

**ÉVERTON VINÍCIO DE OLIVEIRA
SILVA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

UM PLANO DE INTERVENÇÃO

**A ARTE EDUCAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA A CONSTRUÇÃO DO
VÍNCULO ENTRE OS ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA
UM PROJETO DE INTERVENÇÃO.**

ÉVERTON VINÍCIO DE OLIVEIRA SILVA

2013

**Lagoa Santa
2013**

ÉVERTON VINÍCIO DE OLIVEIRA SILVA

**A ARTE EDUCAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA A CONSTRUÇÃO DO
VÍNCULO ENTRE OS ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Profa. Dra Lenice de Castro Mendes Villela

**Polo Lagoa Santa
2013**

ÉVERTON VINÍCIO DE OLIVEIRA SILVA

**A ARTE EDUCAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO
ENTRE OS ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA
UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Profa. Dra Lenice de Castro Mendes Villela

Banca Examinadora

Prof. Lenice de Castro Mendes Villela (orientadora)

Prof. Dra. Maria José Cabral Grillo

Aprovado em Belo Horizonte: 10/dezembro/2013.

Aos meus pais: Osmar Ferreira da Silva e
Maria de Fátima de Oliveira Silva por todo
o amor e dedicação ao longo de toda
uma vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Sra. Karla Fernanda Perdigão por oportunizar crescimento profissional e confiar em minha proposta de trabalho. A Gestão do município de Itaguara por apoiar as Políticas Públicas de Saúde e as iniciativas que os profissionais da Atenção básica desenvolvem em prol do bem estar da população.

Guimarães Rosa dizia “aquilo que vou saber sem saber eu já sabia.” Pois é justamente isso que o sábio faz. A gente já sabia. Mas não sabia. Sabia sem palavras. Aí o sábio abre a boca e agente se surpreende por ouvir dito aquilo que já morava adormecido no silêncio do corpo.

RUBEM ALVES

RESUMO

Considerou-se a partir do diagnóstico situacional, que um dos problemas enfrentados pela ESF é a falta de vínculo entre os adolescentes e as ações realizadas na Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família para este grupo etário. Tal situação pode acarretar grandes impactos, tendo em vista que vários são os problemas que podem ser gerados pela falta de acesso a informação do adolescente às questões de prevenção e também falta de adesão a ações de promoção da saúde. O presente trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para implementar ações de promoção, prevenção utilizando a arte educação como ferramenta para atrair e construir um vínculo entre os adolescentes e o serviço de Atenção Básica. Optou-se pela implementação do projeto na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Dr. Antonio Geraldo de Oliveira, do município de Itaguara, Minas Gerais, por se tratar de uma equipe que lida com uma população em maior situação de vulnerabilidade social. Inicialmente, realizou-se diagnóstico situacional e posteriormente uma revisão de literatura sobre as questões específicas da adolescência. Foram pesquisadas publicações disponíveis na base de dados Scielo, publicações do Ministério da Saúde e ainda pesquisa em base de dados secundários, no Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB, DATASUS e registros do município. O projeto proposto busca sensibilizar e permitir espaços para os jovens, na construção de seus projetos de vida, socialização e lazer. Utilizou-se de oficinas de arte educação como estratégia para oferecer a construção de vínculos entre os adolescentes e equipe de saúde e para possibilitar uma população adulta com saúde e qualidade de vida. Por se tratar de uma clientela diferenciada e ao mesmo tempo desafiadora, os métodos de abordagens a este público também se configuram como desafiadores e exigem dos profissionais ações igualmente inovadoras.

Palavras - chave: Adolescência, Vínculo, Arte-Educação, Saúde.

ABSTRACT

It was considered a situational diagnosis, one of the problems faced by the ESF is the lack of connection between young people and the actions carried out in primary care through the Family Health Strategy for this age group. This situation can lead to major impacts, given that there are several problems that can be caused by lack of access to information on adolescent issues of prevention and also lack of adherence to health promotion activities. This study aims to develop an intervention project to implement health promotion, prevention education using art as a tool to attract and build a bond among adolescents and Primary Care service. We opted for the implementation of the project in the area covered by the Family Dr. Antonio Geraldo de Oliveira, the municipality of Itaguara, Health Strategy Minas Gerais, since this is a team that deals with a population greater social vulnerability . Initially, there was situational diagnosis and subsequently review the literature on the specific issues of adolescence. Publications were available in searchable database Scielo, publications of the Ministry of Health and even research based on secondary data, the Information System of Primary Care SIAB, DATASUS and the county records. The proposed project seeks to raise awareness and allow spaces for young people to build their life projects, socialization and leisure. We used art workshops to provide education as a strategy to build links between young people and health professionals and to enable an adult population with health and quality of life. Because it is a different clientele and challenging at the same time, methods of approaches to this public also stand as challenging and require equally innovative professional actions.

Words Tags: Adolescence, Bond, Art Education, Health.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - Distribuição da população por faixa etária Estratégia de Saúde da Família, Dr. Antonio Geraldo de Oliveira, Itaguara, 2013.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01- Classificação das prioridades para os problemas identificados no diagnóstico do ESF Dr. Antonio Geraldo de Oliveira – Itaguara – Minas Gerais.

QUADRO 02- Plano de ação do nó crítico do problema: falta de vínculo do adolescente com a equipe de saúde da família.

QUADRO 03- Descrição das ações/ Atividades e indicadores correspondentes/ Cronograma janeiro e fevereiro de 2014.

QUADRO 04- Descrição das ações/ Atividades e indicadores correspondentes Cronograma março a dezembro de 2014.

QUADRO 05- Orçamento.

QUADRO 06- Cronograma de datas das oficinas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB – Atenção Básica.
- ACS – Agente Comunitário de Saúde.
- ANSS – Agencia Nacional de Saúde Suplementar.
- APS – Atenção Primária à Saúde.
- CONASS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.
- DATASUS – Departamento de informática do Sistema Único de Saúde.
- ESB – Estratégia de Saúde Bucal.
- ESF – Estratégia de Saúde da Família.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- OMS – Organização Mundial de Saúde.
- MS – Ministério da Saúde.
- OMS – Organização Mundial de Saúde.
- RAG – Relatório Anual de Gestão.
- RN – Recém Nascido.
- SIAB – Sistema de informação da Atenção Básica.
- SINAM – Sistema de informação de agravos e notificações.
- SRS – Superintendência Regional de Saúde.
- SUS – Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	JUSTIFICATIVA.....	19
3	OBJETIVO.....	20
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
5	MATERIAL E MÉTODOS.....	29
6	OPERACIONALIZAÇÃO DA PROPOSTA.....	31
7	CONCLUSÃO.....	35
	REFERÊNCIAS.....	36

1. INTRODUÇÃO

Conforme definido pelo Ministério da Saúde, a Atenção Básica (AB) trata-se de “um conjunto de ações de caráter individual e coletivo situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde e prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) insere-se na Atenção Primária à Saúde (APS) como expressão de um novo papel no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que busca em suas atribuições, superar o antigo modelo, baseado no assistencialismo e centrado no papel do médico, com uma proposta que discuta os determinantes e condicionantes de saúde da população trabalhando para “promover a saúde, prevenir os riscos e recuperar a saúde das pessoas e de seus grupos populacionais a partir da realidade local” (BRASIL, 2006).

Conhecer a realidade local e o território de abrangência de atuação de cada ESF é fundamental, pois as condições ambientais, sociais, culturais, econômicas interferem de forma positiva ou negativa no processo de saúde doença de cada indivíduo, que deve ser abordado em sua singularidade. Além disto, é uma premissa básica para que a gestão e equipe avancem na qualidade e resolubilidade dos seus problemas e necessidades reais da comunidade. Desta forma, faz-se necessário lançar mão de instrumentos que facilitem a visualização dos problemas e possibilitem reorganizar o processo de trabalho. Um dos instrumentos utilizados para isso é o diagnóstico situacional.

Definiu-se o município de Itaguara por ser o local de trabalho do pesquisador. Optou-se por trabalhar com o diagnóstico da situação de saúde da ESF Dr. Antonio Geraldo de Oliveira devido ao fato de ser uma região com população com maior vulnerabilidade social e que depende essencialmente do sistema único de saúde. Para a coleta dos dados utilizou-se as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN).

O município de Itaguara situa-se na região Campo das Vertentes, faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte e da Macrorregião de Saúde de Divinópolis

e Microrregião de Itaúna Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis (SRS). A população de acordo com projeção inter - censitária do (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) é de 12.372 habitantes.

Em relação ao perfil epidemiológico de morbidade, em 2011, ocorreram, 924 internações, sendo as cinco principais causas segundo o capítulo CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, versão 30/09/1998) descritas a seguir: Doenças do Aparelho circulatório com 200 internações; Gravidez, parto e puerpério, com 131 internações; Doenças do aparelho Digestivo com 119 internações; Doenças do Aparelho circulatório com 82 internações e Lesões, envenenamento e outras consequências por causas externas com 78 internações.(RAG) Relatório Anual de Gestão 2011 (MINAS GERAIS, 2012).

De acordo com dados informados pelo Setor de Epidemiologia do município, em 2011, verificou-se um elevado número de casos de neoplasias, totalizando 70 em todo o município. Os cinco principais tipos de cânceres que mais acometem a população do município são na ordem decrescente: Câncer de próstata; Câncer de Mama; Câncer de pele; Câncer de garganta e Câncer de Útero;

Quanto ao perfil epidemiológico de mortalidade, em 2011, destacam-se as principais causas em ordem decrescente: Infarto Agudo do Miocárdio, Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, Sequelas de doenças cerebrovasculares e Pneumonia.

No Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Saúde (SINAN) foram registrados dois casos de violência doméstica, sexual e outras violências. Notificou-se ainda, cento e quarenta e seis agravos notificados e confirmados: setenta e oito atendimentos anti rábico (vacina), quarenta e seis casos de varicela, sete acidentes por animais peçonhentos, sete casos de dengue, dois de leptospirose, um tétano acidental, um de meningite, um evento adverso por vacinação.

O município de Itaguara apresenta cobertura de PSF de 100% da população, tendo todas as equipes o atendimento em saúde bucal. São três equipes urbanas e uma equipe rural. A área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Dr. Antonio Geraldo de Oliveira abrange uma população em torno de 874 famílias cadastradas e 2.881 pessoas (1427 do sexo masculino e 1454 feminino) segundo dados do SIAB

(BRASIL, 2013). O território de abrangência da equipe do PSF é dividido em seis micro-áreas. A área coberta por esta equipe de Saúde da Família possui a clientela mais carente do município.

A tabela a seguir apresenta a distribuição da população por faixa etária e em números absolutos e percentual.

Tabela 1: Distribuição da população por faixa etária Estratégia de Saúde da Família, Dr. Antonio Geraldo de Oliveira, 2013

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO ABSOLUTO	PERCENTUAL
< de 1 ano	17	0,6%
1 a 4 anos	151	5,2%
5 a 6 anos	84	2,9%
7 a 9 anos	140	4,8%
10 a 14 anos	262	9,2%
15 a 19 anos	281	9,7%
20 a 39 anos	961	33,3%
40 a 49 anos	417	14,5%
50 a 59 anos	284	9,9%
> 60 anos	284	9,8%
Total	2881	100%

Fonte: Dados do SIAB, 2013

O atendimento da ESF Dr. Antonio Geraldo de Oliveira acontece em uma Unidade Básica de Saúde com sede própria que segue todos os padrões e normas da Vigilância Sanitária, estabelecidos pelo Ministério da Saúde. O horário de funcionamento da Unidade é de 7:00 às 16:00 horas não tendo horário alternativo para atendimento a saúde do trabalhador. A equipe possui: um médico; uma enfermeira; uma técnica em enfermagem; um dentista; um auxiliar de saúde bucal e seis Agentes Comunitárias de Saúde. Todos os profissionais que atuam na equipe possuem uma jornada semanal de 40 horas, com exceção do médico que um dia na semana trabalha no plantão da Santa Casa do Município.

O registro das informações clínicas acontece em prontuário familiar organizado por microáreas. Todas as famílias do território já foram classificadas segundo o grau de

risco.

Quanto ao perfil sócio econômico e sanitário da área de abrangência da ESF Dr. Antonio Geraldo de Oliveira observou-se que o lixo gerado pela população recebe a seguinte destinação: Coleta pública em 99,31% sendo somente 0,69% queimado ou enterrado. O abastecimento de água é de 98,74% em rede pública, 1,26% em de poços ou nascentes. Nos domicílios 98,74% da população utilizam água filtrada e 1,26 não sofre nenhum tratamento (SIAB, 2011). A atividade econômica predominante da população residente no território de responsabilidade da equipe está concentrada, na sua maioria, em trabalhadores de fábricas de móveis e estofados, fábrica de reciclagem e autônomos.

Em relação à mortalidade, nota-se na população adstrita uma predominância por problemas circulatórios, respiratórios, neoplasias e causas externas. As neoplasias que mais acometem são em ordem de principal ocorrência: garganta, mama, próstata, tendo também um caso de câncer de pulmão e um no intestino. Todos acometeram a população acima de 50 anos de idade.

O acompanhamento do crescimento e acompanhamento das crianças principalmente aquelas menores de um ano de idade são realizados pela equipe e em alguns casos as crianças são referenciadas para o Centro de Saúde do município. Este é também referencia para os atendimentos de Psiquiatria, Fonoaudiologia, Psicologia, Ginecologia. Nesta mesma unidade ocorre o acompanhamento das gestantes no pré-natal. Destaca-se que todo atendimento de pré natal é centralizado no Centro de Saúde e realizado por um profissional médico). Na sala de espera, as gestantes recebem dos profissionais de saúde da ESF, que se organizam através de um cronograma, palestras, orientações gerais sobre os cuidados com o RN (recém nascido), alimentação, higiene e outros.

A Estratégia de Saúde Bucal (ESB) realiza todas as ações de saúde bucal previstas para a Atenção Básica, desde a prevenção e promoção até a reabilitação e cuidado. Os usuários que procuram a ESB para tratamento bucal são atendidos conforme agendamento realizado pela ACS e também há vagas para demanda espontânea em casos de urgência.

Com relação aos pacientes hipertensos e diabéticos, a equipe tem cadastrados 389

hipertensos e 91 diabéticos. Os profissionais da equipe percebem uma dificuldade no acompanhamento contínuo dos usuários com condições crônicas por falta de instrumentos de gerenciamento da rotina de trabalho como, por exemplo, a programação e agenda.

Existe uma cultura local instalada na comunidade que dificulta a prática de ações educativas. A cultura da população ainda é muito voltada para a cura de doenças e não as ações de prevenção e promoção. As ações educativas são programadas de forma a oferecer gradualmente o acesso da população e sempre que possível, de acordo com a demanda que os usuários solicitam para a equipe.

Pelo cadastro populacional, verifica-se que há muitos adolescentes, jovens e adultos jovens na área de abrangência da unidade. No entanto, de acordo com dados dos registros de produção do município nota-se dois grandes problemas: o baixo número de ações de educação em saúde voltadas para o público adolescente - seis ações educativas no ano, e o baixo número de consultas verificados no ano de 2012 - 241 consultas (SIAB, 2011).

Com relação aos fatores determinantes e condicionantes de saúde, dentro do território da equipe do ESF Dr. Antonio destacam-se alguns determinantes negativos:

- Uso e Abuso de Drogas; alto número de dependentes químicos que utilizam o crack e outras drogas;
- Lazer-álcool; no município as opções de lazer são restritas e as que existem estão sempre associadas ao comércio de bebidas alcoólicas. Isto predispõe ao consumo de álcool numa faixa etária muito precoce e abre caminho para a dependência de álcool e outras drogas;
- Hábitos de vida; sedentarismo e alimentação inadequada com incidência alta de sobrepeso;

No entanto, destacam-se alguns determinantes positivos:

- Acesso à escola pública de qualidade;
- Taxa de desemprego baixa, embora o piso salarial seja baixo (MINAS

GERAIS, 2009).

Considerou-se; a partir do diagnóstico situacional, que um dos problemas enfrentados pela ESF é a falta de vínculo entre os adolescentes e as ações realizadas na Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família para este grupo etário. Tal situação pode acarretar grandes impactos, tendo em vista que vários são os problemas que podem ser gerados pela falta de acesso a informação do adolescente às questões de prevenção e também falta de adesão a ações de promoção da saúde. Entre eles podemos citar: violência no trânsito, homicídio, suicídio, sexualidade, gravidez e anticoncepção, uso de drogas lícitas e ilícitas, demanda dos problemas relacionados a saúde mental, dificuldades escolares e conflitos familiares (GRILLO, 2012).

2. JUSTIFICATIVA

Diante desta preocupação busca-se, por meio do presente trabalho, desenvolver um projeto de intervenção para construir um vínculo entre estes adolescentes e a equipe de ESF através de uma ferramenta que alcance de fato a este público. Esta decisão levou em consideração a deficiência de espaços determinantes de saúde na área de abrangência, bem como falta de acesso ao lazer e de oportunidade para a construção de projetos de vida. Foi considerando também o fácil acesso destes adolescentes e a exposição dos fatores de risco como o álcool e outras drogas. Assim buscou-se a arte educação como ferramenta para a construção do vínculo entre adolescentes residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Dr. Antônio Geraldo de Oliveira.

Valladares (2005), apresenta a importância e o potencial de integrar saberes como a arte, educação e saúde para promover um atendimento que agregue qualidade de vida e saúde aos indivíduos e ao mesmo tempo proporcione experiências pautadas no desejo, interesse e princípio de prazer. O autor ressalta a integração como um “desafio emergente”:

[...] para uma qualidade de atendimento integral e humanizado ao sujeito que é objeto de ações, diferenciando-se do modelo ortodoxo ainda utilizado nos dias atuais, e apresenta-se como uma tendência cada vez mais forte na consciência coletiva na proximidade do terceiro milênio. (VALLADARES, 2005 p. 24).

Continuando em sua análise ele afirma que

[...] observa-se que esse processo de integração é lento, sendo admitido por algumas áreas e fortemente negado por outras. Visualiza-se que três grandes áreas de conhecimento quais sejam, a arte, a educação e a saúde, podem objetivamente se encontrar formando um único caminho: auxiliar o homem na construção de um mundo melhor, encontrados através da ativação de núcleos sadios e levando a formas mais harmoniosas de se comunicar, relacionar e estar no mundo (VALLADARES, 2005 p. 37).

Porém acredita-se que para trabalhar o vínculo do adolescente na Atenção Básica, faz-se necessário lançar mão de recursos inovadores, para motivar os grupos a se identificarem com os espaços que garantem acesso a informações pertinente as suas demandas e junto a isso que estes espaços sejam determinantes de saúde.

3. OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para implementar ações de promoção, prevenção utilizando a arte educação como ferramenta para firmar o vínculo entre os adolescentes residentes na área adstrita da Estratégia de Saúde da Família Dr. Antonio Geraldo de Oliveira, município de Itaguara.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 ADOLESCÊNCIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan Americana de Saúde (OPS) definem adolescência como: “Constituída por um processo biológico e vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade, abrangendo a pré- adolescência e a adolescência”(DAVIM et al., 2009, p. 132). Contudo, somente esta definição ainda é insuficiente, dada a singularidade da vivencia que cada um passa e que perpassa outras situações diferenciadas. Em função dessa variedade de situações e de contextos históricos, é ainda mais difícil reduzir o significado de adolescência a um simples e universal conceito. Portanto é pertinente fazer algumas reflexões:

A dificuldade e a polêmica da definição da adolescência é antiga, pois dentro de uma mesma sociedade pode ocorrer uma variedade de experiências e de situações de vida, apontando que a distinção entre as gerações não seria só a faixa etária que as delimita, mas principalmente o conteúdo que elas representam, em cada época. Assim, o contexto social e familiar no qual o adolescente está inserido representa um papel fundamental nesta etapa da vida, fornecendo valores, regras e expectativas, bem como os meios concretos para a viabilização de seu projeto de vida (MINAS GERAIS, 2007 p. 26).

Conforme diz Dayrell (2003, p.42),

A adolescência não pode ser entendida como um tempo que termina, como a fase da crise ou de trânsito entre a infância e a vida adulta, entendida como a última meta da maturidade. Mas representa o momento do início da juventude, um momento cujo núcleo central é constituído de mudanças do corpo, dos afetos, das referências sociais e relacionais. Um momento no qual se vive de forma mais intensa um conjunto de transformações que vão estar presentes, de algum modo, ao longo da vida.

Ao longo dos anos vividos pelo indivíduo durante a fase da adolescência, percebe-se várias curiosidades, particularidades e experimentação do novo. Este “novo”, muitas vezes pode ser encarado como desafio, que em sua maioria pode estar relacionado a “adaptações às mudanças fisiológicas e anatômicas, em relação a integração de uma maturidade sexual em um modelo especial de comportamento” (DAVIM et al, 2009, p. 132).

Acompanhado a todas as alterações de caráter fisiológico, o adolescente passa também por um processo de construção de identidade que é de difícil compreensão até para si próprio.

“Essas transformações, em ritmos diferentes, conforme uma série de fatores, tornam os adolescentes vulneráveis a uma série de situações. As transformações físicas durante o processo pubertário, levarão a criança a função biológica de reprodução. Sua evolução psíquica, com todos os sinais e sintomas apresentados, mostra pólos de comportamento, tais como: ora ri, ora chora; introvertido, extrovertido; detesta a família e adora a família; esconde o que pensa e fala o que não deve; altruísta e egoísta; quer aprender e detesta estudar; sono tranqüilo e sono agitado; quer ser ele mesmo e imita os outros; acha-se lindo e acha-se feio; antecipa o que é de seu interesse e posterga o que não é (MINAS GERAIS, 2007 p. 24).

Diante da busca por uma melhor definição, esbarra-se em uma gama de conceitos que se complementam, mas, ainda sim, não são capazes de esgotar as possibilidades e novas formas de melhor identificar este fenômeno tão pluralista e ao mesmo tempo singular que todos vivenciam: a adolescência.

4.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

Existem questões específicas da adolescência que devem ser trabalhadas na Atenção Básica nas Equipes de Estratégia de Saúde da Família. Entre as ações a serem implementadas, uma das mais importantes trata-se da Educação em Saúde (MINAS GERAIS, 2007). Para técnicos da Secretaria Estadual de Saúde,

Atenção especial deve ser dada aos trabalhos de Educação em Saúde, sejam por meio de palestras, dinâmicas de grupos ou de outras atividades em que se priorizem as ações preventivas em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis e à Aids, à gravidez precoce e não planejada na adolescência, ao uso e/ou abuso de substâncias lícitas e ilícitas (com destaque para o tabaco e o álcool) e à saúde mental a partir da reflexão por parte do adolescente sobre seu projeto de vida e a responsabilidade em relação às suas ações, sempre trabalhando o reforço da auto-estima (MINAS GERAIS, 2007 p. 30).

Eles também apontam as vantagens da parceria educação e saúde quando afirmam que

Quando se fala de atenção integral e multidisciplinar é importante a participação das escolas e dos educadores sendo uma importante parceria a integração das atividades saúde-educação, principalmente nos programas, envolvendo educação sexual, saúde sexual e reprodutiva e prevenção do abuso de substâncias e de violência (MINAS GERAIS, 2007 p. 30).

Santos *et al.* (2012) ao tratar do conceito de promoção da Saúde, destaca que é um modelo que vai além da assistência médico curativa. Neste sentido, o autor ressalta a importância dos determinantes sociais na busca de padrões que extrapolem o atual e dominante modelo. Ao tratar do conceito de prevenção, Santos *et al.*(2012) definem que a prevenção, estrutura-se por meio de divulgação de informação científica e recomendações de mudanças de hábitos.

Diante das duas definições, os mesmos autores fazem uma importante consideração ao tentar delinear os diferenciais entre prevenção e promoção:

a promoção extrapola a aplicação técnica e normativa, pois tem como fortalecimento das capacidades individuais e coletivas para a apreensão e enfrentamento dos condicionantes, mediante a autonomia dos indivíduos para escolhas de atitudes saudáveis. (SANTOS *et al.*, 2012).

Para Candeias (1997), a promoção da saúde consiste em apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes a saúde, sendo que, a combinação refere-se a necessidade de mesclar os múltiplos determinante da saúde, com múltiplas intervenções ou fontes de apoio.

As ações educativas em saúde também exercem um grande impacto na condição do adolescente e desta forma é importante falar de promoção e integrar a educação em saúde, que na perspectiva de Pinto (2000), trata-se de:

Um processo de transformação social e como prática, ela deve possibilitar á população desenvolver ações que superem as dificuldades e levem a construção de direitos de cidadania. A Educação em Saúde para ser efetiva, não pode ser estruturada fora de situações reais da vida, constituindo-se um processo que tem como um de seus principais objetivos tornar as pessoas mais capazes de pensar criticamente e de encontrar formas alternativas para resolver seus problemas, e não apenas de seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças (PINTO, 2000 p. 312).

Candeias (1997), destaca que promover a saúde dos adolescentes é uma atitude desafiadora e desta forma, exige a adoção de estratégias mais eficazes de participação. Reconhece ainda que a dificuldade de desenvolver estas estratégias e ao mesmo tempo destaca a importancia de trabalhar ações de promoção da saúde dentro do contexto da adolescência dada suas potencialidades e ainda os reconhece como “propulsores de mudanças positivas” (CANDEIAS, 1997, p. 209).

A partir desta análise torna-se evidente que é imprescindível implementar uma ferramenta de abordagem compatível com as concepções e identificações dos adolescentes para que estes se tornem mais permeáveis e estabeleçam um vínculo duradouro com a equipe de saúde. Uma das possibilidades para criar ou fortalecer este vínculo entre os adolescentes e as equipes da ESF é a utilização da arte-educação através da metodologia de grupos operativos.

4.3 GRUPOS OPERATIVOS COMO TECNOLOGIA PARA A CRIAÇÃO DE VÍNCULO DOS ADOLESCENTES E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Uma das possibilidades para criar ou fortalecer o vínculo entre adolescentes e a ESF pode ser através de grupos operativos ou oficinas.

E Pichon-Riviére (1982) definiu grupo operativo como um conjunto de pessoas com um objetivo em comum. Os grupos operativos trabalham na dialética do ensinar-aprender, ou seja, na interação onde o sujeito não só aprende, mas também ensina. Assim,

Grupo operativo consiste numa técnica de trabalho com grupos, cujo objetivo é promover, de forma econômica, um processo de aprendizagem. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma apropriação ativa desta realidade. Uma atitude investigadora, na qual cada resposta obtida se transforma, imediatamente, numa nova pergunta. Aprender na teoria pichoneana é sinônimo de mudança (ABDUCH.C, 1999 p. 04).

Abduch (1999) menciona que a técnica de grupos operativos é um fator de proteção à saúde, inclusive para adolescentes. Segundo o autor,

Com adolescentes, a técnica de grupos operativos tem sido indicada como instrumento para desenvolvimento dos fatores básicos e elementares de prevenção, que são: auto-estima, juízo crítico, plano de vida e criatividade, capacidades essas que, se desenvolvidas grupalmente, tornam-se fatores protetores aos riscos que nossos jovens estão expostos atualmente, como morte por causas externas, gravidez acidental, contaminação com o vírus da imunodeficiência, adição a drogas, entre outros (ABDUCH, 1999, p. 04).

Na Atenção Básica, o vínculo ou responsabilização tem relação com a longitudinalidade do cuidado, uma das características da Atenção Básica e também

em outros níveis de atenção (CONASS, 2011). Os representantes dos secretários de saúde consideram que

A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde, ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde (CONASS, 2011, p. 24).

Também consideram que

Uma equipe de APS tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de sua família, da própria comunidade, e assim, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade e esses conhecem a equipe de saúde. (CONASS, 2011, p. 24).

Os profissionais da ESF têm um contato privilegiado com as famílias de seu território. Esse contato deve ser o mais próximo possível com todos os membros da família, inclusive com os adolescentes, uma vez que estes deverão ser acompanhados neste e nos próximos estágios de sua vida. Estabelecer um vínculo com este adolescente possibilita a criação de medidas preventivas, protetivas e de promoção de sua saúde através de ações que possibilitem a construção de projetos de vida saudáveis.

ABDUCH (1999) cita como métodos de abordagens para ações com adolescentes: jogos, gincanas, laboratórios, dinâmicas, brincadeiras. Para ele, tais ações facilitam a aderência, interesse, participação, colaboração e aproveitamento do material emergente.

Melo (2010) apresenta outro método de abordagem, baseado nas oficinas de arte educação.

As oficinas de arte-educação devem ser espaços geradores de interação, desenvolvimento pessoal, conhecimento e habilidades e estabelecimento de vínculos (MELO, 2010).

Melo (2010), ao relatar a experiência de trabalhos que também faz uso da tecnologia de oficinas de arte educação, define com muita propriedade a questão do vínculo a partir da oferta de oficinas que fortalecem a identidade cultural do indivíduo e a partir daí constroem coletivamente ações de promoção da saúde. Ele nos diz que

É preciso que cada participante se reconheça no projeto e que todos se reconheçam uns aos outros como sujeitos competentes, capazes de agir e de falar. Só dessa forma é possível a criação de vínculo, entendido como a relação que se constrói entre as pessoas na convivência grupal e através do qual se dá o processo de desenvolvimento pessoal e social. É na relação e na troca com o outro que construímos e reconstruímos nossas possibilidades: o vínculo tem uma função essencial em toda e qualquer ação que objetive mudanças e transformações. Ele funciona como uma abertura ao diálogo e à reflexão, pois liga os sujeitos, cria condições e amplia o modo de sentir e perceber a si mesmo e ao outro. Dele depende o andamento do trabalho. Não se trata de um comportamento de benevolência com o outro, mas de uma relação pautada pelo respeito e pelo compromisso. Portanto, a construção do vínculo não se dá unicamente pela necessidade ou pela sua importância, mas, sim, pela sua disposição dos sujeitos envolvidos em participar da atividade, pelo querer estar ali e participar do grupo. (MELO, 2010 p.150)

A partir da construção deste vínculo através dos grupos operativos com as oficinas livres (de arte-educação), as demandas dos adolescentes podem ser melhor identificadas e trabalhadas em momentos específicos no mesmo espaço em que ocorrem as oficinas.

4.4 A ARTE EDUCAÇÃO COMO TECNOLOGIA PARA A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO ENTRE OS ADOLESCENTES: Oficinas de música, teatro e dança.

Para estabelecer o vínculo e desenvolver as ações geradoras de saúde, Abduch (1999) sugere o uso de metodologias ou o que aqui chamaremos de ferramentas diferenciadas, que podem contribuir para alcançar bons resultados com adolescentes.

A estratégia de envolver os adolescentes através das artes, tais como teatro, música, dança, que são manifestações muito comuns e de fácil adesão por este público, são valorizadas devido ao seu potencial e alcance entre este público que se constitui como uma forma de comunicação, expressão e linguagem que favorece a expressão da subjetividade (CIORNAI, 2004 citado por VALLADARES 2005). Os mesmos autores reforçam a idéia de que integrar arte, saúde e a educação potencializam as ações dessas diferentes áreas.

Pádua e Moraes (2005) também defendem a arte como um importante instrumento de inclusão e de produção de novas subjetividades.

5.1 Música

Segundo Steffen (2009) a adolescência é muito marcada pela música e os benefícios para este público são inúmeros, como: auxiliar no desenvolvimento emocional, social, cognitivo e motor, aliviar tensões, evocar e compreender emoções que muitas vezes se apresentam confusas, desenvolver a autonomia, atenção. Para Steffen (2009), a adolescência é uma fase em que a timidez é bastante comum e, neste caso, esta ferramenta, a música, favorece o desenvolvimento de habilidades importantes enquanto sujeito e de uma forma muito mais prazerosa. Ele afirma que

O cantar e a improvisação desafia o adolescente a se colocar, convoca quem é muito tímido a se expor. Desenvolve-se habilidades e atitudes de autonomia, enfrentamento, defesa, cooperação, atenção e respeito com o outro, muitas vezes indiretamente e de forma mais prazerosa (com música!). Habilidades essas necessárias nas interações do dia a dia, seja na família, na escola, com amigos e em um futuro mercado de trabalho. Na música se vivencia situações que em seu dia-a-dia irá enfrentar e saber se colocar na música permite que o adolescente consiga se colocar também no meio social (STEFFEN, 2009 p.01).

Pode-se inferir que a música é um meio prazeroso para facilitar e estreitar os laços do adolescente com o serviço de saúde. Ele descobre e se descobre neste espaço.

5.2 Teatro

Outra importante manifestação artística é o teatro, que pode variar de metodologia conforme a intenção ou o objetivo a ser alcançado, mas que independente do método trata-se de uma intervenção educativa (TREZZA, SANTOS e SANTOS, 2007).

Estes autores afirmam que fazer uso do teatro para educar é se apropriar de um poderoso meio para gravar na memória um determinado tema, inclusive aqueles relacionados a prevenção de doenças e outros temas. Defendem que a arte teatral é a que “mais facilmente atrai o interesse das pessoas, porque é arte viva e dinâmica e, como tal, é possuidora de um apelo muito forte, conseguindo convencer muito mais [...] contribuindo para modificar seu modo de ver as coisas ou até mesmo seu comportamento” (TREZZA, SANTOS e SANTOS, 2007, p. 326).

5.3 Dança

A dança também se apresenta como uma manifestação artística e é amplamente aceita por todas as faixas etárias. Além de apresentar as mesmas contribuições

apresentadas nas duas anteriores, como: contribui para melhoria da auto estima, concentração, desenvolvimento motor, alívio de tensões, ela ainda trabalha o corpo e se constitui como uma atividade física (STRAZZACAPPA, 2001).

No caso da adolescência, há uma predileção por alguns estilos considerados agressivos por algumas pessoas (STRAZZACAPPA 2001). Mas, “Toda dança, não importa qual a estética que lhe é inerente, surge da profundidade do ser humano” (STRAZZACAPPA, 2001, p. 72).

Os estilos mais atrativos pelos adolescentes, principalmente pelos rapazes, são as danças de rua. Estas, na opinião do autor (STRAZZACAPPA, 2001), apesar de fazerem uso de movimentos que podem simular lutas, no caso do hip hop, rap, trata-se de uma ritualização de violência e não violência em si (STRAZZACAPPA, 2001). Conforme explica o pesquisador,

Há exemplos de grupos de jovens que saíram da marginalidade através das danças de rua. Como eles mesmo afirmam: ‘através da dança a gente ‘canaliza’ nossa agressividade e, assim, não precisamos mais ser violentos com ninguém’. [...]Como as coreografias são feitas por todos os participantes do grupo e ao longo de vários encontros, faltas não podem acontecer, senão perde-se uma parte das seqüências (que são complexas e num ritmo acelerado) e atrapalha-se o conjunto final. Assim, a disciplina e a responsabilidade são compreendidas, aprendidas e incorporadas no dia a dia destes jovens. Apesar de todos dançarem os mesmos movimentos, há momentos onde um se destaca, realizando sua “improvisação”. É nesta hora que o jovem tem a oportunidade de trabalhar a sua individualidade, mostrando o seu “estilo” pessoal e sua virtuosidade, visto que é no solo que o jovem realiza as acrobacias mais complexas (STRAZZACAPPA, 2001, p.75).

É interessante notar que a disciplina e a responsabilidade são questões intimamente envolvidas no trabalho com a dança. E especificamente falando do estilo de dança de rua, este pode ser um ponto de partida interessante para trabalhar temas relacionados a violência, uma vez que muitos associam tais danças com este intuito, o de praticar a violência (STRAZZACAPPA, 2001).

5. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho configura-se como um projeto de intervenção que tem como propósito construir o vínculo entre os adolescentes e o serviço ofertado na Atenção Básica do município, através da Estratégia de Saúde da Família, de modo a tornar esta clientela mais próxima e permeável para o trabalho de questões específicas da adolescência.

Ao longo do processo de formação no desenvolvimento do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, na disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, foi discutido os tipos de planejamento, entre eles, o Planejamento Estratégico Situacional. É a partir deste conhecimento que este trabalho foi desenvolvido com o objetivo de intervir na realidade e transformá-la.

Para elaborar o plano de ação que deverá ser desenvolvido pela ESF Dr. Antonio Geraldo de Oliveira, inicialmente definiu-se as prioridades para os problemas identificados no diagnóstico, os vínculos dos adolescentes, os nós críticos do problema, as proposta de ações para a motivação dos atores. Como vários problemas foram identificados, priorizou-se resolutividade da ESF e recursos financeiros disponíveis pelo município.

Realizou-se também um levantamento de recursos organizacionais, humanos e financeiros para contemplar a proposta. Em seguida, elaborou-se um cronograma de execução contemplando as ações, metas, responsáveis por cada ação e orçamento previsto para a execução do projeto.

ABDUCH (1999) sugere o uso de metodologias ou o que aqui chamaremos de ferramentas diferenciadas, que podem contribuir para alcançar bons resultados com adolescentes.

Optou-se por três propostas de oficinas diferentes com periodicidade quinzenal para firmar o vínculo e promover a saúde do adolescente. Optou-se pelas oficinas de dança (hip hop), música e teatro. Ambas com 90 minutos de duração, distribuídas em 60 minutos para a oficina com o consultor, e 30 minutos com a socialização com

um lanche e roda de conversa para discutir demandas específicas da adolescência, monitoradas por um profissional da ESF.

6.0 OPERACIONALIZAÇÃO DA PROPOSTA

Para elaborar o Plano de Ação, inicialmente definiu-se as prioridades apresentadas nos quadros a seguir.

Quadro 01: Classificação das prioridades para os problemas identificados no diagnóstico do ESF Dr. Antonio Geraldo de Oliveira – Itaguara – Minas Gerais.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
1. USO DE DROGAS	ALTA	7	PARCIAL	1
2. INDICE DE GRAVIDEZ	ALTA	5	PARCIAL	2
3. DIFICULDADE NO ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE	ALTA	6	FORA	3
4. POUCAS OPÇÕES LAZER	ALTA	5	PARCIAL	4

Quadro 02- Plano de ação do nó crítico do problema: falta de vínculo do adolescente com a equipe de saúde da família.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Falta de vínculo dos adolescentes com as equipes de ESF	“A arte educação como ferramenta para a construção do vínculo entre os adolescentes e a ESF”	Oficinas de arte educação na estratégia de saúde da família para adolescentes usuários do sus	Organizacionais= para organizar as oficinas; Cognitivo = informação sobre o tema; Recursos Humanos = coordenação de atenção básica, arte-educador/monitor para as oficinas, agentes comunitários de saúde, gestor, enfermeira da unidade básica de saúde, profissionais do setor de compras da prefeitura. Recursos Financeiros = para aquisição de materiais de consumo, e permanente para a realização das oficinas, para contratação de oficineiros, etc.

Quadro 03 – Descrição das Ações/ Atividades e indicadores Correspondentes

Período: Janeiro a Fevereiro de 2014

3- DESCRIÇÕES DAS AÇÕES/ATIVIDADES E INDICADORES CORRESPONDENTES				
Ações/Atividades Previstas no Projeto	Metas	Cronograma	Orçamento	Responsável
1) Apresentar o projeto para a Gestão	Gestão aprovar o projeto.	1ª quinzena de janeiro de 2014	Sem custo	Enfermeiro (Coordenador da Atenção Básica
2)Elaborar material para divulgar o projeto;	Envolver 100% da equipe para trabalhar com a divulgação.	1ª quinzena de Janeiro de 2014.	R\$ 500,00	Coordenador de Atenção Básica e Equipe de Estratégia de Saúde da Família
3) Contratar profissional para executar as oficinas;	Contratar 3 Profissionais para desenvolver a partir de março de 2014 as oficinas de arte educação	2 meses: (janeiro e fevereiro de 2014	R\$7.200,00	Setor de compras e contratações
4) Licitar material permanente e de consumo para as oficinas;	100% do material licitado	2 meses: janeiro e fevereiro de 2014).	R\$3.000,00	Setor de compras
5) Licitar lanche para as oficinas;	100% Lanche licitado	1 mês: fevereiro de 2014.	R\$6.0000	Setor de compras
6) Fazer inscrição dos adolescentes (ofertar 90 vagas)	100% das vagas preenchidas.	1 mês: janeiro de 2014.	Sem custo	Agente Comunitário de Saúde
7) Realizar Reunião com a equipe de ESF para definir tarefas e funções.	100% de adesão da equipe.	Janeiro a Fevereiro de 2014	Sem custo	Coordenação de Atenção Básica e Equipe de ESF

Quadro 04 – Descrição das Ações: Oficinas de Teatro, Dança e Música

Período: Março a Dezembro de 2014

DESCRIÇÕES DAS AÇÕES: OFICINAS DE TEATRO, DANÇA E MÚSICA			
AÇÕES	METAS	CRONOGRAMA	ORÇAMENTO
Realizar oficinas de teatro, dança, e música na ESF do município com consultoria especializada;	Desenvolver atividade com 90 adolescentes, sendo ofertadas 30 vagas para cada uma das 3 oficinas propostas.	Março a dezembro de 2014	Consultoria para oficinas: Teatro: R\$ 75,00 hora/aula. R\$ 240,00 mensais por um período de 10 meses. R\$2.400,00 ano. Dança: R\$ 75,00 hora/aula. R\$ 240,00 mensais por um período de 10 meses. R\$2.400,00 ano Música: R\$ 75,00 hora/aula. R\$ 240,00 mensais por um período de 10 meses. R\$2.400,00 ano.
TOTAL			R\$7.200,00

Quadro 05 – Orçamento do Projeto

Descrição do Serviço/Produto	Objetivo	Previsão Orçamentária
Material Gráfico	Divulgar as oficinas.	R\$ 500,00
Material Permanente	Fornecer material para realizar as oficinas.	R\$3.000,00
Lanches para os participantes das oficinas	Oferecer para os adolescentes após cada oficina	R\$6.000,00
Consultoria para as oficinas	Contratar consultoria para realizar as oficinas	R\$7.200,00
TOTAL		R\$ 16.700,00

QUADRO 06 - CRONOGRAMA DE DATAS DAS OFICINAS

Oficinas	Período / 2014									
	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Dança	03,17,31	07,21	05,19	2,16,30	7,21	4,18	01, 15, 29	16,20	03,17	01,15,29
Música	5,19	2,16,30	7,21	4,18	2,16,30	6,20	03, 17	1,15,29	12,26	10,31
Teatro	7,21	4,25	9,23	6,20	4,18	8,22	05 e 19	03,17,31	14,28	05,19

As datas das oficinas foram distribuídas de forma a proporcionar atividades na ESF ao longo de toda a semana e em um horário que não interfira no período escolar, ou seja, a partir de 18:00 (dezoito horas). Nos seguintes dias da semana: Segundas feiras: Oficina de dança (hip hop); Quartas feiras: Oficina de música; Sextas feiras: Oficinas de teatro.

7. CONCLUSÃO

Conclui-se que, para garantir maior permeabilidade dos adolescentes as ações e serviços de saúde, faz-se necessário lançar mão de metodologias diferenciadas que podem ser tecnologias facilitadoras e colaborar de forma efetiva para participação e interesse de adolescentes em se aproximar dos serviços de saúde das ESF.

Por se tratar de uma clientela diferenciada e ao mesmo tempo desafiadora, os métodos de abordagens a este público também se configuram como desafiadores e exigem dos profissionais ações igualmente inovadoras. O primeiro passo para ter acesso a estes adolescentes é certamente construir um vínculo. Portanto, a arte educação pode se apresentar como uma importante ferramenta para a construção do vínculo entre adolescentes e as equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Os estudos possibilitaram mostrar que a arte – educação e saúde podem e devem ser trabalhadas de forma integrada para alcançar de maneira eficaz o público adolescente. Trata-se de instrumentos preciosos que atendem a várias demandas: sociais, educacionais, sanitárias, culturais. Pode ser uma ferramenta que construa de forma sólida o vínculo do adolescente com os mecanismos de saúde ofertados na Atenção Básica. É um meio dinâmico, diferente, atraente de agrupar adolescentes e oferecer qualidade de vida através das oficinas de dança, teatro, canto e música. Tudo isso contribui para a promoção da saúde dos adolescentes, uma vez que acesso ao lazer é um condicionante de saúde. Além disso, essas oficinas oportunizam situações para trabalhar temas e questões sociais e específicas da saúde como: violência, uso e abuso de álcool e outras Drogas, sexualidade e afetividade.

De uma forma muito sutil a equipe de profissionais pode trabalhar com este adolescente uma vez que aquele espaço passa a ser um local de saúde, de encontro, de qualidade de vida. Ele reconhece e se torna sujeito, se posiciona, se constrói.

REFERÊNCIAS

ABDUCH, C. **Grupos Operativos com adolescentes**. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, ago. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM MS 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília p. 71, 29 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do Sistema Único de Saúde. SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica**. Dados estatísticos. 2013. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acesso em: 27/05/2013.

CANDEIAS. M. N. F. **Conceitos De educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais**. VER. Saúde Pública v 31 nº 02 p. 209, 1997.

CIORNAI, S. (org.) **Percursos em arteterapia: arteterapia gestáltica, arte em psicoterapia, supervisão em arteterapia**. São Paulo: Summus, 2004.

CONASS / CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE; **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2011.

DAVIM, R., B., et al. **Adolescente/adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida**. Revrene /Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste V10. N2. 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/500/pdf>. Acesso em: 02/05/2013.

DAYRELL, J. **O jovem como sujeito social**. Rev. Brasileira de Educação. Número 24, Set/Out/Nov/Dez, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a04.pdf>. Acesso em: 18/010/2013.

GRILLO, C. F. C. *et al.* **Unidade Didática 2: Módulo 3 Saúde do Adolescente.** 2ª Ed. Belo Horizonte, Editora UFMG; NESCOM/UFMG. 2012. 76p.

IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/3N0N>
Acesso em: 15/09/2012.

MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência:** teorias e práticas. Ed: ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OPAS OMS. 1ª Edição, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adolescente.** Belo Horizonte: SAS/ MG, 2007. 156p.

MINAS GERAIS. Itaguara. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013,** Secretaria Municipal de Saúde de Itaguara. 2009.

MINAS GERAIS. Itaguara. **Relatório Anual de Gestão 2011,** Secretaria Municipal de Saúde de Itaguara. 2012.

PÁDUA, F. H. P; MORAIS, M. L. S. **Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades.** Psicol. USP, São Paulo, v. 21, n. 2, Junho de 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642010000200012&script=sci_arttext
Acesso em: 15/09/2013.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** 3ª ed. São Paulo (SP): Martins Fontes 1982.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal coletiva,** 4ª Ed São Paulo: Santos, 2000. Cap.10: Educação em Saúde Bucal, p. 311-317.

SANTOS, A. A. G. *et al.* **Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.5, Maio 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> Acesso em: 02/06 2013.

STEFFEN, L. **Música, adolescência e timidez.** 2009. Disponível em: <http://espacodomquixote.blogspot.com.br/2012/03/musica-adolescencia-e-timidez-oficina.html>. Acesso em: 13/10/2013.

STRAZZACAPPA, M. **A Educação e a Fábrica de corpos: A dança na Escola.** **Cadernos Cedes**, ano XXI, n 53, abril/ 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n53/a05v2153.pdf>. Acesso em: 15/10/ 2013.

TREZZA. M. C. S. F; SANTOS. R. M.; SANTOS, J. M. **Trabalhando Educação Popular em Saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência.** Texto Contexto Enfermagem Florianópolis, 2007 p. 326-334. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a17v16n2.pdf> Acesso em: 21/10/2013.

VALLADARES, A. C. A. **Arteterapia: interface em arte, educação e saúde.** Arteterapia em Revista. Porto Alegre: Centrarte, v.1, n.1, p.24-37, 2005. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/11395652/Arte-Educacao-e-Saude>. Acesso em: 08/10/2013.