Aumentar o nível de reflexão e da capacidade de tomar decisões		
	Maior clareza no estabelecimento de metas e estratégias na construção do projeto de vida		
	Maior clareza na identificação dos interesses pessoais e profissionais		

<b>Duração: Hora:</b>	<b>Atividade</b>	<b>Material</b>	<b>Observações</b>
45 min. 14:00 - 14:45	Dinâmica: Tomada de decisões Cada grupo receberá uma situação (diferente das outras) + uma situação comum a todos. Discussão em plenário	Folhas com as situações descritas (uma para cada grupo) Lápis e papel	Dividir a turma em três grupos Situação: Grupo1: uma situação + comum Grupo 2: outra situação + comum Grupo3: outra situação + comum Situações: Vide folha anexa
45 min. 14:45 - 15:30	Dinâmica: Meu presente / Meu Futuro Trabalhar: "Eu gosto de mim, mesmo quando..." "Eu gosto menos de mim, quando..."	Papel ofício, lápis de cera, fita crepe e prancheta	Enfocar a valorização dos sentimentos, autoestima e a questão de ser "um Maria vai com as outras" Usar conceito de "construção da identidade"
30 min. 15:30 - 16:00	Dinâmica: "Minha bandeira pessoal"	Aparelho de dvd TV DVD  Lanche	Dar ênfase na questão da vulnerabilidade (exposição) a que o jovem está sujeito. Vincular o traficante ao adolescente. Quem são os "amigos", segundo filme. Virar as folhas para a comparação das drogas associadas às sensações do que gosta de fazer
10 min. 16:00 - 16:00	Partilhas das respostas em plenário Lanche		Caso seja necessário essa pergunta. O que você acha que pode acontecer com alguém que escolheu uma profissão ao acaso?

## APÊNDICE B.9 - Planilha 9

<b>Tema: Cidadania / Encerramento</b>			
<b>Encontro nº: 09</b>	<b>Data:</b>	<b>Facilitadores:</b>	<b>Apoio:</b>
<b>Objetivos:</b>	Reflexão sobre o papel do cidadão e responsabilidade social		
	Avaliação do programa		

<b>Duração: Hora:</b>	<b>Atividade</b>	<b>Material</b>	<b>Observações</b>
10 min. 14:00 - 14:10	Apresentação do conceito Sondagem sobre o conceito de cidadania	Papel kraft no <i>flip-chart</i>	Anotar no <i>flip-chart</i> , os conceitos à medida que o grupo for falando
30 min. 14:10 - 14:40	Divisão em 3 grupos: 1º Desenhar o Bairro - Comunidade ideal (o que acha importante ter; 2º Trabalhar o cuidado consigo mesmo-ambiente íntimo – relações pessoais; 3º falar sobre o planeta – como preservá-lo	Revistas velhas Papel kraft Pincel atômico e canetinha Colas e tesouras	Para divisão dos grupos, colar debaixo das cadeiras, as palavras referentes aos mesmos Bairro, Corpo, Planeta (aleatoriamente)
30 min. 14:40 - 15:10	Discussão em plenário e apresentação dos cartazes		Discutir do micro para o macro (na perspectiva do não-representando o auto cuidado)
15 min. 15:10 - 15:25	Realização do pós-teste	Cópias do pós-teste Lápis e pranchetas	Uma cópia para cada
10 min. 15:25 - 15:35	Avaliação dos encontros	Folha de avaliação Lápis e prancheta	Uma cópia para cada
10 min. 16:00 - 16:10	Entrega dos certificados	Certificados preenchidos	
10 min. 16:10 - 17:00	Confraternização	Lanche especial	

**APÊNDICE C - Questionário de conhecimento**

<b>Questões</b>	<b>Certo</b>	<b>Errado</b>	<b>Não Sei</b>
1. Se tiver uma relação sexual, durante a menstruação, a mulher dificilmente engravidará.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Uma penetração fácil, sem dor ou sangramento, é sinal que a mulher não é virgem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cólicas e dores menstruais só são causadas por fator psicológico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ser cidadão é acreditar que as pessoas são iguais, independente de raça credo, nacionalidade ou status social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Os homens que tem pênis grande são mais potentes e viris.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. É necessário um pênis grande para que a mulher tenha satisfação sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alguns métodos anticoncepcionais podem também evitar doenças sexualmente transmissíveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Existe idade certa para ter a primeira relação sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A primeira ejaculação marca o início do estirão masculino e a primeira menstruação marca o final do estirão feminino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Para a maioria das mulheres a estimulação do clitóris é que leva ao orgasmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Consumir drogas é uma forma de obtenção de prazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A prática do aborto clandestino causa muitas mortes no Brasil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A masturbação aumenta a quantidade de espinhas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cidadania é influenciar o ambiente no qual se vive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Os efeitos das drogas são os mesmos em todas as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. O desejo sexual de uma mulher é tão forte quanto ao de um homem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Overdose é a dose excessiva de uma droga, com graves implicações físicas e psíquicas, podendo levar à morte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Bebida alcoólica e cigarro não causam dependência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Se um rapaz ejacula perto da entrada da vagina de uma moça ela poderá engravidar, mesmo que não haja penetração vaginal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A pílula anticoncepcional engorda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O uso de drogas, ainda que experimental, pode produzir danos a saúde da pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Questões</b>	<b>Certo</b>	<b>Errado</b>	<b>Não Sei</b>
22. As mudanças que ocorrem na adolescência, tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino, devem-se a alta taxa de hormônios no sangue, sobretudo os hormônios testosterona e estrogênio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. É possível engravidar durante a primeira relação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Em um relacionamento afetivo-sexual as regras deveriam ser as mesmas para homens e mulheres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Está certo que a mulher fique com a maior parte das tarefas domésticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. É obrigação somente da mulher, a criação dos filhos e administração do lar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. A masturbação pode causar impotência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. A masturbação é uma atividade sexual normal para homens e mulheres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. As alterações que ocorrem na adolescência são controladas por substâncias chamadas glândulas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Para tratar a pessoa com DST, precisa tratar também seus parceiros sexuais para evitar recontaminações e complicações para a saúde das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. A falta de comunicação com o (a) parceiro (a) dificulta o prazer na relação sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Correm risco de ser portadores do vírus da AIDS somente homossexuais, viciados em drogas e quem tem vários parceiros sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sexo e sexualidade são a mesma coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. A puberdade corresponde ao período inicial da adolescência, no qual acontecem mudanças biológicas no corpo dos meninos e das meninas, tornando-os capazes de procriar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. O uso do preservativo masculino contribui para que o homem divida com a mulher a responsabilidade de evitar a gravidez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Cidadania é acreditar que cada pessoa é agente de transformação da própria vida e do mundo em que vive. É se fazer presente em qualquer situação que ameace o patrimônio ambiental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. A relação sexual só deve acontecer quando ambos estiverem interessados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### APÊNDICE D - Certificado



**APÊNDICE E - PROSA - Avaliação do facilitador**

Encontro nº:	Temas:
Facilitadores	Nº de Presentes

1) Atividades realizadas / duração	
2) Desenvolvimento do processo grupal	
3) Temáticas emergentes na discussão	
4) Sugestões e comentários	
5) Dificuldades encontradas pelo grupo	
6) Avaliação das técnicas aplicadas	
7) Fatores positivos	
8) Propostas dos facilitadores	

### APÊNDICE F - CLAP modificado

<b>PRONTUÁRIO DO ADOLESCENTE</b>		Instituição: FCMMG - FULIBAN		Nº																			
Nome e sobrenome: _____							<b>Data de Nascimento</b>																
Endereço: _____							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">dia</td> <td style="width: 33%;">mês</td> <td style="width: 33%;">ano</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				dia	mês	ano										
dia	mês	ano																					
Bairro: _____	Cep: <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 15px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>							Tel.: _____	casa <input type="checkbox"/>														
Cidade Onde Mora: _____		Celular: _____		recados <input type="checkbox"/>																			
							<b>Sexo:</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>																
<b>CONSULTA PRINCIPAL</b>					<b>Acompanhante</b>			<b>Estado Civil</b>															
<b>Data da consulta</b> <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">dia</td> <td style="width: 33%;">mês</td> <td style="width: 33%;">ano</td> </tr> <tr> <td style="height: 15px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					dia	mês	ano				<b>Idade</b> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">anos</td> <td style="width: 33%;">meses</td> </tr> <tr> <td style="height: 15px;"></td> <td></td> </tr> </table>			anos	meses			Sozinho <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/>			solteiro <input type="checkbox"/>		
dia	mês	ano																					
anos	meses																						
					Outros: _____			união estável <input type="checkbox"/>															
								separado <input type="checkbox"/>															
<b>Motivo da consulta</b>																							
Segundo o Adolescente					Segundo o Acompanhante																		
história																							

<b>Ginecológico</b>		<b>Data da última menstruação</b> <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> não corresp. dia    mês    ano	<b>Ciclos regulares</b> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/>	<b>Dismenorréia</b> não <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> acentuada <input type="checkbox"/>	<b>Corrimento vaginal</b> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	<b>Doença de transmissão sexual</b> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qual? _____	Parto normal <input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/> Gestações: Filhos vivos <input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/>			
Telarca <input type="text"/> anos	Pubarca <input type="text"/> anos	Menarca <input type="text"/> anos	Observações:							
<b>Andrológico</b>		<b>Disfunção sexual</b> <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> distúrbio erétil <input type="checkbox"/> ejaculação precoce <input type="checkbox"/> outros: _____	<b>Fimose</b> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	<b>Varicoceles</b> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	<b>Hérnia inguinal</b> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Outras: _____	<b>Doença de transmissão sexual</b> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qual? _____				
Espermarca <input type="text"/> anos		Observações:								
<b>Sexualidade</b>		<b>Relações sexuais</b> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> hetero <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	<b>Companheiro/a</b> <input type="checkbox"/> companheiro único <input type="checkbox"/> vários companheiros	<b>Idade do início da rel. sex.</b> <input type="text"/> anos	<b>Problemas nas rel. sex.</b> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/>	<b>Contraceção</b> <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> n.s. Qual? _____	<b>Preservativo</b> <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> n.s.	<b>Abuso sexual</b> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		
Necessita informações sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		Observações:								
<b>Situação Psicossocial</b>		<b>Imagem corporal</b> <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> cria preocupação <input type="checkbox"/> impede relação com os demais	<b>Auto percepção</b> <input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> muito tímido <input type="checkbox"/> nervoso <input type="checkbox"/> outro: _____	<b>Adulto de referência</b> <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> outro: _____	<b>Projeto de vida</b> <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> claro Qual? _____					
Auto-estima <input type="checkbox"/> positiva <input type="checkbox"/> negativa		Observações:								
<b>Exame físico</b>		<b>Peso (Kg)</b> <input type="text"/>	<b>Centil</b> P/I <input type="text"/> A/I <input type="text"/>	<b>Pele e anexos</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<b>Cabeça</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<b>Acuidade visual</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<b>Acuidade auditiva</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<b>Boca e dentes</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<b>Ouvido, nariz e garganta</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<b>Pescoço e tiróides</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
Aspecto Geral normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		<b>Altura (m)</b> <input type="text"/>	<b>Índice de massa corporal:</b> _____ Centil: _____	Observações:						
<b>Tórax e mamas</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<b>Cardio-vascular</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<b>Pressão arterial</b> <input type="text"/> / <input type="text"/>	<b>Abdômen</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<b>Genito-urinário</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<b>Tanner</b> Mamas <input type="checkbox"/> Pelos pub. <input type="checkbox"/> Genitais <input type="checkbox"/>	<b>Volume testicular</b> Dir. <input type="text"/> cm <sup>3</sup> Esq. <input type="text"/> cm <sup>3</sup>	<b>Coluna</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> <b>Extremidades</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<b>Neurológico</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		
Observações:										
<b>Hipóteses diagnósticas</b>										
<b>Condutas</b>										
<b>Encaminhamento</b>										
<b>Equipe</b>										



## APÊNDICE G - Termo de autorização dos pais

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, responsável pelo adolescente \_\_\_\_\_, estando plenamente consciente dos objetivos, atividades e conteúdos do Programa de Saúde do Adolescente (PROSA), desenvolvido pela equipe de profissionais da Fundação FIAT, autorizo o seu engajamento no mesmo. Estou ciente de que a presente autorização se estende aos encontros do grupo e às demais atividades a serem desenvolvidas como parte do processo educativo do programa.

CENTRO DE SAÚDE BELO HORIZONTE

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE H - Avaliação dos adolescentes sobre o PROSA

### Nos encontros do PROSA aprendi:

#### Respostas: 11, 12 e 13 anos

- "Sexo, sexualidade"
- "Partes do corpo que não conhecia"
- "Anatomia"
- "Métodos contraceptivos"
- "Não devo usar drogas"
- "Cidadania"
- "Coisas que levarei para o resto da vida"
- "Ser um melhor cidadão, prevenir doenças e conhecer melhor o meu corpo"
- "Que ambos os sexos sentem a mesma atração e tem o mesmo tipo de sexualidade. Que a cidadania é importante para conviver com a sociedade"
- "Sobre várias coisas que me informaram muito"
- "Várias coisas como nomes de drogas que eu nunca tinha ouvido falar, sobre violência e relações sexuais"
- "As mudanças no corpo na adolescência, os tipos de violência, quais os métodos anticoncepcionais"

### "Muita coisa sobre sexo, sexualidade, como colocar camisinha, falamos sobre drogas, sobre nossa vida."

#### Respostas: 14 e 15 anos

- "Métodos contraceptivos"
- "Tipo de drogas existentes"
- "Não poluir a natureza"
- "Conhecer mais sobre nosso corpo, sexo e sexualidade, diferença de cada um, cidadania, respeitar a opinião dos outros, trabalhar em grupo"
- "Muitas coisas que eu vou usar pela vida a fora"
- "Gravidez na adolescência, corpos de homens e mulheres"
- "Muito. Resumindo aprendi a viver melhor comas pessoas e comigo mesmo"
- "Existem coisas que nem com a idade agente aprende. Só o PROSA mesmo para ensinar aquilo que a gente se envergonha de perguntar"
- "Várias coisas importantes que eu não sabia"
- "Aprendi muita coisa interessante, descobertas incríveis"
- "Como me prevenir, como devo ser, como devo agir em certas ocasiões e em certos lugares"
- "Como me relacionar com meu parceiro"
- "O que é bom e ruim para o meu bairro, meu planeta, e sobre mim, enfim aprendi sobre cidadania e também sobre meu corpo e mente"
- "Como colocar camisinha"
- "Aprendi muito a discutir e conviver em grupo"
- "Desmistificar inverdades que eu acreditava"
- "Que devemos valorizar os estudos"

#### Respostas: 16, 17 e 18 anos

- "Que tudo depende de conhecimento, e deste, podemos colocá-los em prática com muita responsabilidade"
- "Aprendi muito sobre drogas, como me prevenir durante uma relação sexual"

- "Várias coisas, tirei várias dúvidas. Aprendi mais sobre meu corpo e assuntos que envolvam o ser humano como: cidadania, sexo, sexualidade, drogas, etc."
- "Mais sobre métodos anticoncepcionais e efeito das drogas sobre o usuário"
- "A me expressar mais e expor minha opinião"
- "Muitas coisas que tinha dúvidas"
- "Como ser um jovem feliz"
- "Como relacionar com as pessoas"

**Respostas: 16, 17 e 18 anos**

- "Conhecer melhor meu corpo"
- "Que nem tudo é com a gente pensa e que para algumas coisas tudo tem seu devido tempo"
- "Aprendi a conviver melhor com o grupo, saber respeitar a opinião dos outros"
- "Sobre a cidadania e tudo o que relaciona etc. Nossos deveres, nossas obrigações como cidadãos. E a cidadania que há em nós"
- "Que todas as pessoas possuem duvidas e é bom ir em busca das respostas. Aprendi um monte de coisas legais e novas. Cada encontro era uma novidade"

**O que aprendi serve para:****Respostas: 11, 12 e 13 anos**

- "Parceiros sexuais"
- "Tomar bastante cuidado, relação sexual prazerosa, não poluir o ambiente e ficar com o corpo em forma, instruir outras pessoas do convívio"
- "Para vida toda"
- "Não fazer a coisa errada com a pessoa errada"
- "Minha vida daqui para frente"
- "Aprendi bastante coisa que serve para meu futuro"
- "Não usar as coisas que fazem mal para saúde"
- "O trabalho"
- "Não pegar doenças nas relações e não usar drogas"
- "Aplicar no meu cotidiano"
- "Para adquirir conhecimentos para toda nossa vida;"
- "Evitar ter filhos e não usar drogas"
- "Para minha convivência do dia-a-dia"

**Respostas: 14 e 15 anos**

- "Ter mais consciência para vida"
- "Ser um bom cidadão"
- "Ensinar outras pessoa"
- "Prevenir doença"
- "Para minha vida, nos meus atos e conviver bem"
- "Vai me ajudar em vários setores da minha vida. Meus relacionamentos, minhas atitudes, etc."
- "Meu conhecimento"
- "O meu futuro, e serviu pra aprender como vou me cuidar"
- "Drogas é um prazer que passa"
- "A minha vida e tudo e todos que giram á minha volta"
- "A formação de um adulto que tenha mais responsabilidade e possa instruir aqueles que necessitam da minha ajuda"
- "Tornar uma pessoa melhor, ajudar a não me envolver com coisas ruins como drogas, que pode muito bem ser substituídas por outras coisas"

**Respostas: 16, 17 e 18 anos**

- "O nosso dia-a-dia e que serve para serem levados ao resto da vida como aprendizado. Sexo e sexualidade são importantes porque sempre está presente na nossa sociedade"
- "Ser saudável, ter mais responsabilidade e consciência"
- "Saber como agir em certos momentos da minha vida"
- "Me comunicar mais com as pessoas, em grupo"
- "Para várias áreas da minha vida tanto sentimental, quanto familiar"
- "Serve para minha vida, para um bom convívio com as pessoas, evitar doenças e ajudar para eu adquirir sucesso em meu percurso"
- "Viver mais consciente e responsável com meus atos"
- "Evitar erros graves no futuro como a gravidez, a AIDS ou outras doenças"

**Participando desses encontros, me senti:****Respostas: 11,12 e 13 anos**

- "No primeiro dia eu me senti tímida, porque eram novas pessoas, novos assuntos, mas depois de algum tempo eu fui perdendo a timidez"
- "Bem participativa"
- "Muito bom eu aprendi coisas que eu não sabia"
- "Acho que me senti à vontade, pois tenho vergonha de perguntar algumas coisas a meus pais"
- "Alegre, ri muito, como se tivesse na escola, só que aprendi uma matéria legal"
- "Feliz por saber coisas que não sabia"
- "Livre para expressar minhas opiniões"
- "Alegre, tranquilo e informado"
- "Com vergonha"
- "Bem informado"
- "Muito melhor"
- "Solto para conversar"
- "Uma pessoa nova"
- "Aproveitei demais"

**Respostas: 14 e 15 anos**

- "Aprendendo muito mais coisas"
- "Feliz, livre e amadurecida"
- "Bem informada"
- "Adorei ter participado"
- "Á vontade para perguntar e expor minha opinião"
- "Envergonhada as vezes"
- "Menos tímido e mais comunicativo"
- "Muito bem, foi legal me relacionar com pessoas novas e ver também qual opinião dos garotos sobre certos assuntos"
- "Ótima comigo mesmo"
- "Mais preparada para vida"
- "Com muito mais ânimo para fazer tarefas diárias e conviver com meus amigos"
- "Confortável e tive prazer de estar aqui"
- "Eu consegui melhorar meu relacionamento"
- "A melhor pessoa em grande fase de aceitação pessoal"

**Respostas: 16, 17 e 18 anos**

- “No início me senti um pouco envergonhada, mas depois me senti muito bem de poder saber as coisas que são pouco discutidas na sociedade”
- “Bem á vontade, a forma com são tratados os assuntos são responsáveis e descontraídos”;
- “Bem, pois aprendi coisas novas ou relembrar é sempre bom”;
- “Ótimo, me diverti muito”;
- “Com liberdade de conversar assuntos que em minha casa não tenho oportunidade”;
- “Privilegiada”;
- “Á vontade para falar sobre sexo”;
- “Livre para falar de assuntos que tinha vergonha de comunicar”;
- “Muito feliz, mais animada e bem mais informada”;

**Do que mais gostei:****Respostas: 11, 12 e 13 anos**

- “Das dinâmicas”
- “De tudo”
- “Dos professores”
- “Dos vários assuntos e dos lanches”
- “Das amizades que criei, do aprendizado que eu tive, amei a ‘zuação’ e adorei conhecer melhor os professores”
- “Dos assuntos das drogas”
- “Dos filmes e das conversas”
- “Da paciência dos monitores”
- “Do lanche e das pessoas”
- “Das atividades em grupo e das aulas com cartazes”
- “Eu gostei de tudo e principalmente de fazer novos amigos”
- “Dos lanches” (várias repetições)
- “Das explicações”
- “Da sexualidade e de conhecer mais sobre mim”

**Respostas: 14 e 15 anos**

- “Conhecer pessoas diferentes;
- “Do lanche, há há há;
- “Eu gostei de tudo, mas para ser sincero o que mais gostei foi do lanche”;
- “Dos encontros práticos, como preservativo;
- “Dos vídeos;
- “Da forma com os assuntos foram abordados;
- “Das conversas em grupo, saber as opiniões de todos”;
- “Da descoberta do nosso corpo;
- “Achei muito legal a maneira com que o Dr. Fernando abordou os temas e a liberdade com que ele falava conosco”
- “Das amizades que fiz”

**Respostas: 16, 17 e 18 anos**

- “Eu gostei muito de falarmos de sexo e sexualidade, gostei de ter aprendido vários métodos que a gente desconhece, gostei das amizades, das conversas abertamente, gostei de tudo”
- “Do aprendizado sobre os assuntos falados e de conhecer outras pessoas”
- “Da batata-quente”

- “Da interação do grupo, os conteúdos retratados e as formas de aprendizagens”
- “Dos filmes como alerta para nós jovens, pois faz com que possamos ter uma cabeça mais segura em relação ao assunto que foi abordado”
- “Gostei muito quando falamos sobre o presente e futuro. E dos lanches também”
- “Quando todos participavam de tudo e das dinâmicas, das conversas e dos temas”
- “Gostei de tudo, mas o assunto mais legal foi sobre as drogas”
- “De tudo e é claro do lanche”
- “Do carinho da equipe”

**Minha relação com as pessoas do grupo:****Respostas: 11, 12 e 13 anos**

- “Foi ótimo, conversei com todos não exclui ninguém”
- “Tinha vergonha, mas fiz algumas amizades”
- “Ótima”
- “Muito boa”
- “Bem legal”
- “Foi mais ou menos”
- “Com alguns boa e com outros ruim”
- “Interessante”
- “Foi bom saber o que os outros mais gostam”

**Respostas: 14 e 15 anos**

- “Fiz grandes amigos e conselheiros”
- “Não falo muito”
- “Converso com todos”
- “Foi muito bacana, todos foram legais comigo”
- “Legal, eu me dei bem com o grupo”
- “Excelente”
- “Melhor impossível”
- “Nossa, foi ótimo, para mim foi uma das coisas que mais gostei”
- “Foi boa sem nenhuma intriga ou preconceito”
- “Algumas pessoas tive mais afinidade, mas gostei de todo mundo”
- “Harmoniosa e amigável”

**Respostas: 16, 17 e 18 anos**

- “Me relacionei muito bem com todos, cada um de nós possuímos características e valores próprios, com essas diferenças podemos repassar nossos conhecimentos”
- “Boa é muito bom fazer boas amizades”
- “Excelente, amigável de modo que foi muito proveitosa na aprendizagem”;
- “Ótima, nunca conversei assim”
- “Foi melhor do que pensei, adorei todos, foi ótimo”
- “Foi uma relação muito boa, pois o que tinha dúvidas eles me ensinaram”
- “Um relação amigável tanto com os jovens, quanto com os profissionais”
- “Válida! Tive a oportunidade de fazer vários amigos”
- “Legal! Dividimos experiências e pontos de vista diferentes”
- “Muito bom! Trataram-me com muito respeito”
- “Ótima! Porque foi aberta”
- “Muito agradável”

**Espero que:****Respostas: 11, 12 e 13 anos**

- “Sempre seja bom, com foi, que dure mais e que as pessoas possam participar mais”
- “Fazer novamente o PROSA”
- “Sempre ver meus amigos e as funcionárias”
- “No futuro eu passe isso para meus filhos”
- “Que possa levar isso para o resto da minha vida”
- “Reencontrar com as pessoas do grupo”
- “Que o PROSA continue alegre e informativo”
- “Que tenha próximo PROSA para maiores e chamar as mesmas pessoas que participaram desse para outros assuntos”
- “Troque a cor da camisa”
- “Melhorem cada dia mais, dou boa sorte e acho muito bonito o que eles fazem”
- “Que os próximos grupos possam discutir outros temas”
- “Que lembre de tudo isso na hora certa”

**Respostas: 14 e 15 anos**

- “Que continue passando as informações para outros adolescentes”
- “Poder usar os conhecimentos em nossa vida”
- “Tenha novamente”
- “Quem participar do PROSA aprenda como eu”
- “Eu mantenha contato com as pessoas que eu convivi. E que sempre leva elas como uma ótima lembrança que o PROSA me passou”
- “Os próximos participantes gostem como eu gostei”
- “O PROSA continue assim do jeito como ele é”
- “Eu mude o meu jeito de pensar”
- “Manter as amizades e aproveitar os conteúdos”
- “Espero que tudo que aprendi aqui possa servir para mim e para outras pessoas e que o PROSA continue, pois é uma ótima forma de conhecimento”
- “Que o programa não acabe e continue ajudando outros adolescentes, assim como me ajudou”
- “Tenha temas sobre: religião, namoro e família, violência e profissão”

**Respostas: 16, 17 e 18 anos**

- “Tudo que foi falado eu possa aproveitar o máximo de todos os acontecimentos da vida e saber interpretar o conhecimento que tive no PROSA em minha vida”
- “Este programa continue por anos, para que outras pessoas possam ter a oportunidade que tive de tirar dúvidas, conhecer ótimas pessoas e tratar dos assuntos de uma forma descontraída”
- “Possa colocar o aprendizado em prática e passar o mesmo para os meus amigos”
- “Possam continuar com o programa e convidar-nos para outros encontros em breves participações”
- “Quem vai fazer o PROSA aproveite muito, pois é ótimo conhecer as outras pessoas que estão junto com você”
- “Voltar ao PROSA”
- “Que novos jovens possam aprender como eu aprendi aqui”
- “Renovar minha forma de ver as coisas”
- “Continue sempre assim, vocês ouvindo e explicando todas as coisas para nós”
- “Tornar-me um cidadão melhor”
- “Passar para meu dia-a-dia tudo que aprendi”

**Do que menos gostei:****Respostas: 11,12 e 13 anos**

- “De explicar o que fiz”
- “De falar das drogas”
- “Do uso do crachá”
- “De ter terminado tão rápido”
- “Da conversa dos meninos chatos”
- “Da blusa”
- “Das aulas mais faladas”
- “Que são poucas reuniões”
- “De ficar esperando”
- “Da cor da camisa”
- “Da partes que falaram sobre sexo, a forma que me obrigaram a participar, de sentar no chão”

**Respostas: 14 e 15 anos**

- "Cor da camisa
- "Ser poucos encontros"
- "Ter perdido muita coisa no dia que faltei"
- "Falta de som"
- "Sentar no chão"
- "Ser por um dia por semana"
- "Dos filmes"
- "De apresentar as coisas"
- "Colocar em prática o uso dos métodos anticoncepcionais"
- "Do encontro de cidadania"

**Respostas: 16, 17 e 18 anos**

- “O uniforme”
- "Gostei de tudo, mas o que menos gostei foi do filme Diário de um adolescente"
- “Os filmes eram cansativos”
- “Colocar a camisinha no pênis de borracha”
- "Da duração do programa por ser muito curto"
- “Fazer cartaz”



**ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

**Parecer nº. ETIC 0374.0.203.000-10**

**Interessado(a): Profa. Cristiane de Freitas Cunha  
Departamento de Pediatria  
Faculdade de Medicina - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 22 de setembro de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Eficácia de um programa de saúde do adolescente em uma empresa privada de Minas Gerais"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Teresa Marques Amaral".

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG**

**ANEXO B - Aprovação do Conselho de Ética da Fundação FIAT**

ANS N° 36787-7

**APROVAÇÃO PARA PROJETO DE PESQUISA****TITULO DO PROJETO:**

EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE EM UMA EMPRESA PRIVADA.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:**

Fernando Libânio Coutinho  
CPF: 743375136-04  
Telefone: 3292-0220 / 8864-4661  
Correio Eletrônico: [flibanio@uai.com.br](mailto:flibanio@uai.com.br)

**OBJETO DA PESQUISA:**

Programa de Saúde do Adolescente – PROSA da Fundação FIAT

**INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:**

Universidade Federal de Minas Gerais

**APROVAÇÃO DA FUNDAÇÃO FIAT:**

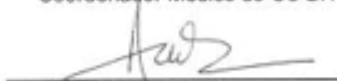
Estamos de acordo e autorizamos a realização do Projeto de Pesquisa, assim como a utilização do nome da empresa como referência para o mesmo.

  
Dra. Christiane G. Bretas    Dr. Beatriz F. Pedrosa    Dr. Isaias F. de Almeida

Comissão de Ética do CS BH



Dr. Leonardo Leite Amaral  
Coordenador Médico do CS BH



Dr. Alexandre Veloso  
Gestor da Saúde – Fundação FIAT

**DATA:** 04 de setembro de 2009