

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

**Avaliação do projeto de intervenção de Educação em Saúde em uma
escola do município de Santos.**

PATRÍCIA MATIAS PINHEIRO

Santos

(2012)

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

Avaliação do projeto de intervenção de Educação em Saúde em uma escola do município de Santos.

PATRÍCIA MATIAS PINHEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Meio Ambiente e Saúde

Orientador: Lourdes Conceição Martins

Santos

(2012)

PATRÍCIA MATIAS PINHEIRO

Avaliação do projeto de intervenção de Educação em Saúde em uma escola do município de Santos.

Aprovado em: _____

Nota: _____

Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins/Membro Interno

Presidente da Banca

Profa. Dra. Nilva Nunes Campina /Membro Externo

Membro da Banca Examinadora

Prof. Dr. Alfésio Luís Ferreira Braga / Membro Interno

Membro da Banca Examinadora

Não poderia deixar de dedicar essa dissertação ao meu marido e a minha “piolha”, que, esta, mesmo sem perceber, me ajudou a dividir o tempo entre suas prazerosas brincadeiras e cuidados e a elaboração desse trabalho.

Agradecimentos

Muitas são as pessoas que gostaria de agradecer...

Aos meus pais, que, mesmo distantes, têm sido meu porto seguro em todas as minhas aventuras, até nas mais ousadas;

Ao meu irmão pelo companheirismo;

Aos professores, direção, funcionários e alunos da escola Pedro II, pela gentileza de abrirem suas portas para que eu entrasse naquele espaço que era só deles, mas que por alguns meses fez parte da minha vida;

Em especial, minha orientadora, Profa. Lourdes por toda sua competência, dedicação, compreensão e amizade ao longo desses dois anos;

A todos os professores do mestrado de Saúde Coletiva da Unisantos;

Aos professores Nilva Campina e César pelas contribuições importantes para a realização da pesquisa;

A todos meu profundo agradecimento.

RESUMO

Objetivo: Avaliar estratégias de intervenção de Educação em Saúde para estudantes em uma escola municipal de Santos. Os temas escolhidos foram saúde sexual, saúde nutricional e dengue. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de intervenção. Participaram do estudo uma turma de 5^o ano, com 20 alunos, uma turma de 6^o ano com 13 alunos, uma de 8^o ano com 22 alunos e uma do 9^o ano com 17 alunos. Para cada turma desta foi escolhido um dos temas. O assunto saúde sexual foi dividida em DST-HIV e gravidez na adolescência com métodos contraceptivos. Foram realizadas oficinas e palestras educativas. A avaliação se deu pela aplicação de dois questionários. O primeiro continha dados sócio-demográficos e o segundo questões específicas de cada tema. Esse, foi aplicado antes e após às intervenções, para se avaliar o ganho de conhecimento, mensurado por meio do teste estatístico McNemar e o nível de significância considerado foi de 0,05. **Resultados:** Nas ações educativas de saúde sexual, os resultados se mostraram significantes, após as intervenções, no número de DST conhecidas ($p < 0,05$), no aleitamento materno ($p < 0,05$) como forma de transmissão, no conhecimento do período fértil ($p < 0,05$) e do anel vaginal ($p < 0,05$) e adesivos ($p < 0,05$) como métodos contraceptivos. Com relação à dengue, apenas o conhecimento de que se pode pegar dengue quatro vezes apresentou uma tendência à significância ($p < 0,07$). Com relação à saúde nutricional, houve melhora discreta do padrão alimentar, contudo apenas o consumo de carne vermelha no almoço mostrou diferença ($p < 0,05$). **Conclusões:** As oficinas se mostraram efetivas, principalmente, onde foi verificado maior mudança de conhecimento, contudo necessitando de continuidade e sistematização dessas ações educativas. Espera-se que esses adolescentes tornem-se multiplicadores dessas informações, contribuindo para uma melhora dos índices de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde, promoção da saúde, escolas.

ABSTRACT

Objective: Intervention evaluation strategies of Health Education for students in a municipal school in Santos. The themes chosen were sexual health, nutrition and dengue. **Methodology:** This is an intervention study. The study included a group of 20 fifth year students, a group of 13 sixth year students, a group of 22 eighth year students, and a group of 17 ninth year students. One of the themes outlined in the objective was chosen for each group. The theme of sexual health was divided into STD's/HIV, and teenage pregnancy with methods of contraception. The study was conducted in workshops and lectures and the evaluation was made by applying two questionnaires. The first with demographic data and the second theme-specific issues. These questionnaires were applied before and after the interventions to evaluate knowledge gain, and were measured by the McNemar statistical test. The level of significance considered was 0.05. **Results:** During the sexual health educational sessions, the results were significant after the interventions with respect to the number of STDs knows ($p < 0.05$), breast feeding ($p < 0.05$) as a means of transmission ($p < 0.05$), knowledge of fertile periods ($p < 0.05$), and the vaginal ring ($p < 0.05$) and adhesives ($p < 0.05$) as a contraceptive method. With regard to dengue, only the knowledge that people can get dengue four times showed a significant trend ($p < 0.07$). With respect to nutritional health, there was a slight improvement of consumption patterns, however, only the consumption of red meat at lunch showed a difference ($p < 0.05$). **Conclusions:** The workshops proved to be especially effective, as this was where a greater change in knowledge was found, yet continuity and systematization of educational activities is still needed. It is hoped that these teenagers will in turn pass on this information, contributing to an improvement in health indices.

KEYWORDS: Health education, Health promotion, schools.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

TABELA1- Perfil dos estudantes dos alunos do 9 ^o ano.	52
TABELA 2- Avaliação do ganho de conhecimento com relação aos modos de transmissão.	53
TABELA 3- Avaliação do ganho de conhecimento com relação às DSTs.	54
GRÁFICO 1 - Doenças Sexualmente Transmissíveis que apresentaram mudança de conhecimento após as intervenções.	55
TABELA 4- Perfil sócio-demográfico dos alunos do 6 ^o ano.	56
TABELA 5- Avaliação do ganho de conhecimento da dengue.	58
TABELA 6- Avaliação do ganho de conhecimento da dengue hemorrágica.	59
TABELA 7- Perfil sócio demográfico dos alunos do 9 ^o ano.	62
TABELA 8- Avaliação do ganho de conhecimento sobre gravidez e métodos contraceptivos.	63
TABELA 9- Avaliação dos alunos do 9 ^o ano sobre métodos contraceptivos conhecidos.	64
GRÁFICO 2- Métodos contraceptivos já conhecidos pelos alunos do 9 ^o ano.	65
TABELA 10- Perfil sócio-demográfico dos alunos do 5 ^o ano.	67
TABELA 11- Alimentos consumidos no café da manhã, pelos alunos, antes e após as intervenções.	68
GRÁFICO 3- Consumo alimentar dos alunos do 5 ^o ano no café da manhã.	69
TABELA 12- Alimentos consumidos no lanche da manhã, pelos alunos, antes e após as intervenções.	70
GRÁFICO 4- Consumo alimentar dos alunos do 5 ^o ano no lanche da manhã.	71

TABELA 13- Alimentos consumidos no almoço, pelos alunos, antes e após as intervenções.	72
GRÁFICO 5- Consumo alimentar dos alunos do 5º ano no almoço.	73
GRÁFICO 6- Consumo alimentar dos alunos do 5º ano no lanche da tarde	73
TABELA 14- Alimentos consumidos no lanche da tarde, pelos alunos, antes e após as intervenções.	74
TABELA 15- Alimentos consumidos no jantar, pelos alunos, antes e após as intervenções.	75
GRÁFICO 7- Consumo alimentar dos alunos do 5º ano no jantar.	76

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	13
1.1- Atenção Primária em Saúde	14
1.2- Promoção da Saúde	17
1.3- Educação em Saúde	21
1.4- Educação em saúde X Escolas	26
1.5- Temas importantes de Educação em Saúde nas escolas	31
1.5.1- Saúde Sexual	32
1.5.2- Saúde Nutricional	33
1.5.3- Dengue	35
2- JUSTIFICATIVA	37
3- OBJETIVOS	39
4- METODOLOGIA	41
5- RESULTADOS	51
6- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
6- CONSIDERAÇÕES	107
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
8- ANEXOS	125

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.

Paulo Freire

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A prática da Educação em Saúde (ES) vem sendo imensamente incentivada por órgãos nacionais e internacionais como sendo ferramenta indispensável para se alcançar a melhora das condições de saúde da população. Ela está inserida, principalmente dentro das ações preventivas em nível da atenção primária, aqui, no Brasil, mais utilizado em atenção básica de saúde.

Desde 1978, com a Declaração de Alma-Ata, onde o conceito de saúde foi refeito e visto como determinado por fatores socioeconômicos, a educação, contida nestes, está sendo considerado, talvez, o mais importante deles, na consolidação da saúde como um direito universal e na promoção desta.

Dessa forma, ao longo do texto, alguns conceitos como: atenção primária em saúde e promoção da saúde serão abordados com o intuito de contextualizar melhor a Educação em Saúde, visto que estes estão diretamente relacionados.

Será enfatizada, por meio de diversos autores, a evolução desse conceito, além da sua aplicabilidade no campo da saúde.

Dentre os locais utilizados para se educar em saúde, a escola tem sido considerada um espaço adequado para essa prática, visto que, crianças e adolescentes podem se transformar em potenciais multiplicadores de conhecimento e, desta forma, promover mudança para comportamentos saudáveis.

1.1. Atenção primária em saúde

Muitas são as estratégias usadas para tentar diminuir as taxas de adoecimento da população, dentre elas, a atenção primária em saúde (APS) vêm ganhando destaque entre as ações realizadas.

A atenção primária ganhou interpretações diferentes ao longo do tempo. Conill (2008) aponta duas concepções predominantes: a primeira consistiria em cuidados ambulatoriais, seria como porta de entrada para os serviços de saúde e, a segunda, como política de reorganização do modelo assistencial de forma seletiva ou ampliada.

A forma ampliada consiste, segundo Giovanella (2008) em serviços ambulatoriais de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, não especializados, incluindo amplo espectro de serviços clínicos e, por vezes, de ações de saúde pública, direcionados a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população. Ainda segundo a autora, a outra interpretação é de programas focalizados e seletivos com pacote restrito de serviços, que cobre determinadas necessidades de alguns grupos populacionais, principalmente os mais socialmente desfavorecidos.

A implementação desses serviços, a nível mundial, datam da década de 70, em Quebec e na Inglaterra, e Conill (2008) acrescenta que tiveram com o intuito maior, a racionalização da oferta, diminuição dos custos, facilitar o acesso e a coordenação dos cuidados.

De fato, essas duas concepções fogem do que foi preconizado inicialmente, em Alma Ata. De acordo com essa conferência, realizada em 1978, os

cuidados primários em saúde teriam função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária - que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação - e, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA –ATA, 1978)

Nesse sentido, a atenção primária é entendida aqui como uma dimensão que vai além da área da saúde. Ela compreende outras áreas tais como: educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Giovanella (2008) então reitera que a interpretação de Atenção Primária à Saúde, denominada de abrangente ou ampliada, corresponde a uma concepção de modelo assistencial de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado, centrado na Atenção Primária à Saúde com garantia de atenção integral.

No Brasil, o termo é mais utilizado como Atenção Básica de Saúde e, assim como em outros países, ela é também muito incentivada, principalmente após a criação do SUS. Em 2011, por meio da portaria nº 4.279, o Ministério da Saúde reafirmou o papel ordenador da Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). Dessa forma, o Brasil coloca a organização da sua atenção básica com base na concepção abrangente ou ampliada.

A principal estratégia para o fortalecimento da atenção básica no Brasil tem sido a Saúde da Família, criada em 1994. O Programa de Saúde da Família trouxe uma característica inovadora, segundo Paim (2011), que é sua ênfase na reorganização de unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas.

Para o Ministério da Saúde brasileiro (2012), as equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

A reorganização do Sistema Único de Saúde - SUS a partir da ampliação de sua rede de serviços de atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde (MS) (2012), trouxe avanços importantes na saúde e condição de vida da população brasileira. Hoje mais de 30.000 equipes atuam em todo o país, sendo responsáveis pelo cuidado em Atenção Primária em Saúde de mais da metade da população.

1.2. Promoção da Saúde

O conceito de promoção à saúde tradicional foi definido, inicialmente, a partir do modelo de Leavell & Clark (1997), na década de 40, no esquema da História Natural da doença, como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva.

Segundo esses autores, fatores como: educação, motivação sanitária, participação da comunidade, moradia, trabalho e lazer são extremamente importantes na promoção da saúde de indivíduos e grupos.

Contudo, o conceito de promoção da saúde sofreu modificações, estas relacionadas, também à mudança do conceito de saúde.

Desde a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada, em Ottawa, no Canadá, em 1986, a saúde é vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. (Carta de Ottawa, 1986)

A partir da Carta de Ottawa (1986), a saúde deixou de estar restrita a um completo bem estar físico, mental e social e não só ausência de doenças, como era conceituada pela Organização Mundial da Saúde – OMS (1976), e passou a ser determinada por fatores como: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade.

A carta de Ottawa, considerado o documento oficial de referência, quando se fala de promoção da saúde, mostra esta, como sendo determinada por fatores, antes não levados em consideração. A seguir, estão enumeradas, de forma sucinta, as estratégias de promoção à saúde, segundo esse documento:

- 1-Implementação de políticas públicas saudáveis;
- 2-Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- 3-Reorientação dos serviços de saúde;
- 4-Reforçando a ação comunitária;
- 5-Desenvolvimento de habilidades pessoais.

Em síntese, a partir de 1986, a promoção da saúde é considerada um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, visando sua melhora. Desta forma, a participação ativa da população é bastante encorajada por meio de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde. Nesse sentido surge o termo empowerment, que consistiria, então, nesse fortalecimento da comunidade. (CARTA DE OTTAWA, 1986)

O Brasil, por meio da constituição de 1988 compartilha desse novo conceito de saúde, intimamente ligado à promoção da saúde, quando, no texto constitucional tem-se que o sistema sanitário brasileiro encontra-se comprometido com a integralidade da atenção à saúde, quando suas ações e serviços são instados a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social.

Por fim, Heidmann, Almeida, Boehs et al (2006) também expõem essa estrita relação, de forma muito clara, quando falam que, a promoção à saúde desponta como “nova concepção de saúde” internacional em meados dos anos 70, resultado do debate na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença.

Assim, dentre todos esses novos fatores determinantes da saúde, a educação tem tido o poder de tornar as pessoas mais críticas e, desta forma, serem capazes de fazer as escolhas mais adequadas para sua saúde.

Isso, de fato, já era mencionado pela OMS (1994) da seguinte forma: “A essência da promoção da saúde é a escolha”, o que significa que os promotores da saúde devem informar ao público quanto aos méritos e deméritos das várias opções disponíveis ao público, e recursos devem estar disponíveis de forma a realmente possibilitar a opção escolhida.

Essa ideia de poder popular, vinculado à educação, muito antes, foi explicada por Freire (1967), quando diz que o empoderamento de uma comunidade tem a educação como a principal ferramenta para que a participação da comunidade seja livre, crítica e efetiva. Segundo ele, a educação possibilita ao homem a discussão corajosa de sua problemática e de sua inserção nesta, que o advertisse dos perigos de seu tempo, para que, consciente deles, ganhasse a força e a coragem de lutar, ao invés de ser levado e arrastado à perdição de seu próprio “eu”, submetido às prescrições alheias. O autor conclui então que, a educação teria de ser, acima de tudo, uma tentativa constante de mudança de atitude.

Assim, ainda segundo Freire (1967), quanto menos criticidade em nós, tanto mais ingenuamente tratamos os problemas e discutimos superficialmente os assuntos. Nesse sentido, a estratégia da educação em saúde é bastante incentivada e é considerada ferramenta importante para a promoção da saúde.

Segundo Oliveira (2005) o “poder” da comunidade, significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo primordial da promoção da saúde e, para

que chegue a esse patamar, a educação sanitária precisa ser implementada de forma mais efetiva.

Com o intuito de ratificar o compromisso do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde é lançado, no Brasil, em 2006, a Política Nacional de Promoção à Saúde.

Corroborando com as novas tendências relacionadas à saúde pública, já discutidas anteriormente, o MS-Brasil (2006) entende, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Aqui, fica claro, que essa política nacional objetiva articular outros setores que não só o da saúde para diminuir os riscos dos quais a população está exposta, como também, coloca a participação da comunidade como elemento fundamental no processo de promover saúde.

1.3 Educação em Saúde

A Educação em Saúde é tida, de acordo com Constituição Federal (1988), como condição básica e fundamental para a saúde. Historicamente, a educação em saúde, no Brasil, nem sempre foi colocada em prática de forma efetiva.

Levy et al. (1996) critica esse fato na 10ª Conferência Nacional de Saúde, quando fala que os Serviços de Educação Sanitária, quando muito, limitavam suas atividades à publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes; distribuíam na imprensa do país pequenas notas e artigos sobre assuntos de saúde; editavam periódicos sobre saúde; promoviam concursos de saúde e lançavam mãos dos recursos audiovisuais para difundir os conceitos fundamentais da saúde e da doença. Os esforços se concentravam, dessa forma, na propaganda sanitária e, neste setor, já bastante reduzido dava-se preferência às formas escritas, visuais, de propaganda, sem considerar o grande número de analfabetos no país, que era de 60%, em 1940. Esses analfabetos se concentravam como era de se esperar, nas baixas camadas das populações urbanas e no campo.

Essa fase ficou conhecida como higienista e que atingiu o objetivo do controle das epidemias, porém pela coerção e punição da população e não pelo envolvimento e necessidade sentida dos agentes sociais.

Somente a partir da década de 40 do século passado é possível visualizar, no Brasil, ações mais efetivas com relação à educação sanitária, contudo ainda longe do que estava sendo preconizado internacionalmente. Estas estavam bastante ligadas aos interesses da classe mais favorecida e de forma bem autoritária.

Somente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, por influência da reforma sanitária, o Ministério da Saúde do Brasil institucionalizou a prática da educação em saúde. Isso se deveu ao fato que, entre as diretrizes de integralidade, universalidade e equidade, preconizadas pelo SUS, as atividades de prevenção, curativas e de reabilitação estão inseridas dentro da primeira. E, desta forma, a educação em saúde permeando entre todas essas ações.

O primeiro modelo de educação em saúde, chamado tradicional ou preventivista tem como foco principal a prevenção de doenças. De acordo com Oliveira (2005), esse objetivo é alcançado por meio da persuasão dos indivíduos, para que esses adotem modos de vida saudáveis ou comportamentos considerados, pelos profissionais do campo da biomedicina, como compatíveis com a saúde.

O modelo preventivista mantém uma abordagem bastante individualizada, o que vai de encontro ao conceito de promoção da saúde, intimamente ligado à abordagem mais coletiva, com ênfase no aumento do “poder” da comunidade. Portanto, esse primeiro modelo tradicional de educação em saúde encontra diversas críticas.

Para MS-Brasil (2007), na medida em que as comunidades fortalecem a sua capacidade de tomar decisões e resolver problemas, mediante ação coletiva, as mudanças se refletirão no aumento dos indicadores de qualidade de vida e na redução de taxas de problemas sociais e de saúde. As comunidades que se vêem fortalecidas, desta forma, podem trabalhar para modificar os fatores de risco e as condições que ocultam muitos problemas de saúde, sendo assim a força que impulsiona a promoção de políticas públicas que facilitam os estilos de vida saudáveis.

Para estudiosos dessa área, como Oliveira (2005), a educação em saúde com ênfase no 'individual' pode ser questionada com base em, pelo menos, dois argumentos.

Em primeiro lugar, como não considera a influência do 'social' na determinação, estruturação e padronização das doenças, reduz a saúde, um produto social, a objeto passível de controle do indivíduo. Em segundo lugar, ao ignorar o 'social', parece considerar que todas as pessoas vivem nas mesmas condições estruturais e que, assim, todas são igualmente capazes de cuidar de si. Campanhas educativas em massas são os exemplos mais comuns dessa prática.

Indo ao encontro então dos novos conceitos de saúde, promoção da saúde e de educação, o modelo radical de educação em saúde propõe, para Oliveira (2005), que ao invés de trabalhar com os indivíduos, considerados como alvos isolados, busca atingir seus objetivos trabalhando com grupos. Há expectativas de que o ambiente de grupo facilite o aumento da consciência crítica devido ao seu potencial para promover a troca de ideias entre os sujeitos.

Oliveira (2005) acredita ainda que o diálogo criado em tal contexto resulte numa conscientização coletiva sobre as condições de vida e na compreensão do potencial do indivíduo e do grupo para a promoção da mudança.

O Brasil, através do Ministério da Saúde (2007), conceitua Educação em Saúde tornando por base o modelo radical. Assim, Educação em Saúde é um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de

soluções coletivas para os problemas vivenciados e sua “participação real” no exercício do controle social.

Essa consciência crítica e a “participação real” da comunidade contribuem cada vez mais para a afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Essa política pública, como é considerada a Educação em Saúde, tem proporcionado maior inclusão social, não somente por promover a apropriação do significado de saúde, enquanto direito por parte da população, como também pela promoção da cidadania, segundo o Ministério da Saúde (MS), Brasil (2007).

Ainda segundo esse órgão, para que as ações de Educação em Saúde sejam, de fato, efetivas, estas precisam ter uma perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença.

Esse novo olhar da educação é um contraponto à tradicional “educação bancária” imensamente criticada também por Freire (1987). Para esse importante pesquisador, na visão bancária da educação, o educador é o sujeito que conduz aos educando a memorização mecânica do conteúdo narrado. Dessa maneira, a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante.

Dessa maneira, os “alunos” não desenvolvem nenhuma habilidade de senso crítico, com relação ao que acontece ao seu redor, é meramente repassador de informações memorizadas, muitas vezes, passadas adiante, para sua

comunidade, como verdade absoluta a ser seguida, sem nenhum tipo de questionamentos.

Ainda segundo Freire (1987), a educação “bancária” anula o poder criador dos educandos ou o minimiza, estimulando sua ingenuidade e não sua criatividade.

O que a Educação em Saúde pretende alcançar, na visão de Araújo (2004), é que suas ações se tornem vinculadas ao exercício da cidadania na busca por melhores condições de vida e a saúde da população.

Dessa forma, é possível perceber que o conceito de Educação em Saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde. Os dois partem do pressuposto de que a saúde é socialmente determinada e que, por isso, necessitam da participação de toda a população, no contexto de sua vida cotidiana, pois aqui são encontrados todos os fatores que a influenciam, e não somente daquelas pessoas que estão sob risco de adoecer.

Por fim, Vasconcelos (2001) analisa que, após o movimento da reforma sanitária e da criação do SUS, o Brasil encontra-se em posição privilegiada quando se fala de Educação Popular em Saúde. Para ele, já existe uma razoável experiência sobre os caminhos da organização de serviços de saúde numa perspectiva de participação popular, a partir da metodologia da participação popular. A maior dificuldade, hoje, é a generalização dessa experiência, isto é, deixar de serem ações isoladas, que abrangem, ainda, uma pequena parcela da população, dada as dimensões gigantescas do nosso país, para serem ações institucionalizadas.

Ainda assim, Pedrosa (2001) coloca que, como maior obstáculo para atingir tal objetivo, é considerar que a participação popular, no âmbito das instituições, requer que o ator representante das classes populares, além de sujeito social, represente características necessárias para participar das arenas decisórias, acumulando suficiente poder político para viabilizar o projeto de intervenção na Educação Popular.

1.4 Educação em Saúde X Escolas

Segundo MS -Brasil (2007), por meio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a promoção da vida com qualidade está associada a um conjunto de valores, como equidade, cidadania e participação. Nessa concepção abrangente, inúmeros são os cenários para a implantação de ações que colaborem para a melhoria da qualidade de vida e de saúde das populações: a escola, os locais de trabalho e lazer, e acrescenta que, a escola não é o único lugar para construir cidadania, mas o desenvolvimento de indivíduos e sociedades depende cada vez mais da qualidade e oportunidade de educação sanitária.

As escolas e a prática da educação em saúde sempre estiveram bastante ligadas. A OPAS reconheceu esse importante espaço de difusão de conhecimentos, que é a escola, e lançou, em 1995, a iniciativa Escolas Promotoras de Saúde (EPS).

Estas têm por objetivo estimular a revitalização de saúde na escola. A finalidade principal foi de apoiar criação de condições propícias ao aprendizado e desenvolvimento humano integral, a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar

coletivo dos meninos, meninas, jovens e demais membros das comunidades educativas, segundo OPAS (2006).

Ainda para OPAS (2006), as EPS se fundamentam no desenvolvimento articulado e sinérgico de três componentes principais: educação para a saúde com enfoque integral; criação e manutenção de entornos e ambientes saudáveis; provisão de serviços de saúde, nutrição saudável e vida ativa.

Para que uma escola seja credenciada nessa iniciativa, ela precisa ter um programa saúde escolar no plano de ação da comunidade, no projeto educativo institucional ou nos planos nacionais regulares, além de desenvolver atividades de promoção da saúde nas áreas consideradas prioritárias.

São consideradas prioridades para EPS, segundo OPAS (2006): alimentação saudável (lanchonetes, cantinas ou refeitórios saudáveis); educação física (ampliação das horas dedicadas à atividade física, recreação e esportes, melhoramento dos espaços físicos); fatores psicossociais protetores (afetividade e sexualidade, educação em habilidades para a vida, relações interpessoais); uso de tabaco, álcool e outras drogas (declaração de espaços livres de tabaco, atividades educativas, prevenção); promoção de saúde bucal (instalação de espaços adequado para a escovação [“escovódromo”] ,atividades educativas); ambiente escolar saudável (melhoramento dos espaços físicos, educação ambiental, criação e conservação de áreas verdes).

É possível observar que tal iniciativa vai ao encontro do que a Declaração de Alma Ata incorporou à promoção da saúde: participação da comunidade e a prática da educação.

A OPAS (2006) analisa que uma das conquistas mais significativas da Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde é ter contribuído, durante os

últimos anos, para que as necessidades integrais da população infantil e juvenil em idade escolar tenham agora uma visão mais ampla nas agendas políticas, socioeconômicas e de saúde pública dos Estados Membros. Do mesmo modo, a Iniciativa promoveu uma compreensão continental maior sobre a indissolubilidade do binômio saúde-educação e o potencial estratégico que têm as escolas no fomento da saúde, do desenvolvimento sustentável, e do crescimento socioeconômico e espiritual dos povos.

Após 1997, observou-se que o número de escolas envolvidas aumentou, além de mudanças nas metodologias utilizadas. Um estudo realizado por OPAS (2001) com 19 países da América Latina e Caribe, mostrou que 94% dos países contam com políticas orientadas à promoção de saúde da população em idade escolar e em 82% deles existem políticas específicas relacionadas com a estratégia Escolas Promotoras de Saúde (EPS).

A pesquisa mostrou também a existência de uma gama muito ampla de temas tratados nas atividades de educação para a saúde, por exemplo: uso de drogas (94%); higiene pessoal, saúde sexual e reprodutiva, educação física e esportes (88%); HIV/AIDS, alimentação e nutrição, utilização dos serviços de saúde (82%); auto-estima, imunizações, manejo de desperdícios, habilidades para a vida (70%).

No Brasil, após a criação do SUS, e com ele, o incentivo à educação sanitária bastante aumentado, o primeiro programa nacional ligado à saúde dos escolares institucionalizado foi o Programa Saúde na Escola, este, em 1998, ampliado para Programa de Educação em Saúde.

De fato, o que se observou é que as ações iniciais relacionadas à saúde do escolar ainda estavam bastante ligadas ao modelo tradicional de educação em

saúde, e, mais que isso, estavam restritas ao setor saúde e à educação cabia apenas o papel de ceder o local e os “educandos”.

Esse fato é mencionado por MS-Brasil (2006). Nos últimos dez anos, o conceito e a prática de saúde escolar e da promoção da saúde tem mudado. Na década de 80, a crítica do setor de Educação em relação ao setor Saúde, de que este usava a escola para seus fins e não como uma aliada e parceira com o ideal de participar e integrar as ações da saúde na comunidade educativa se tornou mais contundente.

Dessa forma, MS-Brasil (2006) analisa que quando subsidiadas na sua implementação com a participação da comunidade, profissionais, instituições, diversos setores da sociedade civil e o próprio Estado, com vistas a ações locais sustentáveis, posicionam-se ao contrário da implantação de modelos tradicionais de programas de saúde escolar, que, no Brasil, ao longo de décadas, caracterizam-se por enfoques verticais, médico-terapêuticos, essencialmente assistencialistas, normativos, portanto medicalizantes e que deslocam, equivocadamente, da rede de saúde para o espaço da escola, equipamentos e recursos médicos.

Quando trabalhadas conjuntamente, é possível perceber a importância da escola no contexto de educação em saúde. Segundo MS-Brasil (2007), as escolas têm sido consideradas espaços sociais adequados para a promoção da saúde por seu potencial para produzir impacto sobre a saúde, comportamento e desenvolvimento de habilidades para a vida de seus funcionários, alunos e comunidades locais.

Para Camargo (2009), a escola significa um lugar importante para se trabalhar conhecimentos, habilidades e mudanças de comportamento, pois é local em que o adolescente permanece o maior tempo do seu dia. Portanto, torna-se um

local propício e adequado para o desenvolvimento de ações educativas, atuando nas diferentes áreas dos saberes humanos.

MS-Brasil (2007), ao mesmo tempo, pretende reforçar a ação intersetorial de políticas sociais, como de educação e saúde, que visem à requalificação e ao controle social das condições de saúde da comunidade escolar, à constituição de relações interpessoais mais solidárias e à implementação de políticas públicas que garantam opções saudáveis para o cidadão, desta e de gerações futuras, nos espaços sociais e de convivência.

Seguindo essa linha, MS-Brasil (2007) justifica a reativação do Programa de Saúde na Escola, instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. A escola é um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde entre crianças e adolescentes. Distingue-se das demais instituições por ser aquela que oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes: aqueles contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação, muitas vezes fragmentados e desconexos, mas que devem ser levados em conta por exercerem forte influência sociocultural; e aqueles trazidos pelos professores, constituídos ao longo de sua experiência resultante de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e se expressando em atitudes e comportamentos.

De acordo com esse programa, as ações de saúde desenvolvidas por ele devem perpassar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, tomando como base os seguintes aspectos:

I – Avaliação clínica;

- II – Avaliação nutricional;
- III – Promoção da alimentação saudável;
- IV – Avaliação oftalmológica;
- V – Avaliação da saúde e higiene bucal;
- VI – Avaliação auditiva;
- VII – Avaliação psicossocial;
- VIII – Atualização e controle do calendário vacinal;
- IX – Redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- X – Prevenção e redução do consumo do álcool;
- XI – Prevenção do uso de drogas;
- XII – Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- XIII – Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- XIV – Educação permanente em saúde;
- XV – Atividade física e saúde;
- XVI – Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar;
- XVII – Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

1.5. Temas importantes de educação em saúde nas escolas

Tendo como base as ações previstas no Programa de Saúde nas Escolas, alguns temas apesar de já bastante difundidos entre os jovens ainda mostram grande necessidade de serem trabalhados constantemente. Dentre eles, a sexualidade entre os adolescentes e a saúde nutricional para crianças, além de

agravos à saúde, que sejam recorrentes dentro das comunidades desses jovens, como doenças de alta prevalência, por exemplo, a dengue. A seguir, serão contextualizados, individualmente, esses temas relevantes dentro da educação em saúde nas escolas.

1.5.1- Saúde Sexual

Tomando por base esses conceitos, e sendo a escola um espaço ideal para a prática da educação em saúde, os temas relacionados à sexualidades como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e gravidez indesejada, em adolescentes, se tornam importantes dada à prevalência dessas doenças entre os jovens.

De acordo com MS-Brasil (2011), a taxa de incidência de HIV entre jovens de 15 a 24 anos é de 9,5%, com um total de 66.698 jovens infectados até julho de 2011. É importante ressaltar, que se observa, de acordo com os dados, que há tendência de aumento na prevalência da infecção pelo HIV nos jovens.

A OMS (2010) mostrou uma taxa de fecundidade de adolescentes de 15 a 19 brasileiras de 56 por mil nascidos vivos, considerada alta de comparada com países desenvolvidos, contudo, no mesmo patamar dos países latino-americanos.

Este tema assume grande relevância social, pela vulnerabilidade em termos biológicos e de condições de sobrevivência das crianças, pois sabe-se que a gravidez em idade muito jovem eleva os riscos de mortalidade para a mulher e seus filhos (IBGE, 2009).

O alto nível de desinformação, com relação às DSTs, detectado no estudo de Gomes e colaboradores (2002), podem ser reflexos da falta de uma educação sexual de qualidade, seja pela dificuldade de abordagem dos assuntos relativos ao

corpo e à sexualidade no núcleo familiar, seja pela ausência de programas educativos em escolas e serviços de saúde.

Em Santos, no ano de 2010, 11% dos nascidos vivos, tiveram mães com menos de 20 anos, de acordo com dados do DATASUS.(
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvSP.def>)

MS-Brasil (2000) partindo dessa diretriz aponta para esse sentido ao tornar acessíveis as informações sobre os meios de transmissão do HIV, e os métodos de prevenção seguros existentes são um dos componentes estruturantes da política de prevenção.

Nesse sentido, é possível encontrar diversas estratégias que utilizam a Educação em Saúde como referencial teórico. A literatura mostra a importância desta, principalmente, no enfoque preventivo das doenças. Contudo, a maneira de realizar essas ações precisam ser, de fato, efetivas para a população, necessitando, assim, de constantes avaliações.

1.5.2- Saúde Nutricional

O Brasil vem passando por mudanças no seu estado nutricional. A taxa de desnutrição infantil caiu vertiginosamente, enquanto, que a obesidade vem aumentando sua incidência, principalmente entre os adolescentes, levando ao aparecimento de doenças, antes restritas ao grupo adulto, como diabetes e hipertensão arterial.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (2002-2003) revelou que das crianças brasileiras de 10 a 19 anos, 16,7% tinham excesso de peso, 12,3% sobrepeso e 2,3% já eram obesas. A pesquisa realizada em 2008-2009 mostrou que

crescimento das crianças brasileiras, apresenta uma realidade que aponta na direção de índices de excesso de peso nas crianças brasileiras. Vale ressaltar que a realidade da evolução dos pesos medianos das crianças brasileiras sugere então uma atenção especial com a alimentação nesta faixa etária.

De acordo com Monteiro et al (2009), no Brasil, o perfil nutricional da população brasileira tem acompanhando o processo de transição nutricional que tem afetado inúmeros países. Observa-se importante redução das taxas de desnutrição infantil, segundo os principais inquéritos populacionais conduzidos no país. Entre os menores de cinco anos avaliados nas Pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde – PNDS, realizadas em 1996 e 2006, a prevalência da desnutrição foi reduzida em cerca de 50%, passando de 13,5% no primeiro inquérito, para 6,8% no mais recente.

Em contraponto, o incremento de alimentos pouco nutritivos e de alto valor calórico está aumentando, em muito, a taxa de obesidade na adolescência. Uma pesquisa realizada por Nascimento et al (2008), em uma escola pública do Rio de Janeiro, mostrou que 27% dos alunos adolescentes apresentavam peso acima do normal (15% com sobrepeso e 12% com obesidade). Outras pesquisas, como a de Wang et al. (2002) e Terres et al. (2006) também encontraram valores de obesidade preocupante entre os jovens.

O Programa de Saúde nas Escolas tem por objetivo acompanhar o estado nutricional dos escolares. MS-Brasil (2009) aponta que a realização dessa vigilância alimentar e nutricional representa um olhar atento sobre o estado nutricional e o consumo alimentar da comunidade.

Vasconcelos et al (2008) reforçam a importância da educação em saúde nutricional, quando fala que para redução dos problemas de saúde da criança e

índices de mortalidade é primordial a conscientização da tríade criança, família e escola quanto à relevância da alimentação saudável.

1.5.3- Dengue

A dengue, durante os últimos dez anos, tem se comportado, em caráter epidêmico, sempre com aumento de casos a cada ano. De fato, é de conhecimento de grande parte da população que a única forma de prevenir a dengue é por meio da eliminação dos criadouros do mosquito transmissor, visto que ainda não existe vacina eficaz contra o vírus e as medicações são apenas sintomáticas.

Os órgãos nacionais têm realizado bastantes campanhas educativas, confeccionando e distribuindo materiais informativos, além de aumentar o número de agentes de saúde e setores responsáveis estritamente para o controle da dengue.

Contudo, é bem contraditório que medidas simples de prevenção, bastante divulgadas, ainda não estejam incorporadas no cotidiano das pessoas, visto que o Brasil, não tem conseguido diminuir a incidência dessa doença secular. Há relatos sem diagnóstico laboratorial de epidemias desde o século 19. (<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>)

Silva et al (2011) amplia essa discussão quando afirma que no Brasil, as informações sobre a dengue circulam mais no verão. Após o período de maior infestação do mosquito, o trabalho de controle de focos assume uma frequência e cobertura menores, propagando a falsa ideia de que a dengue só ocorre naquela época do ano.

Observa-se, assim, um aumento de conhecimento da população sobre o assunto nesse período, sem a respectiva queda nas taxas de incidência da doença, dada as sucessivas epidemias de dengue.

De acordo com o Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo, em 2012, até o mês de abril ocorreram 9.885 casos de dengue. São Paulo está entre os dez estados com maior incidência da doença. Em Santos o número de casos até maio do mesmo ano foi de 232, todos com fonte de contaminação no próprio município.([http:// www. cve.saude.sp.gov.br](http://www.cve.saude.sp.gov.br)).

Em 2012, pela primeira vez, ocorreu uma melhora dos índices desse agravo. O balanço da dengue em 2012, realizado pelo Ministério da Saúde, revelou outros índices positivos no combate à doença. Houve diminuição de 91% nos casos graves da doença, que passaram de 11.845 em 2010, para 1.083 registros em 2012. Já o número total de casos teve retração de 58% - foram 286.011 casos da doença em 2012, contra 682.130 em 2010. Além disso, houve uma queda de 84% de óbitos, nos primeiros quatro meses de 2012, com relação ao mesmo período de 2010. (<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>)

Para MS-Brasil (2012), a principal ação que contribuiu para a diminuição dos casos da doença foi a qualificação das ações de prevenção, corroborando com o que foi dito anteriormente.

1.6 - Justificativa

A ideia de desenvolver este trabalho surgiu da grande necessidade e carência de informações por parte dos jovens a respeito de temas relevantes relacionado à saúde pública.

Selecionamos três temas, dado a prevalência e importância desses agravos na saúde dos jovens, aqui, entendem-se crianças e adolescentes. São eles: saúde sexual, saúde nutricional e dengue.

Como dito anteriormente, observa-se, em nosso país, uma alta prevalência de gravidez na adolescência e de doenças sexualmente transmissíveis entre os jovens, estas, que na maior parte das vezes, poderiam ser evitadas apenas com um conhecimento básico prévio.

Com relação à gravidez indesejada, esse problema acaba alcançando dimensões, para além da própria saúde dessas garotas, pois muitas das adolescentes abandonam a escola e se submetem a trabalhos onde suas capacidades são subaproveitadas, gerando problemas sociais sérios.

Conhecer também a pirâmide nutricional, os alimentos e sua importância no crescimento e na vida de cada um, é de extrema importância. Observa-se, em proporções cada vez maiores, crianças obesas que possuem alimentação de má qualidade e essa alimentação incorreta tem gerado sérios problemas de saúde nessa população.

A dengue foi escolhida para esse estudo por ser uma doença de alta prevalência, onde seu controle está eminentemente restrito ao campo da prevenção, e esta, intimamente ligada à questão educacional.

Entendemos que o aluno poderá ser o multiplicador na sua escola e na sua comunidade, levando aos demais um conhecimento mais profundo sobre esses temas específicos, e fazendo com que esses problemas de saúde pública, tão importantes para a população, vejam seus índices de ocorrência diminuídos.

No entanto, não basta somente que os jovens repassem informações de saúde aprendidas por eles. É preciso que estas sejam corretas, para que, de fato, tragam retorno nos índices de adoecimento dessa faixa etária. Assim é preciso avaliar efetivamente o conhecimento desses jovens, mesmo aqueles que já passaram por algum tipo de esclarecimento.

Desta forma, a pergunta-alvo desse estudo é como avaliar as intervenções de saúde realizadas com alunos dentro das escolas?

Assim, educadores em saúde, poderão saber quais pontos das suas ações de educação em saúde estão falhos ou quais obtiveram sucesso, assim como focalizar temas que, de fato, os jovens expressam dúvidas e quais são aqueles que eles já mostram conhecimento satisfatório, para que essas intervenções não se tornem repetitivas, contudo ineficazes.

OBJETIVOS

2. Objetivo geral:

Avaliar estratégias de intervenção de Educação em Saúde para estudantes em uma escola municipal de Santos.

2.1. Objetivos Específicos:

- Avaliar o conhecimento prévio dos alunos a respeito dos temas (saúde reprodutiva, saúde nutricional e dengue);
- Avaliar o conhecimento dos alunos sobre os temas posteriores às intervenções;
- Comparar antes e após as intervenções o conhecimento dos jovens a respeito dos temas;
- Analisar que pontos precisam ser enfatizados nas ações de educação em saúde, relacionados a esses temas.

METODOLOGIA

3. MEDODOLOGIA.

3.1. Tipo de estudo

É um estudo de intervenção. Os estudos de intervenção são aqueles em que o pesquisador manipula o fator de exposição (a intervenção), ou seja, provoca uma modificação intencional em algum aspecto do estado de saúde dos indivíduos, através da introdução de uma nova metodologia. (MEDRONHO, 2009)

3.2. Campo de estudo

O estudo foi realizado em uma escola de ensino fundamental do município de Santos. Esta foi escolhida pela Secretaria de Educação do município, por se tratar de uma escola que não continha projetos dessa natureza.

O colégio continha turmas do 1^o ao 9^o ano, distribuídos nos turnos de manhã e tarde. Este tinha uma peculiaridade: parte dos alunos era de outro município, dado que esta escola estava localizada próxima à divisa com outra cidade. Por esse motivo, ela apresentava uma taxa de evasão considerável. Além disso, o bairro em que ela está inserida é considerado de classe média alta da cidade, no qual, encontram-se os melhores colégios particulares do município. Segundo a diretora da escola: “alunos problemáticos desses colégios são transferidos para a escola em estudo”, desta forma, o corpo discente é bastante heterogêneo, principalmente com relação à renda familiar.

3.3 Amostra

As turmas escolhidas para a amostra foram indicadas pela direção da escola, por entender que se tratavam de grupos “problemáticos”, e que, por esse motivo, sempre eram excluídos de atividades extra-curriculares.

Participaram do estudo uma turma de 8^o ano (22 alunos), uma turma de 9^o ano (18 alunos), uma turma de 6^o ano (12 alunos) e uma de 5^o ano (21 alunos), perfazendo um total de 73 alunos. Portanto a amostra foi composta por 10,5% dos discentes da escola.

3.4 Coleta de dados

Os dados foram obtidos através dos questionários aplicados antes e após a realização das oficinas. Foram realizadas oficinas com os seguintes temas: DST-HIV com os alunos do 8^o ano, gravidez na adolescência com os do 9^o ano, saúde nutricional com alunos do 5^o ano e dengue com alunos do 6^o ano.

3.5 Instrumento de coleta de dados

Para atingir o objetivo de avaliação das intervenções, foram utilizados cinco questionários auto-aplicativos. O questionário sócio-demográfico foi igual para todos os alunos, e continha dados biodemográficos como idade, sexo, renda familiar, irmãos, hábitos, atividade física, escolaridade e, este, foi respondido por todas as turmas uma única vez. Os demais eram compostos por perguntas específicas para cada tema. Estes foram aplicados antes e depois à realização das oficinas, com o intuito de identificar a mudança de conhecimento dos alunos.

Os questionários de conhecimento continham de oito a dez questões de múltipla escolha. Foram elaborados pelos pesquisadores, baseado em outros

instrumentos de coleta de dados existentes, com o apoio de especialistas da área, adaptado para a faixa etária do estudo. Além disso, eles passaram por uma fase de pré-teste, a fim de detectar possíveis incoerências. Somente no tema saúde nutricional foi utilizado um questionário já validado.

3.6 Questões Éticas

Os alunos foram solicitados a criarem um codinome para a identificação dos questionários. Esses codinomes, escritos em um papel e grampeados juntamente com o nome verdadeiro era guardado pela pesquisadora, caso eles os esquecessem. Era necessário que os alunos se identificassem sempre com o mesmo codinome, para a comparação dos dados antes e após as oficinas. Além disso, foi encaminhado aos pais um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que seus filhos pudessem participar das atividades.

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos com o número de protocolo nº 181082011, de acordo com termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas realizadas com seres humanos. Também obteve autorização da Secretaria de Educação do Município de Santos.

3.7 Oficinas

Foram realizadas ao todo 17 oficinas, com duração de 50 minutos cada, divididas para os quatro temas:

- 1- DST-HIV
- 2- Gravidez na adolescência e métodos contraceptivos
- 3- Saúde nutricional
- 4- Dengue

A primeira e a quarta oficina foram de avaliação do conhecimento sobre o tema de estudo. A segunda e terceira foram oficinas de dinâmica, aula teórica, brincadeiras, música, vídeos, atividades diversas.

O método de ensino através de oficina, para Camargo (2009), favorece espaço de discussão, de troca de experiências pessoais e do grupo, partindo da realidade para a reflexão e o debate de suas próprias práticas. Com isso, pretende-se formar adolescentes multiplicadores do conhecimento.

Os recursos utilizados foram vídeos, criação de material didático, folders, panfletos, dinâmicas, entre outros. Entendemos que a criação de materiais mais ilustrativos poderia causar uma efetividade maior no conhecimento dos adolescentes, bem como uma divulgação na comunidade, gerando uma melhor qualidade de vida para a população e uma diminuição nas doenças que afetam tão seriamente esses jovens.

A Educação realizada através da utilização de métodos interativos de ensino e aprendizado vem cada vez mais sendo desenvolvida, em vista da evolução própria da humanidade. Somos mais visuais, guardamos mais o que vemos do que o que lemos. Aprendemos através de jogos que ajudam a desenvolver o raciocínio.

Com o recurso da internet, podemos obter em instantes qualquer resposta a dúvidas existentes.

Antunes (2011) mostra essa importância quando diz que uma pintura, um texto comum, uma música, sua letra ou sonoridade, um poema, o desenho, um dado estatístico em um gráfico, um mapa qualquer, uma planta, uma dança e outras formas de comunicação constituem “linguagens” que expressam ou podem expressar conteúdos e a sala de aula é o espaço ideal para que sejam as mesmas descobertas.

O autor reforça que é importante que o professor conheça outras estratégias de ensino e saiba alterná-las com aula expositiva, da mesma forma que um competente mecânico seleciona a ferramenta certa para consertos específicos.

Pretende-se com isso implantar políticas de educação continuada e contextualizada que poderão ser expandidas como exemplo para as demais escolas do município.

Para a participação do aluno em qualquer das oficinas era necessário que o mesmo entregasse à pesquisadora o TCLE assinado pelo pai e/ou responsável.

A seguir serão descritas as dinâmicas utilizadas para cada tema.

3.7.1 Dinâmica do tema: DST-HIV

Esta foi realizada em novembro de 2011, com alunos do 8^o ano do ensino fundamental. A turma era composta por 22 alunos.

Em um primeiro momento, após a aprovação dos pais, os alunos escolheram seus codinomes, e preencheram os questionários de dados biodemográficos e específico do tema.

Na segunda oficina foi realizada a dinâmica de contextualização do tema (dinâmica do semáforo) elaborada com base no Manual do Multiplicador do Ministério da Saúde, Brasil (2000).

Na semana seguinte (terceira oficina), abordamos o tema mais especificamente, utilizando recursos audiovisuais. Foi explicado as diversas DSTs, incluindo o HIV, suas formas de transmissão e prevenção. Após a explanação, os alunos questionaram alguns pontos e houve uma boa interação na turma.

Na última oficina os alunos responderam novamente o questionário específico de DST-HIV.

3.7.2 Dinâmica do tema: Gravidez na adolescência e métodos contraceptivos

Esta, foi realizada com uma turma de 18 alunos do 9^o ano. Foi realizada em março de 2012.

No primeiro encontro, os alunos responderam ao questionário biodemográfico e o específico do tema. Na segunda oficina foi abordado o tema “os aspectos emocionais e sociais de uma gravidez indesejada e aborto” através de uma dinâmica.

Na terceira oficina os sistemas reprodutores feminino e masculino foram o tema e na quarta oficina foi abordado “uso dos métodos contraceptivos”. Aqui foi passado para eles, com mais ênfase, os métodos mais indicados para adolescentes

e, por fim, foi feita uma dinâmica de encerramento chamada “dinâmica do semáforo” e a aplicação do questionário específico.

3.7.3 Dinâmica do tema: saúde nutricional

O tema saúde nutricional aconteceu no mês de abril de 2012, com 21 alunos de 5^o ano. Neste tema ocorreram cinco oficinas.

No primeiro momento, foi respondido o questionário biodemográfico e o questionário específico. Aqui, houve, uma diferença com relação às outras turmas, pois tivemos que aplicar juntamente com eles, explicando cada item, conforme recomenda Assis et al (2009), autores que validaram o questionário utilizado (QUADA).

No segundo momento, foi mostrado a pirâmide alimentar, por meio de recursos audiovisuais, enfocando a importância de cada grupo de alimento e as porções recomendadas de consumo por dia e onde esses alimentos podiam ser encontrados.

No terceiro e quarto encontro, a turma foi dividida em 6 grupos e proposta uma atividade para ser apresentada por eles. Essa atividade foi contabilizada como pontos extras na disciplina de ciências, o que os incentivou bastante a participar.

Dois grupos ficaram responsáveis por elaborar a pirâmide alimentar, dois confeccionaram pratos saudáveis (uma refeição e um lanche) e dois elaboraram tabelas de alimentos saudáveis e não-saudáveis. Depois, cada grupo apresentou para a turma, com as correções dos erros encontrados.

Na quinta oficina, eles responderam novamente ao questionário QUADA utilizando a mesma metodologia da aplicação anterior.

3.7.4. Dinâmica do tema: Dengue

Esse tema foi trabalhado em quatro oficinas com 12 alunos do 6º ano.

Na primeira oficina, como em todas as outras, foi passado o questionário biodemográfico e o específico de dengue. Depois, foi mostrado para eles o vídeo “ O mundo macro e micro do mosquito Aedes Egypti ”, elaborado pela FIOCRUZ.

Na segunda oficina abordamos o tema mais especificamente, apresentando uma descrição detalhada dos sinais e sintomas da doença, assim como formas de prevenção, depois foi distribuída para eles a cartilha “Santos Unidas contra a dengue”, elaborada pela secretaria de saúde do município.

No terceiro momento os alunos confeccionaram cartazes, que teriam que abordar as formas de prevenção da doença. À elaboração e apresentação dos trabalhos em grupos também foram atribuídos pontos extras na disciplina de ciências.

Na última oficina, os alunos apresentaram seus cartazes e responderam novamente ao questionário específico.

3.4.5. Análise Estatística

Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos. As variáveis quantitativas em termos de seus valores de tendência central e de dispersão. (CALLEGARI-JACQUES,2003)

Para se verificar mudanças no conhecimento antes e após as oficinas foi utilizado o teste de MacNemar. Pacote estatístico utilizado SPSS 17.0 for Windows.

O nível de significância foi de 5%.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Tema: DST-HIV

Os alunos, que foram sujeitos dessa pesquisa, cursavam o 8º ano do ensino médio. A amostra foi composta de 22 adolescentes, com idade média de 13,73 anos e desvio padrão de 0,77 anos, dividida equitativamente entre os sexos. Foram realizadas duas oficinas, abordando temas: sexualidade e DSTs.

Na tabela 1, encontra-se o perfil dos sujeitos da pesquisa. A maior parte dos alunos é da cor branca e da religião evangélica. Quanto às atividades de lazer prevalecem a TV, internet e música. A prática de atividade física é relatada por mais da metade dos alunos.

TABELA 1- Perfil dos estudantes dos alunos do 9^o ano.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	11	50,0
Masculino	11	50,0
Cor		
Branca	10	45,5
Preta	2	9,1
Religião		
Nenhuma	3	13,6
Católica	6	27,3
Evangélica	10	45,5
Outras	2	9,1
Atividades de lazer		
TV	17	77,3
Cinema	7	31,8
Música	15	68,2
Internet	17	77,3
Esporte	9	40,9
Prática de atividade física		
Sim	14	66,7
Não	7	33,3

Foi possível observar que o tema sexualidade entre os adolescentes ainda desperta curiosidade. Neste estudo, quase a totalidade dos alunos, 90,9% referiu se interessar por este assunto (sexualidade, sexo, DSTs e AIDS). A internet foi apontada por 77,3%, como o meio de comunicação mais utilizado por esses jovens para se manterem informado sobre sua saúde ($p < 0,05$).

Após as duas intervenções, foi possível observar um ganho de conhecimento importante com relação às formas de transmissão, principalmente quanto à amamentação, esta, variável estatisticamente significativa ($p < 0,05$), conforme mostra a tabela 2.

TABELA 2- Avaliação do ganho de conhecimento com relação aos modos de transmissão.

Variáveis	Antes Nº (%)	Depois Nº (%)	Teste de MacNemar p-value
<i>Beijo na boca</i>			
Não	15 68,2	20 (90,9)	$p > 0,05$
Sim	7 31,8	2 (9,1)	
<i>Transfusão de sangue</i>			
Não	7 (31,8)	3 (13,6)	$p > 0,05$
Sim	15 (68,2)	19 (86,4)	
<i>Uso de drogas sem compartilhar seringa e/ou agulhas</i>			
Não	12 (54,5)	12 (54,5)	$p > 0,05$
Sim	10 (45,5)	10 (45,5)	
<i>Uso de drogas compartilhando seringa e/ou agulhas</i>			
Não	7 (31,8)	4 (18,2)	$p > 0,05$
Sim	15 (68,2)	18 (81,8)	
<i>Relação Vaginal sexual</i>			
Não	8 (36,4)	5 (22,7)	$p > 0,05$
Sim	14 (64,6)	17 (77,3)	
<i>Aleitamento materno*</i>			
Não	21 (95,5)	7 (31,8)	$p < 0,05$
Sim	1 (4,5)	15 (68,2)	
<i>Durante à gravidez</i>			
Não	21 (95,5)	19 (86,4)	$p > 0,05$
Sim	1 (4,5)	3 (13,6)	

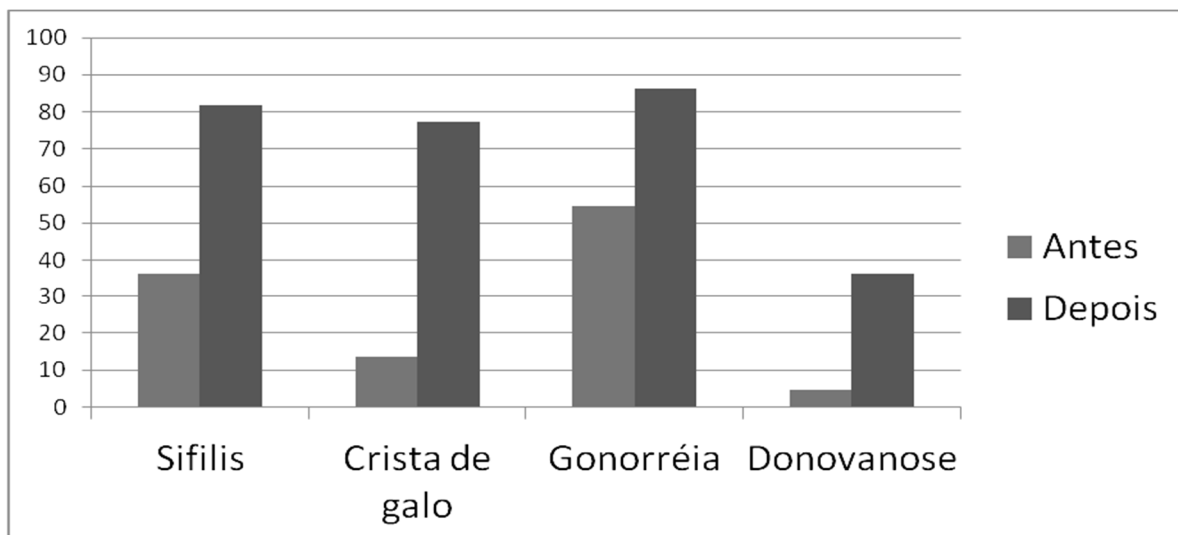
O resultado mais expressivo deste estudo se deu no aumento do número de doenças sexualmente transmissíveis conhecidas pelos alunos após as intervenções, como Sífilis, HPV, Gonorréia, Blenorrágia e Donovanose, mostrada na tabela abaixo.

TABELA 3- Avaliação do ganho de conhecimento com relação às DSTs.

Variáveis	Antes Nº (%)	Depois Nº (%)	Teste de McNemar p-value
<i>HIV</i>			
Não	3 (13,6)	-	p>0,05
Sim	19 (86,4)	22 (100,0)	
<i>Sífilis*</i>			
Não	14 (63,6)	4 (18,2)	p<0,05
Sim	8 (36,4)	18 (81,8)	
<i>HPV (Crista de galo)*</i>			
Não	19(86,4)	5 (22,7)	p<0,05
Sim	3 (13,6)	17 (77,3)	
<i>Gonorréia*</i>			
Não	10 (45,5)	3 (13,6)	p<0,05
Sim	12 (54,5)	19(86,4)	
<i>Herpes Genital*</i>			
Não	6 (27,3)	5 (22,7)	p<0,05
Sim	16(72,7)	17(77,3)	
<i>Donovanose*</i>			
Não	21(95,5)	14 (63,6)	p<0,05
Sim	1(4,5)	8 (36,4)	
<i>Hepatite</i>			
Não	15 (68,2)	12 (54,5)	p>0,05
Sim	7 (31,8)	10 (45,5)	

O gráfico 1, mostra também, de uma forma mais clara essa incorporação de conhecimento.

GRÁFICO 1- Doenças Sexualmente Transmissíveis que apresentaram mudança de conhecimento após as intervenções.



4.2. Tema: Dengue

Esse tema foi trabalhado com 13 alunos de 6^o ano do ensino fundamental da escola. A idade média foi de 11,77 anos, compreendidas entre 10 e 14 anos e desvio padrão de 1,36 anos. O perfil sócio demográfico está explicitado na tabela 4.

Observa-se que a maioria dos alunos era do sexo masculino e da cor parda. Quanto à religião a maior parte era católica ou protestante. Mais de três quartos dos alunos praticavam atividade física, e, como atividade de lazer, a maior parte indicou o cinema, pratica esportiva, internet, música e TV.

O trabalho com essa turma se tornou muito mais árduo e com resultados de pouca significância se comparado às outras, pelo fato de que, os alunos mostraram pouco interesse em participar, além de serem altamente dispersos e hiperativos.

TABELA 4- Perfil sócio-demográfico dos alunos do 6º ano.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	4	30,8
Masculino	9	69,2
Cor		
Branca	3	23,1
Preta	2	15,4
Parda	8	61,5
Religião		
Católica	4	30,8
Evangélica	4	30,8
Espírita	3	23,1
Nenhuma	1	7,7
Outras	1	7,7
Atividades de lazer		
TV	6	46,2
Religião	2	15,4
teatro/cinema	7	53,9
Música	6	46,2
Leitura	4	30,8
Internet	5	38,5
Esportes	8	61,5
Outras	3	23,1
Prática de atividade física		
Sim	11	84,6
Não	2	15,4

A tabela 5, corrobora com esse fato, dado que os resultados não se mostraram significantes com relação ao ganho de conhecimento. Somente o tópico sobre número de vezes que se pode contrair a dengue obteve uma tendência à significância com $p < 0,06$.

TABELA 5- Avaliação do ganho de conhecimento da dengue.

Perguntas	Antes		Depois		Teste de McNemar p-value
	n°	%	n°	%	
<i>Como a dengue é transmitida?</i>					
Picada do mosquito	3	42,9	7	58,3	p>0,05
Água Contaminada	3	42,9	4	33,3	
De pessoa para pessoa	1	14,3	-	-	
Pelo ar	-	-	1	8,3	
<i>Quais os sintomas?</i>					
Febre Alta	10	76,9	8	61,5	p>0,05
Dor de cabeça	9	69,2	6	46,2	
Dor no corpo	10	76,9	7	53,8	
Manchas vermelhas	9	69,2	6	46,2	
Coceira no nariz	4	30,8	3	23,1	
Espirros	6	46,2	2	15,4	
Diarréia	5	38,5	3	23,1	
<i>Como o mosquito procria?</i>					
Água limpa	-	-	2	15,4	p>0,05
Água parada	6	46,2	8	61,5	
Outras formas	6	46,2	2	15,4	
<i>Até quantas vezes pode contrair?</i>					
Quatro	1	10,0	8	61,5	p< 0,06
Outra Resposta	9	90,0	5	38,5	

O conhecimento sobre a dengue hemorrágica por ser a forma mais agressiva da doença foi bastante expressivo. Contudo, os sintomas relacionados a ela ainda se mostram confusos para os alunos, conforme mostra a tabela 6.

TABELA 6- Avaliação do ganho de conhecimento da dengue hemorrágica.

Perguntas	Antes		Depois		Teste de McNemar p-value
	n°	%	n°	%	
O que é dengue hemorrágica?					
Forma mais branda da doença	-	-	1	8,3	p>0,05
Forma mais grave da doença	12	100	11	91,7	
Sintomas da Dengue Hemorrágica					
Dor no fígado	7	53,8	4	30,8	p>0,05
Tonturas, desmaios	7	53,8	3	23,1	
Pele fria e pegajosa, suor frio	7	53,8	5	38,5	
Sangramentos	4	30,8	6	46,2	
Fezes escuras	5	38,5	2	15,4	
Espirros, tosse ou diarreia	8	61,5	5	38,5	

Quando perguntados quais as formas de prevenir a proliferação do mosquito transmissor, a maioria lembrou apenas de “não acumular água nas calhas do telhado”, com 53,8% e “não deixar expostos à chuva pneus velhos ou objetos que possam acumular água”, este com 61,5%.

É interessante resaltar que uma boa parte dos alunos (46,2%) ainda colocou o “compartilhamento de copos, talheres, toalhas e roupas de cama” ou “tossir ou espirrar perto de outras pessoas” como formas de se transmitir a dengue.

Contudo, após as intervenções, esse percentual melhorou, passando para 15,4%, apesar de, mesmo assim, não se mostrar significativo.

4.3. Tema: Gravidez na adolescência e métodos contraceptivos

Esse tema foi trabalhado com 17 alunos do 9^o ano do ensino fundamental. A idade média foi de 14,47 anos, compreendidos entre 13 e 18 anos e desvio padrão: 1,13 anos. O perfil sócio demográfico está na tabela 7.

Observa-se que a maioria dos alunos era do sexo feminino, e se diziam de cor parda. Quando perguntados sobre religião, houve uma maior prevalência de católicos e protestantes. Com relação a atividades de lazer, temos que os mais informados foram a TV, internet, e música. Um pouco mais da metade dos alunos relataram que praticam atividade física.

TABELA 7- Perfil sócio demográfico dos alunos do 9º ano.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	9	52,9
Masculino	8	47,1
Cor		
Branca	6	35,3
Negra	2	11,8
Parda	9	52,9
Religião		
Católica	7	43,8
Evangélica	7	43,8
Espírita	-	-
Nenhuma	2	12,5
Atividades de lazer		
Internet	11	64,7
TV	13	47,1
Música	9	41,2
Esportes	10	35,3
Outras	6	35,3
Prática de exercícios físicos		
Sim	9	56,3
Não	7	43,8

Percebemos que assuntos relacionados, principalmente, ao funcionamento do aparelho reprodutor feminino não era de conhecimento dos alunos. A tabela 8 explicita esses dados, mostrando aumento significativo de conhecimento sobre o período fértil.

O estudo mostrou ainda que a maior parte dos adolescentes ainda não teve sua primeira relação sexual e os preservativos masculinos foram usados pela maioria daqueles que já tem vida sexual ativa.

TABELA 8- Avaliação do ganho de conhecimento sobre gravidez e métodos contraceptivos.

Variáveis	Antes		Depois		Teste de
	n°	%	n°	%	McNemar p-value
<i>Em que período do mês as meninas têm mais chances de engravidar?*</i>					
Certo	7	41,2	14	82,4	p<0,05
Errado	10	58,8	3	17,6	
<i>O que é período fértil?*</i>					
Certo	7	41,2	13,0	76,5	p<0,05
Errado	10	58,8	4,0	23,5	
<i>O que são métodos contraceptivos?</i>					
Certo	5	29,4	8,0	47,1	p>0,05
Errado	12	70,6	9,0	52,9	
<i>Que tipo de método contraceptivo você utilizou nas últimas duas semanas?</i>					
Não tenho relações sexuais	8	47,1	9	52,9	p>0,05
Preservativos	4	23,5	3,0	17,6	
ACO	-	-	-	-	
Pílula do dia seguinte	-	-	-	-	
Outro método	-	-	-	-	
Não usou nenhum	5	29,4	5,0	29,4	

Com relação ao conhecimento acerca dos métodos contraceptivos conhecidos por eles, é possível perceber que os adolescentes conheciam bem, principalmente, aqueles mais divulgados na mídia. No entanto, não houve

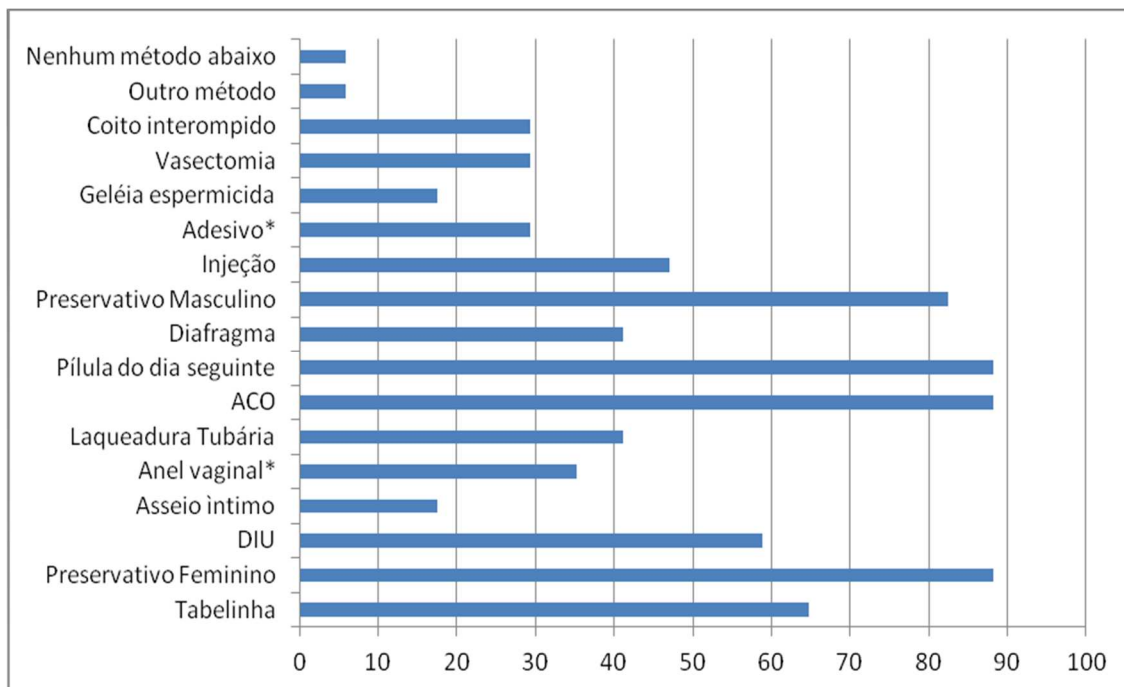
mudança de conhecimento significativa na maioria deles, restringido a apenas dois, conforme tabela 9.

TABELA 9- Avaliação dos alunos do 9º ano sobre métodos contraceptivos conhecidos.

Métodos	Antes		Depois		Teste de McNemar p-value
	nº	%	nº	%	
Tabelinha	11	64,7	9	52,9	
Preservativo Feminino	15	88,2	16	94,1	
DIU	10	58,8	11	64,7	
Asseio íntimo	3	17,6	4	23,5	
Anel vaginal*	6	35,3	17	100,0	p< 0,05
Laqueadura Tubária	7	41,2	6	35,3	
ACO	15	88,2	13	76,5	
Pílula do dia seguinte	15	88,2	11	64,7	
Diafragma	7	41,2	8	47,1	
Preservativo Masculino	14	82,4	11	64,7	
Injeção	8	47,1	12	70,6	
Adesivo*	5	29,4	11	64,7	p< 0,05
Geléia espermicida	3	17,6	4	23,5	
Vasectomia	5	29,4	8	47,1	
Coito interrompido	5	29,4	4	23,5	
Outro método	1	5,9	1	5,9	
Nenhum método acima	1	5,9	1	5,9	

O gráfico 2 mostra os métodos contraceptivos conhecidos anteriormente, mostrando que os preservativos e ACO foram os mais lembrados por eles.

GRÁFICO 2- Métodos contraceptivos já conhecidos pelos alunos do 9º ano.



A análise também revelou que 88,8% dos alunos estudados já sabiam que o único método com proteção dupla, ou seja, DSTs e gravidez, é o preservativo masculino ou feminino.

4.4. Tema: Saúde Nutricional

O tema saúde nutricional foi repassado para 20 alunos que cursavam o 5^o ano do ensino fundamental da escola. A idade média foi 10,2 anos, desvio padrão de 0,62 anos, compreendidos entre 9 e 11 anos. O perfil sócio-demográfico está explicitado na tabela 10.

Observa-se que mais da metade da turma era de meninas e da cor parda. Com relação à religião temos que a maior parte dos alunos são católicos ou não possuem nenhuma religião. As atividades de lazer mais citadas são a TV, internet e música. A maioria dos alunos afirma praticar alguma atividade física.

TABELA 10 – Perfil sócio-demográfico dos alunos do 5º ano.

Variáveis	nº	%
Sexo		
Feminino	11	55,0
Masculino	9	45,0
Cor		
Branca	5	26,3
Negra	5	26,3
Parda	9	47,4
Religião		
Católica	6	33,3
Evangélica	5	27,8
Nenhuma	6	33,3
Outra	1	5,6
Atividades de lazer		
Internet	11	64,7
TV	8	47,1
Música	7	41,2
Esportes	6	35,3
Religião	3	17,6
Outras	6	35,3
Prática de exercícios físicos		
Sim	9	63,2
Não	7	36,8

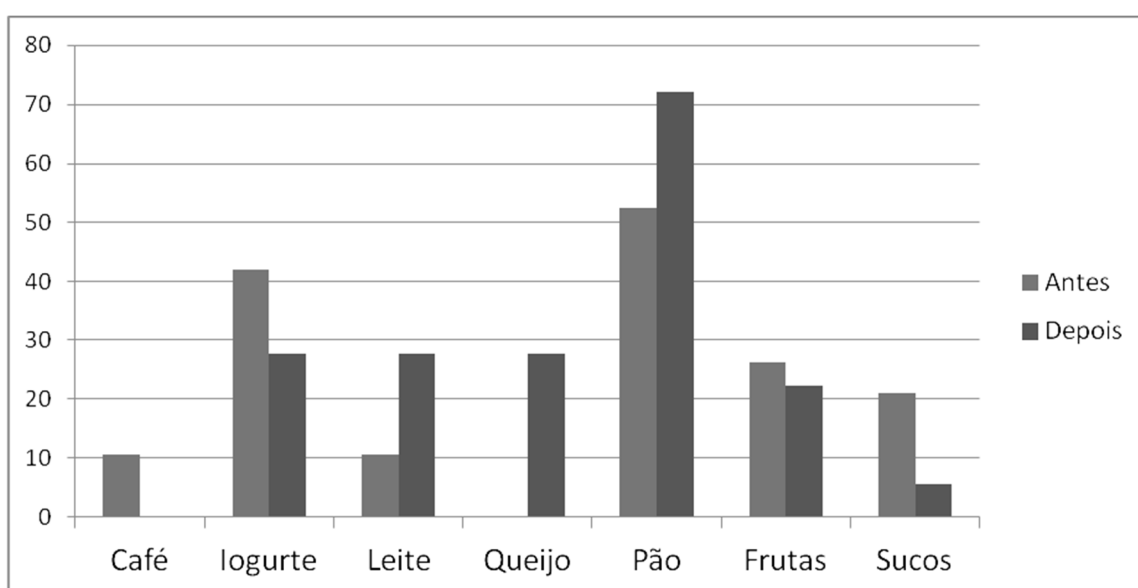
As tabelas a seguir mostram os alimentos consumidos pelos alunos em todas as refeições. O dia anterior de referência foi um domingo, caracterizando a alimentação das crianças em casa. O dia posterior às intervenções foi uma quarta-feira, que se caracteriza uma alimentação com participação da escola, visto que eles fazem o lanche da manhã e almoço lá.

TABELA 11- Alimentos consumidos no café da manhã, pelos alunos, antes e após as intervenções.

Alimentos	Café da manhã			
	Antes		Depois	
	n°	%	n°	%
<i>Café</i>				
sim	2	10,5	-	-
Não	17	89,5	19	100,0
<i>logurte</i>				
sim	8	42,1	5	27,7
Não	11	57,9	13	72,2
<i>Leite</i>				
sim	2	10,5	3	27,7
Não	17	89,5	15	72,2
<i>Queijo</i>				
Sim	-	-	3	27,7
Não	19	100,0	15	72,2
<i>Pão</i>				
Sim	10	52,6	13	72,2
Não	9	47,4	5	27,7
<i>Frutas</i>				
Sim	5	26,3	4	22,2
Não	14	73,7	14	77,7
<i>Sucos</i>				
Sim	4	21,1	1	5,5
Não	15	78,9	17	9,4

O gráfico 3 ilustra também esse perfil de consumo alimentar referente ao café da manhã. É possível perceber que as crianças têm um café da manhã rico em carboidratos, com poucas frutas. O pão e o iogurte são os alimentos mais consumidos por elas.

GRÁFICO 3 – Consumo alimentar dos alunos do 5^o ano no café da manhã.

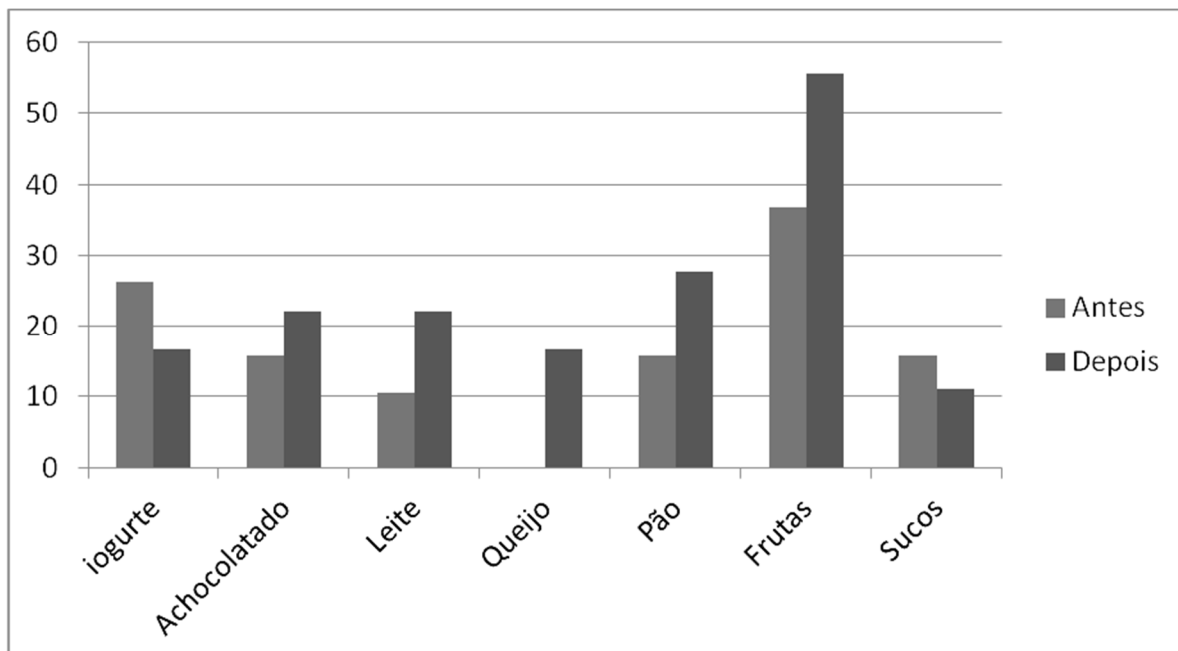


A tabela 12 e o gráfico 4 mostram a alimentação dos alunos no lanche da manhã. Aqui, houve um aumento expressivo de consumo de frutas. É importante chamar atenção para a baixa ingestão de alimentos ricos em cálcio como o leite e o queijo, restringido apenas ao iogurte.

TABELA 12- Alimentos consumidos no lanche da manhã, pelos alunos, antes e após as intervenções.

Alimentos	Antes		Depois	
	n°	%	n°	%
<i>logurte</i>				
Sim	5	26,3	3	16,7
Não	14	73,7	15	83,3
<i>Achocolatado</i>				
Sim	3	15,8	4	22,2
Não	16	84,2	14	77,8
<i>Leite</i>				
Sim	2	10,5	4	22,2
Não	17	89,5	14	77,8
<i>Queijo</i>				
Sim	-	-	3	16,7
Não	19	100,0	15	83,3
<i>Pão</i>				
Sim	3	15,8	5	27,8
Não	16	84,2	13	72,2
<i>Frutas</i>				
Sim	7	36,8	10	55,6
Não	12	63,2	8	44,4
<i>Sucos</i>				
Sim	3	15,8	2	11,1
Não	16	84,2	16	88,9

GRÁFICO 4 – Consumo alimentar dos alunos do 5º ano no lanche da manhã.

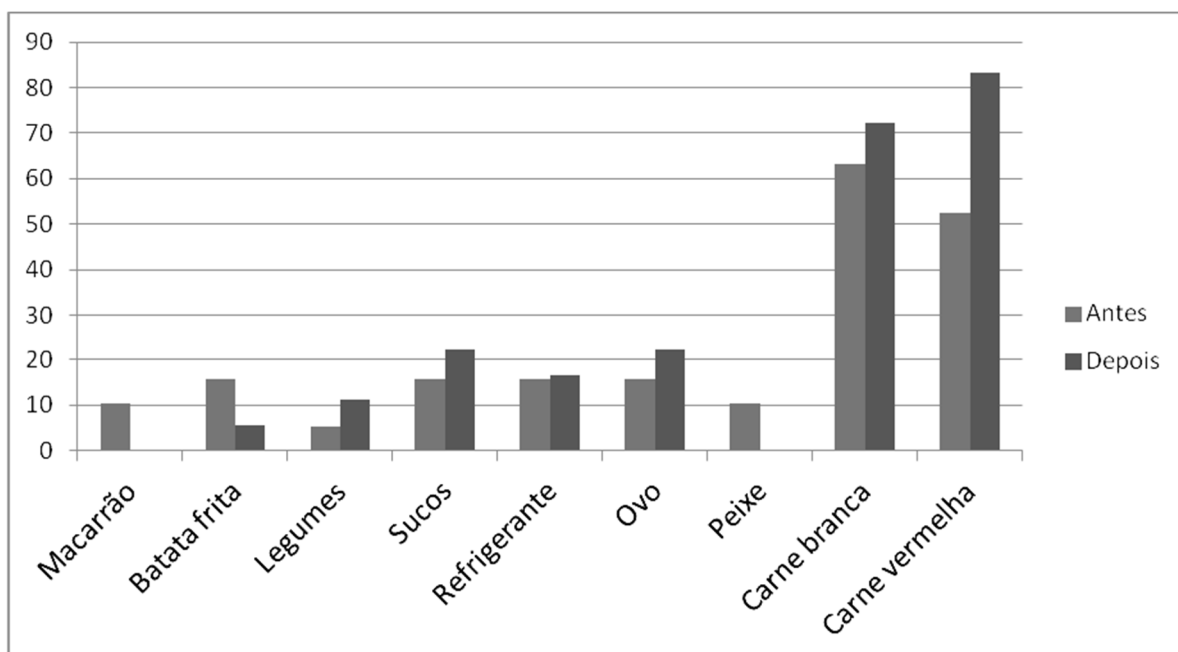


O almoço está caracterizado pela predominância de arroz, feijão e uma fonte de proteína (carne vermelha ou branca), com baixa ingestão de legumes e peixe, com aumento expressivo de consumo de carne vermelha ($p < 0,05$), conforme tabela e gráfico a seguir.

TABELA 13- Alimentos consumidos no almoço, pelos alunos, antes e após as intervenções.

Alimentos	Antes		Depois	
	n°	%	n°	%
Feijão				
Sim	7	36,8	9	50
Não	12	63,2	9	50
Arroz				
Sim	10	52,6	15	83,3
Não	9	47,4	3	16,7
Macarrão				
Sim	2	10,5	-	-
Não	17	89,5	18	100
Batata frita				
Sim	3	15,8	1	5,6
Não	16	84,2	17	94,4
Legumes				
Sim	1	5,3	2	11,1
Não	18	94,7	16	88,9
Sucos				
Sim	3	15,8	4	22,2
Não	16	84,2	14	77,8
Refrigerante				
Sim	3	15,8	3	16,7
Não	16	84,2	15	83,3
Ovo				
Sim	3	15,8	4	22,2
Não	16	84,2	14	77,8
Peixe				
Sim	2	10,5	-	-
Não	17	89,5	18	100,0
Carne branca				
Sim	12	63,2	13	72,2
Não	7	36,8	5	27,8
Carne vermelha				
Sim	10	52,6	15	83,3
Não	9	47,4	3	16,7

GRÁFICO 5 – Consumo alimentar dos alunos do 5^o ano no almoço.



Na tabela abaixo, mostra o consumo no lanche da tarde, com predomínio de alimentos calóricos, apesar da presença de frutas, com um aumento discreto após as ações de educação em saúde.

GRÁFICO 6 – Consumo alimentar dos alunos do 5^o ano no lanche da tarde.

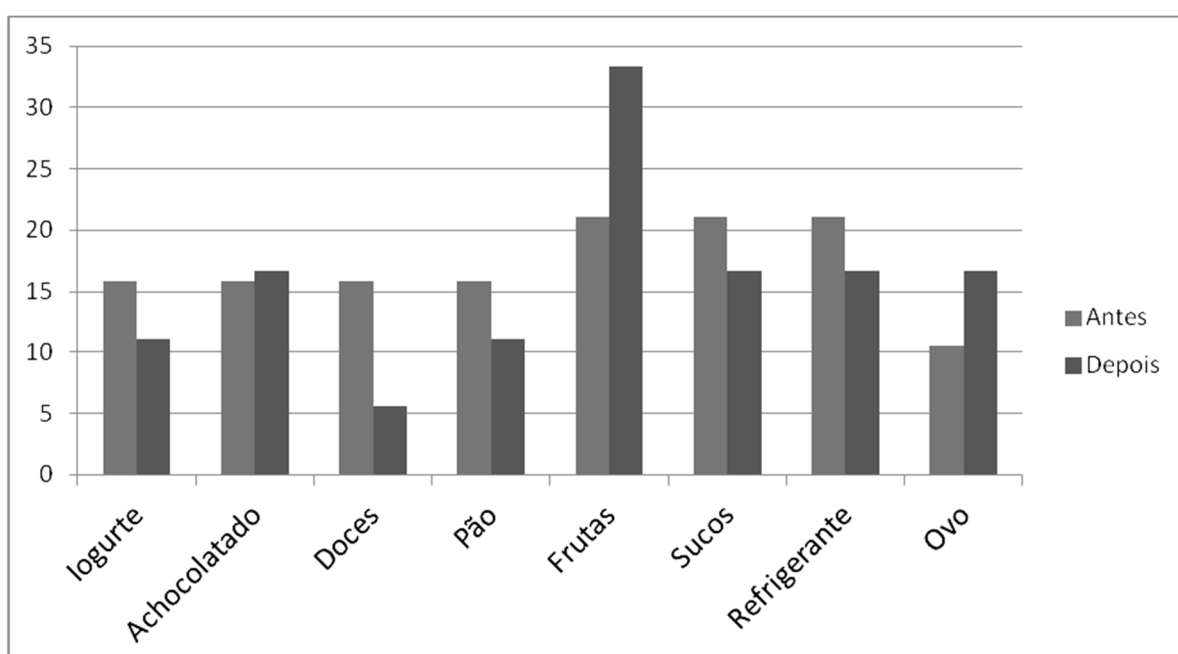


TABELA 14- Alimentos consumidos no lanche da tarde, pelos alunos, antes e após as intervenções.

Alimentos	Antes		Depois	
	n°	%	n°	%
<i>Yogurte</i>				
Sim	3	15,8	2	11,1
Não	16	84,2	16	88,9
<i>Achocolatado</i>				
Sim	3	15,8	3	16,7
Não	16	84,2	15	83,3
<i>Doces</i>				
Sim	3	15,8	1	5,6
Não	16	84,2	17	94,4
<i>Pão</i>				
Sim	3	15,8	2	11,1
Não	16	84,2	16	88,9
<i>Frutas</i>				
Sim	4	21,1	6	33,3
Não	15	78,9	12	66,7
<i>Sucos</i>				
Sim	4	21,1	3	16,7
Não	15	78,9	15	83,3
<i>Refrigerante</i>				
Sim	3	15,8	2	11,1
Não	16	84,2	16	88,9
<i>Ovo</i>				
Sim	2	10,5	3	16,7
Não	17	89,5	15	83,3

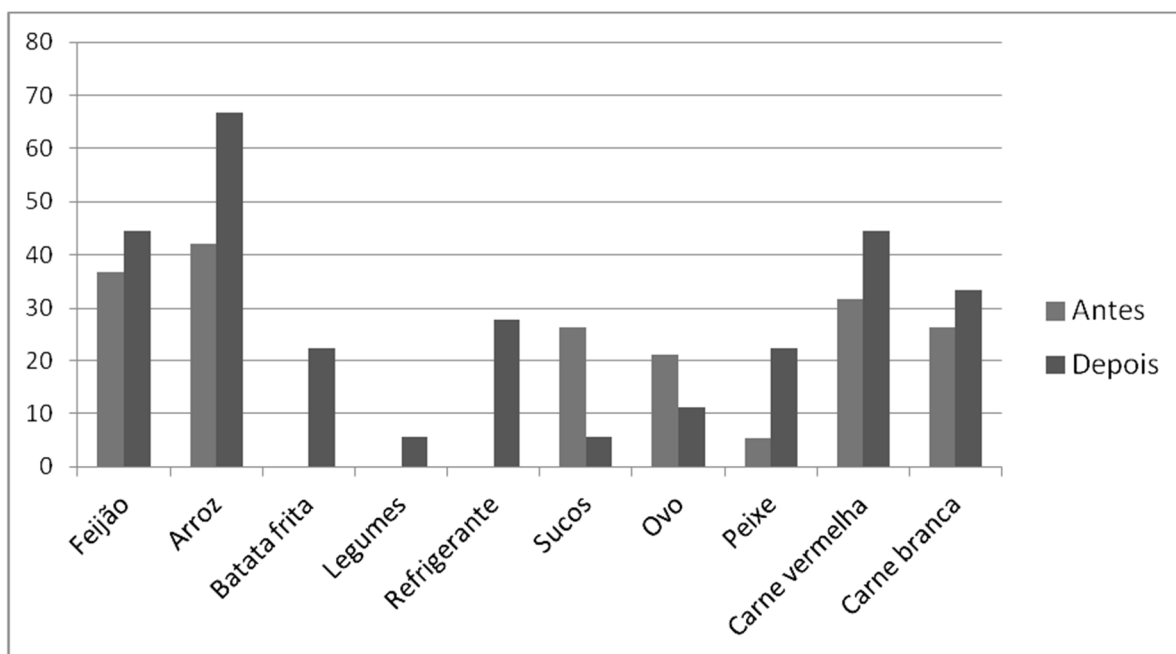
O jantar tem um perfil muito semelhante com o almoço, contudo, percebeu-se que após as intervenções houve aumento de consumo de carnes, inclusive o peixe, assim como de alimentos ricos em calorias como batata frita e refrigerantes.

TABELA 15- Alimentos consumidos no jantar, pelos alunos, antes e após as intervenções

Alimentos	Antes		Depois	
	n°	%	n°	%
<i>Feijão</i>				
Sim	7	36,8	8	44,4
Não	12	63,2	10	55,6
<i>Arroz</i>				
Sim	8	42,1	12	66,7
Não	11	57,9	6	33,3
<i>Batata frita</i>				
sim	0	0	4	22,2
Não	0	0	14	77,8
<i>Legumes</i>				
Sim	0	0	1	5,6
Não	18	100	17	94,4
<i>Refrigerante</i>				
Sim	0	0	5	27,8
Não	0	0	13	72,2
<i>Sucos</i>				
Sim	5	26,3	1	5,6
Não	14	73,7	17	94,4
<i>Ovo</i>				
Sim	4	21,1	2	11,1
Não	15	78,9	16	88,9
<i>Peixe</i>				
Sim	1	5,3	4	22,2
Não	18	94,7	14	77,8
<i>Carne vermelha</i>				
Sim	6	31,6	8	44,4
Não	13	68,4	10	55,6
<i>Carne branca</i>				
Sim	5	26,3	6	33,3
Não	14	73,7	12	66,7

O gráfico 7 também representa o jantar consumido pelos alunos do 5º ano.

GRÁFICO 7 – Consumo alimentar dos alunos do 5º ano no jantar.



Ao serem perguntados como se sentiam com relação aos alimentos, eles teriam que responder com base numa escala de 1 a 5, representados por carinhas de repúdio até de completa satisfação.

Os resultados mostraram que, anteriormente às intervenções, para frutas, a maioria (78,9%) referiu sentir-se completamente satisfeitos passando para 77,8% depois. Com relação a refrigerantes, antes 63,2% referiu completamente satisfeitos e, depois, 70,6%. Os legumes mostraram que 36,8% das crianças os repugnavam, passando para 22,4% e, com relação à arroz e feijão, anteriormente, 63,2% mostravam satisfação em comer esses alimentos, enquanto depois a proporção ficou em 61,1%.

DISCUSSÃO

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Tema: DST-HIV

Por meio desta pesquisa, foi possível observar que estes alunos estudados apresentaram conhecimento expressivo sobre DST, principalmente no que se trata do uso do preservativo como principal método preventivo. Esse resultado, de certa forma foi esperado, pelo fato de que o enfoque do uso do preservativo como prevenção é bastante trabalhado pelas campanhas educativas.

De maneira geral, os adolescentes mostraram um grau de conhecimento importante com relação a este tema antes das intervenções. Todos os jovens responderam corretamente sobre o que seria sexualidade, mostrando uma visão bem ampla desse conceito, não o restringindo apenas ao ato sexual. Além disso, todos os alunos mostraram a necessidade do uso do preservativo desde a primeira relação sexual.

A importância de saber o que os alunos já conheciam é falado por Freire (1996) quando diz que seja tão fundamental conhecer o conhecimento existente quanto saber que estamos abertos e aptos. Ensinar, aprender e pesquisar, lida com esses dois momentos do ciclo gnosiológico: o que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e o que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente. Por esse motivo, analisamos individualmente cada sujeito da pesquisa, por meio da sua identificação por codinomes.

A intenção de conhecer a bagagem que esses alunos já tinham tem como pano de fundo também a teoria do construtivismo da educação, conceituado por Becker (1992).

Segundo ele, o conhecimento é uma construção. O sujeito age espontaneamente, isto é, independentemente do ensino, mas não independentemente dos estímulos sociais, com os esquemas ou estruturas que já tem, sobre o meio físico ou social. Retira (abstração) deste meio o que é do seu interesse. Em seguida, reconstrói (reflexão) o que já tem por força dos elementos novos que acaba de abstrair.

No Brasil, assim como em outros países, tem aumentado o número de adolescentes que usam o preservativo. Paiva, Pupo, Barboza (2006), em sua pesquisa, apresentaram que a proporção de jovens menores de 20 anos que iniciaram a vida sexual usando preservativo masculino aumentou de 47,8% em 1998 para 65,8% em 2005.

Contudo, aqui, mostra-se perfeitamente que há discrepâncias entre o conhecimento desses jovens e a prática sexual que eles utilizam. De acordo com Ministério da Saúde do Brasil, em 2011, a taxa de incidência (casos novos) de HIV entre jovens de 15 a 24 é de 9,5% e, ainda de acordo com esse órgão (2005), 25,2% iniciam vida sexual antes dos 15 anos. Desta forma, pode-se inferir que muitos desses jovens, de fato, não estão utilizando o preservativo na primeira relação sexual.

Dessa forma, neste estudo, encontramos que as maiores lacunas de conhecimento estão focadas na relação entre o HIV e as demais DST, nas formas

de transmissão e, principalmente, o conhecimento acerca das inúmeras DST existentes, umas mais e outras menos graves.

Durante as duas oficinas realizadas, enfocamos a relação entre a transmissão do HIV e das demais DST, contudo esse resultado não se mostrou eficaz dado que, após a realização destas, 13,6% dos alunos ainda responderam que, após curado de uma DST, não há possibilidade de novas contaminações e apenas 68,2% referiram que é comum pessoas contaminadas com mais de uma DST, inclusive com o HIV. Dessa forma, justificamos esse achado, o fato de que dois encontros se tornaram insuficientes para abordar esse assunto com profundidade em todos os seus aspectos.

Com relação às formas de transmissão, nenhum aluno conseguiu assinalar todas as formas corretas nem antes e nem após as oficinas. Contudo, formas veiculadas popularmente como verdadeiras, tiveram alta porcentagem de acertos: aperto de mãos (95,5%), picada de inseto (95,5%) e beijo no rosto (100%). Esses dados são considerados bons, pelo fato de que, um estudo conduzido por Camargo, Ferrari (2009) aponta que grande parte dos adolescentes considera erroneamente como meios de prevenir as DST a “utilização de locais higiênicos” e “não usar banheiros públicos”.

Ainda de acordo com esses pesquisadores, a maioria dos adolescentes não conseguiu identificar todas as formas de transmissão (78,6% no pré-teste e 79,5% no pós-teste). No entanto, apenas 3,1% no pós-teste assinalaram alguma alternativa errada.

O aleitamento materno foi a forma de transmissão em que foi notada o maior ganho de conhecimento. Antes das oficinas, apenas 4,5% dos jovens responderam que o HIV poderia ser transmitido da mãe para filho, através da amamentação e, após as intervenções, esse número passou para 68,2%.

Em estudo conduzido por Nader (2009), também foi detectado porcentagem alta de adolescentes que desconheciam a transmissão vertical (18,1%). Por outro lado, Brêtas (2009) encontrou em sua pesquisa taxas bem maiores de jovens que conheciam essa forma de transmissão (48% em meninas e 30% em meninos).

A amamentação, assim como outras formas de transmissão vertical, seja através da gravidez ou parto, precisam ser melhor trabalhadas sua prevenção. O número de casos de AIDS notificados em crianças menores de 13 anos contaminados por transmissão vertical foi de 353 casos, em 2010, de acordo com o Boletim Epidemiológico DST-HIV de 2011.

Como foi referido anteriormente, o número de DST conhecidas, após as intervenções, aumentou significativamente. Nos questionários respondidos antes das oficinas, foi possível observar que algumas doenças eram desconhecidas pelos jovens.

Esse fato também foi visto por Dorreto, Vieira (2007) em seu estudo feito também com adolescentes. Os resultados indicaram que elas conhecem em média 5 a 6 doenças que podem ser transmitidas pelo contato sexual, sendo a AIDS citada por todas as adolescentes. No entanto, observou-se que muitas ainda

desconheciam doenças como a sífilis (35,6%), herpes genital (33,3%), gonorréia (30,0%) e HPV (27,7%).

No presente estudo, as porcentagens de jovens que conheciam outras DSTs se mostraram um pouco maiores: sífilis (36,4%), herpes genital (72,7%), gonorréia (54,5%) e HPV (50%). O HIV foi referido por 86,4% dos alunos, indicando também o sucesso das campanhas de informação, que acabam dando mais ênfase ao HIV, como doença sexualmente transmissível.

Essa melhora nas porcentagens dá-se ao fato de que esta pesquisa foi realizada com estudantes do 8º ano, onde foram ministradas aulas sobre esse assunto de forma curricular semanas antes do início da intervenção.

Outra pesquisa com metodologia parecida, também mostrou resultados congruentes. No pré-teste, a DST mais conhecida foi a AIDS (43,6%); já no pós-teste, foram citadas diferentes doenças (41,1%), evidenciando que os estudantes, após as oficinas tiveram a oportunidade de entrar em contato com outras informações sobre a diversidade de doenças transmitidas na relação sexual, além da AIDS. (CAMARGO E FERRARI, 2009)

De fato, existe um grau de desconhecimento grande entre os adolescentes, principalmente com relação a outras DST, que não o HIV. Isso torna-se preocupante dado que a adolescência é a faixa de idade que apresenta a maior incidência de DST.

Aproximadamente 25% de todas as DST são diagnosticadas em jovens com menos de 25 anos e a infecção pelo vírus do Herpes Genital (*Herpes simplex*

vírus) aumentou em mais de 50% junto a esta população, segundo Kaplan, Feinsteins, Fisher (2001).

Os dados disponíveis em âmbito mundial, discutidos por Brêtas, Oliveira, Aguiar (2006) revelaram que aproximadamente 40% das adolescentes sexualmente ativas foram infectadas pelo *Papilomavírus humano* (HPV), responsável pelo Condiloma Acuminado, que é uma doença infecciosa, conhecida como verruga genital ou popularmente chamada de crista de galo.

A escola foi apontada, pela maioria, como o lugar que eles se mantêm informado sobre esse tema (86,4%), seguida pela internet (72,7%) e televisão (63,6%). Contudo, ao compararmos essas respostas antes e após as intervenções, apenas houve mudança de comportamento com relação à internet, que se mostrou estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Esse fato explica-se, que após as oficinas, a internet se mostrou como o meio de comunicação mais próximo deles, para esclarecer suas possíveis dúvidas, visto que 77,3% referiu ter acesso em casa.

Esses resultados diferem de outros estudos, por exemplo, na pesquisa realizada por Bretas (2009) foi identificada que, a grande maioria dos adolescentes, com predominância do sexo feminino, tem como principais fontes de informação sobre as DST/Aids, em seqüência decrescente: a televisão; os professores; os veículos da mídia como: revistas, jornais e livros; amigos(as). Sobre este assunto, vale ressaltar, a baixa referência dos pais como fonte de informação sobre as DST (40,9%).

Bretas (2009) discute esses dados referindo que são importantes, pois além da figura do professor, que tem um papel simbólico significativo, esses

adolescentes estão tendo acesso a outras fontes (revistas, jornais e livros), o que nos leva a inferir a possibilidade de relação entre os meios de comunicação de mídia e a escola, representada pela figura do professor. Quanto à televisão, é preocupante o valor atribuído à mesma, tratando-se de um veículo com tão pouca interatividade.

Ainda sobre o mesmo assunto, é importante ressaltar que a família foi pouco citada como fonte de referência, o que é muito preocupante, pois esta não deveria estar tão fora do contexto educativo do adolescente.

5.2- Tema: Gravidez na adolescência e métodos contraceptivos.

A junção desses temas se deveu ao fato de que, conhecendo os métodos contraceptivos disponíveis no mercado, os adolescentes terão condições de fazer “escolhas informadas”, utilizando o método mais adequado para eles, a fim de evitar possíveis gravidezes indesejadas, estas mais concentradas nos jovens menos favorecidos conforme evidencia pesquisa do IBGE (2009).

Mesmo havendo uma queda na fecundidade em todo o Brasil, no entanto, continua preocupante a gravidez em adolescentes em situação de vulnerabilidade social, observando-se que, conforme dados do IBGE/PINAD/IPEA na série histórica 1992 a 2006, citado pelo Ministério da Saúde (2010), onde a taxa de fecundidade adolescente, em 2006, cresceu em 0,14 no quintil mais baixo economicamente.

Em 2009 a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada também pelo IBGE (2009) mostrou que 10,5 % das adolescentes de 15 a 19 já tinham pelo menos um filho.

Para a abordagem mais profunda desse tema com adolescentes, faz-se necessário que eles conheçam a fisiologia dos aparelhos reprodutores masculinos e femininos. Assim, detectamos nessa pesquisa que os jovens não dominavam esse assunto, dado a enorme porcentagem de erros observados. Quando perguntados sobre o que seria período fértil, 58,8% desconheciam, assim como, somente 41,2% da turma afirmou que o período do mês com maior chance de engravidar é entre uma menstruação e outra.

O estudo de Camargo (2009), realizado com metodologia semelhante mostrou que no pré-teste 51,1% dos meninos e 27,8% das meninas não sabem qual o período do mês que a garota pode engravidar.

Essa falta de conhecimento do corpo, principalmente o feminino, talvez se explique, pelo fato de que, 47,1% da turma afirmou que ainda não tinha vida sexual ativa, dessa forma, não se interessando em informações mais específicas, apesar de que esses temas devam estar inclusos no conteúdo programático das escolas.

Dentre as ações que os adolescentes têm direito nos currículos escolares na área da saúde sexual e reprodutiva, mesmo antes do início da atividade sexual, está a do acesso aos meios e métodos anticonceptivos para evitar a gravidez não desejada e de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Evidentemente, respeitando-se a liberdade individual de escolha, busca-se desenvolver entre os adolescentes comportamentos de prevenção e autocuidado. (IBGE, 2009)

O Ministério da Saúde do Brasil (2009) destaca que, embora a informação não seja o único determinante, ela é um importante componente da adoção de comportamentos sexuais mais seguros. O diálogo continua sendo,

reconhecidamente, uma das estratégias de promoção e da prevenção e técnicas como as rodas de conversa, os grupos operativos e o aconselhamento nos serviços de saúde, escolas, ONG e demais lócus da prevenção, são caminhos para a disseminação de informações que promovam a adoção de práticas seguras.

O perfil da turma com relação ao início vida sexual está de acordo com pesquisas nacionais. Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, realizada com mulheres, evidenciam que, a partir dos 12 anos, a curva da idade da primeira relação sexual inicia uma forte ascensão, com pico nos 16 anos de idade. Em 2006, ressalta-se que, até os 15 anos, 33% das mulheres pesquisadas já haviam tido relações sexuais, o triplo das relações ocorridas em 1996, na mesma faixa etária. Os homens jovens apresentam semelhança na idade mediana da primeira relação sexual (16,2 anos), com maior concentração entre 15 e 17 anos de idade.

Sobre o aborto, o conhecimento prévio dos alunos se mostrou satisfatório. 88,2% sabiam que este só é permitido, no Brasil, quando há risco de morte para a mãe e em situações de estupro. Deve-se ressaltar, que no período de realização da pesquisa somente essas duas situações eram legais. A descriminalização do aborto de fetos anencéfalos somente aconteceu em 12 de abril de 2012, período que a coleta de dados já havia terminado.

De forma genérica, o conhecimento anterior sobre métodos contraceptivos era bom. Contudo, em alguns tópicos importantes foram detectadas incoerências. 23,5% nunca ouviram falar sobre métodos contraceptivos, 29,4% afirmaram que eles sevem apenas para não engravidar, 11,8% falaram que eles

protegem apenas contra a AIDS e 5,9% achavam que só existem métodos contraceptivos para mulheres.

Os métodos contraceptivos mais lembrados pelos alunos foram o preservativo feminino (88,2%), anticoncepcionais orais diários (ACO) (88,2%), de emergência (88,2%). Os preservativos masculinos, mais difundidos na mídia do que os femininos, curiosamente, foram apontados por apenas 82,4% da turma.

Os alunos mostraram conhecer a maioria dos métodos contraceptivos existentes no mercado, a maioria apontou pelo menos seis. No entanto, 17,6% assinalou asseio íntimo como também sendo um. Apesar de alta, essa porcentagem apresentou melhora quando comparada a outros estudos. Brêtas (2009) encontrou uma taxa de 42% entre meninas e 43% entre meninos que referiram asseio genital como prevenção de doenças ou gravidez. Brêtas (2009) alerta para o perigo e equívoco dessa prática, havendo a necessidade, portanto, de orientações junto aos jovens.

Quando perguntados qual o método utilizado nas duas últimas semanas 17,6% respondeu preservativos, 11,8% outro método e uma alta porcentagem 23,5% referiu não ter usado nenhum.

O IBGE (2009) investigou, também, o uso de preservativos pelos escolares nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Dentre os 30,5% que tiveram relação sexual, 75,9% dos escolares disseram ter usado preservativo na última relação sexual.

O estudo de Doreto, Vieira (2007), apesar de realizado apenas com adolescentes do sexo feminino, revelou porcentagens bem diferentes das encontradas nesse estudo. 37,1% das meninas responderam ter usado preservativos e 26,5% ACO.

De acordo com Pedatrics (2007), ao longo das últimas duas décadas houve um aumento do uso do anticoncepcionais orais e injetáveis, além de preservativos masculinos por parte dos adolescentes.

O aumento do uso de preservativos tem aumento ao longo dos anos devido a um maior conhecimento de transmissão das DST e prevenção, principalmente, do HIV, e um maior conhecimento sobre métodos contraceptivos segundo Costa, Rosa (2009).

Pesquisa realizada por, Teixeira (2006), em três capitais brasileiras sobre o uso de preservativos, apontou, dentre outros, fator significativo, o maior tempo de vida sexual entre as moças. Aquelas que tinham sete anos ou mais de vida sexual apresentaram OR = 2,37 (IC95%: 1,09-5,14), quando comparadas com aquelas que tinham até três anos de vida sexual, explicando, em parte, o baixo uso entre os alunos do 9º ano, tendo em vista que a média de idade foi abaixo de 15 anos.

Em contraponto à maioria dos autores, a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira (PCAP), realizada pelo Ministério da Saúde (2011), revelou um ponto controverso e que vem sendo objeto de ampla discussão. Os dados desse estudo mostraram uma queda relativa do uso do preservativo na população em geral, quando comparada aos dados obtidos na PCAP de 2004. Observou-se que o uso do preservativo nas relações casuais deu-se

de forma mais frequente e em proporções mais elevadas nas faixas etárias mais jovens.

Apesar do crescente aumento do uso de preservativo, ao encontrarmos adolescentes neste estudo que não fizeram o uso de nenhum método (23,5%), nos mostra, contudo, que mesmo estando relativamente bem informados, ainda não incorporaram a prevenção na prática sexual, pelo fato de não se considerarem expostos aos riscos. Esta é uma questão a ser repensada dentro das ações de educação em saúde na área de saúde reprodutiva.

Martins (2006) reforça essa ideia quando diz que se o uso de preservativos aumentou entre os jovens, ele ainda não é usado por todos e nem em todas as relações sexuais, pois o seu uso depende, entre outros fatores, do envolvimento afetivo do momento, questões financeiras e de acesso aos métodos, bem como o grau de liberdade e autonomia alcançadas nesta faixa etária.

Os métodos mais conhecidos desses alunos são reflexos do que é mais enfatizado nas propagandas educativas e, de fato, esses são os mais recomendados para uso em adolescentes, excluindo os de emergência, que podem ser usados por eles mais com cautela.

Como dito anteriormente, houve aumento de conhecimento em alguns métodos, contudo apenas dois: adesivo e anel vaginal se mostraram significantes após as intervenções. Esses métodos ainda são pouco divulgados e, desta forma, desconhecidos da população em geral, além de terem um custo maior.

Os meios de comunicação mais utilizados, referidos por eles para consulta sobre métodos contraceptivos antes das intervenções, foram escola (70,6%), televisão (52,9%), internet (47,1%) e família (41,2%). Destes, o único que houve aumento foi a escola passando para 82,4%, mostrando assim a importância desse local na prática de educação em saúde.

Novamente, chama-se atenção da família, que não ocupa lugar de destaque na orientação de seus filhos em se tratando de temas de extrema relevância e que podem repercutir por toda a vida desses adolescentes.

Nota-se a importância que os meios de comunicação têm para os jovens na busca de informações. Assim Antunes (2011), reforça o novo papel que os professores devem assumir frente a essas mudanças.

Para ele, o extraordinário avanço dos meios de comunicação e a popularização dos saberes, associado ao que se sabe hoje sobre como a mente humana aprende, reclama por um professor que oriente seus alunos sobre como colher informações, de que forma organizá-las mentalmente, como definir sua hierarquia e, sobretudo, de que maneira transformá-las em conhecimento e, desta maneira, ampliar suas inteligências. (...) descobrir-se como um artesão que inventa soluções para desafios impostos pela massificação da informação.

5.3- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DENGUE

O tema dengue, apesar de não estar somente relacionado à saúde dos escolares é um tema importante para se tratar com eles, dado que essa doença tem

o seu controle restrito até os dias atuais, ao campo da eliminação dos criadouros do mosquito transmissor. A participação da comunidade é essencial para a efetivação das ações preventivas. Para tanto, ela precisa estar informada sobre os aspectos dessa doença, daí a necessidade da prática da Educação em Saúde (ES).

Esse papel relevante da ES como evidenciam Passos, Rodrigues, Dal-Fabro (1997); em estudo que realizaram sobre o efeito de uma campanha educacional para reduzir criadouros de *Aedes aegypti*, concluíram que esta reduz mais efetivamente que produtos químicos.

Contudo, para que essas campanhas sejam de fato efetivas, é preciso fazer com que esse conhecimento adquirido pela população seja incorporado na prática, através da realização das medidas preventivas no seu cotidiano e esse é o grande desafio atual.

Inúmeras pesquisas relatadas por Claro, Tomassini e Rosa (2004) explicam esse fato como o inadequado entendimento da cadeia de transmissão; a maior importância dada pela população e pelos órgãos de saúde às medidas de caráter curativo do que preventivo; o entendimento da dengue como uma doença benigna e passageira. É ressaltado, ainda, o fato de que o aumento na produção e no consumo de produtos e embalagens não recicláveis incrementa a produção de lixo e a proliferação de criadouros potenciais.

A dengue carrega uma peculiaridade. Por ser uma doença de cunho sazonal, ou seja, com um aparecimento maior de casos em certos períodos do ano, as ações educativas se concentram mais nesta época. Desta forma, não há

continuidade dessas ações, tão importante para a incorporação da atitude preventiva por parte da sociedade.

Rangel (2008) em sua pesquisa constatou isto quando fala que o modelo adotado por diferentes profissionais de saúde ancora-se ainda em um modelo de comunicação campanhista, pontual e descontínuo, que prioriza situações epidêmicas, quando seria importante que a dengue integrasse a pauta dos serviços de saúde durante o ano inteiro.

Nosso estudo relevou que os estudantes detinham um conhecimento anterior razoável, estando mais confusos com relação aos sintomas, tanto da dengue clássica como do tipo hemorrágica.

Observa-se que estudos que avaliam o nível de conhecimento dessa doença na população sempre revelam resultados positivos. Chiaravalloti (1997) encontrou que 74,9% das mulheres entrevistadas informaram que a transmissão da doença se dava pelo mosquito e 84,4% colocaram quatro ou mais sintomas corretos.

Uma investigação quantitativa sobre conhecimentos e práticas da população sobre a dengue foi realizada num subúrbio de Brasília, por intermédio de um inquérito. O nível de conhecimentos sobre a dengue mostrou-se satisfatório, tanto para donas-de-casa, estudantes, quanto trabalhadores. O mosquito foi considerado fonte de infecção para 60,80% dos entrevistados; a maior parte destes tinha conhecimento sobre as medidas para seu controle. (DEGALLIER et AL, 2000). Esta, com resultados parecidos aos encontrados nesse estudo.

Quando indagados sobre a sintomatologia, 69,2% deles mostraram conhecer pelo menos quatro sintomas clássicos, apesar da incorporação de sintomas não relacionados à dengue, explicitados melhor na tabela 5. Essa taxa está bem abaixo se comparados com outros estudos, diminuindo ainda mais, quando se tratou da forma hemorrágica, onde somente 53,8% informaram pelo menos três sintomas. Essa regressão também já foi encontrada por Claro, Tomassini, Rosa (2004).

Segundo esses autores, a análise dos resultados encontrados nos inquéritos mostrou níveis satisfatórios de conhecimento sobre a dengue nas populações estudadas. O conhecimento sobre os sintomas do dengue clássico foi maior que sobre o dengue hemorrágico, talvez por causa da incidência bem menor desta forma mais grave da doença, além de sua presença menos frequente nas mensagens informativas.

Contudo Santos, Cabral, Augusto (2012) o desconhecimento dos sintomas de agravamento da dengue é uma condição que pode ser modificada com a inclusão de orientações sobre sinais e sintomas da doença, com linguagem adequada para as pessoas.

Pesquisa realizada em São Luís, por Neto et AL (2006) ao informar os sintomas clássicos do dengue, 94% dos participantes referiram de dois a mais de três.

Com relação às medidas preventivas, as mais lembradas pelos estudantes foram as relacionadas com os reservatórios de água, apesar de 46,2% dos jovens afirmarem ainda medidas como “não compartilhar copos e talheres”; “não

tossir ou espirrar perto de outra pessoa” ou não compartilhar toalhas ou roupas de pano, evidenciando que as medidas preventivas ainda precisam ser melhores trabalhadas nas ações de educação em saúde relacionadas à dengue.

Esse resultado se mostra semelhante ao estudo feito por Santos, Cabral, Augusto (2012), onde o conhecimento sobre as medidas de controle individual mostrou-se regular para 50% dos entrevistados, sendo a proteção dos reservatórios de água e a adição de produto na água para eliminar as larvas as medidas mais referidas, enquanto o uso de telas, peixes, mosquiteiros e métodos mecânicos foram pouco citados.

Dessa forma, conclui-se que o conhecimento desses jovens, de maneira geral, mesmo após as intervenções estavam razoáveis quanto à participação do mosquito na transmissão da doença, no entanto, em relação aos sintomas de agravamento e o controle do vetor com medidas de prevenção, ainda são insuficientes, demandando ênfase desses tópicos nas ações educativas.

De modo geral, o que se percebeu dos resultados dessa turma foi o não acréscimo de conhecimento, inclusive, em alguns tópicos com regressão deste após as intervenções.

Como já relatado anteriormente, essa turma de 6^o ano se caracterizava por alunos “problemáticos”, conforme relatado pelos professores e diretoria da escola.

Ficou claro que todas as possibilidades tentadas pela escola de resgatar aqueles alunos “problemáticos” tinham se esgotado, restando apenas à tentativa de

“salvar” os demais. Assim, a solução encontrada foi a junção deles em uma única turma, dessa forma, os demais estudantes não se prejudicariam.

O aparecimento desse obstáculo encontrado no decorrer do estudo, que pode até ter enviesado os resultados desta turma, pelo fato dos alunos terem mostrado pouco interesse em cooperar, é justificativa para repensar o papel que a escola e os professores têm frente aos alunos e à sociedade.

Inúmeras são as razões para a desqualificação das escolas públicas. Cortella (2008) aponta duas causas: causas extra-curriculares (precárias condições econômicas e sociais da população, formação histórica colonizada, poderes públicos irresponsáveis ou atrelados aos interesses de uma elite predatória) e causas intra-escolares (uso não-reflexivo e crítico dos livros didáticos, seleção de conteúdos excessivamente abstratos e sem integração e culpabilização dos alunos pelo próprio fracasso)

Freire (1996) acrescenta ainda a formação e a prática cotidiana dos professores. Ele insiste em dizer que na formação permanente dos professores, o momento fundamental é o da reflexão crítica da sua prática. Para ele, pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática.

Travi, Oliveira-Menegotto, Santos (2009) salientam que a escola sofre os impactos das transformações sociais. Dentre tais transformações destacam-se as novas configurações da família. Atualmente, estamos diante de um declínio do exercício das funções parentais. O que vemos é, muitas vezes, a família delegando à escola responsabilidades que outrora eram culturalmente suas. O declínio do exercício das funções parentais gera impasses na constituição subjetiva, fazendo

com que as crianças cheguem às escolas com fraturas significativas no desejo de aprender. Muitas delas apresentam problemas de aprendizagem como sintoma, o que exige da escola um redimensionamento de suas práticas e processos. Paralelamente, a escola, na atualidade, está diante do imperativo que reza que ela deve ser para todos.

É notório que o problema não se restringe à escola, esses alunos não se mostram interessados em aprender por vários outros motivos, muito deles, de cunho social. Esse fato, encontrado nesta escola, nos remete à concepção da escola como reprodutora da desigualdade social, colocado por Cortella (2008).

Segundo esse autor, o pessimismo dessa posição se dá pela compreensão do papel unicamente discriminatório da Escola, desvalorizando sua capacidade como ferramenta para a conquista da justiça social.

O autor mostra que a atenção aguda à realidade social circunstante dos alunos é elemento basilar para a construção coletiva de uma escolarização que conduza à autonomia e à cidadania livre.

Cortella (2008) coloca então que a escola pode, sim, servir para reproduzir as injustiças, mas, concomitantemente, é também capaz de funcionar como instrumento para mudanças, criando espaços de inovação a partir das próprias contradições.

Dessa forma, o professor precisa estar qualificado para atuar junto aos vários modelos de educandos em nossa realidade social, senão acontecerá o aprofundamento das diferenças e a manutenção da injustiça (CORTELLA, 2008).

Por outro lado, Travi, Oliveira-Menegotto, Santos (2009) mostram a árdua tarefa delegada, principalmente aos professores, frente às inúmeras dificuldades encontradas por eles no exercício da docência. Para eles, "a escola torna-se cada vez mais o palco de fracassos e de formação precária". Isso porque as frágeis condições tanto estruturais quanto funcionais de muitas escolas contribuem em grande parte para o fracasso escolar. Tais escolas, na maioria das vezes, não conseguem lidar com as responsabilidades que lhes são delegadas. Nesse contexto, os professores, não raras vezes, se veem oprimidos, angustiados e com inúmeras incertezas, fato esse que, em geral, se reflete na relação com os alunos.

Quando encontramos resultados que nos leva a perceber que nossas intervenções não geraram conhecimento novo, o que era um dos nossos objetivos, nos remete ao fato já colocado por Freire (1996) de que transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é mesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador. E aprender, ainda segundo esse autor, significa construir, reconstruir, constatar para mudar. E ele coloca ainda que constatando, nos tornamos capazes de intervir na realidade, tarefa incomparavelmente mais complexa e geradora de novos saberes do que simplesmente a de nos adaptar a ela.

Assim, como esses alunos não passaram por esse processo de aprender-construir-reconstruir-constatar e mudar, eles sairão da escola sem competência nenhuma para pensar criticamente sobre a condição de vida, responsável pela não valorização dada, por eles, ao aprender. Desta forma, as diferenças sociais serão reproduzidas.

Falar que a escola então deva intervir na realidade na qual seus alunos estão inseridos, de fato, é uma tarefa muito árdua e que talvez sozinha ela também não seja capaz. Contudo, desafiar esses alunos, seja em qual momento for (educação em saúde, aulas ou qualquer outro), para que percebam, em termos críticos, a violência e a profunda injustiça da qual eles são vítimas, a escola já está colocando seu papel em prática de formar cidadãos.

Isso, segundo Freire (1996), deve ser incentivado dentro das instituições escolares. Sem deixar relegado para um plano secundário o ensino da escrita e da leitura das palavras, ou seja, dos conteúdos programáticos.

E com relação a estes, também alvos de muitas críticas, podem também serem os responsáveis pelo desinteresse que os alunos demonstraram em aprender, talvez por não enxergarem a incorporação desses conteúdos no seu cotidiano, portanto os vendo como não importantes.

Para que isso não aconteça, Antunes (2011) reforça que deve-se enfatizar a importância de explorar em todas as aulas as contextualizações, fazendo com que o aluno aprenda o distante com incontestável associação ao próximo; que perceba sua realidade e a realidade de seu meio é o cenário onde se aplicam os fundamentos aprendidos em outros ambientes ou em outros tempos. Ele coloca ainda que o professor, conhecendo seus alunos para e com eles, descubra e construa os exemplos das contextualizações que proporá.

Cortella (2008) aprofunda o objetivo dos conteúdos curriculares, que devem possibilitar uma compreensão de sua própria realidade e seu fortalecimento

como cidadãos, de modo a serem capazes de transformá-la na direção dos interesses da maioria social.

Outra solução, colocada por Machado (2002) para a diminuição desses percalços encontrados pela educação na efetivação de seu papel formador, é um processo contínuo de envolvimento dos pais e de entidades representativas da comunidade. Cada escola deve construir sua identidade, elaborar seus programas, tendo em vista valores educacionais maiores, bem como o interesse coletivo.

Corroborando com o papel conjunto que deve existir entre a escola e a sociedade, Travi, Oliveira-Menegotto, Santos (2009) refere que as causas para o fracasso escolar situam-se em "três ordens: sociológica, psicológica e pedagógica". Esses fatores se conjugam e são interdependentes. Os autores ainda apontam a necessidade de se apropriar da interação desses fatores e compreender seus elementos intercambiáveis para, então, entender seus efeitos no fracasso escolar. Para tanto, é necessário que haja um olhar mais amplo para as questões do fracasso escolar. Olhar que se volte para o entendimento do sistema escolar atual e para a compreensão dos processos de aprendizagem, o que aponta para a importância de um trabalho articulado e interdisciplinar, no espaço escolar ou não escolar, buscando conceber sujeito e instituição na sua integralidade, sem desconsiderar as suas singularidades.

Cortella (2008) mostra então a importância do conhecimento do contexto de vida, na qual os alunos estão inseridos, quando diz que a atenção aguda à realidade social circundante dos alunos é elemento basilar para a construção coletiva de uma escolarização que conduza à autonomia e a cidadania livre.

Na verdade, é preciso que os educadores consigam analisar com calma as razões que estão levando esses alunos ao desinteresse ou à indisciplina e discutir profundamente com eles, com as famílias e com a escola, essa postura em sala de aula.

No contexto da realização desse trabalho, outro importante ponto a se refletir é o processo de articulação das políticas de saúde e educação, historicamente marcada por desencontros, apesar da integração entre dois campos serem tão próximos no cotidiano, mas distantes na compreensão do papel de cada um dentro da Educação em Saúde.

Hegemonicamente, a saúde é tratada conforme o modelo biomédico, ou seja, a ênfase maior está na prevenção das doenças e a cura. Somente a partir dos novos conceitos atribuídos à saúde, conforme discutidos na introdução deste trabalho, que houve a necessidade de se pensar num olhar ampliado sobre os processos de adoecimento e a singularidade das possibilidades terapêuticas que não estão necessariamente no plano da medicalização, conformando dimensões sociais, culturais, espirituais e também pedagógicas. (DANTAS, RESENDE, PEDROSA, 2009)

A partir do momento que a saúde é determinada por múltiplos fatores, necessitando que a população se torne responsável por sua própria saúde, a educação é considerada grande aliada, fomentando a criticidade nas pessoas e, desta forma, sendo capaz de auxiliar o setor saúde nesse processo.

Nesse contexto, é que se consegue enxergar o real papel da educação segundo Dantas, Resende e Pedrosa (2009), a escola, a partir do seu compromisso

com a formação humana e técnica, tem papel fundamental neste processo de transformação das concepções e práticas relacionadas à saúde, ao propor um processo educativo que considere a historicidade, a intersetorialidade e a constituição de redes de proteção integral.

Dessa forma, é preciso sair do modelo onde a educação somente empresta o local e o público para a saúde, para conjuntamente assumirem a responsabilidade da gestão dessa parceria. Dantas, Resende, Pedrosa (2009) aponta que o principal obstáculo disso é a organização de processos de trabalho intersetoriais e interdisciplinares, além da compreensão de que esses campos estão interconectados com a vida em sua complexidade, e a ousadia de assumir, em conjunto, a gestão e a responsabilidade sobre estes movimentos, que não estão necessariamente no plano da medicalização, conformando dimensões sociais, culturais, espirituais e também pedagógicas.

Por outro lado a saúde precisa mostrar que suas ações dentro das escolas são efetivas. As práticas educativas em saúde nas escolas devem incorporar a visão mais ampla da saúde, de estar voltada para a reflexão crítica da realidade e de fortalecer a autonomia dos sujeitos e o exercício da cidadania, de estar coerentes com os princípios éticos e políticos do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com DANTAS, RESENDE, PEDROSA (2009) .

A integralidade entre saúde e educação e a intersetorialidade entre as ações de responsabilidade setoriais precisa fazer frente a outros desafios como: romper o caráter prescritivo, desarticulado e focalizado das ações desenvolvidas exige novos arranjos institucionais integrados, intersetorializados e participativos;

transformar metodologias e técnicas pedagógicas tradicionais exige a ressignificação da escola enquanto espaço de construção de territorialidades e subjetividades, no qual os sujeitos envolvidos identificam-se, interagem, refletem a respeito de suas vivências e constroem projetos de vida mais saudável e cidadã; promover o protagonismo da escola como espaço de produção de saúde em seu território exige a discussão a respeito dos determinantes sociais da saúde/doença nessa população, a mobilização em torno do direito à saúde, o fortalecimento da participação da comunidade escolar nos espaços de controle social e de gestão participativa do Sistema Único de Saúde. (DANTAS, RESENDE, PEDROSA, 2009)

Nessa perspectiva, o planejar de forma integrada as ações de saúde e educação no território pode configurar um espaço instituinte de exercício de poder compartilhado (PEDROSA, 2008), que busca o dialogismo intersetorial, em um recorte sincrônico que mostra a saúde como vida do lugar e a educação como lugar de superação das situações-limite que se apresentam.

5.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS SAÚDE NUTRICIONAL

Como já dito anteriormente, pesquisas nacionais apontam para um aumento de obesidade entre os adolescentes. A pesquisa de orçamentos familiares realizada pelo IBGE (2010) corrobora com esse fato. Segundo ela, nos dois sexos, o excesso de peso foi diagnosticado em cerca de um quinto dos adolescentes, excedendo em seis vezes a frequência do déficit de peso. Quadros de obesidade

corresponderam, nos dois sexos, a cerca de um quarto do total de casos de excesso de peso.

Isso é fruto da incorporação de alimentos pouco nutritivos e muito calóricos, tornando a alimentação desses jovens de péssima qualidade nutricional.

As transições demográfica, epidemiológica e nutricional ocorridas nas últimas décadas são os principais fatores para o excesso de peso de crianças e adolescentes, uma vez que essas transições proporcionaram grandes alterações no estilo de vida da sociedade, em que o desmame precoce e a alimentação pouco balanceada (pela inserção da mulher no mercado de trabalho) e a inatividade física (gerada pela urbanização e pelo tempo de lazer inativo diante de televisores ou computadores) propiciam o sobrepeso e obesidade (RINALDI ET AL., 2008)

Toassa e colaboradores (2010) mostraram na pesquisa que realizaram com crianças que classificavam seu perfil alimentar com base em alguns personagens. Os resultados mostraram que estas se autotransclassificaram com o comportamento alimentar inadequado.

Assim, trabalhar a saúde nutricional com crianças se torna importante, pois eles já têm consciência do consumo alimentar inadequado, bastando agora incentivá-las a incorporar a mudança na prática.

Além disso, sabe-se que, conforme Von Atzingen (2010), as características sensoriais dos alimentos determinam preferências e aversões alimentares, que se desenvolvem durante a infância e adolescência, e estão relacionadas às escolhas alimentares durante toda a vida, mostrando também que a infância e adolescência são o período ideal para a melhora do perfil da alimentação.

Nossos resultados mostraram que, de modo geral, nossos alunos detinham um consumo alimentar de má qualidade.

O estudo de Maestro e colaboradores (2006) verificou que a maior proporção (66,15%) de alunos com dietas inadequadas reside no grupo com idade inferior a 10 anos.

De modo geral, encontramos um elevado consumo de derivados de leite como o iogurte e alimentos ricos em carboidratos como o pão, com baixa ingestão de frutas, apesar de que após as intervenções houve discreta melhora no consumo de frutas, principalmente nos lanches.

Estudo realizado por Polla, Scherer (2011), identificou os hábitos alimentares das crianças, a partir da informação da frequência média semanal de consumo. O perfil de consumo foi de elevada ingestão de leite e derivados, seguido pelo consumo de fontes de fibras como feijão, frutas e saladas cruas, além da média de aproximadamente três vezes por semana no consumo de embutidos.

Surpreendentemente, encontramos uma baixa ingestão de doces, restrito a uma pequena porcentagem no lanche da manhã. Isso vai ao encontro do que é preconizado, a partir dos “Dez passos para uma alimentação saudável para crianças acima de dois anos”, de autoria do Ministério da Saúde, Brasil (2007).

Segundo esse documento, doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar devem ser evitados, podendo ser oferecidos no máximo duas vezes por semana.

No jantar, após as intervenções, o consumo de refrigerante foi maior do que o de sucos naturais. Isto necessita ser melhor trabalhado com as crianças, dado que a recomendação é evitar o consumo diário de refrigerantes. A melhor bebida é a água, segundo o Ministério da Saúde (2007).

Nas refeições houve consumo de arroz, feijão e carnes. Após as ações educativas, a única mudança estatisticamente significativa, foi o aumento de carne vermelha no almoço.

Assim como na pesquisa de Polla, Scherer (2011) o consumo de frutas e verduras foi muito baixo, dado que as recomendações mostram que a ingestão precisam ser diárias. Como o questionário utilizado avaliava o consumo do dia anterior, as porcentagens desses alimentos deveriam aparecer em 100% dos alunos.

Esses autores discutem então que ao considerar o consumo de vegetais cozidos e crus, verificou-se uma inadequação, visto que as crianças avaliadas ingerem os vegetais com uma média de duas vezes/semana, sendo ideal o consumo diário. Quanto à ingestão de frutas, identificou-se um resultado insatisfatório de consumo de quatro vezes na semana, quando a recomendação seria de ingestão diária no horário dos lanches e sobremesas.

De certa forma, os resultados após as intervenções não se mostraram muito diferentes se comparados anteriormente a elas. Para que as crianças incorporem na prática a alimentação saudável não basta apenas levá-las o conhecimento dos alimentos e das porções recomendadas de consumo diário é preciso o incentivo constante por parte da família e da escola, inserindo essa temática em todas as disciplinas, de forma criativa.

Von Atzingen (2010) aponta para isso, quando fala que, é grande o interesse no comportamento alimentar de crianças. Sabe-se que a integração escola-comunidade-família pode colaborar com a formação de hábitos alimentares saudáveis, muitas vezes negligenciados pelos pais e responsáveis, em decorrência

do estilo de vida contemporâneo. As respostas hedônicas aos alimentos fornecidas pelas crianças permitem o conhecimento das preferências e aversões alimentares e como melhor administrá-las, sendo uma ferramenta importante no processo de orientação alimentar.

O questionário utilizado, QUADA, de certa forma, analisa o comportamento alimentar dos jovens na prática. Sabemos que a incorporação de novos comportamentos vai além da incorporação de novas informações, que era a pretensão do estudo, desta forma, esta se torna uma limitação dessa pesquisa.

CONSIDERAÇÕES

4. CONSIDERAÇÕES

Conforme colocado por Freire, já referenciado anteriormente, o processo de aprender depende de dois momentos. O primeiro, o que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e o segundo que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente. A realização deste trabalho, mesmo sendo composto de medidas pontuais de ações educativas, tentou pôr em prática esses princípios de ensinar, aprender e pesquisar tão incentivados por Paulo Freire, com a incorporação da análise estatística, que nos ajudou a mensurar o grau de conhecimento incorporado, podendo esse ser um modelo de avaliação a ser seguido por outros educadores.

Avaliamos o desempenho de cada aluno individualmente, por acreditarmos que o acompanhamento dele necessita estar centralizado nele mesmo, para que percebamos os passos efetivos de seu progresso.

Tentamos, ao longo dos nossos encontros, mostrar para os alunos todas as possibilidades de escolhas relacionadas a cada tema, por acreditarmos que, desta forma, promoveremos a análise crítica deles e a “escolha informada” como tanto preconiza a promoção da saúde.

A realização das oficinas abordando os temas DST-HIV, métodos contraceptivos e gravidez na adolescência, dengue e saúde nutricional se mostraram efetivas. Os dados mostraram que houve, de fato, acréscimo de conhecimento em alguns pontos nos adolescentes participantes.

O estudo se mostrou importante também por termos conseguido averiguar o conhecimento que esses alunos já tinham sobre os diversos temas e tentar focalizar

nossas ações naqueles que apresentaram mais dúvidas por parte dos jovens. Mesmo assim, o número de encontros não foi suficiente para esclarecer todos os aspectos, dado que alguns itens importantes não tiveram resultado esperado.

Tratar do tema sexualidade com jovens na fase da adolescência ainda não está saturado. Pelo interesse mostrado por eles e, mais que isso, pela quantidade de dúvidas detectadas neste estudo, algumas delas, que já deveriam estar esclarecidas, dado que esse tema, de certa forma, é bastante explorado pela mídia.

Ficou explícito que a AIDS ainda se mantém como referência quando se fala de DSTs, fazendo com que as outras doenças, tão graves quanto e existentes bem antes do surgimento da AIDS, ainda não estejam bem conhecidas dos estudantes. Detectamos nesse estudo que é preciso enfatizar mais para os adolescentes a relação existente entre as DST e a contaminação do HIV.

Contudo ocorreu mudança significativa de conhecimento de doenças como: Sífilis, Gonorréia, HPV, Blenorrágia e Donovanose, mostrando a importância das ações educativas realizadas com os alunos, dado que a prevalência dessas outras DST também é relevante na faixa etária jovem.

Detectamos, por meio desse estudo, que a transmissão vertical necessita de maiores esclarecimentos, principalmente a transmissão durante a gravidez, visto que na amamentação houve melhora importante de conhecimento posterior às intervenções.

Na saúde sexual apresentamos também uma gama de métodos contraceptivos, mostrando suas vantagens e desvantagens, para que, estando informados escolham aquele método que mais lhes convenham e talvez assumindo riscos, se não os utilizarem, mas de forma consciente.

Vimos que os alunos tinham conhecimento daqueles mais acessíveis como: preservativos e anticoncepcionais orais. Após as intervenções, os adolescentes passaram a conhecer também alguns métodos menos divulgados como os adesivos contraceptivos e o anel vaginal.

Constatamos que os estudantes dessa pesquisa ainda não utilizavam os preservativos em todas as relações sexuais, devendo esse ponto ser tratado com mais ênfase, além disso, outras práticas conhecidas popularmente como preventivas de gravidez, como o asseio vaginal precisam ainda ser desmistificadas.

Assim também o fizemos na saúde nutricional, ao apresentarmos uma variedade de alimentos de devem ser incorporados na alimentação. Percebemos que o perfil de consumo dos alunos estudados, era de alta incorporação de alimentos calóricos e poucos saudáveis, além de baixa ingestão de legumes de frutas. Após as oficinas de esclarecimento, percebemos que o padrão alimentar teve uma discreta melhora, principalmente com o acréscimo de consumo de carne vermelha no almoço.

No entanto, a mudança para uma alimentação saudável depende não só do conhecimento dos alimentos, mas, acima de tudo, de um incentivo diário da escola e da família, por isso a necessidade de estender essas ações para esses outros âmbitos.

Com relação à dengue, foi enfocada a importância da participação ativa deles na prevenção dessa doença. Desta forma, trabalhando a educação em saúde, aproximando-se do modelo radical, tentou-se fomentar nesses alunos o senso crítico deles relacionado a agravos de saúde prevalentes na faixa etária que eles pertencem.

Percebemos que, apesar desse tema ser bastante explorado na sociedade, os alunos ainda não se mostraram completamente entendidos. Vimos que uma parte ainda acreditava que a dengue poderia ser transmitida de pessoa para pessoa, além de estarem bastante confusos com relação à sintomatologia, principalmente do tipo hemorrágica. Após o trabalho realizado, os alunos aprenderam que a dengue pode ser contraída mais de uma vez.

Observa-se, que as campanhas educativas em massa, apesar de comprovada eficácia, não suprem a totalidade de informações que devem ser repassadas para os jovens, visto os dados encontrados com relação à dengue, doença bastante veiculada na mídia. Assim, ações de educação em saúde mais focalizadas ajudam a fechar esse ciclo de conhecimento.

De fato, os resultados obtidos aqui não podem ser estendidos para todo o corpo discente do município, dado que as turmas trabalhadas, ou seja, a amostra do estudo, não foi representativa. Além disso, as turmas que fizeram parte dessa pesquisa foram sempre indicadas, levando em consideração aquelas que menos tinham passado por atividades dessa natureza, caracterizados sempre por alunos de difícil convivência, não sendo este o perfil de todas as turmas do município.

O trabalho contribuiu substancialmente para percebermos que a escola constitui, de fato, um importante espaço para a implantação de intervenções educativas, levando-se em conta a participação dos alunos, professores e familiares nessas ações, contudo o papel efetivo dessa instituição, dos professores e alunos precisa ser melhor debatido.

Com isso, pretende-se formar crianças e adolescentes multiplicadores do conhecimento. Todavia, há necessidade da continuidade das ações de prevenção desenvolvidas nesta pesquisa. Espera-se também que, além de contribuir para a melhora do nível de conhecimento, que este, possa levar à mudança de comportamento desses jovens.

Para tanto há a necessidade da sistematização de temas de saúde dentro das escolas, com efetiva parceria dos setores saúde e educação, mostrando-se corresponsáveis nas ações de educação em saúde, visto que medidas como estas, de certa forma, pontuais, não conseguirão mudar comportamentos.

É certo que não é somente o conhecimento acumulado que leva as pessoas a protegerem sua saúde, pelo contrário, há muitos fatores que interagindo interferem nessa decisão, principalmente, no caso da saúde reprodutiva, diversos são os contextos de vulnerabilidade que as pessoas se expõem. Entretanto, a disponibilização de informações corretas e seguras continua ainda sendo uma importante ferramenta nesse processo de tornar os cidadãos mais conscientes e responsáveis pela sua saúde.

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ANTUNES, C. **Como transformar informações em conhecimento**. 8. Ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

ARAÚJO, F. M. **Ações de educação em saúde no planejamento familiar nas unidades de saúde da família no município de Campina Grande PB** [monografia]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba; 2004.

ASSIS, M. A. A. de et al . **Validação da terceira versão do Questionário Alimentar do Dia Anterior (QUADA-3) para escolares de 6 a 11 anos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800018&lng=en&nrm=iso>. access on 18 June 2012.

BRASIL, **Balanco da dengue nos primeiros quatro meses do ano/2012**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia>. Acesso em: 25/05/2012.

BECKER, F. O que é construtivismo? *Revista de Educação AEC*, Brasília, v. 21, n. 83, p. 7-15, abr./jun. 1992.

BRASIL, **Constituição Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado, 1988. 293p

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2007.

BRASIL. **Dez passos para uma alimentação saudável para crianças acima de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. DST e Aids. **Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2008 / Secretaria de Vigilância Saúde, Programa Nacional de DST e Aids**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I**/Fundação Nacional de Saúde -Brasília: **Funasa**, 2007. 70 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids-DST – versão preliminar**. Brasília, 2011. Ano VIII, nº 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual do multiplicador : adolescente** / Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministerio da Saude. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Prevenção na Rede: Fórum Virtual sobre DST/Aids – Relatório Final, 2009*. Brasilia, 2009. Disponível em<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B56B6E68C-BE48-40C9-9218FCA5548628B2%7D/prevencao_rede.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde : experiências do Brasil** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 304 p. – (Série Promoção da Saúde; n. 6) ISBN 92-75-72550-0 Organização Pan-Americana da Saúde ISBN 85-334-1042-5 Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. *Diário Oficial da União*, 24 out. 2011a, Sec. 1, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2010c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 22 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde** / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher** – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 300 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 96 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004** / Secretaria de Vigilância Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.- Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em 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.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRETAS, J. R. S. et al . **Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 3, set. 2009 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 05 mar. 2012.

BRÊTAS, J.R.S; OLIVEIRA, J.R; AGUIAR, JUNIOR. W. **Doenças sexualmente transmissíveis.** In: Brêtas ACP, Gambá MA. Enfermagem e saúde do adulto. São Paulo: Manole; 2006. p. 249-63.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: Princípios e Aplicações**. Porto Alegre: Ed. ARTMED, 2003.

CAMARGO, E. Á. I; FERRARI, R. A. P. **Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 06 mar. 2012.

CHIARAVALLLOTI, N. F. **Conhecimentos da população sobre dengue, seus vetores e medidas de controle em São José do Rio Preto, São Paulo**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set. 1997 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300020&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 jun. 2012.

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. [Acesso em 15 nov 2011]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArg/Alma-Ata.pdf>.

Contraception and Adolescents . Committee on Adolescence. *Pediatrics*. 2007;120;1135. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/5/1135.full.html>. Acesso em: 22 de junho de 2012.

CONILL, E.L. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

CORTELLA, M. S. **A escola e o conhecimento: fundamentos epistemológicos e políticos**- 12.ed.rev.e ampli. São Paulo: Cortez, 2008.

COSTA, L. C; ROSA, M. I. da; BATTISTI, I. D. E. **Prevalence of condom use and associated factors in a sample of university students in southern Brazil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, June 2009 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 July 2012.

DANTAS, V. L. A; REZENDE, R; PEDROSA, J. I. S. **Integração das políticas de saúde e Educação.** IN Saúde e Educação: uma relação possível e necessária, 2009.

DÉGALLIER, N; VILARINHOS, P. T; CARVALHO, M.S; KNOX, M.B; CAETANO, J. **People's knowledge and practice about dengue, its vectors, and control means in Brasilia (DF), Brazil: its relevance with entomological factors.** J Am Mosq Control Assoc 2000; 16:114-23.

DENGUE: Informações Técnicas. Disponível em: (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31125). Acesso em: 09/05/2012.

Distribuição dos casos de dengue autóctones segundo o município provável de infecção e casos importados de outros estados segundo o município de residência no Estado de São Paulo – ano 2012* Disponível em: (http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/den12_import_autoc.htm). Acesso em: 09/05/2012.

DORETO, D. T; VIEIRA, E. M. **O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2007 . Disponível em <<http://www.scielosp.org/scielo>. Acesso em: 05 mar. 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**, 17 edição. Rio de Janeiro, Paz e terra, 1987, 934p.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** Editora paz e terra, 1967, Rio de janeiro.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa** - São Paulo: Paz e Terra, 1996

GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?.** Cad. Saúde Pública vol.24 suppl.1 Rio de Janeiro 2008.

CLARO, L. B. L.; TOMASSINI, H. C. B; ROSA, M. L. G. **Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600002&lng=en&nrm=iso>. access on 20 July 2012.

GOMES, W. A; COSTA, C. O. M; SOBRINHO, C. L. N; et al. **Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes.** J Pediatr (Rio J). 2002;78(4):301-8.

HEIDMANN I.T.S.B; ALMEIDA, M. C. P; BOEHS, A.E; et al. **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):352-8.

IBGE, **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003.** Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. IBGE. Brasil. Rio de Janeiro, 2004.

IBGE, **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009.** Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. IBGE. Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

IBGE, Pesquisa. Nacional de amostra de domicílios., Rio de Janeiro, v. 30, p.1-133, 2009.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009

IPPOLITO-SHEPHERD, J. **Escolas Promotoras de Saúde—Fortalecimento da Iniciativa Regional.** Estratégias e linhas de ação 2003-2012. Washington, D.C: OPAS, © 2006. (Série Promoção da Saúde Nº 4) -- 72 p.

KAPLAN, D. W; FEINSTEIN, RS; FISHER, M. M; KLEIN, J. D; OLMEDO, L. F; ROME, E. S; et al. **Condom use by adolescents.** Pediatrics. 2001;107(6):1463-9.

LEAVELL, H. & Clark, E.C. **Medicina preventiva**. SP. Mcgrav- Hill do brasil, RJ, Fename, 1997, Parte 1. Seção 2.

LEVY, S. N; SILVA, J. J. C; CARDOSO, I. F. R; et al. **Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas**. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Disponível em : <http://aguia.datasus.gov.br/cns/>

LINS, L. C.S; PEREIRA, E. M. D. R; LIRA, I.V. **Como anda a educação sexual dos jovens**. *Rev Bras Enferm* 1988; 41(2):121-131.

MACHADO, N.J. **Cidadania e Educação**-4^a Ed.-São Paulo: Escrituras Editora, 2002.

MAESTRO, V. et al. **Escolares. Avaliação do estado nutricional, perfil alimentar e socioeconômico**. SAÚDE REV., Piracicaba, 8(18): 7-15, 2006.

MARTINS, L. B.M; COSTA-PAIVA, L. H. S; OSIS, M. J. D; SOUZA, M. H; PINTO-NETO, A. M; TADINI, V. **Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/Aids em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil**. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(2):315-23.

MEDRONHO, R. A. *Epidemiologia*. São Paulo; ED: Atheneu; 2009.)

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

MONTEIRO, C. A. et al. **Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007**. *R. Saúde púb.*, [S.l.], v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

MOURA, E.R.F; SOUSA, R. A. **Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família?** *Cad Saúde Pública* 2002; 18(6):1809-1811.

MS/SVS/DASIS- Sistema Nacional de Nascidos Vivos - SINASC. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvSP.def>. Acesso: 02 de julho de 2012.

NADER, S.S; GERHARDT, C. R; HARTMANN, P.J,PEREIRA, D.N. **Juventude e AIDS: conhecimento entre os adolescentes de uma escola pública em Canoas, RS.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 53 (4): 374-381, out.-dez. 2009.

NASCIMENTO, S. M., et al. **Sobrepeso/Obesidade em Adolescentes de uma Escola Pública do Rio de Janeiro e Morbidade Referida e em Familiares.** In: congresso brasileiro de medicina de família, 9., 2008, Fortaleza. Anais... Fortaleza, 2008.

NETO, V.S.G; MONTEIRO, S.G; GONÇALVES, A.G; REBÊLO, J. M. M. **Conhecimentos e atitudes da população sobre dengue no Município de São Luís, Maranhão, Brasil, 2004.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(10):2191-2200, out, 2006

OLIVEIRA, D.L. **A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação.** Rev. Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):423-31.

OMS, **Estadísticas sanitarias mundiales**, 2010.

OMS-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos básicos. 26.ed. Ginebra: OMS, 1976.

OPAS, Organización Panamericana de la Salud (2001) **.Fortalecimiento de la planificación de la Promoción de la Salud en las Américas.** Documento CE128/17. Washington, DC: OPS/OMS.

OTTAWA. **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Carta de Ottawa. Ottawa, Canadá, 1986.

PAIM J; TRAVASSOS, C;ALMEIDA, C; et al . **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Publicado *Online* 9 de maio de 2011. Disponível em : WWW.thelancet.com. Acesso em: 12/05/2012.

PAIVA, Vera; PUPO, Ligia Rivero; BARBOZA, Renato. **O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800015&lng=en&nrm=iso>. access on 03 July 2012.

PASSOS, A. D. C; RODRIGUES, S. E. M; DAL-FABRO, A.L. **Dengue control in Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.** *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Supl 2):123-128.

PEDROSA, J. I. **Educação Popular em Saúde e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde.** Revista APS, v. 11, n. 3, p. 303-313, jul./set. 2008.

PEDROSA, L. I. S. **Avaliação das práticas educativas em saúde.** In VASCONCELLOS. A saúde nas práticas e nos gestos - reflexão da rede de educação. São Paulo: Hucitec, 2001.

POLLA, S. F; SCHERER, F. **Perfil alimentar e nutricional de escolares da rede municipal de ensino de um município do interior do Rio Grande do Sul.** *Cad. Saúde Colet.*, 2011, Rio de Janeiro, 19 (1): 111-6

RANGEL-S, M. L. **Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle: propostas inovadoras.** *Interface Comun Saude Educ.* 2008;12(25):433-41. DOI:10.1590/S1414-32832008000200018

RINALDI, A. E. M.; PEREIRA, A. F.; MACEDO, C. S.; MOTA, J. F.; BURINI, R. C. **Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil.** *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 271-277, 2008.

SANTOS, S. L. dos; CABRAL, A. C. dos S. P; AUGUSTO, L. G. da S. **Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700066&lng=en&nrm=iso>. access on 29 June 2012.

SILVA, L. B. et al . **Comunicação sazonal sobre a dengue em grupos socioeducativos na atenção primária à saúde.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, Dec. 2011 .

TEIXEIRA, A. M. F. B. et al . **Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, July 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700004&lng=en&nrm=iso>. access on 20 July 2012.

TERRES, N. G. et al. **Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes.** *R. Saúde públ.*, [S.l.], v. 40, p. 627-633, 2006.

TOASSA, E. C.; LEAL, G. V. S.; WEN, C. L.; PHILIPPI, S. T. **Atividades lúdicas na orientação nutricional de adolescentes do Projeto Jovem Doutor.** *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, SP, v. 35, n. 3, p. 17-27, dez. 2010.

TRAVI, M. G. G; OLIVEIRA-MENEGOTTO, L. M. de; SANTOS, G, A, dos. **A escola contemporânea diante do fracasso escolar.** *Rev. psicopedag.*, São Paulo, v. 26, n. 81, 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 jul. 2012.

VASCONCELLOS. **A saúde nas práticas e nos gestos - reflexão da rede de educação.** São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS V.M; MARTINS, M.C; VALDÊS, M.T.M; et AL . **Educação em saúde na escola: estratégia em enfermagem na prevenção da desnutrição infantil.** *Cienc Cuid Saude* 2008 Jul/Set; 7(3):355-362.

VON ATZINGEN, M. C. B. C.; PINTO E SILVA, M. E. M. **Características sensoriais dos alimentos como determinante das escolhas alimentares.** *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, SP, v. 35, n. 3, p. 183-196, dez. 2010.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B. M. **Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brasil, China and Russia.** *American Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 75, p. 971-977, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Education Unity. Lifestyles and health.** In: Beattie A, Gott M, Jones L, Sidell M organizers. Health & wellbeing: a reader. London (UK): Open University Press: 1994.

ANEXOS

ANEXO-1- QUESTIONÁRIO DE DADOS BIODEMOGRÁFICOS

CODINOME: _____

1. Idade: _____ (anos)
2. Sexo: ()Feminino ()Masculino
3. Ano: _____
4. Quanto tempo está nessa escola: _____(anos)
5. Peso: _____ Altura: _____
6. Renda Familiar: () um salário mínimo () Dois salários mínimos
() Três salários mínimos () Quatro ou mais salários mínimos
7. Cor: () Branca () Preta () Parda
8. Religião: () nenhuma () católica () evangélica () espírita () outra
9. Mora com os pais: () Sim () Não
10. Pai trabalha () Sim () Não
11. Mãe trabalha () Sim () Não
12. Você trabalha () Sim () Não
13. N° de pessoas que moram na mesma casa: _____
14. N° irmãos: _____
15. Tipo de moradia: Própria: () Alugada: () Cedida: ()
16. Possui internet na sua casa: () Sim () Não

17. Qual das atividades abaixo ocupa a maior parte do seu tempo livre?

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tv | <input type="checkbox"/> cinema | <input type="checkbox"/> internet |
| <input type="checkbox"/> religião | <input type="checkbox"/> música | <input type="checkbox"/> esportes |
| <input type="checkbox"/> teatro | <input type="checkbox"/> leitura | <input type="checkbox"/> outra |

18. Faz alguma atividade Física : () Sim () Não

Se sim, qual _____ Quantas vezes/semana: _____

19. Fuma: () Sim () Não

20. Pai fumante () Sim () Não

21. Mãe fumante () Sim () Não

22. Irmãos fumante () Sim () Não

23. Qual o meio que você mais utiliza para se manter informado(a) sobre saúde?

- jornal escrito
- tv
- rádio
- revistas
- internet
- escola
- outros
- nenhum

ANEXO 2- QUESTIONÁRIO GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Codiname: _____

1- Em que período do mês as meninas podem engravidar

- Entre uma menstruação e outra No último dia da menstruação
 Durante a menstruação Não sei
 No primeiro dia da menstruação

2- Sobre o ciclo menstrual da mulher, marque a alternativa certa

- a) A menarca é a última menstruação espontânea da mulher
b) A menopausa é a primeira menstruação espontânea da mulher
c) Antes da primeira menstruação é impossível engravidar
d) Período fértil é o período que a mulher tem mais chance de engravidar

3- Nas últimas duas semanas que tipo de método contraceptivo você utilizou

- Ainda não tenho relações sexuais Usei pílula do dia seguinte
 Usei preservativo usei outro método
 Tomo pílula todos os dias não usei nada

4- Marque a alternativa correta

- a) Asseio íntimo com ducha vaginal depois da relação sexual previne gravidez
b) O uso de preservativo em todas as relações sexuais evita a gravidez
c) Na primeira relação sexual não é possível engravidar
d) Quando a relação sexual é feita em pé ou de lado não é possível engravidar

5- Em que situações o aborto é permitido no Brasil

- a) Qualquer pessoa pode praticar o aborto no Brasil
b) Somente adolescentes, com permissão dos pais, podem praticar o aborto
c) É permitido somente quando há risco de morte para a mãe e em situações de estupro
d) É permitido quando a gravidez não foi desejada.

6- O que são métodos contraceptivos?

- Nunca ouvi falar
 Eles servem apenas para não engravidar

- Eles protegem contra as DST (doenças sexualmente transmissíveis)
- Eles protegem somente contra a AIDS
- Existem somente métodos contraceptivos para as mulheres

7- Quais dos métodos abaixo são contraceptivos

- Tabela
- Diafragma
- Camisinha feminina
- Camisinha masculina
- Dispositivo intra-uterino (DIU)
- Injeção
- Asseio íntimo
- Adesivo
- Anel vaginal
- Espermicida
- Laqueadura tubária
- Vasectomia
- Pílula contraceptivas (que toma diariamente)
- Pílula do dia seguinte (utilizada no dia seguinte da relação sexual)
- Nenhum dos métodos acima
- Coito interrompido (ejaculação fora da vagina)
- Outros métodos. Especifique: _____

8- Que método contraceptivo também previne DSTs além de uma gravidez indesejada

- a) Pílulas
- b) Tabela
- c) Preservativos
- d) Coito interrompido

9 – Quais destes meios de comunicação você utilizou nas 2 últimas semanas para consultar sobre (doenças sexualmente transmissível) e/ ou AIDS.

- Rádio
- Amigos ou colegas
- Jornais/ revistas
- ONGs
- Televisão
- Cartazes, folhetos, outdoors
- Internet
- Família
- Comunidade religiosa
- Escola

ANEXO 3- QUESTIONÁRIO DST- AIDS**CODINOME:** _____**1- O que você entende por sexualidade**

- Nunca ouvi falar
- É a mesma coisa que sexo
- Está relacionada à intimidade, a efetividade, forma de sentir e expressar o amor
- Diz respeito somente a temas como: masturbação, gravidez, abuso sexual e Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Somente pessoas adultas tem sexualidade

2- Você se interessa para aprender assuntos como: sexualidade, sexo, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS

- Sim
- Não

3- Você acha que precisa usar camisinha, na primeira relação sexual?

- Sim
- Não

4- Quem pode pegar Doenças Sexualmente Transmissíveis

- Quem sempre faz sexo com camisinha
- Somente os homens
- Somente as mulheres
- Quem faz sexo sem camisinha
- Quem faz sexo, as vezes, com camisinha

5- Assinale a resposta correta

- É possível se contaminar com apenas uma DST por vez
- Após curado de uma DST, a pessoa não se contamina novamente
- É comum pessoas contaminadas com mais de uma DST, inclusive o HIV
- Uma pessoa contaminada com HIV não pode pegar outra DST

6- Em sua opinião quais são as formas que se pode adquirir e/ou transmitir a AIDS?

- Apertando as mãos
- Vaso sanitário contaminado
- Consultório de dentista
- Consultório médico
- Picada de inseto
- Beijo na boca
- Transfusão de sangue
- Uso de drogas sem compartilhar seringas e/ou agulhas
- Uso de drogas compartilhando seringas e / ou agulhas com colegas
- Relação sexual c/ parceiros (a) do sexo oposto ao seu (heterossexual)
- Relação sexual c/ parceiros (a) do mesmo sexo que o seu (homossexual)
- Piscina
- Relação sexual vaginal
- Relação sexual oral (boca)
- Relação sexual anal (ânus)
- Aleitamento materno (amamentação)
- Da mão para o bebê durante a gravidez
- Beijo no rosto

7- Assinale abaixo todas as doenças que são ou que podem ser transmitidas e / ou adquiridas através de contato sexual:

- AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida)
- Sífilis
- cancro duro / Craco duro
- Lues
- HPV (papiloma vírus humano)
- Crista de galo
- Gonorréia
- Herpes genital
- Linfgranuloma venéreo

- Blenorragia
- Bubão inguinal
- Tricomoníasevaginose bacteriana
- Corrimento uteral (do canal por onde sai a urina)
- Hepatite (alguns tipos)
- Doença inflamatória pélvica (infecção que afeta útero, trompas e ovários)
- Candidíase
- Corrimento vaginal
- Verrugas genitais (alguns tipos)
- Donovanose
- Infecção por clamídia

8 – Quais destes meios de comunicação você utilizou nas 2 ultimas semanas para consultar sobre (doenças sexualmente transmissível) e/ ou AIDS.

- Rádio
- Jornais/ revistas
- Televisão
- Internet
- Comunidade religiosa
- Escola
- Família
- Amigos ou colegas
- Ongs (Org. Não governamentais)
- Cartazes, folhetos, outdoors

ANEXO-4 -QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO (DENGUE)

CODINOME: _____

1. Como a dengue é transmitida

- picada do mosquito transmissor de pessoa para pessoa
 através de água contaminada pelo ar

2. Quais os sintomas da dengue

- febre alta dor de cabeça dor no corpo manchas vermelhas no corpo
 coceira no nariz espirros diarreia

3. Como o mosquito procria

- água limpa água parada água suja
 água corrente pelo ar pelo solo

4. Quais as formas de prevenir a proliferação do mosquito

- substituir a água dos vasos das plantas por terra e esvaziar o prato coletor, lavando-o com auxílio de uma escova.
 não deixar acumular água nas calhas do telhado.
 não deixar expostos à chuva pneus velhos ou objetos (latas, garrafas, tampas de garrafas, cacos de vidro etc.) que possam acumular água.
 acondicionar o lixo domiciliar em sacos plásticos fechados ou latões com tampa.
 tampar cuidadosamente caixas d'água, filtros, barris, tambores, cisternas etc.
 não compartilhar copos e talheres
 não tossir ou espirrar perto de outra pessoa

não compartilhar toalhas ou roupas de cama

5. Quem teve dengue pode pegar novamente

Sim

Não

6. Até quantas vezes pode pegar dengue

uma

duas

três

quatro

mais de quatro vezes

7. O que é dengue hemorrágica

é a forma mais fraca de dengue

é a forma mais grave de dengue

8. Quais os sintomas da dengue hemorrágica

dor no fígado (nas costelas, do lado direito)

tonteados, desmaios

pele fria e pegajosa, suor frio

sangramentos

fezes escuras, parecidas com borra de café

espirros

tosse

diarreia

9. Quais destes meios de comunicação você utilizou nas 2 últimas semanas para consultar sobre dengue.

- | | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rádio | <input type="checkbox"/> Muito Confiável | <input type="checkbox"/> Confiável | <input type="checkbox"/> Pouco Confiável |
| <input type="checkbox"/> Jornais/ revistas | <input type="checkbox"/> Muito Confiável | <input type="checkbox"/> Confiável | <input type="checkbox"/> Pouco Confiável |
| <input type="checkbox"/> Televisão | <input type="checkbox"/> Muito Confiável | <input type="checkbox"/> Confiável | <input type="checkbox"/> Pouco Confiável |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Muito Confiável | <input type="checkbox"/> Confiável | <input type="checkbox"/> Pouco Confiável |
| <input type="checkbox"/> Comunidade religiosa | <input type="checkbox"/> Muito Confiável | <input type="checkbox"/> Confiável | <input type="checkbox"/> Pouco Confiável |
| <input type="checkbox"/> Escola | <input type="checkbox"/> Muito Confiável | <input type="checkbox"/> Confiável | <input type="checkbox"/> Pouco Confiável |
| <input type="checkbox"/> Família | <input type="checkbox"/> Muito Confiável | <input type="checkbox"/> Confiável | <input type="checkbox"/> Pouco Confiável |
| <input type="checkbox"/> Amigos ou colegas | <input type="checkbox"/> Muito Confiável | <input type="checkbox"/> Confiável | <input type="checkbox"/> Pouco Confiável |
| <input type="checkbox"/> Ongs (Org. Não governamentais) | <input type="checkbox"/> Muito Confiável | <input type="checkbox"/> Confiável | <input type="checkbox"/> Pouco Confiável |
| <input type="checkbox"/> Cartazes, folhetos, outdoors | <input type="checkbox"/> Muito Confiável | <input type="checkbox"/> Confiável | <input type="checkbox"/> Pouco Confiável |

ANEXO-5 -QUADA - QUESTIONÁRIO ALIMENTAR DO DIA ANTERIOR

CODINOME: _____

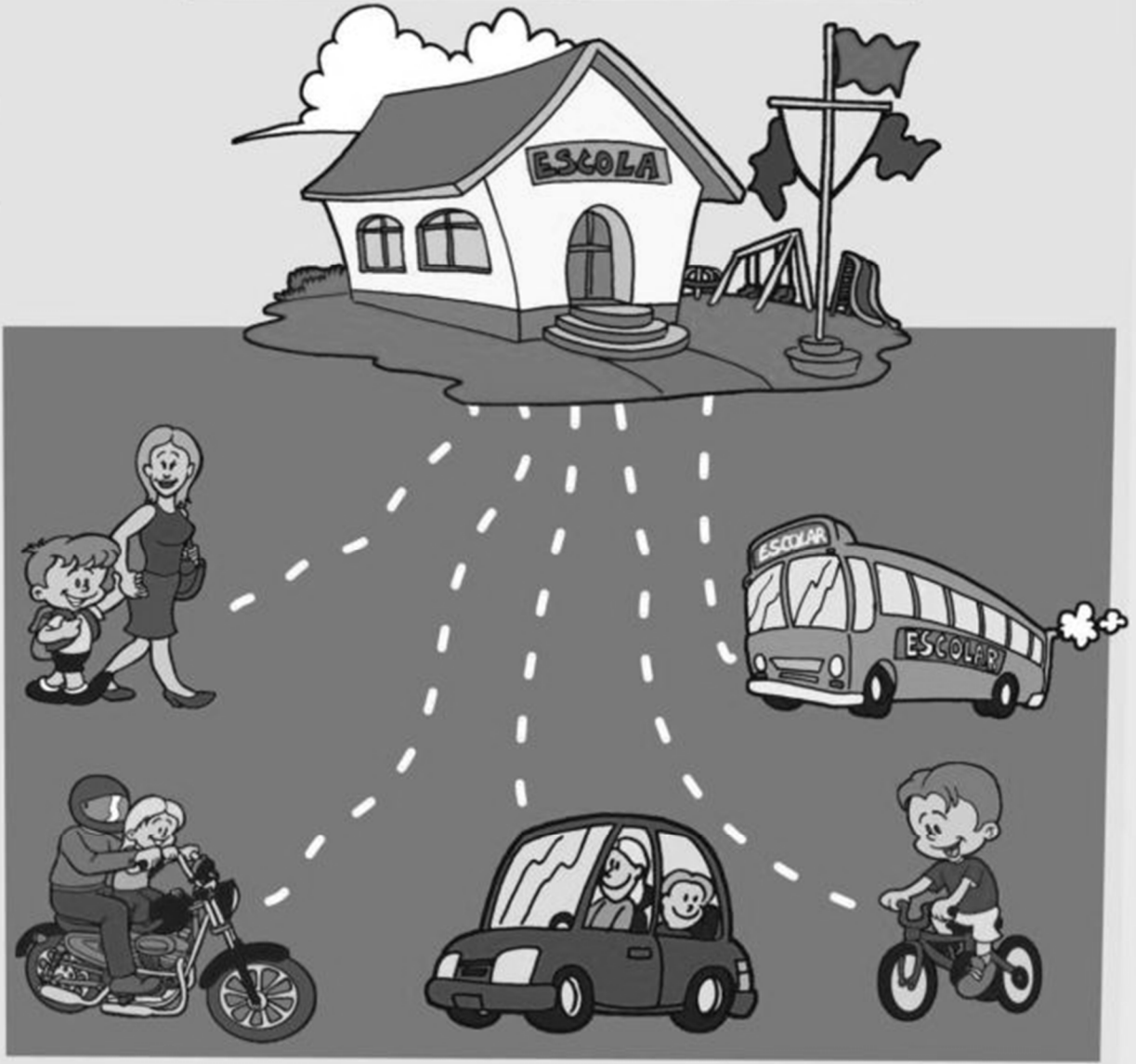
QUADA - QUESTIONÁRIO ALIMENTAR DO DIA ANTERIOR

Escola:	Turno: M V	Rede: M E P	Série: 1ª 2ª 3ª 4ª	Nº de Controle:
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome: <input type="text"/>				

Como você se sente em relação a exercícios?



Como você veio para a escola?



QUADA - Questionário Alimentar do Dia Anterior - Depto. Nutrição - Universidade Federal de Santa Catarina

O que você comeu ontem? Café da manhã

2



Lanche da manhã



O que você comeu ontem?

Almoço



Lanche da tarde



O que você comeu ontem?

4

Janta



QUADA - Questionário Alimentar do Dia Anterior - Depto. Nutrição - Universidade Federal de Santa Catarina

Como você se sente em relação a estes alimentos?





1/

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COMET

Processo nº 1810-8-2011

Data: 26.09.2011

PARECER CONSUBSTANCIADO**Pesquisador Responsável:** Patrícia Matias Pinheiro**Projeto de Pesquisa:** Avaliação do projeto de intervenção de teleeducação em saúde em uma escola do município de Santos

Prezado Pesquisador,

Sobre o projeto:**Justificativa:**

Trata-se de um trabalho de mestrado em saúde coletiva que pretende avaliar a teleeducação para adolescentes.

Objetivos:

Avaliar um projeto de teleeducação em uma escola do município de Santos.

Desenho e Metodologia:

É um estudo transversal com a aplicação de dois questionários. Um conterá dados biodemográficos e o outro será composto por perguntas sobre os temas das oficinas, e será aplicado antes e depois da realização delas e após três meses. Os alunos serão identificados por codinomes escolhidos por eles. Os questionários de conhecimento terão, em média, 10 questões. Foram elaborados pelos pesquisadores, baseado em questionários existentes, com o apoio de especialistas da área, adaptado para a faixa etária do estudo. Somente o de educação nutricional será utilizado o questionário, já validado, QUADA.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

O TCLE é assinado pela pesquisadora responsável e pelo representante legal do adolescente e a metodologia apresenta-se detalhada, em linguagem acessível, facilitando a avaliação por parte do responsável legal.

O Parecer:

Baseado nas normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e com todos os documentos exigidos anexados, o colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisantos, em reunião ocorrida no dia 26 de setembro de 2011, considera o presente protocolo de pesquisa **APROVADO**.

Manter este Comitê informado sobre a condução do estudo através do envio do relatório parcial ou final, previsto para o mês de janeiro de 2012. Notificar eventos adversos, bem como eventuais emendas ou modificações no protocolo.

COMET – UNISANTOS
Av. Conselheiro Nébias, 300 – Fone (13) 3205-5555 - Ramal 1243
comet@unisantos.br



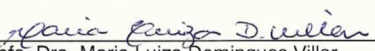
2/

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COMET

Processo nº 1810-8-2011

Data: 26.09.2011

Santos, 06 de outubro de 2011.


Prof.ª. Dra. Maria Luiza Domingues Villar
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Católica de Santos



UNISANTOS
Universidade Católica de Santos



**FORMULÁRIO PARA PARECER DE PROJETOS APRESENTADOS
COMITÊ DE ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

DADOS DO PROJETO

CÓDIGO: 20110003

DATA DE ENTRADA: 24/08/2011

COORDENADOR: Lourdes Conceição Martins

TÍTULO: Avaliação do projeto de intervenção de educação em saúde em uma escola do município de Santos

PARECER

1. HISTÓRICO DA PESQUISA DO SOLICITANTE

a) Análise da qualidade, regularidade e importância da produção científica e/ou tecnológica, com destaque para a produção recente.

Está de acordo

b) Análise da capacidade demonstrada para formar pesquisadores, com destaque para a atividade recente de orientação.

Apresenta competência para tal.

2. TRABALHO APRESENTADO

a) Apresenta uma contribuição significativa para a área de pesquisa em que se insere?

Sim Não

Justificativa:

Na versão apresentada.

b) O trabalho apresentado terá uma versão publicada, garantida em anais de evento ou em periódicos?

Sim Não

c) O trabalho deverá ser encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da UniSantos?

Sim Não

3. ADEQUAÇÃO, RELEVÂNCIA E RIGOR DO PROJETO

Durante o processo de revisão, as adequações já foram atendidas.



Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas - IPECI

Campus Dom Idílio José Soares - Av. Conselheiro Nébias, 300 - 11015-002 - Vila Mathias, Santos, SP - Tel.: (13) 3205-5555
www.unisantos.br



UNISANTOS
Universidade Católica de Santos



4. ORÇAMENTO PROPOSTO

Durante o processo de revisão, as adequações já foram atendidas.

5. DEFICIÊNCIAS NOTADAS

Durante o processo de revisão, as adequações já foram atendidas.

6. APRECIÇÃO GERAL DA PROPOSTA

- Excelente
- Muito boa
- Muito boa, com algumas deficiências facilmente sanáveis
- Boa
- Boa com deficiências
- Regular
- Com sérias deficiências

PARECER FINAL

- RECOMENDADO
- PENDENTE (prazo de até 30 dias para as correções)
- NÃO RECOMENDADO

Santos, 09 de novembro de 2011.

Profª. Dra. Elisabete Lourenço da Costa

Profª. Drª. Renata Doratioto Albano



Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas - IPECI
Campus Dom Idílio José Soares - Av. Conselheiro Nébias, 300 - 11015-002 - Vila Mathias, Santos, SP - Tel.: (13) 3205-5555
www.unisantos.br

