

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

ANDREZA RODRIGUES SILVA

**ADOLESCENTE PROMOTOR DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DO
CUIDADO DE ENFERMAGEM TRANSCULTURAL**

RECIFE

2014

ANDREZA RODRIGUES SILVA



**ADOLESCENTE PROMOTOR DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DO
CUIDADO DE ENFERMAGEM TRANSCULTURAL**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em saúde nos diferentes cenários do cuidar

Grupo de Pesquisa: Saúde Coletiva e Práticas Integrativas e Complementares na Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

RECIFE

2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S586a Silva, Andreza Rodrigues.
Adolescente promotor da saúde na perspectiva do cuidado de enfermagem transcultural / Andreza Rodrigues Silva. – Recife: O autor, 2014.
121 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Adolescente. 2. Promoção da saúde. 3. Escola. 4. Tecnologia Educacional. 5. Educação em saúde. I. Vasconcelos, Eliane Maria Ribeiro de (Orientadora). II. Título.

610.736

CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2014-204)

ANDREZA RODRIGUES SILVA

**ADOLESCENTE PROMOTOR DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DO
CUIDADO DE ENFERMAGEM TRANSCULTURAL**

Dissertação aprovada em 24 de Fevereiro de 2014.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (Presidente)
Departamento de Enfermagem - UFPE

Prof.^a Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Membro Interno)
Departamento de Enfermagem - UFPE

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo (Membro Interno)
Departamento de Enfermagem - UFPE

Prof.^a Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert (Membro Externo)
Departamento de Enfermagem - UFPB

RECIFE

2014

**Dedico a minha família, em especial, a minha mãe, Maria Helena, que entre erros e acertos, dialogou comigo, ensinando-me a nunca desistir dos meus sonhos, mesmo que, para isso ela precisasse desistir dos seus sonhos.
Para ela, meu Amor incondicional.**

AGRADECIMENTOS

De algum modo posso afirmar que escrever esta página me enche de orgulho e, se você a está lendo, é mais um sinal que consegui. Não foi fácil chegar até aqui. A seleção, ingresso, os módulos, as críticas, a paixão pela pesquisa selecionada, a passagem pela Qualificação, erros e acertos, tudo isso conciliado com viagens a trabalho e muitos plantões. O caminho percorrido foi longo, com diversos obstáculos, mas foram necessários para chegar ao final, e sentir o Amor, a confiança, dedicação, incentivo e o apoio de muitos tornou possível esse sonho, e assim é preciso agradecer.

Em especial, a Deus que na sua infinita bondade e misericórdia está presente em todas as minhas realizações. Obrigada pelo Amor, paciência e confiança, foi essencial para concluir esta etapa da minha vida.

A minha família, meu pai Ismar (meu eterno herói), meu irmão Ismarzinho que mesmo do seu jeito tímido se faz luz em nossas vidas, a minha avó Zefinha, que tem dedicado sua vida indiretamente contribuindo para o nosso crescimento pessoal e profissional. Obrigada pelo amor e dedicação, e saibam que apesar da distância, estão sempre em meu coração. Obrigada por acreditarem em mim e principalmente, por me ensinarem com muita dignidade os valores do ser humano, a vocês minha gratidão e Amor eterno.

Em especial a minha irmã, Aninha, minha companheira de todas as horas, que a cada dia me ensina a ver o lado divertido da vida, tenho certeza que sem o seu amor, dedicação e cuidado não conseguiria concluir esta etapa. Amo muito você!

A todos os familiares, que me incentivaram muito obrigada! Mas, há aquelas pessoas especiais que estiveram presentes em todo o processo, em particular as primas queridas Sil, Tati, Juli, e minha querida tia Kátia, agradeço pelo incentivo e partilho com vocês a alegria deste momento.

Às amigas mestrandas, Natalia, Camila, Erika, Anvete e ao amigo Raul, que assumiram o papel de co-orientador (es). Obrigada pela disponibilidade, esclarecimentos e sugestões que ampliaram minhas ideias, contribuindo para o enriquecimento teórico desse estudo, e a todos que integram a terceira turma do Mestrado Acadêmico, obrigada pelo companheirismo nos desafios vencidos, pelas alegrias partilhadas, pela amizade construída.

As minhas parceiras profissionais Luiziane, Adriana, Nívea e Marcelle, pelo estímulo, principalmente nas horas mais “angustiantes”, e por algumas vezes terem despendido parte do seu valioso tempo para prestar auxílio na produção deste estudo.

As minhas parceiras da Vida Ieda, Fal, Anna, Helô, Rafa, irmãs que Deus colocou em minha vida, e que a distância não separa, porque estamos unidas pelo Amor.

À orientadora Prof.^a Dr.^a Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos que tornou possível a realização deste estudo, obrigada pelo apoio, confiança, ensinamentos e incentivo em minha vida acadêmica.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco que, de forma direta ou indireta, colaboraram para a realização deste trabalho.

À Coordenação do Mestrado pelas melhorias já realizadas e pelo empenho em busca da qualidade na formação do enfermeiro, parabéns!

Aos professores do Mestrado pela dedicação, seriedade e conhecimento compartilhado neste período, obrigada!

A todos que colaboraram de alguma forma para a realização deste estudo, em particular as acadêmicas de Enfermagem e aos adolescentes da Escola Estadual Dom Vital que viabilizaram essa pesquisa.

Com vocês divido a alegria desta experiência. Saibam que todos, direta ou indiretamente, fazem parte desta conquista.

Muito obrigada!

“Se você falar com um homem numa linguagem que ele compreende, isso entra na cabeça dele. Se você falar com ele em sua própria linguagem, você atinge seu coração.”

(Nelson Mandela)

RESUMO

A adolescência caracteriza-se como período de vulnerabilidade física, psicológica e social que exige da família, dos profissionais da saúde e da educação, atenção especial por meio de estratégias educativas que promovam o desenvolvimento integral dos adolescentes. A pesquisa sobre o adolescente promotor da saúde na perspectiva do cuidado de Enfermagem transcultural é relevante, pois possibilita perceber que a vulnerabilidade vivenciada pelos adolescentes tem raízes na história e na cultura, e que as consequências podem não se restringir unicamente ao adolescente, mas alcançar também a família e a sociedade. Diante disso, o desenho desta pesquisa foi orientado pela formulação do seguinte questionamento: Que fatores socioculturais envolvidos no processo do adolescer influenciam o protagonismo do adolescente em promover a sua saúde na escola? A presente dissertação está estruturada conforme preconizado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco em quatro capítulos: referencial teórico, caminho metodológico, artigo de revisão integrativa e artigo original. Apresenta como objetivo desvelar o adolescente promotor da saúde ancorado na teoria transcultural. O artigo de revisão integrativa buscou analisar nas evidências científicas o uso de tecnologias educacionais de promoção à saúde do adolescente na escola. As bases de dados utilizadas foram: MEDLINE, CINAHL, LILACS e BDNF, seguindo os critérios de inclusão: artigos no idioma Português, Inglês e Espanhol, publicados entre 2002 e 2013, que totalizou seis artigos. Após análise temática de conteúdo emergiram as categorias: Tecnologias educacionais que promovem a saúde do adolescente e Protagonismo do adolescente na escola: transformando a realidade educacional. Os resultados evidenciaram que o emprego das tecnologias educacionais, além de facilitar o processo de ensino aprendizagem foi satisfatório porque incentivou a formação de sujeitos críticos e autônomos, favorecendo o desenvolvimento pessoal e social. O artigo original foi do tipo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado numa escola estadual em Recife/PE, com sete adolescentes. A produção dos dados ocorreu usando-se o modelo observação-participação-reflexão proposto por Leininger e por meio de entrevista com uma questão norteadora. A análise dos dados foi realizada a partir da Teoria, que utiliza quatro fases: 1. Relação dos dados coletados, descritos e documentados; 2. Identificação e classificação dos descritores componentes; 3. Análise do padrão contextual e 4. Temas principais. A partir desta análise foi possível a construção de duas categorias: 1- A vulnerabilidade social *versus* vida cotidiana; 2- Adolescente: protagonista da promoção à saúde. O estudo possibilitou conhecer parte da dimensão

sociocultural que permeia o universo do adolescente, abrindo possibilidades para o desenvolvimento e reflexão sobre as formas de cuidar congruentes a esse grupo da população, como também o incentivo ao ensino e a pesquisas congêneres, visto que foi revelada pouca quantidade de estudos anteriores sobre o protagonismo do adolescente na perspectiva da promoção à saúde para cuidado de Enfermagem transcultural.

Palavras-chave: Adolescente. Promoção da saúde. Escola. Tecnologia Educacional. Educação em saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Adolescence is characterized as a period of physical, psychological and social demands that family, health professionals and education, special attention through educational strategies that promote the integral development of adolescent vulnerability. Research on adolescent health promoter from the perspective of transcultural nursing care is important because it enables to realize that the vulnerability experienced by them is rooted in history and culture, and that the consequences can not be restricted solely to the teenager, but also achieve the family and society. Thus, the design of this research was guided by formulating the following question: What sociocultural factors involved in the process of adolescence influence the role of the adolescent in promoting their health at school? This dissertation is structured as recommended by the Graduate Program in Nursing Science Center of the Federal University of Pernambuco in four sections: theoretical framework, methodological approach, integrative review article and the original article. Features aimed at unveiling the adolescent health promoter anchored in transcultural theory. Article integrative review was to examine the scientific evidence the use of educational technologies to promote adolescent health at school. The databases used were MEDLINE, CINAHL, LILACS and BDNF following inclusion criteria: articles in Portuguese language, English and Spanish, published between 2002 and 2013, which totaled six articles. After the thematic content analysis categories emerged: educational technologies that promote adolescent health and Protagonism teenager in school: transforming the educational reality. The results showed that the use of educational technologies and facilitate the process of teaching and learning was satisfactory because it encouraged the formation of critical and autonomous subjects, favoring the personal and social development. The original article was qualitative, descriptive and exploratory, conducted at a state school in Recife / PE, with seven teenagers. Data production occurred using the observation - participation -reflection proposed by Leininger and through interviews with guiding question style. Data analysis was performed based on the theory, which uses four phases: 1. Value of listed, described and documented data 2. Identification and classification of components descriptors 3. Analysis of contextual and 4 standard. Main themes. From this analysis it was possible to construct two categories: 1 - The social vulnerability x everyday life; 2 - Teen: protagonist of health promotion. The study allowed the knowledge of the sociocultural dimension that permeates the universe of teenagers, making possible the development and consideration of ways to care congruent to that group of the population, as well as encouraging the teaching and research counterparts, as was revealed

small amount previous studies on the role of the adolescent in perspective of health promotion for transcultural nursing care.

Keywords: Teenager. Health promotion. School. Educational Technology. Health education. Nursing

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

Figura 1 Modelo <i>Sunrise Enabler</i> (Teoria transcultural).....	37
---	----

CAPÍTULO 3 - CAMINHO METODOLÓGICO – ARTIGO ORIGINAL

Figura 2 Porção superior do Modelo teórico conceitual da Teoria Transcultural. Recife/PE.....	51
--	----

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS: ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Figura 1 Apresentação dos artigos incluídos na revisão integrativa. Recife/PE, 2012	60/61/62
--	----------

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS: ARTIGO ORIGINAL

Figura 2 Adaptação ao Modelo Sunrise de acordo com os relatos dos adolescentes diante do contexto sociocultural. Recife/PE, 2013.....	76
--	----

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO 3 - CAMINHO METODOLÓGICO: ARTIGO REVISÃO INTEGRATIVA

Tabela 1 Artigos de acordo com os descritores, cruzamentos e base de dados. Recife/PE, 2012.....	42/43
Tabela 2 Descrição das etapas para seleção do corpus da pesquisa. Recife/PE, 2012.....	43

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS: ARTIGO REVISÃO INTEGRATIVA

Tabela 1 Artigos de acordo com os descritores, cruzamentos e base de dados. Recife/PE, 2012.....	58
Tabela 2 Descrição das etapas para seleção do corpus da pesquisa. Recife/PE, 2012.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção sexualmente transmissível
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ME	Ministério da Educação
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MESH	<i>Medical Subject Heading</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan- Americana de saúde
PE	Pernambuco
PeNSE	Programa Nacional de Saúde do Escolar
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
RPA	Região Político Administrativa
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.
UNICEF	Fundação das Nações Unidas
USP	Universidade de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 Adolescência: processo construído historicamente.....	22
2.2 Vulnerabilidade e Adolescência.....	24
2.3 Políticas públicas para o Adolescente.....	25
2.4 Enfermagem e Educação em saúde para os adolescentes.....	28
2.5 Promoção da saúde.....	30
2.6 Teoria Transcultural de Madeleine Leininger.....	34
2.6.1 Modelo Sunrise Enabler.....	34
3 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	40
3.1 Primeiro Artigo - Tecnologias educacionais na promoção à saúde do adolescente na escola: revisão integrativa.....	41
3.1.1 Identificação do problema.....	41
3.1.2 Amostragem.....	41
3.1.3 Coleta de dados.....	44
3.1.4 Análise dos dados.....	44
3.1.5 Discussão e Análise dos achados.....	45
3.2 Segundo Artigo – Adolescente promotor da saúde à luz da Teoria transcultural	45
3.2.1 Tipo de estudo.....	45
3.2.2 Cenário do estudo.....	46
3.2.3 Sujeitos e Participantes do estudo.....	47
3.2.4 Operacionalização da construção dos dados.....	47
3.2.5 Produção dos dados.....	48
3.2.6 Análise dos dados.....	51
3.2.7 Aspectos Éticos – Riscos e Benefícios.....	52
4 RESULTADOS.....	54
4.1 ARTIGO DE REVISÃO: Tecnologias educacionais na promoção à saúde do adolescente na escola: revisão integrativa.....	55
4.2 ARTIGO ORIGINAL: Adolescente promotor da saúde à luz da Teoria transcultural.....	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	99
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEIS).....	100
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ADOLESCENTE).....	102
ANEXO A – INSTRUÇÃO PARA AUTORES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM.....	105

ANEXO B – INSTRUÇÃO PARA AUTORES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - REBEN.....	109
ANEXO C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO DOS ARTIGOS SELECIONADOS (CASP).....	116
ANEXO D – MODELO DE URSI.....	117
ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS.....	119
ANEXO F – CARTA DE ANUÊNCIA.....	122

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) configuram a adolescência como fenômeno multidimensional, etapa crítica caracterizada pelas dimensões cronológica, psicobiológica e sociocultural entre a infância e a idade adulta permeada por conflitos e alterações corporais e comportamentais^{1,2}.

A adolescência é classificada, por razões estatísticas, cronologicamente em pré-adolescência, dos 10 aos 14 anos, e a adolescência, dos 15 aos 19 anos¹. O início deste período tem base biológica e está definido por meio da maturação sexual, e seu limite é de ordem sociológica, no qual o adolescente se torna independente dos familiares^{1,2}. Apesar de a adolescência estar marcada pelas transformações somático-mentais, não deve ser considerada como fenômeno universal, pois resultam também de transformações inerentes aos contextos sociais, políticos, históricos e econômicos^{3,4}.

A adolescência é considerada período de vulnerabilidade psicológica, física e social. A experiência do adolecer exige da família, dos profissionais da saúde e da educação atenção especial para o adolescente, por meio de sistematização de ações com atendimento integral a esse grupo, ajudando-lhe a lidar com situações e dificuldades que possam advir em danos e agravos à saúde, tais como, uso indiscriminado de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce entre outros^{4,5}.

Para reduzir a vulnerabilidade e os agravos à saúde dos adolescentes, a promoção à saúde é considerada estratégia que permite o desenvolvimento da criticidade com participação social promovendo o emponderamento e autonomia dos adolescentes, possibilitando-lhe a superação das situações que possam interferir no modo de vida saudável^{4,6}.

O marco fundamental da promoção à saúde ocorreu em 1986, no Canadá, na I Conferência Internacional de Promoção de saúde, com a Carta de Ottawa que propôs cinco campos de ação para promover à saúde da coletividade: ambientes facilitadores das escolhas saudáveis, construção de políticas públicas saudáveis, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, enfatizando a educação em saúde nas universidades, locais de trabalho e qualquer espaço coletivo⁷.

A escola é evidenciada como ambiente de influência cultural favorável ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde, possibilitando ao adolescente participar como agente de mudanças, reconhecer o valor da saúde e contribuir ativamente na melhoria da sua qualidade de vida^{8,9}.

Na busca por modelo descentralizado e visando à conexão de diversas instituições para o atendimento integral ao adolescente, considerado grupo favorecido e importante meio para a promoção da saúde, a 42ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1989, promovida pela OMS, sugeriu a criação de Programa de saúde para os adolescentes (PROSAD), regulamentado pela Portaria nº 980/GM do Ministério da Saúde (MS)¹⁰.

O Programa elege como áreas prioritárias o crescimento e o desenvolvimento, saúde mental, saúde bucal, saúde reprodutiva, sexualidade na adolescência, assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, planejamento familiar, saúde do escolar e prevenção de acidentes. As diretrizes gerais do Programa determinam que as ações em saúde devam ser norteadas pelo princípio da integralidade, respeitando-se as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e alicerçando-se numa política de Promoção à saúde por meio de práticas educativas com assistência multiprofissional ao adolescente¹⁰.

Em 2007, por meio da parceria entre os Ministérios da Educação e Saúde, estabeleceu-se pelo Decreto Presidencial nº 6.286 o Programa Saúde na Escola (PSE) que considera a escola espaço coletivo favorável, no qual os profissionais podem realizar ações de saúde integradas ao contexto socioeconômico em que o adolescente está inserido¹¹. O enfermeiro como educador, por meio de metodologias ativas e estratégias inovadoras, deve ser capaz de planejar e implementar ações educativas de promoção à saúde na escola, considerando a especificidade de cada grupo, valorizando seu contexto sociocultural¹².

A Enfermagem caracterizada como profissão histórica e culturalmente filosófico-humanista deve incorporar as histórias de vida do indivíduo, proporcionando-lhe condições para que se torne crítico e reflexivo^{12,13}. A interação com os profissionais da saúde, em particular, com os Enfermeiros, contribui para o desenvolvimento de ações de cunho participativo e dialógico sobre promoção à saúde no contexto escolar junto aos adolescentes¹⁴⁻¹⁶.

Apesar do grupo de adolescentes ser visto como agente de mudança, ainda desfruta de espaços insuficientes para participar da vida política e social da comunidade. Existe atenção fragmentada na escola apresentando evidências de práticas focadas nas ações preventivas, pautadas principalmente nos cuidados com o corpo, que priorizam a concepção de saúde numa dimensão biológica, opondo-se às concepções da promoção à saúde que procuram valorizar o diálogo e a participação dos sujeitos no processo do cuidar de si e da comunidade^{17,18}.

Diante deste cenário, é necessário refletir sobre a situação apresentada na tentativa de alcançar a autonomia do adolescente no processo de cuidar da saúde pelo compartilhamento

de saberes entre sujeitos de convivência, comunidade e serviços de saúde. Para isso, buscou-se respaldo na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger ou Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural¹⁹.

Esta Teoria propõe cuidado em concordância com a cultura, numa abordagem holística, com enfoque na Enfermagem científica e humanista, permitindo identificar os meios que propiciam o cuidado de Enfermagem culturalmente relacionado aos fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença de pessoas de culturas diversas e semelhantes, considerando o cuidar humano universal, mas variável entre as culturas^{19,20}.

Uma das considerações centrais da Teoria descreve que cuidar é um verbo que se refere às ações e decisões de assistir, ajudar, facilitar o outro, indivíduo ou grupo, com necessidades evidentes ou que podem ser antecipados, que levam a melhorar ou aperfeiçoar a condição humana ou modo de vida¹⁹⁻²¹.

Leininger propôs o modelo teórico-conceitual *Sunrise Enabler*, simbolizado pelo sol nascente, estruturado em quatro níveis, para pesquisar, em caráter qualitativo e etnográfico, o fenômeno de cuidado cultural sob a visão holística, onde vários fatores, educacionais, econômicos, políticos e também legais, valores culturais, modos de vida, sociais, ambientais, religiosos, filosóficos e tecnológicos podem influenciar potencialmente o cuidado e o bem-estar das pessoas²⁰.

As etapas propostas na Teoria são “guias habilitadoras” que norteiam a ação do pesquisador. No entanto, a finalidade é possibilitar que novo cuidado seja desenvolvido contando com a participação da própria unidade de cuidado mediante suas crenças e valores e, assim como propõe o “sol nascente”, permitir que este cuidado cultural brilhe e se difunda na comunidade²⁰.

Diante do exposto o desenho deste estudo foi orientado pela formulação do seguinte questionamento: Que fatores socioculturais envolvidos no processo do adolescer, influenciam o protagonismo do adolescente em promover a sua saúde na escola? Nessa perspectiva, o objetivo geral é desvelar o adolescente promotor da saúde, ancorando-se na Teoria Transcultural.

De acordo com o instituído pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a presente dissertação foi estruturada em quatro capítulos, com a apresentação de dois artigos científicos que serão encaminhados à publicação: um de revisão integrativa e outro original.

O **primeiro capítulo** destaca o Referencial Teórico que expõe a fundamentação da pesquisa constituída pelas temáticas: Adolescente, Vulnerabilidade, Políticas públicas,

Educação em saúde e a Promoção á saúde atrelada ao papel da escola, utilizando-se como respaldo a Teoria Transcultural. Em seguida, o **segundo capítulo** refere-se ao Caminho metodológico onde é delineada criteriosamente a construção dos dois artigos científicos, visto que não é possível detalhar a metodologia nos próprios artigos devido às exigências das revistas científicas.

O **terceiro capítulo**, artigo de revisão integrativa, “Tecnologias educacionais na promoção à saúde do adolescente na escola: revisão integrativa” que foi submetido à Revista Gaúcha Enfermagem (ANEXO A), e teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre o uso de tecnologias educacionais na promoção à saúde do adolescente na escola. Por fim, o **quarto capítulo** corresponde ao artigo original “O adolescente promotor da saúde à luz da Teoria Transcultural”, o qual foi encaminhado para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem (ANEXO B).

O interesse em desenvolver esse estudo provoca uma reflexão sobre a prática no cuidado aos adolescentes. Almeja-se criar possibilidades para um agir acolhedor que possibilite o desenvolvimento de práticas inclusivas e que promovam a aproximação do profissional da saúde com esse grupo na busca de promover um adolescer saudável. Acredita-se que o estudo possa beneficiar a produção de um conhecimento com consequente contribuição no ensino de graduação em Enfermagem e em pesquisas congêneres além de abrir possibilidades para o desenvolvimento de formas de cuidar congruentes a essa parcela da população.

Capítulo I

- Referencial Teórico -

As teorias compõem parte do conhecimento de Enfermagem e servem de guia para a prática, além de articular o pensar e o fazer da profissão. A prática de Enfermagem norteadas por referenciais teóricos, filosóficos e metodológicos favorecem a conquista da autonomia da profissão e reconquista social, constituindo-se em forma sistemática de olhar o mundo, para descrevê-lo, explicá-lo ou controlá-lo²².

A escolha pela Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, nesse estudo partiu da consideração de que os adolescentes têm experiências diferentes, são provenientes de famílias com histórias de vida distintas, demandando cuidados particularizados, fundamentado nas necessidades de cada um e que, portanto, para desenvolver o cuidado congruente junto a este grupo deve-se primeiramente conhecer e valorizar a individualidade de cada um deles.

2.1 Adolescência: processo construído historicamente.

A palavra adolescência tem origem no verbo latim "adolescere", que significa crescer até a maturidade, ad = para e olescere = crescer, resultando em alterações físicas, psicológicas e sociais²³. É um período que pode ser conceituado e caracterizado tanto pela dimensão biopsicológica, como pela histórica, política, econômica e sociocultural²⁴.

Ao longo da história, percebe-se que foram várias as tentativas para conceituar esta etapa da vida, que nem sempre foi vista de modo específico, diferenciada da infância. Na Idade Média, os menores eram ignorados pela sociedade, que não possuía o chamado "sentimento da infância", quando não precisavam mais do suporte das mães ou avós, ingressavam diretamente no convívio com os adultos. Nesta época, a infância era considerada apenas transição para a vida adulta, a criança não era considerada um ser, mas um adulto pequeno. Nas escolas, o fator idade não era importante, sendo comum a existência e mistura de alunos dos seis aos 20 anos na mesma classe, sem a preocupação com eles²⁵.

Na transição da Idade Média para a Idade Moderna, séculos XII a XVIII, decorrente das modificações socioeconômicas, em particular a afirmação do capitalismo, ocorreu mudanças ideológicas baseadas nos ideais da burguesia, liberdade e igualdade, que se fortaleceu com a Revolução Francesa por volta da metade do século XVIII o que permitiu à burguesia dirigir a sociedade e afirmar o seu domínio²⁶.

No seio da família burguesa, até o final do século XIX, "os menores" encontravam-se sob os cuidados da Igreja. Com a separação entre o espaço familiar e o mundo exterior, ocorreu à redefinição do lugar da criança e do adolescente e a escola passou a ser espaço

definitivo para mantê-las, aprazando a inserção destes no mundo do trabalho. Neste momento, os educadores compreendem as especificidades da infância e passam a formar as salas de aula de acordo com a faixa etária dos alunos^{25,26}.

No decorrer do Século XX, com as intervenções do Estado e a constituição de novas leis e políticas sociais voltadas ao “menor”, criam-se instituições de acolhimento e recolhimento com o objetivo de enfrentar a “ociosidade infantil”. A assistência estava focalizada na formação para o trabalho, pois o mundo laboral seria a única forma de “salvar” estas crianças nas concepções vigentes. Os educadores e pais reforçaram a necessidade dos adolescentes permanecerem mais tempo na escola, em busca de aperfeiçoamento técnico e assim, aumentar a possibilidade de inserção profissional em trabalho qualificado²⁶.

Esta extensão do período escolar com conseqüente distanciamento da família e a aproximação com outros indivíduos, favoreceu a criação de novo grupo social, adolescentes, construído a partir dos códigos da sociedade moderna capitalista, atrelados às questões relacionadas à necessidade de qualificação técnica, para conseqüente ingresso no mercado de trabalho^{25,27}.

Para fins estatísticos, a OMS, bem como o MS definem como adolescência a faixa etária dos 10 aos 19 anos. Para a Organização das Nações Unidas (ONU) os limites cronológicos para este grupo, também denominados jovens, situam-se entre os 15 aos 24 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) circunscreve esta fase abrangendo a idade entre 12 aos 18 anos²⁴.

De acordo com o MS, os adolescentes e jovens (faixa etária entre 10 a 24 anos) representam 29% da população mundial, e destes, 80% vivem em países em desenvolvimento. No Brasil, segundo o censo do ano de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), este grupo totalizou 30,3% da população nacional, demonstrando desta forma, que se trata de grupo com considerável expressividade populacional²⁸. Assim como, as diferentes delimitações cronológicas, esta etapa da vida pode ser compreendida de várias formas se considerarmos as diversas áreas do saber, a exemplo, a Sociologia, que a caracteriza como período determinado pela sociedade e cultura em que cada indivíduo se insere; o Direito a define como etapa após a infância e até a maioridade, segundo a legislação vigente, e, segundo a Medicina, caracteriza-se como período de crescimento e desenvolvimento do ser humano com delimitação cronológica²⁹.

2.2 Vulnerabilidade e Adolescência

Há tendência geral em se olhar a adolescência como etapa do desenvolvimento humano que ocorre de forma homogênea, mas o que de fato acontece neste período é um conjunto de experiências de vida muito característico, que leva à construção da identidade de cada adolescente. Nesta etapa da vida ocorrem importantes modificações físicas (puberdade), intelectuais, nos modos de agir e também no desempenho dos papéis sociais³⁰.

Estas transformações provocam mudanças importantes nas relações do adolescente com a família, grupo de pares (amigos), e ainda, no modo como ele próprio se percebe ser humano e interage com o meio em que convive. Estas modificações biopsicossociais que caracterizam esta fase podem comprometer o processo natural de desenvolvimento, pois envolvem muitas vezes, a necessidade de experimentar comportamentos que deixam os adolescentes vulneráveis a riscos e danos a sua saúde^{31,32}.

No Brasil, mesmo com as garantias de direitos por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), observa-se o aumento da problemática de adolescentes em situação de vulnerabilidade social e pessoal, tanto nos centros urbanos, nas instituições como no interior de seus lares no que configura a violência contra e entre adolescentes. Este tipo de vulnerabilidade, por exemplo, é estabelecido num processo de discordância entre os recursos e habilidades que determinado grupo social possui em relação ao sistema de oportunidades que é oferecido pela sociedade, e, desta forma, as chances de ascensão e promoção do bem-estar se tornam cada vez mais difíceis, aumentando as possibilidades de exposição deste grupo aos riscos³³.

A vulnerabilidade na adolescência é questão que mostra a demanda de cuidado amplo e perceptivo e, por ser determinada pelo processo de crescimento e desenvolvimento, pelas características psicológicas peculiares e pelo contexto social em que está inserida, deixa o adolescente na condição de suscetibilidade às mais variadas situações de risco³³.

A compreensão do conceito de vulnerabilidade relaciona-se às questões de ordem social, político institucional e comportamental em associação com as diferentes suscetibilidades que lapidam a identidade dos adolescentes, constituindo-se em desafio no sentido de que se amplie o olhar em relação à questão dessa fase da vida para além dos limites do biológico^{34,35}.

Trabalhar com adolescentes diante da sua vulnerabilidade requer enfoque prioritário dos profissionais da saúde e educação, por meio de ações educativas, na perspectiva de

promoção à saúde, considerando ser estratégia que objetiva capacitar o grupo para assumirem a responsabilidade na melhoria das condições de saúde deles próprios e da comunidade³⁶.

O enfoque do trabalho de educação em saúde para essa clientela deve ser planejado considerando a abordagem conscientizadora e reflexiva, que pressupõe a participação dos adolescentes nos trabalhos educativos, independentemente da temática que se queira explorar, sendo fundamental a percepção de que cada adolescente tem estrutura própria definida por sua história de vida e pela influência da família nuclear, vivendo a contradição entre o seu desejo, a fantasia e o que é recomendado ou esperado dos pais^{37,38}.

Organizar a atenção integral à saúde do adolescente, possibilitando-lhe o adolescer saudável, é um desafio para os profissionais da saúde, educação e para toda a sociedade. A necessidade de aprimoramento de políticas públicas voltadas para essa parcela da população se torna imperativo, levando-se em conta que representam um terço da população brasileira³⁹.

As fronteiras cronológicas em que considera a adolescência período de transitoriedade “entre a infância e o mundo adulto” é apenas o início da caminhada; é relevante compreender que esta etapa do ciclo vital envolve outros fatores, como os biopsicológicos e também sociais, o que conferem a adolescência caráter dinâmico⁴⁰. É primordial perceber o adolescer e as necessidades envolvidas neste processo no âmbito das sociedades como construído historicamente ao longo da evolução da humanidade, a partir da interação de diversos elementos – econômicos, político, socioculturais e físico-ambientais⁴¹.

Neste sentido, Leininger propõe a importância de entender os sujeitos a partir do contexto onde eles se inserem, entendendo que as transformações pelas quais passam são estabelecidas e influenciadas pelos vários ambientes que o rodeiam, ambientes esses que incluem também a família e a comunidade^{42,43}.

A adolescência vista como grupo social passa então a ser produto da modernidade, e estudos sobre esta etapa da vida, tem sido aprofundados, em virtude da necessidade de elaboração de políticas públicas, que se dispõem a minimizar os problemas causados por estes sujeitos, principalmente nas áreas da saúde e da educação.

2.3 Políticas Públicas para o Adolescente

Observa-se que o Brasil possui uma das legislações mais avançadas do mundo no que tange ao princípio de proteção integral de crianças e adolescentes e no plano das políticas relacionadas especificamente à saúde do adolescente⁴⁴. Em meados da década de 90, no Brasil, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da

Criança e do Adolescente, introduzindo no plano normativo o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano, a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento, e sua prioridade absoluta nas políticas públicas^{45,46}.

A elaboração do Estatuto conforme a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, consequência de grande mobilização social, representa grande avanço histórico e social ao conceber crianças e adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais, proporcionando mudanças no teor e gestão das políticas de atendimento voltadas para o grupo⁴⁶.

O ECA, no artigo 7º, especifica que a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, cabendo ao Estado à efetivação de políticas públicas voltadas para o seu desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. O artigo 11º, por sua vez, garante atendimento médico à criança e ao adolescente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde⁴⁶.

O Estatuto determina a implantação, em cada município brasileiro, de órgãos que têm a responsabilidade de assegurar o cumprimento das políticas públicas voltadas à criança e ao adolescente. São eles: os Conselhos e os Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescente, Municipal, Estadual e Nacional (art. 88, II e IV) e os Conselhos Tutelares, apenas no âmbito municipal (art. 131), órgãos obrigatórios em todos os Municípios (arts. 132 e 261, parágrafo único), sob pena de necessária ação judicial garantidora da proteção⁴⁷.

Outras leis foram criadas para garantir os Direitos Humanos no país, como a Lei Orgânica da Saúde (1990) que normatiza a disposição constitucional que concedeu a saúde como um direito social, independentemente de contribuição, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei Orgânica da Assistência Social (1993) que regulamenta o direito constitucional à assistência social do Estado e garante a proteção especial à adolescência e o amparo aos adolescentes carentes, e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (1996), que regulamenta o direito à educação também como direito público subjetivo de todo cidadão⁴⁸.

Na busca por modelo descentralizado e visando à conexão de diversos órgãos para o atendimento integral a criança e ao adolescente, considerados grupo favorecido e importante meio para a promoção da saúde, a 42ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1989, promovida pela OMS, sugeriu a criação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), regulamentado através da Portaria nº 980/GM do MS⁴⁹.

O Programa elegeu como áreas prioritárias o crescimento e o desenvolvimento, saúde mental, bucal, reprodutiva, sexualidade na adolescência, assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, planejamento familiar, saúde do escolar e prevenção de acidentes. As diretrizes gerais do Programa determinam que as ações em saúde devam ser norteadas pelo princípio da integralidade, respeitando-se as diretrizes do SUS, e se alicerça numa política de Promoção à saúde por meio de práticas educativas com assistência multiprofissional ao adolescente^{49,50}.

Na busca pela participação da família e dos profissionais sobre a saúde do adolescente, o MS em parceria com o Ministério da Educação (ME), e apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), criam por meio do Decreto Presidencial nº 6.286 de 05/12/07, o Programa Saúde na Escola (PSE), considerando a escola, espaço coletivo favorável, para realização de ações de saúde integradas ao contexto socioeconômico em que o adolescente está inserido^{51,52}.

O PSE possui gestão descentralizada, por meio da constituição de grupos de trabalho e/ou grupos gestores, entretanto, para sua consolidação, torna-se essencial o incentivo e à articulação entre as instâncias governamentais (federal, estadual e municipal) e as organizações da sociedade civil, reconhecendo o adolescente como sujeito integral e foco das diversas políticas públicas⁵¹.

Em junho de 2008, continuando à implantação de políticas intersetoriais, voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes, foi lançado o Programa Nacional de Saúde escolar (PeNSE), resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de reforçar a prevenção à saúde dos estudantes brasileiros e estabelecer cultura de paz nas escolas⁵³.

O programa está estruturado em quatro blocos. Os dois primeiros abordam a avaliação das condições de saúde (estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, saúde bucal, acuidade visual e auditiva, avaliação psicológica), seguido dos aspectos relativos à promoção e prevenção, discutindo questões como o combate à violência, o consumo de álcool, tabaco, além de abordar à educação sexual e reprodutiva⁵³.

O terceiro volta-se à educação permanente e à capacitação de profissionais e de jovens sob a responsabilidade da Universidade Aberta do Brasil do ME, em interface com os Núcleos de Telessaúde do MS. Por fim, o último bloco prevê por meio de duas pesquisas, em parceria com IBGE e o Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica), o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes⁵³.

O PeNSE respalda-se nos princípios ideológicos da intersetorialidade, da Promoção à saúde e da integralidade da assistência no sentido da atenção em saúde. A integração entre a os serviços de saúde e a escola torna-se condição importante para as estratégias do diálogo, da aprendizagem e para as trocas de saberes interdisciplinares e multiprofissionais, na busca de promover a saúde no modelo da vigilância em saúde, como preconizam o PSE⁵⁴.

Reforçando essa ideia da intersetorialidade, a Educação em saúde reveste-se de singular importância no processo de sua promoção no âmbito escolar, pois está relacionada com a aprendizagem construída para alcançar a saúde, devendo, necessariamente, voltar-se ao atendimento da população, no contexto onde está inserida⁵⁵.

2.4 Enfermagem e Educação em Saúde para os adolescentes.

A educação em saúde pode ser entendida como ferramenta que se propõe a capacitar as pessoas com conhecimentos e habilidades para que possam fazer escolhas sobre a sua saúde, subsidiados pelas próprias experiências, despertando nelas a consciência crítica, reconhecendo os fatores que influenciam a saúde e encorajando-as a fazer algo para mudar seu status atual, não tendo o papel somente de informar, mas de capacitar para transformar⁵⁶.

Para que os indivíduos tornem-se capazes de modificar seus comportamentos, práticas e atitudes são necessárias que as ações educativas estejam voltadas para a realidade dos mesmos, em consenso com suas necessidades, resultando assim em reflexão, conscientização e emponderamento destes, para a construção conjunta de melhorias para a sua qualidade de vida. No olhar da adolescência, ao considerá-la período crítico para a promoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, que envolve tanto o amadurecimento físico, como o psicológico, social e profissional, a tríade saúde-educação-família torna-se fundamental para o desenvolvimento seguro e saudável desta etapa e para o incentivo ao protagonismo deste grupo⁵⁵.

O foco das atividades educativas passa a ser o indivíduo, e ao educador cabe mais a função de facilitar do que ensinar conteúdos, e estes precisam ser contextualizados e integrados de forma a ter sentido para os adolescentes. O enfermeiro, como educador, considerando todas as particularidades do contexto da adolescência, influência familiar e do grupo de pares, além dos riscos de vulnerabilidade a que tais sujeitos estão expostos, pode desenvolver ações desde a promoção e manutenção da saúde, até a prevenção de doenças, por meio de estratégias educativas, objetivando a construção de pensamentos críticos e não apenas a transmissão de informações já elaboradas pelo profissional⁵⁷.

A Enfermagem pode contribuir ou se comprometer com a promoção à saúde, seja individual ou coletiva, por meio do cuidado, considerando a diversidade cultural⁵⁸. As estratégias educativas em saúde se inserem no contexto da promoção à saúde, quando se trabalha com o desenvolvimento das habilidades pessoais, entendida por Freire como a ação que pode e deve ser muito mais do que processo de treinamento ou domesticação; um processo que nasce da observação e da reflexão e culmina na ação transformadora⁵⁹.

A educação está fundamentada na reflexão a partir da realidade do educando, o qual, após retornar a essa realidade tem a possibilidade de transformá-la. Para o educador, o ser humano estabelece relações com a natureza e a cultura. Parafraseando o pensamento freireano, o enfermeiro pode ser considerado, paralelamente com o indivíduo, família e a comunidade, também um educando⁶⁰. Neste sentido, ao conceber o cuidado como atividade de educação em saúde, a Enfermagem deixa de se sentir a "dona" do cuidado, adotando uma postura horizontalizada. Praticando esse cuidado holístico, contribui para a construção de uma ação crítica, libertadora e contextualizada, valorizando a cultura do indivíduo, família e comunidade.

O profissional da saúde tem papel determinante no desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado aos adolescentes, visto que tem a possibilidade de compreender que muitas vezes os agravos que os adolescentes apresentam, pode estar contextualizado nas problemáticas vividas socioculturalmente, entendendo que não é possível direcionar o cuidado apenas para os agravos essencialmente orgânicos-biológicos⁵⁷.

Nos serviços de saúde, em particular, observa-se que há um despreparo para atender os adolescentes na pluralidade de suas necessidades. As práticas de saúde, em sua maioria, são pautadas numa homogeneização e simplificação da saúde dos adolescentes, considerando esta etapa da vida como objeto de intervenção, fundamentados meramente em fenômenos biológicos e universais, o que limita a ação profissional, visto que direciona o trabalho de acordo com categorias de problemas específicos e inviabiliza a ampliação dos horizontes da prática de enfermagem que envolva as famílias, os adolescentes e todo o contexto social o qual se inserem^{55,57}.

Essa visão biológica da adolescência sobrepõe-se ao cuidar integral e holístico que busca priorizar a individualidade de cada ser adolescente, respeitando as diferenças de cada um e levando em conta também, suas semelhanças enquanto pertencentes a um mesmo grupo. No entanto, compreende-se que prestar o cuidado integral e holístico ao adolescente é uma tarefa complexa, considerando que nem todos os profissionais da saúde trazem no seu bojo de conhecimentos esse olhar sagaz e perceptivo quanto às demandas desse grupo no que se refere

ao cuidado⁵⁷. É preciso que o cuidador entenda, considere e valorize a dimensão sociocultural no qual o adolescente está inserido para que ocorra efetiva prática de educação em saúde construtiva, libertadora, dialógica e promotora da autonomia dos sujeitos no seu próprio cuidado⁵⁸.

As ações educativas tornam-se eficazes principalmente após a implantação do conceito da Promoção à Saúde, onde são utilizadas para o enfrentamento dos problemas de saúde, pela articulação profissional e popular, funcionando como estratégia mediadora entre a população e o contexto social, que buscam aumentar a participação dos indivíduos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo saúde-doença⁵⁶.

2.5 Promoção da Saúde

Ao longo da história, a concepção de saúde foi formulada e reformulada de acordo com as conformações sociopolíticas específicas e do conhecimento disponível para cada época. Existem vários documentos, protocolos e manuais, que servem como base teórica e fornecem um bom subsídio, para a realização de ações, relativas ao atendimento junto ao adolescente⁶¹.

A OMS define saúde como estado de completo bem estar físico, mental e social e, não simplesmente a ausência de doença e enfermidade. Entretanto, as ações de saúde, em diversas circunstâncias, voltam-se particularmente para atuação curativa, envolvendo atividades relativas somente à doença, principalmente por meio de queixas específicas e pontuais⁶².

A partir do próprio conceito de saúde, é que se desenvolvem os discursos e práticas de promoção à saúde, percebidas como ações que garantem o bem-estar, autonomia e produtividade social, afetiva, política e cultural cuja responsabilidade deve ser compartilhada pelos indivíduos, sociedade e Estado⁶².

O termo “Promoção da Saúde” surgiu pela primeira vez na década de 1920 no contexto do final da primeira guerra mundial, relacionado ao esforço da sociedade para alcançar políticas que aperfeiçoassem as condições de saúde e os programas educativos para a população. Em 1946, no pós-guerra, também movido pelo interesse de reconstrução nacional, Henry Sigerist definiu em obras científicas as quatro tarefas fundamentais da medicina, prevenção de doenças, recuperação de enfermos, reabilitação e Promoção à saúde⁶³.

Em documentos oficiais, a Promoção à Saúde estreia na década de 1970, e se consolida nos anos 80. Nesse sentido, tem destaque o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde em 1974: uma nova perspectiva na saúde dos canadenses. O

Relatório foi o primeiro documento oficial a usar a denominação de promoção à saúde, e ficou popularmente conhecido como “Informe Lalonde”, em referência ao então ministro da saúde daquele país, Marc Lalonde⁶⁴.

A preocupação central do Informe era os elevados e crescentes gastos designados à cura de doenças, típicos do sistema de saúde hospitalocêntrico. O documento tentava comprovar que as principais causas de morbimortalidade estavam atreladas às demais dimensões explicativas do processo saúde-doença, desta forma, centralizar os serviços de assistência em investimento de recursos públicos com vistas à promover a saúde, não seria a melhor forma de obter qualidade de vida⁶⁴.

O Relatório ‘*Healthy People*’ publicado pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar do governo dos Estados Unidos da América (EUA) em 1979, é referência à Promoção à saúde assemelhando-se aos ideários canadenses ao reconhecer os gastos em saúde deveriam voltar-se mais para a prevenção do que para o tratamento da doença⁶³.

No Relatório são apresentados cinco objetivos nacionais a serem alcançados por meio de 15 ações agrupadas em três capítulos: Serviços de Saúde Preventiva que aborda os serviços preventivos prestados por profissionais da saúde; Proteção à Saúde, que discute as medidas que podem ser empregadas pelas instituições para proteger as pessoas de danos ambientais, e o terceiro capítulo que é a Promoção à saúde, trata especialmente das ações que indivíduos e comunidades, podem e devem aproveitar, para promoverem estilos de vida saudáveis⁶³.

Nos documentos, Informe Lalonde e o Relatório *Healthy People*, primeiros documentos oficiais a abordar o termo Promoção à Saúde, observa-se o destaque na associação e vínculo com o estilo de vida⁶⁵. Ainda na década de 1970, a OMS em colaboração com o UNICEF, realiza a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, em Alma-Ata na Antiga União Soviética, propondo a seguinte meta: “Saúde para todos no ano 2000”⁶⁶.

Para atingir tal meta estabeleceu o conjunto de oito subsídios essenciais: educação direcionada aos problemas de saúde prevalentes e métodos para prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básicos apropriados; atenção materno-infantil, abrangendo o planejamento familiar; imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado das doenças comuns e acidentes e distribuição de medicamentos básicos⁶⁶.

Os preceitos da Conferência de Alma Ata, como a democratização na tomada de decisões na área da saúde, diminuição das desigualdades e a conexão da saúde aos determinantes políticos, sociais e econômicos, foram a base para os defensores da Promoção à

Saúde, que embora, primeiramente estivesse relacionada apenas ao estilo de vida, passou a ser entendida como fenômeno multifatorial definindo intervenções em saúde suas prioridades e ações a partir da participação da sociedade⁶⁶.

A OMS em 1984 promoveu na Europa um encontro reunindo 12 consultores para o desenvolvimento e consolidação da Promoção à saúde como ideário. O encontro originou o documento “Conceitos e Princípios da Promoção da Saúde” onde são especificados os cinco princípios básicos estruturantes do ideário de Promoção à Saúde⁶⁵.

“(1) a Promoção à saúde, envolve a população como um todo, em sua vida cotidiana, em vez de focalizar grupos de risco para determinadas doenças;

(2) a Promoção à saúde está voltada para a ação sobre determinantes ou causas da saúde;

(3) a Promoção à saúde combina métodos ou abordagens diversos, porém complementares, que incluem comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário e atividades locais espontâneas contra as ameaças à saúde;

(4) a Promoção à saúde visa particularmente à efetiva e concreta participação pública;

(5) sendo a Promoção à saúde, basicamente atividade dos campos social e da saúde, e não serviço médico, os profissionais – particularmente os da atenção primária – têm importante papel a desempenhar nesta estratégia”

No documento da OMS, apesar de não fazer menção a outros documentos publicados anteriormente, observa-se a preocupação de se resgatar o papel dos determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos na Promoção à Saúde. Os princípios elaborados neste documento foram tomados como temas centrais de conferências internacionais posteriores⁶³.

Ao fortalecer a luta por uma visão mais positiva da saúde, foi elaborada a Carta da Promoção à saúde planejada na I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde em Ottawa, novembro de 1986. Este evento contou com a participação de 35 países passando a ser referência ao desenvolvimento das ideias de promoção à saúde em todo o mundo⁶⁷.

A saúde passou a ser reconhecida como resultante da determinação social, influenciada por fatores como a pobreza, o desemprego e outras desigualdades econômicas e sociais, e a Promoção à saúde tornou-se fruto do processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo⁶⁷.

Ao final do Século XX, a Promoção à saúde configurava-se como estratégia promissora contra os diversos agravos de saúde que afetam a sociedade. Orientada pela busca da autonomia do sujeito e conseqüente emponderamento comunitário para democratização

dos espaços sociais, contribuiu na construção de ações que possibilitaram responder às necessidades sociais em saúde da população⁶⁸.

A concretização da proposta de promoção de saúde no Brasil ocorreu em 1998, no âmbito do SUS, quando o MS inicia a construção da Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo de assegurar modelo participativo de saúde em oposição ao modelo médico de intervenção, por meio de combinação de bases educacionais e ambientais associadas a ações gerenciais e econômicas⁶⁸.

Os discursos sobre Promoção à saúde abordam a saúde em contexto abrangente com múltiplos determinantes. Propõem estratégias que criem oportunidades para a justiça social onde as diferenças biológicas e sociais sejam consideradas e respeitadas, ao mesmo tempo em que sejam garantidas condições mínimas para sobrevivência^{65,68}.

No que se refere promoção da saúde do adolescente, torna-se indispensável à dedicação, disponibilidade e criatividade por parte do profissional, bem como a valorização das peculiaridades inerentes a cada um. A abordagem apropriada para este grupo requer o reconhecimento das desigualdades relativas ao acesso a bens e recursos sociais, as deficiências nas políticas públicas, a violência crescente e a falta de perspectivas futuras com que se defrontam a grande maioria dos adolescentes⁶⁹.

Para desenvolver a autonomia e exercê-la, o adolescente precisa obter a certeza da construção de práticas que favoreçam o reconhecimento de suas potencialidades para decidir e se responsabilizar por sua saúde, segundo valores éticos de solidariedade e equidade⁶⁹. Nesta perspectiva da promoção à saúde, os profissionais devem atuar sobre os determinantes sociais por meio de assistência integral e da articulação de saberes técnicos e populares, institucionais e comunitários, públicos e privados, reconhecendo o indivíduo como sujeito ativo no processo de transformação da realidade e gerador das mudanças necessárias para promover a melhoria da qualidade de vida⁷⁰.

A escola se revela como espaço privilegiado para desenvolver ações promotoras de saúde que vão além da função educacional. É compreendida como cenário privilegiado de acolhimento cotidiano e continuado à medida que o grupo de adolescentes tem a oportunidade de compartilhar decisões e responsabilidades com as demais instâncias sociais envolvidas, a família e os serviços de saúde⁷¹. Neste ambiente, o adolescente torna-se membro de um grupo, adquirindo hábitos e valores, que favorecem a prática solidária e possibilita a geração de mudanças na sua realidade socioeconômica e cultural⁷².

É necessário, que todos os agentes sociais envolvidos neste processo desenvolvam prática dialógica, de escuta e de vínculo durante o cuidado integral ao adolescente, criando

espaços para as trocas de saberes, científicos e populares, valorizando as histórias de vida, o conhecimento e, desta forma, garantindo os direitos preconizados pela Constituição Federal de 1988 e pelo ECA⁷³.

Ao conceber a adolescência num contexto multidimensional, pode-se perceber a riqueza de se trabalhar a saúde no cotidiano coletivo da escola que poderá instrumentalizar os profissionais da saúde, em especial, o enfermeiro, sobre a metodologia e abordagens pedagógicas que auxiliarão durante o processo de educação e comunicação junto ao universo deste grupo⁷⁴.

A OMS reconhece a escola como espaço de dinâmica cultural adequado para a realização de ações de Promoção à saúde direcionada para o fortalecimento das habilidades e competências dos adolescentes na tomada de decisões favoráveis à sua saúde e da comunidade por meio da efetivação de política intersetorial voltada para a qualidade de vida deste grupo⁷².

Neste sentido, a utilização da Teoria Transcultural neste estudo torna-se aplicável, pois possibilita a percepção integral do sujeito, o adolescente, tendo-o como protagonista desse processo de elaboração de conhecimento, atitudes, comportamentos e desejos impulsionadores das mudanças sociais.

2.6 Teoria Transcultural de Madeleine Leininger.

Madeleine Leininger foi pioneira em conceber a Enfermagem como a arte e ciência do cuidar. Enquanto trabalhava com crianças que apresentavam transtorno mental como enfermeira clínica especialista em lar de orientação infantil, identificou a diferença de comportamento entre as crianças e demonstrou que essas diferenças apresentavam base cultural. Leininger conclui que o estudo sobre a cultura dos indivíduos era o que faltava na Enfermagem, para prestação de assistência holística ao cliente⁷⁵.

Essa experiência levou Leininger a obter o título de doutora em Antropologia e desenvolver, na década de 1960, a Teoria Transcultural como subcampo da Enfermagem, também conhecida pelos termos: Etnoenfermagem ou Enfermagem Cross-cultural⁷⁶. A proposta da Teoria foi apresentada em 1978, tendo o Cuidado como guia da prática e do conhecimento. A Teoria foi desenvolvida a partir da Antropologia, porém, reformulada para Enfermagem Transcultural com perspectivas de cuidado humanizado⁷⁵.

Leininger descreveu a Teoria destacando que por ser Transcultural, de abordagem compreensiva e holística, não fragmenta as pessoas e, para examinar sistematicamente as

várias dimensões da cultura, a Enfermagem em sua assistência deve considerar as crenças, modos de vida e os valores culturais dos membros (indivíduo, grupo ou instituições), valorizando suas características de forma singular, individual e pessoal⁷⁷.

A teórica considera que as culturas possuem características próprias de cuidar, que é influenciado pelo contexto social, político, educacional, econômico e religioso que cada cultura tem em particular. Neste sentido, os cuidados de Enfermagem poderão ser aceitáveis e contribuir para o bem-estar do indivíduo e comunidade, se culturalmente é congruente com as crenças e valores daqueles que são assistidos⁷⁵.

Para Leininger, a essência da Enfermagem Transcultural é o cuidado para indivíduos com heranças culturais, que variam conforme sua estrutura social, histórica e econômica. Para maior compreensão sobre seu ideário, a teórica apresenta definições orientadoras para os conceitos que serviram de sustentação para analisar e discutir os depoimentos: cultura, diversidade do cuidado, universalidade do cuidado, cuidado cultural, visão de mundo, contexto ambiental, saúde, sistema popular de saúde, sistema profissional de saúde, cuidar/cuidado⁷⁵⁻⁷⁷.

A cultura é definida como conjunto de valores, crenças, normas e práticas de vida que são apreendidas, partilhadas e transmitidas num determinado grupo. Segundo Leininger, os seres humanos são culturais, capazes de sobreviver ao passar do tempo por meio da assistência prestada aos outros, de diversas formas e em vários ambiente⁷⁶.

A diversidade do cuidado está relacionada às variações assistenciais de acordo com os significados, valores, modos de vida do indivíduo ou coletivo. Em contrapartida, a universalidade do cuidado volta-se para os significados, padrões, valores, modos de vida comuns, uniformes, manifestados por diferentes culturas. Neste sentido, o pressuposto relacionado é o cuidado cultural como meio holístico, considerando valores, crenças e expressões padronizadas cognitivamente, que tem como objetivo orientar as práticas de cuidado de Enfermagem⁷⁶.

Para guiar a Enfermagem e as ações na promoção do cuidado cultural congruente, torna-se essencial o conhecimento da visão de mundo, que consiste na compreensão de como as pessoas olham e observam o mundo criando valores, e do contexto ambiental definido como a totalidade de uma ocorrência, circunstância ou experiência, que confere significado às expressões humanas, abrangendo às interações sociais com seus aspectos físicos, emocionais e culturais^{75,76}.

No que se refere à saúde, Leininger considera o “estado de bem-estar” culturalmente determinado, que habilita o indivíduo (ou coletivo) a praticar e valorizar suas atividades

diárias, de maneira satisfatória. Neste contexto, Leininger faz uma distinção entre dois sistemas de saúde existentes na sociedade. O sistema popular de cuidado genéricos, também denominado de sistema êmico, culturalmente aprendidos e transmitidos, que utilizam ações assistenciais capacitadoras, apoiadoras ou facilitadoras para o outro, e que enfoquem condições de saúde adequadas e benéficas⁷⁷.

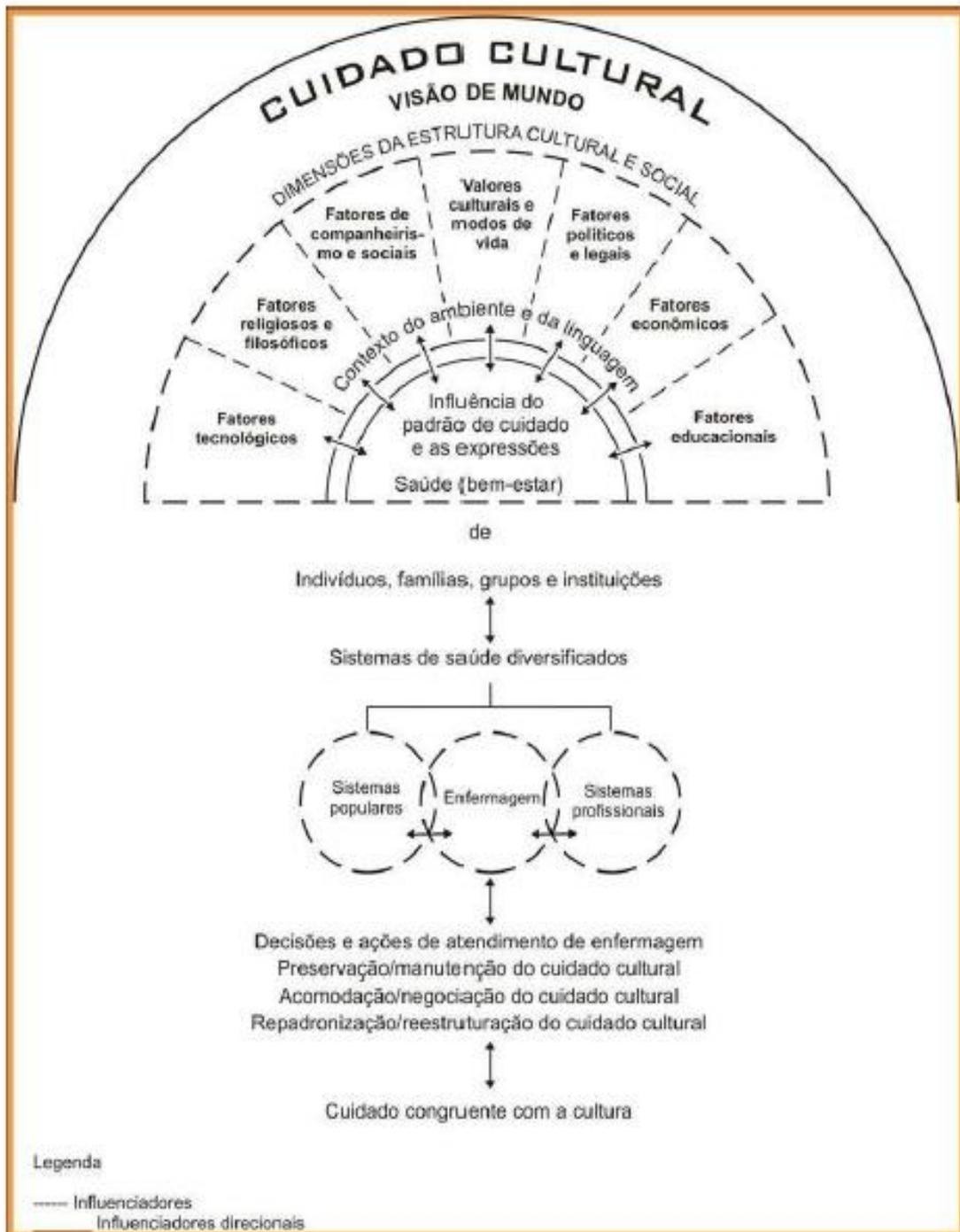
O outro sistema de cuidados é o profissional, ético, executado por equipe multidisciplinar, que consiste na descrição do cuidado formalmente ensinado, aprendido e transmitido, bem como é informado o conhecimento sobre saúde, bem-estar e doença nas instituições educacionais^{76,77}.

Em relação aos pressupostos cuidado e cuidar, Leininger destaca que são fenômenos essenciais para a sobrevivência do indivíduo, incluindo seu crescimento, saúde, bem-estar, cura e capacidade de lidar com a deficiência e a morte. Estabelece o cuidado como enfoque central da Enfermagem e que apesar da cura não ocorrer efetivamente sem o cuidado, este pode ocorrer sem a cura⁷⁵.

A valorização dos aspectos culturais como meio de expressão dos indivíduos, crenças e as práticas específicas de determinada cultura, fundamentada na convicção de que as pessoas de diferentes culturas podem oferecer informações e orientar os profissionais sobre a forma como desejam receber os cuidados, é à base da Teoria⁷⁸.

2.6.1 Modelo Sunrise Enabler

Para guiar o estudo desta diversidade e universalidade, Leininger propôs o modelo *Sunrise Enabler* (Figura 1), simbolizado pelo sol nascente. Tem como conceito central a cultura (componente da Antropologia) e o cuidado (componente da Enfermagem)²⁰. O modelo é importante instrumento que favorece a exploração das mais variadas áreas culturais do indivíduo, família ou grupo de pessoas, objetivando compreender sua visão de mundo relacionado e influenciado pelos mais diferentes fatores como: fatores econômicos, sociais, educacionais, ambientais, religiosos e outros²⁰.



Fonte: Leininger & McFarland, 2006.

Figura 1 Modelo de *Sunrise Enabler* (Teoria Transcultural).

O Modelo *Sunrise* apresenta quatro níveis. Na parte superior encontram-se os componentes interdependentes da estrutura social e que influenciam o cuidado e a saúde, por meio da linguagem do contexto ambiental. O primeiro nível, mais abstrato, corresponde à visão do mundo e ao nível do sistema social. A oferta de conhecimento sobre os indivíduos,

famílias, grupos e instituições, em vários graus, encontra-se no segundo nível que proporciona significados e expressões culturalmente específicos, em relação ao cuidado e a saúde²⁰.

O sistema popular, o sistema profissional e a Enfermagem estão focados no terceiro nível. Nesse nível, está incluída a informação relacionada às características de cada sistema e os aspectos específicos do cuidado de cada um, o que possibilita a identificação de semelhanças e diferenças ou diversidade cultural de cuidado e universalidade cultural de cuidado^{77,20}.

O quarto nível, menos abstrato, é onde sucede o cuidado de Enfermagem, e é composto pelas decisões e ações de cuidado que envolve: a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a padronização/reestruturação cultural do cuidado, descritos a seguir²⁰.

- Preservação/manutenção cultural do cuidado: ações e decisões que possibilitem aos indivíduos de determinada cultura a reter e/ou conservar um estado de saúde, ou restabelecer-se de uma doença e enfrentar a morte.
- Acomodação/negociação cultural do cuidado: ações e decisões que proporcionem aos indivíduos de determinada cultura o ajuste e/ou a adaptação a um estado satisfatório ou benéfico de saúde.
- Re-padronização/reestruturação cultural do cuidado: ações e decisões que auxiliam os indivíduos a reorganizar ou modificar suas formas de vida, na busca de padrões novos ou diferentes que sejam culturalmente significativos e satisfatórios ou que ofereçam apoio a padrões de vida benéficos ou saudáveis.

Ao unir todos os níveis, forma-se um sol que corresponde ao universo que precisa ser explorado pelos profissionais de forma criativa, para efetuar o cuidado humano com base no seu modo de vida e sua relação, utilizando, para isto, o conhecimento popular e profissional⁷⁸.

O modelo é essencial para ajudar o pesquisador a presentir o mundo cultural de vida, com diferentes interferências das condições humanas que precisam ser valorizadas para exercer o cuidado humano. Tem como objetivo, auxiliar o estudo da maneira como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde dos indivíduos, das famílias, grupos e instituições⁷⁹.

Os conceitos e o modelo apresentados por Leininger buscam auxiliar o enfermeiro a descobrir o mundo do indivíduo (sistema popular) e utilizar seus pontos de vista (sistema profissional), para adotar ações e decisões profissionais coerentes com a cultura⁸⁰. A abordagem etnográfica proposta pela Teoria, procura compreender a realidade cultural dos indivíduos, os valores que guiam suas ações, modos de ser e de fazer que são estabelecidos

culturalmente, proporcionando à construção moral e o exercício da autonomia, que favoreça o cuidado a saúde⁸¹.

A análise dos cuidados realizados pelos indivíduos, sobrevividos do senso comum e compartilhados com o saber profissional, representa a prática do cuidado culturalmente congruente. Esta aprendizagem que valoriza a condição crítica e reflexiva do indivíduo proporciona maior segurança e autonomia nas decisões cotidianas do cuidado de si, avaliando, modificando hábitos e transformando, quando necessário, a realidade^(80,81).

A abordagem holística da prática de Enfermagem considera que a autonomia do indivíduo alcança a plenitude das ações. O indivíduo se insere em um universo que lhe é peculiar, está no mundo e com o mundo e, com isso, pode ser mais. A necessidade de ajustar a prática profissional à realidade vivenciada pelos indivíduos é uma forma de alcançar o objetivo para promover à saúde por meio da autonomia dos sujeitos envolvidos no cuidado⁸¹.

A reflexão sobre os pressupostos desenvolvidos por Leininger com a Teoria Transcultural constitui referencial importante na abordagem dos fatores que influenciam a saúde, permitindo ao profissional, entre eles, o enfermeiro, explorar as necessidades do indivíduo, conhecer seu contexto e estabelecer relação coerente com suas especificidades.

No que concerne à saúde do adolescente, o que se observa na realidade é a falta de diálogo e a fragmentação das práticas que ainda se encontram centradas na responsabilização individual e na prevenção de doenças. As ações de saúde ocorrem na perspectiva da transmissão de conhecimento especializado para grupo leigo, cujo conhecimento é desvalorizado ou ignorado, reforçando a ideia de que para aprender o que o profissional sabe, o indivíduo deverá desaprender o que foi aprendido no cotidiano de vida⁸¹.

Na assistência ao adolescente, é preciso que o cuidador-enfermeiro entenda e valorize as práticas populares de cuidado para que ocorra efetiva prática de promoção à saúde e que favoreça o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos no seu próprio cuidado. À luz da Teoria será possível compreender parte do universo adolescente e gerar subsídio para o cuidado de Enfermagem congruente, que se origine das necessidades do ser cuidado^{81,82}.

Capítulo II

- Caminho Metodológico -

Neste capítulo é descrito o caminho metodológico dos dois artigos produzidos:

3.1 Primeiro Artigo – Tecnologias educacionais na promoção à saúde do adolescente na escola: revisão integrativa.

A revisão integrativa tem como característica gerar dados atualizados acerca de determinada temática pela identificação, síntese e análise de outros estudos independentes, fundamentando-se no conhecimento científico. Permite a geração de conhecimentos novos por profissionais de diversas áreas, bem como mostra lacunas e sugere pautas para pesquisas futuras⁸³.

Para a construção da revisão integrativa, foram seguidas seis etapas: identificação do tema, elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de artigos, definição de informações a serem extraídas dos estudos selecionados, análise e interpretações dos achados, buscando semelhanças e diferenças para reunir dados sobre o tema investigado, discussão e apresentação dos resultados, pela síntese do conhecimento^{83,84}.

3.1.1 1ª etapa: Identificação do problema ou delimitação da pergunta condutora do estudo

A pergunta condutora do estudo foi: “Quais as produções científicas sobre tecnologias educacionais para promoção à saúde do adolescente na escola?”.

3.1.2 2ª Etapa: Amostragem ou busca na literatura

Para a busca dos estudos, estabeleceram-se critérios de inclusão e exclusão relacionados com a pergunta de pesquisa definida.

3.1.2.1 Critérios de inclusão

- Publicações em Português, Inglês e Espanhol.
- Estudos publicados entre os anos 2003 e 2012.
- Publicações que respondessem à pergunta norteadora.

3.1.2.2 Critérios de Exclusão

- Artigos sem resumos.

- Monografias, teses, dissertações.
- Artigos de revisão narrativa.
- Editoriais, resumos de pesquisas.
- Artigos que se relacionavam especificamente as crianças.
- Resumos de pesquisas.

Os estudos indexados foram identificados no vocabulário estruturado e trilingue dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), por meio dos descritores “Tecnologia educacional”, “Promoção da saúde”, “Adolescente” e “Escola” e suas respectivas traduções padronizadas no Medical Subject Heading (MESH): “Educational Technology”, “Health Promotion”, “Adolescent” e “School”.

A busca das publicações ocorreu por dois pesquisadores entre os meses de setembro e outubro de 2012. Durante a seleção dos artigos foram utilizados as seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis System Online (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino- Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de dados em Enfermagem (BDENF).

Primeiramente, os descritores foram pesquisados individualmente; depois, foram feitos os cruzamentos aos pares, utilizando o operador booleano *and* e o descritor tecnologia educacional, em seguida foi realizada a integração dos três primeiros descritores e, por fim, os quatro descritores foram cruzados (Tabela 1)

Tabela 1 - Artigos de acordo com os descritores, seus cruzamentos e Base de dados. Recife/PE, 2012.

Descritores	MEDLINE	CINAHL	LILACS	BDENF	Total
Tecnologia educacional e promoção da saúde	12	9	20	5	46
Tecnologia educacional e Adolescente	89	3	21	2	115
Tecnologia educacional e Escola	15	1	30	7	53
Tecnologia Educacional e Promoção da saúde e Adolescente	4	1	3	1	9

Continua

Conclusão

Descritores	MEDLINE	CINAHL	LILACS	BDENF	Total
Tecnologia educacional e Promoção da saúde e Escola	1	2	2	1	6
Tecnologia Educacional e Adolescente e Escola	2	2	7	7	18
Tecnologia Educacional e Promoção da saúde e Adolescente e Escola	0	1	2	1	12
Total	123	19	85	24	251

Em alguns cruzamentos, foram encontradas pelos pesquisadores as mesmas publicações em mais de uma base de dados. Nesses casos, foi considerada a seguinte ordem hierárquica: MEDLINE, CINAHL, LILACS e BDENF.

Para identificar quais as publicações que iriam compor a revisão integrativa dentre as 251 publicações, foram seguidos os seguintes passos:

1. Primeiramente, foram lidos os títulos um a um. Desses, foram selecionados para leitura dos resumos 251 estudos, pois apresentaram algum descritor e/ou palavras que remetessem ao objeto da revisão;
2. Dos 251 resumos lidos, apenas 33 tinham correlação com o objetivo da revisão integrativa e, por isso, foram selecionados para se proceder a leitura do texto na íntegra.
3. Dos 33 estudos lidos integralmente, 27 foram excluídos por não responder à questão norteadora e nem atender aos critérios de inclusão. Assim, ao final da pesquisa foram incluídas seis publicações, sendo três encontradas na MEDLINE e três na LILACS.

Tabela 2 - Descrição das etapas para seleção do corpus da pesquisa. Recife/PE, 2012.

Quantificação	MEDLINE	CINAHL	LILACS	BDENF	Total
Cruzamento dos Descritores	123	19	85	24	251
Exclusão pelos títulos e resumos	105	13	72	20	220
Excluídos por Repetição na Base de dados	1	2	4	1	8
Artigos lidos na íntegra	17	4	9	3	33
Total Incluído	3	0	3	0	6

3.1.3 3ª Etapa: Categorização dos estudos ou coleta de dados

Para sumarizar e documentar os dados extraídos dos artigos foi utilizado um instrumento adaptado ao Modelo de Ursi⁸⁴, que possibilitou a síntese dos artigos salvaguardando suas diferenças. O instrumento contempla: título, ano, autor, objetivos, metodologias e resultados (ANEXO C).

Para facilitar a compreensão e a análise, os resultados foram agrupados em duas categorias, de acordo com a proximidade temática:

Categoria 1 - Tecnologias educacionais que promovem a saúde do adolescente;

Categoria 2 - Protagonismo juvenil na escola: transformando a realidade educacional;

3.1.4 4ª Etapa: Análise dos dados

A qualidade dos artigos selecionados foi avaliada por meio do instrumento adaptado ao Critical Appraisal Skills Programme (CASP)⁸⁵ – Programa de habilidades em leitura crítica, composto por 10 questões referentes a clareza dos objetivos, coerência da metodologia aplicada, critério para seleção da amostra, abordagem ética da pesquisa, análise criteriosa dos dados e exposição dos resultados (ANEXO D).

Em seguida, os artigos selecionados foram qualificados quanto ao nível de evidência baseada no tipo de estudo e metodologia empregada. A qualidade das evidências é classificada em seis níveis⁸⁴:

- Nível 1: metanálise de múltiplos estudos controlados;
- Nível 2: estudo individual com delineamento experimental;
- Nível 3: estudo com delineamento quase-experimental, como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle;
- Nível 4: estudo com delineamento não-experimental, como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso;
- Nível 5: relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas;

- Nível 6: opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas.

3.1.5 5ª Etapa: Discussão e análise dos achados

Após análise dos artigos, procedeu-se a discussão dos dados com outros achados da literatura, evidenciando que as ações de educação e Promoção à saúde são estratégias consideradas favoráveis, pois permitem estimular o debate sobre temas de interesse dos adolescentes.

3.1.6 6ª Etapa: Apresentação da Revisão Integrativa

A revisão integrativa está apresentada como artigo científico, em análise pela Revista Gaúcha de Enfermagem, cujas normas encontram-se em anexo (ANEXO A).

3.2 Segundo artigo: Adolescente promotor da saúde à luz da Teoria Transcultural.

A definição do campo de estudo teve origem a partir da inserção da autora no Grupo de Pesquisa: Saúde Coletiva e Práticas Integrativas e Complementares na Saúde, e está vinculado ao Projeto de Extensão Jovens comunicadores em saúde na escola: transformando o receptor ativo em comunicador criativo, promovido pelo Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde – UFPE, que tem como objetivo a construção de programas educativos radiofônicos em saúde com adolescentes da rede pública de ensino, voltado para as temáticas de comunicação, educação e saúde.

3.2.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, exploratório, norteado pela abordagem qualitativa com o objetivo de desvelar o adolescente promotor da saúde ancorado na Teoria transcultural. Esta abordagem tem relação com nível de realidade que não pode ser quantificado, denota o seguimento do raciocínio fundamentado na percepção e na compreensão humana, trabalhando com universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes. Como a pesquisa envolve questões de significado, o uso da metodologia qualitativa torna-se adequada,

pois não transforma pensamentos em números, por meio de porcentagens, o que poderia levar a perdas de informações relevantes⁸⁶.

3.2.2 Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido na escola Estadual Dom Vital, localizada na Estrada do Arraial, s/n no Bairro de Casa Amarela, no Município de Recife, Capital de Pernambuco (PE), região Nordeste do Brasil. A escolha pela escola ocorreu após o diagnóstico inicial, seguindo os critérios de elegibilidade definidos pelo Projeto de Extensão ao qual este estudo está vinculado: existência de rádio poste funcionando com disponibilidade de horário para a execução do projeto, existência de rádio poste não funcionando, porém, com equipamentos em condições de uso, disponibilidade de equipe técnica escolar (professor) em participar da execução do projeto e disponibilidade de adesão dos adolescentes à proposta do projeto.

O Município do Recife abrange área territorial de aproximadamente 220 km² e, em 2010, possuía população de 1.537.704 habitantes, divididos em 94 bairros, distribuídos em seis regiões Político-administrativas (RPA): RPA 1 Centro, RPA 2 Norte, RPA 3 Nordeste, RPA 4 Oeste, RPA 5 Sudoeste e RPA 6 Sul. Cada RPA é subdividida em três Microrregiões que reúne um ou mais dos seus 94 bairros. O bairro de Casa Amarela, localizado na RPA 3, é o sexto maior aglomerado subnormal do país, com população de 53.129 habitantes, considerado o bairro mais populoso do Recife, famoso pelo seu mercado popular e intensa mobilidade de pessoas diariamente⁸⁷.

Caracterização da Escola

A escola selecionada foi fundada em 26/02/1945 e fundamenta suas ações no princípio da universalização da igualdade de acesso, permanência, respeito e obrigatoriedade da Educação básica e da gratuidade escolar. Tem o objetivo de oferecer a Comunidade de Casa Amarela e às adjacências uma escola democrática e participativa, com espaço cultural de socialização e desenvolvimento do estudante/cidadão.

Em relação aos fatores estruturais, a escola é composta por 21 salas de aula funcionando no sistema de salas-ambiente nos três turnos. Pela manhã e tarde funciona o Ensino Fundamental e Médio, e à noite o Ensino Médio e quatro turmas da Travessia (Programa de Aceleração de Estudos de Pernambuco que objetiva reduzir a defasagem

idade/série dos estudantes de Ensino Médio da Rede Estadual de educação pública). Cada turma contabiliza em média 40 alunos, e no total existem 1478 estudantes matriculados.

3.2.3 Sujeitos e participantes do Estudo

Os participantes do Projeto de Extensão incluíram adolescentes na faixa etária entre 10 a 19 anos (conforme faixa etária estabelecida pelo MS), de ambos os sexos, que cursavam o ensino fundamental ou médio da Escola selecionada. Os adolescentes foram convidados a participar do Projeto de Extensão por meio de cartazes, folders e do próprio Jornal da Escola.

O tamanho do grupo dependeu da demanda espontânea, visto que a participação no Projeto de Extensão foi voluntária e com o consentimento dos pais e/ou responsáveis legais, desta forma, a amostra correspondeu a sete adolescentes que participaram de todo o processo de construção e execução dos programas radiofônicos.

Para preservar o anonimato, os adolescentes foram identificados com nome de artistas, conforme escolha dos mesmos (Beyoncé, Amy Lee, Jay Z Carter, Vanessa da Mata, Will.I.Am, Marjorie Estiano e Jennifer Lopez).

3.2.4 Operacionalização da produção dos dados

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFPE e autorizada pela Escola Dom Vital da rede Pública de Ensino do Recife – PE, por meio da Assinatura da carta de Anuência (ANEXO F) depois de estabelecido contato para explicação sobre a pesquisa, expondo o objetivo e a metodologia do Estudo.

A pesquisa direta com os adolescentes ocorreu após a apresentação do projeto de modo resumido, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), pelos responsáveis de cada um dos adolescentes menores de 18 anos para autorizar a participação dos mesmos nas atividades, sendo garantido o sigilo das informações, bem como a privacidade e o anonimato do grupo. Aos adolescentes maiores de 18 anos foi apresentado termo semelhante, termo de Assentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C), para assinarem, caso aceitassem participar da pesquisa.

Conhecendo o Projeto de Extensão

As atividades do Projeto de Extensão jovens comunicadores ocorreram no período de setembro a novembro de 2013, e foram desenvolvidas com a Coordenação da orientadora da referida pesquisa, com as facilitadoras acadêmicas de Enfermagem da UFPE e um Jornalista/Sanitarista/Comunicador Social. Foram realizadas oficinas, consideradas espaço de reflexão, intervenção e empoderamento dos participantes, que permitiram a aprendizagem compartilhada, face a face dos adolescentes, por meio de materiais educativos, atividades grupais e discussões, para construção coletiva do conhecimento¹³.

No total, foram realizadas 12 oficinas, em sala disponibilizada pela própria escola, com garantia de conforto e privacidade para o grupo, durante o horário escolar, cada uma com média de duração de duas horas. As oficinas permitiram conhecer os adolescentes, o que eles entendiam e pensavam sobre a rádio, e também identificaram a partir do grupo as problemáticas sociais e as temáticas que seriam de interesse para trabalhar nos programas educativos radiofônicos. Cada oficina era organizada em três momentos:

- Início - realizadas as dinâmicas de grupo, para facilitar a integração dos adolescentes e disparar o diálogo.
- Produção do conhecimento - discussão sobre o tema que seria trabalhado e que, muitas vezes, era materializado por meio de construção de cartazes, desenhos, entre outros.
- Encerramento – fechamento das atividades com o relato dos participantes sobre o que considerou importante nas discussões e sobre novas questões que haviam surgido.

Os facilitadores das oficinas adotaram a postura de problematizadores e mediadores dos diálogos, possibilitando ao grupo buscar soluções para as incoerências e conflitos presentes nas conversas e a importância de ouvir e respeitar o outro.

3.2.5 Produção dos dados

Para a produção dos dados seguiu-se o modelo de Observação – Participação – Reflexão (O-P-R) proposto por Leininger²⁰, concomitante às anotações no diário de campo e do roteiro individual de entrevista semiestruturada. Este tipo de modelo, segundo Leininger²⁰, possibilita ao pesquisador tornar-se conhecedor da situação antes de se tornar participante, permite além da aproximação com os participantes da pesquisa, o estudo do contexto total.

No primeiro momento, a pesquisadora participou das oficinas, objetivando aos poucos ser reconhecida como pessoa do convívio. Após esta participação, pôde-se constatar que o

grupo havia se familiarizado com a presença da pesquisadora, e a mesma passou de mera observadora à participante comum. Isso pôde ser evidenciado pelo comportamento inclusivo e acolhedor dos adolescentes.

Depois de fortalecida esta interação com os adolescentes, ao final das oficinas, foi realizada a entrevista individual, a qual continha questão aberta, que se configurou como contributo para melhor conhecimento e compreensão do problema: Fale-me como você se vê promovendo a sua saúde e a saúde dos seus colegas, por meio da rádio. Ao final das entrevistas, em caso de dúvidas e/ou informações incorretas, a pesquisadora se dispôs para, se necessário, possíveis orientações. As entrevistas aconteceram em sala de aula disponibilizada pela escola, em clima de cordialidade com ênfase na existência de resposta certa ou errada, foram gravadas em MP3 após consentimento, e transcritas na íntegra no mesmo dia da coleta.

Acrescenta-se o fato que foi utilizado diário de campo durante as oficinas. Este instrumento básico possibilitou a pesquisadora escrever observações, informações, além de estimular o desenvolvimento do pensamento crítico a partir da descrição do que foi vivenciado pelo grupo, nas atividades. Os dados registrados neste diário foram referentes às oficinas, **Quem sou?** e **Árvores de problemas**. Na primeira, foi solicitada a cada adolescente que desenhasse em folha de papel algo que o representasse. Em seguida, foi concedida a palavra ao grupo para manifestar e socializar a interpretação do desenho. A partir destes relatos foi possível caracterizar os adolescentes participantes do estudo, descritos em seguida.

BEYONCÉ - 17 anos de idade, sexo feminino, evangélica, reside com os tios na Bomba do Hemetério. A renda familiar são dois salários mínimos. Cursa o terceiro ano do Ensino Médio e é estagiária pela Empresa Walmart no Bomprego de Casa Amarela no período da manhã. História familiar de Hipertensão e Diabetes. Tem namorado, vida sexual ativa, com uso de preservativo como contraceptivo (prevenção de gravidez e IST), não tem filhos. Já fez uso de álcool e convive no bairro e escola com usuários de drogas.

AMY LEE - 17 anos, sexo feminino, católica, reside com os pais e dois irmãos no bairro de Casa Amarela. A renda familiar são dois salários mínimos. Cursa o segundo ano do Ensino Médio. É solteira e virgem, nega ter contato com drogas, porém, já fez uso do álcool. Relata que a família já passou por várias doenças e internamentos, mas não sabe informar as causas.

JAY Z CARTER – 18 anos, sexo masculino, sem religião definida, reside com os pais no bairro do Vasco da Gama. Não sabe informar a renda familiar. Cursa o terceiro ano do Ensino Médio e é estagiário do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI). Realizou tratamento para Pneumonia. Não tem namorada, porém, tem vida sexual ativa, com uso de

preservativo como contraceptivo (prevenção de gravidez e IST), não tem filhos. Relata uso social do álcool. Nega uso de drogas, porém, refere convívio com usuários no bairro e escola.

VANESSA DA MATA – 16 anos, sexo feminino, sem religião definida, porém, frequenta a Igreja Católica e Centro Espirita. Reside com os pais no bairro de Casa Amarela, com renda familiar de aproximadamente dois salários mínimos. Cursa o segundo ano do Ensino Médio. Tem anemia crônica, relata que seus familiares são problemáticos e que o pai é alcoolista. Tem namorado, vida sexual ativa com uso de preservativo como contraceptivo (prevenção de gravidez e IST), não tem filhos. Faz uso social do álcool e nunca usou drogas, porém convive com usuários no bairro e na escola.

WILLIAM – 18 anos, sexo masculino, católico, reside com o pai e a madrasta mais quatro irmãos no bairro da Guabiraba. Não sabe informar a renda familiar. Cursa o segundo ano do Ensino Médio e está realizando curso de Informática e Espanhol. Trabalha como segurança em uma casa de festa nos finais de semana. Tem namorada, com vida sexual ativa, utilizando o preservativo como contraceptivo (prevenção de gravidez e IST). Faz uso de álcool e relata ter sido usuário de drogas (maconha). Tem convívio com outros usuários e alcoólatras.

MARJORIE ESTIANO – 19 anos, sexo feminino, cristã, reside com os pais e dois irmãos em Casa Amarela, com renda familiar aproximadamente de dois salários mínimos. Cursa o segundo ano do Ensino Médio e trabalha como artesã. Seu irmão está contaminado com o vírus da Hepatite B. Tem namorado, vida sexual ativa, utilizando o anticoncepcional como contraceptivo (prevenção de gravidez). Já fez uso de álcool, e relata convívio com usuários de drogas no bairro.

JENNIFER LOPEZ - 18 anos, sexo feminino, católica, reside com o pai, a avó e quatro tios no bairro do Vasco da Gama. A renda familiar é aproximadamente seis salários mínimos. Cursa o terceiro ano do Ensino Médio. É solteira e virgem. Tem uma avó cega, mas que consegue desempenhar seus afazeres diários. Já fez uso do álcool, tem muitos fumantes na família, refere não ter usado drogas, mas, afirma ter contato no bairro e escola com usuários.

Na segunda oficina, *Árvore de problemas*, foi solicitado a cada adolescente que levantasse os problemas e/ou necessidades que eles vivenciavam em sua realidade e que gostariam de trabalhar nos programas educativos radiofônicos. Cada participante pôde escolher mais de uma temática, porém, precisava justificar a escolha. Dentre as temáticas levantadas pelo grupo, as que tiveram predominância foram: sexualidade (gravidez e IST) e violência no bairro e comunidade associado ao convívio com usuários de drogas. Convém ressaltar que estas oficinas foram selecionadas para a presente pesquisa porque tinham relação com o objeto de estudo, desvelar o adolescente promotor da saúde relacionando ao seu

contexto sociocultural, e serviram de base para a discussão, conjugada aos dados obtidos com a entrevista.

3.2.6 Análise dos dados

As informações relevantes que surgiram durante as oficinas e as entrevistas foram separadas utilizando-se o guia proposto por Leininger²⁰, que possibilitou apreender os significados contidos nos conteúdos das informações. O guia proposto recomenda a utilização de quatro fases:

- Descrição e documentação das informações obtidas – análise dos dados coletados e registrados, sendo necessárias várias leituras para obter uma visão geral do conteúdo.
- Identificação das falas - preservando o significado do texto, bem como agrupamento dos registros e categorização desses dados, buscando compreender o domínio da investigação e da questão do estudo.
- Análise contextual - procurando identificar padrões de significados semelhantes e diferentes, incluindo as interpretações das experiências trazidas pelos adolescentes em seus relatos.
- Descoberta da pesquisa - após abstração dos significados e interpretação, formularam-se propostas para o cuidado de enfermagem.

Para representar a análise dos dados obtidos utilizou-se o primeiro nível do Modelo Sunrise da Teoria do Cuidado Cultural de Leininger (Figura 2). A delimitação por este nível justifica-se porque foram investigados sob o olhar dos adolescentes os fatores influenciadores no estado de saúde das famílias, grupos e instituições.



Fonte: Leininger & McFarland, 2006.

Figura 2 Porção superior do Modelo teórico conceitual da Teoria Transcultural.

Neste nível, Leininger propõe a visualização dos múltiplos fatores e seus significados, que podem interferir nas expressões do cuidado cultural, e possibilita a partir deste conhecimento, vislumbrar outras estratégias de cuidado que delimitem a concepção científica com olhar holístico, onde o ser humano é o centro das preocupações, englobando todo o contexto social no qual está inserido²⁰.

3.2.7 Aspectos éticos e legais – Riscos e benefícios

A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução 196/96, que envolve seres humanos, respeitando os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça⁸⁸. A pesquisadora comprometeu-se em assegurar o sigilo e a possibilidade de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem que haja prejuízo, enfatizando a voluntariedade da participação. O material produzido pela pesquisa será armazenado em local seguro, no Departamento de Enfermagem da UFPE, por cinco anos, resguardando o direito dos participantes de autonomia, bem como sua privacidade. Resguarda ainda a proteção da identidade das pessoas envolvidas nos registros, não os ocasionando nenhum risco físico.

Todos os procedimentos relacionados à construção e análise dos dados foram iniciados após julgamento e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências e Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 20158913.7.0000.5208) - ANEXO E, e assinatura do termo de consentimento pelos pais e/ou responsáveis aos menores de 18 anos e dos termos de assentimento aos maiores de 18 anos. Esta solicitação ocorreu pelo fato dos adolescentes, nesta faixa etária, serem considerados sujeitos de pesquisa vulneráveis que não apresentam autonomia suficiente para decidir sobre sua vida, segundo a Resolução CONEP/CNS nº 196/96, adequando-se a Resolução 466/12 quando necessário⁸⁹.

O termo encontrava-se redigido de forma clara e incluiu aspectos referentes aos objetivos e aos procedimentos utilizados na pesquisa, os possíveis desconfortos e riscos que poderiam ocorrer e os benefícios esperados. Em relação aos eventuais riscos da pesquisa, estes foram considerados de ordem subjetiva, como o possível constrangimento no que diz respeito à abordagem relacionada à questão do desvelar o adolescente promotor da saúde, que poderiam remeter as vivências do cotidiano. Para minimizar tal constrangimento, as oficinas aconteceram em sala reservada, garantindo a privacidade do adolescente, e as entrevistas foram realizadas individualmente com agendamento prévio.

A pesquisa proporcionou como benefício direto para o adolescente o fortalecimento da autonomia, enquanto protagonista do processo de promoção à saúde e, indiretamente,

forneceu subsídios para o planejamento das ações educativas e de cuidado de Enfermagem, voltadas para o adolescente, com enfoque em sua dimensão sociocultural.

Capítulo III

- Resultados –

Artigo de Revisão Integrativa

4.1 Artigo de Revisão Integrativa: TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NA PROMOÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ESCOLA: REVISÃO INTEGRATIVA – submetido para avaliação na Revista Gaúcha de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde⁽¹⁾ define a adolescência como período em que o indivíduo está em condição peculiar de desenvolvimento, decorrente das mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. É uma fase de transição permeada por comportamentos e experiências que proporcionarão o desenvolvimento da autonomia, tornando-lhes mais independentes em relação à família. Essas experiências podem representar para a saúde do adolescente, importantes fatores de risco, como o aumento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), a gravidez não planejada, o consumo de drogas, o uso de tabaco, alimentação inadequada e o sedentarismo⁽²⁾.

O setor saúde, pelas políticas públicas, deve cumprir o seu papel de educador e promotor à saúde, mediante práticas educativas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado a implantação e a manutenção de sistemas de vigilância de fatores de risco à saúde dirigida aos adolescentes^(1,3-4).

A escola torna-se cenário favorável e adequado para o desenvolvimento de ações de educação em saúde junto à família e profissionais da educação trabalhando competências, habilidades e mudanças de comportamento, pelas estratégias pedagógicas apropriadas para a promoção à saúde do adolescente, que considerem os conhecimentos e valores culturais. Tem como desafio, adaptar estratégias criativas e motivadoras de interação com as linguagens dos meios midiáticos e da cultura tecnológica, transformando a vida social dos adolescentes, pelo desenvolvimento de habilidades e consciência crítica⁽⁵⁻⁶⁾.

A educação em saúde e suas tecnologias na escola são fatores relevantes para a promoção à saúde, porque buscam ampliar as potencialidades dos indivíduos e construir a consciência coletiva para impulsionar as mudanças. Em se tratando de educação, os recursos tecnológicos são considerados ferramentas, que completam a ação do professor, visando a maior qualidade do processo de ensino-aprendizagem, elevando o nível de desenvolvimento dos sentidos, estimulando a ampliação dos seus limites e, com isso, o potencial cognitivo do ser humano⁽⁷⁻⁸⁾.

As ferramentas tecnológicas consideradas elementos estruturantes de outro modo de pensar a educação, como a televisão, o vídeo, o rádio, a internet, os materiais impressos (cartilhas, folders), devem ter uso coerente com a diversidade cultural e a realidade em que cada escola está inserida⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A produção de tecnologias educativas pelos próprios adolescentes, que considerem seus conhecimentos, suas crenças e valores possibilita a ampliação de suas vivências e a ressignificação de conhecimentos, auxiliando na compreensão da realidade, bem como proporciona o empoderamento a partir do incentivo a participação autônoma no processo educativo^(7,9-10).

O desafio para o cuidado ao adolescente está nas mudanças no sistema educacional, na busca da empatia, do diálogo pautado no respeito e na compreensão do mundo do outro para construção da relação ética e crítica, que proporcione, aos sujeitos, reflexão, argumentação, crescimento e desenvolvimento social⁽⁹⁾. Diante do exposto, o estudo objetiva analisar nas evidências científicas o uso de tecnologias educacionais de promoção à saúde do adolescente na escola, a fim de desvelar as necessidades deste grupo.

MÉTODOS

Estudo descritivo do tipo revisão integrativa. O termo “integrativo” origina-se da integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes de pesquisas utilizadas no método.

Este tipo de estudo tem como característica gerar dados atualizados acerca de determinada temática pela identificação, síntese e análise de outros estudos independentes, fundamentando-se no conhecimento científico. Permite a geração de conhecimentos novos por profissionais de diversas áreas, bem como mostra lacunas e sugere pautas para pesquisas futuras⁽¹¹⁾.

A pesquisa foi realizada mediante as seguintes etapas: identificação do tema, elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de artigos, definição de informações a serem extraídas dos estudos selecionados, análise e interpretações dos achados, buscando semelhanças e diferenças para reunir dados sobre o tema investigado, discussão e apresentação dos resultados, pela síntese do conhecimento⁽¹¹⁻¹²⁾.

Para a seleção dos artigos foram utilizadas as bases de dados: Medical literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), e nas bases de dados de Enfermagem (BDENF), procurando ampliar o âmbito da pesquisa e reduzir os possíveis vieses desta etapa de elaboração da Revisão.

Para a coleta, foram selecionados os descritores a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Saúde (DeCS) e suas respectivas traduções padronizadas no MESH: Tecnologia educacional (Educational Technology), Promoção da saúde (Health Promotion), Adolescente (Adolescent), Escola (School). Para guiar este estudo, foi elaborada a questão de pesquisa: “Quais as produções científicas sobre tecnologias educacionais para promoção à saúde do adolescente na escola?”.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, com os resumos disponíveis nas bases de dados referidas, publicados nos últimos dez anos (2003 a 2012). Os artigos que abordavam a educação em saúde numa perspectiva de promover a saúde do adolescente foram incluídos na presente revisão. Foram excluídos artigos sem resumos,

monografias, teses, dissertações, artigos de revisão narrativa, editoriais, resumos de pesquisas, artigos que se relacionavam especificamente as crianças.

A coleta de dados teve início com a combinação dos descritores aos pares, depois realizada a integração dos três primeiros descritores e, por fim, a combinação dos quatro descritores (Tabela 1). Para sumarizar e documentar os dados extraídos dos artigos, foi utilizado um instrumento adaptado ao Modelo de Ursi, que possibilitou a síntese dos artigos salvaguardando suas diferenças⁽¹²⁾. O instrumento contempla: título, ano, autor, objetivos, metodologias e resultados.

Tabela 1 Artigos de acordo com os descritores, seus cruzamentos e base de dados. Recife, PE, 2012.

Descritores	MEDLINE	CINAHL	LILACS	BDENF	Total
Tecnologia educacional e promoção da saúde	12	9	20	5	46
Tecnologia educacional e Adolescente	89	3	21	2	115
Tecnologia educacional e Escola	15	1	30	7	53
Tecnologia Educacional e Promoção da Saúde e Adolescente	4	1	3	1	9
Tecnologia educacional e Promoção da Saúde e Escola	1	2	2	1	6
Tecnologia Educacional e Adolescente e Escola	2	2	7	7	18
Tecnologia Educacional e Promoção da Saúde e Adolescente e Escola	0	1	2	1	12
Total	123	19	85	24	251

Inicialmente foram lidos os títulos dos artigos e selecionados aqueles que apresentavam alguma palavra que remetesse ao objeto do estudo. Após esta primeira seleção,

foi realizada a leitura dos resumos e aqueles que tinham relação com o tema investigado foram lidos na íntegra, o que totalizou 33 artigos. Os demais foram descartados.

Tabela 2 Descrição das etapas para seleção do corpus da pesquisa. Recife, PE, 2012.

Quantificação	MEDLINE	CINAHL	LILACS	BDEF	Total
Cruzamento dos Descritores	123	19	85	24	251
Exclusão pelos títulos e resumos	105	13	72	20	220
Excluídos por Repetição na Base de dados	1	2	4	1	8
Artigos lidos na íntegra	17	4	9	3	33
Total Incluído	3	0	3	0	6

A qualidade dos artigos selecionados foi avaliada por meio do instrumento adaptado ao Critical Appraisal Skills Programme - CASP⁽¹³⁾ – Programa de habilidades em leitura crítica, composto por 10 questões referentes à clareza dos objetivos, coerência da metodologia aplicada, critério para seleção da amostra, abordagem ética da pesquisa, análise criteriosa dos dados e exposição dos resultados. Para esta revisão, foram selecionados os estudos que responderam no mínimo 60% das questões. Em seguida, os artigos selecionados foram qualificados quanto ao nível de evidência, baseada no tipo de estudo e metodologia empregada⁽¹²⁾.

Para a seleção dos artigos que se repetiram em mais de uma base de dados considerou-se a seguinte ordem hierárquica: Medline, Cinahl, Lilacs e Bdef. Ao final, o corpus desta revisão totalizou seis artigos científicos. A análise dos dados dos artigos foi realizada por meio da Análise Teórica de Conteúdo proposta⁽¹⁴⁾. Este método permitiu compreender o sentido da comunicação, e explorar as relações que os indivíduos mantêm com os objetos, as pessoas e os fenômenos, resultando em duas categorias temáticas.

RESULTADOS

Apesar de o recorte temporal da revisão englobar publicações de 2003 a 2012, dos seis estudos encontrados, três na base de dados Lilacs e três na Medline, a maioria remonta a menos de cinco anos de publicação, dois foram realizados em 2010, dois em 2009, um estudo em 2008 e outro em 2006, o que demonstra o caráter recente desses estudos.

Os periódicos pesquisados foram: Revista de Nutrição, Revista Eletrônica de Enfermagem, Escola Anna Nery, Jornal Brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis (DST - J bras. Doenças Sex Transm), Journal of the medical Association of Thailand e Journal Public Health Nursing. Quanto aos autores dos artigos selecionados, em cinco estudos eram estudantes de Enfermagem, Enfermeiros, mestres e doutores. Em apenas um estudo o autor era médico.

No que se refere ao delineamento do estudo, constatou-se que apenas um estudo com abordagem quantitativa, com nível de evidência 2, por se tratar de estudo randomizado com grupo controle⁽²⁰⁾. Os demais artigos (83,3%) tinham abordagem qualitativa, o que confere a estes estudos nível de evidência 4. Este tipo de abordagem torna-se relevante por gerar conhecimentos que não podem se tornar objetivos, como é o foco de interesse da Enfermagem que são os estudos dos fenômenos humanos⁽¹⁵⁾.

Na figura 1 apresenta as características dos artigos que serviram de base para a construção das categorias temáticas.

Autor(s)/ Periódico/ Ano	Objetivo	Metodologia/ Tecnologia educacional	Abordagem	Conclusões
--------------------------------	----------	---	-----------	------------

Boog, MCF ⁽¹⁶⁾ Revista de Nutrição; 2010	Apresentar métodos e tecnologias de intervenção em educação alimentar e nutricional, no âmbito de escola	Qualitativo Produção de histórias; Caça-palavras; Confecção de maquete;	Educação nutricional	Construção de consciência crítica e reflexiva dos adolescentes, favorecendo sua autonomia no controle da sua saúde;
Gubert, FA, et al ⁽¹⁷⁾ Rev. Eletrônica enferm. 2009	Abordar o uso de tecnologias educativas como estratégia de educação em saúde junto aos adolescentes no contexto escolar.	Qualitativo (Pesquisa-ação); Círculo de Cultura; Criação de revista artesanal (FANZINE)	Sexualidade	Desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos adolescentes por meio das tecnologias.
Silva, KL Dias, FLA Vieira, NFC Pinheiro, PNC ⁽¹⁸⁾ Esc. Anna Nery 2010	Realizar ações de Educação em Saúde visando à reflexão crítica dos adolescentes sobre uso abusivo de drogas.	Qualitativo (Pesquisa-ação); Oficinas educativas – Grupo focal	Uso abusivo de drogas; Violência. Vulnerabilidade Juvenil.	A construção compartilhada de conhecimentos facilita a identificação dos fatores de riscos e reduz a vulnerabilidade desse grupo.
Camilo, VMB et al ⁽¹⁹⁾ DST j. bras. Doenças sex. trasm.2009	Relatar a experiência de oficinas sobre sexualidade com adolescentes.	Qualitativo Gincanas; Filmes; Músicas; Fotografias.	Sexualidade	Favoreceu a autorreflexão e construção de uma visão crítica sobre a sexualidade.
Eamratsamee kool, W ⁽²⁰⁾ J Med Assoc Thai 2008	Avaliar o efeito do uso do Computador sobre o conhecimento sexual dos alunos.	Quantitativo (grupo controle randomizado)	Sexualidade	Favoreceu a aprendizagem a partir da valorização das crenças e valores, influenciando na

				adoção de atitudes positivas para melhoria da qualidade de vida.
Didion, J Gatzek, H ⁽²¹⁾ Public Health Nursing 2006	Descrever o impacto do uso de um simulador infantil, para trabalhar práticas sexuais.	Qualitativo Grupo focal Simulador Infantil- Boneca	Sexualidade; Gravidez na adolescência;	Possibilitou a aprendizagem satisfatória sobre os riscos das práticas sexuais.

Figura 1 Apresentação dos artigos incluídos na revisão integrativa. Recife, PE, 2012

DISCUSSÃO

Na área da saúde, a adolescência emerge por meio do desenvolvimento psicossocial e com particularidades que limitam e as colocam nos parâmetros biológicos das modificações da puberdade. O adolescente enfrenta processos conflituosos que, na maioria das vezes, não garante escuta afetuosa por parte da família e dos profissionais da saúde, o que requer conhecimento aprofundado e criatividade para trabalhar com este grupo^(1,3,22-23).

As ações de educação e promoção da saúde são estratégias consideradas favoráveis, por permitir estimular o debate sobre temas de interesse dos adolescentes considerando suas crenças, seus valores e o aspecto cultural; podendo ser definidas como qualquer atividade que busque alcançar a saúde e contribuir no acréscimo de conhecimentos, atitudes e comportamentos satisfatórios^(7,22).

Tecnologias educacionais promovendo a saúde do adolescente.

Nos artigos selecionados, os autores interviram por meio de diferentes métodos e recursos para trabalhar a promoção e educação em saúde com os adolescentes: oficina educativa, realização de gincanas, uso de músicas, exibição de filme, atividades de recorte e colagem; construção de maquetes, criação de revistas artesanais, grupo focal, ciclo de cultura, uso de boneca e computador⁽¹⁶⁻²¹⁾.

As estratégias utilizadas tiveram como foco a utilização do trabalho em grupo, o que privilegiou a participação, a reflexão crítica, a comunicação dos significados e expressão das experiências dos integrantes⁽¹⁶⁻²¹⁾. Estas atividades permitiram ao adolescente dialogar abertamente sobre a vida em relação ao tema abordado. O processo de preparação para este tipo de trabalho por si só já pode ser considerado momento ímpar de educação, pois trabalhou questões, como cordialidade, respeito para com o outro e a necessidade de ser disponível para ouvir as opiniões, experiências e sentimentos dos outros participantes⁽⁸⁾.

Em alguns artigos houve a utilização de mais de um tipo de tecnologia educativa, o que demonstra a interligação dos tipos de tecnologias e suas práticas para tornar as ações mais satisfatórias^(16-17,19,21). Os recursos foram selecionados, tendo como parâmetro as diversas temáticas que se desejava focalizar: educação alimentar e nutricional, sexualidade, gravidez na adolescência, IST/AIDS, uso e abuso de drogas, violência⁽¹⁶⁻²¹⁾.

A utilização das tecnologias representa oportunidade para a discussão desses assuntos na coletividade, a partir do momento que promove a interação entre os participantes, criando espaço prazeroso de sociabilidade e trocas pelo diálogo na busca de construção e reconstrução de saberes, que pode transcender para o contexto familiar e social⁽⁹⁾.

O aprendizado, o reconhecimento das necessidades do adolescente e o desenvolvimento de sua capacidade para buscar soluções próprias e criativas, concebendo-o como sujeito capaz de aprender sua realidade, de se conscientizar e ser ativo no processo de construção e transformação social pode ser obtido pelo uso destas tecnologias. Para tal, é necessário não somente focar os aspectos biológicos, mas também, os sociais, conscientizando sobre sua vulnerabilidade e lhes incentivando a manter cuidado adequado à saúde^(7,23).

O emprego de tecnologias educacionais para trabalhar a promoção à saúde do adolescente é considerado estratégia promissora, que permite trabalhar de forma clara,

compreensível, criando vínculos e confiabilidade, partindo das diferentes necessidades do grupo, respeitando as diferenças culturais e os direitos sexuais e reprodutivos de cada sujeito e assim, entendendo a saúde como resultante da interação de diversos fatores que se relacionam com o contexto de vida⁽⁷⁻⁹⁾.

Protagonismo do adolescente na escola: transformando a realidade educacional

Nos estudos analisados, a escola é mencionada como ambiente de transformação social. Considerada local adequado para o desenvolvimento de ações educativas que visam o preparo dos adolescentes para a vida com a sociedade, a partir da construção de sujeitos sociais ativos, que levam ao empoderamento destes, lhes capacitando para agir sobre o controle da própria saúde⁽¹⁶⁻²¹⁾.

A escola passou a ter novas responsabilidades, perdeu seu papel hegemônico da mera transmissão de informação, para contribuir na emancipação dos sujeitos e construção da cidadania. A educação foi desafiada não só na dimensão do conhecimento, mas também na transmissão de valores que devem ser mais do que transmitidos, devem ser vivenciados, criando espaços para que o aluno possa empreender, ele próprio, a construção de seu ser, não sendo mais receptor, mas indivíduo proativo, de iniciativa, compromisso e liberdade⁽⁶⁾.

Os artigos selecionados mostram que o uso das tecnologias educacionais para trabalhar com os adolescentes, questões relativas à saúde, tem resultado satisfatório, pois além de contribuir no processo de aprendizagem, incentivam a formação de sujeitos críticos, reflexivos, desenvolvendo sua autonomia no controle da sua saúde⁽¹⁶⁻²¹⁾.

O incentivo vem justamente favorecer o desenvolvimento pessoal e social, reconhecendo que os adolescentes podem gerar mudanças decisivas na realidade em que estão inseridos e diz que, a participação dos adolescentes no processo de ensino-aprendizagem, de forma crítica e reflexiva, cria condições para exercitar suas habilidades e competências, e desenvolver a autonomia diante do processo de crescimento e desenvolvimento pessoal^(7-8,22).

O uso das tecnologias no processo pedagógico na escola deve estar atrelado às ações que fomentam o protagonismo juvenil, a partir da crença que o adolescente é capaz, trabalhando a auto percepção, autoconfiança e sua autoestima, por meio de práticas que promovam o pleno desenvolvimento da cidadania⁽⁷⁾

Destaca-se ainda que todos os estudos abordaram a importância da participação da família neste processo de crescimento e desenvolvimento pessoal e social, com vista a promoção à saúde do adolescente⁽¹⁶⁻²¹⁾. Entretanto, apenas um dos estudos, com a temática da sexualidade, citou a atuação do enfermeiro na escola, como relevante, por trabalhar estratégias educativas que geram a conscientização da vulnerabilidade, a fim de evitar agravos à saúde e capacitá-los para a adoção de condutas promotoras, levando em consideração o contexto socioeconômico o qual estão inseridos⁽¹⁷⁾.

O enfermeiro, como educador, no cumprimento dos diferentes programas de saúde voltados a este grupo e, visando a promoção de estilos de vida saudáveis, com ênfase nas áreas da sexualidade, alimentação, atividade física e nos consumos aditivos, torna-se essencial para trabalhar ações educativas que busquem o desenvolvimento psicossocial e à construção de projeto de vida saudável⁽⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encontrou-se nas bases de dados selecionadas seis estudos sobre o uso das tecnologias educacionais para promover a saúde do adolescente na escola. A maioria dos artigos selecionados não apresentou nível de evidência com impacto, o que gera lacuna no conhecimento em relação a dados publicados que possam validar a aplicação de tecnologias educativas para promover a saúde do adolescente. Este fato reflete a necessidade de realização de pesquisas tipo quase experimentais ou experimentais, de forma a consolidar práticas de promoção à saúde baseadas em evidências científicas.

Os estudos evidenciaram que a escola, como local estratégico para promover a saúde do adolescente, tem o potencial de construção e fortalecimento do vínculo entre o adolescente-escola-família-comunidade, como corresponsáveis para a promoção à saúde. Os resultados demonstraram ainda que a família exerce papel fundamental na formação do indivíduo saudável, tornando-se imprescindível o desenvolvimento de iniciativas e estratégias que incluam programas de orientação e preparação dos pais em habilidades informativas e comunicativas.

Os profissionais da saúde, em particular o enfermeiro, não se revelou com ênfase nos resultados da revisão. Isto demonstra a necessidade de maior atuação destes profissionais frente às práticas de educação em saúde. E o enfermeiro, como educador, é fundamental neste processo, no sentido de estabelecer as melhores estratégias para proporcionar as respostas adequadas às necessidades e melhor nível de saúde para os adolescentes na escola.

Diante desses resultados, há necessidade da realização de novas pesquisas científicas sobre a promoção à saúde do adolescente, por meio de tecnologias educativas que poderão se consolidar como referências para atuação dos profissionais de saúde e educação, bem como fundamentar políticas públicas para trabalhar esta temática.

O fomento às políticas públicas deve ser ponto de empoderamento da categoria a fim de mobilizar ações que permitam ressignificar novas estratégias para o uso adequado das tecnologias buscando o desenvolvimento da autonomia do sujeito que se constroi nesse processo de reflexão-ação, e reflexão sobre a ação, na práxis da experiência humana enquanto ser em construção.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
2. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc. Saúde*. 2005; 2(2): 6-7. [citado 12 set 2012]. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167
3. Andrade DWP, Prazeres AS, Santos AAAP, Silva BDD, Leonardo CS, Machado CAF et al. Adolescência: pane no sistema - configurando responsabilidades. *Adolesc Saude*. 2011; 8(1): 35-42. [citado 10 set 2012]. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=263
4. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
5. Brasil. Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36(4): 533-5. [citado 31 ago 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v36n4/11775.pdf>
6. Ferreti CJ, Zibas DML, Tartuce GLBP. Protagonismo juvenil na literatura especializada e na reforma do ensino médio. *Cad. Saúde de Pesquisa*. São Paulo (SP), 2004; 411- 23.
7. Zibas DML, Ferreti CJ, Tartuce GLBP. Micropolítica escolar e estratégias para o desenvolvimento do protagonismo juvenil. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo (SP). 2006; 127(36).
8. Carvalho VLS, Clementino VQ, Pinho LMO. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 2008; 61(2): 243-8. [citado 24 set 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a16v61n2.pdf>
9. Souza MA. Educação do campo: políticas, práticas pedagógicas e produção científica. *Educ Soc*. 2008; 29(105): 1089-111. [citado 24 set 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v29n105/v29n105a08.pdf>
10. Harris AL. Media and Technology in Adolescent Sexual and Safety. *JOGNNY*. 2011; (40). Issue 2. [citado 22 set 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21284726>
11. Luna IT, Moreira RAM, Silva KL, Caetano JA, Pinheiro PNC. Obesidade juvenil com enfoque na promoção da saúde: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm*. Porto Alegre (RS) 2011; 32(2): 394-401. [citado 23 set 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200025&script=sci_arttext

12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.* [Internet]. 2008;17(4): 758-64 [citado 10 set 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
13. Milton Keynes Primary Care Trust. Critical Appraisal Skills Programme. [Internet]. 2002 [citado 20 nov 2012]. Available from: <http://www.casp-uk.net/about-casp/>
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (PO): Edições 70; 2009.
15. Minayo MCS. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 621-26.
16. Boog MCF. Programa de Educação nutricional em escolar de ensino fundamental de zona rural. *Rev. de nutrição*. 2010;23(6):1005-17 [citado 22 set 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
17. Gubert FA, Santos ACL, Aragão KA, Pereira DCR, Vieira NFC, Pinheiro PNC. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(1):165-72 [citado 22 set 2012]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a21.pdf.
18. Silva KL, Dias FLA, Vieira NFC, Pinheiro PNC. Reflexões acerca do uso e abuso de drogas e da violência na adolescência. *Escola Anna Nery*, 2010;14 (3):605-10 [citado 22 set 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
19. Camilo VMB, Freitas FLS, Cunha VM, Castro RKS, Sherlock MS, Pinheiro PNC et al. Educação em Saúde sobre DST/Aids com Adolescentes de uma Escola Pública, utilizando a Tecnologia educacional como instrumento. *DST – J. bras Doenças Sex Transm* 2009 21(3): 124-28. [citado 22 set 2012]. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista21-3-2009/5-Educacao-em-Saude-sobre-DST.pdf>.
20. Eamratsameekool W. Sex education via computer-aided instruction for early secondary school students. *J Med Assoc.* 2008 May/Thai; 91(5):759-63. [citado 23 set 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18672644>
21. Anda D. Baby Think it over: evaluation of an infant simulation intervention for adolescent pregnancy prevention. *Health SocWork.* 2006 Feb; 31(1):26-35. [citado 22 set 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16550845>
22. Torres CA, Barbosa SM, Pinheiro PNC, Vieira NFC. A saúde e a educação popular com adolescentes. *Rev Rene*. 2010; 11(4): 47-56. [citado 23 set 2012]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/420>
23. Davim RMB, Germano RM, Menezes RMV, Carlos DJD. Adolescente/Adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Rev Rene*. 2009; 10(2):131-40. [citado 24 set 2012]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/500/pdf>

24. Brêtas José Roberto da Silva, Ohara Conceição Vieira da Silva, Jardim Dulcilene Pereira, Muroya Renata de Lima. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet]. 2009; 43(3):551-5. [cited 30 Set 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a08v43n3.pdf>.

Capítulo IV

- Resultados –

Artigo original

4.2 Artigo Original: ADOLESCENTE PROMOTOR DA SAÚDE À LUZ DA TEORIATRASCULTURAL - submetido para avaliação na Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de transição da infância para a idade adulta, influenciada por fatores que envolvem as dimensões cronológica, biopsicológica e social⁽¹⁾. Cronologicamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece a adolescência como a segunda década da vida, entre os 10 aos 19 anos, e a juventude como o período dos 15 aos 24 anos. Para fins jurídicos, a lei brasileira, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), define a adolescência na faixa etária entre os 12 aos 18 anos⁽²⁾.

Para o Ministério da Saúde (MS), a adolescência é uma fase decisiva do desenvolvimento do indivíduo, marcada não só pela conquista da imagem corporal devido às alterações fisiológicas, mas também, pela mudança psicológica, necessária para acompanhar a maturação sexual e adquirir comportamentos sociais⁽³⁾. A vida social dos adolescentes modifica-se principalmente a partir do distanciamento dos pais e do fortalecimento da relação com os grupos de pares⁽⁴⁾.

Neste novo convívio, muitas vezes por pressão do grupo, a relação sexual, tende a ter início precoce, podendo refletir na adoção de comportamentos sexuais não saudáveis, expondo assim, os adolescentes a estados de maior vulnerabilidade⁽⁴⁾. Entretanto, o adolescer além de ser caracterizado como período de vulnerabilidade psicológica, física e social, também está marcado pelo desenvolvimento do autoconhecimento, da autocrítica, do questionamento de valores e aquisição de papéis na sociedade^(5,6).

Os adolescentes são considerados grupo de potencialidades, cujo desenvolvimento proporciona, além da sua formação integral, avanços para a coletividade. Neste sentido, essa fase demanda da família, dos profissionais da saúde e da educação cuidado especial, de forma a ajuda-los a lidar com os problemas que possam gerar agravos à sua saúde^(4,5).

Na tentativa de minimizar esta vulnerabilidade e o aparecimento de agravos, a promoção da saúde é vista como estratégia que contribui para o desenvolvimento da consciência crítica, por meio da participação social promovendo o emponderamento dos adolescentes, na busca da superação dos obstáculos que interfiram no modo de vida saudável⁽⁷⁾.

É necessário que esta estratégia esteja voltada a atender ao grupo de acordo com a sua dimensão sociocultural, seus valores e crenças, criando oportunidade do adolescente pensar e

repensar e, assim, transformar a sua realidade⁽⁷⁾. A participação autônoma destes indivíduos no planejamento, execução e avaliação das ações contribui para a resolutividade e o impacto social das mesmas no âmbito da comunidade⁽⁸⁾.

A escola, considerada espaço de influência cultural em que se desenvolvem experiências significativas de socialização, torna-se favorável ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde, possibilitando ao adolescente participar como agente de mudança, reconhecer o valor da saúde e contribuir ativamente na tomada de decisões favoráveis à sua saúde e a da comunidade^(9,10).

Esta relação entre educação e saúde tem sido amplamente discutida no cenário da Enfermagem. Os profissionais da saúde e da educação precisam compreender as diversas dimensões do cuidado em distintos contextos culturais, em especial na escola, contribuindo na construção de práticas crítica e contextualizada, na medida em que podem atuar em todos os seus aspectos, realizando vários tipos de ação, na promoção à saúde individual, na comunidade, e nas ações de educação para a saúde, buscando a construção dos conhecimentos^(11,12).

A compreensão de saúde e de sua promoção tem levado os profissionais a rever conceitos e teorias que orientam sua prática, a fim de estabelecerem cuidados cada vez mais próximos das necessidades dos usuários, direcionados ao contexto cultural, o qual estão inseridos. Há necessidade de se conhecer os sujeitos integralmente, a fim de proporcionar cuidado significativo e eficaz de acordo com seus valores culturais e seu contexto saúde-doença, fundamenta-se na Teoria Transcultural, descrita por Leininger^(13,14).

A Teoria refere-se a conjunto de inter-relações de conceitos e hipóteses que consideram as dimensões socioculturais dos indivíduos determinantes na prestação do cuidado congruente, tendo por finalidade tornar o conhecimento e a prática profissional culturalmente planejada⁽¹⁴⁾. Em seus conceitos e pressupostos, a teoria desvela que em sua aplicabilidade, o profissional da saúde revela práticas de cuidado específicas de cada cultura e fatores que podem influenciar no cuidado ao ser humano. Para guiar o pesquisador, Leininger criou o Modelo Sunrise, descrevendo o sol completo caracterizando o universo; este modelo permite ao profissional visualizar os diversos fatores que podem influenciar as expressões do cuidado cultural e seus significados⁽¹⁴⁾.

O modelo combina teoria e método de pesquisa e se encontra dividido em duas partes a saber: na parte superior configuram os componentes interdependentes da estrutura social e dos fatores da visão do mundo que influenciam o cuidado e a saúde, por meio do contexto ambiental, na parte inferior, composta pelo sistema popular, profissional e o de enfermagem,

buscam-se características e aspectos específicos de cada sistema, determinando as semelhanças e diferenças necessárias para desenvolver cuidado congruente com as culturas^(14,15).

Julga-se, nesta pesquisa, que o desenvolvimento dos programas educativos, por meio do protagonismo dos adolescentes, a partir da interação dialógica, poderá favorecer o desenvolvimento da consciência crítica e estimular a busca de soluções para ações coletivas de promoção à saúde. Neste sentido, o estudo tem como objetivo desvelar o adolescente promotor da saúde, ancorado na Teoria Transcultural.

CAMINHO METODOLÓGICO

A escolha do Caminho

Esta pesquisa adotou a abordagem qualitativa, por meio do estudo exploratório-descritivo, onde buscou proporcionar visão geral do fato investigado, na medida em que procura descrever as características da população estudada⁽¹⁶⁾. A pesquisa qualitativa busca estudar o universo de sentidos, desejos, persuasões, representações, maneiras e atitudes, tudo o que é percebido pelo sentido e pela consciência e que não pode ser quantificado⁽¹⁷⁾.

Como referencial teórico, utilizou a Teoria Transcultural ou Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger¹⁴, por considerá-la pertinente na compreensão do fenômeno em estudo. Esta teoria permite, por meio do Modelo Sunrise Enabler, simbolizado pelo nascer do sol, auxiliar e orientar o estudo da diversidade e universalidade do ato de cuidar. A referida pesquisa está vinculada ao Projeto de Extensão intitulado: Jovens comunicadores em saúde na escola: transformando o receptor ativo em comunicador criativo, desenvolvido pela Orientadora do referido trabalho e promovido pelo Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

O objetivo do Projeto de extensão é capacitar e estimular os adolescentes estudantes da rede pública de ensino a se perceberem como sujeitos autônomos e responsáveis por sua cidadania. O mesmo foi desenvolvido por meio de oficinas para construção de programas radiofônicos educativos englobando a temática comunicação, educação e saúde. Foi coordenado pela orientadora da referida pesquisa e tem como facilitadores, acadêmicos de Enfermagem e um Jornalista/Sanitarista/Comunicador Social.

O cenário do Projeto foi a Escola Estadual Dom Vital, da rede Pública de ensino, localizada na Estrada do Arraial, s/n no Bairro de Casa Amarela no Município de Recife, capital de Pernambuco (PE), Brasil. A escola foi selecionada segundo os critérios de elegibilidade: existência de rádio funcionante ou não, porém com equipamentos em condições

de uso, disponibilidade de horário e da equipe técnica em participar e adesão dos estudantes para a execução do projeto.

A população incluiu adolescentes na faixa etária entre 10 a 19 anos, de ambos os sexos que cursavam o ensino fundamental ou médio da Escola selecionada. Os estudantes foram convidados a participar do Projeto por meio de cartazes, folders e do próprio Jornal da Escola. O Projeto teve início com uma média de 15 adolescentes, mas apenas sete aderiram à proposta, participando ativamente de toda construção e execução dos programas.

O desenvolvimento do Projeto ocorreu em duas etapas, tendo iniciado com a realização das oficinas e posteriormente com a gravação dos programas educativos radiofônicos. No total, foram realizadas doze oficinas semanais, no período de setembro a novembro de 2013, durante o horário escolar, cada uma com média de duração de duas horas, em sala disponibilizada pela própria escola, com garantia de conforto e privacidade para o grupo. As oficinas possibilitaram, além de debater sobre as questões técnicas quanto à construção e produção dos programas de rádio, permitiram conhecer os adolescentes e identificar, a partir do grupo, as problemáticas sociais e as temáticas de interesse para trabalhar nos programas educativos.

Produção dos dados

O desenvolvimento desta pesquisa ocorreu concomitante com o Projeto de Extensão. A amostra totalizou os sete adolescentes que integraram o grupo do Projeto, desde a elaboração das oficinas, até a execução dos programas educativos radiofônicos. Destaca-se que a participação no Projeto de extensão foi voluntária, dependendo assim da demanda espontânea.

Para a produção dos dados, seguiu-se o modelo proposto por Leininger⁽¹⁴⁾ de Observação – Participação – Reflexão (O-P-R). Neste modelo, o pesquisador inicialmente realiza observações, mas não participa de forma completa. Com o decorrer das atividades, transcorrem progressivamente outros níveis mais ativos de interação, de forma que o pesquisador conquista a confiança do grupo. Neste sentido, no primeiro momento, a pesquisadora participou das oficinas do Projeto de extensão, como mera observadora. No decorrer do processo, após algumas oficinas, já participando das dinâmicas, constatou, por meio do comportamento acolhedor, que o grupo havia se familiarizado com a sua presença, tornando-a participante comum.

Para registro das observações e produções dos adolescentes durante as oficinas, foi utilizado diário de campo. Este instrumento permitiu o registro dos relatos informais, que tinham relação com o tema pesquisado, e que buscavam conhecer o indivíduo em sua

realidade sociocultural⁽¹⁷⁾. Neste sentido, foram selecionadas os dados obtidos nas oficinas: *Quem sou?* para conhecer as particularidades dos adolescentes integrantes do grupo e proporcionar maior interação entre eles, e *Árvore de problemas*, que permitiu identificar e dimensionar os problemas trazidos pelo grupo nas suas diferentes abordagens, permitindo ao pesquisador “olhar” determinada situação dentro de seu contexto social, considerando os valores e a forma de ver o mundo dos adolescentes envolvidos neste contexto.

Ao final das oficinas, já estabelecida a confiança, foi realizada a entrevista semiestruturada individual, a qual continha questão aberta que contribuiu para melhor conhecimento e compreensão do objeto de estudo: Fale-me como você se vê promovendo a sua saúde e a saúde de seus colegas, por meio da rádio? As entrevistas foram gravadas em MP3, após consentimento dos adolescentes, e transcritas na íntegra, no mesmo dia da coleta. A pesquisadora se dispôs a esclarecer possíveis dúvidas. Para preservar o anonimato, os adolescentes foram identificados com nome de artista, segundo escolha dos mesmos.

A análise dos resultados seguiu o guia de análise proposto por Leininger^(14,15), utilizado para avaliar os dados qualitativos de pesquisas. Foi realizada a descrição e documentação das informações obtidas durante as entrevistas, sendo necessárias várias leituras para obter visão geral do conteúdo. As produções e os achados dos adolescentes obtidos nas oficinas selecionadas também foram analisados. Em seguida, foi realizada a identificação e categorização desses dados, buscando o domínio da investigação e da questão do estudo.

Depois do agrupamento das categorias partiu-se para análise contextual, procurando identificar padrões recorrentes de significados semelhantes e diferentes, incluindo as interpretações das experiências trazidas pelos adolescentes em seus relatos, o que deu subsídio para compreender como deve ser realizado o cuidado de enfermagem específico para este grupo.

Submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, este estudo seguiu as normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução 466/12, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE (CAAE nº 20158913.7.0000.5208). Enfatiza-se que a coleta de dados só teve início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE pelos responsáveis legais dos adolescentes menores de 18 anos, bem como do termo de Assentimento livre e esclarecido para os maiores de 18 anos.

Caracterização da Amostra

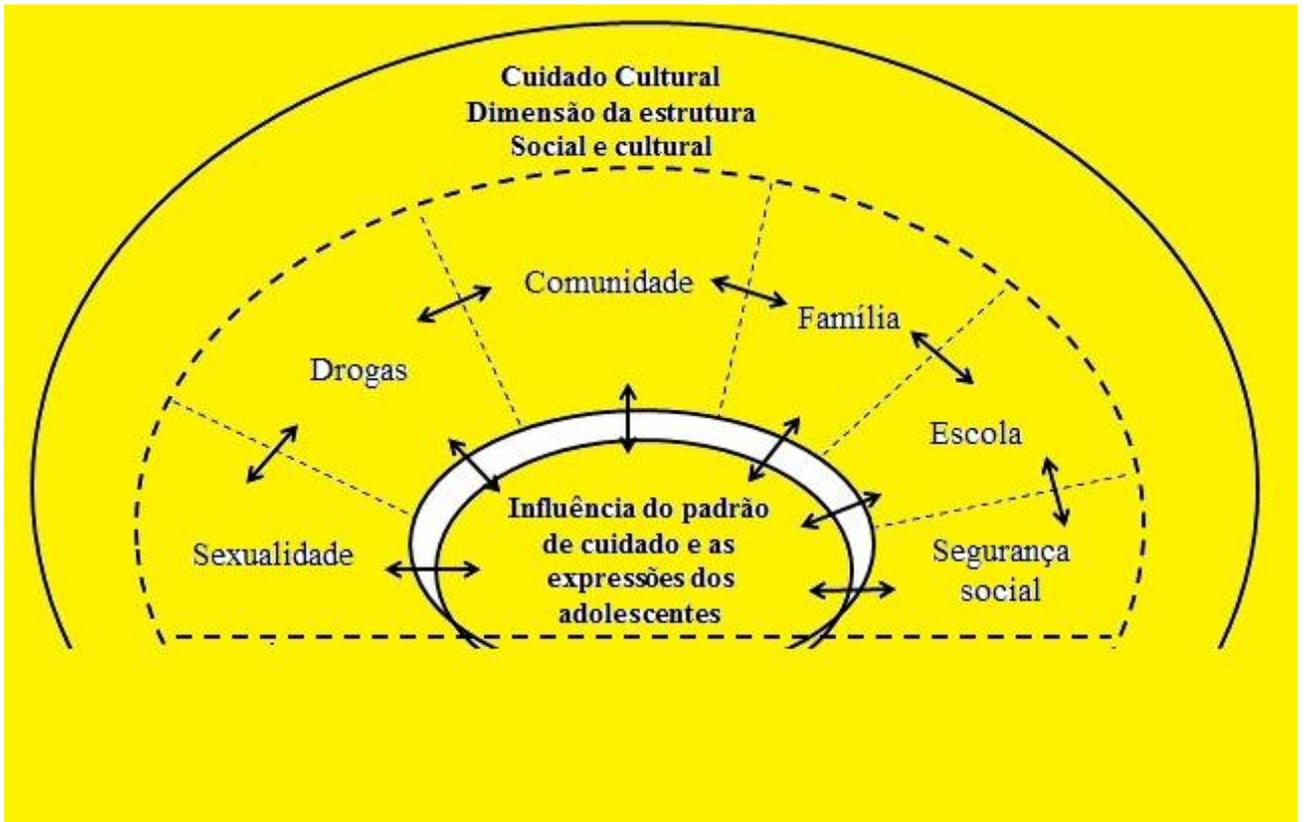
Participaram da pesquisa sete adolescentes, na faixa etária entre 16 e 19 anos sendo cinco do sexo feminino. Todos estavam cursando o Ensino Médio e quatro deles exerciam outras atividades extraescolares. A maioria, seis adolescentes, morava com os pais. Quanto ao estado civil, todos eram solteiros, destes, quatro referiram estar namorando, porém, cinco relataram ter vida sexual ativa, e destes, quatro afirmaram utilizar o preservativo como contraceptivo. Em relação ao uso de álcool, apenas dois adolescentes o negaram. Quanto às drogas, apenas um adolescente afirmou ter sido usuário de maconha, entretanto, seis relataram ter contato com as drogas tanto na comunidade como na escola.

Estes dados serão resgatados oportunamente durante a análise das categorias de modo a complementar a discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor visualização dos resultados obtidos utilizou-se o Modelo Sunrise da Teoria de Leininger em parte superior (Figura 1). A delimitação por esta parte justifica-se porque, nesta pesquisa, buscou-se desvelar a relação entre os aspectos socioculturais, o processo saúde-cuidado e a promoção à saúde através da percepção dos adolescentes no ambiente escolar⁽¹⁰⁾.

Figura 1 Adaptação ao Modelo Sunrise de acordo com os relatos dos adolescentes diante do seu contexto sociocultural. Recife/PE, 2013



Fonte: Silva, 2013.

A vulnerabilidade social x Vida cotidiana

As drogas, lícitas ou ilícitas, são comumente experimentadas na adolescência, em idades bem precoces, e relacionam-se com muitos fatores, inclusive com a situação socioeconômica e cultural. Os problemas ocasionados pelo consumo dessas substâncias são múltiplos e interferem negativamente em diversos aspectos da vida, trazendo prejuízo para o crescimento e desenvolvimento desses adolescentes, bem como para a vida adulta⁽¹⁸⁾.

A violência é percebida pelos adolescentes como resultado deste uso e abuso das drogas. A existência de usuários de drogas e a oferta destas substâncias já não são obstáculos à aproximação dos adolescentes⁽¹⁸⁾. Este fato é revelado como realidade na escola e na comunidade, sem resguardas, nos discursos dos participantes desta pesquisa:

“Há um grande número de pessoas dependentes de drogas no bairro”. (Jay Z Carter, 18 anos)

“É muito perigoso o caminho de ida e volta para casa”. (Marjorie Estiano, 19anos)

“É muito comum [...] Falta policiamento” (Beyoncé, 18 anos)

Neste contexto, pesquisa realizada com estudantes do ensino médio nos EUA revelou que 5,5% dos alunos deixaram de ir à escola porque não se sentiam seguros no trajeto ou no

próprio estabelecimento⁽¹⁹⁾. No Brasil, em estudo representativo com oito escolas públicas do ensino fundamental e médio no estado do Maranhão, totalizando amostra de 446 alunos e 120 professores, foi identificado que 70% dos alunos não gostam do local (da rua, do bairro e da vizinhança) onde a escola está situada, em razão das gangues presentes nestes ambientes, o que tornam o seu entorno "perigoso". Para o grupo, o trajeto de casa para a escola e vice-versa e o ponto de ônibus, são considerados locais onde a qualquer momento poderá acontecer uma cena de violência⁽²⁰⁾.

Esta situação preocupante de vulnerabilidade social ao qual o adolescente está sujeito reforçam também resultados da pesquisa relacionada ao Escolar, demonstrando que 46% dos entrevistados eram adolescentes na faixa dos 14 anos, e desses, 7,3% afirmaram já ter experimentado algum tipo de droga ilícita como maconha, cocaína, *crack*, cola, loló, lança-perfume e *ecstasy*. Em relação ao álcool, 50,3% alegaram ter experimentado uma dose de bebida alcoólica na vida. Mais de 20% dos estudantes disseram ter sofrido pelo menos um episódio de embriaguez, com maior incidência no grupo das meninas (51,7%)⁽²¹⁾.

Esse mesmo estudo revelou também que houve queda, entre 2009 e 2012, no número de escolares que haviam provado o cigarro (de 24,2% para 22,3%). Os dados demonstraram que 19,6% dos escolares brasileiros do último ano do ensino fundamental haviam experimentado cigarro e 29,8% informaram que pelo menos um dos responsáveis era fumante⁽²¹⁾.

Pesquisa realizada no Município de Recife/PE evidenciou que o percentual de escolares do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual com história de uso de drogas chegou a aproximadamente 53% na faixa etária entre os 13 aos 18 anos. O estudo revelou também que o início precoce do uso está relacionado às drogas consideradas lícitas, álcool e tabaco, apresentando a menor média de idade para o primeiro uso na faixa etária dos 12 anos, seguida pelo uso da maconha, aos 13 anos e cocaína por volta dos 14 anos⁽²²⁾.

Na presente pesquisa encontramos que dos sete adolescentes participantes, cinco fazem uso de álcool, seis relataram ter contato com as drogas tanto na comunidade como na escola, e um deles afirmou ter feito uso da maconha. Os adolescentes também demonstram, dentro deste contexto, as percepções das drogas vinculadas à questão biológica e das vivências familiares, relataram isso de forma negativa.

“Porque os boys estão morrendo por causa disso”. (Will.i.am, 18 anos)

“O cigarro e o álcool é como comprar a morte em suaves prestações”. (Amy Lee, 17 anos)

“Porque meu pai é alcóolatra [...] é preciso informar mais a população dos riscos”. (Vanessa da Mata, 16 anos)

“É difícil [...] Tenho muitos fumantes na família”. (Jennifer Lopez, 18 anos)

Diante desse cenário, percebe-se que a vulnerabilidade depende da associação de diversos fatores, individuais, interpessoais e contextos de vida, além da qualidade e compreensão de informações, da forma de como as mesmas influenciarão e/ou modificarão comportamentos, o que poderá variar de acordo com o momento da vida⁽²³⁾.

Inúmeros são os pretextos para o início do uso de drogas na adolescência. Esta fase se caracteriza pela procura e descobertas, na qual o grupo de amigos tem relevância social, o que termina por gerar conflito com a família quando admitem participar de novos espaços e novos comportamentos, muitas vezes para serem aceitos no grupo. Entretanto, esses espaços, podem tornar os adolescentes mais vulneráveis a situações externas, tais como o consumo de drogas⁽²³⁾.

A valorização destes fatores sociais revela a necessidade de planejamento conjunto entre educação e saúde para atender o adolescente numa perspectiva integral, considerando suas experiências e vivências cotidianas. A escola, considerada espaço de socialização, tem o papel fundamental de ajudar o adolescente no desenvolvimento da autonomia, por meio de escolhas saudáveis para o alcance de bem-estar individual e coletivo, diminuindo as vulnerabilidades e riscos a que estão expostos⁽²⁴⁾.

A tríade saúde-educação-família é fundamental para o desenvolvimento seguro e saudável da adolescência e para o incentivo ao seu protagonismo⁽²⁴⁾. Segundo Leininger, tanto a saúde quanto a doença, resultam da interação individual e coletiva estabelecida com as dimensões da estrutura social e cultural onde o adolescente está inserido¹⁴. Conhecer o contexto socioambiental, que pode estar caracterizado por condição ou experiência particular, permite planejar ações em saúde de modo participativo com o indivíduo, de forma a manter comportamentos e hábitos satisfatórios ou reorganizá-los para resultado de saúde mais benéfico⁽¹⁴⁾.

Os adolescentes desta pesquisa, demonstraram preocupação com práticas em relação às IST e a gravidez além das questões sociais, como a convivência com as drogas,. A manifestação destes temas surgiu como cuidado e risco, especialmente no sentido da prevenção. O uso do preservativo (camisinha) foi citado por quatro dos adolescentes nesta pesquisa, tanto para prevenção das IST, quanto para evitar a gravidez.

“Tem muito adolescente acabando com o futuro [...]tem que se prevenir, se não acaba com tudo”. (Vanessa da Mata, 16 anos)

“É importante se prevenir, principalmente quando não é namorada”. (Jay Z Carter, 18 anos)

“Eu uso o preservativo sempre, proteção total [...] É importante saber como se prevenir”. (Beyoncé, 18 anos)

“Eu uso o preservativo, estou protegido de tudo”. (Will.i.am, 18 anos)

Estes achados corroboram com as preocupações da OMS e do MS, quando revelam que os adolescentes sexualmente ativos são o grupo de maior vulnerabilidade^(1,3). Segundo o MS, a idade média de iniciação sexual ocorre no período escolar, em torno dos 15 anos, observando-se pelo menos um episódio reprodutivo antes dos 20 anos completos, e especificamente no grupo dos adolescentes entre 12 e 17 anos, 2,8% já tiveram filhos⁽²⁵⁾. Ainda de acordo com o MS, tem ocorrido progressivamente à redução da gravidez na adolescência. O número de partos em adolescentes pelo SUS caiu mais de 22%.

Apesar dessa conquista, a gravidez nesta etapa da vida continua sendo problema de saúde pública⁽²⁵⁾. No Brasil, grande parte das mortes na adolescência está relacionada às complicações durante a gravidez e o parto e, neste contexto, observa-se que a incidência de recém-nascidos prematuros e com baixo peso, gerados por mães adolescentes é duas vezes maior que o de mães adultas, atingindo taxa de morte neonatal até três vezes maior⁽²⁵⁾.

Segundo o MS, outros fatores de vulnerabilidade tem afetado este grupo. O contágio pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) aumentou 200% em adolescentes heterossexuais. Atualmente, os adolescentes que foram notificados com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) representam 2,1% das notificações brasileiras, o que demonstra fator preocupante, uma vez que este grupo representa atualmente mais de 20% da população do Brasil⁽²⁵⁾.

Este cenário se agrava, pois não se restringe unicamente aos adolescentes, mas suas consequências alcançam também a família e a sociedade. Apesar de reconhecer que os adolescentes conversam mais sobre a sexualidade em casa e, em particular, com as mães, devido a maior abertura, este diálogo ainda transita, na maioria das vezes, pela superficialidade dos temas, não aprofundando o suficiente para suprir as necessidades destes^(4,5).

É importante destacar que a família, como instituição social, está sujeita a movimentos de organização – desorganização – reorganização, que podem influenciar o modo de viver a sexualidade. As novas formas de associação e composição familiar devem fazer parte da educação dos adolescentes, sendo da responsabilidade dos pais prepará-los para uma dimensão ampla à sexualidade⁽⁴⁾.

Na escola, é observado que esta temática, a sexualidade, é ministrada de modo isolado, com enfoque meramente biológico, formal e geral para todos os alunos, não satisfazendo as particularidades e curiosidades de cada um^(7,10). Apenas 10 a 20% têm algum conteúdo aproveitável, e, quando isto ocorre, deve-se mais ao interesse e à formação pessoal do educador do que aos programas em si mesmos, que, normalmente não vão além de algumas aulas básicas, formais e preconceituosas sobre anatomia e fisiologia dos aparelhos reprodutores, masculino e feminino⁽¹⁰⁾.

É necessário trabalhar a saúde do adolescente por meio de metodologia segura e humanizada, para desenvolver olhar diferenciado no intuito de garantir a passagem por esta etapa da vida, com riscos biológicos ou emocionais reduzidos. Neste sentido, torna-se fundamental, reconhecer a adolescência como fenômeno que perpassa por diferentes elementos: classe social, contextos socioculturais e relação de gênero, considerando que esta última, está presente e é construída e significada cotidianamente pelos indivíduos, e que, este processo se dá dentro dos contextos sociais e históricos do qual fazem parte, não sendo possível dissociar indivíduo e sociedade.

O enfermeiro, como educador, por meio da adoção de metodologias ativas, conhecendo as crenças e os valores culturais que permeiam o contexto de vida dos adolescentes pode influenciar o estilo de vida, proporcionando descobertas e ponderações, que contribuirão para a mobilização da coletividade e implantação de políticas públicas saudáveis voltadas para este grupo⁽¹¹⁾.

É necessário que haja a preocupação de promover a saúde do adolescente, seu crescimento pessoal e social, em todas as suas expressões. Superar o sistema tradicional e incluir os adolescentes na perspectiva de desenvolver nestes a sabedoria e a responsabilidade pela sua própria saúde e da comunidade onde convivem, considerando que só a informação não é suficiente, pois a gravidez não planejada, o uso e abuso de drogas e as IST's (AIDS), são alguns exemplos dos “problemas” que continuam crescendo entre os adolescentes⁽⁷⁾.

Leininger, em sua teoria demonstra que a visualização do indivíduo como construtor de sua história e agente do processo educativo, através do qual ele vai continuamente se transformando torna-se essencial. Desta forma, o cuidado ao adolescente, valorizando os seus

saberes e buscando entender as práticas populares de cuidado que deles derivam, é fundamental para promover à sua saúde de forma construtiva, libertadora, dialógica, e deve possibilitar por meio da autonomia dos sujeitos o cuidado de si^(14,15).

Ainda segundo Leininger é primordial para o desenvolvimento das ações de saúde, se conhecer as diversidades culturais, comportamentos, valores, crenças, adequando os cuidados de acordo com as realidades dos indivíduos de forma a manter um cuidado satisfatório, ou reorganizar a prática de cuidado para resultado de saúde mais benéfico⁽¹⁴⁾.

Adolescente: protagonista na promoção à saúde.

A partir do momento que o adolescente compreende a sua vulnerabilidade, busca a mobilização não só para si próprio, como para seus pares, objetivando a mudança deste contexto. Neste sentido, sem qualquer receio, vão admitindo a importância da participação deles próprios para promover a sua saúde e, não se negam ao envolvimento em atividades dessa natureza.

“[...]já vai alertar, principalmente porque nos jovens, não temos muito interesse por essas coisas de saúde”. (Jennifer Lopez, 18 anos)

“[...] estudei, pesquisei coisas que nós vivemos no dia a dia e muitas vezes não tamos nem aí pra isso”. (Vanessa da Mata, 16 anos)

“A gente pode informar outros colegas sobre os riscos de determinados problemas [...] conscientizar eles” (Jay Z Carter, 18 anos)

Neste sentido, como o adolescente passa grande parte do seu tempo na escola, este espaço pode ser aproveitado tanto pelos profissionais da educação, como os da saúde, para trabalhar o processo de adolecer a partir da participação criativa e construtiva, na busca de solução para os problemas reais na escola, na comunidade e na vida social⁽⁷⁾.

O papel dos profissionais é proporcionar oportunidades, encorajamento e apoio para que os adolescentes se mobilizem, determinem suas próprias prioridades coletivas e atuem em prol da comunidade ou do problema que escolheram. A postura do profissional deve ser acolhedora no sentido de ouvir o adolescente sem julgamentos e com empatia, respeitar suas escolhas e não prescrever normas de comportamento^(7,11).

A atuação do adolescente como protagonista deve, ao mesmo tempo, tornar-se objetivo prioritário para os profissionais da saúde, pois a participação ativa e autônoma dos adolescentes no planejamento, na construção e execução das ações contribui para a

resolutividade e o impacto social das mesmas⁽⁸⁾. Neste sentido, eles reforçam a importância dos programas educativos radiofônicos, e enfatizam a relevância da participação tanto da comunidade como da escola neste processo, falando a mesma linguagem e criando espaços de reflexão, de temas de interesse para todos.

“[...] Acho que não só a escola vai ficar alertar, mas a gente também vai poder trazer coisas que a comunidade gostaria de trabalhar”. (Marjorie Estiano, 19 anos)

“Acho massa. A gente pode conhecer várias coisas, interagir mais entre a gente mesmo, e ver até onde podemos alcançar. E agora podemos ajudar a escola com a rádio”. (Will.i.am, 18 anos)

“Com os programas, vamos poder alertar as pessoas, vai ser muito bom, fazer isto junto, na escola” (Amy Lee, 17 anos)

Desta forma, pelos próprios relatos dos adolescentes, observa-se que é por meio da convivência cotidiana, caracterizada por um constante estar com os outros, nas experiências de vida, que o adolescente desenvolve as possibilidades para vir-a-ser, a fim de assumir com qualidades positivas, ou não, a sua existência. Dependendo do apoio que o adolescente recebe ao longo da vida, poderá ter condições de enfrentar às adversidades com maior ou menor segurança.

O protagonismo do adolescente é produto de decisão consciente e é o próprio adolescente que assume a responsabilidade pelos seus atos, mas, para isso sua participação em todo o processo precisa ser verdadeira, tanto a escola como os profissionais da saúde devem abrir espaços para esta ação criativa e transformadora da realidade social⁽²⁶⁾.

A atenção integral é fundamental nesta fase do adolecer, caracterizada por modificações não só biológicas, como também psicossociais, que necessitam de intervenções específicas e podem ser vivenciadas de diversas formas, sendo capaz de fragilizá-los, tornando-os vulneráveis a situações de risco, como relatadas pelos mesmos⁽⁵⁾. Neste contexto, as atividades de promoção da saúde direcionadas a este grupo considerando-o na sua totalidade, facilita a abordagem de vários problemas inerentes à vida do adolescente, como atividade sexual precoce, uso de drogas, violência urbana, entre outros^(7,8).

Leininger em sua Teoria orienta a compreensão do indivíduo em sua dimensão transcultural, considerar a pessoa nas diversidades do processo de viver e ser saudável. Reforça que a busca pela aproximação com o contexto sociocultural dos indivíduos investigados contribui para quebrar as barreiras da impessoalidade do profissional da saúde,

uma vez que, ao se aproximar dessa realidade, hábitos, valores, crenças, o profissional modifica o seu enfoque em relação ao indivíduo, tornando as ações dinâmicas, adequadas e personalizadas⁽¹⁵⁾.

É imperioso que a família, a escola e profissionais da saúde, que integram o universo das relações interpessoais dos adolescentes, compartilhem no sentido de contribuir para o desenvolvimento saudável dos mesmos, é necessário também, compreender a adolescência determinada e condicionada culturalmente, a partir de novo paradigma, ultrapassando o limite temporal, incorporando o conceito do adolescente como protagonista na construção do processo de vida pessoal e coletivo, da sua autonomia e responsabilidade social⁽²⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência vivenciada com os adolescentes, em meio à construção e execução dos programas educativos, enquanto profissional da saúde, ficou cada vez mais evidente a necessidade da adoção de práticas educativas de caráter dialógico, capazes de promover a participação ativa dos mesmos, para que estes se sintam protagonistas e corresponsáveis por sua saúde e melhoria de sua qualidade de vida.

Acredita-se que o objetivo proposto foi atingido, pois no decorrer da pesquisa tornou-se possível conhecer melhor o universo dos adolescentes participantes do estudo, permitindo reflexão sobre o cuidado de Enfermagem transcultural voltado para este grupo, no sentido de ter olhar mais cuidadoso para os principais espaços onde transitam os adolescentes, o que pode levar a melhor compreensão de suas necessidades e à organização de ações de promoção e educação em saúde, que os ajudará a transpor com mais segurança essa etapa tão intensa de suas vidas, uma vez, que possuem direito à saúde e a cidadania.

Destaca-se que o este cuidado na dimensão da estrutura social e cultural é determinante na construção do protagonismo do adolescente. Por isso, no contexto escolar, o enfermeiro, com o objetivo de aperfeiçoar e inovar as práticas do cuidado deve contemplar as diversas dimensões do ser humano, e valorizar as experiências de vida dos sujeitos por meio de estratégias de promoção à saúde como instrumento de transformação.

Ressalta-se, entretanto, que a efetividade dessas ações se reveste de grande desafio: deve ser acolhedora, promotora da cultura do autocuidado e estimuladora de protagonismo. Reafirma-se o valor do trabalho com a população adolescente, na medida em que se promovam e incentivem condições e atitudes favoráveis à adoção e ao desenvolvimento de formas alternativas e flexíveis de se repensar as relações entre a instituição escolar, a

comunidade e a família, com o intento da melhoria da qualidade de vida para todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
2. Estatuto da Criança e do Adolescente. Centro de Documentação e Informação. Cedi. Coordenação Edições Câmara – Coedi. Brasília (DF): 2010
3. Ministério da Saúde (Brasil). Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
4. Salvo CGD. Práticas educativas parentais e comportamento de proteção e risco à saúde em adolescentes. *Adolesc Saude*. [internet]. 2013[acesso em 10 ago 2013];10(2):73-5. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=373
5. Jesus FB, Lima FCA, Martins CBG, Matos KF, Souza SPS. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. *Rev Gaúcha Enferm*. [internet]. 2011[acesso em 14 ago 2013];32(2):359-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200021&script=sci_arttext
6. Murphy CFB et al. Auditory processing in children and adolescents in situations of risk and vulnerability. *Sao Paulo Med. J*. [internet]. 2012[acesso em 14 ago 2013];130(3):151-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802012000300004
7. Matias EO, Souza CNS, Neves CS, Carneiro JL, Brito LMS, Melo KM, et al. Estratégia educativa como tecnologia facilitadora para promoção da saúde do adolescente no âmbito escolar. *AdolescSaude*. [internet]. 2013[citado 20 ago 2013];10(2):7-14. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=363&idioma=Espanhol
8. Moraes NA, et al. Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. *Psicol. Soc*. 2010; 22(3): 507-518
9. Rodrigues MGS, Cosentino, SF, Rosseto, M, Maia, Km, Pautz, M, Silva, VC. Oficinas educativas em sexualidade do adolescente: a escola como cenário. *Enfermeria Global*, n. 20, 2010.
10. Petroni, AP, Souza, VLT. As relações na escola e a construção da autonomia: um estudo da perspectiva da psicologia. *Psicologia & Sociedade*. 2010; 22(2): 355-64
11. Backes VMS, Lino MM, Prado ML, Reibnitz KS, Canaver BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(6): 858-65
12. Mariano MR, Pinheiro AKB, Aquino PS, Ximenes LB, Pagliuca LMF. Jogo educativo na promoção da saúde de adolescentes: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.*

[Internet]. 2013 jan/mar [acesso em 2012 ago 22];15(1):265-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.17814>. doi: 10.5216/ree.v15i1.17814.

13. Silveira, RS, Martins, CR, Lunardi, VL, Filho, WDL. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(3):442-6
14. Leininger, MM, McFarland, MR. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.* Toronto/Canadá: Jones and Bartlett Publishers Canada 2ª ed, 2006.
15. Leininger, MM. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing.* New York: National League for Nursing Press, 2ª ed, 2002. 432p
16. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.* 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
17. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(3):621-26
18. Jinez LJ, Souza JRM, Pillon SC. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. *Rev Latino- Am Enfermagem.* 2009; 17:246-52.
19. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Youth Risk Behavior Survey System (YRBSS). Trends in behaviors that contribute to violence. National YRBS: 1991-2007. Atlanta: CDC [Internet] 2008 [acesso em 2013 out 05]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/yrbss>
20. Macedo RMA, Bomfim MCA. Violências na escola. *Rev Diálogo Educ* 2009; 9(28): 605-18.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE Rio de Janeiro:IBGE. [internet]. 2012 [acesso em 2013 fev 20]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf
22. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD; 2009.
23. Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *J Adolesc Health.* 2008; 43: 157–164.
24. Büchele F, Coelho EBS, Lindner SR. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009; 14(1): 267-73.
25. Moraes SP, Vitale MSS. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. *Rev Assoc Med Bras.* 2012; 58(1): 48-52.
26. Gomes CN, Horta NC. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. *Rev APS* 2010; 13:486-99

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa encontrou nas bases de dados selecionadas, para a Revisão Integrativa, seis estudos sobre o uso de tecnologias educacionais na perspectiva de promover a saúde do adolescente na escola. Este fato reforçou a necessidade da realização desta pesquisa, bem como de novos estudos, especialmente com o público adolescente, com alto nível de evidência para que fortaleça o vínculo entre os profissionais da educação e da saúde, proporcionando atendimento qualificado ao adolescente.

No desenvolvimento do Artigo Original, a opção pelo uso da Teoria transcultural e seu modelo conceitual – teórico *Sunrise Enabler* favoreceu a aproximação com os adolescentes, o que se tornou importante no sentido de proporcionar a valorização de suas subjetividades e experiências de vida. O estudo possibilitou, por meio da Teoria Transcultural, conhecer parte da dimensão sociocultural que permeia o universo do adolescente, abrindo possibilidades para o desenvolvimento e reflexão sobre as formas de cuidar congruentes a esse grupo da população, como também o incentivo ao ensino e a pesquisas congêneres, visto que foi revelada seis estudos anteriores sobre o protagonismo do adolescente na perspectiva da promoção à saúde para cuidado de Enfermagem transcultural.

Com o presente estudo espera-se contribuir para despertar no profissional da saúde, o cuidado cultural direcionado aos adolescentes, e para isto, compete ao Enfermeiro buscar a sua inserção na escola e comunidade, na perspectiva de conhecer o contexto em que cada adolescente está inserido objetivando o acolhimento e escuta qualificada a este grupo que demandam esse cuidar de qualidade.

Para tal, e tendo como focos centrais a busca pela congruência deste cuidado prestado pelo enfermeiro aos adolescentes, foram elaboradas algumas sugestões:

- Capacitar os enfermeiros da Atenção Básica, objetivando o desenvolvimento deste cuidado congruente;
- Implantar Grupos de Adolescentes nas áreas de atuação da Atenção Básica por meio de atividades educativas que envolvam os adolescentes em seu próprio meio, favorecendo o conhecimento, discutindo dúvidas e enfatizando a relevância de se cuidarem, para que tenham adolescência saudável estabelecida com base nos aspectos socioculturais;
- Fortalecer o Programa Saúde na Escola, promovendo a integração saúde-educação – família, como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;

- Estabelecer parcerias com outras instituições, igrejas, associações, organizações sociais, por meio da rádio, que favoreçam o desenvolvimento desse cuidado congruente, elaborando estratégias conjuntas com vistas à promoção da saúde dos adolescentes;
- Buscar junto aos adolescentes e família, meios alternativos de convivência com as condições de conflito e violência existentes no bairro e comunidade, procurando redefinir valores e padrões de comportamento;
- Levar os adolescentes a refletirem sobre os comportamentos de risco por meio de atividades lúdicas com a colaboração da escola e dos outros segmentos da comunidade;
- Proporcionar debates sobre temas de interesse dos adolescentes por meio de palestras, gincanas, jogos, dentro dos espaços sociais da comunidade;
- Favorecer, por meio de planejamento, conjunto de ações para que os adolescentes sejam protagonistas e responsáveis no sentido de adotarem comportamentos saudáveis;
- Compartilhar com os professores das escolas da comunidade as experiências exitosas com os adolescentes, estimulando-os a participar deste processo;

Ressalta-se ainda que, este estudo não finaliza a abordagem sobre esta temática, visto que esta pesquisa ainda permite, além das reflexões feitas, instigar a possibilidade de novas investigações, num universo ainda com espaços a serem desvelados, com mais profundidade do que até então foi possível.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
3. Fernandes EC. Promoção e atenção à saúde do adolescente e do jovem – Programa Saúde do Adolescente (PROSAD). In: Araujo EC, organizador. Aspectos psicossociais e físicos da saúde dos adolescentes: uma visão multidisciplinar. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2010. p. 11-26.
4. Davim RMB, Germano RM, Menezes RMV, Carlos DJD. Adolescente/Adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. Rev Rene. [internet]. 2009 [acesso em 2012 set 20];10(2):131-40. Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/500/pdf>
5. Brêtas JRS. Vulnerabilidade e adolescência. Rev. Soc. Bras. Enferm. Pediatr.[internet]. 2010 [acesso em 2012 set 22];10(2):89-6. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_423-430_.pdf
6. Andrade DWP, Prazeres AS, Santos AAAP, Silva BDD, Leonardos CS, Machado CAF, Lima DSMF, Soares DA, Martins DLD, Junqueira HS, Gonçalves C. Adolescência: pane no sistema- configurando Responsabilidade. Rev. Adolesc. Saude. [internet]. 2011[acesso em 2012 set 23];8(1):35-42. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=263
7. Organização Mundial de Saúde (OMS). **Carta de Ottawa**, aprovada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986 [Acesso em 2012 abr 16]. Disponível em: <www.saude.gov.br/programas/promoçãoalma.htm>.
8. Araujo EDS, Santos AJ, Blank N. Aspectos psicossociais de adolescentes de escolas públicas de Florianópolis/SC. Rev. bras. crescimento desenvolvimento Hum. São Paulo, 2009 Ago; 19(2). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/19912/21989>
9. Gubert FA, Santos ACL, Aragão KA, Pereira DCR, Vieira NFC, Pinheiro PNC. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. Rev. Eletr. Enf. [internet]. 2009 [acesso em 2012 out 5];11(1):165-72. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a21.pdf>
10. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Marco teórico e referencial. Saúde sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Série B Textos Básicos de Saúde. Brasília. 2007;57.

11. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, nº. 24. Saúde na Escola. Brasília, 2009.
12. Ryan KM. Health promotion of faculty and staff: the school nurse's role Mount Carmel Area Elementary School, Mount Carmel, PA, USA. *J Sch Nurs*; 2008 Aug; 24(4):183-9.
13. Lacerda ABM, Soares VMN, Gonçalves CGO, Lopes FC, Testoni R. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. *Audiol., Commun. Res.* [Internet]. 2013 [acesso em 2013 nov 5]; 18(2):85-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312013000200006>.
14. Rocha FAA, Silva MAM, Moreira ACA, Ferreira AGN, Martins KMC. Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. *Adolesc. Saúde.* [internet]. 2012 [acesso em 2013 fev 10];9(2):7-13. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=310
15. Andrade EA, Bógus CM. Public policies targeted at youth and health promotion: how the proposal for youth auxiliaries has been translated into practice. *Interface Comunic Saúde Educ.* [internet]. 2010 [acesso em 2012 set 13];35(14):853-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000400011&script=sci_arttext
16. Heidemann M. Adolescência e saúde: uma visão preventiva. Rio de Janeiro: Vozes; 2006.
17. Silva JGE, Gurgel AA, Frota MA, Vieira LJES, Valdés MTM. Promoção da saúde: possibilidades de superação das desigualdades sociais. *Rev. Enfermagem (UERJ)* 2008; 16(3):421-25;
18. Raúl CL; Jesús CCL. Eficacia del programa de habilidades para la vida en adolescentes escolares de Huancavelica, Perú/ Determining the efficacy of a high-school life-skills' programme in Huancavelica, *Rev Salud Publica (Peru)*; 2009 Abr;11(2):169-81.
19. Braga CG. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano *Rev. Esc. Enf. USP.* [internet]. 1997 Dez [acesso em 2013 out 13];31(3):498-516. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/394.pdf>.
20. Leininger MM, Mcfarland MR. Culture care diversity and universality: worldwide nursing Theory. Toronto/Canadá: Jones and Bartlett Publishers Canada 2ª ed, 2006;413.
21. Silveira RS, Martins CR, Lunardi VL, Filho WDL. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. *Rev. Bras. Enferm.* [internet]. 2009 [acesso em 2012 ago 23]; 62(3):442-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300017

22. Melanie M, Wills EM. Bases Teóricas para a Enfermagem. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009
23. Houaiss A. Minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro. Editora Objetiva, 2001.
24. Eisenstein, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc. Saude.* 2005;2(2):6-7
25. Ariès P. História Social da Criança e da Família. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006
26. Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silvares EFM. Adolescência através dos séculos. *Psicol. Teor. Pesq.* 2010;26(2):227-34
27. Traverso-Yépez MA, Pinheiro VS. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psic. Social.* 2002;14(2): 133-47
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Rio de Janeiro, 2010 [acesso em 2013 ago 14]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>>.
29. ABEn. Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher / Associação Brasileira de Enfermagem / Ministério da Saúde, Brasília: ABEn, 2001*
30. Jesus FB, Lima FCA, Martins CBG, Matos KF, Souza SPS. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(2): 359-67.
31. Cabral FB, Oliveira, DLLC. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. *Rev. esc. enferm. USP.* 2010; 44(2): 368-75.
32. Ferreira RA, Ferriani MGC, Mello DF, Carvalho IP, Cano MA, Oliveira LA. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. *Cad. Saúde Pública.* Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 Fev [acesso em 2013 ago 05];28(2):313-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200010>.
33. Murphy CFB, Pontes F, Stivanin L, Picoli E, Schochat E. Auditory processing in children and adolescents in situations of risk and vulnerability. *Sao Paulo Med. J.* [Internet]. 2012 [acesso em 2013 fev 4]; 130(3):151-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802012000300004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802012000300004>.
34. Ayres, JRCM et al. Riscos, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, GWS et al., organizadores. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: FioCruz, 2006. p.375-417. [acesso em 2013 nov 20]

- Disponível em:
http://sesi.webensino.com.br/sistema/webensino/aulas/12442_1777/risco_vul.pdf
35. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2007 abr [acesso em 2013 nov 22];12(2):319-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>.
 36. Cedaro JJ, Vilas Boas LMS, Martins RM. Adolescência e sexualidade: um estudo exploratório em uma escola de Porto Velho - RO. *Psicol. cienc. prof.* 2012; 32(2): 320-39.
 37. Paiva V, Ayres JRMC, Segurado AC, Lacerda R, Silva NG, Silva MH et al A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. *Ciênc. saúde coletiva*. [serial on the Internet]. 2011 out [acesso em 2013 ago 13];16(10):4199-4210. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100025>
 38. Murakami JK, Petrilli Filho JF, Telles Filho PCP. Talking about sexuality, STI and AIDS with poor adolescents. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007; 15(1): 864-866.
 39. Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(2): 661-670.
 40. Silva KS, Rozenberg R, Bonan C, Chuva VCC, Costa SF, Gomes MASM. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2011 Mai [acesso em 2012 out 13]; 16(5):2485-2493. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500018>.
 41. Pinheiro, et.al. A influência das crenças e valores culturais no comportamento sexual dos adolescentes do sexo masculino. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun;18(2): 247-51
 42. Silveira RS, Martins, CR, Lunardi VL, Filho, WDL. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(3):442-6.
 43. Oriá MOB, Ximenes Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. *Online Braz J Nurs (OBJN-ISSN 1676-4285)*. 2005 [acesso em 18 set. 2013];4(2). Disponível em:www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm

44. Reato LFN, Picanço MRA. Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência. In: Lopes FA, Campos JR, D. Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri (SP): Manole, 2007. Seção 9, capítulo 3.
45. LB, Alves MDS. Madeleine ABEn. Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn / Governo Federal, 2000.
46. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente. Lei Federal 8.069/1990. Brasília (DF): 2007.
47. Ministério da Saúde (Brasil), Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional, Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
48. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 10 mai 2013.
49. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. *Programa Saúde do Adolescente* (PROSAD), Portaria 980 de 12/12/1989. Bases Programáticas. 2ª Edição. Brasília; Ministério da Saúde, 1996.
50. Brasil. PROSAD (Programa Saúde do Adolescente). Bases Programáticas, 1996a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf. Acesso em: 31 mai 2013.
51. Brasil. Programa Saúde na Escola. O que foi feito, 2010. Disponível em: http://gestao2010.mec.gov.br/o_que_foifeito/program_49.php. Acesso em: 05 jul. 2013.
52. Brasil. Programa Saúde na Escola. Tecendo caminhos da intersetorialidade, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf. Acesso em: 30 jul. 2013.
53. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2012 [acesso em 2013 ago 22] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf
54. Brasil. República Federativa. Decreto presidencial Nº. 6.286, de 05 de dezembro de 2007 que cria o Programa Nacional de Saúde na Escola. Brasília, DF. Diário Oficial da União, Seção 2, p. 02, 06 de dezembro de 2007.
55. Ferreira MA. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado- educação. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2006 Jun [acesso em 2012 nov 22]; 15(2):205-211. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200003>.

56. Oliveira HM, Gonçalves MJF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2004 Dez [acesso em 2012 nov 25];57(6):761-763. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600028&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000600028>.
57. Backes VMS, Lino MM, Prado ML, Reibnitz KS, Canaver BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2008 Dez [acesso em 2012 dez 12]; 61(6):858-865. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000600011>.
58. Zeck W, Bjelic-Radisic V, Haas J, Greimel E. Impact of adolescent pregnancy on the future life of young mothers in terms of social, familial, and educational changes. *J. Adolesc. Health.* 2007;41:380-8. PubMed. PMID:17875464
59. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987
60. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996
61. Buss PM. Uma introdução ao conceito de saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.
62. Organização Mundial de Saúde (OMS). *As metas da saúde para todos: Metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde. 1985.
63. Alves ED, Arratia A, Silva DMGV. Perspectiva histórica e conceitual da promoção da saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, 1996; jul-dez;1(2): 2-7
64. Lalonde MA. *New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Government of Canada, 1974. (ISBN 0-662-50019-9).
65. Carvalho SR. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2004 Set [acesso em 2012 ago 12]; 9(3):669-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300018>.
66. Organização Mundial de Saúde. (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. A Declaração de Alma-Ata*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
67. Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Lisboa: DGS. Divisão de Educação para a Saúde [acesso em 2012 mai 10]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>
68. Ferraz ST. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. *Revista de Administração Pública*, 2013;32(2):49-60.

69. Rocha DG, Marcelo VC, Pereira IMTB. Escola promotora da saúde: uma construção interdisciplinar e intersetorial. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [internet]. 2007, vol.17, n.3 [acesso em 2012 nov 12], pp. 123-33. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041282200700030013&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-1282.
70. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 Jun [acesso em 2012 nov 12]; 22(6):1335-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2006000600022>.
71. Ministério da Saúde (Brasil). Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p.272 (Série Promoção da Saúde; nº 6), 2006.
72. Ministério da Saúde (Brasil). A promoção da saúde no contexto escolar. Rev. Saúde Pública. [periódico na Internet]. 2002 Ago [acesso em 2012 nov 13]; 36(4):533-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400022&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400022>.
73. Gurgel MGI. Prevenção da gravidez na adolescência: atuação da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde. [Dissertação] Faculdade de enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
74. Oliveira TC, Carvalho LP, Silva MA. O Enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Rev Bras Enfermagem, Brasília. 2008; maio-jun; 61(3): 306-11
75. Sousa LB, Barroso MGT. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm, 2008 [acesso em 2012 ago 2];12(1):150-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a23.pdf>
76. Boehs AE. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da Teoria de M. Leininger. Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão. 2002 [acesso em 2013 set 18];10(1):90-6. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000100014&lng=pt&nrm=iso>.
77. Monticelli M, et al. Aplicações da Teoria Transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. Texto contexto – enferm. Florianópolis. 2010;19(2). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 set. 2013.
78. Leininger MM. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New york: National League for Nursing Press, 2ª ed, 2002; p.432.

79. Leininger MM. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, United States, 2002 [acesso em 2013 ago 20];13(3):189-92. Disponível em: <<http://tcn.sagepub.com>.>
80. Budó MLD, Saupe R. Modos de Cuidar em comunidades Rurais: a Cultura permeando o Cuidado de Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2005, Abr/Jun, 14(2): 177-185. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 Out 2013.
81. Sousa LB, Pinheiro AKB, Pagluica LMF. Da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural à Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis. *Rev.enferm. UERJ*, 2009;17(3): 321-25.
82. Sousa LB, Pinheiro AKB, Barroso MGT. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 Dez [acesso em 2013 nov 12]; 42(4):737-743. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400017>.
83. Souza MT, Silva MD, Cravalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. [internet]. 2010 [acesso em 2012 abr 10];8(1):102-6. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf
84. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. [Internet]. 2008 [acesso em 2012 set 10];17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
85. Milton Keynes Primary Care Trust. Critical Appraisal Skills Programme. [internet]. 2002 [acesso em 2012 nov 20]. Disponível em: <http://www.casp-uk.net/about-casp/>
86. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(3):621-26.
87. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: [citado 15 nov 2013]. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/perfil-dos-bairros/rpa-3/casa-amarela/>
88. Brasil. Resolução nº 196, 1996b. [acesso em 2012 jul 21]. Disponível em: <<http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/Arquivos2010/Pesquisa/Resolucao196-96.pdf>>.
89. Brasil. Resolução nº 466/12. [acesso em 2013 set 20]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

APÊNDICES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**Modo de vida, dimensões culturais e estrutura social conforme Modelo
Sunrise de M. Leininger**

Data da coleta: ____/____/____

Identificação (Pseudônimo):

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Religião:

Procedência:

Questão:

1. Fale-me como você se vê promovendo a sua saúde e a saúde de seus colegas, por meio da rádio?



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DIRIGIDO AOS RESPONSÁVEIS**

O/A adolescente pelo/a qual o/a senhor (a) é responsável esta sendo convidado/a a participar da pesquisa: **Adolescente protagonista da promoção à saúde**, que está relacionada à promoção à saúde do Adolescente.

Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Andreza Rodrigues Silva**, com endereço: **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico - Área: Educação em Saúde). Departamento de Enfermagem/ Centro de Ciências da saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). End.: Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária – Recife/ PE. CEP: 50670.901, Telefone: (081) 96332598; e-mail: dezars12@hotmail.com**, e está sob a orientação de: Orientadora Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, no telefone: (081) 9904-6684.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que seu/sua filho(a) faça parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa nem o (a) Sr.(a) ou o (a) seu/suas filho (a) serão penalizados (as) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da participação dele (a) a qualquer tempo, sem qualquer penalidade. Em caso de dúvida entrar em contato com a pesquisadora responsável e/ou com a Coordenação do Mestrado Acadêmico no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

O objetivo principal desta pesquisa é compreender a percepção do adolescente como promotor da saúde. Na etapa inicial da pesquisa o adolescente será observado durante sua participação na construção e execução das Oficinas. Após a quinta oficina será necessário à realização de entrevista que, se consentida pelo adolescente, será gravada, mas garantimos que o anonimato do adolescente será preservado e as informações serão sigilosas e utilizadas somente para fins da pesquisa. As entrevistas serão realizadas em locais reservados e individualmente. A pesquisadora responsável se comprometerá junto à orientadora da pesquisa a manter armazenado o material produzido, guardando-o em local seguro, na sala de Saúde Pública (sala 19) no Departamento de Enfermagem da UFPE, no endereço acima, por cinco (5) anos e resguardando o direito dos participantes de autonomia, bem como sua privacidade. Após prazo estabelecido o material será incinerado.

A colaboração do adolescente neste estudo é voluntária, ele não é obrigado a participar, tendo a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento.

A pesquisa terá risco mínimo, como possível constrangimento no que diz respeito às vivências do cotidiano. Para minimizar tal constrangimento as entrevistas serão realizadas em local reservado garantindo a privacidade do adolescente. A participação do adolescente nesta pesquisa será muito importante porque se acredita que possa contribuir para o

fortalecimento da autonomia, na construção de ações educativas vinculadas ao contexto cultural o qual estão inseridos favorecendo o processo de saúde – cuidar.

O (a) senhor (a) não pagará nada para o (a) seu/sua filho (a) participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de despesas). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Os resultados desta pesquisa serão utilizados exclusivamente para trabalhos acadêmicos, dissertação de mestrado, trabalhos para apresentação em eventos científicos e publicação em revista científica, garantindo que ninguém identificará os nomes dos adolescentes.

Garantimos esclarecer qualquer dúvida acerca da pesquisa e de sua participação através do contato: Andreza Rodrigues, no telefone (081) 96332598, ou com a Orientadora Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, no telefone: (081) 9904-6684.

Em caso da dúvida quanto aos aspectos éticos você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE pelo telefone/fax (081) 2126-8588., ou endereço: Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, 50740 – 600, Recife / PE.

Assinatura da Pesquisadora

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DA CRIANÇA (OU DO MENOR DE IDADE)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável pelo (a) menor _____, autorizo a sua participação no estudo **Adolescente protagonista da promoção à saúde**, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo para mim ou para meu/minha filho (a).

Recife, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do (da) responsável: _____

Assinatura do (da) menor (opcional): _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. (duas testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: Assinatura	Nome; Assinatura:
---------------------	----------------------



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO AOS
MAIORES DE 18 ANOS**

Convidamos você para participar, como voluntário (a), da pesquisa **Adolescente protagonista da promoção à saúde**. Esta pesquisa que está relacionada à promoção à saúde do adolescente é da responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Andreza Rodrigues Silva**, com endereço: **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico - Área: Educação em Saúde). Departamento de Enfermagem/ Centro de Ciências da saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). End.: Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária – Recife/ PE. CEP: 50670.901, Telefone: (081) 96332598; e-mail: dezars12@hotmail.com**, e está sob a orientação de: Orientadora Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, no telefone: (081) 9904-6684.

Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso aceitar a participação, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua, a outra da pesquisadora responsável. Caso não queira participar não haverá penalização. Em caso de dúvida entrar em contato com a pesquisadora responsável e/ou com a Coordenação do Mestrado Acadêmico no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

O objetivo principal desta pesquisa é compreender a percepção do adolescente como promotor da saúde. Na etapa inicial observaremos sua participação na construção e execução das oficinas de rádio. Após a quinta oficina será necessário à realização de uma entrevista que, se consentida, será gravada, mas garantimos que o seu anonimato será preservado e as informações serão sigilosas e utilizadas somente para fins da pesquisa. As entrevistas serão realizadas em locais reservados e individualmente. A pesquisadora responsável se comprometerá junto à orientadora da pesquisa a manter armazenado o material produzido, guardando-o em local seguro, na sala de Saúde Pública (sala 19) no Departamento de Enfermagem da UFPE, endereço acima, por cinco (5) anos e resguardando o direito dos participantes de autonomia, bem como sua privacidade. Após prazo estabelecido o material será incinerado.

A sua participação neste estudo é voluntária, você não é obrigado a participar, tendo a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento.

A pesquisa terá risco mínimo, como possível constrangimento no que diz respeito as suas vivências do cotidiano. Para minimizar tal constrangimento as entrevistas serão realizadas em local reservado garantindo a sua privacidade. A sua participação nesta pesquisa será muito importante porque se acredita que possa contribuir para o fortalecimento da autonomia, na construção de ações educativas vinculadas ao contexto cultural o qual estão inseridos para favorecer ao processo de saúde – cuidar.

Os resultados desta pesquisa serão utilizados exclusivamente para trabalhos acadêmicos, dissertação de mestrado, trabalhos para apresentação em eventos científicos e publicação em revista científica, garantindo que ninguém identificará os sua identidade.

Garantimos esclarecer qualquer dúvida acerca da pesquisa e de sua participação através do contato: Andreza Rodrigues, no telefone (081) 96332598, ou com a Orientadora Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, no telefone: (081) 9904-6684.

Em caso da dúvida quanto aos aspectos éticos você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE pelo telefone/fax (081) 2126-8588., ou endereço: Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, 50740 – 600, Recife / PE.

(assinatura do pesquisador)

ASSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo **Adolescente protagonista da promoção à saúde**, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar. (duas testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome da testemunha

Assinatura da testemunha

Nome da testemunha

Assinatura da testemunha

ANEXOS

ANEXO A



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem, sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original. Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês. Na Revista podem ser publicados artigos escritos por outros especialistas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Quando do aceite do trabalho, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para realizar a sua inserção. Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão de Editoração. A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de decidir quanto a alterações e correções. Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão enviar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (disponível em: "Sobre" > "Políticas" > "Modelo de Declaração de Responsabilidade"), e seguir as orientações de envio da Revista. (especificação das áreas de interesse da publicação, e outros assuntos que publica, especificação do público da revista, etc). Os manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e indicar o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa. A Revista apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas. Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são

completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros e outros que possam influenciar seu trabalho. Relatos de procedimento de avaliação: Os artigos enviados serão primeiramente analisados pela Comissão de Editoração em relação à adequação à linha editorial e às normas da revista. A decisão desta análise será comunicada aos autores. Posteriormente a avaliação do artigo é realizada por pares de consultores, membros do Conselho Editorial ou Ad-Hoc, convidados pela Comissão de Editoração. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor. Os pareceres são apreciados pela Comissão de Editoração que emite o parecer final, ou no caso de divergência entre os pareceres, solicita um terceiro parecer. O artigo encaminhado aos autores para reformulação deverá retornar ao Conselho Editorial no prazo máximo de 30 dias. Fora desse prazo será considerada nova submissão. Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações. O autor, identificando a necessidade de solicitar uma errata, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível distribuição.

Forma e preparação de manuscritos

A Revista publica artigos nas seguintes seções: Editorial: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo; Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Deve obedecer a seguinte estrutura: Introdução deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo. Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os resultados devem ser descritos em seqüência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de 4.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 20 referências no máximo); **Artigos de revisão sistemática e revisão integrativa** da literatura: compreende avaliação da literatura sobre determinado assunto. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os

dados e conclusões. Devem obedecer ao limite de 5.000 palavras no total do artigo. (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências). Artigos de reflexão: formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de 2.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 15 referências no máximo); Relatos de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Devem obedecer ao limite de 2.000 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 15 referências no máximo); Comunicações breves: estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. A apresentação pode acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais. Devem obedecer ao limite de 1.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 10 referências no máximo); Resenhas: análise crítica de obras recentemente publicadas (últimos 12 meses). Não devem exceder a 500 palavras no total da análise; Cartas ao editor: poderão ser enviadas contendo comentários e reflexões a respeito de material publicado. Serão publicadas a critério da Comissão Editorial. Não devem exceder a 300 palavras no total. Referências: devem ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utilizando lista numerada no final do trabalho, deve ser composta por todas as obras citadas no texto, na ordem de ocorrência, conforme a norma de Vancouver, não gerando mais de um número para a mesma obra. Indicar prenomes dos autores abreviados. Ilustrações: poderão ser incluídas até quatro (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir: - gráficos e quadros devem ser numerados consecutivamente com algarismos arábicos. Apresentar o título (que identifique o assunto) logo abaixo dos mesmos e conter localização geográfica, fonte e período/data de abrangência dos dados; Diretrizes para autores. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):804-7.806 - tabelas devem ser utilizadas quando o dado numérico se destaca como informação central. Devem ser numeradas consecutivamente, inclusive as de anexo, quando houver, com algarismos arábicos, encabeçadas por seu título (que deverá identificar o assunto), e contendo localização geográfica e período/data de abrangência dos dados. As tabelas devem conter todos os dados que permitam sua compreensão, com explicações sobre símbolos e abreviaturas. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. A fonte dos dados deve ser mencionada logo abaixo da tabela; demais ilustrações tais como fotografias, desenhos, etc., devem ser escaneadas com resolução igual

ou acima de 300 dpi, enviadas como figura, citadas como figura, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, e com o título abaixo da mesma. As ilustrações devem permitir uma perfeita reprodução, obedecendo a normas de desenho para fins de enquadramento nas colunas da Revista; Símbolos, abreviaturas e siglas: devem ser explicitados na primeira vez em que forem mencionados. Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo; Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras. Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

Envio de manuscritos

A submissão dos artigos é online no site: <http://www.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem>. O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados.

ANEXO B – INSTRUÇÃO PARA AUTORES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - REBEN

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), órgão oficial de publicação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Sua missão é divulgar a produção científica de diferentes áreas do saber que sejam do interesse da Enfermagem. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. Além de seis números regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional.

A REBEn adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo *Vancouver*, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REBEn, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da REBEn, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do(a) Editor(a) Científico(a) da Revista.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 196/1996, o(s) autor(es) deve(m) mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no texto a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

A REBEn adota a exigência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados pelas duas organizações (OMS e ICMJE). O número do registro do ensaio clínico

deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação. Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

Editorial – Texto opinativo sobre assunto de interesse para o momento histórico, com possível repercussão na prática profissional. Pode conter até duas (2) páginas, incluindo referências, quando houver.

Pesquisa – Divulgação de pesquisa original e inédita, cujos resultados corroboram conhecimento disponível na área, ou ampliam o conhecimento da Enfermagem e/ou da Saúde sobre o objeto da investigação. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de quinze (15) páginas, incluindo resumos e referências.

Revisão – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de vinte (20) páginas, incluindo resumos e referências.

Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de dez (10) páginas, incluindo resumos e referências.

Relato de Experiência – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de dez (10) páginas, incluindo resumos e referências.

Eventualmente, poderão ser publicados ainda: Entrevista (máximo de 3 páginas) com personalidade da Enfermagem e/ou da Saúde; manuscrito de Autor convidado (máximo de 15 páginas, incluindo resumos e referências); Carta ao Editor (1 página); e Resenha de obra

contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn (máximo de 2 páginas, incluindo referências, se houver).

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão à REBEn deverão ser digitados em arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5)]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5)]. Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la. As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos. As ilustrações (tabelas, quadros e figuras – fotografias, desenhos, gráficos, etc.), serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco (5). O(s) autor(es) do manuscrito submetido à REBEn deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

Estrutura do texto

É recomendável que os artigos de Pesquisa e de Revisão sigam a estrutura convencional: Introdução, Revisão da Literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusões, sendo necessário, às vezes, incluir subtítulos em alguma(s) dessas seções. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente. Independentemente da categoria, os manuscritos devem conter, na ordem seguinte:

a) Página de identificação

É a primeira página do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (máximo de 15 palavras) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano.

b) Resumo e Descritores

O resumo e os descritores iniciam uma nova página (a segunda). Independente da categoria do manuscrito, o Resumo deverá conter, no máximo, 150 palavras. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, bem como os aspectos novos e mais importantes do estudo. O Resumo em português deverá estar acompanhado das versões em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores, *key words* e *palabras clave*. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os *Descritores em Ciências da Saúde - DeCS* (<http://decs.bvs.br>).

c) Corpo do texto

O corpo do texto inicia nova página (a terceira), em que não devem constar o título do manuscrito ou o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. A REBEn não utiliza o sistema de numeração progressiva das diferentes seções que compõem o corpo do texto do manuscrito.

e) Agradecimentos (opcional)

Os agradecimentos, quando houver, devem ser colocados antes da lista de referências. O(s) autor(es) deve(m) explicitar, além do(s) nome(s) da(s) pessoa(s), a razão para os agradecimentos. É recomendável que a(s) pessoa(s) seja(m) informada(s) dos agradecimentos que estão sendo feitos a ela(s), e que se obtenha a concordância para inclusão de seu nome nessa seção do manuscrito.

f) Referências

O número de referências no manuscrito deve ser limitado a vinte (20), exceto nos artigos de Revisão. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine* – NLM), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

PROCESSO DE SUBMISSÃO E AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS

A REBEn adota o sistema eletrônico de submissão e gerenciamento do processo de editoração. Os manuscritos são submetidos por meio da URL <<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link *Submissão Online*. Ao submeter o manuscrito, o autor responsável pela submissão deverá firmar eletronicamente, em seu nome e, quando houver, no dos coautores, que o manuscrito não está sendo submetido paralelamente a outro periódico e que, caso seja aceito, concorda com a transferência de direitos autorais para a REBEn. Este procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e de Transferência de Direitos Autorais. A confiança na Comissão de Publicação e no Conselho Editorial, e a credibilidade dos artigos publicados na REBEn dependem, em parte, do modo como possíveis conflitos de interesse são administrados durante os processos de elaboração e submissão do manuscrito, de revisão

por pares e de decisão editorial. Há conflito de interesse quando o(s) autor(es) e/ou a Instituição a que pertence(m), o avaliador ou o editor mantêm relações financeiras ou pessoais que influenciam de forma inadequada suas ações. Essas relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses concorrentes ou lealdades concorrentes, e podem ser mínimas, insignificantes, ou com potencial expressivo para influenciar as ações individuais ou grupais.

A REBEn, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. O(a) Editor(a) Científico(a) e os Editores Associados da REBEn evitarão indicar revisores externos que possam ter algum conflito de interesse com o(s) autor(es) do manuscrito, a exemplo daqueles que trabalham no mesmo Departamento ou Instituição do(s) autor(es). Por seu turno, os revisores externos, estando cômnicos de relações financeiras ou pessoais que possam influir sobre suas opiniões sobre o manuscrito, devem abster-se de avaliar aqueles em que haja conflito de interesse evidente.

Para iniciar o processo de submissão o autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código alfanumérico (Exemplo: REBEN-0001). O autor responsável pela submissão, e todos os coautores, quando for o caso, receberão uma mensagem confirmando a submissão e a ID do manuscrito, para que possam acompanhar sua tramitação nas etapas do processo editorial. Inicialmente, avalia-se o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores entre os *Descritores em Ciências da Saúde – DeCS*; e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores. Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double blind review*), com que se busca garantir o anonimato do(s) autor(es) e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito *aceito*, *rejeitado* ou, ainda, que *requer revisões*, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos

pelos avaliadores são apreciados pelo(a) Editor(a) Científico(a), e um parecer final é, então, enviado para o(s) autor(es).

ANEXO C

Instrumento de avaliação do rigor metodológico de pesquisas selecionadas. (CASP)

Questões	Considerações	
1) O objetivo está claro e justificado?	() Explícita objetivo () Explícita relevância do estudo Comentários:	() Sim () Não
2) Há adequação do desenho metodológico?	() Há coerência entre os objetivos e o desenho metodológico Comentários:	() Sim () Não
3) Os procedimentos teórico-metodológicos são apresentados e discutidos?	() Há justificativa de escolha do referencial, método () Explícita os procedimentos metodológicos Comentários:	() Sim () Não
4) A amostra do estudo foi selecionada adequadamente?	() Explícita os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra de estudo Comentários:	() Sim () Não
5) A coleta de dados está detalhada?	() Explícita a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) () Explícita o uso de instrumentos de coleta (questionário, formulário, ...) Comentários:	() Sim () Não
6) A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	() O pesquisador examina criticamente a sua situação como pesquisador, reconhecendo o potencial de vies (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) () Descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa Comentários:	() Sim () Não
7) Os aspectos éticos de uma pesquisa foram respeitados?	() Há menção de aprovação por comitê de ética () Há menção do termo de consentimento autorizado Comentários:	() Sim () Não
8) A análise dos dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	() Explícita o processo de análise () Explícita como as categorias de análise foram identificadas () Os resultados refletem os achados Comentários:	() Sim () Não
9) Resultados são apresentados e discutidos com propriedade?	() Explícita os resultados () Dialoga os seus resultados com o de outros pesquisadores () Os resultados são analisados à luz da questão do estudo Comentários:	() Sim () Não
10) Qual o valor da pesquisa?	() Explícita a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento, ...) () Indica novas questões de pesquisa	() Sim () Não

ANEXO D

Exemplo de instrumento para coleta de dados (validado por Urvi, 2005)

A. Identificação

Título do artigo

Título do periódico

Autores

Nome

Local de trabalho

Graduação

País

Idioma

Ano de publicação

B. Instituição sede do estudo

Hospital

Universidade

Centro de pesquisa

Instituição única

Pesquisa multicêntrica

Outras instituições

Não identifica o local

C. Tipo de publicação

Publicação de enfermagem

Publicação médica

Publicação de outra área da saúde. Qual?

D. Características metodológicas do estudo

1. Tipo de publicação

1.1 Pesquisa

Abordagem quantitativa

Delimitamento experimental

Delimitamento quase-experimental

Delimitamento não-experimental

Abordagem qualitativa

1.2 Não pesquisa

Revisão de literatura

Relato de experiência

Outras

2. Objetivo ou questão de investigação

3. Amostra
- 3.1 Seleção
- () Randômica
 - () Conveniência
 - () Outra
- 3.2 Tamanho (n)
- () Inicial
 - () Final
- 3.3 Características
- Idade
- Sexo: M () F ()
- Raça
- Diagnóstico
- Tipo de cirurgia
- 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos
4. Tratamento dos dados
5. Intervenções realizadas
- 5.1 Variável independente
- 5.2 Variável dependente
- 5.3 Grupo controle: sim () não ()
- 5.4 Instrumento de medida: sim () não ()
- 5.5 Duração do estudo
- 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção
6. Resultados
7. Análise
- 7.1 Tratamento estatístico
- 7.2 Nível de significância
8. Implicações
- 8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados
- 8.2 Quais são as recomendações dos autores
9. Nível de evidência

E. Avaliação do rigor metodológico

Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)

Identificação de limitações ou vieses

ANEXO E- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PEQUISAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "Adolescente protagonista da Promoção à saúde"

Pesquisador: Andreza Rodrigues Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20158913.7.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 353.919

Data da Relatoria: 07/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado em Enfermagem que objetiva compreender a percepção do adolescente como promotor da saúde. A pesquisa será do tipo qualitativa, descritiva e exploratória, e tem como referencial teórico a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger que propõe o cuidado numa abordagem holística em concordância com a cultura. A pesquisa será desenvolvida na escola Estadual Dom Vital (Estadual), localizada na região metropolitana do Recife. A coleta de dados ocorrerá por meio da observação-participação-reflexão, respaldada no Modelo Sunrise Enabler proposto por Leininger e com a aplicação de formulário de entrevista semiestruturada. A análise dos dados será orientada pelas fases do guia de análise para dados qualitativos de Leininger: descrição, documentação das informações, identificação, categorização e codificação das unidades de significado; agrupamento das categorias e análise contextual; identificação dos temas e recomendações das ações/decisões da enfermagem para o cuidado cultural.

A partir dos achados pretende-se contribuir com o planejamento das ações de saúde voltadas para os adolescentes num enfoque integral por meio de práticas de cuidado que se articulem entre os saberes científicos e o senso comum.

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepoc@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 353.919

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo compreender a percepção do adolescente como promotor da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considera-se que a pesquisa possa gerar certo desconforto/constrangimento no que diz respeito à abordagem relacionada à questão da percepção do adolescente como promotor de saúde que possam remeter as vivências do cotidiano. Para minimizar tal constrangimento, as entrevistas, serão realizadas em local reservado, garantindo a privacidade do adolescente.

A pesquisa traz como benefício para o adolescente o fortalecimento da autonomia enquanto protagonista do processo saúde - cuidar, e gera a possibilidade de aperfeiçoamento no planejamento das Políticas Públicas, voltada para a saúde do adolescente, com um enfoque no seu contexto social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa caracteriza-se como qualitativa e encontra-se teoricamente fundamentada e a metodologia está descrita com clareza.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontra-se anexados à Plataforma Brasil: a carta de anuência da Secretaria de Educação da cidade do Recife; o TCLE para os responsáveis pelos adolescentes e o termo de assentimento para os adolescentes, redigido em linguagem clara, com as informações de praxe; a folha de rosto preenchida e assinada pelo coordenador do programa de pós-graduação e o currículo Lattes dos participantes.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepcos@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 353.919

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL.

RECIFE, 08 de Agosto de 2013

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-6585 Fax: (81)2126-6585 E-mail: cepoci@ufpe.br

ANEXO F – CARTA DE ANUÊNCIA

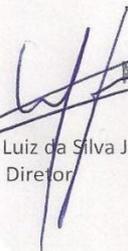
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DE PERNAMBUCO
ESCOLA ESTADUAL DOM VITAL
Estrada do Arraial S/N – Casa Amarela

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos em receber a mestranda ANDREZA RODRIGUES SILVA do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e os alunos BENAZIR BENÍCIO, LUANDA RAIRA e MONIQUE CRISTINE, estudantes do Curso de enfermagem da UFPE a desenvolver o Projeto de dissertação: **ADOLESCENTE PROTAGONISTA DA PROMOÇÃO À SAÚDE**, que está sob a orientação da PROFA. DR. ELIANE MARIA RIBEIRO DE VASCONCELOS e coordenação do Jornalista RICARDO MUNIZ e da Mestra ANDREA ROGER cujo objetivo é compreender a percepção do adolescente como promotor da saúde. Este estudo é fruto do Projeto de Extensão e Pesquisa **JOVENS COMUNICADORES EM SAÚDE NA ESCOLA: TRANSFORMANDO O RECEPTOR ATIVO EM COMUNICADOR CRIATIVO** que tem como proposta construir oficinas em rádio, comunicação e em saúde, com os estudantes adolescentes da rede pública de ensino sensibilizando-os para a promoção de jovens comunicadores em saúde nos seus ambientes colegiais.

A aceitação está condicionada ao cumprimento dos alunos vinculados ao Projeto, onde o mesmo respeitará o que preconiza a Resolução 196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados coletados, exclusivamente para fins de pesquisa.

Recife, 12 de Abril de 2013.


Arnaldo Luiz da Silva Júnior
Diretor

Arnaldo Luiz da Silva Júnior
Gestor
Matrícula: 249.893-3