

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO  
BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA**

**VANISE DOS SANTOS FERREIRA VIERO**

**APLICAÇÃO E ANÁLISE DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE  
SAÚDE PREVENTIVA PARA ADOLESCENTES ESCOLARES**

**CRICIÚMA**

**2013**

**VANISE DOS SANTOS FERREIRA VIERO**

**APLICAÇÃO E ANÁLISE DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE  
SAÚDE PREVENTIVA PARA ADOLESCENTES ESCOLARES**

Projeto de pesquisa do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC submetido para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Orientador: Prof. Dr. Joni Marcio de Farias.  
Coorientadora: Prof. Dra. Priscyla Waleska Targino de A. Simões.

**CRICIÚMA**

**2013**

## RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a efetividade de ações de educação em saúde, em relação à aquisição de conhecimentos, sobre temas relacionados à promoção da saúde, junto a adolescentes matriculados na rede pública do município de Criciúma - Santa Catarina. Metodologia: estudo temporal, prospectivo e analítico realizado em duas escolas estaduais da rede pública de ensino do município de Criciúma, divididas em duas categorias: Ensino Fundamental e Ensino Médio, nas quais foi analisado o conhecimento inicial e após as ações de educação em saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNESCO, sob o protocolo 278.224/2013. Amostra totalizou 109 escolares, sendo 50,5% gênero feminino e 49,5% masculino, com idade entre 11 e 17 anos. O programa foi desenvolvido em 3 etapas: 1) aplicação do questionário “pré-ação” avaliando o conhecimento prévio sobre os temas; 2) o desenvolvimento da ação de educação em saúde, por meio de exposição audiovisual e materiais ilustrativos, com diversos profissionais e uma linguagem adequada para cada faixa etária. 3) a reaplicação do questionário 30 dias após a realização da ação, verificando em que nível as informações foram apreendidas pelos estudantes. As seis ações foram realizadas entre os meses de maio a outubro de 2013, com os seguintes temas: saúde bucal, alimentação saudável, prevenção de drogas, sexualidade, atividade física e educação postural, desenvolvidas pelos profissionais do Programa de Residência Multiprofissional da UNESCO. Os dados foram analisados utilizando o pacote estatístico SPSS versão 20.0, por meio do teste t students para amostras independentes. As variáveis analisadas foram: nota (pré e pós), gêneros (masculino e feminino) e a escolaridade (Ensino Fundamental e Ensino Médio). Foi estabelecido um nível de significância de  $\leq 0,05$  e um intervalo de confiança de 95%. Os resultados estão expressos em média e desvio padrão. Resultados: após a realização das ações pode-se verificar que os adolescentes aumentaram significativamente o conhecimento sobre os conteúdos relacionados à promoção da saúde, exceto sobre saúde bucal. Quando analisados por gênero, ambos aumentaram o conhecimento após a realização das ações, entretanto esse aumento foi apresentado em diferentes temáticas. Nas meninas foi verificado aumento sobre alimentação saudável ( $3,60 \pm 1,45 / 4,57 \pm 1,63$ ), sexualidade ( $4,33 \pm 1,31 / 5,17 \pm 1,59$ ), atividade física ( $4,27 \pm 1,79 / 5,35 \pm 1,16$ ), educação postural ( $4,11 \pm 1,53 / 5,00 \pm 1,48$ ). Já os meninos apresentaram melhora no conhecimento sobre drogas ( $2,08 \pm 0,93 / 2,58 \pm 1,14$ ), sexualidade ( $3,89 \pm 1,1 / 4,85 \pm 1,52$ ) e educação postural ( $3,93 \pm 1,48 / 5,04 \pm 1,52$ ). Em relação a escolaridade, pode-se verificar que as mudanças mais significativas de conhecimento ocorreram com os escolares do ensino fundamental. Conclusão: As ações de educação em saúde realizadas no presente estudo, mesmo que pontuais, foram efetivas em aumentar o conhecimento dos adolescentes sobre as temáticas relacionadas à promoção da saúde. Porém, não foi possível analisar se esse aumento de conhecimento foi eficaz em mudar os comportamentos destes sujeitos, necessitando novos estudos.

**Palavras-chave:** Adolescente; Educação em Saúde; Estilo de Vida; Saúde Coletiva.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cronograma .....	25
Tabela 2 - Despesas de capital .....	26

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1 ÁREA</b> .....	<b>10</b>
<b>1.2 TEMA</b> .....	<b>10</b>
<b>1.3 DELIMITAÇÃO DO TEMA</b> .....	<b>10</b>
<b>1.4 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	<b>10</b>
<b>1.5 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>10</b>
<b>1.6 OBJETIVOS</b> .....	<b>12</b>
<b>1.6.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>12</b>
<b>1.6.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 O papel do sus na saúde do adolescente</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2 A ADOLESCÊNCIA</b> .....	<b>15</b>
<b>2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS PARA OS ADOLESCENTES</b> .....	<b>17</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>21</b>
<b>3.1 HIPÓTESE</b> .....	<b>21</b>
<b>3.2 DESENHO DO ESTUDO</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3 VARIÁVEIS</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3.1 Dependentes</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3.2 Independentes</b> .....	<b>21</b>
<b>3.4 LOCAL DO ESTUDO</b> .....	<b>21</b>
<b>3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO</b> .....	<b>21</b>
<b>3.5.1 Critério de inclusão</b> .....	<b>22</b>
<b>3.5.2 Critério de exclusão</b> .....	<b>22</b>
<b>3.6 AMOSTRA</b> .....	<b>22</b>
<b>3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA</b> .....	<b>22</b>
<b>3.8 LOGÍSTICA</b> .....	<b>23</b>
<b>3.9 INSTRUMENTO DE COLETA</b> .....	<b>24</b>
<b>3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	<b>24</b>
<b>4 CRONOGRAMA</b> .....	<b>25</b>
<b>5 ORÇAMENTO</b> .....	<b>26</b>
<b>5.1 CAPITAL</b> .....	<b>26</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>27</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>29</b>
<b>APÊNDICE A – Instrumentos de coleta de dados. ....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO A – Termo de Confidencialidade .....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de transição gradual entre a infância e o estado adulto, que se caracteriza por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais. Ela representa uma das mais importantes fases do ciclo vital, à medida que completa o período de crescimento e desenvolvimento (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é a idade correspondente dos 10 aos 19 anos, sendo a pré-adolescência dos 10 aos 14 anos e a adolescência, propriamente dita, dos 15 aos 19 anos. Nessa fase da vida, ocorre a aceleração e a desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, envolvendo hormônios sexuais e evolução da maturidade sexual, acompanhada pelo desenvolvimento de caracteres sexuais secundários masculinos e femininos. Paralelamente as mudanças corporais, ocorrem as psicoemocionais, como a busca da identidade, a tendência grupal, o desenvolvimento do pensamento conceitual, a vivência singular e a evolução da sexualidade (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Além de todas essas transformações, nessa época da vida, crescem a autonomia e a independência em relação à família e a experimentação de novos comportamentos e vivências. Alguns desses comportamentos e vivências representam importantes fatores de risco para a saúde, como o tabagismo, o consumo de álcool, de drogas ilícitas, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o sexo desprotegido. Esses fatores aumentam os riscos para o surgimento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), gravidez indesejada, acidentes e violências, além de contribuírem para o desenvolvimento futuro de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as cardiovasculares, diabetes e câncer (MALTA et al., 2010).

É na fase da infância e da adolescência que vários hábitos e comportamentos são estabelecidos, incorporados e, possivelmente, transferidos à idade adulta, o que dificulta a mudança de comportamento nessa fase. Esses hábitos e comportamentos que irão compor o estilo de vida dessa população se baseiam na experiência de vida e nos conhecimentos adquiridos e compartilhados durante esses anos (FARIAS JÚNIOR et al., 2009). É por esta razão que os familiares, profissionais da saúde e da educação precisam intervir cada vez mais

cedo na vida desses adolescentes, proporcionando momentos de diálogos, aconselhamentos e atividades educativas que possibilitem a promoção e a proteção da saúde física e emocional, presente e futura.

A sexualidade, por exemplo, ainda é um assunto pouco discutido no ambiente familiar. É verdade que essa situação vem se modificando, algumas famílias são bem abertas ao diálogo com os filhos sobre esse assunto, porém existem ainda muitas crenças e tabus a serem rompidos. Outros comportamentos como o uso de drogas, alimentação inadequada, sedentarismo, automedicação, entre outras, precisam ser discutidos com os adolescentes, a fim de minimizar a exposição dos mesmos aos fatores de riscos. Esta fase é um importante momento para adoção de novas práticas e comportamentos, ganho de autonomia e do autocuidado.

As ações de educação em saúde são estratégias eficazes para estimular o debate sobre temas de interesse dos adolescentes, considerando o contexto cultural no qual a população esta inserida, podendo estas serem definidas como qualquer atividade envolvendo o processo de aprendizagem, desenhada para alcançar saúde. São geralmente desenvolvidas por meio de aconselhamento interpessoal, em locais como consultórios, escola, entre outros, assim como impessoalmente, por meio da comunicação em massa, utilizando-se a mídia, entre outros. Esses mecanismos podem contribuir efetivamente para acrescentar conhecimentos, atitudes e habilidades relacionadas com comportamentos ligados à saúde (AMORIN et al.,2006).

Entretanto, para que os adolescentes possam fazer escolhas mais saudáveis de vida, é necessário que haja um processo de interação entre o conteúdo teórico e a experiência de vida de cada um e o estabelecimento da confiança entre o adolescente e o profissional responsável pela ação de maneira permanente. Faz-se então, imperiosa a necessidade de se desenvolver um trabalho educativo, que deverá recrutar familiares, educadores e profissionais da área da saúde empenhados na tarefa de discutir e informar sobre os temas abordados anteriormente.

## 1.1 ÁREA

Saúde Coletiva.

## 1.2 TEMA

Educação em Saúde para Adolescentes Escolares.

## 1.3 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Aplicação e análise de ações de educação em saúde sobre assuntos relacionados à saúde preventiva para adolescentes matriculados em duas escolas públicas estaduais do município de Criciúma, Santa Catarina (SC).

## 1.4 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Ações de educação em saúde relacionadas à saúde preventiva contribuem para o aumento de conhecimento em saúde de adolescentes?

## 1.5 JUSTIFICATIVA

A população de adolescentes no Brasil, entre a faixa etária dos 10 aos 19 anos, é de 39.356.374 milhões, correspondendo a 50,85% da população geral, representando uma parcela importante da população exposta a riscos e relações de vulnerabilidade (TOCANTINS, 2009).

Atualmente as DCNT, DSTs e as causas externas (violência, acidentes de trânsito e suicídio) destacam-se como as principais causas de morte e adoecimento na população jovem do Brasil. A crescente exposição a fatores de risco comportamentais, como o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, sexo desprotegido, alimentação inadequada e sedentarismo contribuem para o aumento destes eventos, e tem com frequência seu início na adolescência (FARIAS JÚNIOR et al., 2009).

Durante a transição da infância para a vida adulta, os adolescentes passam por mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. Além de todas essas transformações, nessa época da vida, crescem a autonomia e a independência em relação à família e a experimentação de novos comportamentos e vivências. Alguns desses comportamentos e vivências podem gerar impactos negativos a sua saúde (MALTA et al., 2010).

Por esta razão, os adolescentes constituem um grupo prioritário para as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, em razão da crescente exposição dos mesmos a diversas situações de riscos e agravos a saúde.

Vale ressaltar, que na fase da adolescência vários hábitos e comportamentos são estabelecidos, incorporados e possivelmente, transferidos à idade adulta, tornando-se mais difíceis de serem alterados posteriormente (FARIAS JÚNIOR et al., 2009).

Por isso, é fundamental que os pais, familiares, profissionais da saúde e educação intervenham cada vez mais cedo na vida dos adolescentes, proporcionando momentos de diálogos, aconselhamentos e atividades educativas que possibilitem a construção da consciência crítica sobre a importância do estilo de vida saudável.

Tais fatos revelam a importância deste trabalho para saúde preventiva dos adolescentes. A atuação junto à escola, oferecendo ferramentas aos adolescentes por meio da orientação, educação, liberdade de expressão, e, fazendo deles, verdadeiros agentes em favor da saúde própria, bem como, da comunidade, é importante e necessária, pois acreditamos que quanto mais cedo forem proporcionadas atitudes preventivas, explicativas e ativas na busca do conhecimento à cerca das condições de saúde, maiores serão as chances de se alcançarem resultados produtivos e efetivos na população jovem.

A partir do exposto, pretende-se responder a seguinte pergunta: As ações de educação em saúde sobre assuntos relacionados à saúde preventiva contribuem para o aumento de conhecimento em saúde de adolescentes?

## 1.6 OBJETIVOS

### 1.6.1 Objetivo Geral

Analisar a efetividade de ações de educação em saúde no conhecimento relacionado à saúde preventiva em adolescentes matriculados na rede pública de ensino do município de Criciúma, Santa Catarina.

### 1.6.2 Objetivos Específicos

- Analisar o conhecimento prévio dos adolescentes sobre os assuntos relacionados à saúde preventiva;
- Disponibilizar ações de educação em saúde sobre assuntos relacionados à saúde preventiva;
- Analisar a eficácia das ações de educação em saúde desenvolvidas nas escolas envolvidas na pesquisa.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica do presente projeto será dividida em quatro capítulos: O papel do SUS na saúde do adolescente; A adolescência; As políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de doenças para os adolescentes; e Educação em saúde no âmbito escolar.

### 2.1 O PAPEL DO SUS NA SAÚDE DO ADOLESCENTE

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os princípios e diretrizes para uma completa reorganização do Sistema de Saúde a partir da formalização de um princípio igualitário e do comprometimento público com a garantia desta igualdade. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentada pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 pode ser considerada uma “carta fundadora” de uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Está organizado sob a forma de uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, para atender com resolutividade às necessidades de saúde da população (BRASIL, 1990).

O processo de consolidação do SUS busca reduzir a lacuna ainda presente entre os direitos garantidos pela lei, que postula que “a saúde é um direito de todos e um dever do estado”, e a capacidade de ofertar serviços de saúde de qualidade para toda a população brasileira. Fundado no direito universal a saúde e priorizando a Atenção Básica, passou a requerer um modelo de saúde integral e resolutivo em todos os níveis de atenção (NASCIMENTO, 2008).

Diante disso, muitas iniciativas foram realizadas pelo Ministério da Saúde para efetivar as mudanças no processo organizativo dos serviços de saúde, entretanto, consistiam em projetos pontuais e com pouco êxito até a idealização do Programa Saúde da Família (PSF) (MACHADO et al., 2007), implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde.

O PSF, atualmente referido como Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como objetivo reordenar o modelo de atenção no SUS, a partir da atenção básica. Este modelo assistencial visa intervir nos determinantes sociais de saúde, a partir de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas (GIL, 2005). A dinâmica proposta pela ESF é reorganizar a prática da

atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias, melhorando a qualidade de vida da população e diminuindo os custos com internações (BRASIL, 1997).

Para ser compreendida como uma ESF deve ter alguns requisitos básicos, como a formação da equipe de trabalho, de maneira multiprofissional composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico da família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal. Cada equipe deve responder por uma população adstrita de cerca de três a quatro mil pessoas, respeitando os critérios de equidade para esta definição com atuação principalmente na Unidade Básica de Saúde (UBS), nas residências e na mobilização da comunidade (BRASIL, 2011).

Desde a sua criação, o ESF vem sendo vista como um modelo inovador, fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida da população brasileira. Entretanto, sua sustentabilidade requer o estabelecimento contínuo de parcerias intersetorias, articulando ações interdisciplinares de assistência, promoção da saúde e prevenção doenças (MACHADO et al., 2007).

O período da adolescência abrange uma determinada cronologia de vida compreendida entre a infância e a fase adulta em um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, caracterizada por um processo de mudanças importantes. Tais mudanças, de cunho biológico e psicossocial, acabam por colocar adolescentes em um grupo vulnerável às diversas influências, tanto positivas como negativas, tornando assim esta população mais vulnerável à exposição de fatores de riscos a saúde, necessitando de programas e ações efetivas para seu cuidado.

Considerado o núcleo da atenção básica, a ESF constitui o elo entre família, profissionais e comunidade e, na maioria das vezes é a porta de entrada dos usuários que procuram os serviços públicos de saúde. Nesse contexto, destaca-se que a organização desses serviços para o atendimento e o cuidado a saúde dos adolescentes é fundamental, assim tornam-se necessários o acolhimento, a escuta

qualificada, a atenção integral e ações de conscientização e de autocuidado, a fim de superar a assistência fragmentada e curativa (HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010).

Se avaliarmos as propostas atuais dos serviços públicos de saúde direcionados a esta população, podemos observar que algumas ações são desenvolvidas para atender este público, porém ainda é incipiente, dada a crescente exposição desses indivíduos a diversos fatores de risco e agravos a saúde. Diante disso, se faz necessário que as equipes de saúde elaborem diferentes ações e programas atrativos para este público, a fim trazer os adolescentes para mais perto dos serviços de saúde.

## 2.2 A ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma fase de transição gradual entre a infância e o estado adulto, que se caracteriza por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais. Ela representa uma das mais importantes fases do ciclo vital, à medida que completa o período de crescimento e desenvolvimento (CAMARGO; FERRARI, 2009).

A etimologia do termo adolescência vem do verbo latino “adolescere” que significa *ad = para* e *olescere = crescer*; o que reforça o entendimento dessa fase como condição ou processo de crescimento, na qual as mudanças começariam com o início da puberdade e terminariam com a inserção social, profissional e econômica do indivíduo (BECKER, 1991 apud LEÃO, 2005).

A OMS define a adolescência como um período correspondente dos 10 aos 19 anos, sendo a pré-adolescência dos 10 aos 14 anos e a adolescência, propriamente dita, dos 15 aos 19 anos. Essa definição por faixa etária, segundo a literatura, dá-se simplesmente por razões estatísticas, já que a adolescência é considerada como um processo que começa antes dos 10 anos e não termina aos 19 anos (DAVIM et al., 2009).

As mudanças sofridas na fase da adolescência são intensas. Essa fase da vida é considerada uma etapa crucial, cuja marca registrada é a transformação ligada aos aspectos físicos e psíquicos do ser humano (ALMEIDA et al., 2007).

A transformação inicia-se com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, indicando que o corpo infantil começa a se despedir e o corpo juvenil, a emergir. Essas modificações são denominadas puberdade.

A puberdade é caracterizada por aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudanças na composição corporal, eclosão hormonal e maturação dos órgãos sexuais (ALMEIDA et al., 2007). Paralelamente as mudanças corporais, ocorrem as psicoemocionais, como a busca da identidade, a tendência grupal, o desenvolvimento do pensamento conceitual, a vivência singular e a evolução da sexualidade (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Além de todas essas transformações, nessa época da vida, crescem a autonomia e a independência em relação à família e a experimentação de novos comportamentos e vivências. Alguns desses comportamentos e vivências representam importantes fatores de risco para a saúde, como o tabagismo, o consumo de álcool, de drogas ilícitas, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o sexo desprotegido. Esses fatores aumentam os riscos para o surgimento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), gravidez indesejada, acidentes e violências, além de contribuírem para o desenvolvimento futuro de DCNT, como as cardiovasculares, diabetes e câncer (MALTA et al., 2010).

Por essa razão, os adolescentes constituem um grupo prioritário para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, em razão da maior exposição dos mesmos a diversas situações de riscos a saúde.

Segundo Farias Júnior et al. (2009) é na fase da infância e da adolescência que vários hábitos e comportamentos são estabelecidos, incorporados e, possivelmente, transferidos à idade adulta, o que dificulta a mudança de comportamento nessa fase. Esses hábitos e comportamentos que irão compor o estilo de vida dessa população se baseiam na experiência de vida e nos conhecimentos adquiridos e compartilhados durante esses anos.

Diante disso, é fundamental que os pais, familiares, profissionais da saúde e educação intervenham cada vez mais cedo na vida dos adolescentes, proporcionando momentos de diálogos, aconselhamentos e atividades educativas que possibilitem a construção da consciência crítica sobre a importância do estilo de vida saudável.

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS PARA OS ADOLESCENTES

A saúde dos adolescentes é uma preocupação constante nos serviços de saúde em diversos países, devido o crescente aumento das DCNT, DSTs, e das causas externas (violência, acidentes de trânsito e suicídio) evidenciados nessa faixa etária.

No Brasil, não é de hoje que vem sendo discutidos sobre os serviços de saúde direcionados a essa população. No ano de 1989, o MS criou por meio da portaria 980/GM, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que a partir de então passou a assumir o compromisso de assegurar os princípios básicos da universalidade, equidade e integralidade de ações a essa população em todas as Unidades Federativas (BRASIL, 1989).

Esse programa foi pioneiro de política pública e social, direcionado aos adolescentes de 10 a 19 anos, e caracteriza-se pela integralidade das ações, além do enfoque preventivo e educativo. Além de pautar-se no princípio da integralidade das ações de saúde, reforça a perspectiva multidisciplinar da operacionalização das mesmas, bem como a integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos nesta operacionalização. O foco principal do programa é oferecer um atendimento fundamentado em uma política de promoção da saúde, identificação de riscos e detecção precoce dos agravos, com tratamento e reabilitação (BRASIL, 1989).

Outro importante programa criado para esse público foi Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE, do MS e do Ministério da Educação (ME) instituído em 2007, pelo decreto nº 6286, objetiva a atenção integral (promoção, prevenção de doença, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, integrando escolas e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação, evidenciando que a escola é um espaço privilegiado para as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças e estas podem impactar positivamente na qualidade de vida dos educandos (BRASIL, 2007).

Ainda, a articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é, portanto, fundamental para o PSE, sendo uma importante estratégia para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras. O PSE tem como práticas: I

- Avaliação clínica e psicossocial; II - Ações de promoção e prevenção, com práticas educativas e de saúde, buscando: “à promoção da alimentação saudável, à promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, à educação para a saúde sexual e reprodutiva, à prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, à promoção da cultura de paz e prevenção das violências, à promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável” (BRASIL, 2011, pag. 76); III - manter práticas de educação permanente qualificando os profissionais, tanto da educação, como da saúde e os jovens, alvos do programa (BRASIL, 2011).

O crescente aumento dos fatores de riscos e agravos na população jovem e a ausência dos mesmos nos serviços de saúde têm preocupado os setores governamentais responsáveis pela saúde da população. Diante disso, o MS, lançou em 2009 a Caderneta de Saúde do Adolescente com o intuito de dar maior visibilidade ao público adolescente e subsidiar os serviços de saúde na atenção integral à saúde dessa população.

A Caderneta de Saúde do Adolescente, criada por meio da portaria nº 3.147/2009, visa apoiar a atenção à saúde da população juvenil, acompanhar o crescimento e o desenvolvimento saudáveis e orientar na prevenção de doenças e agravos à saúde, além de facilitar ações educativas que promovam o aprendizado e a consolidação de estilo de vida saudáveis (BRASIL, 2009).

A Caderneta Saúde do Adolescente procurou agregar informações a respeito de diversos assuntos relacionados com a vida do adolescente, como: – Adolescência e sua responsabilidade com sua própria saúde; – Os direitos para a saúde do adolescente estão contidos no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente); – Dicas gerais para o adolescente se preocupar com sua saúde (comida, bebida, banho, sono, higiene pessoal, atividade física, cuidado com acidente cotidiano, automedicação, evitar tristeza prolongada, proteção); – Cárie – Conceito genérico e atitudes com as orientações para manter os dentes limpos; – Vacinas – conceito geral; verificação do calendário de vacinas para adolescentes e recomendações em imunizações para os adolescentes; – Aparecimento de espinhas / Puberdade – conceito geral, sintomas que aparecem, maturação sexual (estágios de Tanner); – “Conhecer, Ficar, Namorar”: \* Primeira relação sexual e cuidados sobre esta atividade (doenças e gravidez); \* Gravidez: Quando pode ocorrer, fazer o teste, se estiver grávida como agir, precauções e contraceptivos; \* Sexo seguro: uso de camisinhas masculina e feminina; – Informações úteis: telefones e sites.

As iniciativas citadas acima compõem as principais ações pensadas e organizadas pelos setores da saúde para a promoção da saúde e prevenção de doenças do público adolescente.

#### 2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO ESCOLAR

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA; LÓPEZ, 1996). Desta forma, a educação em saúde é a forma pelo qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, intermediado pelos profissionais de saúde, oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Conforme Alves e Aerts (2011) a educação em saúde é uma prática centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades. Ela deve estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, não coagindo ou manipulando as pessoas. Sendo assim, as informações sobre saúde e doença devem ser discutidas com os usuários e grupos populacionais para ser possível a opção por uma vida mais saudável.

Nesse sentido, Libâneo (1994 apud ALVES; AERTS, 2011) conceitua a prática educativa como o processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornam aptos a atuar no meio social e transformá-lo. Entretanto, para que as pessoas possam fazer escolhas mais saudáveis de vida, é necessário que haja um processo de interação entre o conteúdo teórico e a experiência de vida de cada um e o estabelecimento da confiança e da vinculação dos usuários ao serviço de saúde e ao profissional.

Em se tratando do público adolescente, as ações de educação em saúde são consideradas estratégias eficazes para estimular o debate sobre temas de interesse dos mesmos, considerando o contexto cultural no qual a população está inserida, podendo estas serem definidas como qualquer atividade envolvendo o processo de aprendizagem, desenhada para alcançar saúde. Essas ações geralmente são desenvolvidas por meio de aconselhamento interpessoal, em locais como consultórios, escola, entre outros, assim como impessoalmente, por meio da comunicação em massa, utilizando-se a mídia. Esses mecanismos podem contribuir

efetivamente para acrescentar conhecimentos, atitudes e habilidades relacionadas com comportamentos ligados à saúde (AMORIN et al.,2006).

As ações educativas em saúde podem e devem ser desenvolvidas tanto pelos profissionais da saúde como os da educação. Entretanto, a realização destas ações no espaço adequado é fundamental para o seu sucesso com o público adolescente. Sendo assim, a escola é considerada um **locus** privilegiado para ações de educação em saúde, pois permite alcançar os adolescentes individualmente e coletivamente e conta ainda com o apoio de professores, pais e familiares.

A atuação junto à escola, oferecendo ferramentas aos adolescentes por meio da orientação, educação, liberdade de expressão, e, fazendo deles, verdadeiros agentes em favor da saúde própria, bem como, da comunidade, é importante e necessária, pois quanto mais cedo forem proporcionadas atitudes preventivas e explicativas na busca do conhecimento à cerca das condições de saúde visando estilo de vida saudável, maiores serão as chances de se alcançarem resultados produtivos e efetivos na saúde presente e futura desses indivíduos.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 HIPÓTESE**

Acredita-se que as ações de educação em saúde podem contribuir para o aumento de conhecimento de adolescentes sobre assuntos relacionados à saúde preventiva, além de ser uma estratégia pedagógica para as escolas utilizarem de maneira permanente, modificando assim o cenário atual.

#### **3.2 DESENHO DO ESTUDO**

Estudo transversal, prospectivo, e analítico, com abordagem quantitativa.

#### **3.3 VARIÁVEIS**

##### **3.3.1 Dependentes**

Notas (pré e pós ação de educação em saúde).

##### **3.3.2 Independentes**

Notas (pré e pós ação de educação em saúde), escolaridade, unidade de ensino, gênero, faixa etária, temáticas de cada ação de educação em saúde.

#### **3.4 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo será realizado no Colégio Estadual Professor Lapagesse e na Escola Estadual Básica Humberto de Campos, ambas da rede pública, localizadas no município de Criciúma - SC.

#### **3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO**

A população do estudo será de adolescentes, com faixa etária entre 12 a 17 anos, matriculada nos turnos vespertino e noturno, do Colégio Estadual Professor

Lapagesse e da Escola Estadual Básica Humberto de Campos, ambas da rede pública, do município de Criciúma- SC. Na escola Professor Lapagesse, serão coletados os dados dos escolares do ensino fundamental séries finais (8º e 9º ano), do período vespertino; e da escola Humberto de Campos serão coletados os dados dos escolares do ensino médio (1º e 2º ano), do período noturno. Essas escolas foram escolhidas por disponibilizarem as turmas nos períodos disponíveis para a pesquisa e pela localização geográfica, área central da cidade.

### **3.5.1 Critério de inclusão**

Serão adotados neste estudo os seguintes critérios de inclusão: Adolescentes que estejam regularmente matriculados e com frequência mínima de 75% na unidade escolar; Adolescentes que estejam cursando o ensino fundamental séries finais (8º e 9º ano) e ensino médio (1º e 2º ano) das unidades escolares participantes do estudo; Preenchimento e devolução do termo de consentimento livre e esclarecido; Para os estudantes menores de idade, será necessária a autorização dos pais ou responsáveis.

### **3.5.2 Critério de exclusão**

Como critério de exclusão será estabelecido a não devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **3.6 AMOSTRA**

Serão coletadas informações de todos os escolares caracterizados na população em estudo, tratando-se de uma amostra de conveniência, totalizando 109 escolares.

## **3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Inicialmente, será elaborado um banco de dados em planilhas do software Microsoft Excel versão 2012, onde serão construídos gráficos e tabelas para uma melhor organização e apresentação dos dados. Também serão calculadas algumas medidas descritivas como média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa para

avaliar as variáveis quantitativas. Em seguida, o banco de dados será exportado para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0, onde será realizada a análise estatística descritiva.

Os cálculos analíticos serão realizados com um nível de significância  $\alpha = 0,05$  e um intervalo de confiança de 95%. Para a comparação da média das variáveis quantitativas, será aplicado o teste “t” de Student para amostras independentes.

### 3.8 LOGÍSTICA

A pesquisa será iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Unesc.

As ações educativas em saúde serão realizadas entre os meses de julho a dezembro de 2013, com os estudantes das escolas Professor Lapagesse e Humberto de Campos. Como os conteúdos das ações educativas serão bem abrangentes, será necessária a participação de diferentes profissionais da área da saúde especializados nos assuntos debatidos: Fisioterapeuta, Enfermeiro, Odontólogo, Psicólogo, Nutricionista e o Profissional de Educação Física, todos residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Unesc. Os conteúdos das palestras serão divididos conforme as possíveis áreas envolvidas:- Fisioterapeuta: educação postural; Enfermeiro: sexualidade; Odontólogo: saúde bucal; Psicólogo: prevenção de drogas; Nutricionista: promoção da alimentação saudável e adequada; e o Profissional de Educação Física: atividade física. Antes da realização de cada ação educativa em saúde será aplicado um questionário para avaliar o conhecimento prévio sobre o tema, posteriormente os profissionais (descritos acima) ministrarão as ações de educação em saúde que lhe são compatíveis, em turmas diferentes e com horários previamente agendados com a escola. Após o período de 30 dias o questionário será novamente aplicado aos estudantes na perspectiva de avaliar a compreensão dos estudantes sobre as temáticas abordadas. Vale ressaltar que este procedimento será realizado para cada ação separadamente.

### 3.9 INSTRUMENTO DE COLETA

A coleta de dados será realizada por meio de questionários (Apêndice A) construídos por cada profissional envolvido no projeto e sob a supervisão do orientador e pesquisador responsável da pesquisa, contendo somente questões fechadas e em concordância com os temas abordados.

### 3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa será iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense e autorização do local onde será realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Termo de Confidencialidade (Anexo A), tendo como base a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos escolares e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os sujeitos da pesquisa somente participarão da pesquisa mediante a autorização dos pais ou responsáveis por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

## 4 CRONOGRAMA

Tabela 1 – Cronograma

Atividades		Ano 2013/ 2014											
		Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abri
1	Levantamento bibliográfico			X	X	X	X	X	X				
2	Elaboração do projeto de pesquisa			X									
3	Coleta de dados		X	X	X	X	X	X					
4	Tabulação dos dados							X	X				
5	Análise estatística								X				
5	Elaboração do relatório final							X	X				
6	Revisão do texto								X				
7	Entrega do relatório final e artigos								X				X

## 5 ORÇAMENTO

Todas as despesas serão de responsabilidade dos autores do projeto.

### 5.1 CAPITAL

Tabela 2 - Despesas de capital

<b>Discriminação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Unitário R\$</b>	<b>Valor Total R\$</b>
Notebook	1	1.500,00	1.500,00
Impressões	1.260	0,15	189,00
<b>Total</b>			<b>1.689,00</b>

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Inez Silva de. et al. O adolescer... um vir a ser. **Revista adolescência e saúde**. Vol. 4, nº 3, agosto 2007.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde coletiva**, v.16, n.1, p.319-325, 2011.

AMORIM, Valdicleibe lira de. et al. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na promoção à saúde do adolescente. **Revista brasileira em promoção da Saúde**; 19 (4) : 240-246. 2006.

BRASIL. lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [**Lei orgânica da Saúde**]. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p.18.055, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 980, 21 de dezembro 1989. **Define objetivos, diretrizes e estratégias para o Programa Saúde do Adolescente- PROSAD**. Diário oficial da união. Poder executivo, Brasília, DF, 26 dez., 1989.

\_\_\_\_\_ **Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011.** Brasília:

Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_ Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_ **Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo (PSE) Programa Saúde na Escola. Tecendo caminhos da intersectorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_ Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde de Adolescente e Jovem. Caderneta de saúde do adolescente**. Brasília, 2009.

CAMARGO, Elisana Ágatha Iakmiu; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 14(3):937-946, 2009.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide, 1996.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa. et al. Adolescente/adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 2, p. 131-140, abr./jun.2009.

FARIAS JÚNIOR, JC et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Publica**. 2009;25(4):344–52.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar-abr, 2005.

HENRIQUES, Bruno David; ROCHA, Regina Lunardi; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da saúde da atenção primária do município de Viçosa, MG. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 3, 2010.

LEÃO, Luciana Melo de Souza. **Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia**. 2005. 149 P. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Revista Ciências da saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 335-342.

MALTA, Deborah Carvalho. Et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 15(Supl. 2): 3009-3019, 2010.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do. **A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação de força de trabalho para o SUS**. 2008. 142 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção Primária. **Área técnica saúde do adolescente: dados da população-indicadores. 2009**. Disponível em:<[http://www.atencaoprimarya.to.gov.br/adolescente\\_indicadores.php?obj=adolescente & status=abre](http://www.atencaoprimarya.to.gov.br/adolescente_indicadores.php?obj=adolescente & status=abre)>. Acesso em: 30 jun. 2013.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – Instrumentos de coleta de dados.**

DN:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.  
 Idade:\_\_\_\_\_

Escola:\_\_\_\_\_ Turno:\_\_\_\_\_

Série:\_\_\_\_\_ Turma:\_\_\_\_\_

**Assinale as questões abaixo conforme o seu conhecimento:**

**SAÚDE BUCAL**

**1- Para uma boa higiene bucal é necessário escovarmos os dentes quantas vezes ao dia?**

- a-  Somente pela manhã;
- b-  Duas vezes por dia;
- c-  Após todas as refeições.

**2- Assinale as alternativas das principais causas do mau hálito:**

- Álcool  Má higienização da língua
- Má higiene bucal  Doenças gengivais (gingivite)
- Falta de ingestão de água  alimentos açucarados
- Doenças do estômago e rins

**3- O odontólogo é o profissional da área da saúde especializado em promover a saúde bucal e prevenir e tratar as doenças bucais. Assinale a alternativa correta de quando devemos procurar o atendimento desse profissional:**

- a-  De seis meses a um ano;
- b-  A cada dois anos para fazer um Check up;
- c-  Quando sentirmos dor de dente.

**4- Qual a frequência ideal para trocarmos a escova dental?**

- a-  trimestralmente.
- b-  semestralmente;
- c-  mensalmente.

**5- É muito comum, entre as pessoas, a falta do hábito da utilização do fio dental, esse que é imprescindível para uma adequada higiene e saúde bucal. Uma pessoa que não faz o uso do fio dental está sob o risco de desenvolver quais desses problemas:**

- escurecimento dos dentes  herpes bucal
- cárie entre os dentes  inflamação na gengiva
- halitose (mau hálito)  aftas

**6- Cárie é uma doença que pode resultar em destruição e perda dos dentes se não tratada a tempo e de forma adequada. Diante disso, a prevenção é a melhor solução para nos mantermos longe dessa doença. Assinale os principais cuidados que devemos tomar para prevenir a cárie:**

- evitar alimentos gordurosos  boa higiene bucal
- não fumar  não ingerir álcool
- reduzir alimentos açucarados

**7- O fio dental deve ser usado:**

- a-  após todas as escovações;
- b-  algumas vezes na semana;
- c-  uma vez ao dia.

**8- Qual a melhor escova dentel?**

- a-  média
- b-  dura
- c-  macia

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL****1- A carência nutricional de ferro (anemia ferropriva) pode ser resultado da baixa ingestão de alimentos fontes de ferro. Assinale a alternativa que contenha exemplos dos principais alimentos fontes de ferro.**

- a-  Arroz, beterraba e leite.
- b-  Carne de frango, clara de ovo e lentilha
- c-  Carne vermelha, feijão e gema de ovo.

**2- O consumo frequente de fibras alimentares é muito importante para a saúde, pois pode prevenir o surgimento de algumas doenças crônicas, como:**

- a-  Prisão de ventre, doenças cardiovasculares e câncer de intestino.
- b-  Câncer de fígado, hipertensão (pressão alta) e asma.
- c-  Diabetes, câncer de cólon e osteoporose.

**3- Em quais alimentos podemos encontrar boas quantidades de fibras alimentares?**

- a-  batata, bolos e pão branco.
- b-  carnes, vegetais e leite.
- c-  cereais, frutas e hortaliças.

**4- Assinale a alternativa que contenha os principais alimentos fontes de cálcio:**

- a-  Leite, queijo e iogurte.
- b-  Sardinha, mingau e arroz integral.
- c-  Carne vermelha, agrião e feijão.

**5- O que é ter uma alimentação saudável?**

- a-  é se alimentar consumindo bastante nutrientes, cortando os carboidratos e frituras.
- b-  é se alimentar até me sentir satisfeito e quanto tiver vontade.
- c-  é se alimentar de forma equilibrada de acordo com as nossas necessidades.

**6- Qual a função dos carboidratos no nosso organismo?**

- a-  servem para constituir nosso corpo, (nossos ossos, pele, unhas, cabelo e músculos).
- b-  servem para regulação térmica, pois é um isolante térmico.
- c-  servem para dar energia às atividades do dia-a-dia.

**7- Qual a quantidade adequada de água para ingerirmos durante o dia?**

- a-  de 8 a 10 copos.
- b-  de 2 a 5 copos.

c- ( ) de 4 a 6 copos.

**8- Qual a percentual ideal que os vegetais, verduras e legumes devem ocupar no prato?**

a- ( ) 50%.

b- ( ) 15%.

c- ( ) 30%.

**PREVENÇÃO DE DROGAS**

**1- O que são drogas?**

a- ( ) São substâncias, naturais ou sintéticas, que modificam as funções normais do organismo.

b- ( ) São substâncias, que não influenciam diretamente no sistema nervoso central do usuário.

c- ( ) São substâncias, as quais o consumo a longo prazo, não traz efeitos colaterais para o usuário.

**2- O que são drogas ilícitas?**

a- ( ) São substâncias que podem ser produzidas, comercializadas e consumidas sem problema

b- ( ) São substâncias que podem ser produzidas e comercializadas somente para fins medicinais.

c- ( ) São substâncias proibidas de serem produzidas, comercializadas e consumidas.

**3- Quais as principais reações apresentadas pelo uso da maconha?**

a- ( ) Agressividade, falta de apetite, irritabilidade e insônia.

b- ( ) Olhos avermelhados, boca seca, sonolência, perda de memória, e perda de sensação do tempo decorrido.

c- ( ) Euforia, desinibição, descontrole, falta de coordenação motora e sono.

**4- Qual o tipo de droga que pode causar dependência imediata?**

a- ( ) maconha.

b- ( ) tabaco.

c- ( ) crack.

**5- Por que se diz que a droga provoca dependência psicológica?**

a- ( ) A droga se adapta de tal forma ao organismo que quando uma pessoa para de usar fica com um mal-estar físico muito grande.

b- ( ) A droga começa a ocupar um lugar muito importante na vida de quem a usa constantemente e pensa o tempo todo em quando vai poder usar novamente.

c- ( ) A droga faz com que o usuário tenha pensamentos obsessivos relacionados à morte, fazendo com que use constantemente mesmo sabendo dos riscos que ela traz.

**6- O que é um ansiolítico?**

a- ( ) É um medicamento tem a propriedade de atuar sobre a ansiedade e a tensão, cujo principal efeito é diminuir ou acabar com a ansiedade das pessoas.

b- ( ) É um medicamento usado para estimular a atividade do cérebro, fazendo com que a pessoa fique mais agitada em casos onde os sintomas depressivos estão muito acentuados.

c- ( ) É um tipo de droga ilícita muito utilizada em festas e baladas para fornecer mais energia, fazendo com que a pessoas dance por horas a fio sem se cansar.

### **7- O que é uma droga alucinógena?**

a- ( ) É um tipo de droga que altera o funcionamento cerebral deixando a pessoa mais irritada e violenta.

b- ( ) É um tipo de droga que provoca um processo de alucinação, ou seja, faz com que as pessoas percebam coisas que não existem.

c- ( ) É um tipo de droga que provoca perda de memória e problemas de aprendizado.

### **8- Qual é o objetivo da prevenção primária com relação ao uso de drogas?**

a- ( ) A prevenção primária tem como objetivo atingir as pessoas que já experimentaram e que fazem um uso ocasional de drogas, com intuito de evitar o uso nocivo.

b- ( ) A prevenção primária tem como objetivo evitar ou retardar a experimentação do uso de drogas.

c- ( ) A prevenção primária tem como objetivo realizar o tratamento do uso nocivo ou da dependência, onde a atenção deve ser feita por um profissional de saúde.

## **SEXUALIDADE**

### **1- O que é a sexualidade:**

a- ( ) É somente a prática sexual.

b- ( ) É a estimulação dos órgãos genitais.

c- ( ) É a necessidade de buscar sensações de bem-estar, prazer, afeto, contato, carinho, que todo ser humano tem.

### **2- A sexualidade começa a se desenvolver a partir de que momento?**

a- ( ) após a primeira relação sexual.

b- ( ) a partir dos 10 anos de idade.

c- ( ) desde quando estamos no útero materno.

### **3- A menina pode engravidar a partir de quando?**

a- ( ) A partir da primeira relação sexual.

b- ( ) A partir da primeira menstruação.

c- ( ) A partir dos 15 anos de idade.

### **4- O que são DSTs?**

a- ( ) São doenças que acometem as mulheres somente durante a gravidez.

b- ( ) São doenças adquiridas somente por via sanguínea tanto nos homens quanto nas mulheres.

c- ( ) São doenças transmitidas por via sexual e fluídos corpóreos tanto nos homens quanto nas mulheres.

**5- A Pílula anticoncepcional e o DIU (Dispositivo intra uterino) protegem contra as DSTs?**

- a-  Não protegem contra as DSTs, somente se forem associadas ao preservativo masculino ou feminino;
- b-  Protegem somente as meninas contra as DSTs;
- c-  Protegem contra as DSTs, se associadas ao espermicida.

**6- O que significa dupla proteção?**

- a-  É o uso combinado da camisinha masculina ou da camisinha feminina com outro método contraceptivo.
- b-  É o uso combinado de duas camisinhas masculinas.
- c-  É o uso combinado da camisinha feminina e da camisinha masculina.

**7- O que é o HIV?**

- a-  É uma DST causada pelo Papilomavírus que pode desenvolver lesões precursoras, que se não forem identificadas e tratadas podem progredir para o câncer, principalmente no colo do útero e no ânus.
- b-  É o vírus causador da AIDS, doença que compromete o sistema de defesa do organismo, provocando a perda da proteção contra as doenças, por isso a pessoa pode desenvolver vários tipos de infecções e/ou câncer.
- c-  É uma doença infectocontagiosa, sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode também ser transmitida verticalmente (da mãe para o feto), transfusão de sangue ou por contato direto com sangue contaminado..

**8- Quais os principais sintomas do HPV?**

- a-  verrugas de tamanhos variáveis, que podem ser externas ou internas, que podem ocorrer tanto no homem quanto na mulher.
- b-  feridas indolores (cancros) e ínguas na região da virilha.
- c-  ardência e dor ao urinar e corrimento nos órgãos genitais (masculino e feminino).

**ATIVIDADE FÍSICA**

**1- Quais os principais comportamentos que devemos adotar para que tenhamos uma boa saúde?**

- a-  Ir ao médico sempre que necessário.
- b-  Ter boas relações sociais, alimentação adequada, comportamentos preventivos, praticar atividades físicas e controlar o estresse.
- c-  Não ter nenhuma doença.

**2- O que são doenças hipocinéticas?**

- a-  São doenças causadas pelo estresse do dia a dia.
- b-  São doenças que podem ser contraídas através da prática intensa de exercício físico.
- c-  São doenças causadas ou que podem ser agravadas pela ausência ou insuficiência de atividades físicas.

**3- Quais os principais efeitos do exercício físico para o indivíduo com hipertensão arterial (pressão alta)?**

- a-  Diminui a massa magra e controla o estresse.
- b-  Melhora o trabalho cardiovascular, reduz a pressão arterial e tem um resultado semelhante ao medicamento.
- c-  Reduz as chances de adquirir outras doenças cardiovasculares.

**4- Assinale abaixo a alternativa que indica exemplos de exercícios aeróbios:**

- a-  Natação, ciclismo e corrida.
- b-  Musculação, muay thai e boxe.
- c-  Treinamento funcional, pilates e ioga.

**5- Para que serve a verificação da frequência cardíaca durante a realização do exercício físico?**

- a-  Para identificar quanto tempo precisa ser realizado o exercício físico.
- b-  Verificar o quanto de transpiração (suor) vou ter durante o esforço físico.
- c-  Verificar a eficácia do exercício físico pelo controle da intensidade.

**6- Quais os principais cuidados que devemos ter ao praticar o exercício físico?**

- a-  Usar roupas escuras e grossas que estimulem a transpiração (o suor) e não esquecer o filtro solar.
- b-  Usar roupa confortável, calçado adequado e fazer uma refeição leve antes dos exercícios.
- c-  Usar roupa confortável e comer bastante para não sentir fome durante o exercício físico.

**7- Para que serve a medida do Índice de Massa Corporal (IMC)?**

- a-  É um dos indicadores utilizados para verificar o nível de atividade física populacional.
- b-  É um dos indicadores usados pela Organização Mundial de Saúde para verificação do estado nutricional, calculado a partir da seguinte fórmula: peso (kg) / estatura (m)<sup>2</sup>.
- c-  É uma medida utilizada para verificar o percentual de gordura e a massa magra de um indivíduo.

**8- Podemos considerar um indivíduo ativo fisicamente se ele:**

- a-  Realizar no mínimo 30 minutos diários de atividade física moderadas e/ou intensas, ou 150 minutos semanais.
- b-  Realizar no máximo 20 minutos de atividades físicas leves em pelo menos 3 dias da semana.
- c-  Realizar uma vez na semana uma caminhada ou corrida intensa por 25 minutos.

## **EDUCAÇÃO POSTURAL**

**1. Dentre as alternativas abaixo qual não é uma das funções da coluna vertebral?**

- a) manutenção da postura ereta.
- b) estabilidade e movimentação de membros superiores (braços).
- c) proteção da medula espinhal.

**2. Qual a melhor posição para dormir?**

- a) barriga para baixo.
- b) barriga para cima.
- c) deitado de lado.

**3. Qual o colchão ideal para dormir?**

- a) muito macio.
- b) semi-ortopédico (nem muito duro e nem muito macio).
- c) extremamente duro.

**4. A sobrecarga na coluna aumenta quando:**

- a) estamos sentados.
- b) estamos deitados.
- c) estamos em pé.

**5. A coluna vertebral possui curvaturas normais que são consideradas fisiológicas e favorecem a estabilização postural, no entanto ao longo da vida essas curvaturas podem sofrer alterações denominadas:**

- a) epicondilite, escoliose e hérnia de disco.
- b) osteoartrose, cifose e lordose.
- c) escoliose, hiperlordose e hipercifose.

**6. Para evitar a sobrecarga da coluna vertebral, o peso da mochila não deve ultrapassar o limite de:**

- a) 15% do peso corporal.
- b) 10% do peso corporal.
- c) 30% do peso corporal.

**7. Carregar frequentemente a bolsa ou a mochila apenas em um lado do ombro pode acarretar qual alteração postural:**

- a) escoliose.
- b) hipercifose.
- c) hiperlordose.

**8. Quanto à posição correta ao ficarmos em um computador, qual das alternativas abaixo é considerada incorreta?**

- a) coluna ereta e firme, em um ângulo de 90° em relação aos quadris.
- b) pés apoiados no solo e pescoço reto.
- c) evitar apoiar os punhos na cadeira, mesa ou teclado.

**ANEXOS**

**ANEXO A – Termo de Confidencialidade**

Venho através deste solicitar autorização para pesquisa Colégio Estadual Professor Lapagesse a partir de ações educativas sobre saúde preventiva para os escolares. A pesquisa tem o propósito de servir para a realização da monografia de conclusão de curso intitulada “Aplicação e avaliação de ações educativas sobre saúde preventiva para adolescentes”, que tem como objetivo geral avaliar a contribuição de ações educativas em saúde preventiva para adolescentes escolares da rede pública de ensino – uma estratégia para ações pedagógicas.

Será preservada a identidade dos escolares, e a confidencialidade das informações que serão utilizadas estritamente para fins científicos e acadêmicos. A coleta de dados será realizada mediante aplicação de questionários fechados pelo Profissional de Educação Física Vanise Ferreira Viero (fone: 9900-3476) residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da UNESC e orientado pelo Prof. Tutor Joni Marcio de Farias (fone: 9978- 1088). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723. Os dados coletados serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Criciúma (SC)\_\_\_\_de\_\_\_\_\_de 2013.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do residente

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do tutor

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável pelo local onde será realizada a pesquisa

### Termo de Confidencialidade

Venho através deste solicitar a autorização para pesquisa na Escola Estadual Básica Humberto de Campos a partir de ações educativas sobre saúde preventiva para os escolares. A pesquisa tem o propósito de servir para a realização da monografia de conclusão de curso intitulada “Aplicação e avaliação de ações educativas sobre saúde preventiva para adolescentes”, que tem como objetivo geral avaliar a contribuição de ações educativas em saúde preventiva para adolescentes escolares da rede pública de ensino – uma estratégia para ações pedagógicas.

Será preservada a identidade dos escolares, e a confidencialidade das informações que serão utilizadas estritamente para fins científicos e acadêmicos. A coleta de dados será realizada mediante aplicação de questionários fechados pelo Profissional de Educação Física Vanise Ferreira Viero (fone: 9900-3476) residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da UNESC e orientado pelo Prof. Tutor Joni Marcio de Farias (fone: 9978- 1088). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723. Os dados coletados serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Criciúma (SC) \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do residente

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do tutor

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável pelo local onde será realizada a pesquisa

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo meu filho (a) \_\_\_\_\_ a participar do projeto intitulado “aplicação e avaliação de ações educativas sobre saúde preventiva para adolescentes”. O Srº (a) foi plenamente esclarecido que este é um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo: avaliar a contribuição de ações educativas em saúde preventiva para adolescentes escolares da rede pública de ensino – uma estratégia para ações pedagógicas. Embora o Srº (a). autorize a participação do seu filho (a) neste projeto, estará garantido que ele (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro seu filho (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por autorizar a pesquisa. Os dados referentes a pesquisa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o Srº (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autorizo ainda o uso de imagens e gravação de voz, na oportunidade de entrevista.

A coleta de dados será realizada pela residente Vanise Ferreira Viero (Fone: 9900-3476) e orientado pelo tutor Joni Marcio de Farias (99781088). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.

Criciúma (SC)\_\_\_\_de\_\_\_\_\_de 2013.

---

Assinatura dos Pais ou Responsáveis