



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANNY GISELLY MILHOME DA COSTA FARRE

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE BASEADA NA ARTE/EDUCAÇÃO
E CENTRADA NA COMUNIDADE**

FORTALEZA

2014

ANNY GISELLY MILHOME DA COSTA FARRE

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE BASEADA NA ARTE/EDUCAÇÃO E
CENTRADA NA COMUNIDADE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

F253p Farre, Anny Giselly Milhome da Costa.
Promoção da saúde do adolescente baseada na arte/educação e centrada na comunidade / Anny Giselly Milhome da Costa Farre. – 2014.
146 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2014.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

1. Saúde do adolescente. 2. Promoção da saúde. 3. Terapia pela arte. 4. Avaliação de serviços de saúde. 5. Conscientização. I. Título.

CDD 613.0433

ANNY GISELLY MILHOME DA COSTA FARRE

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE BASEADA NA ARTE/EDUCAÇÃO E
CENTRADA NA COMUNIDADE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 10 / 12 / 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Presidente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Thereza Penna Firme (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof.^a Dr.^a Estela Maria Leite Meirelles Monteiro (Membro Efetivo)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof.^a Dr.^a Neiva Francenely Cunha Vieira (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Maria Dalva dos Santos Alves (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais, Jeannete (*in memoriam*) e
Geraldo (*in memoriam*).

À minha avó, Antonete.

À minha filha, Adaelly.

Ao meu esposo, Mario.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e Nossa Senhora de Fátima, pelo maravilhoso dom da vida e pelas bênçãos alcançadas nestes quatro anos de caminhada;

À Prof.^a Patrícia Neyva, por suas sábias orientações e pelo grande exemplo de docente, um perfeito encontro entre doçura e determinação que me proporcionou um aprendizado leve e ao mesmo tempo profundo na Enfermagem;

À Prof.^a Neiva Francenely, minha grande orientadora, mulher forte e sábia, uma verdadeira mãe em minha vida. Estes 12 anos de convivência tornaram-se a base de toda a minha formação como enfermeira, docente e também mãe;

Ao meu amado pai, Geraldo (*in memoriam*), meu grande exemplo.

À minha querida mãe, Jeannete (*in memoriam*), que partiu para o plano espiritual há dois anos, por todo amor e doação, pela vida, por tudo que sou;

À minha grande avó Antonete, mulher linda e admirada com seus 90 anos de fé, amor e dedicação ao futuro dos netos. Simplesmente não existem palavras que expressem toda minha gratidão;

Ao meu esposo Mario, por todo apoio e amor nesta caminhada, um grande companheiro, um exemplo de guerreiro. Muito obrigada por existir;

À minha filha Adaelly, que renovou minha vida com toda sua luz, amor e beleza. Obrigada por ter nascido;

Aos meus tios Perboyre e Dulce e às minhas primas Mazarello e Cheline, pela presença, apoio e companheirismo;

Às Professoras Estela Leite, Leilane Barbosa, Fabiane Gubert, Dalva Santos, Rita Rego e Nirla Gomes, pelo grande incentivo acadêmico e pela amizade;

À Prof.^a Thereza Firme, pelas valorosas contribuições como membro nas bancas de qualificação e defesa da tese;

Ao Prof. Fetterman, pela atenção, disponibilidade e generosidade sempre presentes em sua genialidade como criador do método;

À Dr.^a Ednéia, coordenadora do Programa Cidadania em Rede, pelo apoio e disponibilidade em contribuir com a pesquisa;

À amiga e companheira de doutorado, Adriana Nogueira, sempre presente nos momentos de crescimento pessoal e acadêmico;

Ao Programa Cidadania em Rede, nas pessoas de Uiara e Adriana Leite, que tornaram possível a realização desta pesquisa;

Às alunas colaboradoras da pesquisa: Clarice Silva, Clarice Mendes, Rayssa Matos e Lays Hervécias;

A todos os colegas do Projeto AIDS: Educação e Prevenção;

À Universidade Federal de Sergipe, em especial, às colegas docentes do Departamento de Enfermagem de Lagarto: Shirley, Hertaline, Karenine e Deborah pelo apoio e incentivo;

Aos queridos amigos Izaildo Luna, Helder Pádua, Adna Araújo e Angélica Marinho, parceiros e grandes colaboradores;

E a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão deste trabalho, fica registrada aqui a minha gratidão!

“Não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos” (Paulo Freire).

RESUMO

O adolescente é público prioritário nas áreas de promoção, prevenção e proteção à saúde nos grandes centros urbanos brasileiros, em virtude de fatores socioeconômicos que ampliam seus riscos e vulnerabilidades. Algumas propostas educativas incluem a arte/educação como abordagem atrativa para estes adolescentes, no entanto, permanecem desvinculadas do setor saúde. Neste sentido, a presente tese teve como objetivo avaliar as contribuições da arte/educação para a promoção da saúde de adolescentes em situação de vulnerabilidade social urbana, por meio do processo de conscientização e *empowerment*. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, participativa, com abordagem predominantemente qualitativa. O referencial teórico metodológico utilizado foi a Avaliação *Empowerment* de Fetterman articulado à Conscientização de Freire. A pesquisa foi desenvolvida com um grupo de 21 adolescentes e 5 arte/educadores em uma das unidades do Programa Cidadania em Rede, na Cidade de Fortaleza, Brasil. As informações foram coletadas no período de julho a novembro de 2013, por meio de cinco etapas: 1) Missão; 2) Balanço; 3) Planejamento; 4) Implementação e Monitoramento e; 5) Reavaliação. Os dados foram categorizados a partir da análise dos produtos artísticos produzidos, registros em diário de campo, gravações das sessões grupais em áudio ou vídeo e painéis avaliativos. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, sob o número de parecer 369.359. Os resultados descreveram as necessidades e prioridades de saúde do adolescente em dois focos principais: 1) Comunidade, com as categorias: atendimento médico, doenças, trânsito, violência, drogas, lazer e; 2) Adolescente: corpo, mente, amizades, namoro/sexo e diversão. Os participantes identificaram atividades de arte/educação desenvolvidas pelo Programa que possuem dimensionalidades na saúde dos adolescentes nas linguagens de artes visuais, audiovisual e dança. Foram implementadas metas e estratégias para promoção da saúde nas atividades de desenho, grafite, fotografia e alongamento com evidências colaborativas. Algumas mudanças foram observadas após reavaliação do processo e envolveram a tríade: indivíduo, comunidade e programa. Uma visão predominantemente negativa do bairro foi transformando-se numa visão repleta de possibilidades, exemplos e fortalecimento pessoal. A tese propôs um modelo de Promoção da Saúde do

Adolescente baseado na Arte/educação e Centrada na Comunidade. O grupo caminhou no sentido da consciência intransitiva, para a transitivo-ingênua e para a crítica, caracterizando um processo de conscientização que iniciou com apreensão de uma realidade de saúde inicialmente considerada fatídica e imutável, passou pela vivência de situações que favoreceram o questionamento desta realidade e culminou com a percepção das possibilidades de mudança e autodeterminação para mudar.

Palavras-chave: Saúde do adolescente. Promoção da saúde. Terapia pela arte. Avaliação de serviços de saúde. Conscientização.

ABSTRACT

The teenager is a priority public in the areas of promotion, prevention and health protection in large Brazilian cities, due to socioeconomic factors that extend its risks and vulnerabilities. Some educational proposals include the art education as attractive approach to these adolescents, however, remain disconnected from the health sector. The objective of this study was to evaluate the contributions of art education to health promotion of adolescents in urban social vulnerability, through awareness and empowerment process. It is a participatory evaluation research, with a predominantly qualitative approach. The theoretical framework used was the Empowerment Evaluation articulated to Critical Awareness. The research was conducted with a group of 21 teenagers and 5 art educators in one of the units of the Governmental Citizenship Network Program in the city of Fortaleza, Brazil, in the period from July to November 2013, through five steps: 1) Mission; 2) Taking Stock; 3) Planning for the Future; 4) Implementation and Monitoring; 5) Reevaluation. Data were categorized based on the analysis of the produced artistic products, records in field diary, recordings of group sessions on audio or video and evaluation panels. The study was approved at the University Ethics Research Committee, under protocol number 369.359. The results described the adolescent health needs and priorities in two main focuses: 1) Community, with the categories: health care, diseases, traffic, violence, drugs, and leisure; 2) Teenager: body, mind, friendships, dating/sex and fun. Participants identified ten art education activities developed by the program that have dimensionalities on the adolescents health in the areas of visual arts, audiovisual and dance. Goals and strategies have been implemented to promote health in drawing activities, graffiti, photography and stretching through collaborative evidences. Some changes were observed after re-evaluation of the process and involved the triad: individual, community and program. A predominantly negative view of the neighborhood was becoming a vision full of possibilities, examples and personal empowerment. This research proposed a model of Adolescent Health Promotion Based on Art Education and Community-Centered. The group walked towards intransitive consciousness, for the transitive-naive and critical, featuring an awareness process that began with the seizure of a health reality initially considered fateful and immutable, past the living situations that favored the

questioning of this reality and culminated with the perception of the possibilities of change and self-determination for change.

Key-words: Adolescent Health. Health Promotion. Art Therapy. Health Services Evaluation. Awareness.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	–	Diferenças entre os paradigmas tradicional e novo da Promoção da Saúde de acordo com focos e abordagens.....	29
Quadro 2	–	Descrição dos estudos selecionados para revisão da literatura de acordo com o objetivo, local, participantes e indicadores da avaliação realizada	39
Quadro 3	–	Distribuição dos 21 adolescentes participantes da pesquisa segundo sexo, idade, ano escolar e linguagem artística da oficina que participa	49
Quadro 4	–	Caracterização de arte/educadores segundo idade, sexo, escolaridade, oficina que ministra e tempo de atuação específico no Programa	50
Quadro 5	–	Etapas da Avaliação <i>Empowerment</i> adaptadas ao presente estudo segundo período de coleta, sujeitos envolvidos e produto final	51
Quadro 6	–	Categorias relacionadas à saúde dos adolescentes de acordo com as necessidades e prioridades evidenciadas no grupo	66
Quadro 7	–	Classificação das atividades desenvolvidas no Programa segundo pontuação por relevância na saúde do adolescente atribuída pelos participantes da pesquisa	75
Quadro 8	–	Painel de notas individuais da etapa de classificação das atividades de arte/educação na saúde do adolescente.....	77
Quadro 9	–	Plano de ação para o futuro da oficina de artes visuais.....	81
Quadro 10	–	Plano de ação para o futuro da oficina de audiovisual	82
Quadro 11	–	Plano de ação para o futuro da oficina de dança	84
Quadro 12	–	Categorização dos assuntos de interesse dos adolescentes e suas dúvidas	95
Quadro 13	–	Painel de notas individuais da etapa de reavaliação das atividades de arte/educação na saúde do adolescente	102

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1	– Movimento da consciência intransitiva para transitivo-ingênua, para a crítica e a fanatizada proposta por Freire	31
Figura 2	– Fluxograma das etapas da Avaliação <i>Empowerment</i>	35
Figura 3	– Registro fotográfico da maquete construída pelos adolescentes que retrata o namoro na adolescência e um filho pequeno trabalhando na rua	53
Figura 4	– Registro fotográfico do quadro de votações da etapa de priorização das atividades de arte/educação realizadas pelo Programa	55
Figura 5	– Relação entre tipos, registro, organização e análise dos dados em resposta às perguntas-guias da pesquisa	59
Figura 6	– Maquete representando as necessidades ou problemas de saúde dos adolescentes moradores do bairro Bela Vista	65
Figura 7	– Exemplificação das notas para os participantes da pesquisa em uma régua avaliativa	78
Figura 8	– Registro do início das atividades artísticas no período de alcance das metas	86
Figura 9	– Ilustração sobre a temática “drogas e violência na comunidade”	87
Figura 10	– Trabalhos sobre a temática “paz” em exposição para a comunidade Bela Vista	89
Figura 11	– Desenho sobre namoro no Bairro Bela Vista	97
Figura 12	– Caricatura de uma adolescente relacionada à temática de saúde	100
Figura 13	– Relação do processo de conscientização de Freire com a avaliação <i>empowerment</i> de Fetterman desenvolvida na tese	106
Figura 14	– Modelo de Promoção da Saúde do Adolescente Baseada na Arte-Educação e Centrada na Comunidade	109
Gráfico 1	– Classificação média das 10 atividades selecionadas pelos participantes da pesquisa segundo influência atual na saúde do adolescente	80

Gráfico 2 – Comparação das médias antes e depois do período de implementação do plano de ação no Programa Cidadania em Rede. Fortaleza, 2013	104
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Avaliação <i>Empowerment</i>
AEA	<i>American Evaluation Association</i>
AGTO	Intervenção Atuando Ativamente para Resultados
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
APS	<i>After-School Programs</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	<i>Centre of Diseases Control</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DDS	Determinantes Sociais de Saúde
DENF	Departamento de Enfermagem
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescentes
EPSD	Estratégia de Promoção da Saúde pela Dança
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNCI	Fundação da Criança e da Família Cidadã
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LABVIDA	Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética
MS	Ministério da Saúde
ODCE	Domínios Organizacionais do <i>Empowerment</i> Comunitário
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PCM	PubMed Central
PPBC	Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade
PPDE	Programa Prático de Dança Educativa

PS	Promoção da Saúde
PSAC	Promoção da Saúde baseada na Arte/educação e centrada na Comunidade
PSE	Programa Saúde na Escola
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SDH	Secretaria de Direitos Humanos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNAIDS	<i>United Nations Programme on HIV/aids</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
1.1	Inserção da pesquisadora na temática	19
1.2	Objeto de estudo e delimitação da problemática	20
1.3	Pressupostos e questões norteadoras do estudo.....	25
2	OBJETIVOS	27
2.1	Objetivo geral	27
2.1	Objetivos específicos	27
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	28
3.1	Promoção da Saúde, Conscientização e Arte/educação: encontros necessários	28
3.2	Avaliação <i>Empowerment</i> (AE): princípios e método	32
3.3	Breve revisão da literatura sobre Avaliação <i>Empowerment</i>	37
4	PERCURSSO METODOLÓGICO	46
4.1	Natureza do estudo/abordagem	46
4.2	Cenário da pesquisa	47
4.3	Participantes da pesquisa	48
4.4	Coleta das informações	51
4.4.1	<i>Primeira Etapa: Estabelecer a missão</i>	52
4.4.2	<i>Segunda etapa: Fazer um balanço</i>	54
4.4.3	<i>Terceira etapa: Planejamento para o futuro</i>	56
4.4.4	<i>Quarta etapa: Implementação e monitoramento</i>	57
4.4.5	<i>Quinta etapa: Reclassificação</i>	57
4.5	Registro e análise das informações	58
4.6	Amigos-críticos da pesquisa	61
4.7	Considerações éticas e legais	62
4.8	Orçamento da pesquisa	63
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	64
5.1	Necessidades e prioridades de saúde dos adolescentes no contexto urbano	64
5.2	Dimensionalidade da arte/educação na saúde do adolescente	73
5.3	Adolescentes em ação: percursos da artesanaria em saúde	85

5.3.1	<i>Artesania em saúde da comunidade</i>	86
5.3.2	<i>Artesania em saúde do adolescente</i>	94
5.4	Promoção da Saúde do adolescente baseada na Arte/educação e centrada na Comunidade	101
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
6.1	Desafios e limitações da pesquisa	115
	REFERÊNCIAS	118
	APÊNDICE A - FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO NA PESQUISA	129
	APÊNDICE B - FICHAS DE PLANEJAMENTO DAS SESSÕES ABERTAS	130
	APÊNDICE C - 2ª ETAPA: FAZER UM BALANÇO - CLASSIFICAÇÃO 133	
	APÊNDICE D - 5ª ETAPA: RECLASSIFICAÇÃO	134
	APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ADOLESCENTES	135
	APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ARTE/EDUCADORES	137
	APÊNDICE G - CRONOGRAMA DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA APÓS EXAME DE QUALIFICAÇÃO	139
	APÊNDICE H - ORÇAMENTO DA PESQUISA	140
	APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E REGISTRO PARA OS COLABORADORES NA ETAPA DE COLETA DE DADOS 141	
	ANEXO A - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA DA UFC	142
	ANEXO B - NARRATIVA COLETIVA DO EXERCÍCIO POÉTICO SOBRE O BAIRRO BELA VISTA	144

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Inserção da pesquisadora na temática

No início da graduação em enfermagem, aos dezessete anos de idade, comecei a trilhar os primeiros passos como pesquisadora na temática adolescência. Nesse período, as questões de pesquisa confundiam-se com minha própria fase de vida, ao mesmo tempo em que ofereciam oportunidades de articulação entre minha formação artística como bailarina clássica e o cuidado de enfermagem por meio de estratégias participativas de educação em saúde.

Ser artista e, ao mesmo tempo, jovem pesquisadora, foi uma significativa experiência acadêmica que resultou na criação do Programa Prático de Dança Educativa (PPDE) e na Estratégia de Promoção da Saúde pela Dança (EPSD). Ambos caracterizados como ações educativas mediadas pela dança como forma de atrair e sensibilizar os adolescentes para temas como: saúde, sexualidade, puberdade e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (COSTA *et al.*, 2004 e COSTA, 2009).

Após o ingresso no mundo do trabalho, como enfermeira da Atenção Básica de Saúde (ABS), observava que muitas ações de educação em saúde eram realizadas por profissionais de forma pontual, tradicional e dirigidas ao alcance de metas de programas nacionais. Este modelo educativo não era diferente quando se tratava da população adolescente, que recebia as informações como expectador passivo dos padrões corretos de comportamento em saúde descritos pelos profissionais.

Essa situação, motivou-me a buscar outras práticas educativas, dessa vez no cenário do trabalho, que valorizassem metodologias significativas de aprendizagem para adolescentes, estimulando a criatividade, as habilidades pessoais e sociais do ser saudável, mais uma vez articulando arte, ciência e enfermagem. Assim, a vivência na realidade de saúde de uma comunidade rural cearense, em específico, culminou com o desenvolvimento da dissertação de mestrado “Imagem, reflexão e ação para promoção da saúde dos adolescentes no contexto rural”. Adotou-se como método de investigação a Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade (PPBC), utilizando a arte da fotografia, por meio do

método fotovoz, como parte do processo da pesquisa visando à conscientização e participação social dos adolescentes na saúde local (COSTA, 2009).

Tais experiências no campo sedimentaram uma concepção integradora do homem no mundo e fortaleceram minhas hipóteses de que a promoção da saúde traz intrinsecamente a relação ciência, arte e cuidado. Essa relação significa para Cavalcante-Júnior (2005) uma progressão da sensibilidade do homem moderno, o qual normalmente tende a priorizar o pensamento e a razão, influenciado por paradigmas vigentes e estilos de vida caóticos.

Dessa forma, encontro-me no estágio de re(encontro) do ser cientista-artista, no desenvolvimento da presente tese apoiada no conceito de ciência como atividade social, na qual os fatores sociais podem determinar o que as ciências investigam e o conteúdo das crenças científicas, bem como os atores sociais podem determinar como a ciência investiga. Acreditando que as teorias e fatos científicos são socialmente construídos (FRENCH, 2009).

1.2 Objeto de estudo e delimitação da problemática

A adolescência é a segunda década de vida do ser humano, uma fase de intensas mudanças físicas, psicológicas, sociais e interpessoais. Este período é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma janela de oportunidades para o ser saudável e produtivo na idade adulta e, ao mesmo tempo, um momento de enfrentamentos de situações de riscos, visto que os problemas de saúde nessa etapa podem resultar em graves implicações imediatas ou tardias (WHO, 2009).

Durante um período de 20 anos, de 1990 a 2010, o Brasil conseguiu reduzir em 61,7% as taxas de mortalidade infantil, passando de 52,04 óbitos a cada 1000 nascidos para apenas 19,88. O país está a caminho de cumprir o 4º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM4) da Organização das Nações Unidas (ONU) que é diminuir a mortalidade infantil em dois terços até 2015 (RAJARATNAM *et al*, 2010).

Neste cenário, destaca-se a médica sanitária Zilda Arns criadora da Pastoral da Criança em 1983, que contribuiu enormemente para a diminuição da taxa de mortalidade infantil no Brasil e plantou raízes para o posterior

desenvolvimento e atuação de médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família (ESF) (BELO HORIZONTE, 2010).

Os dados demonstram os resultados positivos dos grandes investimentos, realizados nas últimas décadas em políticas públicas de saúde e desenvolvimento social para crianças, mas, simultaneamente, revelam um preocupante panorama brasileiro: uma sociedade com um maior número de adolescentes, que nasceram, “sobreviveram” e cresceram nos últimos 10-18 anos e que atualmente enfrentam o grande desafio de adolecer saudável vivendo nas grandes metrópoles.

Tal realidade é apontada no Relatório Situação da Adolescência Brasileira: entre os anos 1998 e 2008 foi possível preservar a vida de mais de 26 mil crianças, entretanto, no mesmo período, 81 mil adolescentes brasileiros foram assassinados, vítimas da violência. O diretor da instituição enfatiza que “[...] com certeza, não queremos salvar crianças em sua primeira década de vida apenas para perdê-las na década seguinte” (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011, p.5).

Enquanto que, globalmente, as principais causas de óbito na adolescência estão relacionadas a acidentes (meninos) e gravidez precoce (meninas); no Brasil, a violência destaca-se: os homicídios correspondem a 46% de todas as mortes de adolescentes de 12 a 18 anos do sexo masculino (WAISELFISZ, 2012).

O contexto social é fator determinante no adolecer saudável de meninas e meninos brasileiros que são considerados vítimas e não responsáveis pelo caos urbano gerado por políticas públicas frágeis que não garantem sua sobrevivência na fase de transição para a vida adulta.

Investir em políticas públicas para adolescentes é também cuidar da próxima geração de adultos, pois segundo a OMS dois terços das mortes prematuras e um terço do total de complicações de doenças nos adultos estão associados a condições e comportamentos que adquiriram quando jovens, incluindo o fumo, sedentarismo, sexo desprotegido ou exposição à violência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Isto representa ao que Smith, Tang e Nutbeam (2006) chamam de *Burden of Disease* (fardo da doença), entendida como análise da medida de morte antecipada ou incapacidade prematura causada por situações/problemas de saúde que enfrenta a população.

As Políticas Públicas de Saúde do Adolescente e do Jovem que se destacam no Brasil são: Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde; Caderneta da Saúde do(a) Adolescente; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação provisória; e Plano de Ação Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2013).

O adolescente é público prioritário nas áreas de promoção, prevenção e proteção à saúde para as próximas décadas, principalmente em países em pleno desenvolvimento econômico, como no caso do Brasil. Uma adolescência no contexto social que favoreça um crescimento de desenvolvimento saudável trará benefícios para os jovens e menores serão as complicações de doenças nas próximas gerações de adultos.

Prevenir doenças e/ou agravos na geração adolescente significa reduzir comportamentos e fatores de riscos. O primeiro diz respeito a formas específicas de comportamentos que aumentam a susceptibilidade a uma determinada doença. Já o segundo, refere-se a condições sociais, econômicas ou biológicas, comportamentais ou ambientais que levam ao adoecimento (NUTBEAM, 1998).

Neste cenário, a Promoção da Saúde (PS) do adolescente brasileiro vivencia um período de transição de paradigmas, no qual estratégias tradicionais de aconselhamento, prevenção de doenças e educação em saúde centradas em modelos de estilos de vida saudáveis, dão lugar àquelas centradas nos jovens, em seus contextos social, educacional e cultural.

Segundo Smith (2002, p.1432, tradução nossa), torna-se urgente “desmedicalizar” a saúde incentivando estratégias que elevem o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, a utilização da arte na saúde pode ser mais potente “[...] do que qualquer coisa que a medicina tem a oferecer”, apesar de não resolver imediatamente os problemas de saúde.

O impacto das artes na saúde foi analisado por meio de uma revisão da literatura médica publicada entre 1999 e 2004. O estudo concluiu que algumas intervenções artísticas propiciaram evidências confiáveis em resultados clínicos de pacientes, no entanto, muitas outras ainda necessitam ser avaliadas, principalmente em relação aos aspectos socioculturais da saúde (STARICOFF, 2005).

O contexto social desempenha um papel fundamental na determinação do que é ou não arte. A noção de arte é dependente da cultura, de modo que as pessoas de um determinado país ou região podem não considerar artísticas as tradições de outros e vice-versa, como no caso das artes ocidentais e orientais (GOGUEN, 2000). Na presente tese, considera-se “arte” uma forma de percepção e expressão, uma leitura sensível do mundo e uma escrita criativa a partir de estímulos percebidos (CAVALCANTE-JÚNIOR, 2005).

Em todo o Brasil, centenas de projetos utilizam a arte como meio de educação para adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade. As Organizações Não Governamentais (ONG) deram início a esses tipos de estratégias que, paulatinamente, ganharam destaque nacional e despertaram o interesse dos órgãos governamentais, bem como conquistaram espaços nas políticas públicas.

A educação pela arte ou arte/educação é todo e qualquer trabalho consciente para desenvolver a relação de públicos com a arte. É um importante instrumento para o desenvolvimento da percepção, imaginação e capacidade crítica, permitindo que as pessoas analisem a realidade percebida e desenvolvam a criatividade de maneira a mudá-la (BARBOSA, 2012).

A arte/educação é uma forma descontraída de promover saúde, pois instiga a criatividade e fortalece a construção de sonhos, ao mesmo tempo em que tem o poder de estimular reflexões do jovem sobre o seu cotidiano de vida. Ela pode contribuir para a mudança social em saúde por meio da participação e autodeterminação (MATRACA, 2004), que caracterizam o processo de *empowerment*.

Na saúde, o conceito de *empowerment*, ou sua tradução “empoderamento”, ainda não inclusa nos dicionários portugueses, motivo pelo qual, nesta tese, optou-se pela utilização do termo no seu idioma original (inglês), está basicamente relacionado às palavras “força e poder”, no sentido de “autodeterminação” para a mudança positiva em saúde (FETTERMAN, 2001).

As mudanças podem ocorrer além da esfera individual e alcançar níveis coletivos, influenciando políticas locais que afetarão os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) de comunidades. De acordo com a Declaração Política do Rio (WHO, 2011, p.1),

[...] esses determinantes incluem as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças.

A atenção ao adolescente com enfoque na promoção da saúde requer banir equívocos apressados de associar de forma linear como ser vulnerável a períodos de riscos. O adolescente “não é”, mas pode “estar vulnerável” aos riscos. Segundo Brêtas (2010), considerar apenas “período de risco” delimita negativamente a adolescência, gerando pre(conceitos) e estereótipos. Já a noção de vulnerabilidade amplia a visão e a compreensão das experiências de vida dos jovens diante dos riscos e considera os determinantes sociais.

Assim, a vulnerabilidade é a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos individuais e coletivos, em constante associação e movimento nas dimensões individual, social e programática. Individual ao valorizar crenças, atitudes, comportamentos do sujeito; Social ao incluir acesso à saúde, educação, empregos, exercício da cidadania; Programática no aspecto da saúde e governabilidade, políticas públicas, controle social, planejamento e participação (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993).

Nos grandes centros urbanos brasileiros, observam-se estruturas familiares fragmentadas, com jovens que preferem o espaço da rua ao do domicílio, vivenciando condições de vida limitadas pelos contextos social e econômico. Os conflitos, frustrações, riscos e vulnerabilidades surgem na vida de adolescentes que não encontram um caminho para um futuro próximo e próspero (UNICEF, 2011).

O grande desafio da sociedade contemporânea está em reverter o caos que se instalou na adolescência urbana, transformar desesperança em autodeterminação. Nas periferias das grandes cidades, como no caso de Fortaleza, é comum a existência de projetos governamentais que utilizam a arte/educação na tentativa de preencher os espaços vazios que geralmente permanecem entre a escola e a casa dos adolescentes.

Nesse contexto, o enfermeiro teria o papel de educador em saúde, possibilitando aos jovens um caminhar entre riscos e vulnerabilidades existentes, fortalecendo sua capacidade de controle e autodeterminação, bem como aumentando seu potencial para um futuro saudável.

A educação em saúde é um dos principais componentes do cuidado de enfermagem. Os propósitos e benefícios do cuidar tornam-se os mesmos do educar, na medida em que ambos proporcionam o aumento da autonomia das pessoas para autogestão de saúde (BASTABLE, 2010). O enfermeiro cuida enquanto educa.

Na pesquisa, o cuidado/educação em saúde deve ser um processo cientificamente conduzido, perpassando por avaliações que visam à eficiência e eficácia das ações do enfermeiro. Coad (2007, pp. 487-488, tradução nossa) aponta que “um equívoco comum sobre o uso de atividades baseadas na arte em consultorias ou pesquisas é que o facilitador ou pesquisador precisa ter habilidades artísticas bem desenvolvidas”. Para a autora, esse é um mito que distancia cientistas e artistas, já que é possível articular arte-ciência por meio do olhar crítico e ao mesmo tempo sensível dos pesquisadores e participantes dos estudos.

Possivelmente, o ponto mais tenso desta temática seja a questão das evidências científicas diante dos crescentes questionamentos dos trabalhos de artistas-cientistas e cientistas-artistas na literatura acadêmica.

Um relatório demonstrou que a maioria dos projetos de arte/educação não utilizava parâmetros avaliativos criteriosos, pois alegava dificuldades financeiras, falta de tempo ou disposição para fazê-la. Além disso, existia uma sensação de medo de parâmetros avaliativos reducionistas, que possam estabelecer precedentes desconfortáveis para justificar arte em termos de utilidade social (ANGUS, 2002).

Particularmente, países como a Austrália e a Inglaterra têm demonstrado um interesse particular neste tipo de avaliação com o intuito de incentivar novas políticas públicas de saúde e apoio financeiro. A autora Putland (2008) aponta como perspectivas de saúde pública as abordagens científicas de avaliação das práticas de arte/educação que vão além de anedotas e opiniões, destacando a importância da interdisciplinaridade como nova arena do conhecimento.

1.3 Pressupostos e questões norteadoras do estudo

Os projetos e programas de arte/educação carecem de avaliações cientificamente conduzidas, que possam subsidiar práticas, consolidar ações e ampliar investimentos governamentais na área. Destaca-se também a importância da avaliação nos cenários integrados da saúde e educação, pois acredita-se que os

projetos e programas socioeducativos, mesmo quando não direcionados à saúde do adolescente, acabam por promover saúde ao trabalharem com arte/educação.

Na área da saúde, as pesquisas de avaliação têm importância decisiva na reorganização de sistemas locais, visto que se questionam sobre a eficácia, diminuição dos custos e otimização dos recursos (BOSI; MERCADO-MARTINÉZ, 2010). A avaliação é um componente crítico presente no processo educativo em saúde e os resultados de pesquisas avaliativas são utilizados para orientar ações futuras no planejamento e na execução das intervenções de enfermeiros (BASTABLE, 2010).

Considerando também o papel do enfermeiro como avaliador nos diversos cenários de atenção à saúde dos adolescentes, emergiram as seguintes questões avaliativas direcionadas à adolescência:

- Quais são as necessidades e prioridades de saúde de adolescentes em situação de vulnerabilidade social urbana?
- Quais são as características, particularidades ou condições presentes nas atividades de arte/educação que influenciam na promoção da saúde dos adolescentes?
- Quais mudanças podem ser geradas com a implementação de propostas de promoção da saúde do adolescente em um programa que utiliza a arte/educação como abordagem socioeducativa?

Assim, a presente pesquisa avaliará as dimensionalidades das propostas de arte/educação na promoção da saúde dos adolescentes, uma vez que defende a seguinte tese: A arte/educação contribui positivamente para o processo de conscientização e *empowerment* em saúde com adolescentes em situação de vulnerabilidade social urbana.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar as contribuições da arte/educação para a promoção da saúde de adolescentes em situação de vulnerabilidade social urbana, por meio do processo de conscientização e *empowerment*.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as necessidades e prioridades de saúde dos adolescentes participantes de um programa social de arte/educação.
- Identificar as dimensionalidades da arte/educação na promoção da saúde dos adolescentes.
- Analisar as mudanças geradas após a implementação de propostas de promoção da saúde do adolescente no programa de arte/educação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo reúne os principais conceitos e alguns estudos agrupados como alicerce teórico da pesquisa, construído com quatro fundamentos essenciais para a sustentação do percurso metodológico e discussão dos resultados: Promoção da Saúde Ampliada; Processo de Conscientização de Paulo Freire; Arte/educação de Ana Mae e Avaliação *Empowerment* de David Fetterman.

3.1 Promoção da Saúde, Conscientização e Arte/educação: encontros necessários

A saúde não é mais considerada como um estado abstrato de completo bem-estar e ausência de doenças (WHO, 1948), mas como um recurso que permite às pessoas levarem uma vida individual, social e economicamente produtiva (NUTBEAM, 1998; WHO, 1998). A saúde está diretamente relacionada aos estados de compreensão, aceitação e adaptação nas situações de vida das pessoas (SMITH, 2002). Um novo paradigma da promoção da saúde emerge no cenário cultural, diante da reflexão crítica das situações de vida e mudança social (IRVINE, 2007).

Após 26 anos da realização da I Conferência Internacional em Promoção da Saúde e elaboração da Carta de Ottawa (WHO, 2011), os conceitos de saúde atingem uma idade adulta repleta de reflexões acerca de suas contribuições para melhoria da saúde das populações.

Na sociedade moderna, discutir sobre Promoção da Saúde é demonstrar envolvimento com princípios transformadores, é falar a mesma língua de sistemas de saúde exitosos, é atuar para reduzir as desigualdades, pois esta “[...] constitui nos dias de hoje um dos principais modelos teórico-conceituais que subsidiam políticas de saúde em todo o mundo” (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p.2030).

Mas o simples passar do tempo não é sinônimo de mudanças e a jovem promoção da saúde vem sendo contemplada com inúmeros estudos que criticam seu caráter inicialmente positivista, tradicional, com práticas de baixo impacto na saúde coletiva.

Irvine (2007) apresenta um panorama crítico da Promoção da Saúde, expondo além de conceitos, os focos e as abordagens predominantes nas práticas profissionais e de enfermagem. A referida autora realiza uma discussão acerca do caráter tradicional da Promoção da Saúde e seu novo paradigma, o qual é baseado no *empowerment* e desenvolvimento comunitário, descritos no quadro a seguir:

Quadro 1 - Diferenças entre os paradigmas tradicional e novo da Promoção da Saúde

Paradigmas	Promoção da Saúde Tradicional	Promoção da Saúde Ampliada
FOCO	- Educação em Saúde - Mudança de Comportamento e Estilos de Vida	- <i>Empowerment</i> - Desenvolvimento Comunitário
ABORDAGENS	- Médica ou Preventiva - Mudança Comportamental - Educacional	- Centrada no Cliente ou <i>Empowerment</i> - Mudança Social

Fonte: Irvine (2007)

A expressão “novo paradigma” utilizada pela autora faz referência à ideia de “amplo paradigma”. Considerando que o conceito de “novo” pode emergir concepções de tempo e não de contexto, optou-se por utilizar “amplo” na tradução para o português e adoção na presente tese.

O amplo paradigma da promoção da saúde possui como foco a sociedade. Ou seja, a saúde está intimamente relacionada com o poder de conhecimento e transform(ação) de pessoas, grupos e comunidades. Além do corpo individual, a saúde é concebida em corpo social.

As abordagens apresentadas pela autora evidenciam as diferenças entre os paradigmas e podem ser descritas por meio das seguintes atividades: 1) Médica ou preventiva – intervenção médica para prevenir a doença ou melhorar saúde; 2) Mudança comportamental – adoção de comportamentos saudáveis que melhorem sua saúde; 3) Educacional - conhecimentos, informações e habilidades necessárias para escolhas saudáveis; 4) Centrada no Cliente ou *Empowerment* - habilidades e confiança necessárias para agir sobre as preocupações de saúde das pessoas; 5)

Mudança Social - objetiva mudar a sociedade e não o comportamento individual (WILLS; NAIDOO, 2000).

As duas últimas abordagens fortalecem a autodeterminação, a compreensão política e a ação social para geração de ambientes favoráveis à saúde. A presente tese insere-se no Amplo Paradigma da Promoção da Saúde (SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006) ao avaliar estratégias de arte/educação centradas no adolescente (“cliente”) incentivando o *empowerment* pessoal e comunitário.

O *empowerment* é um processo social, cultural, psicológico e/ou político, caracterizado como individual ou comunitário (VASCONCELOS, 2003). O *empowerment* está relacionado à autodeterminação para a mudança (FETTERMAN, 2001). Glossários de Promoção da Saúde definem *empowerment* como “[...] um processo por meio do qual as pessoas obtêm maior controle sobre decisões e ações que afetam sua saúde” (NUTBEAM, 1998, p. 354; WHO, 1998, tradução nossa).

Na saúde pública brasileira, o termo *empowerment* foi amplamente difundido pelo médico Vasconcellos (2003) que apresentou sua origem história e importância para a melhoria da saúde da população. De acordo com o autor, a noção de *empowerment* não é algo novo no País, mas uma reapropriação e reelaboração de tradições já existentes.

O *empowerment* teve suas origens nas lutas pelos direitos civis, nos anos 1970 nos movimentos de autoajuda, seguido pela psicologia comunitária nos anos 1980, e pelos movimentos sanitaristas da década de 1990 (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

A presente tese considera *empowerment* como um processo sociocultural de construção e fortalecimento da autodeterminação para a mudança em saúde, seja a nível individual, seja coletivo, com conseqüente influência na área política, principalmente daqueles sujeitos ou grupos submetidos às relações de opressão, discriminação e dominação social (VASCONCELLOS, 2003).

Na Promoção da Saúde brasileira, o conceito de *empowerment* desenvolveu-se, principalmente, sob os princípios educativos de Paulo Freire, que influenciou os pensamentos de construção de uma autonomia comunitária, destacando a saúde como um processo/resultado de lutas de coletivos sociais por seus direitos (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

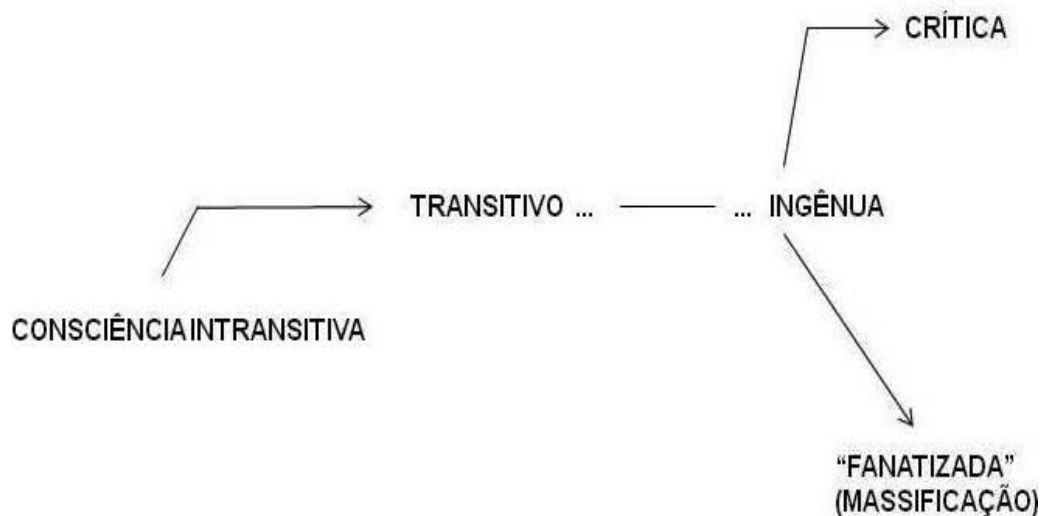
Freire tornou-se o teórico inspirador de profissionais da saúde comprometidos com a melhoria das condições de saúde das comunidades por meio do fortalecimento de práticas cidadãs questionadoras do *status quo*, favoráveis ao processo de conscientização em saúde.

O vocábulo Conscientização foi criado por uma equipe de professores, dentre eles os filósofos Álvaro Vieira Pinto e Alberto Guerreiro Ramos, do Instituto Superior de Estudos Brasileiros por volta de 1964, e tornou-se o conceito central das ideias de Paulo Freire sobre a educação brasileira, sendo difundido por Dom Hélder Câmara para os idiomas inglês e francês (FREIRE, 2001a).

Conscientização é o desenvolvimento crítico da tomada de consciência por meio de um movimento inesgotável de apreensão da realidade, reflexão e transformação. É um ato de conhecimento de si e do mundo, é o olhar mais crítico possível da realidade (FREIRE, 2001a, 2001b).

O movimento da conscientização foi ilustrado por Freire em tese de concurso público para a cadeira de História e Filosofia da Educação de Belas Artes de Pernambuco, em 1959, da seguinte forma:

Figura 1 - Movimento da consciência intransitiva para transitivo-ingênua, para a crítica e a fanatizada proposta por Paulo Freire



Fonte: Freire (2001b, p.117).

Na medida em que o homem movimenta-se da consciência transitivo-ingênua para a crítica, ele amplia seu poder de captação da realidade e da dialogação. Seus interesses e preocupações expandem-se para o mundo e ele busca conhecer sua história pregressa para compreender a atualidade. Sendo assim, a consciência crítica é indagadora, assume compromissos, participa das mudanças. Pois, o homem não é, o homem está sendo. O mundo não é, o mundo está sendo (FREIRE, 2001a, 2001b, 2011).

A educação assume um papel valioso e central neste movimento sociológico, pois é a ponte de transição da visão mágica para a crítica da realidade, ampliando as relações homem-homem, homem-família, homem-comunidade e homem-mundo. Já o encontro da educação com a arte gera experiências que transformam as relações do ser no mundo por meio da sensibilidade, criatividade e expressão (BARBOSA, 2012).

A arte/educação é mediadora entre a arte e o homem, ela educa pela experiência social e cultural, e para Paulo Freire a consciência da experiência é o que podemos chamar de conhecimento (BARBOSA, 2006). Neste sentido, a arte/educação, enquanto construção da relação entre o subjetivo e objetivo, pode transitar no movimento da consciência intransitiva para transitivo-ingênua e crítica de Freire, gerando conhecimento.

3.2 Avaliação *Empowerment* (AE): princípios e método

A avaliação é uma atividade planejada que consiste basicamente em aplicar um julgamento de valor a uma determinada intervenção por meio de um método/instrumento capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A avaliação pode ser classificada quanto à compreensão de sua natureza. Os processos avaliativos estão pautados em diferentes tendências e momentos socioeconômicos e político-organizacionais, os quais estabeleceram paradigmas teóricos denominados gerações de avaliadores.

Guba e Lincoln (1989) descreveram quatro gerações de avaliadores que seguiram uma evolução de conceitos, perpassando pela Mensuração (1ª), Descrição (2ª), Julgamento (3ª) e Negociação (4ª).

No campo da saúde, a avaliação surge vinculada aos avanços da epidemiologia e da estatística, acompanhando as tendências dos paradigmas biologistas e positivistas da medicina, sendo que a quarta geração de avaliadores prevalece no Brasil desde a década de 1990 até os dias atuais, caracterizada pela negociação entre os atores interessados e envolvidos na avaliação (CRUZ, 2011).

No século XXI, principalmente nos países considerados desenvolvidos, torna-se urgente a participação da sociedade civil em todas as etapas de processos avaliativos que têm como foco a implantação ou implementação de políticas públicas. Emerge, então, uma nova geração de avaliadores, denominada Emancipadora (5ª Geração) que combinaria algumas atividades das tendências anteriores, mas implicaria na vontade explícita de aumentar o poder de seus participantes (HARTZ, 2009), ou seja, favorecer o *empowerment*.

Nesse contexto, surge a AE definida como o uso de conceitos, técnicas e achados avaliativos que objetivam promover a autodeterminação (poder) das pessoas e, conseqüentemente, gerar melhorias. É uma abordagem de avaliação que emprega metodologias quantitativas e qualitativas e pode ser aplicada com: indivíduos, organizações, comunidades e sociedades ou culturas (FETTERMAN, 2001, 2009 e FETTERMAN; WANDERSMAN, 2005, 2007).

A AE foi apresentada à comunidade científica em 1993 por David Fetterman na reunião anual da *American Evaluation Association* (AEA) e, desde então, diversos estudos foram desenvolvidos em países classificados como desenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo o Brasil. Os livros do autor relatam experiências bem sucedidas em organizações das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e nos contextos de prevenção de doenças e promoção da saúde de comunidades socialmente desfavorecidas.

Segundo Fetterman e Wandersman (2005, p.2, tradução nossa), os dez princípios básicos da AE são:

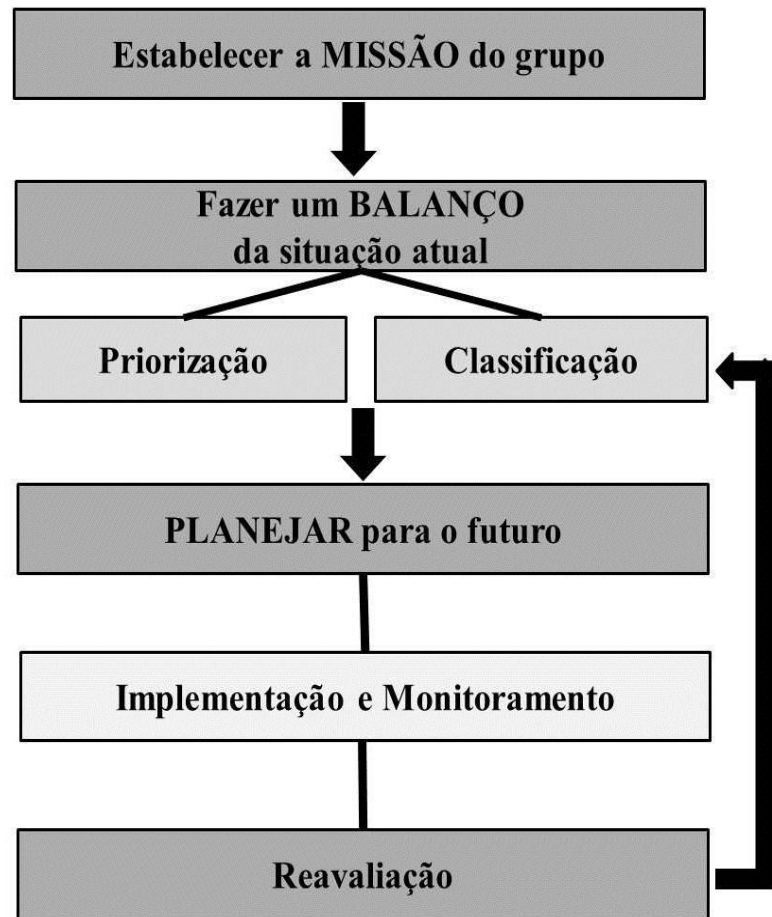
1. Melhoria – A avaliação sempre é projetada para ajudar as pessoas a melhorarem seus contextos;
2. Propriedade comunitária - Facilita o controle e apropriação dos membros locais;
3. Inclusão - Convida ao envolvimento, à participação e à diversidade;

4. Participação democrática – Os processos de participação e de tomada de decisão devem ser abertos e justos;
5. Justiça social – A avaliação pode e deve ser usada para abordar as desigualdades sociais na sociedade;
6. Conhecimento da comunidade – Respeito aos valores e ao conhecimento da comunidade;
7. Estratégias baseadas em evidências – Respeito e utilização do conhecimento cientificamente comprovado (em conjunto com o conhecimento da comunidade);
8. Capacitação – Planejamento, implantação e implementação de metas e projetos;
9. Aprendizado organizacional – Ajuda organizações a aprenderem com suas próprias experiências;
10. Responsabilidade - É focada em resultados e prestação de contas com os participantes.

Estes princípios guiam cada etapa do processo avaliativo, conduzindo planos e ações do pesquisador desde o planejamento até a implementação e avaliação das estratégias utilizadas. Os termos *empowerment*, democracia, participação, comunidade e autodeterminação são fundamentais no discurso sobre AE.

Este processo tem como objetivo ajudar as pessoas a avaliarem seus próprios programas e projetos por meio de 3 Etapas integradas: 1ª) Estabelecer uma Missão; 2ª) Fazer um balanço do estado atual; 3ª) Planejar para o futuro. Uma visão geral do processo é apresentada pela figura 2, na página a seguir.

Figura 2 – Fluxograma das etapas da Avaliação *Empowerment*



Fonte: Adaptado de Fetterman (2001) pela autora.

A primeira etapa corresponde **estabelecer a MISSÃO do grupo**, também denominada de visão ou propósito unificado. O avaliador promove um fórum aberto democrático e, durante algumas horas, incentiva o debate e a geração de frases-chave pelos participantes, as quais serão agrupadas em uma única frase-missão de acordo com os valores e expectativas grupais (FETTERMAN, 2004).

Algumas experiências demonstraram que mesmo convivendo durante anos, os membros de um projeto podem ter visões completamente divergentes de um mesmo propósito. Cabe ao avaliador-facilitador reunir os elementos gerados no fórum, promover uma escolha democrática e incentivar a participação para decisão dos pontos mais relevantes (FETTERMAN, 2009).

A segunda etapa, **fazer um BALANÇO da situação atual**, é subdividida em duas fases: 1) **Priorização**: Geração de uma lista de atividades-chave atuais e

cruciais para o funcionamento do programa; 2) **Classificação**: avaliação em uma escala de 1 a 10 de cada atividade selecionada de acordo com o nível de importância para cada participante.

Na fase de **priorização**, o avaliador solicita aos participantes para listarem as características e/ou atividades mais importantes para o funcionamento do programa. Uma lista com 10 a 20 itens é suficiente para priorizar e determinar quais são as atividades mais importantes, ou seja, as que merecem ser avaliadas. Em um novo fórum aberto, os participantes são convidados a listarem os itens em um painel, e, logo após, cada participante recebe cinco bolinhas de votação, que correspondem a pontos. Os participantes devem incluir livremente os pontos nos itens que consideram mais importantes para a melhoria do programa.

Na fase de **classificação**, os itens com maior número de pontos são considerados prioritários e devem ser classificados. Os participantes são convidados a avaliar cada item, atribuindo uma nota numa escala de 1 (ruim) a 10 (excelente), respondendo à pergunta: Quão bem este item está sendo desenvolvido? Esta fase da avaliação prepara o terreno para o diálogo, o esclarecimento e a comunicação sobre o *status* atual do grupo (FETTERMAN, 2009). Diante de um painel coletivo de notas, as médias de cada item são calculadas e o grupo pode visualizar aqueles que possuem boas e más médias.

A terceira etapa, **PLANEJAR para o futuro** envolve a reflexão acerca dos itens que apresentaram as menores médias, cuja pergunta central é: “Onde o grupo gostaria de chegar a partir daqui?” O objetivo seria traçar metas e estratégias para a melhoria destes itens e gerar possíveis evidências de que as mudanças estão acontecendo em um plano de ação.

A missão gerada na primeira etapa da AE orienta a realização da priorização/classificação e os resultados desta guiam o planejamento para o futuro. Esta inter-relação gera um fio de coerência e uma trilha de auditoria para cada passo da avaliação e seus planos de ação (FETTERMAN, 2004).

As etapas de **implementação/monitoramento** e **reavaliação** são recomendadas pelos autores, mas não constituem propriamente etapas do método. Elas fazem parte do amplo contexto teórico da avaliação dirigida a resultados, pois possibilitam a aplicação do plano de ação elaborado e geram indicadores de melhoria a partir da comparação anterior-posterior do processo.

Assim sendo, o avaliador não é superior, nem inferior no processo, seu sentido é de igualdade, seu papel é similar ao *coach*, conduzindo e orientando o grupo para a melhoria e dividindo conhecimentos. O avaliador é um “amigo crítico” do processo avaliativo. De acordo com Fetterman (2009), ele é um indivíduo que possui experiência em avaliação, porém serve como instrutor, conselheiro e guia, e não como um perito no assunto.

O termo “amigo crítico” tem suas origens nas reformas educacionais da pedagogia crítica dos anos 1970. A definição mais amplamente utilizada é a de Costa e Kallick (1993, p. 50):

[...] um amigo crítico pode ser definido como uma pessoa de confiança que faz perguntas provocativas, fornece dados a serem examinados por outras lentes, e oferece críticas de trabalho de uma pessoa como um amigo. Um amigo crítico leva um tempo para entender completamente o contexto do trabalho apresentado e os resultados que a pessoa ou o grupo está trabalhando. O amigo é um advogado para o sucesso desse trabalho.

Embora seu foco seja na prática pedagógica, o papel do amigo crítico tem sido atualmente empregado nas arenas política e da pesquisa, como um participante externo que observa, provoca questionamentos e incentiva novos pontos de vista. O amigo crítico encaminha a outra pessoa para uma reflexão honesta e reavaliação, aumentando seu papel como desafiador, não conformado. Esta relação não é nem confortável, nem conclusiva, mas é aquela que cultiva um ambiente crítico (SWAFFIELD, 2007). Este é o papel do avaliador na AE.

3.3 Breve revisão da literatura sobre Avaliação *Empowerment*

O presente capítulo trata de uma revisão integrativa conduzida a partir da questão norteadora: Quais os principais indicadores de estudos que utilizaram os princípios da avaliação *empowerment* em um processo avaliativo? Destaca-se que a palavra “indicador” está relacionada com o desfecho da avaliação, ou seja, o resultado.

O levantamento dos estudos foi realizado nas coleções eletrônicas de dados MEDLINE (NLM), PMC (PubMed Central), SAGE Journals, Wiley Online Library, SciVerse ScienceDirect (Elsevier) e SciELO Brazil (Scientific Electronic

Library Online), por meio de acesso universitário ao portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no mês de março de 2013.

Os estudos foram selecionados a partir de uma busca integrada da expressão “*empowerment evaluation*” no campo assunto e refinados no período de publicação de 2008 à 2012. Foram encontradas 757 publicações no idioma inglês, e após o refinamento por inclusão do autor David Fetterman como referência, permaneceram 132 estudos.

A etapa de seleção das publicações envolveu a leitura dos títulos e resumos, aplicando os critérios de inclusão: estudos originais, publicados em periódicos revisados por pares, capítulo de livro ou tese, que aplicaram os princípios da Avaliação *Empowerment* no processo avaliativo. Os critérios de exclusão aplicados foram: não estarem disponíveis na íntegra ou duplamente indexados nas bases.

Após leitura crítica dos textos completos de 28 publicações, foram selecionados 8 artigos publicados em periódicos revisados por pares, 1 capítulo de livro e 1 tese, totalizando 10 publicações a serem analisadas. O quadro 2, a seguir, descreve os estudos de acordo com o objetivo, local, participantes e indicadores da avaliação realizada.

Quadro 2 – Descrição dos estudos selecionados para revisão da literatura de acordo com o objetivo, local, participantes e indicadores da avaliação *empowerment* realizada

Autores Periódico Ano	Objetivo/ Missão da Avaliação	Projeto/Programa e Local	Participantes	Indicadores
Brussoni, Olsen, Joshi <i>Prevention Science</i> 2012	Desenvolver um processo de avaliação participativo baseado na comunidade.	Sistema de Vigilância de Danos à População Indígena Centrado na Comunidade (ACCISS) Columbia Britânica (Canadá)	- Diretores de Saúde - Representantes do Governo - Membros da comunidade	- Planejamento e implementação do ACCISS - Liderança e equipe - Formação - Financiamento - Resultados iniciais - Disposição da comunidade para a implementação e melhoria
Díaz-Puente, Yagüe, Afonso <i>Evaluation Review</i> 2008	Melhorar o sistema de monitoramento de programas.	Programas governamentais de desenvolvimento local em três áreas rurais Madrid (Espanha)	- População rural (Mais de 600 pessoas participaram do processo de avaliação que durou mais de 10 anos)	- Desemprego - Emigração dos jovens - Acesso a serviços profissionais especializados - Acesso à tecnologia da comunicação - Problemas associados ao crescimento da população de imigrantes - Integração social e costumes locais
Díaz-Puente, Montenero, Carmenado <i>Community Develop. Journal</i> 2009				
Kasmel, Tanggaard <i>Societies</i> 2011	Identificar e sistematizar os domínios do <i>empowerment</i> e as atividades percebidas pelos membros da comunidade.	Três iniciativas de saúde comunitária (Comunidade Segura, Abuso de Drogas e Prevenção da AIDS, Qualidade de Vida na Terceira Idade Rapla (Estonia)	- Membros da comunidade	- Domínios Organizacionais do <i>Empowerment</i> Comunitário (ODCE): (1) Ativação comunitária (2) Desenvolvimento de competências (3) Habilidades de gestão de programas (4) Criação de um ambiente favorável
Kasmel, Tanggaard <i>International Journal of Envir. Research and Public Health</i> 2011				
Noonan, Gibbs <i>Health Promotion Practice</i> 2009	Prevenir o primeiro episódio de perpetuação da violência sexual na população masculina.	Quatro projetos de prevenção da violência baseados na comunidade Kansas, Washington,	Membros dos programas	Dimensões críticas da AE, dentre outras: - Satisfação com o processo - Mudanças na capacidade de avaliação - Uso dos achados da avaliação para melhorias contínuas

		Missouri, Texas (EUA)		
Daele, Audenhove, Hermans <i>et al.</i> <i>Health Promotion International</i> 2012	Implementar uma intervenção psicoeducativa grupal para reduzir o estresse e prevenir a depressão com base no <i>empowerment</i> comunitário.	Três cidades e suas comunidades com foco na atenção primária de Saúde Mental Flemish (Bélgica)	Membros dos programas e comunidades	- Controle do estresse - Material do Curso (Áudio CD) - Aspectos práticos - Intervenção
Fetterman, Deitz, Gesundheit <i>Academic Medicine</i> 2010	Avaliar a estrutura curricular de um curso de Medicina.	Escola de Medicina da Universidade de Stanford California (EUA)	- Estudantes de Medicina - Diretores e membros da faculdade	- Programa educacional e currículo (cursos, secretarias, parcerias acadêmicas, aconselhamento e instrução da faculdade) - Questões transversais curriculares (programação, padronização dos currículos e treinamento de habilidades clínicas) - Questões programáticas
Lewis, Brubaker, Karph <i>et al.</i> <i>Journal of Younth Development</i> 2009	Desenvolver uma avaliação do tipo <i>multisite</i> de um programa social.	Iniciativa de Educação para Abstinência na Virgínia (VAEI) Virginia (EUA)	- Diretores - Consultores - Colaboradores	- Construção coletiva da avaliação - Recursos - Estrutura de avaliação centrada no público - Troca de conhecimentos entre os participantes - Base científica - Melhoria contínua
Chinman , Acosta, Ebener <i>et al.</i> <i>Am J Community Psychol</i> 2012	Avaliar os seis primeiros meses de implantação de uma intervenção.	Intervenção Atuando Ativamente para Resultados (AGTO) em 12 comunidades Maine (EUA)	- Diretores	- Nível individual: motivação e habilidades específicas - Nível Organizacional: motivação e habilidades humanas, técnicas e condições fiscais necessárias para implementar com sucesso uma inovação em particular
Letichevsky, Firme <i>Book Evaluation voices from Latin America</i> 2012	Avaliar um programa de desenvolvimento comunitário.	Programa “A aposta no futuro” (Uma favela com mais de 2000 habitantes) Rio de Janeiro (Brasil)	- Beneficiários (crianças, adolescentes e adultos) - Parceiros (instituições) - Membros da	- Impacto do Programa: Desenvolvimento pessoal, vulnerabilidade, saúde, educação, família, cultura, trabalho, esporte e lazer, desenvolvimento do projeto social local - Mérito: Qualidade das ações do projeto, condições

			comunidade	ambientais, diversificação de ações
Fourney, Gregson, Sugeran <i>et al.</i> <i>Journal of Nutrition Education and Behavior</i> 2011	Detectar mudanças no consumo de frutas e vegetais e seus determinantes entre os participantes de uma intervenção conduzida por um projeto local.	Programa Trabalho em Rede para uma Califórnia Saudável (Network) California (EUA)	- Parceiros locais	<ul style="list-style-type: none"> • Realização da avaliação • Utilização de um projeto rigoroso (ou mais rigoroso) • Comunicação dos resultados mais significativos

Fonte: Artigos selecionados para a pesquisa

O quadro 2 sinalizou as principais contribuições da AE no cenário internacional da avaliação de programas institucionais e projetos sociais direcionados às áreas de saúde, educação e psicologia. Todas as publicações apresentaram objetivos/missões bem definidos que envolveram os participantes de forma ativa no processo de percepção da coletividade para a melhoria local.

Os indicadores (desfecho) ressaltaram a importância da qualidade da avaliação e integração dos níveis individuais e coletivos com respeito à cultura e com foco na melhoria contínua. Observou-se a necessidade de um controle rigoroso da avaliação para que os participantes possam atingir os objetivos propostos.

O primeiro artigo contextualiza as lesões físicas como um grande fardo para a saúde de povos indígenas que vivem no Canadá, considera sua prevenção uma prioridade nacional. Os autores utilizaram os princípios da AE para o planejamento e implementação do Sistema de Vigilância de Lesões e Danos nas Comunidades Indígenas, quais são: *empowerment*, colaboração, participação, abordagem baseada na comunidade e autodeterminação para a mudança. O processo de avaliação favoreceu uma ampla compreensão dos desafios e facilidades da vigilância para os membros das comunidades, assegurando esforços políticos e organizacionais para prevenção de danos e melhoria do sistema (BRUSSONI; OLSEN; JOSHI, 2012).

Nas áreas rurais de Madrid, a AE tornou-se uma ferramenta prática para desenvolver as capacidades internas de avaliação, dando origem a um processo de mudança de atitudes e ações nos níveis individual, interpessoal e coletivo. Os autores evidenciaram um fortalecimento da autodeterminação dos participantes, bem como uma progressiva emancipação do processo de avaliação como um instrumento capaz de promover a melhoria social contínua nas áreas rurais. Concluem que o desenvolvimento de uma cultura de avaliação é um processo lento, gradual e depende do compromisso e boas práticas das partes interessadas (DÍAZ-PUENTE; YAGÜE; AFONSO, 2008; DÍAZ-PUENTE; MONTENERO; CARMENADO, 2009).

A utilização das etapas da AE no Leste Europeu, Estônia, proporcionou a melhoria dos indicadores dos quatro Domínios Organizacionais do *Empowerment* Comunitário (ODCE): ativação da comunidade, desenvolvimento de competências, habilidades para gestão dos programas e criação de ambiente favorável. Particularmente, os programas de saúde planejados e implementados pelos próprios

membros das comunidades foram aqueles que apresentaram melhores resultados. A AE tem provado ser uma ferramenta aplicável, relevante, simples e barata para a avaliação, no entanto os autores afirmam que possui limitações ao não sugerir claramente como conduzir o processo de *empowerment* e avaliação das mudanças (KASMEI;TANGGAARD, 2011a, 2011b).

A publicação de Noonan e Gibbs (2009) introduz o volume especial da *Health Promotion International* sobre o processo de AE em quatro projetos americanos para prevenção da violência, conduzido pelo *Centre of Diseases Control* (CDC). Os autores descrevem uma série de artigos na temática, possibilitando uma ampla visão da AE, os princípios utilizados e sua relação com o processo de assistência técnica baseado na consultoria formativa de avaliação e sistemas técnicos (modelo FORECAST). Concluem que a AE favoreceu achados qualitativos e quantitativos sobre a efetividade das ações dos programas, contribuindo para a melhoria das ações de prevenções locais e nacionais.

No estudo de Daele *et al.* (2012), a AE serviu como base teórica para o desenvolvimento de um programa educativo que forneceu um novo modelo denominado Implementação *Empowerment*, o qual é composto pelas seguintes etapas: Desenvolvimento de um componente central; Seleção de parceiros; Avaliação das questões de fidelidade/adaptação com parceiros; Desenvolvimento de um plano de implementação global. Os autores concluem que este modelo ofereceu a possibilidade de converter algumas desvantagens em vantagens nos programas, assegurando que todos os envolvidos beneficiem-se com a eficácia e o controle das intervenções. Consideram que os colaboradores do estudo têm capacidade de adaptar as intervenções de acordo com suas necessidades e desenvolver novos planos para o futuro. Recomendam que toda Implementação *Empowerment* deve ser seguida de uma Avaliação *Empowerment*.

As etapas da AE foram adaptadas e aplicadas para avaliação do currículo da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford por Fetterman, Deitz e Gesundheit (2010). Os autores promoveram a criação de um modelo baseado em evidências para tomada de decisão e maior autorreflexão institucional visando à melhoria do currículo da escola médica. A AE ofereceu uma abordagem culturalmente significativa para a evolução da educação médica local e nacional por meio da construção de uma melhor experiência de ensino para professores e um ambiente de aprendizado avançado para estudantes.

Outros autores consideram a AE como uma teoria dirigida a resultados, utilizando-a como base na avaliação de um programa educativo estadual que tem como objetivo retardar a iniciação sexual de jovens. As lições aprendidas com esta experiência refletem a importância de acordos escritos entre avaliadores e gestores dos programas, utilização de um único avaliador para cada local e construção de decisões dirigidas a dados para o público jovem (LEWIS *et al*, 2009).

Chinman *et al.*(2012) afirmam que a Intervenção Atuando Ativamente para Resultados (AGTO) é uma operacionalização da teoria de AE, considerando que a probabilidade de se alcançar resultados positivos é maior quando os avaliadores colaboraram com os profissionais envolvidos nos programas. No caso daqueles voltados para adolescentes e jovens, a AE fornece ferramentas e oportunidades para planejar, implementar com qualidade, avaliar os resultados e usar um sistema próprio de melhoria contínua de qualidade.

No Brasil, as autoras Letichevsky e Firme (2011) utilizaram os princípios da AE na abordagem para elevar a autodeterminação de beneficiários e membros das comunidades envolvidas na avaliação do programa social “A aposta no futuro”. Após um período de quatro anos, os resultados demonstraram mudanças positivas no comportamento, atitudes e hábitos das pessoas, bem como um desenvolvimento eficaz das atividades do programa. No entanto, ressaltam que o contexto social é repleto de mudanças que impossibilitam conclusões fechadas acerca do processo avaliativo. Os princípios da AE destacados no estudo foram: autodeterminação, justiça social, construção de capacidades e transformação.

O programa “Trabalho em Rede por uma Califórnia Saudável” (Network) foi avaliado durante um período de quatro anos por Fourney *et al.*(2011) com base nos princípios teóricos da AE articulados a outras metodologias de avaliação. Os participantes foram envolvidos no processo de forma consciente para capacitação e avaliação de impacto. Os autores concluem que a maioria dos parceiros locais foi capaz de realizar a avaliação completa, incluindo a coleta de dados, gerenciamento e análise, com seus recursos e funcionários existentes. As ferramentas de rede são eficazes para promover capacitação dos programas e impacto social.

Após analisar a utilização da AE nos dez estudos acima apresentados, observou-se que a produção científica acerca do tema é predominantemente internacional, com a participação apenas das autoras Letichevsky e Firme (2011) no Brasil. A AE foi utilizada em diversos países, com o propósito de avaliar programas,

projetos, iniciativas e comunidades nas áreas social, educacional, econômica e de saúde.

Os estudos utilizaram a AE de duas formas: 1) Como um modelo/estratégia passível de adaptações culturalmente significativas; ou 2) Como teoria/fundamento que ofereceu princípios-base para a construção de práticas avaliativas participativas. Os pontos positivos da AE podem ser agrupados em: praticidade, baixos custos financeiros, utilização de evidências científicas, foco nos resultados, construção de capacidades/*empowerment*. Os pontos negativos citados pelos autores foram: necessidade de longos períodos de tempo para obtenção de resultados, ausência de literatura com o passo a passo da estratégia, dificuldade de mensurar aspectos subjetivos, como *empowerment* e mudança.

Neste sentido, os criadores Fetterman e Wandersman (2007) destacam a necessidade de ampliar a compreensão da AE na comunidade científica para esclarecer equívocos e promover o diálogo sobre as relações entre avaliadores e participantes, sabendo que a aplicação desse tipo de abordagem não é adequada para todas as situações avaliativas.

A aplicação da AE é adequada quando o objetivo principal da avaliação é entregar ferramentas de avaliação nas mãos dos próprios participantes para ajudar os programas a alcançar resultados, neste caso, os membros das equipes devem estar interessados no envolvimento do avaliador com o planejamento e implementação dos programas. Caso o objetivo principal da avaliação seja verificar se um programa funcionou de acordo com uma teoria pré-determinada e sem a influência do avaliador, a avaliação tradicional *hands-off* seria uma abordagem mais adequada (WANDERSMAN; SNELL-JOHNS, 2005).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta é uma pesquisa avaliativa, participativa, com abordagem predominantemente qualitativa e delineamento longitudinal, que utilizou como método uma adaptação da Avaliação *Empowerment*.

4.1 Natureza do estudo/abordagem

A pesquisa de avaliação, considerada um tipo de pesquisa aplicada, é definida como “[...] um processo de aplicação de procedimentos científicos para acumular dados confiáveis e válidos sobre a maneira como atividades específicas produzem resultados ou efeitos e a extensão desses resultados” (HAMILTON, 1993, p. 148).

Neste processo, o pesquisador pode se inserir no cenário cultural de vida dos diferentes atores envolvidos, tornando a pesquisa participativa e, visando construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação, elaborado a partir do procedimento científico específico (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

As pesquisas participativas compreendem o problema a ser investigado a partir da interpretação qualitativa das singularidades das experiências, e suas relações com os contextos culturais e estruturas sócio-políticas mais amplas. A abordagem qualitativa de avaliação de programas e projetos de saúde aborda temas como alteridade, dimensões subjetivas do conhecimento e compreensão dos processos de significação (BOSI; MERCADO-MARTINÈZ, 2010).

No cenário da Promoção da Saúde, os procedimentos científicos de avaliação devem contemplar seis princípios fundamentais apoiados pela OMS: 1) Participação; 2) Construção de capacidades/*empowerment*; 3) Holismo; 4) Intersetorialidade e multidisciplinaridade; 5) Equidade e sustentabilidade; 6) Uso de intervenções multiestratégicas (WHO, 2001). Neste sentido, a avaliação *empowerment* foi selecionada referencial teórico-metodológico da tese por apresentar meios favoráveis à contemplação destes princípios.

4.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Programa “Cidadania em rede - Arte e educação em direitos humanos” da Secretaria de Direitos Humanos (SDH) da Prefeitura Municipal de Fortaleza, caracterizado como uma tecnologia social para a promoção e difusão da cidadania e do bem viver comunitário de crianças, adolescentes e seus familiares residentes em 50 bairros com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, Região Nordeste do Brasil, por meio de suas 10 Unidades Formativas localizadas nos bairros Bela Vista, Barra do Ceará, Caça e Pesca, Centro, Conjunto Palmeiras, Jangurussú, Joaquim Távora, Pio XII, Santa Filomena e Vila União.

Até o ano de 2012, o Programa era denominado de Projeto Crescer com Arte e Cidadania e atendia apenas crianças e adolescentes na faixa etária de 7 a 17 anos em situação de vulnerabilidade, incluindo vítimas de violência sexual, em situação de rua e/ou de drogadição, e adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto (CENTRO DE DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2010). As seguintes linguagens artísticas eram trabalhadas nas oficinas educativas: música, teatro, dança, circo, artes visuais, artes plásticas, capoeira e informática. (CUNHA, 2012).

No ano de 2013, o projeto passou por profundas mudanças em sua concepção, ampliou sua equipe e adotou a metodologia de protagonismo social em rede, norteadas pelos princípios de sentido de coletividade, compreensão do mundo segundo a sua complexidade, articulação horizontalizada e intervenção social com formação interdisciplinar (QUINTO, 2013). Cada equipe profissional era composta por arte-educadores, assistente social, pedagogo, advogado, psicólogo e educadores sociais atuavam nos processos de formação e atendimento ao público.

A presente pesquisa foi realizada na Unidade Formativa do bairro Bela Vista, selecionada previamente junto à coordenação do Programa, pois ofereceu condições favoráveis ao desenvolvimento do estudo, tais como: disponibilidade para receber os pesquisadores, adequadas condições físicas para a realização de encontros grupais, garantia de inclusão da pesquisa nas atividades de rotina local, segurança e acessibilidade, desenvolvimento de oficinas de arte/educação em diversas linguagens artísticas com adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

4.3 Participantes da pesquisa

A pesquisa contou com a participação de 26 sujeitos: 21 adolescentes e 5 arte/educadores da Unidade Bela Vista do Programa Cidadania em Rede. Considerou-se adolescente o indivíduo na faixa etária de 12 a 18 anos seguindo a definição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2007) e arte/educador o profissional, com formação específica, que favorece o processo pedagógico e transformador da arte com pessoas, grupos e/ou comunidades (BARBOSA, 2012).

A Unidade Bela Vista atendia aproximadamente 50 adolescentes moradores do bairro e entorno, os quais participam de oficinas de arte/educação nas linguagens de dança, audiovisual e artes visuais. Estes adolescentes eram engajados ao Programa por meio de dois mecanismos de encaminhamento social: Interno (por meio de programas e projetos da Coordenadoria-Fundação da Criança e da Família Cidadã (FUNCI) e; Externo - na Rede de Proteção Social e Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.

O adolescente e seus pais/responsáveis assinavam um termo de compromisso com o Programa e conheciam as atividades desenvolvidas, logo em seguida o participante escolhia uma das oficinas de arte/educação para participar de acordo com suas afinidades pessoais e a oferta de vagas. O tempo máximo de permanência no Programa era de dois anos, e nesse período, o adolescente participava diariamente da oficina de arte/educação escolhida e recebia acompanhamento individual para construção de seu projeto de vida.

Alguns critérios de inclusão foram necessários para selecionar os participantes nesta pesquisa diante de um público de 50 adolescentes vinculados à Unidade Bela Vista. Os critérios foram: 1) Demonstrar interesse em participar do estudo; 2) Estar engajado no programa há no mínimo seis meses e no máximo um ano; 3) Participar regularmente de atividades de arte-educação; 4) Saber ler e escrever; 5) Anuência formal dos pais/responsáveis.

Em relação ao período de engajamento no programa, presumiu-se que seis meses seria o tempo mínimo para que o adolescente fortalecesse suas vivências com a linguagem artística da oficina e/ou observasse as influências da arte/educação em sua saúde. O período máximo de um ano, para que o mesmo

ainda estivesse vinculado ao Programa na etapa final de coleta de dados da pesquisa, que possuía uma previsão de cinco meses de duração.

Os critérios de exclusão foram definidos como: 1) Desistir de participar da pesquisa no decorrer da coleta de dados; 2) Ser desvinculado do Programa em qualquer; 3) Causar transtornos na dinâmica do processo.

Os adolescentes foram recrutados após divulgação da intenção da pesquisa na unidade e preenchimento da ficha de inscrição voluntária (APÊNDICE A). Os pesquisadores receberam 28 inscrições, dos quais 21 atenderam aos critérios de inclusão do estudo.

A pesquisa também foi divulgada junto aos 5 arte/educadores vinculados ao Programa e todos decidiram participar voluntariamente da pesquisa. O único critério de inclusão seria estar vinculado à Unidade Bela Vista e os critérios de exclusão aplicados foram os mesmos dos adolescentes.

Os dois grupos de sujeitos participaram juntos das sessões abertas de discussão e atuaram em conjunto para implementação de ações no programa. Na AE, as sessões abertas seguem uma sistemática que possibilita a participação de todos os integrantes e a deliberação coletiva. Fetterman (2001) não delimita um número mínimo ou máximo de participantes nas sessões, mas destaca o bom senso para avaliar a viabilidade dos grupos na proposta.

O quadro 3 descreve os 21 adolescentes participantes da pesquisa na tentativa de gerar uma caracterização geral do grupo de sujeitos quanto ao sexo, idade, escolaridade e linguagem artística da oficina que participa.

Quadro 3 - Distribuição dos 21 adolescentes participantes da pesquisa segundo sexo, idade, ano escolar e linguagem artística da oficina que participa

Sexo	Idade	Escolaridade	Oficina
Masculino: 11 Feminino: 10	12 anos: 03 13 anos: 07 14 anos: 04 15 anos: 04 16 anos: 02 17 anos: 01	4º ano: 04 5º ano: 01 6º ano: 01 7º ano: 07 8º ano: 04 9º ano: 01 Médio: 03	Artes visuais: 09 Audiovisual: 06 Dança: 06

Fonte: Fichas de inscrição dos adolescentes como participantes da pesquisa.

Nesta pesquisa, observou-se uma participação equitativa de meninos e meninas, e a idade de 13 anos destacou-se dentre as demais. Em relação ao ano escolar atual, apenas um jovem não frequentava mais a escola (parou no 9º ano), os demais cursavam o Ensino Fundamental II e os participantes de 16 e 17 anos, o Ensino Médio.

As oficinas de arte-educação desenvolvidas na Unidade Bela Vista eram distribuídas da seguinte forma: Artes visuais – duas turmas (manhã e tarde); Audiovisual – uma turma (manhã); e Dança – uma turma (tarde). Nas turmas de artes visuais, os arte-educadores trabalhavam com as linguagens artísticas desenho, grafite, pintura, colagens, gravuras e esculturas. A turma de audiovisual enfocava fotografia, produção e edição de vídeos, teatro e informática. A turma de dança trabalhava com danças populares, contemporâneas e criação coreográfica.

A seguir, o quadro 4 apresenta os cinco educadores participantes da pesquisa de forma mais individualizada, com sua caracterização de acordo com idade, sexo, escolaridade, oficina que ministra e tempo de vinculação na Unidade.

Quadro 4 - Caracterização de arte/educadores segundo idade, sexo, escolaridade, oficina que ministra e tempo de atuação específico no Programa

Participante	Idade	Sexo	Escolaridade	Oficina	Tempo
E1	31	Fem.	Superior	Coordenadora	1 ano e 10 meses
E2	50	Masc.	Fundam.	Artes visuais	2 anos
E3	27	Masc.	Médio	Dança	3 anos e 6 meses
E4	24	Masc.	Médio	Artes visuais	5 anos
E5	38	Masc.	Médio	Audiovisual	2 anos

Fonte: Ficha de inscrição dos arte/educadores como participantes da pesquisa.

Para facilitar a descrição individualizada dos resultados da tese e manter o sigilo das informações, os participantes da pesquisa foram identificados individualmente por letras e números: Letra **E** para **Educador(a)**, seguida pelo número cardinal (1 a 5), conforme exposto no Quadro 4; e Letra **A** para **Adolescente**, seguida pelo número correspondente (1 a 21), sexo (F ou M) e idade (12 a 17 anos).

Os arte/educadores possuíam vínculo empregatício temporário, já que eram funcionários contratados pela Prefeitura Municipal por indicação interna. Tal fato foi considerado no decorrer da coleta de dados como uma possibilidade de desvinculação do profissional do emprego e conseqüentemente da pesquisa.

O educador E4, professor de artes visuais, foi considerado o mais jovem e com o maior tempo de permanência na Unidade. Vale destacar que após o primeiro mês de coleta de dados, o mesmo foi desligado do programa, fato que causou tristeza entre os participantes, pois pela proximidade da idade, muitos adolescentes identificavam-se com o seu trabalho e sua pessoa.

Vale ressaltar que até a finalização do relatório da presente tese, todos haviam sido desligados do emprego, com a exceção do educador E5.

4.4 Coleta das informações

As informações foram coletadas no período de cinco meses (julho a novembro de 2013) por meio de cinco etapas da Avaliação *Empowerment*: 1ª) Estabelecer uma missão; 2ª) Fazer um balanço; 3ª) Planejar para o futuro; 4ª) Implementação e Monitoramento; e 5ª) Reavaliação.

O período planejado para a coleta das informações em campo foi de três a seis meses, visto que seria necessário um tempo para estabelecer vínculos com os participantes, comparar dados e observar a existência de mudanças com base nas atividades avaliadas (FETTERMAN, 2001, 2009).

No total, foram realizados seis encontros grupais distribuídos de acordo com as necessidades de coleta de informações de cada etapa. Durante o período de três meses de implementação, na 4ª etapa, os pesquisadores atuaram como amigos críticos e realizaram visitas duas vezes por semana, em média, nas oficinas de arte-educação. O Quadro 5 na página a seguir, descreve a divisão dos encontros de avaliação, número de participantes e produto final das etapas.

Quadro 5 - Etapas da Avaliação *Empowerment* adaptadas ao presente estudo segundo período de coleta, sujeitos envolvidos e produto final

Etapas	Sessões ou Período	Nº de Participantes		Produto Final
		Adolescentes	Educadores	
1ª Estabelecer a missão	1º Encontro	21	4	Frase coletiva que representa a missão
	2º Encontro	19	5	

2 ^a	Fazer um balanço	3 ^o Encontro 4 ^o Encontro	18 17	4 5	Painel de avaliação das atividades de arte/educação
3 ^a	Planejar para o futuro	5 ^o Encontro	19	3	Plano de ação para 3 meses
4 ^a	Implementar e monitorar	1 ^o Mês 2 ^o Mês 3 ^o Mês	21 15 10	4 4 4	Execução do plano de ação
5 ^a	Reclassificar	6 ^o Encontro	8	2	Novo painel de avaliação das atividades

Fonte: Diário de campo do pesquisador.

Os encontros grupais foram realizados seguindo a ficha de planejamento das sessões abertas (APÊNDICE B) que foram enviadas previamente à coordenadora geral do Programa. Cada etapa da pesquisa foi descrita de forma a ampliar a compreensão do leitor sobre a AE.

4.4.1. Primeira Etapa: Estabelecer a Missão

A etapa inicial de coleta de dados envolveu dois encontros grupais, com a duração de quatro horas cada, realizados no auditório principal da Unidade Formativa Bela Vista do Programa Cidadania em Rede e contou com a participação de adolescentes e arte/educadores pré-selecionados para a pesquisa por meio da ficha de inscrição.

a) 1^o Encontro: Problematização

O encontro inicial foi uma estratégia elaborada pelos próprios pesquisadores na tentativa de reunir todos os participantes, apresentar as etapas da pesquisa e facilitar a problematização da temática “Saúde do adolescente morador do bairro Bela Vista”.

Esta sessão aberta contou com a participação de 21 adolescentes e 4 arte/educadores e a temática foi abordada por meio de uma construção artística do bairro em massa de modelar. O grupo foi dividido em quatro subgrupos, cada qual sob a liderança de um arte/educador (neste momento o arte/educador assumiu papel apenas de facilitador), pois seria importante a expressão e os discursos dos adolescentes.

Os grupos representaram as necessidades e prioridade de saúde dos adolescentes moradores do bairro Bela Vista por meio da “modelagem criativa” e cada adolescente verbalizou sua interpretação das imagens. A maquete representou o jovem que buscava sua saúde, caminhando entre os riscos e vulnerabilidades da adolescência.

b) 2º Encontro: Construção da Missão

No encontro seguinte, o grupo pôde relembrar a maquete construída por meio de projeções fotográficas ampliadas da mesma. As imagens tornaram-se fichas de cultura que guiaram a discussão por meio de uma “situação existencial provocadora” (BRANDAO, 2004) da saúde dos adolescentes no contexto comunitário, como exemplificado na imagem abaixo.

Figura 3 - Registro fotográfico da maquete construída pelos adolescentes que retrata o namoro na adolescência e um filho pequeno trabalhando na rua



Fonte: Banco de imagens da pesquisa.

Esta sessão aberta contou com a participação de 19 adolescentes e cinco arte/educadores na tentativa de desenvolver um propósito unificado (missão) voltado à promoção da saúde do adolescente que participa do Programa Cidadania em Rede.

O grupo visualizou os riscos e vulnerabilidades urbanas, as necessidades e prioridades de saúde na adolescência e refletiu acerca do questionamento: “Como a arte/educação o ajuda a ser um jovem saudável neste contexto social?”.

Cada participante, inclusive o(a) arte/educador(a), completou individualmente a sentença: “Considerando a melhoria da saúde do adolescente, pense bem e complete a frase: Ao sair do Programa Cidadania em Rede é importante que o jovem tenha...?”.

Os participantes geraram respostas individuais que foram projetadas em painel e após um momento de discussão e decisão grupal surgiu uma frase coletiva que representou a missão. O pesquisador garantiu a voz e a vez de todos os participantes da sessão, e mesmo quando as ideias foram divergentes o consenso prevaleceu.

Para finalizar, o grupo pôde visualizar que o conceito coletivo de promoção da saúde estava descrito na própria missão. Logo, esta definição tornou-se mais clara para os participantes, e isso foi necessário, visto que nos encontros seguintes tal questão seria abordada.

4.4.2 Segunda Etapa: Fazer um Balanço

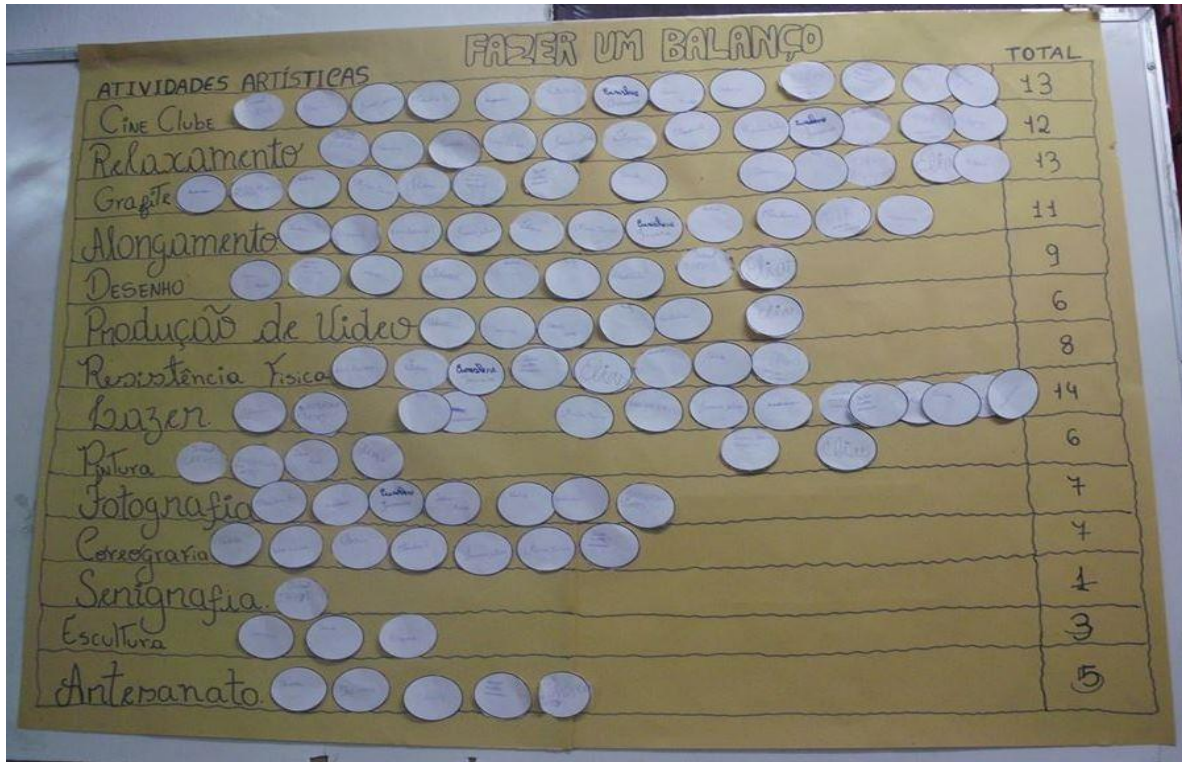
Após um olhar sobre a realidade de saúde e uma missão a ser cumprida pelo grupo, as atividades artísticas desenvolvidas no Programa foram avaliadas com propósitos de priorização e classificação.

a) 3º Encontro: Priorização

A priorização aconteceu tendo como cenário as inúmeras atividades desenvolvidas nas oficinas de arte/educação do Programa Cidadania em Rede. O grupo, novamente reunido em uma sessão aberta deliberativa, enumerou todas as atividades e votou naquelas consideradas mais importantes para a saúde do adolescente, ou seja, atividades de arte/educação promotoras de saúde.

As atividades foram descritas em uma cartolina e cada participante recebeu o poder de atribuir cinco pontos (pequenos círculos brancos a serem colados com seu nome) em atividades diferentes, ou seja, o participante escolheu cinco atividades mais importantes e distribuiu seus pontos, um para cada atividade. Após um tempo de reflexão individual daquelas consideradas mais importante para si, o grupo gerou o quadro da figura 4, a seguir:

Figura 4 – Registro fotográfico do quadro de votações da etapa de priorização das atividades de arte/educação realizadas pelo Programa



Fonte: Banco de imagens da pesquisa

Os 18 adolescentes e os quatro arte/educadores foram estimulados a refletirem sobre sua pontuação e a verbalizarem os motivos da escolha/priorização. No final da sessão, os pontos foram contabilizados e as 10 atividades que receberam o maior número de votos foram consideradas as prioritárias (FETTERMAN, 2001), passando para discussão no encontro seguinte.

b) 4º Encontro: Classificação

Os 10 aspectos mais votados na etapa anterior foram considerados como de maior importância para o grupo e foram transferidos para uma ficha individual de votação (APÊNDICE C). As fichas foram distribuídas para os 17 adolescentes e 5 arte/educadores que compareceram a este encontro, o qual foi considerado um dos mais importantes da pesquisa, pois serviu de base para avaliação anterior/posterior do processo.

O participante foi estimulado a votar na lista de atividades, em uma escala de classificação de 1 (baixo) a 10 (alto), representando menor ou maior influência do desenvolvimento daquela atividade artística na promoção de sua saúde.

Nesta sessão, os participantes avaliaram como as atividades estavam influenciando em sua saúde, ressaltando que aquelas que receberem notas mais baixas poderiam passar por melhorias. As atividades de arte/educação foram consideradas as variáveis independentes do estudo e influenciaram toda a organização e análise dos resultados da pesquisa.

Após a atribuição individual das notas, o pesquisador convidou cada participante a incluir sua nota em um grande painel de visualização coletiva, com uma coluna de identificação com seu primeiro nome e notas. O grupo foi orientado que as notas não poderiam ser modificadas em virtude de influências da opinião do outro.

A discussão geral foi conduzida pela pergunta: “Por que você deu esta nota para este item?”. O pesquisador iniciou a discussão identificando as notas mais baixas ou altas, observando as discrepâncias apresentadas e os motivos. O grupo seguiu seu próprio ritmo optando pela ordem de discussão dos fatos, e o tempo foi bem organizado para explorar os assuntos mais polêmicos (FETTERMAN, 2001, 2009).

Enquanto o pesquisador principal conduzia a discussão, um colaborador foi calculando a somatória das notas e médias grupais e individuais atribuídas a cada atividade no painel.

Ao final da sessão, o quadro proporcionou uma visão geral da avaliação, exibiu os aspectos que necessitariam de melhoria, pois receberam médias mais baixas, e aqueles que se encontram adequados porque receberam médias mais altas (FETTERMAN, 2002).

4.4.3 Terceira Etapa: Planejamento para o futuro

Esta etapa foi caracterizada como o último encontro do grupo sob a facilitação do pesquisador antes do período de implementação da promoção da saúde nas atividades de arte/educação do Programa que receberam médias mais baixas.

a) 5º Encontro: Planejamento

O pesquisador expôs todas as médias calculadas das atividades na ordem da maior para a menor para que o grupo conseguisse visualizar aquelas que deveriam ser articuladas à saúde, ou seja, implementadas, melhoradas.

Os participantes ficaram livres para escolher quantas atividades desejassem trabalhar no período de três meses, no entanto refletiram sobre a viabilidade e o alcance de metas. O grupo gerou metas e estratégias para implementação das atividades selecionadas e elaborou evidências da efetividade do plano de ação.

As metas encorajadas foram aquelas que poderiam ser facilmente incluídas nas atividades diárias dos adolescentes e arte/educadores. As estratégias consideraram as oficinas do programa, talentos, recursos e capacidades. Os itens de monitoramento deveriam ser acessíveis ao acompanhamento do próprio grupo sinalizando que as estratégias adotadas estão sendo eficazes.

4.4.4 Quarta Etapa: Implementação e Monitoramento

a) Período de três meses

Os pesquisadores cumpriram o papel do “amigo crítico” durante todo o período de três meses, colaborando para o alcance das metas e registrando as evidências com os participantes e com o Programa. Também auxiliaram na implantação/implementação das estratégias propostas aconselhando e fornecendo suporte para os arte-educadores em ações de saúde específicas, com destaque para as necessidades e prioridades de saúde elencadas na etapa de problematização.

Seguindo os pressupostos do amigo crítico descritos no capítulo anterior, os avaliadores participaram das atividades de arte/educação, conversas formais e informais, debates e eventos locais. Os amigos críticos compareceram cerca de duas vezes por semana na Unidade Bela Vista, de preferência em horários combinados com arte/educadores e coordenação.

4.4.5 Quinta Etapa: Reclassificação

a) 6º Encontro: Reclassificação

Para o encontro final, foram convidados os 21 adolescentes e cinco arte/educadores que participaram desde os encontros iniciais da pesquisa. No entanto, observou-se que apenas 10 adolescentes e quatro arte/educadores permaneciam vinculados ao programa. Os demais foram desligados ou saíram por vontade própria ao longo dos três meses anteriores, em momentos diversos, mas contribuíram de alguma forma na etapa de implementação/monitoramento.

Apenas oito adolescentes e um arte/educador compareceram a este encontro grupal para reavaliação das atividades. Após uma discussão coletiva sobre o alcance das metas e viabilidade das estratégias, bem como os itens de monitoramento, o grupo atribuiu notas às mesmas 10 atividades de arte/educação avaliadas na 2ª etapa da pesquisa, no 4º encontro.

A ficha individual de votação foi devolvida ao participante e a seguinte pergunta guiou a reflexão: Após este período de três meses, o que mudaria na sua nota anteriormente atribuída a esta atividade? Melhorou? Piorou? Por quê?

O participante foi estimulado novamente a votar na lista de atividades, em uma escala de classificação de 1 (baixo) a 10 (alto), representando menor ou maior influência do desenvolvimento daquela atividade artística na promoção de sua saúde neste período de três meses (APÊNDICE D).

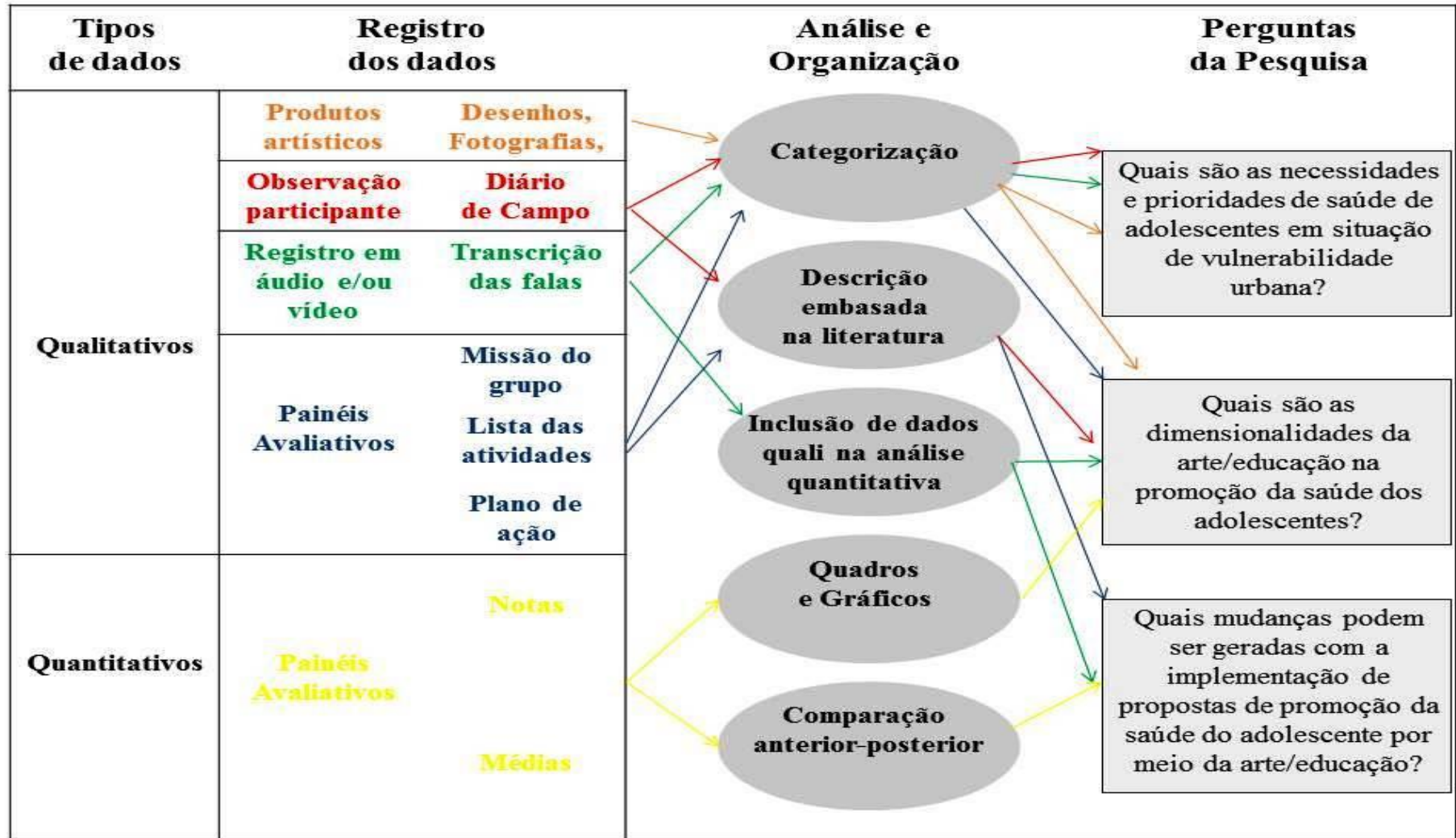
O pesquisador realizou comparações verificando possíveis mudanças ao longo do tempo nos aspectos avaliados e favorecendo uma discussão final acerca dos desafios e sucessos do processo para o Programa.

4.5 Registro e análise das informações

Os dados foram registrados por meio da **observação participante** do pesquisador e suas **anotações em diário de campo, gravação em áudio e/ou vídeo** das sessões grupais com posterior **transcrição das falas dos participantes**, e a própria **produção artística**, como **desenhos, maquetes, fotografias, filme, dentre outros**, construídos pelos participantes. Os **painéis de notas** e as **listas** geradas em cada encontro também apresentaram informações relevantes para a análise, pois serviram de base para a **avaliação anterior-posterior do processo**.

As palavras acima foram destacadas, pois aparecem na Figura 5 a seguir, a qual ilustra a relação entre tipos, registro, organização e análise dos dados em resposta às perguntas-guias da pesquisa.

Figura 5 - Relação entre tipos, registro, organização e análise dos dados em resposta às perguntas-guias da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

A pesquisa gerou dados qualitativos advindos dos produtos artísticos (desenhos, maquetes, fotografias, esquetes, filmagens), dos registros em diário de campo por meio da observação participante, das gravações das sessões coletivas em áudio ou vídeo e dos próprios painéis avaliativos. Todos os dados qualitativos foram categorizados e analisados com base na literatura vigente e tentaram responder a questionamentos da pesquisa conforme demonstrado pelas cores correspondentes das setas da figura 5.

Os dados quantitativos foram gerados por meio das notas e cálculo das médias dos painéis avaliativos que proporcionaram uma comparação anterior-posterior do processo de avaliação. Foram organizados em quadros e gráficos e tentaram responder as questões relacionadas com a dimensionalidade da arte/educação e mudanças geradas.

Os instrumentos de coleta e registro das informações foram selecionados pelo pesquisador diante da necessidade de produzir registros confiáveis do trabalho de campo e de construir materiais empíricos válidos que respondessem aos questionamentos ou problemas da pesquisa (GARCEZ; DUARTE; EISENBERG, 2011).

O processo de observação foi registrado em diário de campo com a maior riqueza de detalhes e o mínimo possível de interpretação. A observação foi considerada o ato de perceber as atividades e interações das pessoas no cenário de campo por meio dos cinco sentidos do pesquisador (ANGROSINO, 2008).

Em pesquisas qualitativas, o registro em vídeo (filmagem) é necessário sempre que “[...] algum conjunto de ações humanas é complexo e difícil de ser descrito compreensivamente por um único observador, enquanto este se desenrola” (LOIZOS, 2008, p. 149). Ao rever as imagens gravadas, o observador direcionou sua atenção para aspectos que teriam passado despercebidos durante a interação de grupos. O vídeo também pôde auxiliar o pesquisador a desprender-se de valores pessoais que poderiam influenciar anotações de campo no decorrer da observação participante (GARCEZ; DUARTE; EISENBERG, 2011).

Já a produção artística dos participantes trouxe consigo um recorte significativo de tempo, favorecendo a compreensão e a interpretação de um

dado momento vivenciado pelo pesquisador e considerado importante para a pesquisa (COSTA, 2009).

Os dados qualitativos da AE foram categorizados de acordo com os temas (atividades) da saúde gerados pelo próprio grupo no decorrer dos encontros. A escolha das falas dos participantes incluídas e discutidas nos resultados foi realizada diante da relevância de complementação dos dados quantitativos mais significativos da pesquisa e dos produtos artísticos (ex.: maquetes, filmes, fotografias, desenhos, dentre outros). As observações do pesquisador foram relacionadas e embasadas na literatura.

As informações quantitativas referentes às etapas da avaliação foram organizadas em gráficos e quadros que ofereceram notas/médias para comparação anterior-posterior do processo realizado.

O aporte teórico da pesquisa e o método utilizado ofereceram uma lógica de análise das informações separadas por cada etapa de coleta. Os dados foram coletados e analisados em conjunto com os próprios participantes no decorrer do processo de avaliação, o que valida a informação coletada em campo nas pesquisas participativas (FETTERMAN; BOWMAN, 2002).

4.6 Amigos-críticos da pesquisa

A pesquisa contou com a presença de quatro amigos-críticos: a pesquisadora principal e três estudantes colaboradores que auxiliaram na coleta de dados, principalmente na etapa de implementação/monitoramento da avaliação.

Os colaboradores foram treinados pelo pesquisador principal acerca do método AE, acompanharam todas as etapas de coleta da pesquisa e realizaram visitas semanais ao Programa durante os três meses de implementação do plano de ação. A cada visita, eles preenchem a ficha de registro de observações (APÊNDICE I) e enviavam ao pesquisador principal.

Os amigos-críticos colaboraram com o planejamento realizado pelos membros locais e exerceram seu papel na avaliação conforme os fundamentos da AE, com os desafios de participarem ativamente do processo por meio da empatia, exercitando a autonomia e promovendo a reflexão crítica dos sujeitos.

5.7 Considerações éticas e legais

A pesquisa seguiu os princípios éticos e legais da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFC e aprovado sob o número de parecer 369.359 e CAAE 19348613.4.0000.5054 (ANEXO A).

Os pesquisadores elaboraram dois modelos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) direcionados especificamente a um dos dois grupos de sujeitos do estudo: adolescentes e arte/educadores (APÊNDICES E e F). No TCLE dos adolescentes, foi requerida a anuência formal dos pais ou responsáveis.

Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejassem, bem como ficaram à vontade para recusar voluntariamente, retirar o consentimento ou interromper o consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem causar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os pesquisadores utilizaram padrões profissionais de sigilo e anonimato.

No TCLE, estavam inclusos: a) Justificativa, objetivos e procedimentos da pesquisa; b) Exposição clara sobre desconfortos, riscos e benefícios; c) Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo; d) Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos.

O acesso às filmagens e transcrição das falas, bem como ao diário de campo, será restrito aos pesquisadores responsáveis e pessoas indicadas por estes, no caso, colaboradores do estudo previamente treinados e esclarecidos. E não serão divulgadas imagens impressas ou gravadas dos participantes.

Existem desconfortos e riscos mínimos para os participantes da pesquisa, os quais levam em consideração o trabalho em grupo com pessoas e próprio contexto social de vulnerabilidade urbana. O desconforto pode estar relacionado ao fato de os participantes precisarem ampliar seu período de

permanência nas dependências físicas do local de coleta. No entanto, os riscos justificaram-se pela importância do benefício esperado.

O cronograma de realização da pesquisa após o exame de qualificação realizado em março de 2013 encontra-se no APÊNDICE G.

5.8 Orçamento da pesquisa

A pesquisa teve financiamento próprio no valor de R\$ 1.000,00 (APÊNDICE H). Os recursos financeiros foram direcionados à aquisição de materiais de consumo e despesas diárias. Os materiais de uso permanente, como filmadora e projetor multimídia, foram cedidos pelo Projeto AIDS: Educação e Prevenção do Departamento de Enfermagem/ UFC, com exceção de uma câmera fotográfica adquirida pelo pesquisador e doada ao Programa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A apresentação dos resultados desta pesquisa seguiu cronologicamente a realização das etapas da Avaliação *Empowerment* e cada sessão tentou responder a um objetivo específico e sua correspondente pergunta-avaliativa: **5.1) Necessidades e prioridades de saúde dos adolescentes no contexto urbano; 5.2) Dimensionalidade da arte/educação na saúde do adolescente; 5.3) Adolescentes em ação: percursos da artesanaria em saúde; 5.4) Promoção da Saúde baseada na Arte/educação e centrada na Comunidade.**

No presente capítulo da tese, abrem-se as cortinas da vida e, no palco, jovens protagonistas atuando em um espaço de vivências significativas para a construção do ser, com possibilidades a serem potencializadas e também vulnerabilidades a serem superadas. O diálogo crítico com a literatura gerou o conceito de artesanaria da saúde como o modo de criar e ampliar a saúde dos adolescentes participantes da pesquisa.

5.1 Necessidades e prioridades de saúde dos adolescentes no contexto urbano

As impressões sensoriais dos participantes sobre saúde do adolescente morador do Bairro Bela Vista conduziram o processo de atribuição de significados ao contexto de vida do grupo. A interpretação provisória da realidade, algo incompleto e mutável, proporcionou indícios e sinalizações a respeito das necessidades ou problemas de saúde prioritários nesta comunidade urbana.

O termo comunidade é aqui compreendido como uma “construção sociológica”, um conjunto de interações, comportamentos humanos que têm significados e expectativas entre seus membros. É um organismo cultural, algo que ultrapassa os próprios indivíduos que a constituem. Nas áreas urbanas, as comunidades fazem parte dos bairros, são heterogêneas e complexas (BARTLE, 2011).

A Figura 6 representa a síntese grupal da etapa de problematização da realidade de saúde dos adolescentes, sua percepção de saúde baseada na comunidade e ilustrada por meio de modelagem/maquete.

Figura 6 - Maquete representando as necessidades ou problemas de saúde dos adolescentes moradores do bairro Bela Vista



Fonte: Banco de imagens da pesquisa.

Os participantes destacaram os aspectos positivos e negativos do adolescer em uma área urbana considerada de elevado risco social, no entanto estas realidades se fundiram na maquete, pois foram consideradas **indissociáveis**.

Tia, essa maquete é a saúde dos jovens que moram aqui, tem o lado bom e o lado ruim. Aqui a gente tem muitos amigos e a nossa casa é aqui, mas tem também muitos problemas como esse boneco aqui no chão que foi atropelado e o outro que foi baleado na briga das gangues. (A3, F, 14 anos)

Não dá pra separar e viver só o bom ou o ruim daqui. É muito bom viver só na paz, mas tem se ligar nas paradas que pegam o jovem. (A1, M, 15 anos)

O contato inicial dos participantes com a realidade de saúde da Bela Vista foi expresso na construção da maquete com massinha de modelar. Este momento foi permeado por um 'olhar de denúncia/anuncia' dos problemas

vividos, observou-se uma necessidade fervorosa de expor sentimento de indignação e as necessidades de melhorias locais por parte do grupo.

O primeiro contato do sujeito com a realidade é denominado ‘tomada de consciência’, é um nível espontâneo de relato da experiência da realidade na qual está inserido e a qual procura, não sendo caracterizado ainda como conscientização (FREIRE, 2001a). Esta apreensão da realidade foi considerada importante para identificar a visão inicial de saúde dos adolescentes e acompanhar sua evolução no decorrer da pesquisa.

As necessidades e prioridades de saúde do grupo foram agrupadas após leitura flutuante dos depoimentos que explicaram as imagens construídas na maquete em duas grandes temáticas: Adolescente e comunidade. O Quadro 6 representa os aspectos evidenciados pelo grupo e categorizados pelo pesquisador em temáticas relacionadas à saúde para discussão dos dados.

Quadro 6 - Categorias relacionadas à saúde dos adolescentes de acordo com as necessidades e prioridades evidenciadas no grupo

Foco	Categorias	Necessidades e Prioridades de Saúde
Adolescente	Corpo	Praticar esportes Ter uma boa alimentação
	Mente	Ter lazer Ser feliz
	Amizade	Ter bons amigos
	Namoro/Sexo	Escolher um bom parceiro Prevenir a gravidez
	Diversão	Ouvir música Dançar
Comunidade	Atendimento Médico	Melhorar a UPA e o SAMU
	Doença	Combater a dengue
	Trânsito	Prevenir acidentes
	Violência	Reduzir os casos de violência
	Drogas	Reduzir o uso/tráfico de drogas
	Lazer	Melhorar as praças Criar áreas verdes

Fonte: Elaborado pelo pesquisador a partir do diário de campo.

Os focos ‘**adolescente**’ e ‘**comunidade**’ foram apresentados separadamente para fins de categorização, no entanto, entrelaçam-se nas discussões sobre indivíduo e seu poder de mudança social ao longo da tese.

A temática '**adolescente**' apresentou as relações e os sentidos das categorias **corpo, mente, amizades, namoro/sexo e diversão** que foram representadas na maquete e discutidas no grupo. As prioridades de saúde dos adolescentes relacionadas ao **corpo** enfocaram as necessidades de **praticar esportes e ter uma boa alimentação**:

Tia, eu construí um boneco jogando futebol porque isso faz bem, deixa o corpo em forma. Todo mundo precisa fazer esporte todo dia, mas a gente só joga quando tem bola mesmo. (A14, M, 16 anos)

[...] é importante comer direito. Tem jovem que não se alimenta direito e fica doente, também porque passa necessidade (dificuldades financeiras) e não pode comer tudo que é bom, tipo frutas. (A19, F, 13 anos)

O grupo reportou a importância da atividade física diária e das condições materiais necessárias a sua realização. O discurso acerca da boa alimentação foi constantemente relacionado ao fator econômico das famílias.

A desestruturação das refeições é uma realidade nas famílias brasileiras devido a características socioeconômicas e modificações nas estruturas familiares. No entanto, destaca-se que a geração atual de pessoas nessa faixa etária deseja ser mais autônoma e escolher o próprio alimento, preferindo refeições incompletas. O comportamento alimentar dos adolescentes possivelmente irá refletir em sua vida adulta (PROENÇA, 2010).

Observou-se um contexto familiar considerado problemático para alguns jovens, que citaram a arte e o esporte como canalizadores das adversidades vividas.

[...] Jogar faz bem pro corpo, e a mente fica mais aliviada dos problemas de casa, por isso faz bem. (A10, M, 17 anos)

Eu saio de casa todo dia rezando pra chegar logo aqui no Projeto (Programa) e fazer o que eu gosto de verdade (arte) e ficar do lado de gente do bem. (A17, F, 12 anos)

A canalização ou superação dos problemas na adolescência faz parte do conceito de resiliência como a capacidade humana de enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado pelas adversidades da vida (GROTBERG, 2003). Um dos fatores protetivos para a resiliência na juventude é estabelecer sólidas conexões com a comunidade por meio da escola, cultura, arte e esportes (DEPARTMENT, 2008).

Nesse contexto, a categoria **mente** sintetizou os conceitos dos jovens sobre saúde mental e suas prioridades de **ser feliz e ter lazer**. A saúde mental foi relacionada à felicidade do adolescente, na relação quanto mais feliz, mais saudável. E para atingir este estado de saúde/felicidade o jovem necessita de lazer:

Os jovens curtem música, dançar, namorar, pois se divertir faz bem. [...] eu estou com saúde quando estou feliz, se tiver triste eu fico doente, não saio de casa, não estudo direito. (A10, M, 17 anos)

Os aspectos relacionados à saúde e níveis de felicidade foram analisados com 5.000 jovens de 10 a 15 anos na Inglaterra. O estudo concluiu que índices maiores de felicidade estão presentes em adolescentes que não possuem hábitos de ingerir bebidas alcoólicas ou fumar, consomem mais frutas e praticam mais horas de esporte. Os autores defenderam a frase: Adolescente saudável é adolescente feliz! (BROOKER *et al.*, 2012).

O relato acima corrobora com as necessidades de saúde elencadas pelos adolescentes nas categorias **amizades, namoro/sexo e diversão**. Muitos bonecos presentes na maquete estavam em companhia de amigos e demonstravam a importância de **ter bons amigos** para o grupo, pois:

Os amigos são os parceiros da gente, não dá pra ficar sem os chapas (amigos), por isso você tem que saber escolher. [...] Têm aqueles que te levam pro mau caminho, te oferecem drogas e vida fácil. Desses aí eu tô é longe, mas já tive muitos. (A10, M, 17 anos)

O compartilhamento de ideias entre jovens, de uma mesma linguagem e contexto social semelhante, permite a formação de grupos de amigos nas comunidades e escolas. Entre os pares, os jovens podem conversar temas de interesse comum e conhecer experiências que podem tornar-se referência em suas vidas (VOLPI; PALAZZO, 2010).

Durante a explicação dos diversos bonecos incluídos na maquete, a coordenadora da Unidade expôs privativamente à pesquisadora:

A maioria dos jovens que chegam aqui no Programa vivenciam problemas na família como abuso sexual, abandono, álcool e drogas. No próprio bairro tem muita exploração do corpo e muitas meninas engravidam cedo. É um problema sério que precisamos enfrentar. (E1)

Estudo desenvolvido em um contexto social semelhante avaliou o indicativo de fatores de risco ao desenvolvimento em adolescentes grávidas e

mães. Os fatores de risco identificados foram: uso abusivo de drogas ou álcool na família e violência na comunidade, sendo que 65,5% referiram proximidade da moradia a locais de tráfico de drogas, 19,6% de prostituição e 23,9% presença de criminalidade no local de moradia (OLIVEIRA-MONTEIRO *et al.*, 2011).

No entanto, o **namoro/sexo** foi considerado pelo grupo como uma prática positiva para a promoção da saúde na adolescência, desde que o jovem saiba **escolher um bom parceiro** e **prevenir a gravidez**. Destacou-se a imagem de um(a) namorado(a) “gente boa”, ou seja, que frequente a escola, não utilize drogas e seja fiel:

Alí tem dois bonecos que estão namorando, porque namorar faz bem pra saúde, mas depende se você não ficar grávida logo e a pessoa for gente boa também. (A11, F, 13 anos)

As meninas perdem o futuro se engravidarem, não estudam mais e o homem tem que sustentar (financeiramente) elas. [...] todo mundo sabe que o jovem tem que usar camisinha. (A3, F, 13 anos)

O panorama gerado pelos adolescentes advém justamente da contextualização do adolecer, fase na qual emergem as inquietudes, as dificuldades na formação da identidade e as transformações sexuais (BRAGA; MOLINA; FIGUEREDO, 2010). No presente caso, os adolescentes reconheceram a necessidade da prevenção da gravidez, no entanto, a exploração do corpo e a gravidez precoce eram aspectos de destaque na comunidade.

Então surgiram as relações entre adolescência e diversão, observando-se um corpo precocemente sensualizado por ritmos e exposições de dança nas praças durante os encontros dos jovens. A **diversão** na adolescência foi focada em **ouvir música** e **dançar**, sendo que as músicas são os mesmos ritmos das danças:

Eu inclui aqui (na maquete) um paredão de som na pracinha da Mauá e a galera dançando swingueira. Uns jovens gostam de ouvir as músicas, outros dançam e todos querem olhar. (A17, F, 12 anos)

O ritmo mais citado foi a *swingueira*, na qual existe uma exposição do corpo com movimentos e roupas sensuais. De acordo com Paula e Vasconcelos (2009), o *suíngue* é apresentado como o embalo de corpos em

uma mesma sintonia que resulta em uma simulação de prazer, uma conotação do ato sexual pela interpretação da sensualidade e de movimentos eróticos.

Este ritmo não é adotado nas atividades de arte-educação do Programa, no entanto, os adolescentes buscam músicas e coreografias nos meios de difusão de imagem e som:

Tia, a gente vê na televisão e internet as coreografias da swingueira porque aqui no projeto os professores não gostam de ensinar, eles dizem que é feio, então a gente tem aula de coreografias contemporâneas. (A16, F, 13 anos)

O processamento de informações e influências tornam-se referências na adolescência, e a mídia, como veículo de informação, tende a ser esse eixo que ativa as percepções e desejos de um corpo em formação. Estudos como o de Somers e Tynan (2006) tem identificado o papel da mídia sobre a sexualidade dos adolescentes no que se refere ao comportamento e à manipulação que essa tem sobre as atitudes desse grupo. Indivíduos que estão na busca de serem reconhecidos encontram nas publicidades a ascensão social, a aceitação e a ilusão de uma imagem corporal perfeita (ZORZAN; CHAGAS, 2011).

O Quadro 6 também apresentou a temática '**comunidade**' caracterizada como o centro da discussão grupal sobre as categorias: **atendimento médico, doenças, trânsito, violência, drogas e lazer.**

A maquete (Figura 6) apresentou imagens de adolescentes acidentados, em poças de sangue, aguardando o **atendimento médico** na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os quais são serviços de urgência/emergência de referência na cidade:

O ônibus pegou um rapaz que estava de moto e ele morreu. Só que o motoqueiro estava bêbado, voltava da festa, muito doido, não tinha nem carteira e a moto era emprestada. (A13, M, 13 anos)

Uma das necessidades e prioridades de saúde destes adolescentes seria **melhorar o atendimento** desses serviços, pois estão sempre presentes na comunidade devido aos acidentes de trânsito e à violência urbana.

Em relação ao atendimento médico, prevaleceu uma visão do modelo tradicional de saúde conceituada como a ausência de **doença**, especificamente a dengue. As campanhas para **combater a dengue** no estado

do Ceará são muito difundidas nas escolas e comunidades. Estudo anterior realizado pelos pesquisadores também evidenciou a dengue como a doença mais citada entre adolescentes cearenses e uma visão tradicional da saúde como atendimento médico e odontológico (COSTA *et al*, 2013).

O **trânsito** representou uma categoria relevante para o grupo diante dos constantes acidentes graves no bairro, logo, a prioridade seria **prevenir os acidentes**. As imagens da maquete envolveram adolescentes atropelados, acidentes com carros e motos.

Dados estatísticos sobre acidentes envolvendo adolescentes no Brasil demonstram a vulnerabilidade da faixa etária de 15-19 anos que segundo a UNICEF (2011) tem como primeira causa de morte esse tipo de agravo. No ano de 2012, de acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a incidência de óbitos por acidentes de transporte na região Nordeste tem crescido significativamente entre os jovens quando comparado ao ano de 2011 (BRASIL, 2012).

O conhecimento das causas seria o ponto estratégico para a redução desses números alarmantes de acordo com o estudo de MALTA *et al*. (2012), que evidenciou a existência de fatores de risco associados a acidentes com adolescentes frente a conjuntura social do País.

Outros fatores socioambientais também determinaram a saúde/doença do adolescente na comunidade Bela Vista, principalmente aqueles envolvidos com a **violência** e o **uso/tráfico de drogas**.

A **redução dos casos de violência e do uso/tráfico de drogas** no bairro foi considerada fundamental para a saúde do adolescente:

Aqui tem um menino que foi baleado no acerto de contas do tráfico, queria ganhar a vida fácil, aí foi pego pelos caras. (A14, M, 16 anos)

A juventude tá perdida nas drogas que traz violência e muitos jovens morrem assim por nada. Tem que saber se livrar dos perigos para conseguir ter paz. (A2, M, 13 anos)

A violência referida pelos jovens é difusa e está presente em todos os lugares da sociedade, o que causa medo e determina suas escolhas. Outros fatores sociais urbanos, como o desemprego, a pobreza e as dificuldades de acesso aos bens de consumo, à saúde e à educação geram situações

conflituosas na família e promovem a imersão dos jovens na tríade violência-drogas-tráfico (COCCO; LOPES, 2010).

No presente caso, a violência tem suas particularidades, pois é algo visível e bem próximo da realidade dos adolescentes como foi retratado nas maquetes, fotografias e outros produtos artísticos. A violência envolveu parentes, amigos e os próprios jovens na comunidade, causando sentimentos de medo e revolta.

A violência gera o medo, e este por sua vez gera mais violência, um círculo contínuo que reforça estereótipos, barreiras sociais, preconceitos e não aceitação das diferenças socioculturais (LABORATORIO DE DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E ÉTICA, 2011).

Os jovens são as principais vítimas da violência no Brasil e que é um desafio constante reduzir a mortalidade juvenil, bem como oferecer serviços de saúde preparados para a demanda *teen* e prepará-los para as questões ambientais que afetam o planeta (UNICEF, 2011).

As estatísticas internacionais apontaram em 2011 que o Brasil ocupava o 4º lugar em taxas de homicídios de crianças e adolescentes com uma taxa 13,0 (em 100 mil) (WHO, 2011). Em 2012, são notórios os valores para causas externas que envolvem as agressões na idade entre 15-19 anos com um dado alarmante para o Nordeste que já apresenta 3.893 casos registrados atualmente. No Ceará, foco alvo deste estudo, os valores são superados apenas pela Bahia que apresenta 29,4% do total de óbitos por agressões da região Nordeste (BRASIL, 2012).

Essa é uma realidade que já foi evidenciada em pesquisas que revelaram um aumento da violência nos últimos dez anos, como retrata Oliveira *et al.* (2014) a respeito da violência sexual e da crescente ocorrência outros tipos de violências, caracterizando o quadro atual com múltiplas faces.

A última categoria do Quadro 6 apresentou as áreas de **lazer** disponibilizadas pela comunidade, que foram classificadas com insuficientes para a saúde dos jovens, por isso as imagens da maquete ilustraram a necessidade de **melhorar as praças** e **criar áreas verdes** com muitas flores e grama.

No geral, a percepção de saúde dos participantes englobou as relações individuais e coletivas do adolescer, destacando-se a necessidade de

felicidade e transformação da comunidade. Neste contexto, vale destacar que aspectos essenciais como família, educação e profissionalização não foram citados pelos participantes, nem incluídas na maquete, pois, no momento, não se constituíram como necessidades ou prioridades de saúde.

Após a etapa de contextualização, o grupo foi instigado a pensar sobre o papel do Programa Cidadania em Rede na promoção da saúde do adolescente que mora no bairro Bela Vista, com todas as suas necessidades e prioridades. O grupo deu seguimento à avaliação *empowerment* partindo para a etapa de construção da missão.

6.2 Arte/educação e sua dimensionalidade na saúde do adolescente

A missão estabelecida pelo grupo foi direcionada às habilidades pessoais e sociais dos adolescentes possivelmente adquiridas durante sua permanência no Programa Cidadania em Rede e sua adequada manutenção para a promoção da saúde no futuro:

“Continuar a praticar na convivência social e familiar as atividades desenvolvidas, assim como manter uma saúde física, mental e emocional equilibrada através de boa alimentação, amizades e respeito, consciente e responsável pelo seu próprio corpo e seus limites.”

A missão, uma nova realidade a ser alcançada, tornou-se objeto de uma reflexão crítica no grupo. Alguns participantes expuseram a impossibilidade de alcançá-la, mas sabe-se que a “[...] conscientização nos convida a assumir uma posição utópica frente ao mundo” (FREIRE, 2001a, p. 31).

O desejo grupal presente na missão vai ao encontro do Projeto de Implantação do Programa Cidadania em Rede, que o define como uma tecnologia social para formação de “agentes promotores de cidadania, sujeitos ativos no pertencimento e no protagonismo comunitário, fazendo do cotidiano um tecido vivo de experiências e trocas de saberes” (QUINTO, 2013, p. 5)

A literatura internacional denomina iniciativas assim como *after-school programs* (ASP). Os impactos dos ASP na promoção de habilidades pessoais e sociais de crianças e adolescentes foram avaliados por meio de

uma meta-análise. O estudo revelou significantes melhorias nos comportamentos sociais positivos, autopercepção e desempenho escolar dos participantes, bem como redução de problemas comportamentais em comparação aos grupos controles (DURLAK; WEISSBERG; PACHAN, 2010).

Após o estabelecimento da missão, os participantes elencaram as atividades de arte/educação desenvolvidas pelo Programa que possuíam alguma dimensionalidade na saúde do adolescente, etapa conhecida como priorização das atividades.

O termo dimensionalidade foi compreendido como uma característica, particularidade ou condição presente na atividade de arte/educação que tem influência direta na saúde do jovem. O termo saúde foi compreendido como um agrupamento dos elementos presentes na própria missão: convivência social e familiar, saúde física, mental e emocional, alimentação, amizade e respeito, consciência e responsabilidade, corpo e seus limites.

Os participantes listaram um total de 14 atividades distribuídas nas três linguagens artísticas das oficinas locais. A escolha seguiu a própria realização das atividades de acordo com as áreas artísticas das oficinas educativas:

- Artes visuais: grafite, desenho, pintura, serigrafia, escultura e artesanato;
- Audiovisual: cineclube, produção de vídeo e fotografia;
- Dança: relaxamento, alongamento, resistência física e coreografia.

O grupo também considerou importante incluir uma atividade voltada à diversão e socialização, denominada internamente de **lazer**. Os momentos de **lazer** foram caracterizados como atividades nas quais todos os participantes do Programa interagiam em atividades lúdicas, culturais e/ou esportivas, geralmente em visitas a outros projetos sociais ou pontos turísticos da cidade.

De acordo com o grau de importância individual, as atividades receberam pontuações dos 23 participantes presentes, os quais puderam distribuir seus cinco pontos individuais em atividades distintas, totalizando 115 pontos. O Quadro 7 apresenta o *ranking* de pontuação das atividades de

arte/educação desenvolvidas no Programa Cidadania em Rede atribuída pelos participantes da pesquisa.

Quadro 7 - Classificação das atividades desenvolvidas no Programa segundo pontuação por relevância na saúde do adolescente atribuída pelos participantes da pesquisa

Lugar	Atividade	Oficina	Pontuação
1º	Lazer	*	14
2º	Cineclube	Audiovisual	13
	Grafite	Artes visuais	13
3º	Relaxamento	Dança	12
4º	Alongamento	Dança	11
5º	Desenho	Artes visuais	9
6º	Resistência física	Dança	8
7º	Coreografia	Dança	7
	Fotografia	Audiovisual	7
8º	Produção de vídeo	Audiovisual	6
	Pintura	Artes visuais	6
9º	Artesanato	Artes visuais	5
10º	Escultura	Artes visuais	3
11º	Serigrafia	Artes visuais	1
Total de pontos			115

Fonte: Participantes do estudo.

* Não integra uma oficina específica.

O lazer foi o mais votado com 14 pontos e a serigrafia foi considerada a atividade menos pontuada com apenas um ponto. Algumas atividades ficaram empatadas, no caso, o 2º lugar (cineclube e grafite), o 7º lugar (coreografia e fotografia) e o 8º lugar (fotografia e produção de vídeo).

As 10 atividades mais bem pontuadas foram consideradas prioritárias para a promoção da saúde dos adolescentes integrantes do Programa: 1) Lazer; 2) Cineclube; 3) Grafite; 4) Relaxamento; 5) Alongamento; 6) Desenho; 7) Resistência Física; 8) Coreografia; 9) Fotografia; e 10) Produção de Vídeo.

Como as duas últimas atividades estavam empatadas em 8º lugar (ver Quadro 7), o grupo optou por selecionar a produção de vídeo como prioridade, já que as atividades de pintura estavam inclusas nas de desenho e grafite.

As 10 atividades prioritárias passaram para a etapa seguinte da pesquisa, na qual os participantes atribuíram notas de 1 a 10 para cada atividade **considerando como a mesma está contribuindo para o alcance da missão.**

Como os adolescentes estavam vinculados a uma determinada oficina artística, muitos não possuíam a vivência de atividades artísticas de outras oficinas. No entanto, orientou-se que considerassem sua percepção acerca do desenvolvimento da atividade no Programa e conversassem com os colegas que faziam parte da mesma.

O quadro 8, na página seguinte, expõe as notas individuais da etapa de classificação das atividades de arte/educação na saúde do adolescente, com as médias de cada participante do conjunto de atividades de arte/educação.

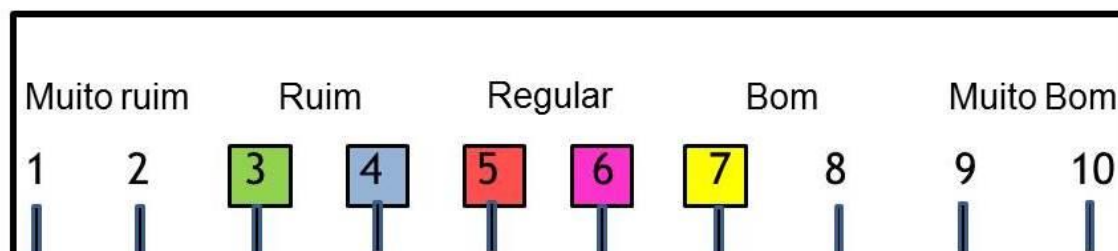
Quadro 8 - Painel de notas individuais da etapa de classificação das atividades de arte/educação na saúde do adolescente

Atividades	Identificação e Notas dos Participantes																					Médias	
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	E1	E2	E3	E4		E5
Lazer	10	10	7	10	10	10	10	10	10	10	9	9	10	10	10	10	10	10	7	10	10	10	9,6
Cine Clube	10	10	10	9	9	7	10	9	10	9	10	7	10	10	10	10	9	7	5	8	10	10	9,0
Vídeo	10	10	6	9	7	8	8	10	10	9	9	8	10	10	8	7	10	8	8	6	10	10	8,6
Fotografia	10	10	10	5	8	8	7	7	10	10	10	10	10	3	8	9	10	6	10	8	10	10	8,5
Grafite	10	10	10	9	7	10	10	10	10	8	10	9	10	10	8	9	10	7	10	7	10	10	9,2
Desenho	10	10	9	9	8	9	9	10	10	7	10	10	10	10	8	8	8	8	10	7	10	8	9,0
Relaxamento	5	10	8	8	10	8	9	8	10	9	10	10	9	4	10	10	9	9	8	10	10	10	8,8
Alongamento	8	8	6	4	10	9	9	10	9	7	10	9	9	8	10	10	10	9	8	10	10	10	8,7
Resistência física	8	7	10	5	10	9	10	10	10	10	10	8	9	10	9	10	10	10	7	10	10	10	9,1
Coreografia	10	9	7	9	10	10	7	10	8	8	9	10	9	5	10	10	10	8	10	10	10	8	8,9
Média Individ.	8,5	9,4	8,3	7,7	8,9	8,8	8,9	9,4	9,7	8,7	9,7	9,0	9,6	8,0	9,1	9,3	9,6	8,2	8,3	8,6	10	9,6	8,9

Fonte: Participantes do estudo.

A maioria das atividades foi avaliada como boa ou muito boa para os participantes, pois receberam notas 10, 9 ou 8 diante de uma escala de 1 a 10, a qual foi exemplificada no formato de uma régua avaliativa (Figura 7), com o destaque das cores-legendas do Quadro 8.

Figura 7– Exemplificação das notas para os participantes da pesquisa em uma régua avaliativa



Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Na interpretação do quadro junto com os participantes, observou-se que a média geral foi de 8,9, este dado significa que o conjunto das 10 atividades de arte/educação está sendo desenvolvido de forma muito boa/adequada para a promoção da saúde dos adolescentes no Programa Cidadania em Rede.

As justificativas principais dos participantes para as notas consideradas boas ou muito boas foram:

O lazer é a melhor coisa que a gente faz aqui, eu adoro, a gente se diverte muito, fica bem, feliz. (A21, F, 14 anos)

No cineclube a galera discute os vídeos depois de assistir e eu aprendo muito sobre as coisas da vida dos filmes. (A9, M, 12 anos)

Quando tem grafite a minha imaginação vai longe... fico com a cabeça boa, pensando em coisa boa. Adoro grafitar. Só! (A4, M, 16 anos)

Tudo aqui é ótimo. Eu dei 10 pra tudo, pois acho que da forma que está acontecendo “vale muito a pena” pra saúde dessa rapaziada aí. (E4)

Na dança eu consigo fazer os passos que o professor ensina, olho no espelho e me sinto ótima. O meu corpo fica mais “mole” e minha cabeça fica ocupada na aula. (A15, F, 14 anos)

As notas 5 e 6 foram consideradas regulares, ressaltando que no quadro pode-se observar apenas cinco notas com valor 5 e quatro notas com valor 6, e envolveram diversas atividades, sem prevalência em uma específica. As justificativas principais dos participantes para notas consideradas regulares foram:

Olha tia, tem muitas dificuldades pra gente trabalhar com foto e filme. Precisa de computador e outras coisas, coisas que não temos aqui, então fica difícil, como pode estar sendo bom pra saúde se temos esses problemas? (A3, F, 13 anos)

[...] não tem câmera, não tem ilha de edição, mas tem a galera que quer fazer, e as dificuldades existem, mas a gente tendo as pessoas, a gente faz. (E3)

Sempre faltam materiais na produção de vídeos, pois precisamos de recursos multimídias, então eu dei nota 6 pra fotografia. (E1)

As notas 3 e 4 foram consideradas ruins, e apenas os participantes A4 e A14 atribuíram estas notas para as atividades de fotografia, relaxamento e alongamento:

Eu dei 3 pra fotografia porque não tem câmera pra fotografar, o professor tem que trazer de casa. Só isso. E dei 4 no relaxamento porque eu não consegui ficar calmo no dia que fiz relaxamento. (A14, M, 16 anos)

Eu dei 4 pro alongamento, pois um dia fui fazer dança e não consegui acompanhar, meu corpo ficava todo duro. Dança assim é coisa de menina mesmo. (A4, M, 16 anos)

A AE é projetada para demonstrar o que todos sabem sobre determinado assunto de forma real. Na coletividade, as notas podem sofrer influências umas das outras, socializando e ampliando a discussão (FETTERMAN, 2004).

As discussões foram ampliadas no sentido do **lazer** ser considerado a melhor atividade de “arte/educação” desenvolvida para a promoção da saúde do jovem e os porquês de alguns participantes terem atribuído notas menores diante de um panorama de notas tão elevadas.

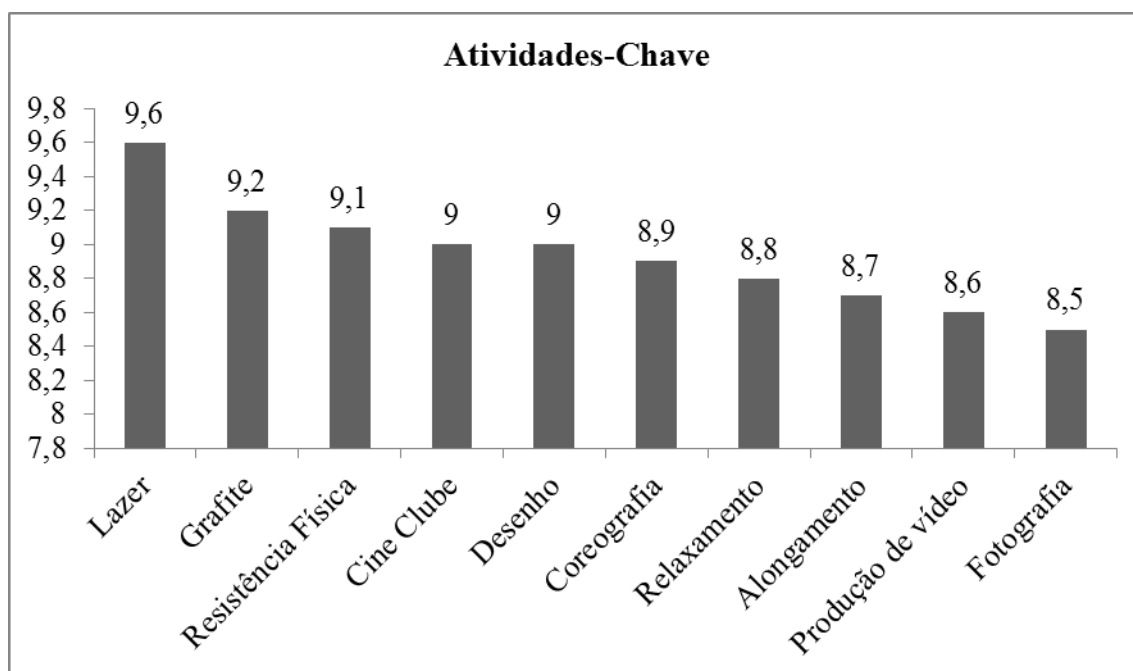
A condição primordial para que um ser humano possa assumir um ato comprometido está na capacidade de agir e refletir, logo, a educação, por mais informal que seja, deve assumir um foco crítico (FREIRE, 2007). Os arte/educadores destacaram a importância da interação entre pares durante os momentos de lazer e cineclubes, contudo, alertaram para o risco de transformá-los em simples momentos de diversão, sem um foco crítico específico.

No entanto, um dos maiores problemas a ser enfrentado pelo Programa Cidadania em Rede foi caracterizado como a falta de recursos materiais para o desenvolvimento das atividades de arte-educação que, em sua grande maioria, com exceção da dança, necessitam de equipamentos e insumos específicos.

Comumente, instituições sociais que dão suporte ao adolescente em situação de risco enfrentam problemas, como falta de recursos materiais técnicos e humanos, que acabam limitando a qualidade do serviço prestado e distanciando planejamento e resultados obtidos (SILVEIRA *et al*, 2012).

Diante do cenário avaliativo, a Gráfico 1 apresenta a classificação das atividades de acordo com a ordem decrescente dos valores das médias calculadas.

Gráfico 1 - Classificação média das 10 atividades selecionadas pelos participantes da pesquisa segundo influência atual na saúde do adolescente



Fonte: Elaborada pelo pesquisador a partir do diário de campo.

Todas as atividades de arte/educação foram consideradas muito boas ou boas diante da avaliação do valor da média calculada, pois permaneceram entre os valores 9,6 e 8,5. A média geral (8,9), considerada como parâmetro coletivo de avaliação da atividade, representou também um cenário positivo para promoção da saúde do adolescente no Programa.

Entretanto, o grupo deveria escolher algumas atividades para implementar as ações de saúde durante o período de três meses e assim aconteceu, aquelas com médias mais baixas foram selecionadas para a etapa de implementação/monitoramento da pesquisa. Os participantes escolheram as atividades: **Fotografia; Alongamento; Desenho e Grafite**, cada qual correspondente a menor média de cada uma das três oficinas artísticas.

Nesse sentido, foram elaboradas metas, estratégias e evidências da implementação das atividades selecionadas. A palavra evidência é considerada por Fetterman (2009) como a concretização da ação, a visualização de aspectos que poderiam sinalizar o alcance das metas propostas.

Os Quadros 9, 10 e 11 apresentam o plano de ação para cada oficina artística, com foco na atividade selecionada e inclusão de temáticas relacionadas à saúde do adolescente que proporcionassem um melhor caminho para o alcance da missão estabelecida e todas as metas, estratégias e evidências em negrito foram alcançadas ou desenvolvidas pelo grupo.

Quadro 9 - Plano de ação para o futuro da oficina de artes visuais

Metas	Estratégias	Evidências
Trabalhar a temática “Drogas e amizades na comunidade” nas atividades de Desenho e Grafite.	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisar em equipe sobre a temática; - Discutir a temática; - Produzir cartões ou panfletos; - Convidar o audiovisual para registrar a atividade; - Produzir um jogral visual sobre o tema; - Conseguir um local na comunidade para grafitar sobre o tema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Foram distribuídos panfletos educativos em uma escola do bairro; - Foi apresentado o jogral no dia da exposição de audiovisual; - Conseguimos o grafite.

Fonte: Participantes da pesquisa.

As atividades de **desenho** e **grafite** foram articuladas à temática “drogas e amizades na comunidade”, pois representaram uma forma de expressão culturalmente aceita no bairro pela juventude.

O **grafite** é uma linguagem artística contemporânea das culturas urbanas, sendo considerado um movimento artístico e também social dos jovens das periferias brasileiras. O grafite promove a expressão do adolescente por meio de uma imagem reflexo de si, do outro e/ou da sociedade em que vive (ARAÚJO, 2011).

Essa configuração do grafite propõe a diferença que existe em relação à pichação. Esse último utiliza uma tipografia ilegível muitas vezes associada a uma imagem distorcida de marginalização. A expressividade da pichação e do grafite tem uma colaboração em comum, partilhar os eventuais problemas coletivos ou particulares com outras pessoas (VAZ *et al*, 2013).

O estudo de Tavares (2010) retrata a vivência de grafiteiros que começaram na adolescência e que atualmente expõem em galerias seus trabalhos e reflexões a respeito de fatos que levam as pessoas a confrontar suas ideias e o pensamento do senso comum. Esse meio de intervenção urbana tem auxiliado na construção do pensamento crítico de jovens que veem na arte a construção de um espaço distante das mazelas sociais.

Apesar da significância do espaço que o grafite tem conquistado, a base para a sua edificação como arte é o **desenho**. Este por sua vez nos remete à criatividade, formação do pensamento e revela conceitos através de traços e cores (GOLDBERG; YUNES e FREITAS, 2005).

O desenho é uma forma de levar o diálogo entre as pessoas, de proporcionar o levantamento de questões que não necessitam do traço perfeito ou a expressão artística, mas da manifestação de um raciocínio utilizado durante a criação da imagem (PAULO; REIS, 2013).

Quadro 10 - Plano de ação para o futuro da oficina de audiovisual

Metas	Estratégias	Evidências
Trabalhar a realidade por trás da imagem	- Tirar fotos sobre os assuntos de saúde da missão;	Realizou uma exposição fotográfica com a comunidade e

<p>na atividade de Fotografia.</p>	<p>- Pesquisar sobre os assuntos;</p> <p>- Conseguir uma câmera fotográfica;</p> <p>- Conseguir um tripé;</p> <p>- Conseguir computadores de boa qualidade para desenvolver vídeos e fotografias.</p>	<p>outros órgãos.</p>
---	---	------------------------------

Fonte: Participantes da pesquisa.

A **fotografia** foi relacionada à interpretação da realidade de saúde por meio da imagem. Para os adolescentes, fotografar é:

[...] registrar um momento, assim para sempre. Faz a gente entender como as coisas da vida são e você pode mostrar pras outras pessoas que foi feliz ali. (A10, M, 17 anos)

A fotografia é um recurso visual que nos proporciona lembrar momentos e trazer à tona lembranças. Essa ferramenta é capaz de mobilizar os sentimentos mesmo que expresse o momento de outra pessoa, pois é agregada de valores artísticos vinculados às emoções (FARACHE, 2008).

Com essas propriedades, torna-se um instrumento de apoio social de alto nível. É justamente através de imagem que as pessoas ativam lembranças latentes na sua memória e são capazes de reviver situações conflituosas que fizeram parte de suas vidas (JELIN, 2012). Esse recordar de experiências vividas é uma ampla arma para a conscientização social e instiga as pessoas ao retorno da sua condição de protagonista, de pessoa crítica e reflexiva. Além disso, torna o indivíduo ativo das suas percepções, dos incômodos e da fugacidade que muitas vezes é objeto de introspecção.

O estudo de Costa *et al.* (2013) relata justamente as experiências da utilização do recurso fotovoz com adolescentes que demonstraram através da fotografia suas concepções sobre a saúde da zona rural em que viviam. Os resultados foram positivos e enfatizaram o objeto sociológico que representa um meio de autopercepção e de aspectos que muitas vezes são ignorados mesmo por aqueles que são diretamente atingidos.

Quadro 11 - Plano de ação para o futuro da oficina de dança

Metas	Estratégias	Evidência
<p>- Melhorar a dedicação e o esforço do grupo;</p> <p>- Conhecer o funcionamento do corpo feminino.</p>	<p>- Trabalhar o corpo e seus limites na atividade de Alongamento;</p> <p>- O professor deve acompanhar a alimentação dos alunos.</p>	<p>- Melhorou a flexibilidade dos alunos;</p> <p>- Aumentou a disposição do grupo;</p> <p>- O grupo apresenta maior conhecimento sobre o corpo.</p>

Fonte: Participantes da pesquisa.

Na oficina de dança, o grupo relacionou o alongamento corporal com o conhecimento do corpo e seus limites, bem como desejou compreender melhor o corpo feminino. A opção por trabalhar algumas temáticas da saúde voltadas para a saúde da mulher deu-se por ser uma oficina prevalentemente constituída por meninas.

Algo instigador é o fato de as meninas apresentarem uma maior prevalência em atividades que envolvem a dança clássica ou contemporânea em comparação com o sexo oposto. E quando a dança não está associada culturalmente a meninas, existe um preconceito de ser executada por homossexuais, o que impede por tantas vezes a aderência dos meninos, os quais se sentem desestimulados (NASCIMENTO; AFONSO, 2013).

A alimentação também foi citada no plano de ação dos integrantes do grupo da dança, pois algumas meninas referiram a importância de boa alimentação para a prática de atividades físicas. A alimentação é o eixo de equilíbrio que colabora com a execução das atividades de todo indivíduo. Os benefícios de práticas alimentares saudáveis auxiliam no desenvolvimento cognitivo, no condicionamento físico e no bem-estar.

Sabe-se que os adolescentes necessitam de energia significativa para suprir a demanda exaustiva associada às atividades escolhidas durante essa fase. Segundo Azevedo e Brito (2012), a fase de adolescência implica na maior parte dos costumes e hábitos adotados ao longo da vida. O

conhecimento muitas vezes não ajuda na prática dietética quando se concerne à população de baixa renda, provavelmente porque não existe uma disponibilidade em casa de frutas e legumes para serem consumidos (CAMBRAIA *et al.*, 2012).

Outro aspecto focado pelo grupo foi a melhoria na disposição dos adolescentes para a prática de atividades físicas de dança, fator relacionado à motivação para participação.

Sabe-se que a própria motivação para atividades lúdicas é capaz de produzir saúde. As atividades físicas, consideradas lúdicas, podem ampliar a motivação dos jovens para consciência do próprio corpo e de suas necessidades (GONÇALVES *et al.*, 2007).

Com os planos de ação impressos e fixados nas salas de arte-educação do Programa, os grupos partiram para uma caminhada de três meses, que envolveria todos os integrantes locais e contaria com o apoio dos avaliadores, amigos críticos da pesquisa.

5.3 Adolescentes em ação: percursos da artesanaria em saúde

O período de implementação e monitoramento correspondeu aos três meses da quarta etapa da pesquisa, na qual os participantes optaram por articular o plano de ação da avaliação *empowerment* com o planejamento institucional das atividades de arte/educação do Programa Cidadania em Rede.

O diálogo fomentado entre os dois planejamentos propiciou o encontro de novos domínios do fazer artístico diante de uma concepção de “artesanaria do fazer artístico”, definida como “[...] a participação direta do artista naquilo que cria com o corpo, imaginação, racionalidades e desejos” (QUINTO, 2012, p.13). Neste sentido, o adolescente foi visto como um artesão, protagonista do processo de fazer arte, com poder de transform(ação) pessoal e coletiva.

A união entre arte//educação e promoção da saúde transformou a “artesanaria do fazer artístico” em uma “artesanaria em saúde”, processo defendido por Cabral (2010) como a construção do ser saudável, disposto a assumir um compromisso de participação social via palavra e ação. Assim, o artesão em

saúde busca o protagonismo de sua vida, resgata a dimensão narrativa, participa ativamente de seu contexto de saúde.

O processo de artesanaria em saúde considerou a inserção do adolescente em dois mundos, sem, todavia, a sua redução a nenhum deles (FREIRE, 2001b): o mundo cultural, no qual é criador, um ser histórico; o mundo da natureza, com as características biológicas da adolescência. A partir desta visão, foram elaboradas as subseções: 6.3.1 Artesania em saúde da comunidade; e 6.3.2 Artesania em saúde do adolescente.

6.3.1 Artesania em saúde da comunidade

A comunidade é o palco principal das relações interpessoais dos adolescentes. Neste palco da vida, as conversas de rua promovem amizades, encontro de gerações e o compartilhamento de vivências. É o mundo cultural, no qual os artesãos em saúde são considerados seres históricos.

Nesse cenário, o Programa Cidadania em Rede insere-se como um referencial para adolescentes que diariamente vivenciam riscos e vulnerabilidades urbanas decorrentes do tráfico de drogas e violência. A imagem abaixo foi registrada pelo próprio grupo no primeiro dia de criação artística e representou o marco inicial do processo de artesanaria em saúde:

Figura 8 - Registro do início das atividades artísticas no período de alcance das metas



Fonte: Participante A2 (M, 13 anos).

A imagem foi interpretada por uma adolescente e representou a visão do grupo:

Essa foto retrata o começo da arte e da educação que o projeto oferece para todos nós e para a comunidade para tirar o jovem das ruas e drogas. (A12, F, 15 anos)

Os problemas relacionados às “ruas” de Fortaleza apresentam-se como um dos maiores desafios a serem enfrentados pelos programas socioeducativos da cidade. Um estudo transversal analisou a exposição de 458 adolescentes à violência em uma comunidade de baixa renda de Fortaleza. Os resultados revelaram que 17,7% dos jovens estão expostos à violência, sendo que 13,5% já fizeram uso abusivo de álcool, 28,3% de drogas ilícitas e 23,9% já tiveram acesso à arma (MOREIRA *et al.*, 2013).

O cenário de violência criminal de Fortaleza está vinculado à desproporção do crescimento demográfico e à taxa de desemprego. Essa última não acompanhou o desenvolver dos dados demográficos e, portanto, condicionou para que surgissem outros meios de renda, como tráfico e prostituição (CHESNAIS, 1999). Muitos desenhos construídos pelos participantes retrataram o contexto de vulnerabilidade social, como a Figura 9:

Figura 9 - Ilustração sobre a temática “drogas e violência na comunidade”



Fonte: Participante A14 (M, 16 anos)

O espaço urbano tem gerado uma série de condicionantes para a entrada de jovens na criminalidade. Essa situação acomete principalmente pessoas com chances muito baixas de se manterem na escola, fator evidenciado como comum entre aqueles que ingressaram no mundo do crime (MEIRELLES; MINAYO GOMEZ, 2009).

[...] esse desenho fala sobre a realidade das ruas e fala sobre o inferno que são as drogas e mostra o que acontece com as pessoas que usam drogas ainda mais mostra que a droga mata. (A18, M, 13 anos)

Está perigoso e cada vez mais cheio de violências, crianças e adolescentes cada vez mais cedo entrado para o mundo das drogas. (A3, F, 13 anos)

Todavia, a condição econômica e o desemprego devido ao baixo nível de escolaridade são apenas alguns dos fatores, pois a busca pela autoestima, a ausência da figura do pai, visibilidade perante a sua comunidade e o deslumbre em adquirir bens de consumo são também atrativos perigosos encontrados nas ruas pelos jovens (MORAIS *et al*, 2010).

No decorrer das construções artísticas, alguns adolescentes inseriram a temática paz, pois consideraram que o grupo estava abordando somente assuntos “ruins”:

O povo fica só falando de drogas e essas mortes, mas nunca fala de coisas boas, tipo a paz. Assim a gente não vai pra lugar nenhum falando só de coisa ruim. (A10, M, 17 anos)

A paz é um dos melhores sentimentos que a pessoa pode ter pra ter saúde. (A6, F, 14 anos)

Os desenhos acerca da paz foram todos acompanhados pela imagem de um coração (Figura 10), que representou o sentimento “bom”, o amor entre as pessoas:

Figura 10 - Trabalhos sobre a temática paz expostos à comunidade Bela Vista



Fonte: Banco de imagens da pesquisa.

No papel de amigos críticos, os pesquisadores tentaram transformar a abordagem tradicional de denúncia/anúncia da violência comunitária em reflexões críticas a respeito da cultura da paz, visto que o Ministério da Saúde do Brasil (2009a) resgata o conceito de **cultura da paz para promoção da saúde** nas regiões mais vulneráveis à violência, reafirmando a necessidade da implantação de um maior número de programas sociais do governo nestas áreas.

A **cultura da paz** é definida como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseado no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1999).

Assim sendo, a promoção da saúde do adolescente foi direcionada à cultura da paz e não à cultura do medo e da opressão que geram sentimentos de revolta e que alimentam o ciclo da violência urbana.

Quando o homem compreende a sua realidade social, pode levantar questões sobre os desafios existentes e procurar soluções. “Assim, pode

transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias” (FREIRE, 2007, p. 30).

Durante a construção da presente tese, a pesquisadora vivenciou um momento de entrevista verbal¹ com Lutgardes Freire, filho de Paulo Freire, e o mesmo enfatizou: “Meu pai sempre repetia uma frase: Quem sabe de onde vem, sabe para onde vai”. E a partir deste *insight*, o processo de conscientização poderia advir do conhecimento do passado da comunidade Bela Vista e seu confronto com o presente.

Para Freire (2001b) não existe atualidade que não seja processo histórico. O educador denominava este processo de senso de perspectiva histórica, no qual o homem amplia o grau de consciência dos problemas de seu tempo e espaço.

Os adolescentes identificaram personagens de destaque na comunidade, coletaram dados sobre a história do bairro e em um exercício denominado pelo Programa de “Narrativa do Exercício Poético” construíram a trajetória do Sr. Zé dos Bombons e seu neto Pedrinho pelo Bairro Bela Vista (Versão completa em ANEXO B):

O avô conta sua história de vida para seu neto apresentando o que vivenciou desde criança aos seus 80 anos, suas lembranças, recordações, experiências, amores, angústias e situações engraçadas e inusitadas pelo bairro em que cresceu. O neto curioso se espelhando em seu avô, também narra suas conquistas e desafios no bairro Bela Vista moderno e contemporâneo. Os dois sonham juntos em como transformar e aproximar suas próprias vidas à medida que também transformam sua comunidade. (Narrativa do Exercício Poético)

Em um dos trechos, Pedrinho diz ao avô que:

[..] quando vai pra escola, tem medo e só anda com a turma de amigos, pois o caminho é perigoso. Ainda ontem mataram um ali na praça Marupiara. O avô diz que nesse sentido o bairro era melhor em sua juventude, havia mais paz, menos tensão, as pessoas circulavam mais livres pelas ruas. (Narrativa do Exercício Poético)

A partir de um confronto temporal advindo de um encontro de gerações (neto e avô) foram geradas reflexões no grupo acerca da transformação social do bairro ao longo dos anos.

¹ Entrevista realizada pela pesquisadora com Lutgardes Freire na sede do Instituto Paulo Freire em São Paulo, Brasil, em dezembro de 2010, após sua participação no Evento em celebração aos 90 anos de Paulo Freire na Universidade de São Paulo.

O processo de conscientização assumiu características de organicidade (FREIRE, 2001b) ao integrar as condições de tempo e espaço de diversos atores na história local permitindo uma **artesanía em saúde comunitária** de forma democrática, permeável, crítica e plástica.

O personagem Sr. Zé dos Bombons foi inspirado na história real do Sr. Lourival, um vendedor local de bombons, que expôs sua percepção do bairro em 67 anos de vivência comunitária. Um exercício denominado pelo Programa de “conversa de calçada” proporcionou ao grupo uma reflexão sobre a realidade social no passado e no presente:

No dia das narrativas da população da Bela Vista, Algumas pessoas relataram o início do Bairro. Seu Lourival narrou sua chegada e como era seu dia-a-dia aqui. Como o Bela Vista mudou com o passar dos anos! (A5, F, 13 anos)

Seu Lourival é uma pessoa muito boa, tem 79 anos e chegou na Bela Vista com 12 anos e cresceu aqui. Hoje ele é idoso e fala que as coisas eram bem mais calmas antigamente. (A2, M, 13 anos)

Na comunidade, a troca de experiências entre as pessoas torna-se uma escola de *empowerment*, pois promove de forma mais eficaz o conhecimento a respeito das suas necessidades locais e amplia a visão do que deve ser modificado (ORNELAS; MONIZ, 2007).

Uma segunda estratégia elaborada pelo Programa para promover *empowerment* foi a “conversa de calçada” com um jovem chamado Yuri, ex-integrante do Programa e que conseguiu superar as adversidades sociais, tornando-se um grande artista circense. As narrativas de Yuri enfocaram o respeito consigo e com o próximo. O grupo discutiu sobre o poder de escolha pessoal, as oportunidades e possibilidades no estudo e o incentivo a não desistir de si mesmo.

Tia, tô sabendo que é importante estudar e não cair nas drogas, a gente sabe que tem pessoas que conseguiram ser alguém na vida como o Yuri, eu quero ser médico um dia. (A1, M, 15 anos)

O Yuri me deixou muito feliz. Eu quero ser igual a ele, um artista, mas não quero morar em outro local não, adoro meu bairro, tenho meus amigos aqui. (A13, M, 15 anos)

A perspectiva das pessoas e suas idealizações sofrem influências de fatores positivos e negativos. É justamente através da realização de outros que

as pessoas buscam suas conquistas que muitas vezes são instigadas por essa construção de valores positivos.

O estudo de Morais *et al.* (2010) discute a importância de diversos profissionais na promoção à saúde de adolescentes em situação de rua, apesar de terem o foco na prevenção de doenças, a construção do vínculo e educação em cidadania torna-se algo essencial, intrínseco. Isso pode levar a eficácia das metas da promoção à saúde porque os exemplos e a preocupação dos profissionais agregam a eles valores que antes não faziam parte do convívio da rua.

Esses valores advêm do núcleo familiar e que muitos jovens não tiveram a oportunidade de receber dos pais. Essa transmissão de valores permite a construção de uma perspectiva de futuro, baseada no exemplo e conquistas de seus familiares. Inclusive deve partir do contexto familiar a preocupação em orientar os jovens sobre álcool, drogas e qualquer situação de vulnerabilidade. Entretanto, quando não há esse entrosamento, o elo de referência procurado é encontrado em terceiros (MACEDO; KUBLIKOWSKI; BERTHOUD, 2006).

O sentimento de pertença do local de origem é também algo comum entre as pessoas. É, de fato, a configuração da identidade territorial do ser com os demais agentes sociais. Isto está vinculado não apenas ao domínio de espaço mas também com as relações afetivas estabelecidas, com os atrativos que promovem prazer em permanecer no lugar. Assim, dois aspectos são importantes na construção do conceito de “meu lugar”, o primeiro relacionado às tradições que são exemplificadas pelas memórias, herança e passado e o segundo ponto marcado pelas traduções, isto é, os projetos e perspectivas de futuro (MAGNO; DOULA; PINTO, 2011).

A partir da tradução de pertença do indivíduo a um lugar, inicia-se o processo de construção de uma identidade imaginária. De modo que mesmo diante de uma situação de conflito como os vários tipos de violência, a pessoa enraizada não se desvirtua de sua decisão, para ela aquele é o lugar onde deve ficar até o fim de sua vida (CARNEIRO, 2010).

A amizade entre os próprios jovens e com os profissionais do Programa foi considerada uma relação importante ao refletir sentimentos de união, alegria, bem-estar e trabalho em equipe. Os depoimentos não

enfocaram a influência negativa das amizades na comunidade, apenas os aspectos positivos:

Aqui eu vejo companheirismo, todos trabalham em conjunto. Como é bom estar entre amigos aqui. (A19, F, 13 anos)

Eu acho que todos tem suas escolhas e ninguém pode influenciar suas atitudes. Tem amigos que meus pais não gostam, mas não faço o que eles fazem. (A20, M, 12 anos)

O estudo de DeSousa e Cerqueira-Santos (2012) demonstrou que companheirismo, ajuda, intimidade, segurança emocional e aliança confiável são aspectos positivos de uma boa amizade e que isso ajuda na formação do suporte social. O vínculo proporciona proteção ao indivíduo para o enfrentamento da vida pessoal. Em contraposição, segundo Dias, Matos e Gonçalves (2007), as relações de amizade podem em algumas situações como no comportamento sexual representar uma ferramenta para pressionar o outro a uma situação que não lhe convém, ou seja, uma influência falso-positiva imperceptível por quem vive a situação.

O último paragrafo da Narrativa do Exercício Poético retrata o final do processo de conscientização/*empowerment* direcionado à comunidade Bela Vista:

Pedrinho diz que vê um futuro melhor para o bairro e que pretende ser educador social pra um dia ajudar outros jovens como ele que tem perspectiva e sonham com um futuro melhor! Sr. Zé incentiva Pedrinho, diz ter orgulho de ter ajudado a terminar de criá-lo e que ainda bem que ele não vê só as coisas ruins do bairro. (Narrativa do Exercício Poético)

Os depoimentos e narrativas ilustraram formas de superação pessoal para a problemática das drogas na Comunidade Bela Vista, o reconhecimento das potencialidades individuais para a mudança foi algo visível entre os participantes. O próprio Programa foi gradativamente conseguindo fortalecer o poder de mudança entre os jovens, já que todas estas atividades foram planejadas pelos coordenadores, e não pelos pesquisadores.

Após abordar a saúde comunitária, chegou o momento de focar a saúde do adolescente inserido em seu mundo biológico, da natureza da adolescência.

5.3.2 Artesania em saúde do adolescente

O corpo é o território de afetos do artista que possibilita a realização dos processos de criação, transformação e saúde. Neste contexto, o corpo do adolescente foi focado por meio da temática saúde sexual e reprodutiva nos momentos de bate-papos entre os pesquisadores e os jovens.

Assuntos relacionados à saúde sexual e reprodutiva foram relacionados às atividades da dança, as quais envolviam flexibilidade do corpo e relaxamento da mente. Algumas participantes da oficina de dança relataram falta de disposição para praticar diariamente as atividades, pois:

A pessoa tem que ter saúde pra fazer dança, porque se senão vai ter fraqueza mesmo. (A15, F, 14 anos)

Às vezes as meninas faltam porque estão menstruadas e se sentem fracas. E depois que a gente começa a faltar, logo desiste de participar porque vai dando preguiça. (A16, F, 13 anos)

Em estudos anteriores, os pesquisadores observaram que a dança é um atrativo para os jovens e, por si só, desenvolve o interesse e a disposição dos adolescentes (COSTA; VIEIRA, 2009a). No entanto, os participantes da presente pesquisa referiram desmotivação em cumprir sua presença diária nas aulas devido à sensação de “fraqueza” que muitas vezes acomete as meninas.

O corpo do artista precisou ser focado, desvelado e motivado. Inicialmente, os amigos-críticos abordaram assuntos voltados apenas à saúde feminina, mas durante os bate-papos os adolescentes desejaram conversar sobre saúde sexual e reprodutiva de forma geral.

A sexualidade é um assunto de grande interesse na adolescência. Um levantamento com 920 adolescentes brasileiros demonstrou que 67% dos meninos e 71% das meninas buscavam informações sobre sexualidade com os pais, amigos, livros, profissionais da saúde e professores, no entanto, 43% dos meninos e 41% das meninas consideravam insuficiente seu conhecimento sobre o assunto (BRÊTAS *et al.*, 2011).

As principais dúvidas foram agrupadas nas categorias **heterossexualidade, homossexualidade, gravidez, DST/HIV/aids, corpo**

masculino e corpo feminino. O Quadro 12 apresenta as categorias e exemplos de perguntas que se repetiram no decorrer das discussões.

Quadro 12 – Categorização dos assuntos de interesse dos adolescentes e suas principais dúvidas

Categorias	Exemplos de Perguntas
Heterossexualidade	<i>Quando o homem vai fazer sexo com a mulher o que eles primeiro devem fazer? Sexo anal é uma posição que dá pra sentir prazer?</i>
Homossexualidade	<i>Homem pode fazer sexo com homem? O gay precisa usar camisinha se ele não pode engravidar?</i>
Gravidez	<i>Qual tipo de gravidez que alguém pode ter? Quantos dias demora para o espermatozoide esperar para fecundar?</i>
DST/HIV/aids	<i>HIV é uma doença? A pílula serve para proteger das doenças? Quando uma pessoa fica doente de uma DST tem algum problema fazer sexo?</i>
Corpo Masculino	<i>Qual o testículo principal do corpo? O tamanho da coisa é importante pra mulher?</i>
Corpo Feminino	<i>Porque a menstruação às vezes atrasa? Faz mal dançar menstruada?</i>

Fonte: Elaborado pelo pesquisador a partir do diário de campo.

As dúvidas abrangeram aspectos diversos da sexualidade e reprodução, revelando um adolescente que necessita de conhecimentos básicos sobre seu corpo. Quando indagados, os participantes prontamente responderam que o preservativo é o melhor método de prevenção das DST e gravidez precoce.

Observa-se que quando os adolescentes têm conhecimento sobre prevenção das DST/aids, o saber não reflete nas atitudes, pois não conseguem incorporar comportamentos de prevenção no seu cotidiano e relações (LUNA *et al.*, 2013). Os jovens apresentam informações elementares sobre

DST/HIV/aids, porém ainda carecem de uma educação efetiva e permanente para a promoção de conhecimentos e habilidades, que poderão definir mudanças no comportamento sexual (CHAVES *et al.*, 2014).

Acerca da abordagem educativa sobre prevenção das DST/HIV/aids, firmaram que a escola tem palestras sobre o assunto:

Tia, na semana passada teve uma mulher lá na escola pra falar sobre isso e dizer que lá no Posto tem camisinhas pra gente pegar. Ela falou que os jovens devem utilizar para evitar as doenças. (A21, F, 14 anos)

A escola permanece com o papel de abordar os assuntos relacionados à sexualidade e reprodução dos adolescentes, principalmente após o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007 (BRASIL, 2009b). Todavia, as abordagens educativas continuam tradicionais como exposto pelos participantes, refletindo um adolescente vulnerável não somente a nível social, mas pessoal.

Atualmente, muitos serviços públicos de saúde de países em desenvolvimento são considerados inadequados para atender às demandas dos jovens, na própria visão destes. A WHO (2012) recomenda novos padrões para que os serviços de saúde sejam considerados “amigos dos adolescentes”, haja vista a importância da relação de confiança entre profissionais e este público.

Uma potencialidade identificada no Programa Cidadania em Rede para a abordagem de assuntos como sexualidade e reprodução na adolescência é, justamente, a confiança depositada pelos jovens nos professores e no próprio Programa. São sentimentos de bem-estar referidos pelos adolescentes ao participarem das atividades de arte-educação e estar com os amigos, como apresentado no relato a seguir:

Eu adoro vir todos os dias pra cá e saber que vou encontrar meus amigos e fazer o que eu gosto. Os professores são nossos amigos e tem muita união, a gente fica triste quando alguém tem que sair do projeto [...] (A15, M, 15 anos)

Uma possibilidade de trabalho na temática seria capacitar os professores de arte/educação em temáticas de saúde ou realizar parcerias com os serviços de saúde para abordagens não tradicionais do corpo, sexualidade e reprodução (COSTA; VIEIRA, 2009a). Assim como uma educação libertadora,

a artesanaria em saúde do adolescente seria o processo de construção de uma conscientização corporal para a transformação de comportamentos e atitudes em saúde (CABRAL, 2010). Ou seja, uma artesanaria em saúde que gera *empowerment*.

De acordo com os participantes, as relações de namoro sofrem influência negativa de um parceiro envolvido com drogas. A possibilidade da gravidez na adolescência foi relacionada ao uso de drogas pelos parceiros. A Figura 11 e os depoimentos a seguir retrataram esta situação:

Figura 11 - Desenho sobre namoro no Bairro
Bela Vista



Fonte: Participante A1, M, 15 anos.

Esse é um amor sem futuro. A menina ama um traficante e faz tudo por ele. Depois pega um buxo (fica grávida) e vai sofrer pro resto da vida. (A9, M, 12 anos)

Tia, por exemplo, eu sabia que tinha que usar camisinha, mas tinha fumado maconha e aconteceu. Depois meu filho nasceu, eu tive que ir trabalhar pra sustentar ele, parei de estudar, e me envolvi com outras paradas acolá e agora sou obrigado a estar aqui no projeto. (A14, M, 16 anos)

Estudo com adolescentes de Fortaleza demonstrou o uso de drogas lícitas e ilícitas como um dos fatores condicionantes para a realização de práticas sexuais desprotegidas, contribuindo para o aumento da vulnerabilidade às DST/aids (LUNA *et al.*, 2013).

Ou seja, tal situação não é específica deste grupo de jovens, pois pesquisas demonstram que o uso de drogas pode favorecer o sexo sem proteção e, com isso, ocasionar uma gravidez não planejada e elevar a transmissão das DST/Aids entre os adolescentes.

Os adolescentes que utilizam drogas ilícitas geralmente são mais suscetíveis ao sexo sem proteção. As possíveis explicações permitem visualizar que as pessoas ao fazerem uso de substâncias psicoativas engajam-se com maior facilidade em situações de risco ou só racionalizam o ato cometido após o efeito da droga (BERTONI *et al.*, 2009). Essa associação também foi evidenciada por Bastos, Cunha e Bertoni (2008), ao considerarem que as pessoas em geral ao fazerem uso de drogas ilícitas sentem um efeito modulador sobre práticas sexuais de risco.

Outros fatores preponderantes nas práticas sexuais de risco foram confiança no parceiro e influência dos amigos.

A menina confia tanto no namorado que não usa a camisinha, acha que ele não tem doença, como aconteceu com uma amiga minha. (A21, F, 14 anos)

[...] engravida de bobeira porque segue os amigos que não sabem mesmo é de nada. Tem gente que não usa camisinha porque o amigo disse que não precisa, é bobagem. (A12, F, 15 anos)

Nesse contexto, o homem exerce forte influência, pois quando opta por não fazer uso dos métodos contraceptivos, a mulher tende a acatar sua opção por diversos motivos, dentre eles: para evitar contrariar o parceiro, por acreditar que o parceiro “é limpinho” ou que não existem riscos na relação com um parceiro fixo (SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

Algo marcante encontrado no estudo de Alves e Brandão (2009) com jovens foi a influência de terceiros na vida sexual, uma menina disse não utilizar preservativo porque suas amigas que não faziam uso nunca engravidaram. Isso demonstra a vulnerabilidade dos jovens e a falta de informação que poderia ser minimizada caso existisse uma educação sexual efetiva.

Acerca das DST/HIV/aids, uma discussão foi conduzida a partir do seguinte depoimento:

Antigamente não tinha como evitar doenças e eles quase não tinham doenças, e hoje que tem muitos jeitos de evitar as doenças e as pessoas não usam. (A2, M, 13 anos)

Os adolescentes utilizaram o mesmo raciocínio crítico (passado x presente) construído durante o Exercício Poético para a abordagem deste assunto. Os participantes associaram o alto índice de DST/HIV/aids aos relacionamentos com múltiplos parceiros, iniciação sexual precoce, uso de drogas e não utilização do preservativo masculino. Alguns meninos nunca tiveram a oportunidade de discutir questões relacionadas à temática, alguns nem sabiam os “tipos de sexo” ou como “acontecia a gravidez”, conforme exemplificado nas perguntas apresentadas no Quadro 12.

Pesquisa realizada por Chaves *et al.* (2014, grifo do autor) com 234 adolescentes de 13 a 19 anos, em uma escola pública de Fortaleza/CE, revelou que 46,6% já tinham iniciado a vida sexual, sendo que 40,7% não utilizaram preservativo na primeira relação sexual por **não possuir** (27,6%), **não lembrar** (19,2%) e **agir por impulso** (14,9%).

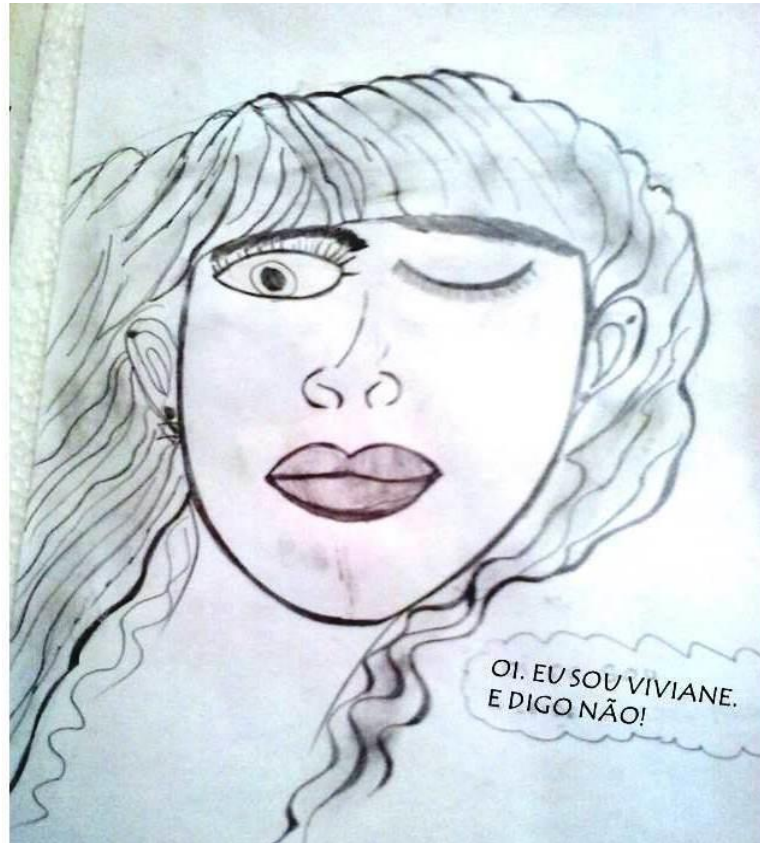
Estes dados dialogam com o estudo de Chinazzo, Câmara e Frantz (2014, grifo nosso), no qual 43,1% dos jovens (N=500) referiram ter mantido relações sexuais sem preservativo quase sempre ou sempre. A *atitude* foi o preditor mais potente para intenção de realização de relações sexuais sem preservativo, seguido do *medo* após o ato sexual desprotegido e *alegria* antes. Apesar de os fatores emocionais influenciarem os jovens, os aspectos sociocognitivos foram mais fortes preditores da intenção de voltar a realizar o comportamento de risco.

Olha tia, as meninas tem que aprender a dizer não: não pras drogas, não pro sexo sem camisinha e não pras brigas. Parece que tudo é desculpa pra fazer a coisa errada e na hora de fazer a coisa certa. (A3, F, 13 anos)

A atitude individual diante de uma situação ou contexto de risco tornou-se a base do processo de promoção da saúde sexual e reprodutiva do

adolescente. Logo, a frase enfocada nos trabalhos artísticos neste período foi: “Diga não!”, conforme ilustra a Figura 12 a seguir.

Figura 12– Caricatura de uma adolescente relacionada à temática de saúde*



Fonte: A1, M, 15 anos.

*O nome da adolescente foi modificado na imagem.

A atitude representou o posicionamento dos jovens diante das escolhas sexuais. Neste sentido, a arte proporcionou uma ambiência orgânica ao processo educativo. Os produtos artísticos construídos pelos próprios jovens apresentaram mensagens que conduziram reflexões para o fortalecimento de suas escolhas pessoais.

Ao final do período de implementação das metas, os adolescentes e arte-educadores puderam avaliar o conhecimento gerado acerca das temáticas e seus produtos artísticos, consolidando uma proposta de Promoção da Saúde baseada na Arte/educação e centrada na Comunidade (PSAC).

5.4 Promoção da Saúde baseada na Arte/educação e centrada na Comunidade

O artesão em saúde construiu um percurso de promoção de valores culturais significativos para o ser saudável na comunidade Bela Vista e, neste contexto, foi questionado: Quais mudanças foram geradas com a implementação de propostas de promoção da saúde do adolescente por meio da arte/educação em um programa socioeducativo?

A terceira pergunta-guia da pesquisa correspondeu ao último objetivo proposto: comparar as evidências antes e após a etapa de implementação das propostas de promoção da saúde. Considerando que a palavra evidência refere-se aos sinais visíveis ou verbalizados da existência de mudanças no Programa (FETTERMAN, 2001).

Desse modo, o Quadro 13 apresenta as notas anteriores e posteriores dos participantes que vivenciaram todas as etapas da avaliação. As principais diferenças nas notas foram destacadas e enfocadas no ciclo de discussões:

Quadro 13 - Painel de notas individuais da etapa de reavaliação das atividades de arte/educação na saúde do adolescente

Atividades	Identificação e Notas dos Participantes – ANTES e DEPOIS*																MÉDIAS	
	A1	A1	A2	A2	A3	A3	A6	A6	A11	A11	A13	A13	A14	A14	E3	E3	Antes	Depois
Lazer	10	9	10	5	7	6	10	6	9	8	10	10	10	1	10	5	9,6	6,2
Cineclube	10	10	10	9	10	9	7	10	10	7	10	10	10	3	8	8	9,0	8,2
Vídeo	10	5	10	8	6	8	8	10	9	8	10	10	10	4	6	9	8,6	7,7
Fotografia	10	9	10	9	10	10	8	10	10	7	10	10	3	2	8	10	8,5	8,3
Grafite	10	10	10	1	10	5	10	9	10	10	10	10	10	1	7	7	9,2	6,6
Desenho	10	6	10	6	9	10	9	10	10	10	10	10	10	10	7	7	9,0	8,6
Relaxamento	5	1	10	5	8	1	8	10	10	10	9	10	4	10	10	5	8,8	6,5
Alongamento	8	1	8	7	6	1	9	10	10	10	9	10	8	10	10	5	8,7	6,7
Resistência física	8	1	7	8	10	1	9	10	10	9	9	10	10	10	10	5	9,1	6,7
Coreografia	10	1	9	4	7	5	10	10	9	10	9	10	5	10	10	5	8,9	6,8
Medias Indiv.	8,5	5,3	9,4	6,2	8,3	5,6	8,8	9,5	9,7	8,9	9,6	10	8,0	6,1	8,6	6,6	8,9	7,2

FONTE: Participantes da pesquisa

*LEGENDA:

Colunas em branco: correspondem as notas da avaliação anterior;

Colunas em cinza: correspondem as notas avaliação posterior.

Cor vermelha: destaque para notas que foram consideravelmente diminuídas;

Cor verde: destaque para notas que foram consideravelmente elevadas.

Os destaques em vermelho fazem referência às notas que foram consideravelmente diminuídas, e aqueles na cor verde às notas que visivelmente foram melhoradas após a reavaliação.

Os principais motivos discutidos para a redução das notas foram:

O Programa tá mudando e a gente não tem mais o lazer [...]. Também continua sem o grafite, então dei nota 1. (A2, M, 13 anos)

Tá tem câmera, mas podia ser uma câmera melhor, pois a gente tem o maior trabalho e a imagem não fica boa, de qualidade. É muito ruim aprender a fazer vídeo sem condições. (A1, M, 15 anos)

Pois eu já percebi que a dança não tá acontecendo direito porque a gente precisa fazer outras oficinas e acaba esquecendo a dança. Também nem faço parte, mas é o que eu vejo. (A3, F, 13 anos)

Eu achei que tava tudo bom pra nossa saúde, mas a gente vê agora que precisa melhorar muita coisa. As oficinas fazem bem pra gente, mas não é tudo nota 10 como eu pensava. Meus amigos todos saíram do projeto, ficamos só nós da turma. (A11, F, 11 anos)

Os principais motivos para melhoria das notas foram:

A gente está construindo um vídeo muito legal sobre a história do Seu Zé dos Bombons, todo mundo está participando como ator e também na edição do filme. (A3, F, 13 anos)

Eu vi que o pessoal da dança está fazendo muita coisa, dançando, curtindo na paz, por isso acho que melhorou. (A14, M, 16 anos)

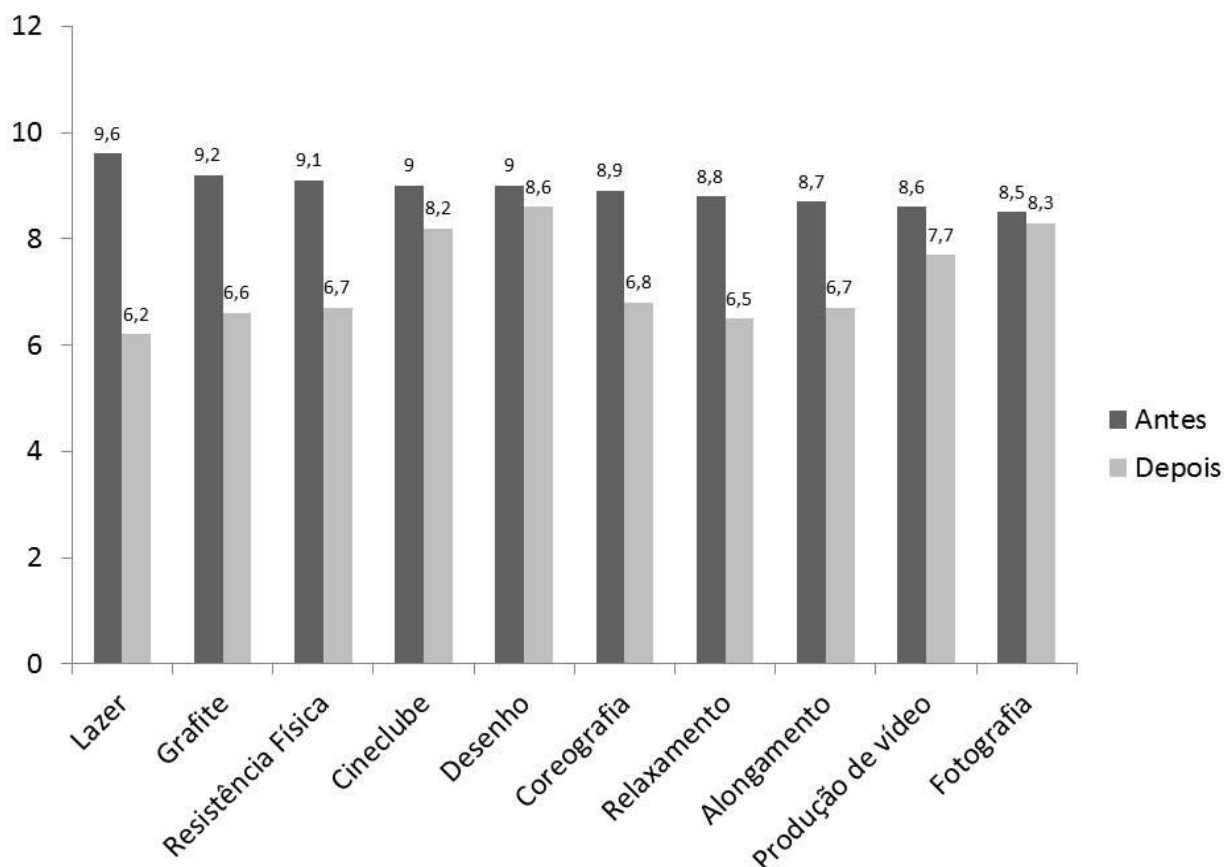
Agora nós temos uma câmera pra filmar e fotografar tudo. (E3)

Os depoimentos justificaram as notas atribuídas diante da visão individual da realização das atividades para a promoção da saúde no grupo. Observa-se que a maioria das notas foi reduzida, fato que chamou atenção do pesquisador, pois estudos que utilizaram a AE anteriormente demonstraram uma elevação nas notas após o período de implementação das metas (BRUSSONI; OLSEN; JOSHI, 2012; DAELE *et al.*, 2012).

No presente caso, o grupo viveu o inverso: atribuiu notas muito elevadas na primeira avaliação e após um período de três meses, nos quais algumas temáticas de saúde foram implementadas nas atividades de arte/educação, as notas foram repensadas e diminuídas.

O Gráfico 2 apresenta uma síntese das médias das atividades de arte/educação após uma comparação anterior/posterior do processo:

Gráfico 2– Comparação das médias antes e depois do período de implementação do plano de ação no Programa Cidadania em Rede. Fortaleza, 2013.



Fonte: Diário de campo da pesquisa.

Observa-se que todas as atividades de arte/educação tiveram a nota reduzida no momento de avaliação posterior, fato este que pode estar relacionado a dois grandes motivos: 1) Não realização da atividade neste período devido a: não aquisição de materiais/equipamentos necessários à sua realização ou priorização de outras atividades pelo Programa; e 2) Reflexão crítica ampliada da situação.

As atividades que sofreram maiores reduções no valor das médias não foram realizadas no período, como no caso do grafite (de 9,2 para 6,6), pois o grupo não conseguiu adquirir materiais para pintar; e no caso do lazer (de 9,6 para 6,2) e das atividades de dança (resistência física, coreografia, relaxamento e alongamento), que não foram realizadas devido à priorização de outras atividades no Programa.

As atividades desenvolvidas no período obtiveram notas anteriores e posteriores próximas e sofreram uma redução mais discreta no valor das médias,

como a fotografia (de 8,5 para 8,3), o desenho (de 9,0 para 8,6), o cineclube (de 9,0 para 8,2) e a produção de vídeo (8,6 para 7,7). Na avaliação destas atividades, permaneceu uma maior capacidade de reflexão dos participantes sobre as influências da atividade na promoção da saúde.

Eu achei que tava tudo bom pra nossa saúde, mas a gente vê agora que precisa melhorar muita coisa. As oficinas fazem bem pra gente, mas não é tudo nota 10 como eu pensava. Muitos dos meus amigos saíram do projeto, a gente fica improvisando com o que tem [...]. (A11, F, 11 anos)

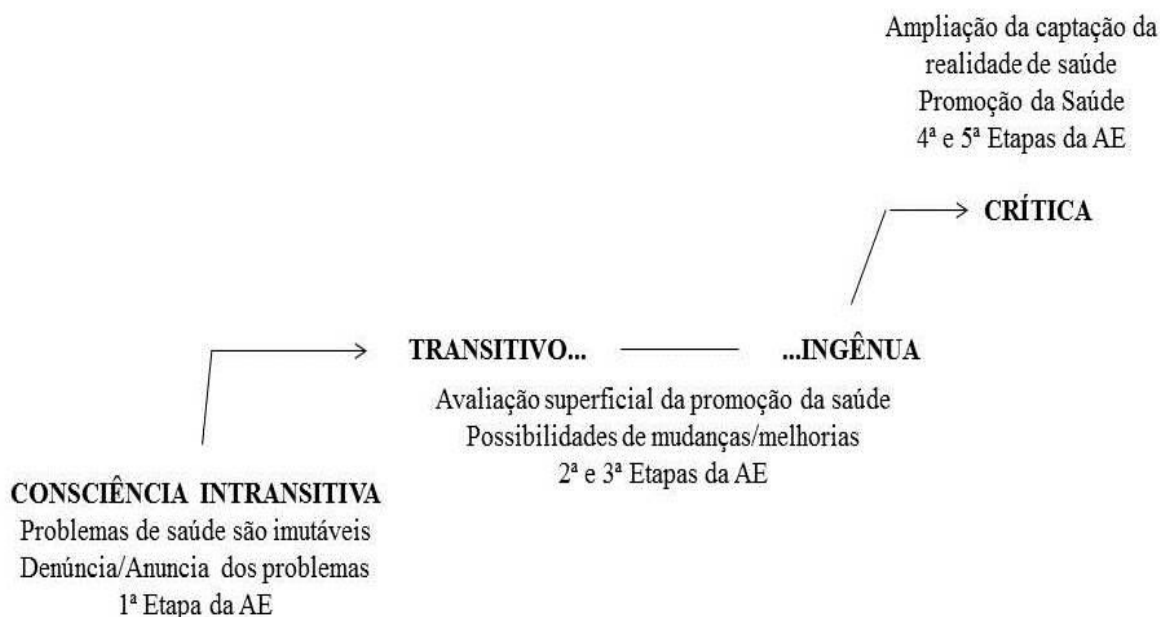
Os relatos e notas de participantes que conseguiram avaliar “melhor” a atividade merecem destaque, uma vez que anteriormente atribuíram notas elevadas pensando que esta atividade estava influenciando positivamente na saúde e agora observaram que existem falhas.

Mas as falhas são passíveis de correção como expõe o participante E3:

Eu digo o seguinte [...] a gente fez muita coisa nestes três meses e percebeu que podemos mudar as coisas, é só se unir. Não tô falando de ir pedir patrocínio, mas pedir à Prefeitura que dê o material que a gente precisa para trabalhar. Se existe o projeto, tem que ter material.

Esta mudança de opinião expressa uma mudança de consciência dos problemas e da realidade de saúde apoiada nos pressupostos de Freire. Na Figura 1 (pág. 31), o autor apresentou o movimento da consciência intransitiva para transitivo-ingênua e para a crítica. No presente momento, foram acrescentados alguns elementos à imagem para inter-relacionar o processo de avaliação *empowerment* vivenciado no Programa Cidadania em Rede ao pensamento freiriano, construindo a Figura 13. Vale ressaltar que a etapa da consciência “fanatizada”, que corresponde à “massificação” foi excluída por não pertencer como categoria de análise nesta pesquisa.

Figura 13 – Relação do processo de conscientização de Freire com a avaliação *empowerment* de Fetterman



Fonte: Adaptado pela autora de Freire (2001b, p.117).

Na medida em que o adolescente movimentou-se da consciência transitivo-ingênua para a crítica, ele ampliou seu poder de captação da realidade de saúde e pôde dialogar acerca da promoção da saúde nas atividades de arte/educação.

A primeira etapa da avaliação foi permeada pela denúncia/anuncia da realidade de saúde, que se confundiu com a própria realidade de vida dos adolescentes da comunidade, prevaleceram sentimentos de impotência e fatalidades urbanas.

Nas etapas seguintes, o grupo pôde vivenciar conceitos de promoção da saúde, ainda que pouco compreendidos, visto que a avaliação das atividades de arte-educação demonstrou uma satisfação grupal com sua realização. A maioria do grupo atribuiu muitas notas 10, sem uma reflexão mais aprofundada. No entanto, sentimentos de possibilidades de mudança emergiram.

Nas últimas etapas da pesquisa, o grupo direcionou seus interesses e preocupações expandindo-se para o mundo e buscando **conhecer sua história progressa para compreender a atualidade** (FREIRE, 2001a, 2001b, 2011).

Aprofundou suas reflexões acerca das atividades e apresentou um novo panorama de avaliação das atividades de arte-educação.

Quanto ao processo vivenciado, os participantes expuseram:

A gente não ficou esperando as coisas acontecerem e fomos atrás de fazer a arte mesmo sem todos os materiais. E conseguimos, juntos somos fortes. (A2, M, 13 anos)

Conseguimos a câmera, fizemos o filme, a exposição das fotos e muita gente nova entrou, sentiu vontade de entrar no projeto depois das nossas apresentações na comunidade. (E 3)

Um dos objetivos da AE é fortalecer a autodeterminação das pessoas para que alcancem melhorias, não somente materiais mas também humanas, no sentido de integração dos membros do Programa para o alcance das metas (FETTERMAN, 2001). As falas acima reverberam sentimentos de autodeterminação individual e coletiva, uma consciência de que “[...] é preciso partir de nossas possibilidades para sermos nós mesmos” (FREIRE, 2007, p. 35).

O reconhecimento das possibilidades locais para a realização das atividades de arte/educação impulsionou o grupo como protagonista, mas necessariamente não eximiu o papel do Programa de provedor dos recursos para a garantia da continuidade das oficinas de arte/educação.

Ao final do processo de AE, observou-se o fortalecimento dos sentimentos de esperança de um futuro próspero para o jovem em sua própria comunidade. A realidade, antes considerada imutável, assumiu características de mutabilidade diante da comparação temporal proporcionada pelo *exercício poético* no Programa:

Pedrinho pensa em sua comunidade hoje e lembra-se de quando seu pai faleceu vítima de um assalto. Pensa em tudo que ele lhe ensinou e no quanto foi difícil entender o porquê de não deixá-lo sair com a turma, porque tinha hora pra chegar em casa. Conversa com o avô sobre isso. E diz que valeu a pena, pois hoje tem planos bons para o futuro! Tá terminando os estudos e cursando o Pro Jovem, frequenta também o Cidadania em Rede onde aprende sobre seus direitos e deveres e outros assuntos relacionados a direitos humanos. Diz que vê um futuro melhor para o bairro e que pretende ser educador social pra um dia ajudar outros jovens como ele que tem perspectiva e sonham com um futuro melhor! Sr. Zé incentiva Pedrinho, diz ter orgulho de ter ajudado a terminar de criá-lo e que ainda bem que ele não vê só as coisas ruins do bairro. (Narrativa do Exercício Poético)

A promoção de uma consciência ingênua, mágica, que apenas denuncia os problemas, para uma consciência mais crítica que assume para si a responsabilidade pela mudança, é conscientização (FREIRE, 2001a, 2007).

Não basta estar inserido na comunidade, é preciso *estar com* ela. Não basta viver no bairro, é preciso *conviver*. Assim é a promoção da saúde do adolescente centrada na comunidade: conviver, no sentido de *estar consigo, com o outro e com todos*.

Os conhecimentos gerados acerca da temática **Cultura da Paz** envolveram o resgate histórico da origem do bairro por meio da história do Seu Lourival (Seu Zé dos Bombons), compreensão das raízes da violência local e prevenção ao uso de drogas entre os jovens.

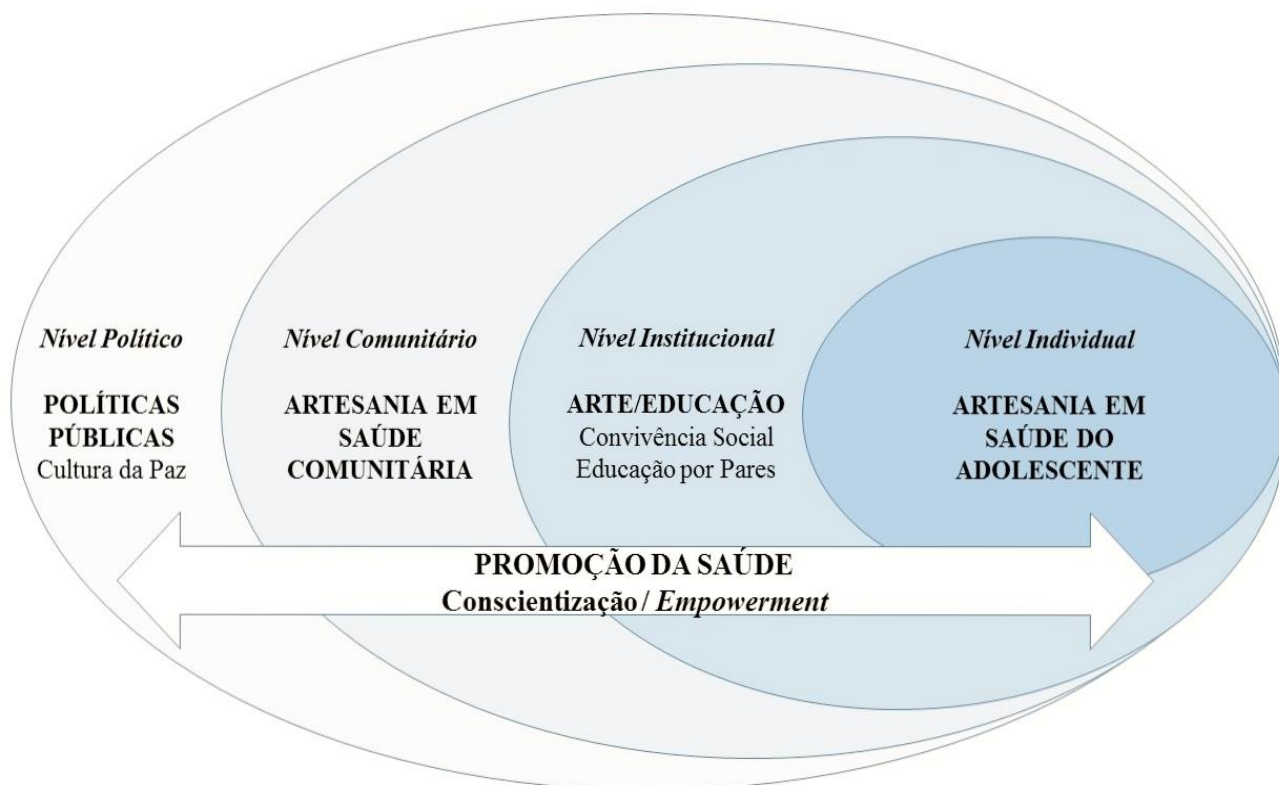
O tema **Convivência Social e Amizades** teve sua importância relacionada ao papel dos amigos na felicidade do adolescente e aos exemplos pessoais de superação, como o jovem Yuri. Este processo de construção do conhecimento remete ao que a *United Nations Programme on HIV/aids* (UNAIDS, 1999) denominou de **Educação entre Pares**: uma troca de saberes entre adolescentes e jovens que atuam como facilitadores e multiplicadores de ações com outros adolescentes e jovens.

Essa metodologia aumenta os aspectos favoráveis para se alcançar a prevenção de diversos riscos e no caso da juventude é um fator carregado de possibilidades, pois atua em um grupo que necessita de uma mesma linguagem. É justamente esse compartilhamento de ideias, de uma mesma linguagem e contexto social semelhante que faz com que esse tipo de atuação tome rumos adequados no que se refere à promoção da saúde.

Na temática **Saúde Sexual e Reprodutiva**, os adolescentes destacaram os conhecimentos acerca do corpo e sexualidade na adolescência. As atitudes e os comportamentos dos adolescentes nos relacionamentos tendem a elevar o risco de uma gravidez precoce ou transmissão das DST/HIV/Aids, principalmente se estas estiverem associadas ao uso de drogas, confiança no parceiro e influência dos amigos.

O processo de avaliação participativa culminou com a elaboração de um modelo de Promoção da Saúde do Adolescente Baseada na Arte/Educação e Centrada na Comunidade (PSAC) que considera aspectos fundamentais nas esferas **política, comunitária, programática e individual**:

Figura 14 - Modelo de Promoção da Saúde do Adolescente Baseada na Arte/Educação e Centrada na Comunidade



Fonte: Elaborado pela autora juntamente com a orientadora.

O modelo apresenta a Promoção da Saúde como eixo norteador do processo de Conscientização e *Empowerment* com foco em **Políticas Públicas** que estimulem a **Cultura da Paz** com adolescentes brasileiros, que no presente caso, foram moradores de comunidades urbanas socioeconomicamente desfavorecidas, em três amplos níveis de vulnerabilidade: individual, programática e social.

A **Promoção da Saúde** foi considerada um macrocontexto, na qual estão inseridos todos os outros níveis e que oferece novas fronteiras para o conceito de saúde, por exemplo, suas relações com a felicidade.

O conceito de felicidade seria uma condição individual que favorece a resiliência e a diminuição da vulnerabilidade individual do adolescente. A felicidade tem sido associada à Promoção da Saúde através de sua relação com as respostas biológicas favoráveis ao estresse, e estímulo a estilos de vida saudáveis e comportamentos de saúde prudentes (PIQUERAS *et al.*, 2010).

Nesse sentido, a presente tese acredita em uma Promoção da Saúde que considere o **ser feliz dos adolescentes**. Sendo que essa condição engloba vários componentes, tanto individuais quanto coletivos, definidos anteriormente na missão como a convivência social e familiar, manutenção de uma saúde física e mental equilibrada, práticas de boa alimentação, promoção das amizades e do respeito, desenvolvimento da consciência e da responsabilidade pelo seu próprio corpo e seus limites.

Na esfera seguinte, encontra-se a **Comunidade** e seu contexto de vulnerabilidade urbana, de drogas, tráfico e violência. Promover a saúde neste aspecto significa promover uma Cultura de Paz que vá além da denúncia/anúncia dos problemas e fortaleça o adolescente no sentido do *empowerment* comunitário, considerado um processo de legitimação da voz do indivíduo e de remoção de barreiras que limitam sua vida em sociedade (CARVALHO, 2004). Um processo de **Artesania em Saúde Comunitária**.

As políticas públicas voltadas apenas para a redução da criminalidade na juventude são muitas vezes ineficientes, pois são focadas na repressão. O trabalho de inserção de rodas de conversa nas comunidades é fundamental para o desenvolvimento do pensamento crítico e a educação continuada da população (CASTRO; CUNHA; SOUZA, 2011).

Essas barreiras apresentam profundas raízes econômicas e culturais na sociedade brasileira, no entanto, sua complexidade não deve ocultar a possibilidade de mudança, mas, sim, estimular a educação crítica para a libertação da situação de opressão (FREIRE, 2011). É neste sentido que se insere a arte/educação.

No nível **Institucional**, a **arte/educação** foi avaliada como promotora da **Convivência Social** e amizades pelos adolescentes. Uma ambiência social que pode ser potencializada pela **Educação por Pares** que foi exitosa no presente estudo porque os participantes consideraram os exemplos de superação como inspiração para mudança.

A arte/educação estimulou a criatividade e o engajamento dos adolescentes com a comunidade. As artes visuais, o audiovisual e a dança assumiram características orgânicas ao jovem e possibilitaram a criação de ambientes promotores de saúde por meio da artesania do fazer saúde.

No entanto, a arte não foi compreendida apenas como uma ponte que conduziu o jovem à saúde, pois assim ela seria um fim em si mesma, uma

ferramenta, uma estratégia, um instrumento. Logo, a promoção da saúde não transcorre por meio da arte-educação, mas, sim, baseada na arte-educação, pois a arte é compreendida na presente tese como um espaço de criação, dimensão libertadora.

Segundo Dantas *et al.* (2012, p. 51), a arte é um

“[...] espaço de criação – transcendência, capaz de produzir sentidos, trajetos, sentimentos, contribuindo para construir as trilhas do caminho, dos projetos de futuro e dos atos que ultrapassam limites e transformam realidades. [...] dimensão que potencializa a dialogicidade criativa, capaz de realizar a suspensão crítica em que se promove a reflexão das ações – situações vividas e se favorece a escuta em rede da experiência coletiva.”

O menor nível e não menos importante é o **individual**, no qual o adolescente é visto com suas características biológicas peculiares da adolescência que merecem ser contempladas no processo de promoção da saúde com **Artesania em Saúde do Adolescente**, nas quais categorias de destaque como saúde sexual e reprodutiva devem ser integradas aos demais ambientes rizomáticos da saúde.

O modelo também apresenta uma seta em duplo sentido com as palavras **conscientização/empowerment**, indicando a integração entre estes dois conceitos e sua fluidez que perpassa todos os níveis da proposta. É importante considerar o influxo dos macro e microcontextos para a promoção de uma consciência crítica em saúde no sentido da aquisição e utilização do poder para a mudança social.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apresentou uma importante tríade para a Promoção da Saúde do adolescente em situação de vulnerabilidade social: indivíduo, comunidade e apoio socioeducativo.

O cenário urbano representou a realidade de vida de muitos adolescentes brasileiros, os quais precisam diariamente superar barreiras econômicas e enfrentar as vulnerabilidades sociais para transcorrer o período da adolescência de forma positiva, evitando um fatídico envolvimento com a criminalidade e/ou trágicos destinos que impedem a chegada plena e saudável na fase adulta.

Os serviços socioeducacionais exercem um papel fundamental no caos da juventude urbana: contribuir para promoção da saúde física, mental e social dos adolescentes de forma interdisciplinar e colaborativa com as políticas de saúde pública, pois representam espaços vivenciais e ocupam o vazio elo entre a escola e as ruas.

Dentre as abordagens utilizadas por programas socioeducativos está a arte/educação e, neste contexto, a presente pesquisa descreveu suas influências na promoção da saúde dos adolescentes. As linguagens artísticas avaliadas de acordo com sua dimensionalidade na saúde foram: artes visuais, audiovisual e dança.

Os participantes da pesquisa priorizaram as 10 atividades mais significativas: 1) lazer; 2) cineclube; 3) grafite; 4) relaxamento; 5) alongamento; 6) desenho; 7) resistência física; 8) coreografia; 9) fotografia e; 10) produção de vídeo. O grupo avaliou estas atividades como boas ou muito boas, considerando sua realização no Programa e relações com a promoção da saúde. Nesta etapa avaliativa, poucos participantes questionaram os problemas institucionais para a realização das oficinas de arte/educação.

Os adolescentes denunciavam os problemas da comunidade como tráfico, drogas, violência, pobreza, doenças, dentre outros, de forma aberta e repetitiva. No entanto, observavam as atividades do Programa com sentimentos de gratidão pelo governo está realizando boas oficinas de arte para os jovens.

Com um panorama avaliativo muito positivo, o grupo selecionou as atividades de desenho, grafite, fotografia e alongamento para serem implementadas na temática promoção da saúde. Durante um período de três meses, metas e

estratégias desenvolvidas considerando as necessidades e prioridades de saúde do grupo.

Estas estratégias possibilitaram o encontro de gerações entre o idoso “Seu Zé dos Bombons” e a juventude, o compartilhamento de experiências de vida a partir do exemplo de superação do jovem Yuri, a construção de uma narrativa sobre o Bairro Bela Vista que sintetizou tudo que os adolescentes pensaram e trabalharam neste período. Diversas apresentações envolveram a comunidade como: apresentação de peça teatral e exposições de desenhos, cartazes, fotografias e maquetes construídas pelos jovens.

Uma visão predominantemente negativa do bairro foi transformando-se num olhar repleto de possibilidades, exemplos e fortalecimento pessoal. A “Vista” do bairro que considerada muito “Ruim” estava voltando a ser novamente uma “Bela Vista”.

Uma visão predominantemente boa do Programa foi transformando-se num olhar mais crítico, com questionamentos acerca da limitação dos recursos e da realização das atividades. Não bastaria apenas acontecer, era preciso ter qualidade.

Neste percurso, os amigos-críticos da pesquisa ofereceram apoio e observaram as mudanças, exercendo também um papel de facilitador em alguns momentos, como um processo de colaboração mútua além do próprio papel de avaliador em um processo denominado artesanaria em saúde.

A artesanaria em saúde apresenta como foco o *empowerment*, com possibilidades de mudanças na tríade essencial da promoção da saúde: indivíduo, comunidade e programa.

O indivíduo, o próprio adolescente, deve ser considerado como protagonista de sua própria história, responsável por suas escolhas, um artesão em saúde, pois constrói e modela seu presente para um futuro saudável. Conceitos de felicidade e resiliência são primordiais para o protagonismo juvenil.

A comunidade deve ser compreendida como o palco da saúde do adolescente, local onde as experiências são compartilhadas, as vivências são estruturadas e que pode determinar dois extremos de cultura: 1) Vitimização, fuga e pesar; 2) ou Promoção de uma cultura de paz, compreendida como o fortalecimento comunitário para a superação dos problemas sociais.

O Programa deve ser o espaço da artesanaria em saúde, pois por meio das oficinas de arte/educação, tem o poder de gerar uma dimensão artística com criatividade e criticidade.

Este percurso de pesquisa, tendo como principais atores os próprios participantes, fortaleceu a convergência dos conceitos de Conscientização de Freire e *Empowerment* de Fetterman, no sentido em que ambos promoveram a visão crítica da realidade e fortaleceram a autodeterminação dos sujeitos.

O grupo caminhou no sentido da consciência intransitiva, para a transitivo-ingênuo e para a crítica, um processo de conscientização que iniciou com apreensão de uma realidade de saúde inicialmente considerada fatídica e imutável, que passou pela vivência de situações que favoreceram o questionamento desta e culminou com a percepção das possibilidades de mudança e autodeterminação para mudar.

O processo avaliativo desenvolvido com adolescentes e arte/educadores do Programa Cidadania em Rede revelou as contribuições da arte/educação para o processo de conscientização em saúde na adolescência, as quais foram relacionadas aos 10 princípios da avaliação *empowerment*:

1. Melhoria – Sensibilização e motivação para melhoria de aspectos que influenciaram a promoção da saúde do adolescente e da comunidade;
2. Propriedade comunitária – Adolescentes e arte/educadores envolvidos nas criações artísticas e exposições junto à comunidade;
3. Inclusão – Envolvimento, participação e diversidade de opiniões nas discussões e criações coletivas;
4. Participação democrática – Participação espontânea e respeito às mudanças de opiniões que emergiram durante o processo;
5. Justiça social – Identificação de representantes na comunidade que serviram como base para representar as desigualdades e possibilidades locais;
6. Conhecimento da comunidade – Respeito aos valores e ao conhecimento local evidenciado nos resultados dos produtos artísticos;
7. Estratégias baseadas em evidências – Desenvolvimento da missão baseada nas necessidades e prioridades de saúde articuladas com a problematização de Freire;

8. Capacitação – Período de implementação dos planos de ação, oficinas de arte/educação integradas às temáticas de saúde;
9. Aprendizado organizacional – Vivência e crescimento dos integrantes do programa durante o processo avaliativo;
10. Responsabilidade – Compromisso com as mudanças em saúde a nível individual e coletivo.

Considerando a convergência dos conceitos de Conscientização e *Empowerment*, a presente pesquisa propôs um modelo de Promoção da Saúde do Adolescente baseada na arte/educação e centrada na Comunidade (PSAC) como proposta a ser incluída nas políticas públicas brasileiras direcionadas a adolescentes em situação de vulnerabilidade social urbana.

A PSAC apresenta uma política pública de Promoção da Saúde com foco no desenvolvimento de programas socioeducativos que adotem a arte/educação como espaço de arte em saúde do adolescente, inserindo-o em um espaço comunitário de promoção da cultura da paz, felicidade, convivência social, amizades e educação por pares.

Diante deste contexto, é possível visualizar ações de enfermagem vinculadas a Atenção Básica de Saúde sendo desenvolvidas em diversas Instituições Socioeducativas como escolas, associações comunitárias, ONGs, programas e projetos governamentais, as quais possam estar promovendo a saúde dos adolescentes de forma não-convencional e de preferência utilizando recursos baseados em evidências científicas como a Avaliação *Empowerment*.

6.1 Limitações, desafios e recomendações da pesquisa

As principais limitações e desafios da pesquisa dizem respeito à aplicação do método AE no contexto brasileiro e seus desdobramentos. As limitações foram evidenciadas nos seguintes aspectos: local da pesquisa, recursos materiais disponíveis, número de participantes e atuação do amigo-crítico.

A pesquisa foi realizada em uma instituição pública, mantida por recursos municipais, que prestava assistência a um público considerado vulnerável, e que nunca tinha aberto suas portas para uma avaliação externa. A aplicação da AE gerou muitos temores e expectativas dos gestores da instituição, principalmente porque o Programa estava passando por profundas mudanças estruturais e

metodológicas no ano de 2013, fato que poderia afetar o desenvolvimento das atividades, como a exclusão de algumas atividades consideradas não-prioritárias, como por exemplo o lazer.

A escassez de recursos materiais para o desenvolvimento das oficinas de arte/educação interferiu no cumprimento das metas dos planos de ação dos participantes. Tal fato justificou-se frente à burocracia e demora nos processos internos de aquisição de materiais junto a instância administrativa municipal, todo processo de compra pública passa por licitações. O Programa aceitava doações, mas não poderia aceitar patrocínios, fato explicitado aos participantes.

O ano de 2013 também foi também um período de mudanças na administração pública municipal, e com um novo prefeito da cidade, muitos Programas passaram por reformulações. Neste contexto, muitos profissionais foram remanejados ou desligados dos órgãos públicos.

As situações que limitaram os resultados da análise dos dados consideraram o número reduzido de participantes que permaneceram no Programa até a etapa final de reavaliação das atividades de arte/educação, de 21 adolescentes permaneceram apenas sete, e de cinco arte/educadores permaneceu apenas um.

Uma limitação relacionada ao papel do amigo-crítico foi evidenciada pelo próprio Programa Cidadania em Rede que expôs a necessidade maior de inserção destes colaboradores nas atividades locais durante o período de três meses, fazendo outras atividades e não somente as atividades preconizadas pela pesquisa, como palestras e treinamentos. Observou-se uma boa oportunidade para manter o vínculo com o campo de pesquisa e barganhar parcerias.

Diante destas limitações e desafios, os autores recomendam que a avaliação *empowerment* seja sempre adaptada ao contexto sociocultural dos participantes e gestores dos programas, pois muitas vezes as instituições apresentam grandes temores da palavra 'avaliação', pensando que somente as falhas serão identificadas e divulgadas. A visão negativa deve ser desmistificada nos processos avaliativos e palavra "empoderamento" deve ser enfaticamente resgatada no sentido da autodeterminação dos sujeitos.

Considerando que a avaliação é flexível, o percurso avaliativo requer uma visão crítica do pesquisador para compreender que muitas das metas estabelecidas pelos grupos não serão alcançadas, principalmente pela escassez de recursos

financeiros para projetos sociais em um país como o Brasil. No entanto, a reflexão gerada nos participantes acerca dos motivos que impediram a execução dos planos de ação é um aspecto positivo dentro de um processo de conscientização sociopolítica.

Os autores reconhecem a necessidade da realização de estudos que utilizem o método AE, já que é pouco difundido na literatura científica brasileira, e pesquisas que possam aplicar ou validar o modelo PSAC gerado na presente tese com grupos diversos, em outros programas socioeducativos, em novos cenários nacionais.

Considerando a área de formação da pesquisadora, existem possibilidades exitosas de inserção de enfermeiros que atuam na Atenção Básica de Saúde em diversas instituições presentes no território de abrangência das Estratégias de Saúde da Família. Tal fato, significa promover a saúde do adolescente além dos muros das escolas, fortalecendo seu papel agente de mudanças da comunidade.

REFERENCIAS

- ALVES, C.A.; BRANDAO, E.R. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 661-670, 2009.
- ANGROSINO, M. **Doing ethnographic and observational research**. v. 3. London: Sage Publications, 2008.
- ANGUS, J. **A review of evaluation in community-based art for health activity in the UK**. London: Health Development Agency, 2002.
- ARAÚJO, M. S. Grafite como discurso urbano: fantasia e utopia na composição artística do quarto elemento. **Perspectivas Sociológicas**, v. 4, n. 6-7, 2011. Disponível em: <http://www.cp2.g12.br/blog/perspectivasociologica/edicoes-antteriores/jan-jul-2011-no-6-e-7/grafite-como-discurso-urbano-fantasia-e-utopia-na-composicao-artistica-do-quarto-elemento/> Acesso em: 06 Ago. 2014.
- AZEVEDO, F. R.; BRITO, B. C. Influência das variáveis nutricionais e da obesidade sobre a saúde e o metabolismo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 714-723, 2012.
- BARBOSA, A. M. **Arte/educação no Brasil**. Coleção Debates. 7ª ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2012.
- BARBOSA, A. M. **Porque e como: Arte na Educação**. Artigo publicado. 2006. Disponível em: http://aces-es.org.br/upload/artigos/Porque_e_como_arte_na_educacao_Ana_Mae_ok.pdf Acesso em: 02/04/2014.
- BARTLE, P. **What is community?** A sociological perspective. Vancouver: Vancouver Community Network: 2011. Disponível em: <http://edadm821.files.wordpress.com/2010/11/what-is-community.pdf> Acesso em: 01/06/2014.
- BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BASTOS, F.I; CUNHA, C.B; BERTONI, N. Uso de substâncias psicoativas e métodos contraceptivos pela população urbana brasileira, 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 118-126, 2008.
- BELO HORIZONTE, Câmara Municipal. **Zilda Arns: cidadã de Belo Horizonte**. Diário Oficial do Município, Ano XVI, Edição nº 3505. 15 de janeiro de 2010. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1021480>. Acesso em 20 jan 2012.
- BERTONI, N. *et al.* Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 6, p. 1350-1360, 2009.

BOOKER, C. L. *et al.* Happiness and health-related behaviours in adolescence. In: MCFALL, S. (Ed.). **Understanding society: findings 2012**. Colchester: Institute for Social and Economic Research, University of Essex, 2012. p.11-12.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINÉZ, F. J. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Revista de Saúde Pública**, n. 44, v. 3, p. 566-570, 2010.

BRAGA, P. D.; MOLINA, M. C. B.; FIGUEIREDO, T. A. M. Representações do corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.87-95, 2010.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. 3. ed. Brasília, 2007.

_____. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009^a.

_____. **Portal da Saúde – SUS**. Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29660. Acesso em: 23 Jun. 2013.

_____. **Saúde na Escola**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 24. Brasília: Editora MS, 2009b.

_____. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Informações de Saúde, DATASUS, Consulta 2012. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?compl/cauex.def>. Acesso em: 06 jun. 2013.

BRÊTAS, J. R. S. Vulnerabilidade e adolescência. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, v.10, n.2, p.89-96, 2010. Disponível em: http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n2/v.10_n.2-art5.refl-vulnerabilidade-e-adolescencia.pdf Acesso em 10 Fev. 2012.

BRÊTAS, J. R. S. *et al.* Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3221-3228, 2011.

BRUSSONI, M.; OLSEN, L. L.; JOSHI, P. Aboriginal community-centered injury surveillance: a community-based participatory process evaluation. **Prevention Science**, v.13, p. 107–117, 2012.

CABRAL, K. V. **Artesãos da saúde: saúde mental e participação social em Porto Alegre**. Tese (Doutorado) - Departamento de Antropologia, Filosofia y Trabajo Social, Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, 2010.

CAMBRAIA, R. P. *et al.* Preferência alimentar de crianças e adolescentes: revelando a ausência de conhecimento sobre alimentação saudável. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v.23, n.3, p. 483-489, 2012.

CARNEIRO, H.F. Violência, culpa e ato: causas e efeitos subjetivos em adolescentes. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 537-556, 2010.

CARVALHO, R. S.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, suppl. 2, p.2029-2040, 2008.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p.1088-1095, 2004.

CASTRO, M. L.; CUNHA, S. S.; SOUZA, D.P.A. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p.1054-1061, 2011.

CAVALCANTE JÚNIOR, F. (Org.). **Ler... Caminhos de trans-form-ação**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2005.

CENTRO DE DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Relatório de monitoramento da política para a infância e adolescência no município de Fortaleza**. Fortaleza (CE): CEDECA, 2010. Disponível em: http://www.cedecaceara.org.br/files/relat%C3%B3rio%20monitoramento%20revisto%20-%20para%20web_0.pdf. Acesso em 27 nov 2012.

CHAVES, A. C. P. *et al.* Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 48-53, 2014.

CHESNAIS, J. C. A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para a sua prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 53-69, 1999.

CHINAZZO, Í. R.; CAMARA, S. G.; FRANTZ, D. G. Comportamento sexual de risco em jovens: aspectos cognitivos e emocionais. **Psico-USF**, v.19, n.1 p. 1-12, 2014.

CHINMAN, M. *et al.* Establishing and evaluating the key functions of an interactive systems framework using an assets-getting to outcomes intervention. **American Journal of Community Psychology**, v. 50, p. 295–310, 2012.

COAD, J. Using art-based techniques in engaging children and young people in health care consultations and/or research. **Journal of Research in Nursing**, v. 12, n. 5, p. 487–497, 2007.

COCCO, M.; LOPES, M. J. M. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 31, n.1, p. 151-159, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: CNS, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 01 Jul. 2013.

CONTANDRIOPOULOS A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.11, n. 3, p. 705-712, 2006.

COSTA, A. G. M. **Imagem, reflexão e ação para a promoção da saúde dos adolescentes no contexto rural**. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

COSTA, A. G. M. *et al.* A dança como meio de conhecimento do corpo para promoção da saúde dos adolescentes. **DST. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 16, n. 3, p. 43 - 46, 2004.

COSTA, A. G.M. *et al.* Imagens e concepções de adolescentes moradores de zonas rurais sobre saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1675-1680, 2013.

COSTA, A. G. M., VIEIRA, N. F. C. Estratégia de Promoção da Saúde pela Dança (EPSD) junto a adolescentes. **Revista Brasileira de Educação Física, Esporte, Lazer e Dança**, v.4, n. 2, p.62 - 74, 2009a.

_____. Health promotion of adolescents in the rural context: a photovoice study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.8, n.1, 2009b. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2207/467>. Acesso em: 03 jun. 2013.

COSTA, A. L.; KALLICK, B. Through the lens of a critical friend. **Educational Leadership**, v. 5, n. 2, p. 49-51, October 1993.

CRUZ, M. M. **Avaliação de Políticas e Programas de saúde**: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde [versão online], UERJ: 2011, p.180-198. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/wpcontent/uploads/2012/06/Capitulo7AvaliacaodePoliticaseProgramas.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

CUNHA, R.C. **Os sentidos da educação social para jovens educadores sociais**: Resignificação de vida ou perpetuação do existente? Dissertação. Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade. Universidade Estadual do Ceará: 2012.

DAELE, T. V. *et al.* Empowerment implementation: enhancing fidelity and adaptation in a psycho-educational intervention. **Health Promotion International**, v. Advance online publication, p. 1-11, December 2012.

DANTAS, V. L. A. *et al.* Cirandas da vida: dialogismo e arte na gestão em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 21, supl. I, p.46-58, 2012.

DEPARTMENT for Communities. **Promoting resilience in the millennial adolescent: the Lighthouse Model.** West Perth: Government of Western Australia, 2008.

DESOUSA, D. A.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Relacionamentos de amizade e coping entre jovens adultos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 345-356, 2012.

DIAS, S.; MATOS, M.G.; GONÇALVES, A. Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. **Análise Psicológica**, v.25, n.4, p.625-634, 2007.

DÍAZ-PUENTE, J. M.; MONTERO, A. C.; CARMENADO, I. R.. Empowering communities through evaluation: some lessons from rural Spain. **Community Development Journal**, v. 44, n.1, p. 53–67, January 2009.

DÍAZ-PUENTE, J. M.; YAGÜE, J. L.; AFONSO, A. Building evaluation capacity in Spain: a case study of rural development and empowerment in the European Union. **Evaluation Review**, v. 32, n. 5, p. 478-506, October 2008.

DURLAK, J. A.; WEISSBERG, R. P.; PACHAN, M. A meta-analysis of After-School Programs that seek to promote personal and social skills in children and adolescents. **American Journal of Community Psychology**, v. 45, p. 294–309, 2010.

FARACHE, A. Fotografia uma experiência entre a memória e a imaginação. **Discursos Fotográficos**, Londrina, v.4, n.4, p.13-34, 2008.

FETTERMAN, D. M. Empowerment evaluation at the Stanford University School of Medicine: using a critical friend to improve the clerkship experience. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 63, p. 197-204, 2009.

_____. Empowerment evaluation in Brazil: building capacity and facilitating self-determination. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v.12, n.45, p. 1065-1075, out./dez. 2004.

_____. **Foundations of empowerment evaluation.** Thousand Oaks, CA: Sage, 2001.

FETTERMAN, D. M.; BOWMAN, C. Experiential education and empowerment evaluation: Mars Rover educational program case example. **Journal of Experiential Education**, St. Catherines, Ontario, v. 25, n. 2, p. 286-295, 2002.

FETTERMAN, D. M.; DEITZ, J.; GESUNDHEIT, N. Empowerment evaluation: a collaborative approach to evaluating and transforming a medical school curriculum. **Academic Medicine**, v. 85, n. 5, p. 813–820, May 2010.

FETTERMAN, D. M.; WANDERSMAN, A. **Empowerment evaluation principles in practice.** Thousand Oaks, CA: Sage, 2005.

_____. Empowerment evaluation: yesterday, today, and tomorrow. **American Journal of Evaluation**, Thousand Oaks, CA, v. 28, n. 2, p. 179-198, 2007.

FOURNEY, A. *et al.* Building evaluation capacity in local programs for multisite nutrition education interventions. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 43, n. 4S2, p. S130-S136, 2011.

FREIRE, P., 1921-1997. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3ª ed. São Paulo: Centauro, 2001a.

_____. **Educação e atualidade brasileira**. São Paulo: Cortez, 2001b.

_____. **Educação e mudança**. 30ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FRENCH, S. **Ciência: conceitos-chave em filosofia**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Relatório situação mundial da infância: Adolescência uma fase de oportunidades**. Brasília, DF: UNICEF, 2011. 140p.

GARCEZ, A.; DUARTE, R.; EISENBERG, Z. Produção e análise de vídeogravações em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 2, Agosto, 2011.

GOGUEN, J. A. What is art? **Journal of Consciousness Studies**, v. 7, n. 8–9, p. 7–15, 2000.

GOLDBERG, L. G.; YUNES, M. A. M.; FREITAS, J. V. O desenho infantil na ótica da ecologia do desenvolvimento humano. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 1, p. 97-106, 2005.

GONÇALVES, H. *et al.* Fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 22, n. 4, p. 246–253, 2007.

GROTBERG, E. H. **Resilience for today: gaining strength from adversity**. 1ª Ed. Westport: Praeger Publishers, 2003.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park; CA; Sage Publications, Chapter 1: The Coming of Age of Evaluation, pp.21-49; Chapter 7: The Methodology of Fourth Generation Evaluation, pp.184-227, 1989.

HAMILTON, G.A. An overview of evaluation research methods with implications for nursing staff development. **Journal of Nursing Staff Development**, v. 9, n. 3, p. 148-154, 1993.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação em saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. **Dicionário da educação profissional em saúde** - verbetes, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>. Acesso em: 5 dez 2012.

IRVINE, F. Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. **Journal of Clinical Nursing**, v 16, p. 593-602, 2007.

JELIN, E. La fotografía en la investigación social: algunas reflexiones personales. **Memoria y Sociedad**, Bogotá, v. 16, n. 33, p. 55-67, 2012.

KASMEL, A.; TANGGAARD, P. Conceptualizing organizational domains of community empowerment through empowerment evaluation in Estonian communities. **Societies**, v. 1, p. 3-29, 2011a.

_____. Measurement of community empowerment in three community programs in Rapla (Estonia). **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 8, p. 799-817, 2011b.

LABORATÓRIO DE DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E ÉTICA. **Mapa da criminalidade e da violência em Fortaleza**: perfil da SER III. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará e Universidade Estadual do Ceará, 2011.

LETICHEVSKY, A. C.; FIRME, T. P. Evaluating with at-risk communities: learning from a social program in a Brazilian slum. In: S. KUSHNER; E. ROTONDO (Ed.). **Evaluation voices from Latin America**: new directions for evaluation, 1ª ed., New Jersey: Jossey-Bass Publications, 2012. p. 61–76.

LEWIS, A. *et al.* The Virginia abstinence education initiative evaluation structure: a lesson in how to successfully overcome the challenges of multi-site program evaluation. **Journal of Youth Development**, v. 4, n. 3, 2009.

LOIZOS, P. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 137-155.

LUNA, I. T. *et al.* Conhecimento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes em situação de rua. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.12, n. 2, p. 346-355, 2013.

MACEDO, R. M. S.; KUBLIKOWSKI, I.; BERTHOUD, C. M. E. Valores positivos e desenvolvimento do adolescente: uma perspectiva dos pais. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 38-52, 2006.

MAGNO, L.; DOULA, S. M.; DE ALMEIDA PINTO, N. M. "Todo mundo conhece a gente agora": cultura e identidade de jovens rurais em Minas Gerais (Brasil). **Revista**

Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, v. 9, n. 1, p.305-319, 2011.

MALTA, D. C. *et al.* Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.9, p. 2291-2304, 2012.

MANN, J; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. (Org) **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará,1993.

MATRACA, M. V. C. **Alegria para saúde**: a arte da palhaçaria como proposta de tecnologia social para o Sistema Único De Saúde. Tese (doutorado). Instituto Oswaldo Cruz, Pós-graduação em Ensino em Biociências e Saúde, Rio de Janeiro, 2004.

MEIRELLES, Z. V.; MINAYO GOMEZ, C. Rompendo com a criminalidade: saída de jovens do tráfico de drogas em favelas na cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1797-1805, 2009.

MORAIS, N.A. *et al.* Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 507-518, 2010.

MOREIRA, D.P. *et al.* Exposição à violência entre adolescentes de uma comunidade de baixa renda no Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.5, p.1273-1282, 2013.

NASCIMENTO, D.E; AFONSO, M.R. A participação masculina na dança clássica: do preconceito aos palcos da vida. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v.21, n.1, p. 219-236, 2013.

NOONAN, R. K.; GIBBS, D. Empowerment evaluation with programs designed to prevent first-time male perpetration of sexual violence. **Health Promotion Practice**, v. 10, n. 1, p. 5S-10S, Supplement, January 2009.

NUTBEAM, D. Health promotion glossary. **Health Promotion International**, v.13. n. 4, p. 349-364, 1998.

OLIVEIRA-MONTEIRO, N. R. *et al.* Pregnancy and maternity of adolescents: risk and protector factors. **Journal of Human Growth and Development**, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 198-209, 2011.

OLIVEIRA, J. R. *et al.* Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 19, v. 3, p.759-771, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz**. 107ª sessão plenária. ONU, 1999. Disponível em: <http://www.comitepaz.org.br/download/Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Progra>

[ma%20de%20A%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20uma%20Cultura%20de%20Paz%20-%20ONU.pdf](#) Acesso em: 28 Jun. 2014.

ORNELAS, J. H.; MONIZ, M. J. V. Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 25, n. 1, p. 153-158, 2007.

PAULA, L.; VASCONCELOS, M. F. M. A paixão do Funk pelo prazer: modo de ser suíngue. **Alfa**, São Paulo, v. 53, n.2, p. 501-521, 2009.

PAULO, A.C.L.S.; REIS, M.A.T.C.N. Do cérebro para a mão: dialogar pelo desenho no processo criativo. **Revista Matéria-Prima, Práticas Artísticas no Ensino Básico e Secundário**, Lisboa, v.1, n.2, p.142-160, 2013.

PIQUERAS, J.A. *et al.* Happiness and health behaviors in Chilean college students: a cross-sectional survey. **BMC Public Health**, 11, 443. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/443>. Acesso em: 04 abr. 2014.

PROENCA, R. P. C. Alimentação e globalização: algumas reflexões. **Ciência e Cultura**, vol.62, n.4, p. 43-47, 2010.

PUTLAND, C. Lost in translation: The question of evidence linking community-based arts and health promotion. **Journal of Health Psychology**, v. 13, n. 2, p.265-276, **March 2008**.

QUINTO, M. E. G. **Artesania da cena teatral contemporânea: trabalho imaginativo e autoformação**. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

QUINTO, M. E. G. **Projeto de implantação do Programa Cidadania em Rede**. Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania. Fortaleza: Prefeitura Municipal, 2013.

RAJARATNAM, J. K. *et al.* Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. **Lancet**, v. 375, p. 1988–2008, 2010.

SANTOS, C.A.C.; NOGUEIRA, K.T. Gravidez na adolescência: falta de informação? **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.48-56, 2009.

SILVEIRA, R.E. *et al.* Oficinas com professores: educação em saúde para o manejo com adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. spe2, p. 169-174, 2012.

SMITH, BJ; TANG, KC; NUTBEAM, D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. **Health Promotion Internacional**, v.21, n. 4, p. 340-345, December 2006.

SMITH, R. Spend (slightly) less on health and more on the arts. **British Medical Journal**, v. 325, n. 21–28 p. 1431-1433, December 2002.

SOMERS, C. L.; TYNAN, J. J. Consumption of sexual dialogue and content on television and adolescent sexual outcomes: multiethnic findings. **Adolescence**, v. 41, n. 161, pp.15-38, Spring 2006.

STARICOFF, R.L. **Arts in health: a review of the medical literature**. London: Arts Council England, 2005. 89 p. Disponível Em: <http://www.artsandhealth.ie/wp-content/uploads/2011/08/AHReview-of-Medical-Literature1.pdf>. Acesso em 05 nov 2012.

SWAFFIELD, S. **What is distinctive about critical friendship?** In: 20th International Congress for School Effectiveness and Improvement. Portoroz, Slovenia: 3 - 6 January 2007. Disponível em: <http://www.leadershipforlearning.org.uk/hcdimages/docs/swaffield07.pdf> Acesso em: 05 dez 2012.

TAVARES, A. Ficções urbanas: estratégias para a ocupação das cidades. **ARS (São Paulo)**, v. 7, n. 16, p. 21-30, 2010.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Peer education and HIV/AIDS: Concepts, uses and challenges**. Geneva: UNAIDS, 1999.

VASCONCELLOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias**. São Paulo: Paulus, 2003.

VAZ, T. Pichação + arte + educação: outros olhares. **Revista Digital do LAV – Santa Maria**, v. 6, n.10, p. 85-97, 2013.

VOLPI, M.; PALAZZO, L. (Org.) **Mudando sua escola, mudando sua comunidade, melhorando o mundo!** Sistematização da experiência em Educomunicação. Brasília: UNICEF, 2010. Disponível em: http://www.cidadeescolaaprendiz.org.br/wp-content/uploads/2014/06/mudando_sua_escola-melhorando_o_mundo.pdf Acesso em: 01 ago 2014.

WAISELFISZ, J. **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. 1^a Ed. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2012.

WANDERSMAN, A.; SNELL-JOHNS, J. Empowerment Evaluation: Clarity, Dialogue, and Growth. **American Journal of Evaluation**, v. 26, n.3, p. 421-428, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. International Health Conference, New York: WHO, 1948.

_____. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf. Acesso em: 22 Jan 2013.

_____. **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. WHO Regional Publications European Series, No. 92. Denmark: WHO, 2001.

_____. **Health promotion glossary**. Geneva: WHO: 1998. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf. Acesso em 12 Mar 2012.

_____. **Strengthening the health sector response to adolescent health and development.** Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH). Geneva: WHO, 2009.

_____. **Making health services adolescent friendly.** Developing national quality standards for adolescent-friendly health services. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. Switzerland: WHO, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf. Acesso em: 15 Mar 2012.

WILLS, J.; NAIDOO, J. **Health Promotion Foundations for Practice.** 2nd Revised edition. United Kingdom: Elsevier Health Sciences. 2000.

ZORZAN, F. S.; CHAGAS, A. T. S. Espelho, espelho meu, existe alguém mais bela do que eu?: uma reflexão sobre o valor do corpo na atualidade e a construção da subjetividade feminina. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n.34, p. 161-187, 2011.

APÊNDICE A - FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO NA PESQUISA

a) Sobre sua participação no Programa Cidadania em Rede: Arte e Educação em Direitos Humanos:

1. Você é: (____) Professor ou (____) Aluno
2. Turma de arte que participa: _____
3. Horários e dias da semana: _____
4. Há quanto tempo participa das atividades:
 - (____) Menos de 6 meses
 - (____) De 6 meses a 1 ano e meio
 - (____) Mais de 1 ano e meio. Especifique: _____
5. Por que você escolheu esta atividade artística?

b) Dados pessoais:

1. Nome Completo: _____
2. Data de Nascimento: ____/____/____
3. Escolaridade: _____
4. Se adolescente, nome dos pais ou responsáveis:

5. Sexo: (____) Feminino (____) Masculino

6. Telefones para contato:

c) Sobre seu interesse em participar da pesquisa:

1. Explique em poucas linhas: Por que você tem interesse em participar desta pesquisa?

APÊNDICE B - FICHAS DE PLANEJAMENTO DAS SESSÕES ABERTAS

1ª ETAPA: MISSÃO
<p>1º ENCONTRO: Problematização</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tema: A saúde do adolescente morador do bairro Bela Vista - Mês: Julho/2013 - Objetivos: Sensibilizar e motivar o público a participar da pesquisa; Promover um espaço de discussão e esclarecimento sobre a pesquisa; Facilitar o processo de problematização da realidade de saúde. - Metodologia: Roda de conversa para apresentação dos participantes / Dinâmica: Modelagem criativa da saúde* - Perguntas norteadoras: <ul style="list-style-type: none"> ❖ O que é ter saúde? ❖ Quais são as necessidades de saúde do adolescente morador do bairro Bela Vista? ❖ Quais são as prioridades dentro das necessidades de saúde identificadas?
<p>2º ENCONTRO: Construção da Missão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tema: Missão de saúde - Mês: Julho/2013 - Objetivos: Ampliar a discussão anterior sobre a maquete da saúde do adolescente morador do bairro Bela Vista; Construir um propósito unificado/visão voltado à promoção da saúde do adolescente no Programa Cidadania em Rede; - Metodologia: Frases individuais; Frase coletiva - Pergunta norteadora: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Como a arte/educação ajuda você a ser um jovem saudável? ❖ Considerando a melhoria da saúde do adolescente, pense bem e complete a frase: Ao sair do Programa Cidadania em Rede é importante que o jovem tenha...? ❖ Qual seria a definição de saúde dentro da missão estabelecida?

2ª ETAPA: FAZER UM BALANÇO**3º ENCONTRO: Priorização**

- **Tema:** Atividades Promotoras de Saúde

- **Mês:** Julho/2013

- **Objetivos:**

- ❖ Rever a missão gerada pelo grupo e o conceito de saúde como convivência social e familiar, saúde física, mental e emocional; boa alimentação, amizades e respeito, consciência e responsabilidade, conhecimento do corpo e seus limites;
- ❖ Gerar uma lista de atividades-chave desenvolvidas nas oficinas de arte/educação do Programa Cidadania em Rede que influenciam a saúde adolescente;
- ❖ Selecionar 10 as atividades-chave mais importantes da lista de acordo com as maiores notas grupais;

- **Metodologia:** Dinâmica de aquecimento; Painel coletivo de votações com pontos individuais.

- **Pergunta norteadora:**

- ❖ Quais são as atividades artísticas desenvolvidas pelo Programa Cidadania em Rede que são importantes para sua saúde?

4º ENCONTRO: Classificação

- **Tema:** Votação das Atividades

- **Mês:** Julho/2013

- **Objetivo:** Classificar as 10 atividades selecionadas no encontro anterior de acordo com nível de importância individual e coletiva

- **Metodologia:** Dinâmica de aquecimento; Painel coletivo de votações com notas de 1 a 10.

- **Pergunta norteadora:**

- ❖ Qual nota você daria para esta atividade desenvolvida no Programa Cidadania em Rede considerando como ela está melhorando HOJE a saúde do jovem?

3ª ETAPA: PLANEJAR PARA O FUTURO**4º ENCONTRO: Planejamento**

- **Tema:** Atividades Promotoras de Saúde

- **Mês:** Julho/2013

- **Objetivos:**

- ❖ Apresentar as médias finais das atividades votadas no encontro anterior;
- ❖ Selecionar as três atividades com menores médias para elaboração do plano de ação;
- ❖ Gerar metas e estratégias para implementação da promoção da saúde do adolescente nas atividades de arte/educação.

- **Metodologia:** Dinâmica de aquecimento; Construção grupal do plano de ação

- **Perguntas norteadoras:**

- ❖ Quais metas podem ser facilmente incluídas nas atividades diárias?
- ❖ As estratégias consideram as atividades do programa, talentos, recursos e capacidades?
- ❖ As evidências serão relacionadas ao monitoramento pelo próprio grupo que as estratégias adotadas estão sendo eficazes?

APÊNDICE C - 2ª ETAPA: FAZER UM BALANÇO - CLASSIFICAÇÃO

FICHA INDIVIDUAL DE NOTAS

Nome: _____

- 1) De 1 a 10, qual nota você dá para esta atividade desenvolvida no Programa Cidadania em Rede considerando como ela está melhorando HOJE a saúde do jovem na: Convivência social e familiar; Saúde física, mental e emocional; Boa alimentação, amizades e respeito; Consciência e responsabilidade; Conhecimento do corpo e seus limites.

Atividades	Oficina	Nota
LAZER	Todas	9,0
CINE CLUB	Áudio Visual	7,0
PRODUÇÃO DE VÍDEO	Áudio Visual	8,0
FOTOGRAFIA	Áudio Visual	10,0
GRAFITE	Artes Visuais	9,00
DESENHO	Artes Visuais	10,0
RELAXAMENTO	Dança	10,0
ALONGAMENTO	Dança	9,0
RESISTÊNCIA FÍSICA	Dança	8,0
COREOGRAFIA	Dança	10,0

Atenção: Se você nunca participou de alguma destas atividades, converse com um colega que já participou, ou dê a nota de acordo com o que você observou ou ouviu falar.

APENDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ADOLESCENTES

Seu filho(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **CONSTRUINDO EVIDÊNCIAS DA EDUCAÇÃO PELA ARTE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE** da enfermeira **Anny Giselly Milhome da Costa**, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. A participação dele(a) é importante, mas, ele(a) não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar:

- O estudo tem como objetivo avaliar as contribuições das atividades de arte/educação no Programa Cidadania em Rede para a saúde do adolescente. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é acreditarmos que a arte/educação contribui para a saúde dos adolescentes.
- No período de Agosto a Dezembro de 2013, seu filho(a) participará de encontros semanais em grupo a serem realizados no Programa Cidadania em Rede, ao qual ele já faz parte. O grupo terá adolescentes e arte/educadores e as sessões terão duração média de uma hora e meia em dia e horários a serem combinados conforme disponibilidade deles(as). Serão realizados seis encontros em grupo e durante um período de três meses as atividades de arte terão temas de saúde. Os encontros serão filmados, os pesquisadores realização entrevistas e observações que serão registradas em diário de anotações.
- As informações conseguidas através da participação de seu filho(a) não permitirão a identificação dele(a) e garantimos que as imagens registradas não serão divulgadas, apenas para os pesquisadores responsáveis pelo estudo.
- Existem desconfortos e riscos mínimos para os participantes da pesquisa, que se justificam diante das contribuições científicas a serem geradas. A participação na pesquisa **não** irá trazer gastos ou ganhos financeiros para você ou seu filho(a).
- Você é livre para recusar a participação de seu filho(a), retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação dele(a) é voluntária e a recusa em participar não irá causar qualquer penalidade ou perda de benefícios no Programa.

Endereço da responsável pela pesquisa: Anny Giselly Milhome da Costa.

Endereço: Rua André Dall'Olio, 800, Apto 500, Papicú, Fortaleza-CE.

Telefone p/ contato: 86086820 - E-mail: annygiselly@hotmail.com

Instituição: Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Ceará

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a participação de seu

filho(a) no estudo, dirija-se ao:

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.
Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE.
Telefone: (85) 33668344**

DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação de meu(minha) filho(a) no estudo **Construindo evidências da educação pela arte na promoção da saúde do adolescente** e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a participação de meu(minha) filho(a) implicam, concordo que ele(a) participe e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, _____ de _____ de 2013

Assinatura do Participante	Anny Giselly Milhome da Costa Responsável pelo Estudo - Aplicou o TCLE
Assinatura ou Digital do Responsável Legal	Testemunha

Nome do participante/voluntário:
Endereço:
Telefones para contato:

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ARTE/EDUCADORES

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **CONSTRUINDO EVIDÊNCIAS DA EDUCAÇÃO PELA ARTE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE** da enfermeira **Anny Giselly Milhome da Costa**, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. A sua participação é importante, mas, você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar:

- O estudo tem como objetivo avaliar as contribuições das atividades de arte/educação do Programa Cidadania em Rede para a saúde do adolescente. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é acreditarmos no potencial da arte para elevar a saúde dos adolescentes.
- No período de Agosto a Dezembro de 2013, você participará de encontros semanais em grupo a serem realizados no Programa Cidadania em Rede. O grupo terá adolescentes e arte/educadores e as sessões terão duração média de uma hora e meia em dia e horários a serem combinados conforme vossa disponibilidade. Serão realizados seis encontros em grupo e durante um período de três meses as atividades de arte terão temas de saúde. Os encontros serão filmados, os pesquisadores realização entrevistas e observações que serão registradas em diário de anotações.
- As informações conseguidas através da sua participação não permitirão sua identificação e garantimos que as imagens registradas não serão divulgadas, apenas para os pesquisadores responsáveis pelo estudo.
- Existem desconfortos e riscos mínimos para os participantes da pesquisa, que se justificam diante das contribuições científicas a serem geradas. A participação na pesquisa **não** irá trazer gastos ou ganhos financeiros para você.
- Você é livre para recusar a sua participação, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar **não** irá causar qualquer penalidade ou perda de benefícios em seu local de trabalho.

Endereço da responsável pela pesquisa: Anny Giselly Milhome da Costa.

Endereço: Rua André Dall'Olio, 800, Apto 500, Papicú, Fortaleza-CE.

Telefones p/ contato: (85) 86086820 - E-mail: annygiselly@hotmail.com

Instituição: Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Ceará

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.
Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE.
Telefone: (85) 33668344

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE:

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no estudo **Construindo evidências da educação pela arte na promoção da saúde do adolescente**, e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, _____ de _____ de 2013

<p align="center">Assinatura ou Digital do Participante</p>	<p align="center">Anny Giselly Milhome da Costa Responsável pelo Estudo - Aplicou o TCLE</p>
	<p align="center">Testemunha</p>

Nome do participante/voluntário:
 Endereço:
 Telefones para contato:

APÊNCIDE H – ORÇAMENTO DA PESQUISA

Descrição do item	Preço Total R\$
Material de consumo	200,00
Despesas com locomoção e alimentação dos pesquisadores	600,00
Equipamento e material permanente	200,00
Total	1.000,00

APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E REGISTRO PARA OS COLABORADORES NA ETAPA DE COLETA DE DADOS

1) Informações gerais

- Nome do Colaborador: _____
- Data da visita à instituição: ____/____/____
- Horário de início e término: _____
- Turmas observadas: _____
- Arte/educadores das turmas: _____


2) Informações sobre as turmas de arte/educação:

(OBSERVAÇÕES, PARTICIPAÇÕES E CONVERSAS INFORMAIS)


- A coordenadora estava presente na Unidade no momento da visita?
- Os grupos demonstraram interesse e/ou motivação para o alcance das metas?
- Quais dificuldades e facilidades foram apontadas/identificadas para a realização das estratégias dos grupos?
- Os temas de saúde estão sendo trabalhados de forma crítica? O arte/educador se sente capaz de trabalhar estes temas nas salas?
- Foi planejado, solicitado ou oferecido auxílio das bolsistas para trabalhar temas específicos de saúde? Como?

3) Anotar aqui relatos e observações consideradas importantes.

ANEXO A - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA DA UFC

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ / PROPESQ</p> <p><small>Continuação do Parecer: 369.359</small></p>	<p>Identificar as atividades de arte/educação desenvolvidas pelo projeto que possuem uma dimensionalidade na promoção da saúde do adolescente;</p> <p>Desenvolver propostas grupais para melhoria da saúde dos adolescentes a serem implementadas nas atividades de arte/educação locais;</p> <p>Comparar as evidências antes e após a etapa de implementação das propostas de melhoria da saúde no grupo.</p> <p>Avaliação dos Riscos e Benefícios: A pesquisa apresenta riscos mínimos, os quais possuem estar relacionados a desconfortos para os participantes, os quais levam em consideração o trabalho em grupo com pessoas e próprio contexto social de vulnerabilidade urbana. O desconforto pode estar relacionado ao fato dos participantes terem que permanecer mais horas nas dependências físicas do Programa. No entanto, os riscos justificam-se pela importância do benefício esperados.</p> <p>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O projeto releve em sua introdução e inserção da pesquisadora na temática adolescente e arte na promoção da saúde, desde os seus anos de graduação a de doutorado. Reflete sua vivência junto a adolescentes de zona rural, os quais foram participantes de pesquisas anteriores. Com isso, problematiza a importância do uso da educação pela arte que é considerado todo e qualquer trabalho consistente para desenvolver a relação de públicos com a arte. É um importante instrumento para o desenvolvimento da percepção, imaginação e capacidade crítica, permitindo que as pessoas analisem a realidade percebida e desenvolvam a criatividade de maneira a mudá-la. Os objetivos estão em linguagem clara e pertinentes a proposta. A pesquisadora dá ênfase à avaliação de programas de promoção da saúde com adolescentes em situações de vulnerabilidade social e expõe os seguintes questionamentos: Quais são as necessidades e prioridades de saúde de adolescentes em situação de vulnerabilidade social? Quais são as contribuições da educação pela arte à saúde destes adolescentes? Quais mudanças podem ser geradas com a implementação de propostas de promoção da saúde do adolescente nas atividades de arte/educação de um projeto socioeducativo? A revisão de literatura está pautada em itens que retratam a Promoção da Saúde e Empowerment, e da utilização, importância e características da Avaliação Empowerment.</p>
	<p><small>Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127 Bairro: Rodolfo Teófilo UF: CE</small></p> <p><small>CEP: 60.430-270 Município: FORTALEZA Telefone: (85)3366-8344</small></p> <p><small>E-mail: compe@ufc.br E-mail: compe@ufc.br</small></p>

Página 02 de 04

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ / PROPESQ</p>	<p style="text-align: center;">PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</p> <p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: CONSTRUINDO EVIDÊNCIAS DA EDUCAÇÃO PELA ARTE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE</p> <p>Pesquisador: ANNY GISELLY MILHOME DA COSTA</p> <p>Área Temática: 1</p> <p>CAAE: 13248513.4.0000.5054</p> <p>Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 369.359</p> <p>Data da Relatoria: 22/08/2013</p> <p>Apresentação do Projeto: Projeto de tese de doutorado em Enfermagem que aborda temática relacionada a arte/educação como estratégia para promoção da saúde do adolescente em situação de vulnerabilidade. Tema pertinente e atual visto tratar de indivíduos em uma faixa etária (adolescência), que por si só, já suscita muitas situações de vulnerabilidade, seja ela social, alévia, dentre outras. Apresenta objetivos e metodologia bem descrita. Utiliza como referencial teórico metodológico a Avaliação Emancipatória (AE). Referências bibliográficas pertinentes. Aspectos éticos listados no texto.</p> <p>Objetivo da Pesquisa: Objetivo geral</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Avaliar a proposta de aplicação da arte/educação como estratégia de promoção da saúde com adolescentes em situação de vulnerabilidade social.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Descobrir a situação atual de saúde dos adolescentes participantes de um projeto de arte/educação, de acordo com suas necessidades e prioridades;</p>
	<p><small>Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127 Bairro: Rodolfo Teófilo UF: CE</small></p> <p><small>CEP: 60.430-270 Município: FORTALEZA Telefone: (85)3366-8344</small></p> <p><small>E-mail: compe@ufc.br E-mail: compe@ufc.br</small></p>

Página 01 de 04

na produção científica mundial. O referencial teórico é Avaliação Emancipatória (AE), definida como o uso de conceitos, técnicas e achados avaliativos que objetivam promover a autodeterminação (poder) das pessoas e, consequentemente, gerar melhorias. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, participativa, com abordagem predominantemente qualitativa e delineamento longitudinal, que utilizará como referencial teórico metodológico a Avaliação Empowerment (AE) será desenvolvida no Programa / Cidadania em rede: Arte e educação em direitos humanos, da Secretaria de Direitos Humanos (SDH) do Município de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil, que atualmente possui dez Unidades localizadas em bairros periféricos. Os participantes da pesquisa serão os adolescentes e arte/educadores que integram a Unidade Bela Vista do Programa Cidadania em Rede. Será formado um grupo com, no máximo, 24 adolescentes, na faixa etária de 12 a 18 anos, ambos sexos, sendo oito participantes de cada turma de arte/educação. Os adolescentes serão recrutados após divulgação da intenção de pesquisa nas turmas, preenchendo a ficha de inscrição voluntária na pesquisa. A aquisição dos dados ocorrerá em cinco etapas, as quais estão detalhadamente descritas no texto, assim como forma de análise dos dados. Os dados serão registrados por meio da observação participante do pesquisador e suas anotações em diário de campo, gravação em vídeo com posterior transcrição das falas dos participantes, e fotografias da produção grupal. Aspectos éticos contemplados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos necessários, a saber: carta de encaminhamento ao CEP, carta de anuência dos pesquisadores e da instituição onde será desenvolvido o estudo, currículo do pesquisador, cronograma, orçamento, TCLE para os adolescentes e para os educadores.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadéquações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais e critério do CEP:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3358-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: compe@ufc.br

FORTALEZA, 23 de Agosto de 2013

Assinador por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3358-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: compe@ufc.br

ANEXO B - NARRATIVA COLETIVA DO EXERCÍCIO POÉTICO SOBRE O BAIRRO BELA VISTA

A história começa com uma cena de retirantes saindo do sertão para a cidade. Zé criança é mais um no meio de tantos fatigados pelo sol forte que caminham o dia inteiro na esperança de chegar a um lugar que proporcionará um futuro melhor...

Amanhece... ainda é cedo, os pássaros cantam, as flores no canteiro despertam suas pétalas, o sol começa a brilhar... Sr. Zé desperta e espreguiça em sua rede, começa sua rotina matinal: levantar, higiene pessoal, preparar o café, senta na soleira da porta e saboreia o ar da manhã que se mistura ao cheirinho do café recém coado. De repente as lembranças o assaltam e o transportam para sua infância quando a hora das refeições era o momento de lazer da família, que reunida em volta da mesa, falavam alto, conversavam, dividiam o “de cumê” simples, mas conseguido com esforço...

No quarto, Pedrinho acorda com o despertador. Já está na hora da escola. Levanta, se arruma, vai até a cozinha e ver o avô na soleira da porta pensativo... Chama sua atenção, junta-se a ele no café, conversam sobre o dia, tá na hora da escola, pede a benção e sai.

Na aula, a professora de história fala sobre Bairro e Cidade. Instiga os alunos a pesquisarem as histórias de sua comunidade, este trabalho é pra nota! Pedrinho já pensa no que fazer: quando chegar em casa vai conversar com o avô.

Meio-dia, o sol já vai alto, Pedrinho chega da escola. Cumprimenta o avô e senta pra acompanhá-lo no almoço. Os dois se olham... Pedrinho começa a contar as novidades da aula de história e propõe ao avô conversarem sobre quando ele chegou ao bairro. O avô convida então o neto a acompanhá-lo até o ponto onde vende seus bombons.

Chegando na esquina dos bombons, seu Zé apronta sua banquinha e senta-se, Pedrinho senta na calçada e com lápis e papel na mão está pronto para ouvir o avô falar de como tudo era quando chegou ao Bela Vista.

Sr. Zé lembra com saudade das imagens bonitas que enchiam a vista das pessoas quando passavam por aquelas bandas. Um rio verde com uma vegetação densa, algumas vacas pastando, as mulheres lavando as roupas na beirada, as crianças correndo, os jovens conversando embaixo das sombras das árvores... Era tudo tão lindo que daí surgiu esse nome: Bela Vista! Os jovens para ganhar uns “tostõezinhos” faziam dos braços “cadeirinhas” pra levarem as pessoas a outra margem do rio.

Lembra que na época tudo era mais difícil, pois transporte não tinha, o bairro era novo, ainda sem muita estrutura, os ônibus demoravam a passar... Aprendeu o ofício

de fazer tamanco de madeira com seu pai, juntos iam a pé ao centro de Fortaleza pra vender e assim garantir o pão, os ovos e a farinha pra comer. A mãe fazia as roupas com saco de farinha e tingia pra ficarem mais apresentadas.

Pedrinho interrompe nesse momento e pergunta ao avô como era pra se divertir.

Sr. Zé recorda que tinham as quermesses da Igreja N. Sra. da Salete, todos se arrumavam e iam pra missa, depois tinha o momento de se encontrar, dançar, mandar recadinhos para os amigos e as garotas... Tinha muita comida boa sendo vendida: bolos de milho, batata e pé de moleque, mugunzá, baião de dois com paçoca, cocada e pra beber aluá e sucos de frutas. A animação ficava por conta do forró!

Nessa época surgiu os grupos de quadrilha do bairro e tinha também os Maracatus. Pedrinho pergunta: – É aquele que ainda tem aqui perto, o Nação Baobá? O avô sorri e conta que esse nasceu do outro Nação Verdes Mares, houve uma desavença entre os organizadores que decidiram se dividir, daí foi que surgiu o Nação Baobá. Mas a tradição é a mesma, vem da cultura africana, da época dos escravos. O Maracatu é dividido por alas que representam a senzala, os índios, a corte e tem também a calunga que representa as forças do bem e do mal. Os brincantes confeccionam as roupas, fazem os ensaios, a época de preparação é uma festa de conviver... As pessoas se reúnem, uns ajudam os outros, cada um faz uma parte: uns costumam, outros fazem a comida, outros contribuem com os ensaios... Isso vara a madrugada! No carnaval, estreiam na Av. Domingos Olímpio, todos vão pra rua pra ver o Maracatu passar! Já ganharam vários prêmios! E se apresentam o ano todo em várias festividades da cidade.

Sr. Zé lembra ainda do trabalho social que o Nação Baobá fazia na comunidade, reunia as crianças e jovens pra aprenderem sobre a cultura africana. Tinha também o sopão que era distribuído semanalmente. Mas aí, começou o tráfico de drogas no bairro... os jovens começaram a se debandar pra esses lados, o bairro começou a ficar perigoso de se andar, as crianças e jovens aos poucos foram deixando de comparecer a sede do Maracatu porque não se sentiam mais livres pra andar pelas ruas... O trabalho social acabou!

Pedrinho diz ao avô que hoje é assim mesmo que acontece, quando vai pra escola, tem medo e só anda com a turma de amigos, pois o caminho é perigoso. Ainda ontem mataram um ali na praça Marupiara. O avô diz que nesse sentido o bairro era melhor em sua juventude, havia mais paz, menos tensão, as pessoas circulavam mais livres pelas ruas.

No meio da conversa passa pela rua o Sr. João das Raízes com seu carrinho de ervas medicinais. Ele para e cumprimenta seu Zé, que explica o que estava conversando com Pedrinho. Sr. João concorda com seu Zé, realmente muitas coisas no bairro hoje melhoraram, a estrutura das ruas e casas, o número de ônibus, a quantidade de comércio, a oportunidade que os jovens tem de fazer cursos e

aprenderem um ofício; mas que a violência que cerca a comunidade é algo negativo que aprisiona as pessoas em suas residências. Ele diz que antigamente, não precisava sair pra vender suas raízes, as pessoas iam até sua casa, ele fazia os lambedô, as garafadas, os remédios caseiros e o povo ia lá comprar. Hoje, se não sair por aí com seu carrinho não sabe o que seria de sua vida, pois tem que oferecer seus produtos. Também hoje tem esses remédios de farmácia que se encontra em qualquer esquina. Naquela época o Bela Vista era conhecido por suas mercearias de esquina, onde o povo aproveitava pra sentar nas calçadas e conversar. As compras não eram feita em cartão de plástico como hoje, era no dinheiro que a gente pagava, o dono da mercearia anotava na cardeneta o que cada um comprava e no fim do mês cada um ia lá e pagava. Depois vieram os grandes mercados e as mercearias ficaram de lado, foram fechando...

Sr. João lembra ainda que naquela época não tinham postos de saúde e hospital no bairro. Então o povo se virava com suas raízes e remédios e às vezes iam também até a D. Iris rezadeira boa que curava tudo! Ainda hoje ela reza, mas as pessoas a procuram menos que anos atrás. Sr. João olha as horas, se despede e vai embora!

Pedrinho pensa em sua comunidade hoje e lembra de quando seu pai faleceu vítima de um assalto. Pensa em tudo que ele lhe ensinou e no quanto foi difícil entender o porque de não deixá-lo sair com a turma, porque tinha hora pra chegar em casa. Conversa com o avô sobre isso. E diz que valeu a pena, pois hoje tem planos bons para o futuro! Tá terminando os estudos e cursando o Pro Jovem, frequenta também o Cidadania em Rede onde aprende sobre seus direitos e deveres e outros assuntos relacionados a direitos humanos. Diz que vê um futuro melhor para o bairro e que pretende ser educador social pra um dia ajudar outros jovens como ele que tem perspectiva e sonham com um futuro melhor! Sr. Zé incentiva Pedrinho, diz ter orgulho de ter ajudado a terminar de criá-lo e que ainda bem que ele não vê só as coisas ruins do bairro.