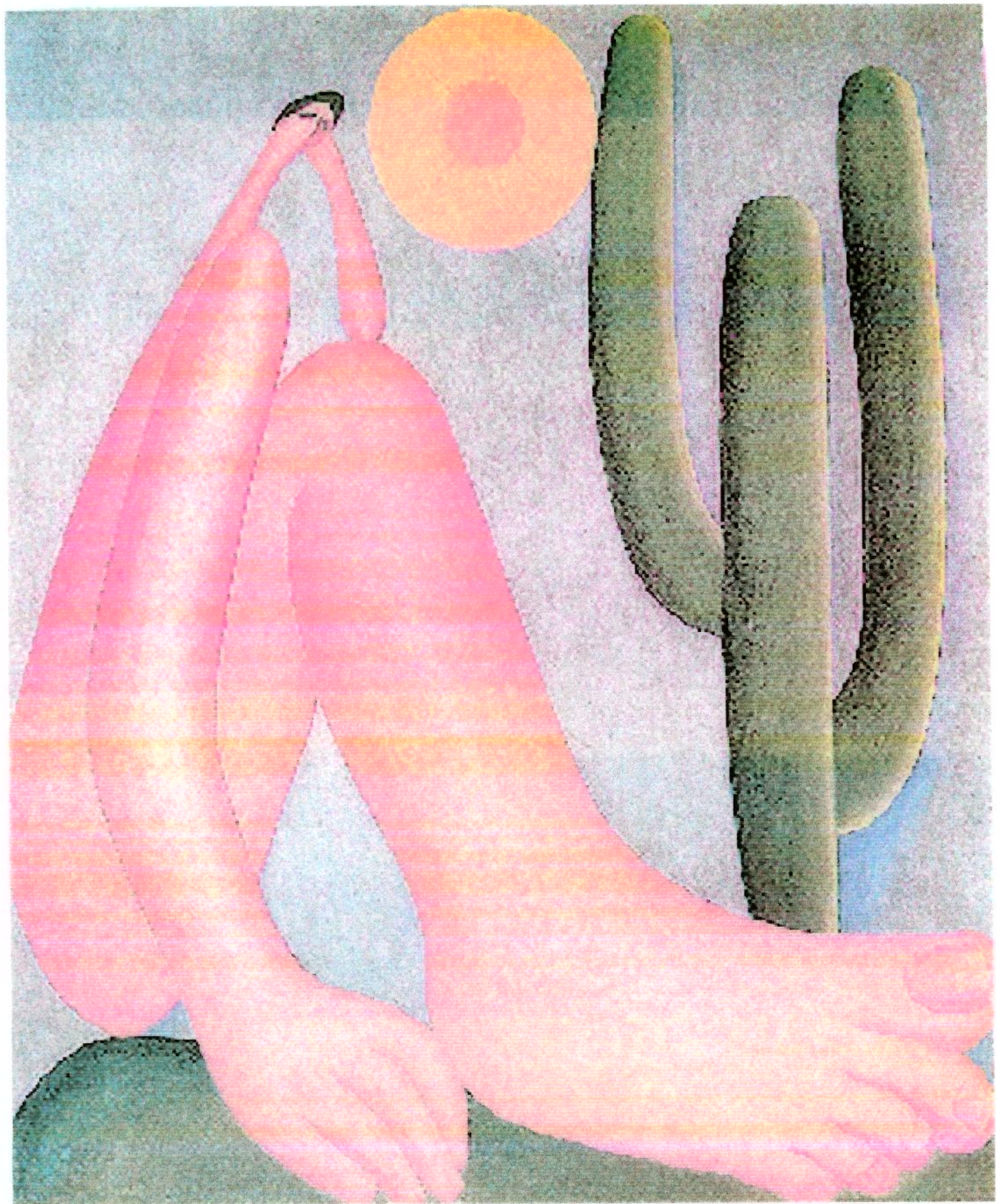




Fonte: TARSILA DO AMARAL. Abapuru, 1928/29, óleo s/ tela, 85x73cm (Col. Érico Stickel). A cor na arte brasileira: 27 artistas representativos, Volkswagen do Brasil, 1982, p. 24..

CRISTINA PERES CARDOSO

**UM OLHAR DO ADOLESCENTE PARA A VIDA:
PROJETO DE VIDA DE UM GRUPO DE ADOLESCENTES EM MARÍLIA.**

Campinas, Janeiro 2002

U N I C A M P
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Cristina Peres Cardoso

**Um olhar do adolescente para a vida:
projeto de vida de um grupo de adolescentes em Marília.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso
de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médica da Universidade Estadual de Campinas
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem

ORIENTADORA: Profa. Dra. MARIA INÊS MONTEIRO COCCO

Campinas, Janeiro de 2002

200226570

CM00169125-0

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

Orientador: Maria Inês Monteiro Cocco
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

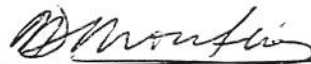
1. Educação em enfermagem. 2. Promoção da saúde. 3. Enfermagem em Saúde Pública. 4. Serviços de saúde a adolescentes. I. Maria Inês Monteiro Cocco. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Maria Inês Monteiro Cocco

Membros:

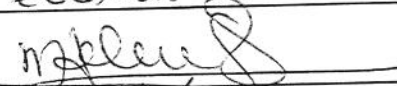
1. Prof^a Dr^a Maria Inês Monteiro Cocco



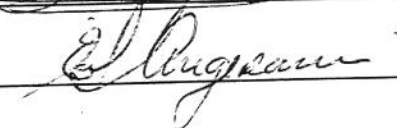
2. Prof^a Dr^a Elza Maria Lourenço Ubeda



3. Prof^a Dr^a Maria Helena Salgado Bagnato



4. Prof^a Dr^a Emília Luigi Saporoti Angerami



**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 30/01/2002

DEDICATÓRIA

- ♥ Aos adolescentes deste trabalho, meus agradecimentos, vocês foram minha inspiração. Vocês possibilitaram-me a oportunidade de reflexão "do saber ser e pensar" dos adolescentes, analisando o que nós profissionais temos para oferecer e como estamos contribuindo para o futuro dessa nova geração. Sem vocês este trabalho não poderia ter sido realizado.
- ♥ Aos meus sobrinhos adolescentes: Renata, Rafael e Fábio, desejo à vocês a possibilidade de ter um futuro brilhante e harmonioso.
- ♥ Ao meu querido marido Luiz Antonio, amigo e colaborador de tudo que passou pela minha vida: nas alegrias e tristezas, nos "*insights*". Que soube ser firme, paciente e amoroso, contribuindo na educação e cuidados de nossos filhos.
- ♥ Aos meus tesouros, Giovana e Guilherme, muito obrigada pela compreensão e paciência que vocês tiveram nessa jornada. Queridos filhos, vocês são muito especiais e espero contribuir no preparo de suas fases na adolescência.
- ♥ À minha sogra Lourdes (*in memoriam*) que sempre soube ser otimista e acreditou no meu potencial. Tenho certeza que onde estiver estará compartilhando desta minha alegria. Saudades...

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- ♥ À minha querida Prof. Dra. Inês Monteiro Cocco, orientadora, professora e amiga. Obrigada pela sua paciência em lidar com as minhas dificuldades, sabendo esperar o momento certo do meu amadurecimento e sabendo me direcionar para busca do saber... Durante todo o nosso trajeto você me ajudou a plantar a semente, a esperar germinar e a selecionar a colheita para depois cultivarmos com delicadeza essa colheita... para que a beleza do cultivo floresça na maior harmonia... Mesmo eu estando tão longe de seus passos, soube aguardar o meu momento de reflexão e introspecção para que eu pudesse te alcançar e caminharmos juntas. O seu lado humano quer como professora, enfermeira, amiga, coordenadora e orientadora nos faz sentirmos "humanos" capazes de trabalharmos lado a lado para um fim comum: amar o nosso semelhante, contribuindo na reflexão e autonomia de si própria e de nossos clientes, amigos, familiares e comunidades. Você é uma pessoa muito especial: autêntica, competente, paciente e sensível. E agradeço ao seu filho André e família pela paciência e compreensão das nossas reuniões de orientações, interrompendo muitas vezes o seu descanso e convívio familiar.
- ♥ Agradecimento especial à Prof. Dra. Emília Angerami, pela tranquilidade com que nos passa a sua sabedoria, contribuindo para nosso amadurecimento e aprendizado.
- ♥ À Prof. Dra. Maria Helena Bagnato pela sensibilidade, envolvimento e competência com que direcionou a reflexão do trabalho.
- ♥ À Prof. Dra. Elza Ubeda pela atenção e acolhimento com a qual me direcionou na aprendizagem do trabalho.

AGRADECIMENTOS

- ♥ À minha mãe, Iracema, que sempre me ajudou nos meus estudos e trabalhos e soube me entender nas minhas ausências e colaborar nos cuidados com os meus filhos.
- ♥ Ao meu pai que sempre esteve preocupado com as minhas "correrias do dia a dia", valeu a pena. Agradeço a sua preocupação.
- ♥ Ao meu querido irmão Jairo, que está sempre disponível a ajudar o próximo, te admiro muito e agradeço a sua contribuição nessa jornada.
- ♥ Ao meu irmão Wagner que tem um coração cheio de bondade, que você encontre um caminho de luz; para suportar os espinhos da vida, agradeço seu carinho.
- ♥ À vovó Herminia agradeço pela sua alegria contagiante.
- ♥ Ao meu sogro Cardoso que sempre esteve disponível a me ajudar e auxiliar em soluções mais dignas e justas “nos espinhos” da vida.
- ♥ Aos funcionários da UBS Nova Marília em especial a doutora Lidimar Rodrigues (pediatra/hebiatra) a qual sempre tentei me espelhar no seu saber e que muito me ajudou nos grupos e estudos. À auxiliar de enfermagem Lucia Santos com seu jeitinho contagiante, cativante aos adolescentes e que sempre se manteve disponível a me ajudar na formação dos grupos de adolescentes.
- ♥ Às colegas da UBS Nova Marília e em especial: Luciana, Ana Maria, Edilaine, Cristina e Alzira que acreditaram no meu trabalho junto ao grupo de gestante adolescente, e me ajudaram a lidar melhor com as adolescentes.

- ♥ A todos os professores, coordenadora e ex-coordenadora do Curso de Enfermagem da FAMEMA, que de alguma forma sempre me ajudaram e incentivaram nessa caminhada, e em especial as Profas. Mara, Renata Rosa, Elaine, Sílvia, Kátia, Marco, Antonio Carlos (Junior), Mariko, Sueli e Márcia Padovan. E a nossa secretária Mary do Curso de Enfermagem e à Regina secretária da Associação dos Docentes. Vocês fazem parte do meu dia-a-dia e contribuíram para que finalizasse esse projeto de vida.
- ♥ Às minhas amigas e companheiras de trabalho da FAMEMA: Maria José (Zezé), Marcia Dadalti (Marcinha), Luzmarina (Luz) e Fernanda (Fer) que me ajudaram nessa fase de tensão, contribuindo em meu convívio familiar e lazer. Além do incentivo da tese e apoio profissional. Obrigada pelo acolhimento!
- ♥ À coordenadora da Interação Comunitária (IC) - Roseli Ferreira pelo apoio e ajuda nas reflexões do trabalho. E ao prof Júlio Zorzetto que contribuiu nessa trajetória com seu otimismo e compreensão, assumindo as minhas atividades da IC2 durante os momentos que me ausentei.
- ♥ À psicóloga Professora da FAMEMA Roseli Vernasque Bettini agradeço pelo incentivo e apoio no trabalho.
- ♥ Às bibliotecárias da FAMEMA: Regina, Helena e Jô pela contribuição na revisão bibliográfica e ajuda no levantamento bibliográfico. E aos funcionários Carlos e Fabio que me ajudaram no preparo das apresentações.
- ♥ À professora Maria Cecília Dellatorre, agradeço pela atenção e ajuda no apoio das referências bibliográficas e gravuras artísticas.

- ♥ Ao Prof. Romeu Gomes pela atenção e ajuda nos empréstimos de referências bibliográficas.
- ♥ Às minhas amigas Carmem (Marília), Silvia (Campinas), Gê (Lençóis) Magda (Itajobí), Elaine (Campinas), Zoraide (Campinas), Ieda (Campinas), Mary (Campinas), Janete (Itapira), que sempre me deram a maior força e acreditaram nos meus sonhos.
- ♥ Aos casais Elza Adachi e Mauro Daher; Sonia e Fernando Tomita que sempre estiveram presente no nosso convívio familiar trazendo muitas alegrias.
- ♥ Às minhas colegas da Pós-graduação pelo apoio e perseverança que tornaram possível realizar essa jornada.
- ♥ Ao casal Adriana e Maklim Nunes Baptista, professores da PUC - pelo incentivo e ajuda que me proporcionaram.
- ♥ Ao Professor David que contribuiu para o meu aperfeiçoamento no Inglês, com muita paciência, competência e dedicação...
- ♥ Aos meus vizinhos Fausto, Eurides e Eidi que deram muita força espiritual para completar esta jornada.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	xi
LISTA DE TABELAS QUADROS E GRÁFICOS	xii
RESUMO	xiii
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. TRAJETÓRIA DE VIDA: RUMO AO ADOLESCENTE	1
1.2. O ADOLESCENTE	5
1.3. CAMPO DE ESTUDO	18
1.4. HISTORICIDADE DOS ADOLESCENTES NO BRASIL	26
1.5. A PROBLEMÁTICA DA FAMÍLIA, ESCOLA E SERVIÇOS PÚBLICOS	39
1.6. PROMOÇÃO À SAÚDE NO FINAL DO SÉCULO XX	48
2. PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO	75
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	92
3.1. APRESENTAÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA DOS ADOLESCENTES	94
3.2. TEMÁTICAS	100
3.2.1. O QUE É SER ADOLESCENTE	101
3.2.2. O QUE É TER SAÚDE	117
3.2.3. O PROJETO DE VIDA	122
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
5. SUMMARY	136
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
7. ANEXOS	146
ANEXO I	146
ANEXO II	147
ANEXO III	149

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

CEPEEn – Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

FNUAP – Fundo de População das Nações Unidas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS - Organização Pan-americana de saúde

PEDH – Programa Estadual de Direitos Humanos

PMDH – Programa Municipal dos Direitos Humanos

PNDH – Programa Nacional dos Direitos Humanos

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Cultura

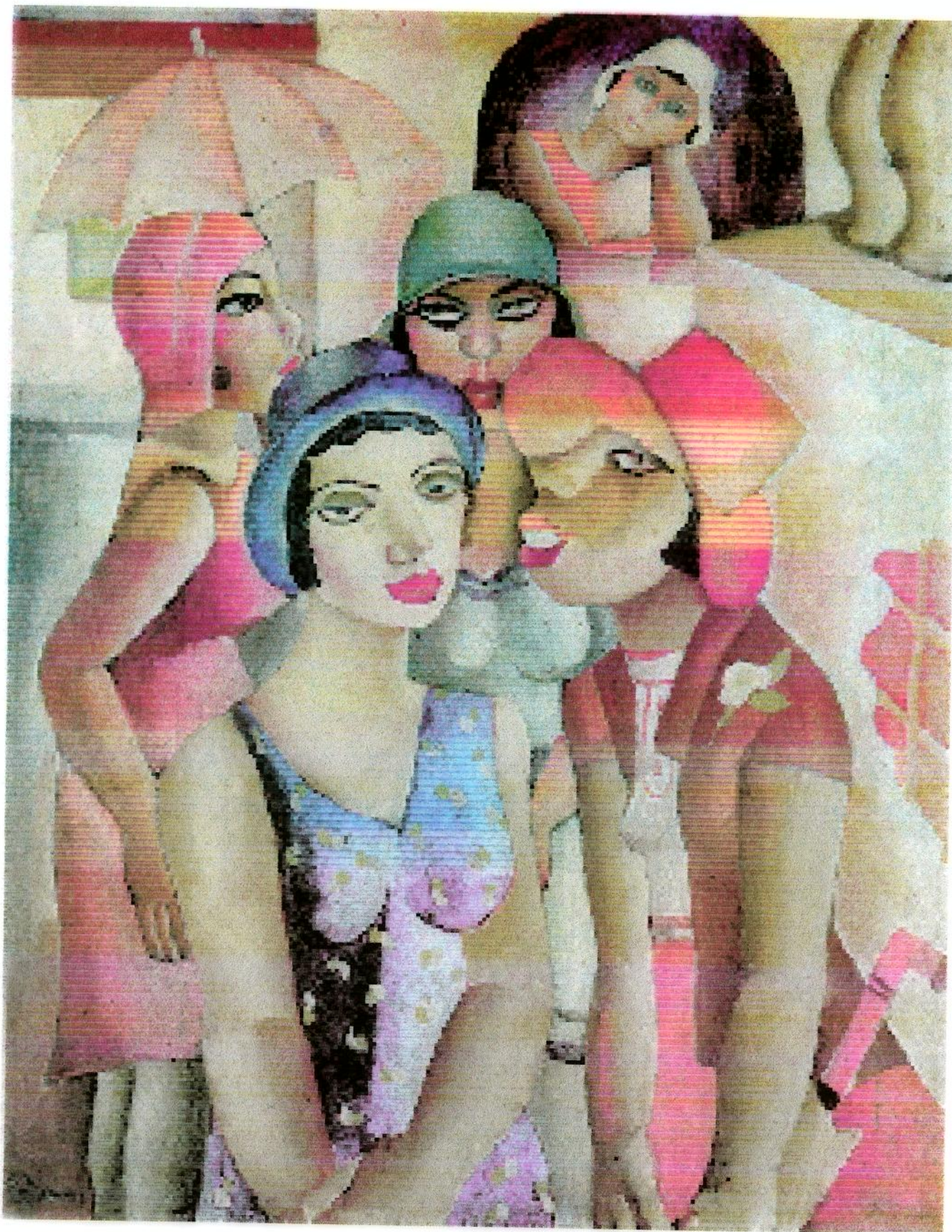
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação e a Ciência

LISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1- Principais eventos internacionais para discussão da promoção à Saúde.	52
Quadro 2 – Produção científica em enfermagem relacionada ao tema adolescente, publicados no CEPEn, 1990 – 1998.	71
Quadro 3 – Distribuição de principais características dos adolescentes estudados.	93
Tabela 1 – População Brasileira residente de 10 a 24 anos, por faixa etária e sexo, em 1996.	9
Tabela 2 – População Brasileira residente de 10 a 24 anos, por faixa etária e sexo, em 2000.	9
Tabela 3 – Unidade Básica de Saúde e distribuição dos adolescentes por faixas etárias. Marília (1998).	22
Gráfico 1 – Mortalidade de adolescentes no Brasil em 1996.	13
Gráfico 2 – Mortalidade de adolescentes por causas externas, no Brasil, em 1986.	14
Gráfico 3 – Pirâmide populacional de Marília em 1996.	20
Gráfico 4 – Distribuição da população de adolescentes em Marília – 1998/99.	21

RESUMO

Este estudo teve por objetivo conhecer o projeto de vida de um grupo de adolescentes de uma Unidade Básica de Saúde, na cidade de Marília, Estado de São Paulo, na perspectiva da promoção à saúde. O referencial metodológico foi de natureza qualitativa; tendo sido utilizada a entrevista semi-estruturada e o grupo educativo – através da observação participante, além dos pressupostos teóricos de Paulo Freire, tendo por finalidade possibilitar a construção de uma visão crítica do grupo de adolescentes, contribuindo no processo de cidadania dos adolescentes. No primeiro momento foi elaborada uma entrevista individual e, posteriormente, três encontros em grupo com os seguintes temas: o que é ser adolescente; o que é ter saúde e qual o projeto de vida do adolescente. Para a análise foram utilizados os pressupostos teóricos de Freire e a análise temática. Os encontros propiciaram aos adolescentes a possibilidade de refletir sobre seu cotidiano e seu projeto de vida. As políticas sociais básicas – saúde, educação, emprego – que propiciam o atendimento das necessidades básicas de sobrevivência, como alimentação, moradia, escolas eficientes, atendimento de saúde, emprego digno e lazer, em geral, não estão sendo atendidas no contexto político atual. Foi constatado que os adolescentes têm um projeto de vida, porém, devido às dificuldades tanto de caráter individual e familiar, quanto as mais abrangentes encontradas, eles, em geral, precisam realizar um enfrentamento das condições adversas, através de uma ação política, visando a mudança da situação estabelecida, para viabilizar seu projeto de futuro, sendo imprescindível que esse processo se inicie pela auto-reflexão.



Fonte: EMILIANO DI CAVALCANTE. Cinco moças de Guaratingueta, 1930, óleo s/ tela, 100x64cm (Col. MASP). A cor na arte brasileira: 27 artistas representativos, Volkswagen do Brasil, 1982, p. 83.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Ao perceber o ontem, o hoje e o amanhã, o ser humano percebe a consequência da sua ação sobre o mundo, nas diferentes épocas históricas, se torna o sujeito da sua história e por isso responsável por ela. Faz hoje o que se tornou possível pelo ontem. Fará amanhã o que está semeando hoje.
Freire (2000)

1.1. TRAJETÓRIA DE VIDA: RUMO AO ADOLESCENTE

O meu interesse em relação ao trabalho com crianças e adolescentes tem-se manifestado, nas duas últimas décadas, na docência, assistência, criação de novos serviços e na pesquisa. Iniciei a carreira de docente em 1985 e, por afinidade, escolhi trabalhar na área de Pediatria do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, FAMEMA. No ano de 1987, realizei o curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica, na Universidade Federal de São Paulo, com o intuito de aprimorar meus conhecimentos na área de pediatria e puericultura.

Após o término da especialização, retornei à atividade docente, na área de Enfermagem Pediátrica e dei continuidade ao trabalho que vinha realizando. Além da Enfermaria, implantei um Programa de Enfermagem, na Creche do Hospital da FAMEMA, que consistia em avaliar o crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 6 anos. Este programa durou seis meses, sendo interrompido por falta de docentes para supervisionar os alunos de enfermagem. No ano de 1990, participei com um médico e uma psicóloga

da luta para assegurar a todas as crianças internadas o direito de estarem acompanhadas pela mãe ou responsável. Ao casar-me em 1990, saí da Instituição, mudando-me para Campinas. Ingressei na Unicamp por concurso público, em 1990, na área de Neonatologia, por não haver vagas para a pediatria. Após dois anos nesta área, trabalhei por nove meses no Centro Obstétrico em função assistencial.

Tendo retornado à FAMEMA, por concurso, em 1995, assumi novamente a Enfermaria de Pediatria como enfermeira docente assistencial. Nesse período implantei, juntamente com os alunos de Graduação em enfermagem, a “brinquedoteca” na Enfermaria e, também, um programa de reuniões semanais com mães de crianças internadas, juntamente com a psicóloga, nutricionista e assistente social. A enfermaria era composta de 31 leitos, sendo oito cirúrgicos (cirurgia infantil, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia), cinco de hematologia, três leitos de isolamento e urgência, e os demais destinados a clínica pediátrica.

Trabalhei na Enfermaria de Pediatria até 1998 na função docente-assistencial. Exercia a função assistencial, no processo de gerenciar e cuidar das crianças internadas e a função docente, supervisionando estágios de alunos de 3º e 4º anos da Graduação em enfermagem, no período da manhã. À tarde, ministrei aulas teóricas para os alunos do 3º ano e, no processo de pesquisa, participei das orientações aos alunos de 3º e 4º anos.

Durante nove anos atuei na Enfermaria de Pediatria, convivendo com pacientes de um mês a 14 anos. Pude perceber que os adolescentes,

principalmente os internados na área de cirurgia e hematologia, sentiam-se deslocados e fragilizados com a doença e, muitas vezes, não tinham acompanhantes, pois os pais precisavam trabalhar e acreditavam que os filhos, por não serem mais crianças, suportariam melhor o "stress" da hospitalização.

Ao final de 1998, participei de um processo de mudança da Enfermaria para outro Hospital recém-reformado. Apesar de ter montado com uma aluna de 4º ano um Programa de orientação às mães e acompanhantes, percebi grande resistência da coordenação da pediatria em relação à possibilidade de implementar uma área física adequada para os pacientes e familiares.

Neste ínterim, recebi a proposta da Coordenação de Enfermagem da FAMEMA para assumir um cargo numa Unidade Básica de Saúde(UBS), participando como docente na área de saúde da criança e adolescente. O objetivo seria capacitar recursos humanos para a implementação de um programa pioneiro de assistência à saúde do adolescente, com a finalidade de organizar e ampliar o trabalho desenvolvido por uma médica pediatra e hebiatra (especialista em adolescentes), também docente do Curso de Medicina da FAMEMA e, atualmente, referência para o município no atendimento de adolescentes, em uma UBS de Marília.

Essa UBS recebia um grande número de adolescentes encaminhados de outras UBS e do Conselho Tutelar para avaliação. O atendimento ambulatorial dos adolescentes era realizado, na época, de forma

individual e, ao final das consultas, era realizada uma reunião com as mães, individualmente.

Com a mudança do currículo de enfermagem para o método da problematização, assumi aulas para o 1º e 2º anos de Graduação em enfermagem dentro deste novo currículo e deixei a Enfermaria de Pediatria do início de 1999, ano em que iniciei um estudo para avaliar o relacionamento entre professores e adolescentes de uma escola pública fundamental, realizado com uma aluna do 4º ano. Através de entrevistas com os professores, caracterizamos os principais problemas enfrentados por eles na atividade didática, tendo como resultado as dificuldades em lidar com problemas relacionados a drogas e sexualidade.

Em maio de 2000, fui convidada pela médica hebiatra, para participar de um grupo de medicina e enfermagem que tem como finalidade se capacitar primeiramente e, posteriormente, levar informações aos alunos do ensino fundamental, através de dinâmicas de grupo, sobre as transformações físicas que ocorrem na adolescência e orientar a prevenção de DST e AIDS. Atualmente pertenço a um grupo de profissionais de diferentes áreas que atende os adolescentes que procuram a UBS devido à gestação.

Este grupo de pré-natal para gestantes adolescentes, que tem o intuito de promover saúde através de programas educativos, tem estimulado-as em suas reflexões sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar após a gestação, para que as jovens possam decidir o que é melhor para si e para o bebê. As dinâmicas utilizadas nas reuniões revelam o seu cotidiano e

sua visão de mundo, refletindo sua realidade a partir dos conhecimentos discutidos em grupo e tendo como referência a metodologia de Paulo Freire.

Através desta trajetória de vida, me senti instigada a buscar mais informações e encontrar soluções para os problemas vivenciados com os adolescentes, senti-me envolvida com os pressupostos de Paulo Freire, visto que, tive oportunidade de utilizar alguns de seus pressupostos no grupo de gestantes. Optei por conhecer o projeto de vida do adolescente tendo como referência a abordagem de Freire, buscando novas possibilidades para a construção do pensamento crítico e da cidadania junto ao grupo.

1.2. O ADOLESCENTE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu adolescência como o período da vida compreendido entre os 10 anos completos e os 20 anos incompletos, “é uma etapa em que ocorrem as transformações corporais e as adaptações às novas modificações psicológicas e ambientais da vida adulta. É o período biopsicossocial que ocorre entre a infância e a vida adulta” (BRASIL, 2000a, p.5).

A fase da adolescência é marcada por intensas mudanças físicas e psicológicas. Em razão do desenvolvimento intelectual, o adolescente manifesta pensamentos críticos e experimenta relações sociais grupais que têm por finalidade torná-lo independente. Por viver um processo de transição, o adolescente precisa encontrar um ambiente saudável na família, e na

comunidade para ser bem sucedido na elaboração, incorporação e assimilação de conceitos, normas de conduta e ações de cidadania que o acompanharão pela vida.

A maioria dos estudiosos concebe teorias sobre o adolescente voltadas para as características de sua área. Na visão de Colli (1999), a adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento que se manifesta por marcantes transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais. Dando importância para as fases iniciais da vida, conclui que a percepção da criança influencia e modela a maneira pela qual ela se relacionará com os outros quando adulto.

Aberastury & Knobel (1984) descrevem as características da adolescência normal:

- Busca de si mesmo e da identidade adulta - momentos de isolamento para autoconhecimento;
- Tendência grupal - processo de afastamento dos pais, substituindo-os por grupos, como um passo intermediário para o mundo exterior;
- Necessidade de intelectualizar e fantasiar - elaboração do luto pela perda da identidade infantil;
- Crises religiosas - variando desde ateísmo até o comportamento religioso de fanatismo;
- Deslocamento temporal - as urgências "banais" são prioritárias em relação aos deveres imediatos;
- Evolução sexual - do auto-erotismo até a hetero-sexualidade, com oscilação permanente entre a atividade de caráter masturbatório e o início do exercício genital;

- Atitude social reivindicatória - tenta modificar a sociedade ao mesmo tempo que visa a constantes modificações internas;
- Contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta - as contradições facilitam a elaboração dos lutos e caracterizam a identidade do adolescente;
- Separação progressiva dos pais - o afastamento dos pais é necessário para que o adolescente encontre sua identidade e seja capaz de formar sua própria identidade e, ainda;
- Constantes flutuações de humor e estado de ânimo - os fenômenos de depressão e luto acompanham o processo identificatório (ABERASTURY & KNOBEL, 1984).

Para Levisky (1997, p.19) o jovem adquire e desenvolve suas potencialidades simultaneamente a um complexo de perdas, enfrentando situações de “desinvestimentos” e “reinvestimentos” afetivos. Novos valores éticos e morais serão incorporados à identidade que se delineia.

Os jovens são vulneráveis e susceptíveis às influências oriundas do meio social. Buscam fora do núcleo familiar aspectos que desejam incorporar a sua realidade pessoal ou outros, com os quais necessitam aprender a lidar e que constituem uma parte do seu eu, nem sempre bem integrada a personalidade.

Os adolescentes nessa fase passam por três despedidas fundamentais:

- a do corpo infantil perdido, base biológica do adolescente que, não poucas vezes, sente suas mudanças como algo externo, frente ao qual se encontra como espectador imponente do que ocorre em seu próprio organismo;
- a da perda do papel e da identidade infantil, que os obrigam a renúncia de dependências e a aceitação de responsabilidades que muitas vezes desconhece;

- a da perda dos pais da infância, os quais persistentemente tentam reter em sua personalidade, procurando o refúgio e a proteção que estes significam (TAKIUTI, 2001, p.23).

A adolescência representa uma etapa decisiva no processo de transição no transcorrer da qual o adolescente tenta encontrar o seu lugar no espaço social. À medida que a sociedade se torna mais complexa, a duração da adolescência parece ter-se prolongado em alguns aspectos e encurtado em outros. No Brasil, entre os fatores que encurtam este período estão a iniciação profissional e a maternidade precoce e, entre aqueles que o prolongam, aparece a dependência econômica dos pais e a dificuldade em ingressar no mercado de trabalho (LUZ, 1999).

Em relação a população demográfica dos jovens no Brasil, o Ministério da Saúde ressalta que:

Hoje, mais da metade da população mundial tem menos de 25 anos de idade, sendo que 29% encontram-se na juventude - idade entre 10 a 24 anos e destes 80% vivem em países em desenvolvimento. Este contingente representa quase um terço da população total, sendo que este aumento populacional nas últimas três décadas resulta de uma transformação na estrutura etária da população em função da queda da fecundidade, do crescente declínio da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer, estabelecendo uma onda jovem que engrossa as faixas etárias seguintes. Os adolescentes jovens são os que apresentam maior capacidade migratória da zona rural para a urbana, determinando um repensar na provisão de equipamentos sociais para atender as necessidades (BRASIL, 2000a, p.7).

A seguir, serão apresentados os dados do IBGE referentes a população jovem no Brasil, nos anos de 1996 e 2000.

Tabela 1 – População brasileira residente de 10 a 24 anos, em 1996, por faixa etária e sexo.

<i>Idade (anos)</i>	<i>População</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>
10-14	18.040.252	9.105.946	8.934.306
15-19	17.186.076	8.595.667	8.590.409
20-24	14.862.119	7.364.306	7.497.813
TOTAL	50.088.447	25.065.919	25.022.528

Fonte: IBGE (1999).

Tabela 2 – População brasileira residente de 10 a 24 anos, em 2000, por faixa etária e sexo.

<i>Idade (anos)</i>	<i>População</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>
10-14	17.348.067	8.777.639	8.570.428
15-19	17.939.615	9.019.130	8.920.685
20-24	16.141.515	8.048.218	8.093.297
TOTAL	51.429.197	25.844.987	25.584.410

Fonte: IBGE (2001).

Comparando a distribuição de dados do IBGE 1996 e 2000, percebe-se um pequeno aumento no número de jovens, na população brasileira, porém em termos percentuais, em relação à totalidade populacional, está ocorrendo uma diminuição na proporção de jovens. Apesar de termos mais jovens do sexo masculino em relação ao sexo feminino, sabe-se que os homens morrem mais do que as mulheres, apesar desse pressuposto estar se revertendo, visto que, a taxa de mulheres fumantes, hipertensas e sedentárias está aumentando. Este é um dado preocupante, pois o país deverá estar preparado para conduzir estes jovens adolescentes a uma melhor qualidade de vida e preparo profissional para o futuro. **(tabelas 1 e 2)**

Segundo Baeninger (1999, p.27-28) a população jovem brasileira, em termos prospectivos, continuará apresentando um contingente significativo mesmo com a redução percentual em relação aos outros grupos etários, no país.

No ano 2000, os jovens de 10-24 anos representarão 49,8 milhões de pessoas neste grupo etário; reduzindo em número absoluto nas décadas seguintes, em função da diminuição do número de filhos por mulheres em décadas passadas, este contingente atingirá 43,3 milhões em 2020. (...) Em termos relativos, a população jovem de 10-24 anos tenderá a diminuir sua participação, chegando a 21,6 % em 2020. Mesmo que as primeiras décadas do século XXI indiquem redução no contingente jovem, dada a magnitude populacional do país, esse volume de população de 10-24 anos será semelhante à população total do estado de São Paulo inteiro, no mesmo período. Esse fato indica a necessidade de se prever demandas sociais específicas (educação, saúde, trabalho, etc)

para a geração jovem do século XXI (BAENINGER, 1999, p.27-28).

Os adolescentes pelas características próprias dessa fase, e pela peculiaridade da região/ país onde vivem, estão expostos a diferentes fatores de risco, do que em outras fases da vida. Sentem-se, em geral, invulneráveis às doenças comuns e inatingíveis às doenças adquiridas, acidentes automobilísticos, doenças sexualmente transmissíveis, drogas e gravidez. É preciso, portanto, entender que o jovem está na fase de auto-afirmação de identidade, passando por um processo normal de desenvolvimento em que as novas descobertas podem ser vivenciadas com tranquilidade quando houver apoio e compreensão por parte da família, professores e profissionais de saúde envolvidos com ele.

No Brasil, a cada ano, cerca de 26.000 jovens entre 10 e 19 anos de idade perdem a vida por acidentes, suicídio, violência, doenças associadas a gravidez e outros males que podem ser prevenidos ou tratados. Muitos têm problemas crônicos de saúde ou seqüelas que chegam a comprometer sua vida (BRASIL, 2000b).

A violência é um problema que tem crescido de forma intensa nos últimos anos, no Brasil, em determinadas regiões / cidades. A violência social é um tema complexo, que exige uma abordagem interdisciplinar e ações intersetoriais. GOMES (1997) e GOMES, SILVA & NJAINE (1999).

Ela deve ser considerada em uma perspectiva ampliada, em suas diferentes dimensões, ultrapassando o senso comum, que restringe-a ao “campo do crime”, ou “ao plano do indivíduo”.

A temática relativa à violência começa a ganhar espaço, na área de saúde pública, a partir do final da década de oitenta, no século passado, devido ao elevado número de “(...) mortes e traumas ocorridos por causas violentas na região das Américas (...) e na década de noventa, em âmbito mundial” (MINAYO, 1994, p. 9).

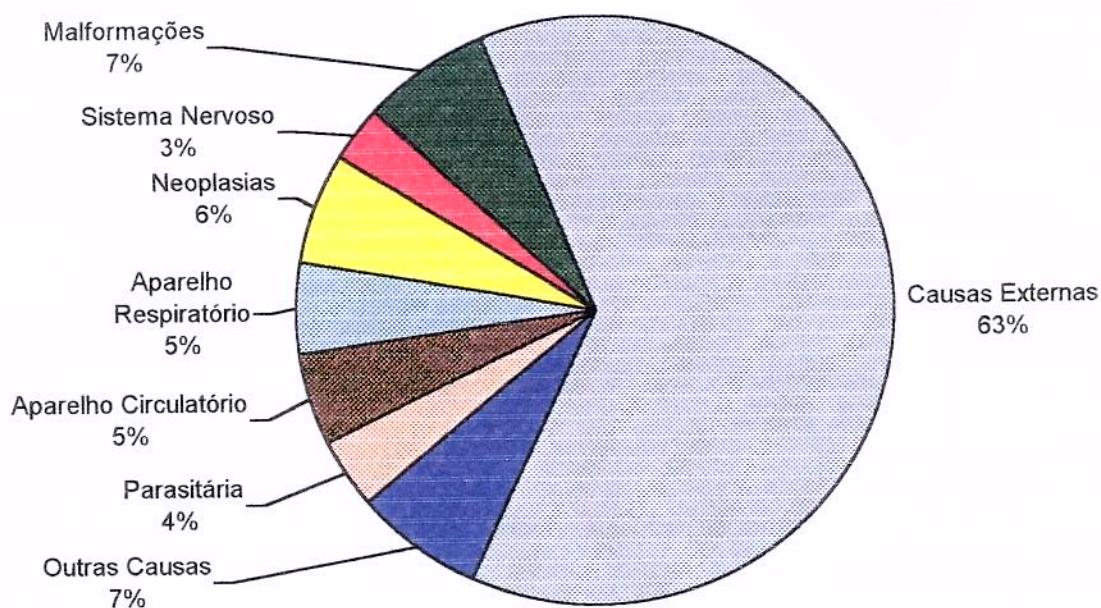
A autora destaca diferentes tipos de violência social, como os homicídios, a violência no trânsito, intrafamiliar e no trabalho. Tendo como referência um documento da OPAS de 1993, cita como “(...) fatores de risco que devem ser objeto de prevenção primária: armas de fogo, abuso do álcool e de outras substâncias, e a televisão”. Tomando como base um documento da OPAS de 1994, Minayo (1994, p. 15) destaca, em relação aos programas de televisão, “(...) o papel que exercem na banalização das relações sociais, do sofrimento, da vida e da morte”.

A prevenção da violência tem os seguintes pressupostos básicos:

Que os esforços da área de saúde devem ser direcionados para o pleno exercício da democracia e para a luta por justiça social, buscando, ao mesmo tempo, atuar sobre as causas da violência e as causas da pobreza e miséria do país; qualquer ação para superar a violência (...) [envolve] uma articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações da sociedade civil e da (...) [comunidade] que militam por direitos e cidadania MINAYO (1994, p. 16).

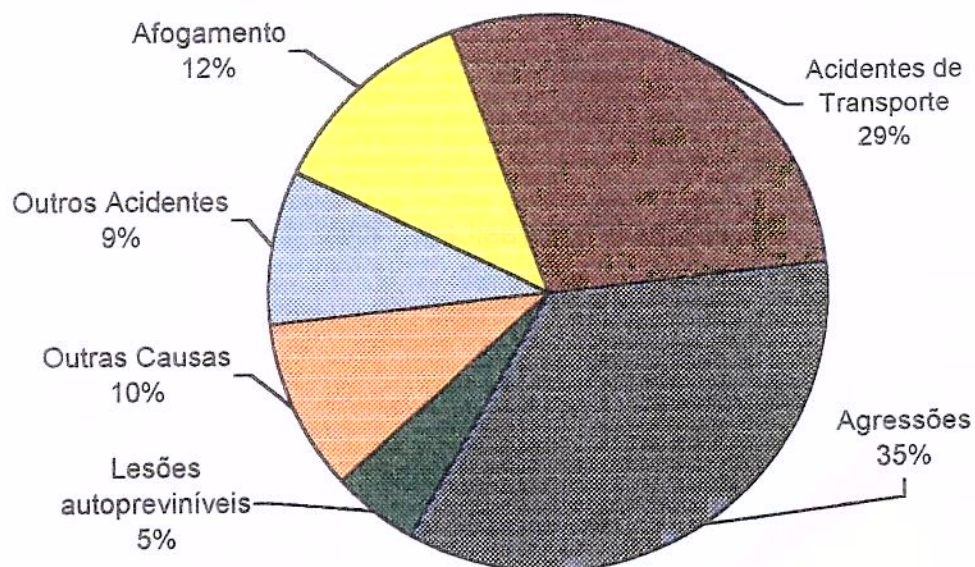
Pela análise dos indicadores de saúde no Brasil, em 1996, a mortalidade dos adolescentes deve-se principalmente a causas externas (homicídio, suicídio e acidentes), que correspondem a 63% do total de óbitos, com um coeficiente de 37,9 por 100.000 habitantes. **Gráficos 1 e 2.**

Gráfico 1 - Mortalidade de adolescentes no Brasil em 1996



Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade SIM/MS. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000b.

Gráfico 2 - Mortalidade de adolescentes por causas externas, no Brasil, em 1996



Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade SIM/MS. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2000b.

Nota-se nos gráficos que a maior causa de mortalidade do adolescente está associada a fatores externos como acidentes, afogamento, agressões e lesões autopreveníveis. O adolescente necessita do apoio e orientação de familiares, professores e profissionais de saúde em relação aos cuidados que ele deve tomar no contato com o mundo exterior. Os adultos que o cercam devem estar engajados com eles, para formar vínculos, de modo que o adolescente se sinta encorajado para buscar ajuda quando necessitar.

Na década de 1980, no Brasil, a preocupação com a saúde do adolescente ganhou impulso com a criação de serviços, grupos de profissionais de saúde e encontros científicos através da Sociedade Brasileira de Pediatria, com expressivo número de trabalhos apresentados e discutidos; neste ínterim, a adolescência começou a ser observada sob diferentes perspectivas. Em relação à morbidade nessa fase:

De um lado estão os problemas de saúde próprios da faixa etária (retardo puberal, acne, distúrbios menstruais, problemas psicológicos). Contudo nos países em desenvolvimento, os adolescentes com problemas de saúde, presentes desde a infância envolvendo carências nutricionais, infecções e infestações, cáries, doenças crônicas mal controladas, dificuldades escolares e distúrbios próprios da idade. Outra área preocupante está relacionada aos comportamentos de risco como dirigir veículos, uso de fumo, álcool e drogas, prática de esportes e violências. Pode-se acrescentar ainda neste grupo os problemas relativos à sexualidade com destaque para a gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, aborto e abuso sexual (COLLI, 1995, p.4-5).

Tendo como embasamento estudos realizados anteriormente, em 1990, o Ministério da Saúde divulgou o “Programa de Saúde do Adolescente” (PROSAD), com o intuito de elaborar normas para o atendimento ao adolescente; com ênfase na atenção primária, dando prioridade ao preparo dos profissionais de saúde para melhoria dessa assistência (COLLI, 1995).

O PROSAD fundamenta-se numa política que envolve a promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação. Isso envolve a necessidade de

capacitação e valorização dos profissionais de saúde e da educação, para que se criem grupos de interesses nas escolas, incentivando o professor e o profissional de saúde a desempenharem seu papel, juntamente com a comunidade e com os grupos de adolescentes (BRASIL, 1996a).

Pela ousadia e imediatismo de suas atitudes perante o grupo, o adolescente se expõe mais aos perigos externos. Formas de violência como agressões, acidentes automobilísticos, afogamentos, experiência com drogas e outras atitudes ousadas encontram justificativa nesta fase da vida. Como o fato de adoecer está muito ligado a personalidade, o adolescente imagina que este problema não o atinge. Garantir ao adolescente uma vida saudável e o exercício pleno da cidadania requer políticas públicas alicerçadas em profissionais qualificados e sensibilizados para desenvolver atividades, junto a esses grupos e à comunidade, as quais certamente levarão o adolescente a refletir, decidir e atuar melhor em sua vida, possibilitando a construção de uma sociedade mais igualitária e menos excludente.

Em relação à legislação relativa as crianças e adolescentes, em 1959, foi aprovada pela assembléia Geral da ONU, a Declaração dos Direitos da Criança, estabelece seus direitos a:

- Igualdade, sem distinção de raça, religião ou nacionalidade;
- proteção para seu desenvolvimento físico, mental e social;
- nome e nacionalidade;
- alimentação, moradia e assistência médica à criança e a mãe;
- educação e cuidados especiais para crianças deficientes;

- amor e compreensão por parte dos pais e sociedade;
- educação gratuita e lazer;
- ser socorrido em primeiro lugar, em caso de catástrofe;
- protegido contra o abandono e exploração no trabalho;
- crescer no espírito de solidariedade e justiça (BRASIL, 1996b, p. 12).

A Declaração dos Direitos da Criança ressalta a importância de orientar todos os cidadãos, esclarecendo sobre os valores da cidadania, estimulando-os a serem responsáveis, éticos, morais e cumpridores de suas obrigações.

Em 1990, foi promulgada no Brasil a lei n. 8.069, referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1991), fruto de movimentos de grupos organizados em todo o país, exigindo um Estado presente, que zele pelo futuro das crianças e adolescentes, garantindo educação, políticas sociais, alimentação e bases para o exercício da cidadania. Nessa ocasião foi criado um Conselho Tutelar em cada município, que atua como um órgão permanente e autônomo, não-jurisdicional. O Conselho é eleito pela comunidade e encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, a partir de uma fiscalização da sociedade sobre o Estado (CERVINI & BURGER, 1996).

Desde 1989, o Ministério da Saúde vem promovendo a saúde e o desenvolvimento do adolescente brasileiro, "realizando ações de educação e saúde e prevenindo doenças e agravos, em parceria com estados e Municípios, com vista à redução dos riscos e ao fortalecimento dos fatores

protetores" (BRASIL, 2000b, p. 16.). Deste modo, o Ministério propiciou a construção de uma Agenda Nacional em prol da saúde do adolescente, da qual tem participado o governo e toda a sociedade, a fim de promover o desenvolvimento saudável da juventude. **(Anexo 3)**

1.3. CAMPO DE ESTUDO

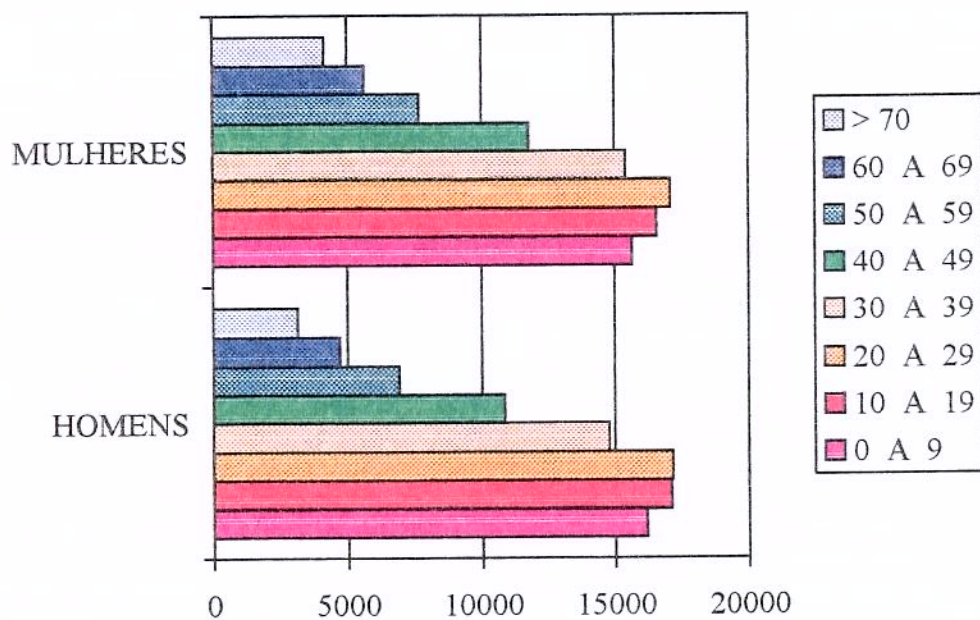
A cidade de Marília é situada na região centro-oeste do Estado de São Paulo, com uma população demográfica de 197.342 habitantes conforme o IBGE (2001), fundada em 1929, graças a expansão da companhia paulista da estrada de ferro. Nos primórdios desenvolveu-se como cidade agrícola, principalmente o café e posteriormente o amendoim; foi colonizada pelos imigrantes japoneses, italianos e espanhóis. Com o tempo, a cidade modificou o seu perfil econômico, com a presença de indústrias, predominando atualmente a indústria alimentícia e metalúrgica. A cidade contempla 10% da sua população dentre os estudantes universitários, com quatro universidades (duas particulares e duas estaduais). A cidade tem sete hospitais, 15 Unidade Básica de Saúde e sete Unidades de Saúde da Família.

A Secretaria de Saúde de Marília define a Unidade Básica de Saúde (UBS), no bairro Nova-Marília, como uma unidade que iniciou seu funcionamento (1972) junto a FAMEMA, a partir de um convênio entre a Secretaria da Saúde e a Fundação Municipal, para ser utilizada como campo de estágio em Saúde Pública para os estudantes da instituição.

Num levantamento realizado entre 1998 e 1999 por agentes de saúde, na área de abrangência do bairro da periferia da zona sul, 4.199 domicílios foram visitados. Constatou-se que grande parte dos domicílios possuía água encanada, rede de esgoto, coleta de lixo e energia elétrica. As outras áreas, nas quais a situação de moradia era diferente, foram consideradas de risco. Nelas, a população depositava o lixo em terrenos, calçadas e mesmo nas lixeiras, sem acondicionamento adequado. O esgoto fluía a céu aberto, concentrando-se nos bairros de maior risco (MARÍLIA, 1998).

Segundo dados de uma consultoria privada, colhidos em 1997, Marília apresentava cerca de 187.000 habitantes, com aproximadamente 28% da população na faixa etária entre 10 a 19 anos, (MARÍLIA, 1998), ultrapassando a média nacional que, no ano de 1996, era de 23%, 38.000.000 encontravam-se no grupo entre 10 e 19 anos de idade dos 157.000.000 recenseados no Brasil (IBGE, 1999).

Gráfico 3 - Pirâmide Populacional de Marília em 1996.

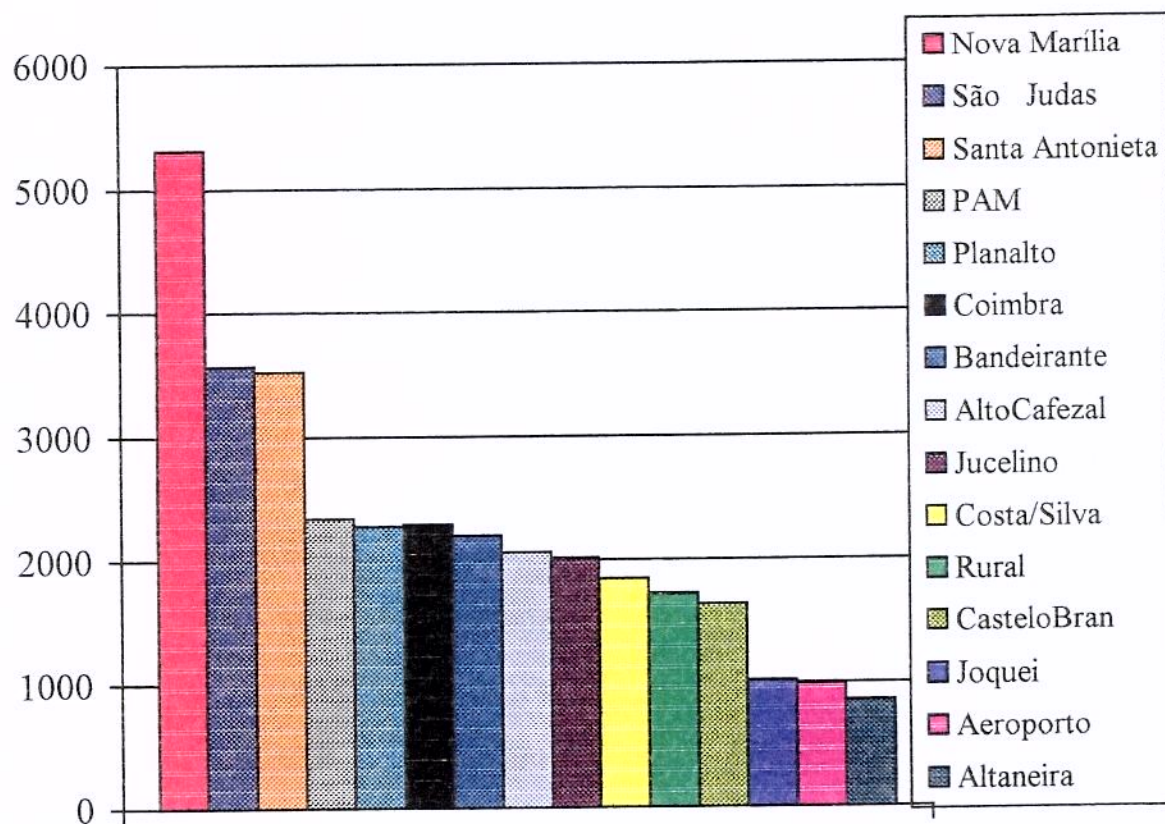


Fonte: IBGE, 1999.

Em Marília destacam-se três bairros que contam com o maior número de adolescentes: Nova Marília, São Judas e Santa Antonieta.

(Gráfico 4)

Gráfico 4 - Distribuição da população de adolescentes em Marília - 1998/99.



Fonte: Consultoria de Informática solicitada pelo projeto UNI. (MARÍLIA, 1998)

O número de adolescentes da área de abrangência da UBS em estudo representava a maior concentração de adolescentes da cidade, 16%, no censo de 1998, conforme a **tabela 3**.

Tabela 3 - Unidades Básicas de Saúde e distribuição dos adolescentes por faixas etárias Marília (1998).

UBS	Faixa etária		Total (%)
	10-14 anos	15-19 anos	
NOVA MARÍLIA	2602	2711	5313 (15,7)
SÃO JUDAS	1636	1936	3572 (10,6)
SANTA ANTONIETA	1744	1779	3523 (10,4)
PAM	1060	1282	2342 (6,9)
COIMBRA	1102	1190	2292 (6,8)
PLANALTO	1107	1173	2280 (6,7)
BANDEIRANTES	1067	1135	2202 (6,5)
ALTO CAFEZAL	939	1121	2060 (6,1)
JUSCELINO KUBISCHEK	960	1052	2012 (5,9)
COSTA E SILVA	854	992	1846 (5,4)
RURAL	861	860	1721 (5,1)
CASTELO BRANCO	797	840	1637 (4,8)
JOQUEI CLUBE	507	515	1022 (3,0)
AEROPORTO	520	472	992 (2,9)
ALTANEIRA	424	430	854 (2,5)
TOTAL:	16.180	17.488	33.668 (100)

Fonte: Marília (1998)

Tal fato motivou a Secretaria da Saúde a escolher a UBS Nova-Marília, para iniciar um programa destinado ao adolescente com os seguintes objetivos:

- desenvolver atividades educativas nas escolas enfocando a problemática da adolescência e suas conseqüências;
- atender os adolescentes que procuram o Ambulatório ou são encaminhados pelo Conselho Tutelar e Juizado de Menores;
- realizar trabalhos em grupo com os adolescentes.

Desta forma, concentrou-se o maior número de acadêmicos dos Cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA, juntamente com os docentes da área, na UBS em estudo, vindo a se fixar uma profissional responsável pela especialidade em adolescente (hebiatra).

Existe atualmente a proposta de criar na referida UBS, um "Adolescentro", que compreenderia a construção de uma área destinada ao adolescente. Neste local seria promovido atividades educacionais à saúde, além de ensino de trabalhos manuais, esportes, realização de palestras e outras atividades que integrem melhor o adolescente e a família, tendo como referência a promoção da saúde.

Existem atualmente, na UBS estudada, três grupos de trabalho distintos, atuando junto aos adolescentes:

- Equipe multiprofissional - constituída por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, conselheiro tutelar e acadêmicos de enfermagem e medicina - que realiza encontros com professores do ensino médio e

fundamental com a finalidade de fornecer-lhes suporte técnico no seu trabalho com o adolescente;

- Grupo coordenado por psicólogo - que mantém reuniões semanais com adolescentes que recebem alta das terapias individuais;
- Grupo de Pré-natal para as gestantes adolescentes - composto por equipe multiprofissional (docente de enfermagem, psicóloga, odontopediatra e médico) e realizado semanalmente.

Percebendo a problemática e a situação crítica vividas no país pelos adolescentes, a pesquisadora, propôs-se a refletir sobre os adolescentes, pois há possibilidades de reverter muitas das situações adversas para os mesmos com a atuação conjunta de profissionais de saúde, familiares, adolescentes, representantes da comunidade, educadores, representantes da delegacia de polícia, e do conselho tutelar. No contato com os adolescentes, é importante destacarmos alguns pressupostos de Freire: os profissionais de saúde saibam ouvir atentamente o que os adolescentes dizem sobre suas vidas e percebam suas perspectivas em relação ao meio em que vivem, que favorecem a reflexão do adolescente, a construção da consciência crítica e, conseqüentemente, ações políticas para a promoção da saúde junto à comunidade.

Além disso, para garantir os direitos individuais é necessário lutar pelos direitos dos adolescentes, possibilitando a construção de uma visão crítica sobre o seu cotidiano, dando-lhes opções de escolha e propiciando o desenvolvimento de sua autonomia.

Acredita-se que o conhecimento do projeto de vida do adolescente é ponto de partida tanto para o entendimento da problemática como, também, para possíveis intervenções no sentido de promover a saúde.

Os serviços de saúde pública têm, em geral, algumas limitações ao lidar com grupos de adolescentes. É necessário conhecer as dificuldades dos adolescentes e incorporar atividades saudáveis, de promoção à saúde em seu cotidiano. Em Marília, apesar das 15 UBS que compõe a rede pública, somente uma tem um programa específico para o adolescente que está sendo assumido principalmente por uma profissional de saúde (hebiatra), que atende a maior parte dos adolescentes de Marília, nesta UBS de referência para o município, até o prezado momento (2000).

Freire (1999, p.16) enfatiza que:

a questão da sociedade nos faz refletir sobre certas expressões do compromisso que o profissional tem com a sociedade. De fato, ao nos aproximarmos da natureza do ser que é capaz de se comprometer, estaremos nos aproximando da essência do ato comprometido, e a primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir.

Tendo como referência o pensamento de Freire, os profissionais de saúde devem se preparar para este compromisso com a sociedade, primeiramente refletindo sobre seu modo de vida como profissional e indivíduo para posteriormente estar "aberto" para ouvir os jovens, compreender seu modo de vida e propiciar condições para reflexões e mudanças no âmbito familiar, escolar e social.

1.4. HISTORICIDADE DOS ADOLESCENTES NO BRASIL

Concordamos com Günther (1999, p.85) que "... a adolescência é uma construção social", devendo ser considerada sua historicidade, pois o adolescente do início do século XXI e o que viveu sua adolescência há uma, duas ou cinco décadas atrás, por exemplo, têm características diversas. Ao analisar uma pesquisa realizada em 1998, por Günther & Günther, com adolescentes de diferentes escolas: públicas, privadas e para jovens carentes, relata que "os jovens, realisticamente, percebem que não existem oportunidades iguais para todos. As oportunidades para crescimento educacional e profissional são marcadas pelas vivências educacionais e pelo contexto cultural (...) (GÜNTHER, 1999, p.88)." Acrescentaríamos ao exposto, os aspectos socioeconômicos, a classe social dos jovens que, em grande parte, têm determinado suas perspectivas em relação ao projeto de vida futuro.

Grande parte dos adolescentes brasileiros sempre teve sua história de vida marcada por submissões, violências e desprezo, o que constitui, portanto, um desafio maior aos profissionais de saúde para fazê-los participar das decisões e da construção de sua cidadania.

As crianças brasileiras estão em toda parte, nas ruas, à saída das escolas, nas praças, nos bares, nos clubes, nas casas, nas estradas e praias. Algumas estudam, outras só trabalham e outras encontram-se iludidas em sonhos e esperanças. Existem as que cheiram cola, as que brincam, as que se prostituem e as que roubam. Algumas são amadas, outras são

usadas e marcadas pela violência. Na cor dos seus rostos encontramos os mulatos, brancos, negros, amarelos e mestiços. A história sobre a criança no Brasil, assim como no resto do mundo, vem mostrando uma enorme distância entre o mundo infantil e o mundo descrito pelas organizações internacionais não governamentais ou pelas autoridades (PRIORE, 1999, p.7).

No século XVI, sob a égide do colonialismo, as riquezas do Brasil foram sendo lentamente exauridas pelos conquistadores, os jovens oriundos de classes inferiores perambulavam nas cidades sem destino e eram denominados "vagabundos". Na época do descobrimento do Brasil, os primeiros "vagabundos", foram recrutados nos portos para trabalhar como intermediários entre os jesuítas e as crianças indígenas, ou como "grumetes" nas embarcações que cruzavam o Atlântico, constituindo uma grande parcela dos jovens marinheiros por ocasião da Guerra do Paraguai. No século XVIII, terminada a euforia da mineração, presenciava-se grande quantidade de crianças, que perambulavam pelas ruas, vivendo muitas vezes de esmolas, vindas de lares mantidos por mulheres livres (PRIORE, 1999).

No período da proclamação da República, observa-se que muitas crianças e jovens experimentaram a crueldade gerada, muitas vezes, no próprio núcleo familiar, nas escolas, fábricas, escritórios, nos confrontos de "ganges", nos internatos ou nas ruas entre traficantes e policiais. A dureza da vida levou os pais a se distanciarem cada vez mais dos cuidados para com seus filhos, pois as famílias viviam carências culturais, psíquicas, sociais e

econômicas. Essas deficiências empurravam ainda mais os jovens para a criminalidade, tornando-os "delinqüentes" (PASSETTI, 1999).

O Brasil mergulhou de forma anárquica na industrialização, deixando pouco espaço para os adolescentes. Ao final do século XIX, presenciou-se a entrada maciça dos imigrantes, trazendo consigo a mão-de-obra barata das crianças para o trabalho fabril. Esta atitude era justificada pela febre da industrialização, estimulada pelo baixo custo que beneficiava os lucros do capital. Esses pequenos imigrantes trabalhavam onze horas por dia nas máquinas de tecelagem, tendo apenas vinte minutos de descanso.

As primeiras estatísticas criminais elaboradas em 1900 já revelaram a presença dos "pivetes" que, como os "vagabundos", perambulavam pelas ruas. Esses filhos da rua eram responsáveis por furtos, "gatunagem", "vadiagem" e agressões, tendo a malícia e a esperteza como suas principais armas de sobrevivência. A rua era seu meio de vida. Nesta época, a explosão do crescimento urbano aumentou o número de "vagabundos" e "pivetes" nas ruas de cidades em franco crescimento, como São Paulo (PRIORE, 1999).

Sobreviver continuou sendo tarefa difícil para a maioria da população tanto no Império como na República. Mudanças sucessivas nos métodos de internação para crianças e jovens, deslocando-as dos orfanatos e internatos privados para a tutela do Estado, e, depois retornando-as para as instituições particulares, deixaram praticamente inalteradas as condições do abandono e da infração. No internato as crianças eram criadas sem vontade própria e sua individualidade era sufocada pelo coletivo. Recebiam formação

escolar deficiente e, não raramente, eram instruídas para ocupar os escalões inferiores da sociedade. O abandono das crianças nas rodas dos expostos ou o recolhimento em instituições eram fatos que revelavam as dificuldades de muitas famílias para garantir a sobrevivência de seus filhos.

A chegada dos imigrantes italianos e espanhóis nos centros urbanos contribuiu para alterar esse quadro, chamando atenção para o descaso governamental ante os direitos dos homens e dos trabalhadores, principalmente das crianças, no Brasil. Os imigrantes perceberam que as condições eram semi-escravistas e começaram a se deslocar para as grandes cidades ou retornar para o país de origem. Nos centros urbanos, diversas e expressivas greves aconteceram, reivindicando os direitos trabalhistas até que, em 1917, eclodiu uma greve geral paralisando os setores industriais, comerciais e de transporte em São Paulo (PRIORE, 1999).

O século XX revelou a tensão provocada por um redimensionamento econômico próspero, destacando-se, por um lado, a politização dos trabalhadores urbanos pelos anarquistas e, por outro, a tensão que aumentava com a prisão ou deportação das suas principais lideranças, acusadas de subversão. Num país de tradição escravocrata, as críticas relativas à situação da vida das crianças e jovens sem escolas, com trabalho não regulamentado e vivendo condições desumanas, conseguiram despertar reivindicações políticas por direitos e contestações às desigualdades. Foi nesta época que o código de menores regulamentou o trabalho infantil. A

Constituição de 1934 determinou a proibição ao trabalho dos menores de 14 anos sem permissão judicial (PRIORE, 1999).

Nos anos 60, os contestadores políticos eram denominados subversivos, sendo muitos torturados durante o período de ditadura militar que, paradoxalmente, apresentava a FUNABEM - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor - como lugar exemplar de educação ao infrator, sem repressão. A FUNABEM, embora tivesse como proposta acabar com a marginalidade, formando jovens responsáveis para a sociedade e tivesse como lema que o tratamento "biopsicossocial" reverteria a "cultura da violência" que se propagava pelos subúrbios, acabou reproduzindo um modelo carcerário - punitivo no atendimento das crianças e adolescentes, sendo extinta no ano de 1990. Desde o Código de Menores, de 1927, até a Política Nacional do Bem-estar do Menor, que ficou consagrada no Código de Menores de 1979, foram mais de cinquenta anos de uso, pelo Estado, da prática de internação para crianças e jovens, independentemente de se tratar de um regime político democrático ou autoritário. Com o início da abertura política no regime militar, diversos segmentos organizados começaram a exigir a revisão imediata do referido Código (CERVINI & BURGER, 1996).

Santana (2000) relata que, em 1979, foi aprovado o novo Código de Menores que inova com a eliminação da denominação "menor abandonado e delinqüente", mantendo a responsabilidade penal aos 18 anos e ampliando o poder do Juiz de Menores.

A partir do momento em que houver políticas públicas que garantam condições de vida saudáveis às famílias necessitadas, acredita-se que haverá condições para a família manter a criança na escola e, à criança, motivação para permanecer na escola e querer aprender, visto que quem não estuda não tem alternativa, permanecendo num círculo vicioso que propicia a manutenção da miséria.

O Brasil, na época da proclamação da República, a difusão da idéia de que a falta da família estruturada teria “gestado” os criminosos comuns e os ativistas políticos fez com que o Estado assumisse a educação, a saúde e a punição para crianças e adolescentes, com o intuito de reduzir sua delinquência e criminalidade. Paralelamente, existiu o temor de que o afastamento das crianças do trabalho as empurrem para a realização de atividades mais prejudiciais que as anteriores (PASSETTI, 1999).

No entanto nota-se que a criança e o adolescente têm fases próprias para o amadurecimento físico, psicológico e social, necessitam de atividades lúdicas como, lazer e esportes. A defesa do trabalho infantil hoje, para preencher a ociosidade das atividades escolares e familiares é um argumento frágil.

A exploração do trabalho infantil, inclusive pela própria família, é histórica, conforme se percebe pelo trabalho de Rizzini (1999) que em 1995, o Brasil tinha aproximadamente oito milhões de crianças e adolescentes de cinco a 17 anos trabalhando; são 522 mil crianças de cinco a nove anos trabalhando, a maioria na agricultura, ajudando os pais a aumentarem a

produtividade das roças e fábricas de fundo de quintal sendo a região Sul a mais ocupada em atividades agrícolas. O trabalho afasta a criança, e principalmente o adolescente, da escola; sendo que das crianças de dez a 14 anos, 4% trabalham e não estudam e 19,6 % dos adolescentes de 15 a 17 anos abandonam de vez a escola para trabalhar. A longa jornada de trabalho é um dos fatores que os leva a desistir dos estudos. Dos trabalhadores de dez a 14 anos, 24% trabalham quarenta horas ou mais por semana e a faixa de 15 a 17 anos, 63%.

O referido autor acrescenta ainda que o governo, as organizações de cooperação internacional (UNICEF) e as organizações não-governamentais como sindicatos, e fundações privadas constataram que, sem dar apoio às famílias e sem realizar campanhas de conscientização e de mobilização social, não há como beneficiar as crianças exploradas no trabalho (RIZZINI, 1999).

Algumas providências têm sido tomadas na tentativa de minimizar o problema, a partir da esfera pública, conforme o exposto a seguir.

Em 1997 o governo brasileiro criou um programa para tirar crianças do trabalho em estados onde há maior exploração, como Mato Grosso do Sul, Pernambuco e Bahia, ou outros locais como Norte do estado do Rio de Janeiro e o garimpo em Roraima; este programa "Brasil Criança Cidadã", do Ministério da Previdência e Assistência Social concede uma bolsa de cinquenta reais mensais por criança retirada do trabalho e mantida na escola até os 14 anos, sendo que até 1998, foram beneficiadas 38 mil crianças (RIZZINI, 1999, p.392).

Avaliando a contribuição do trabalho precoce no Brasil à transmissão intergeracional da pobreza, Barros & Santos (1996, p. 59) afirmam que:

Por um lado, fica mais uma vez demonstrado que o trabalho precoce é uma consequência da pobreza familiar (associada à baixa escolaridade do pai); por outro lado, não foram obtidas evidências de que o trabalho precoce tenha consequência para menores cujos pais são analfabetos. Dessa forma, o ciclo da pobreza não se fecha via o trabalho precoce. Em outras palavras, o trabalho precoce não fica caracterizado como um dos veículos, e portanto muito menos como um veículo, para a transmissão intergeracional da pobreza.

Porém, há danos causados às crianças e adolescentes pelo trabalho precoce, tais como: baixa auto-estima, exclusão cumulativa dos bens culturais e da riqueza societária, processo de subalternização, adultização precoce e acidentes no ambiente de trabalho. A interiorização de toda essa série de efeitos desastrosos pelas crianças impede a sua socialização (TRABALHO INFANTIL, 1997).

Algumas ações governamentais desenvolvidas na década de 90, como, o “Vale Cidadania”, que conseguiram retirar crianças das carvoarias do Mato Grosso do Sul e a “Bolsa Escola”, que está retirando as crianças exploradas no corte da cana-de-açúcar, em Pernambuco. Tanto o “vale-cidadania”, como a “bolsa-escola”, são projetos “que condicionam a permanência da criança na escola ao pagamento mensal de R\$ 50 às famílias,

substituindo o salário das crianças na renda familiar (TRABALHO INFANTIL,1997).

Analisando os preceitos discutidos pelos autores sobre trabalho infantil, devemos alertar para a situação social dessas famílias, como desemprego, problemas de saúde, falta de saneamento básico, falta de moradia ou precária, alimentação básica inadequada, analfabetismo ou escolaridade precária dos pais. Consequentemente os órgãos governamentais e não-governamentais devem estar atentos para desenvolver medidas para enfrentar esses problemas sociais, visando assegurar a permanência da criança na escola, além do salário de R\$ 50 dado às famílias.

As dificuldades de adoção de uma política a favor da educação inclusiva para todas as crianças e adolescentes são evidentes. O Fórum Mundial da Educação em Dakar, Senegal - 2000, teve como propósito a verificação dos resultados globais da evolução da década da "educação para todos". Foi aprovado um novo marco de ação, para dar continuidade a tarefa do anterior - "educação para todos". Como esperado, não foram alcançadas as seis metas fixadas dez anos antes em Jomtien, (Tailândia -1990). No Fórum de Dakar, foi proposto um prazo de mais 15 anos para atingir a proposta da "educação para todos", ou seja, até 2015. Nesse fórum estiveram presentes cinco organismos internacionais UNESCO, UNICEF, PNUD, FNUAP e BANCO MUNDIAL, assim como órgãos governamentais e não governamentais. A seguir, relacionam-se as principais estratégias discutidas pelo Fórum:

- estabelecer as necessidades especiais e diversas: fazer a educação incluída numa realidade;
- generalizar a educação primária gratuita e obrigatória;
- expandir o acesso aos programas de desenvolvimento infantil;
- projetar o conteúdo da educação básica para responder às necessidades e valores da sociedade;
- avaliar a aprendizagem escolar;
- ajudar os professores para que ensinem melhor aos alunos;
- trabalhar com a comunidade empresarial para fortalecer a educação básica e
- utilizar opções estratégicas no desenvolvimento e uso de recurso de ensino e aprendizagem (TORRES, 2000).

O trabalho infantil tem sido foco de uma das maiores preocupações de educadores e autoridades em todo o mundo. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), havia em 1995, em cem países, cerca de 73 milhões de crianças entre 10 e 14 anos trabalhando em diversas modalidades de emprego: no campo, no lar, na rua, em artesanato, no comércio, em plantações, minas e fábricas. Em relação ao trabalho semi-escravo, a OIT cita dois países da América Latina: o Brasil e a República Dominicana, sendo que no Brasil constatou-se que o trabalho forçado é ordenado pelas próprias famílias, na queima de carvão em Mato Grosso do Sul e Minas Gerais. É relevante assinalar que “as principais causas das crianças trabalharem, sejam, além da legislação inadequada, a pobreza das famílias, que leva a criança a

trabalhar para contribuir com a renda, e a carência de um sistema educativo apropriado” (EID, FISBERG, & MEDEIROS, 2000, p. 750).

A regulamentação legal atual sobre o trabalho infantil é a Emenda Constitucional n. 20, de 15-12-1998, artigo 7, inciso XXXIII da Constituição Federal (1999) que enfatiza "a proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 anos e de qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos" (EID, FISBERG & MEDEIROS, 2000, p. 753).

Como se pode notar, parece ser consenso que o trabalho infantil, assim como todas as demais formas de exclusão e desigualdade social, devem ser extintas. Pelo importante papel exercido na vida das pessoas, os profissionais de saúde e educadores poderão contribuir positivamente para o resgate da cidadania, visando já uma melhor qualidade de vida, através da promoção, proteção e manutenção da saúde da população em parceria com o Estado, cujo papel fundamental é o de fortalecer e cuidar daquilo que lhe compete, com eficiência: dar educação às crianças, emprego aos adultos e serviços de saúde a todos, dentre outras políticas sociais.

Maurás & Kayayan (1994) afirmam que o apoio às famílias pelo poder público representa importante auxílio para a eliminação da pobreza e acesso à saúde e educação, por proporcionar melhores condições de alimentação, promovendo a igualdade e oferecendo proteção integral aos membros da família, condição fundamental para se tentar erradicar o trabalho infantil.

Apesar de ter experimentado um desenvolvimento político excludente, que vem do Império, passando pelas ditaduras até a democracia, a sociedade atual brasileira ainda reproduz um mundo infantil hostil, distanciado dos ideais das organizações internacionais que propõem uma nova ética infanto-juvenil.

Convém destacar que a sociedade hoje ainda tem submetido crianças e adolescentes a inúmeros tipos de violência, sendo aquela de cunho doméstico a mais comum. Trata-se de uma violência que permeia todas as classes sociais, sendo já reconhecida como relevante problema de saúde pública. Estudos desenvolvidos pelo Programa de Saúde do Adolescente - PROSAD, de 1996, revelam que o adolescente sofre o impacto da desestruturação familiar, sociopolítica e econômica que o país vem atravessando. Fazem parte das formas evidentes desta grave doença social - o abandono, a drogadição, os maus-tratos em todas as suas nuances, a prostituição e a criminalidade. Por outro lado, o despreparo da escola e da sociedade no atendimento biopsicológico do adolescente e suas conseqüências sociais e emocionais levaram o sistema educacional a simplificar o problema, reduzindo-o a distúrbios físicos, de conduta, ou de falta de capacidade para aprendizagem (BRASIL, 1996b).

Para tentar corrigir tais distorções, as ações básicas propostas pelo PROSAD fundamentam-se numa política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação. Cabe ao poder público planejar e desenvolver práticas educativas

e participativas que permeiem todas as ações dirigidas aos adolescentes, assegurando incorporação, por parte destes, de conhecimentos necessários para um maior controle de sua saúde (BRASIL, 1996b).

Atendendo as recomendações contidas nas Cartas da Organização das Nações Unidas, em 1996, foi criado no Brasil o Programa Nacional dos Direitos Humanos (PNDH) que estabeleceu as metas para o desenvolvimento de uma nova política. Dentre as metas principais, o governo brasileiro apoiou a construção de um plano de ação para dar suporte a promoção aos direitos humanos, independente de cor, condição social, situação econômica, nacionalidade, religião e regime político (MARÍLIA. PROGRAMA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, 1999).

Foi estabelecido no PNDH a responsabilidade dos Estados e Municípios a implementação desses programas. O Estado de São Paulo foi o primeiro da Federação a elaborar um Programa Estadual de Direitos Humanos (PEDH) - em 1997 e a recomendar,

Aos municípios que também o fizessem, considerando que os problemas locais relativos à questão dos direitos humanos vão além da garantia da liberdade e igualdade que são valores universais, pois estão também atrelados às necessidades e violações que emergem cotidianamente no seio da população, cujas soluções devem ser buscadas de forma direta e objetiva a partir das possibilidades regionais (MARÍLIA. PROGRAMA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, 1999, p.iii e iv).

O Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania de Marília, em 1998, lançou a proposta de elaboração do PMDH - Programa Municipal de Direitos

Humanos, em Marília, conclamando setores da sociedade civil organizada, setores públicos e comunidade mariliense, afim de trabalharem na elaboração do programa (MARÍLIA. PROGRAMA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, 1999)

Com o objetivo de fornecer subsídios para as discussões em prol do programa (PMDH), foram constituídas nove comissões de trabalhos temáticos:

- Saúde;
- Educação;
- Meio Ambiente;
- Comunicação e Cultura;
- Emprego e Geração de Renda;
- Infra-estrutura Urbana;
- Minorias e discriminação;
- Criança e Adolescente e Segurança Pública;
- Justiça e Sistema Prisional (MARÍLIA. PROGRAMA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, 1999, p. v).

1.5. A PROBLEMÁTICA DA FAMÍLIA, ESCOLA E SERVIÇOS PÚBLICOS

O contexto familiar é influenciado em seu desenvolvimento por problemas decorrentes da situação socioeconômica, do nível de escolaridade dos pais, de seus problemas de saúde, das características pessoais de seus integrantes, dos nichos sociais, de causas genéticas e culturais, bem como da política do país. Em vista disso, vários estudos identificam a estrutura familiar como uma das grandes variáveis influenciadoras nos distúrbios, transtornos e problemas de comportamento do adolescente. O abuso de drogas, por exemplo, está associado a insuficiente suporte familiar, a violência familiar e a

depressão, enquanto que o suicídio, está relacionado ao abuso de álcool (DRAIBE, 1994).

Zappa et al (2000) estudaram a violência, suas causas e situações desencadeantes, tendo como um dos fatores primordiais a vulnerabilidade a situações de risco que os adolescentes podem vivenciar, e constataram que o consumo de drogas ilícitas e o abuso de álcool estavam associados a padrões de comportamento de alto risco para sua eclosão. A taxa de mortalidade nas Américas, de 1997, mostrou que as principais causas de óbito na faixa etária dos 10 aos 14 anos são os acidentes, violência, tumores malignos e doenças infecciosas. Na população de 15 a 19 anos, as principais causas de óbito são os acidentes, homicídio, suicídio, tumores malignos, doenças cardíacas e complicações durante a gravidez, o parto e o puerpério.

Embora estes temas estejam contemplados na Constituição de 1988, o Brasil ainda é um dos cinco países mais violentos do mundo, segundo estatísticas de grupos não governamentais. Sendo a família o núcleo fundamental da vida e da sociedade e tendo a violência doméstica como uma das formas de violência que requerem atenção, dentre outras, a comunidade deverá se conscientizar dos direitos humanos em coletivamente, a fim de possibilitar a diminuição da opressão e exclusão social do cidadão brasileiro. (GREGORI, 1999).

Como o desenvolvimento normal das características do adolescente tem relação intrínseca com o papel da família, ao discorrer sobre esta influência, Baptista (1997) analisa que a deficiência no suporte familiar é um

dos principais precursores de problemas no comportamento do adolescente, pois é a família que o apóia, dá segurança e suporte para o enfrentamento de novas situações.

Uma das funções da família é ensinar o cuidado e a manutenção da vida. Em contrapartida, a falta de diálogo com os pais e os pais ausentes criam condições de transferência desta educação para as escolas que tentam desempenhar esta função, embora, muitas vezes, diante de alguns sérios problemas acabam transferindo as dificuldades para os profissionais de saúde. É importante, então, que os profissionais envolvam os familiares nas ações que serão desenvolvidas com o adolescente.

A família tem como função básica proteger, prover e definir limites, porém cabe aos profissionais envolvidos com o adolescente, preparar também os familiares para que estes possam dar, com eficiência, continuidade à educação. Refletir sobre a adolescência requer preparo dos profissionais, principalmente do enfermeiro, que, na sua função profissional, tem a ação educativa como primordial, contribuindo para reflexões sobre a forma de ser e pensar do adolescente em relação ao seu modo de vida.

Discorrendo sobre o papel da família brasileira, Ferrari & Kaloustian (1994) referem que, apesar de vir sofrendo desagregação ou enfraquecimento, ela permanece como espaço de socialização, divisão de responsabilidades, busca coletiva de estratégias de sobrevivência e lugar inicial para o exercício de cidadania. Desta forma, afirmam que é a família a responsável pela garantia de proteção, sobrevivência e desenvolvimento dos filhos e demais

membros, além de preservar os laços afetivos entre seus membros. É a família que desempenha o papel decisivo na educação formal e informal do indivíduo quanto à absorção dos valores éticos, humanitários e culturais entre as gerações.

Percebendo a problemática que os adolescentes vivenciam na escola, família, grupos e comunidade em que vivem, percebe-se que a família atual, muitas vezes, não tem estrutura e competência para assumir a educação de seus filhos de forma única, pois a violência e a drogadição estão em diferentes lugares. Acrescente-se a isso o fato de que a mídia estimula a sexualidade dos adolescentes de forma desordenada, sem trazer orientações de prevenção, estimulando o sexo pelo sexo. Exige uma abordagem que privilegie os aspectos políticos, econômicos e sociais, dentre outras, que depende de engajamentos dos setores de saúde, educação, comunidade e órgãos governamentais.

Weaver & Maddaleno (1999) pontuam que a afinidade da saúde pública com a prevenção da violência dá ênfase à necessidade de desenvolvimento de várias estratégias, tais como, melhora educacional, oportunidades de trabalho e qualidade de vida. Além disso, a comunicação, na comunidade, família e escola, pode mudar as atitudes e habilidades na prevenção à violência.

Song, Singer & Anglin (1998) afirmam ser importante que os profissionais de saúde, ao atuarem com este grupo, examinem rotineiramente os adolescentes para detectar, no exame clínico, casos de violência que de

outra forma seriam dissimulados por eles. Esta ação, segundo os autores, contribui para inibir um futuro comportamento agressivo deste adolescente.

Quando a família e a comunidade não conseguem garantir a vida de seus membros dentro dos limites da dignidade, cabe ao Estado assegurar aos cidadãos as condições para que eles desfrutem do direito à vida (VICENTE, 1994). A comunidade e a sociedade civil devem, portanto, participar da elaboração de alternativas, priorizando o apoio à família para que esta possa cumprir suas funções no exercício da cidadania.

Ainda que o controle das doenças infecciosas tenha contribuído para a diminuição dos índices de mortalidade e morbidade entre os adolescentes, é fundamental que haja uma política pública que possibilite a diminuição do número de mortes evitáveis através da violência que os adolescentes estão expostos, a todo momento, na rua, na escola, nos lares e nas estradas.

Analisando o impacto da violência na distribuição demográfica da população brasileira, Goldani (1993) afirma que muitas das mudanças observadas foram condicionadas por um lado, pelas transformações ocorridas na liberalização dos hábitos e costumes, especialmente àqueles relacionados à sexualidade e à posição da mulher na sociedade. Por outro lado, as mudanças seguiram o modelo de desenvolvimento econômico adotado pelo Estado, redundando no empobrecimento das famílias, no incremento do processo migratório do campo para os centros urbanos e na inserção maciça de mulheres e crianças no mercado de trabalho.

Veronese (1999) reporta-se à violência como um estado de consolidação do caos e destruição da humanidade. A criança e o adolescente estão expostos a diferentes formas de violência que abrangem desde os maus-tratos, violência psicológica, exploração de mão-de-obra, exploração e abuso sexual, até a negligência dos adultos e do poder público em relação à ausência de escola, moradia e saúde. É preciso observar que a família está inserida numa realidade socioeconômica e política, numa sociedade capitalista, que não se ocupa adequadamente da questão social por ter características excludentes e espoliadoras. A questão não é a pretensão de promover a erradicação da pobreza, mas sim proporcionar uma verdadeira política de pleno emprego, saúde, moradia e educação.

O impacto da violência sobre a distribuição populacional é analisado por Miotto (1999), que relata mudanças significativas nos padrões demográficos da população no Brasil na segunda metade do século XX. Em relação à composição, há o predomínio das famílias nucleares, mas com uma forte tendência ao aumento das famílias monoparentais, com um número maior de mulheres como chefes. Assinala ainda o aumento das famílias recompostas, decorrente do número crescente de separações e divórcios e o de pessoas que vivem sozinhas. Admite-se que há cada vez maior diversificação nas formas de famílias ou de arranjos familiares, diferentes daquelas famílias nucleares, compostas por pai, mãe e filhos.

A gravidez na adolescência é um outro grave problema no Brasil. A gestação entre 15 a 19 anos cresceu 26% entre 1970 e 1991. A maioria dos

adolescentes é pouco informada a respeito de sexualidade e reprodução e têm dificuldade para dizer não ao sexo ou para negociar a prática sexual segura. Orientar os adolescentes sobre sexualidade e contracepção significa dar a eles condições para a escolha do momento apropriado para iniciar uma vida sexual segura, saudável e prazerosa (BRASIL, 2000b).

Isto é corroborado por Petry (2001, p. C5) que constatou que, no período de 1980 a 1995, um aumento na incidência de adolescentes grávidas, principalmente na faixa etária dos 10 a 14 anos (7,1%). Entre as meninas de 15 a 19 anos, o aumento foi de 1,9%; a partir dos 20 anos, o índice diminuiu gradativamente. A gravidez precoce afeta o estudo e a renda da adolescente e, conseqüentemente, ocasiona uma pior qualidade de vida para ela e o bebê. O autor refere ainda que:

a gravidez na adolescência é mais comum nas áreas mais pobres da cidade, principalmente pela falta de instrução e pela falta de perspectiva de uma vida melhor. Quando a gestação ocorre, o problema se agrava, pois muitas vezes não há apoio da família e nem do pai da criança que acaba por abandonar a adolescente e o bebê antes de 1 ano de idade. (PETRY, 2001, p. C5).

Em pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (2000) com mães da periferia do Rio de Janeiro, observou-se que mulheres que tiveram filhos na adolescência tendem a ter pior qualidade de vida, em relação àquelas que não engravidaram antes dos 20 anos. Este estudo demonstrou que a maioria abandona a escola, tem dificuldade em conseguir um bom emprego; o abandono do namorado, a falta de apoio dos pais e o cuidar dos filhos sozinha

contribuem para a manutenção do ciclo da pobreza (PETRY, 2001). Isto reflete a falta de apoio a estes adolescentes tanto no setor de saúde como no familiar e social.

Com relação às doenças que os jovens estão propensos a adquirir, AYRES (2000) afirma que não é só a saúde, ou só a educação, ou só o trabalho, ou só o bem estar social, que podem ajudar a construir respostas mais efetivas na prevenção da AIDS. Para reduzir a vulnerabilidade deve-se concretizar a cidadania, e a cidadania se exerce em todos esses espaços, necessariamente.

Em relação à sexualidade, DST, Aids e drogas, Bueno (1997) em estudo com dirigentes escolares, concluiu que, pelas opiniões de diretores de escolas de 1º e 2º graus, identificou-se o despreparo desses profissionais para resolver os problemas relacionados às mesmas, salientando dificuldades, medos e preocupações.

A escola e a família são instituições que se inserem no contexto histórico, político, cultural, econômico e moral da sociedade. Na adolescência as mudanças biopsicossociais no processo do crescimento e desenvolvimento provocam um movimento em direção à independência e uma tendência à contestação da autoridade tanto do professor como dos pais. O adolescente compartilha, e é influenciado pelo contexto em que vive tanto na escola como na família. Sob muitos aspectos, este envolvimento pode ser positivo e irá contribuir para o amadurecimento do adolescente, em busca de si mesmo e do seu lugar no mundo, porém nem sempre isso acontece (MILANI, 1991).

Atualmente no Brasil, a escola e a família têm formado uma aliança integrada, interdependente e em crise, visando apoiar e orientar um sujeito em crise: o adolescente. Neste relacionamento, observa-se com frequência a transferência de responsabilidades, principalmente da família para a escola, quando os pais se sentem despreparados para orientar seus filhos sobre sexo e drogas. O adolescente carrega para o lar muitas emoções além dos deveres de escola, porém a maioria dos pais não tem tempo ou disposição para se acomodar, ouvir e compartilhar junto de seus filhos estas emoções que serviriam de ponto de partida para novos relacionamentos (MILANI, 1991).

Concordamos com Pereira (1997) que relata a importância da qualidade do relacionamento entre pais e filhos, que é fundamental para auxiliar o adolescente no seu desenvolvimento hoje. Em vista da necessidade de autoconfiança, independência e adaptabilidade, os pais devem estabelecer limites e padrões de conduta, com competência e sem autoritarismo, para direcionar o adolescente na autodisciplina e auto-estima.

Cabe a sociedade em geral e aos profissionais de saúde, educadores, órgãos governamentais e não governamentais, pais, comunidades e grupos de adolescentes, em particular, buscar formas de reverter essa realidade na qual se destacam violência, drogadição, Aids, “abusos”, carências nutricionais e pouco acesso à cultura e a educação a todos os cidadãos brasileiros. O enfrentamento da violência exige medidas de caráter amplo – propiciar condições para a diminuição da desigualdade de renda, acesso à escola, moradia, trabalho, assim como outras de caráter

específico- as necessidades dos jovens. É necessário proporcionar ações educativas como por exemplo com ideais de Freire, que desenvolvam a autonomia e a auto-estima dos adolescentes, contribuindo para uma reflexão crítica de seu futuro e para a formação de ações políticas favoráveis de uma sociedade igualitária.

1.6. PROMOÇÃO À SAÚDE NO FINAL DO SÉCULO XX

Atualmente, o Brasil tem cerca de 34 milhões de jovens na faixa etária de 10 a 19 anos (IBGE, 2001). Para estes adolescentes, é de fundamental importância que a família e a sociedade compreendam sua fase de desenvolvimento e os auxiliem na promoção de uma vida saudável. Nesse contexto, projeta-se um desafio aos profissionais de saúde no sentido de proporcionar aos adolescentes condições para que possam percorrer um caminho seguro e pleno de cidadania. Reivindica-se, pois, do governo federal, estadual e municipal, juntamente com a sociedade civil organizada, a priorização de políticas públicas, que visem a implementação de ações de promoção à saúde tais como a educação em saúde e a prevenção de doenças e agravos para possibilitar ao adolescente o direito à cidadania plena, tendo como referência o seu projeto de vida.

Concordamos com a linha de pensamento adotada por Serra & Mota (2000, p.57-58) ao enfatizar que o adolescente,

tem o direito de ser ouvido, respeitado e encontrar espaço para expressão de suas potencialidades. Diante disto, deve-se utilizar o protagonismo juvenil como meio de potencializar o desenvolvimento saudável de adolescentes, considerando como estratégia a capacitação de adolescentes como promotores de saúde, a fim de que promovam mudanças de atitudes e de comportamento deles próprios e de seus pares, levando-os a fazer escolhas mais saudáveis (SERRA & MOTA, 2000, p.57-58).

Buss (2000, p.166) afirma que,

(...) o conceito moderno de promoção da saúde surgiu e se desenvolveu de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, a partir das preocupações com os países em desenvolvimento, manifestadas por países desenvolvidos como, o Canadá, os Estados Unidos e os da Europa Ocidental.

Houve também quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde - em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997) – nas quais foram desenvolvidas as bases conceituais e políticas de saúde. Na América Latina, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1992, trazendo formalmente o tema para o contexto "sub-regional".

Em uma reflexão sobre a importância da promoção de saúde e qualidade de vida, Buss (2000, p.167) adota a definição de promoção de saúde proposta por Gutierrez:

o conjunto de atividades, processos e recursos de ordem institucional, governamental ou de cidadania. Estas ações devem ser orientadas a propiciar melhoria nas condições do bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam

o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e ao desenvolvimento de estratégias que permitam à população, maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, tanto na perspectiva individual como na social (BUSS, 2000, p.167).

Em 1995, em estudo realizado pela OMS em diferentes países e no Brasil foi avaliada a região da grande São Paulo, com o objetivo de detectar a vulnerabilidade dos jovens às drogas. Os resultados mostraram que os serviços públicos de lazer e cultura não estão disponíveis para os adolescentes da periferia, o que não favorece à população mais carente da área maneiras de reduzir o ócio e inibir o vício. Fica claro que as motivações e as conseqüências do uso de droga são diferentes conforme a classe social: para os jovens de área mais rica, o consumo pode representar uma mera experiência, os jovens mais pobres da periferia, porém, têm outra expectativa de vida e correm mais risco de se tornarem dependentes ou vinculados ao tráfico (PETRY, 2001).

Sucupira (1998, p.70) propõe que:

a busca de novas formas de proteção e promoção da saúde do adolescente passa pela compreensão de que os determinantes desses processos estão relacionados às diferentes formas pelas quais os indivíduos interagem numa sociedade específica e, portanto, requerem propostas que extrapolam as possibilidades de atuação da área da saúde como setor isolado.

Para que se atinja o essencial, deve-se atentar para as metas da Oitava Conferência Nacional de Saúde.

A Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, definiu saúde como:

um direito resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. E é antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996b, p:4).

Sob este conceito mais amplo de saúde emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir:

- Trabalho em condições dignas;
- Alimentação para todos, segundo suas necessidades;
- Moradia digna;
- Educação e informação plena;
- Qualidade adequada do meio ambiente;
- Transporte seguro e acessível;
- Repouso, lazer e segurança;
- Participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- Direito à liberdade, livre organização e expressão e
- Acesso universal e igualitário aos serviços setoriais (BRASIL, 1996b, p.7).

Nos últimos 20 anos, a OMS vem discutindo a saúde no contexto mundial. O **quadro 1** apresenta as principais conferências internacionais com suas respectivas datas e locais de realização.

Quadro 1 - Principais eventos internacionais para discussão da promoção à saúde.

Local	Ano	Países	Tema
Alma-Ata (Rússia)	1978	—	Saúde para todos no ano 2000
Ottawa (Canadá)	1986	38	Promoção de Saúde
Adelaide (Austrália)	1988	42	Políticas Públicas Saudáveis
Sundsvall (Suécia)	1991	81	Meio Ambiente Favorável a Saúde
Bogotá (Colômbia)	1992	21	Promoção da Saúde e Equidade na A.L.
Jakarta (Indonésia)	1997	—	Orientando a Promoção de Saúde para o séc.XXI

A Declaração de Alma-Ata - Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde - realizada na Rússia, em 1978, expressa a necessidade da ação urgente de todos os governos para promover a saúde de todos os povos do mundo. Reafirma enfaticamente que,

a saúde é um direito humano fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial. Os cuidados primários são cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologia práticas cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade. Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais (BRASIL, 2001, p.15).

Esta Conferência foi um marco na área de saúde e um desafio para os países que buscaram atingir as metas estabelecidas.

A Carta de Ottawa foi elaborada na I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em 1986, no Canadá. A Conferência tomou como ponto de partida os progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata. A Carta de Ottawa propõe as seguintes estratégias para promover a saúde:

- construção de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes de suporte;
- desenvolvimento de habilidades pessoais;
- fortalecimento da ação comunitária,
- reorientação dos serviços de saúde (BRASIL 2001, p.23).

A promoção de saúde consiste em,

alcançar a equidade sanitária, tendo como objetivo reduzir as diferenças no atual estado de saúde e assegurar a igualdade de oportunidades, promover os meios que permitam a toda população desenvolver ao máximo sua saúde potencial, sendo capaz de assumir o controle do que determina seu estado de saúde, igualmente para homens e mulheres. Intervir no terreno da política da saúde pública é advogar a favor de um compromisso político claro em relação a saúde e equidade em todos os setores (BRASIL, 1996b, p.9).

A Carta de Ottawa tornou-se um documento de referência básica para o desenvolvimento da promoção à saúde em todo mundo, visto que seus propósitos também foram reafirmados na Declaração de Adelaide, na Austrália, apresentada na II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em 1988, que enfocou o tema políticas públicas saudáveis, cujo

principal objetivo se traduz na criação de um ambiente que permita às pessoas levar uma vida saudável. Na busca dessa política, os setores do governo relacionados à agricultura, comércio, educação, indústria e comunicações precisam levar em consideração que a saúde é um fator essencial na formulação de planejamento das políticas de saúde. A Conferência recomendou fortemente que a OMS continue no desenvolvimento dinâmico da promoção da saúde através das cinco estratégias descritas na Carta de Ottawa e propõe que a OMS expanda essa iniciativa ao longo de todas as regiões, principalmente aos países em desenvolvimento (BRASIL, 1996b).

Na Conferência de Adelaide, em 1998, destacou-se a preocupação com a intersetorialidade como responsabilidade do setor público pelas políticas sociais e econômicas sofrendo o impacto no sistema de saúde (BRASIL, 2001).

A III Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde realizada em Sundsvall, em 1991, na Suécia, abordou o tema ambientes favoráveis à saúde e contou com 81 países participantes. A Declaração de Sundsvall ressalta a “interdependência entre saúde e ambiente” (BRASIL, 2001).

Nesta, são destacados quatro aspectos para um ambiente favorável, promotor da saúde:

- A dimensão social: inclui as maneiras pelas quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde;

- A dimensão política: requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão, descentralização dos recursos e responsabilidades,
- A dimensão econômica: requer o novo escalonamento dos recursos para atingir a saúde para todos;
- A necessidade de reconhecer e utilizar capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive o setor político e econômico para desenvolver uma infraestrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2001, p.35).

O documento menciona a criação de ambientes favoráveis, como cenários para a ação das "pirâmides dos ambientes favoráveis" representados por educação, alimentação, moradia, atenção social, trabalho e transporte (BUSS, 2000, p.172).

A Carta de Bogotá, elaborada na Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada na Colômbia, em 1992, teve a importância especial para os países da América Latina por definir:

o significado da promoção da saúde nesta região e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados com a saúde da população local. As conclusões voltaram-se para os problemas específicos das nações latino-americanas, incorporando resultados das reuniões anteriores e experiências na promoção da saúde de outras nações do mundo. A promoção da saúde destaca a importância da participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma cultura de saúde (BRASIL, 2001, p.39-40).

Este documento reconheceu a relação entre saúde e desenvolvimento, e os países da América Latina se comprometem a criar condições que garantam o bem-estar da população.

A Declaração de Jacarta foi realizada por ocasião da IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, na Indonésia, em 1997, sendo a primeira a ter lugar num país em desenvolvimento e a primeira a incluir a iniciativa privada na promoção à saúde. Com o tema *orientando a promoção de saúde pelo século XXI*, “a Conferência trouxe a oportunidade para refletir sobre o que se aprendeu a respeito de promoção de saúde, reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção à saúde no século XXI. Os pré-requisitos para a saúde propostos na reunião foram:

- paz,
- abrigo,
- instrução,
- segurança social,
- relações sociais,
- alimento,
- renda,
- direito de voz das mulheres,
- um ecossistema estável,
- uso sustentado dos recursos,
- justiça social,
- respeito aos direitos humanos e
- equidade.” (BRASIL, 2001, p.44)

Para Buss (2000, p.172),

a Conferência reconheceu que os métodos em promoção da saúde baseados na Carta de Ottawa são mais eficazes que os centrados em um único campo, e que diversos cenários (cidade, comunidades locais, escolas, lugares de trabalho e etc) oferecem oportunidades práticas para a execução de estratégias integrais (BUSS, 2000, p.172).

Segundo este autor, para a promoção da saúde, no século XXI, deve-se levar em conta as seguintes prioridades:

promover a responsabilidade social para com a saúde, tanto no setor público quanto no privado, aumentar os investimentos para fomentar a saúde, consolidar e expandir parcerias em prol da saúde, aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo, conseguir uma infra-estrutura para a promoção a saúde, criando incentivos para influenciar as ações de organizações governamentais e não governamentais, instituições educacionais e o setor privado (BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.20).

Buss (2000, p. 165-66) faz uma interessante análise sobre a promoção da saúde hoje, apontando as estratégias utilizadas em diferentes instâncias, destacando que o termo está associado a:

(...) um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria (...) refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas (...).

Nesse universo, a OMS tem se preocupado no âmbito mundial, com os problemas de saúde, principalmente em relação aos países que vivenciam problemas decorrentes do déficit socioeconômico, agravando a saúde de sua população. A Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro, em 1992, transformou-se na,

primeira das grandes Conferências das Nações Unidas para preparar o mundo para o século XXI. Esta Conferência ampliou a consciência internacional de indivíduos, movimentos sociais e governos sobre os riscos de um colapso do planeta diante de inúmeras agressões ao meio ambiente. Este evento enfatizou o tema do ambiente como dimensão física, social, econômica, política e cultural (BUSS, 2000: 171).

Ainda de acordo com Buss (2000, p.174),

a promoção a saúde busca uma nova concepção de saúde que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente como ausência de doença. Proporcionar saúde significa assegurar meios e situações que ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando valores e escolhas, levando-se em conta as representações sociais de saúde e doença.

O Ministério da Saúde caracteriza como formas evidentes de grave doença social que atinge os adolescentes o impacto da desestruturação familiar, sociopolítica e econômica resultante do abandono, a drogadição, os maus-tratos, a prostituição e a criminalidade (BRASIL, 1996b).

Para Buss (2000) evidências científicas mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida e para o que é fundamental para que os indivíduos alcancem um perfil elevado de saúde. É necessário ampliar o acesso a serviços médicos assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação inter-setorial do poder público e a mobilização da população.

A promoção de saúde, como vem sendo entendida nas últimas décadas, tem sido uma estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população. Partindo de uma concepção do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe-se a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Em documento do Ministério da Saúde são apresentados dados referentes à promoção de saúde e ao desenvolvimento do adolescente, através de ações de educação em saúde e prevenção de doenças e agravos, em parceria com Estados e Municípios. Segundo seus especialistas, essas habilidades podem ser úteis na prevenção ao consumo de drogas, no trato da ansiedade, na avaliação de situações de risco e negociações de situações conflituosas. Desta maneira, os adolescentes podem resistir às pressões para a adoção de comportamentos que possam agredir a sua saúde e seu desenvolvimento (BRASIL, 2000b).

Colli (1995) correlaciona a assistência à saúde ao adolescente, na década de 90, com grau de preocupação e interesse na área da pediatria. O autor refere que essa tarefa abrange profissionais de saúde, sistemas públicos de saúde e a OMS.

A proposta metodológica de educação em saúde para os adolescentes, adotada na área de saúde do jovem e adolescente do Ministério da Saúde, tem por objetivo facilitar a reflexão de mudanças de atitudes e comportamentos destes, levando-os a escolhas mais saudáveis, além de exercer melhor controle à saúde e meio ambiente. Os autores, citando Britto, enfatizam que "para o adolescente alcançar seus objetivos, é preciso que haja: predisposição à auto-realização, noção do "eu" e autoavaliação" (SERRA & CANNON, 1999, p.277).

Este modelo metodológico proposto resulta da sistematização da prática de ações educativas utilizadas e avaliadas por equipe multidisciplinar, desenvolvendo a auto-estima e atitudes saudáveis, a partir da percepção da necessidade de adotar um estilo de vida de baixo risco.

A proposta do educador-facilitador tem como principais tópicos:

- Centrar-se no grupo de adolescentes, respeitando suas características e canalizando a atenção e motivação que facilita a aprendizagem,
- Mostrar de maneira clara as ligações entre o novo conteúdo, conhecimentos prévios e a experiência cotidiana do adolescente,
- Incentivar as discussões em subgrupos, utilizando técnicas de projeção de conhecimentos (colagens, cartazes,

desenhos e dramatização) para que o relato traga idéias a serem desenvolvidas,

- Procurar salientar as idéias criativas, valorizando os menores pontos produtivos e empregando “palavras-chaves” para informar conhecimentos necessários,
- Esclarecer as dúvidas sem salientá-las como erros,
- Receber todas as idéias válidas como pontos de reflexão, levando o grupo a pensar criticamente e analisar o contexto,
- Observar atentamente as discussões e comportamentos do grupo e, se necessário, introduzir novas estratégias ou assuntos para adequar a motivação,
- Utilizar linguagem adequada ao nível de entendimento do grupo (SERRA & CANNON, 1999, p.277-278).

Para que se possa promover saúde é importante que se ressalte “a reafirmação da saúde como direito humano fundamental, em que as desigualdades são inaceitáveis, que os governos têm a responsabilidade pela saúde dos cidadãos, e que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde” (BUSS, 2000, p.170).

Com relação à cidadania Manzini-Covre (1995) reconhece que ser cidadão significa ter direitos e deveres conforme redigido na Carta dos Direitos da Organização das Nações Unidas de 1948. As constituições dos países desenvolvidos têm por princípio que “todos são iguais perante a lei” e estabelecem um elenco de direitos fundamentais. Esses preceitos, contudo, possuem valores formais na sua conjectura que não são efetivamente aplicados (PIMENTEL, 1995).

Ainda que todo cidadão tenha direitos e deveres iguais perante a lei, esses princípios são raramente acolhidos pela sociedade dos países em

desenvolvimento, aumentando a desigualdade social com prejuízos à população. As contradições entre o ideal e a realidade residem no fato de que,

nascemos numa sociedade que nos ensina certos valores morais como justiça, igualdade, veracidade, generosidade, coragem, amizade e direito à felicidade. O contraditório é que esta sociedade não permite a concretização destes valores por estar organizada e estruturada de modo a impedi-los. Para o adolescente o reconhecimento desta contradição entre o ideal e a realidade é o primeiro momento da liberdade e da vida ética como recusa da violência. O segundo momento é a busca das brechas pelas quais se possa passar o possível, isto é, uma outra sociedade que concretize no real aquilo que a nossa propõe no ideal (CHAUÍ, 1998, p.375).

Analisando a situação nacional brasileira, constata-se que, em 1993, foi elaborado um diagnóstico sobre as principais dificuldades neste campo, denominando-se Programa Nacional de Direitos Humanos, que surgiu de uma estreita colaboração e parceria entre a sociedade civil e o governo federal. O relatório final foi empregado como referência para a participação do Brasil na Conferência Mundial de Direitos Humanos realizada em Viena, em 1993. A Conferência recomendou que todos os países participantes se engajassem na preparação de um programa para definir uma política clara e objetiva sobre os direitos humanos. O Programa Nacional de Direitos Humanos reconhece claramente o desrespeito e a exploração de crianças e adolescentes, propondo alterações significativas na legislação, apontando para a realização de campanhas com o objetivo de inibir a violência, a exploração

do trabalho infantil e a exploração sexual infanto-juvenil e, por fim, determina a penalização dos infratores (MONTEIRO & LEAL, 1997).

Se tomarmos como referência as idéias de Freire, não haveria concordância com o ponto de vista adotado em relação às campanhas, pois em geral, não surtem efeito, não proporcionando, em geral, a reflexão. Segundo ele, deve-se incentivar a comunidade, família e adolescentes, a fim de proporcionar-lhes condições para reflexão e mudanças de comportamento.

Considerando a importância em discutir a problemática vivenciada pelos adolescentes no Brasil, o Ministério da Saúde, através do PROSAD, propõe soluções que sejam capazes de inibir a violência doméstica, a exploração do trabalho infantil, e a exploração sexual infanto-juvenil (BRASIL, 1996a). Alguns estudos propõem o envolvimento de um grande número de profissionais de diversas áreas da saúde e educação com os familiares e a comunidade em que vive o adolescente (BRASIL, 1996; MINAYO, 1999).

O conjunto destas ações pretende contribuir para a promoção integral da saúde do adolescente, reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais presentes no dia-a-dia, promovendo a cidadania (BERQUÓ, 1997).

Kuschnir & Cardoso (1997) constataram que os adolescentes percebem sua doença como um "problema" passível de resolução e reconhecem a existência de um risco pertencente ao meio social que os rodeia, podendo trazer-lhes algum prejuízo. Além disso, a ameaça que os aflige é o medo, principalmente do mundo dos adultos, que exige

responsabilidade. Os autores detectaram que os adolescentes reconhecem a dificuldade em se inserir nessa sociedade, pois só alguns conseguem alcançar seus objetivos, isto é, o seu projeto de vida.

De acordo com o exposto, evidencia-se que o trabalho com os adolescentes reveste-se de significado na busca de crescimento e conquista da cidadania. O estudo de Brum & Pereira (1996, p.341) relata um trabalho de educação em saúde com adolescentes de rua, enfocando aspectos pertinentes a sexualidade, higiene e drogadição. Utilizaram a pedagogia crítica, com "o intuito de refletir o conhecimento universal de forma que eles pensem e raciocinem, dentro de uma visão crítica que os ajude na formação ou reformulação de conceitos, que ocorrem de uma forma lenta".

Diante das estratégias enunciadas em relação à promoção à saúde, avulta o interesse em conhecer o projeto de vida dos adolescentes, para que se possa promover a saúde. Ao se questionar como os adolescentes entendem e incorporam as ações de saúde no seu projeto de vida a pergunta mais pertinente seria de que forma os profissionais de saúde poderiam compreender esta transformação e colaborar com ela?

Para responder a este questionamento, o referencial de Paulo Freire oferece um suporte adequado, visto que, seguindo os preceitos de ouvir e formar vínculos para transformar o indivíduo em crítico de sua realidade, aproxima o educador da realidade vivenciada pelos adolescentes, fato fundamental para a aprendizagem, compreensão e interação com os adolescentes.

Segundo Freire (1980, p.35) "uma educação que procura desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica graças à qual o homem escolhe, decide e liberta-o em lugar de submetê-lo, de domesticá-lo, de adaptá-lo". Acrescenta ainda que "o homem não pode participar ativamente da história na sociedade ou na transformação da realidade, se ele não é auxiliado a relaciona-se com emancipação da realidade e da sua própria capacidade de transformá-la" (FREIRE, 1980, p.40).

Esta conscientização é papel fundamental a ser exercido também pelo profissional de saúde que esteja engajado em colaborar na formação do desenvolvimento crítico, no modo de pensar e agir do adolescente.

A reflexão sobre a prática educativa vem atrelada ao reconhecimento e a responsabilidade que ela exige do educador, no seu dever de lutar para que seja respeitada. O que se pretende do educador democrático é que ele forje em si um saber especial, que jamais deve abandonar. Com este saber, que motiva e sustenta sua luta, deve perseguir o possível, pois "se a educação não pode tudo, alguma coisa fundamental a educação pode". Se a educação não é a chave das transformações sociais, não deve ser também simplesmente reprodutora da ideologia dominante. O educador crítico pode demonstrar que é possível mudar, e isto reforça a importância de sua tarefa político-pedagógica (FREIRE, 1996).

Alves et al (1996, p.440) apresentaram a experiência do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília num projeto interinstitucional e comunitário com adolescentes. Concluíram que:

os relatos vivenciados não se esgotam, pois resultaram em vários questionamentos aos envolvidos não só na área do processo de ensino-aprendizagem, como na conscientização para futuras e atuais mudanças. A vivência desta experiência na universidade e nos segmentos envolvidos muito contribuiu para inovar o processo de ensino-aprendizagem intra e extramuros, principalmente pela abordagem em profundidade da temática relacionada com a promoção da saúde, a utilização da metodologia da criatividade em saúde para a adolescência e para que mudanças significativas qualitativas ocorressem (ALVES et al, 1996, p.440).

Ubeda (1996) realizou uma investigação qualitativa, descritiva, sobre a atenção à saúde do adolescente, privilegiando o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes em relação à realidade, levando em consideração a percepção dos atores sociais envolvidos no programa do atendimento à saúde do adolescente. Concluiu que as relações entre o adolescente, a família e o profissional de saúde são diferentes entre si, pois o relacionamento entre o adolescente e seus familiares, em geral, é visto como difícil e conflituoso quando se refere à sexualidade, autonomia e liberdade. Por outro lado, a relação do adolescente ou familiar com o profissional de saúde é considerada como desejável e satisfatória. Além disso, constatou que o programa de atendimento de saúde tem o principal papel de prevenção de saúde, além de preparar um espaço para o adolescente manter contatos, dialogar e ser o ator social de um grupo.

A enfermagem tem mostrado interesse em relação à promoção de saúde dos adolescentes e prova disso foi a elaboração de um programa com

42 adolescentes em Uberaba (MG), no período de agosto a dezembro de 1995, com o intuito de identificar as dúvidas e as necessidades dos adolescentes com relação à orientação sexual. As enfermeiras concluíram que no que diz respeito à comunicação do enfermeiro na promoção da saúde sexual do escolar, Oliveira & Bueno (1997, p.78-79) concluem que:

os jovens estudados têm um conceito de AIDS relativo a um sentimento de fatalidade. Embora tendo informações sobre sexualidade, vírus e a doença, sentem falta de uma educação mais efetiva no sentido de conhecimentos e habilidades para a garantia da mudança de comportamento, visando melhoria na qualidade de vida e resgatando a cidadania". Os autores afirmam ser a escola o melhor lugar para trabalhar essas questões. Para tanto é preciso que os enfermeiros dêem atenção especial à saúde sexual e integral do escolar, transmitindo-lhe orientações básicas sobre sexualidade humana e articulando outros temas que se relacionem com a vida cotidiana do aluno.

A orientação sexual também foi abordada nos estudos sobre cidadania apresentados por Cano et al (2000, p.18) em que os autores declaram que "os profissionais de saúde e educação precisam conhecer a preocupação dos adolescentes com relação ao corpo e a sexualidade aflorada, a fim de ajudá-los a vivenciar as experiências com mais esclarecimento para a formação de uma auto-imagem aceitável".

Jesus (1999, p.466) ao estudar o significado da educação sexual na relação pais / adolescentes, destaca,

a necessidade de comunicação entre as pessoas, principalmente na relação social do tipo familiar e escolar, que

propicia um contato mais duradouro, passando a encarar a sexualidade com mais naturalidade, sem culpa ou sofrimento. A atitude do educador, principalmente o enfermeiro, tem papel importante na interação social, podendo tornar esse momento de aprendizagem do adolescente mais dinâmico e com perspectiva de mudanças de comportamento frente às questões sexuais (JESUS, 1999, p.466).

Num contexto mais amplo, Oliveira & Egry (1997, p.18-19) afirmam que,

deve-se ouvir as necessidades dos adolescentes em seus processos de individualização e socialização, e assim poder detectar demandas por informação, por espaços e temas de discussão e reflexão para a organização de programas de saúde em grupo. A compreensão da adolescência no âmbito da construção histórico-social implica pensá-la como um conceito de concepções diferentes numa mesma sociedade, isto é, concepções diferenciadas de adolescentes segundo a classe social, religião, etnia, gênero e concepções que estão em permanentes transformações.

Em estudo sobre a caracterização do perfil dos adolescentes numa unidade básica de saúde, constatam que,

na promoção de saúde para os adolescentes, cujas manifestações do processo saúde-doença não se evidenciam somente sob a forma de agravos orgânicos, mas também na promoção e prevenção de riscos a causas externas. Espera-se que os serviços de saúde contribuam para atender às necessidades de saúde do adolescente, numa perspectiva ampliada, e não somente às demandas por cuidado na vigência da doença (OLIVEIRA, EGRY & GEJER, 1997, p.24).

Serra & Mota (2000, p.57) relatam a importância dos adolescentes como promotores de saúde na transformação social. Movimentos nascidos nos Encontros Nacionais de Adolescentes são fortalecidos pela política nacional de apoio à juventude para que sejam participantes ativos no planejamento, execução e avaliação das ações governamentais voltadas para os adolescentes. "As diretrizes políticas para a saúde do adolescente preconizam a ênfase na promoção da saúde, através de ações educativas que visam a intersectorialidade e a participação efetiva do adolescente como protagonista de sua saúde".

Com o intuito de atrair essa significativa parcela da sociedade Araújo & Nunes (1996, p.472) relatam a experiência feita com o lúdico, através do psicodrama pedagógico junto a um grupo de adolescentes, matriculados no curso de primeiros socorros na favela da Rocinha (RJ). Os autores consideram que a ação educativa realizada, utilizando-se os fundamentos de uma pedagogia humanizante e criativa ofereceu a possibilidade de confrontar os discursos com a prática. Acreditam que "neste processo, os educandos e educadores têm a possibilidade de se tornarem autores, sujeitos do pensar e repensar, fazer e refazer de seus próprios atos".

Em levantamento bibliográfico realizado por Corrêa (2000), tendo como referência os catálogos do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem - CEPEn, no período de 1990 a 1998, foram identificadas as pesquisas da enfermagem brasileira na pós-graduação "stricto sensu", relacionadas com a saúde do adolescente. Havia apenas 34

teses/dissertações no Brasil relativas a esse tema, num universo de 915 estudos realizados em diversas áreas, o que corresponde somente a 3,71% da produção científica. O **quadro 2** relaciona os temas e número de trabalhos produzidos.

Quadro 2 – Produção científica em enfermagem relacionada ao tema adolescente, publicados no CEPEn, 1990 - 1998

TEMA	DISSERTAÇÕES	TESES	TOTAL
Sexualidade/ reprodução na adolescência	11	02	13
Adolescente infrator/ em situação de risco	04	01	05
Processo de adolescer/ sentido de existir na adolescência	02	02	04
Programa de atendimento à saúde do adolescente	—	02	02
AIDS	02	—	02
Hospitalização na adolescência	02	—	02
Trabalho na infância e adolescência/ violência contra adolescência	02	—	02
Análise de dissertações produzidas pela enfermagem sobre adolescência	—	01	01
A saúde do adolescente na América Latina	01	—	01
Auto-estima na adolescência	01	—	01
Dinâmica internacional na atuação junto ao adolescente	01	—	01
TOTAL	26	08	34

Fonte: CORRÊA (2000, p.64-67)

Diante deste pequeno número de trabalhos relativos ao tema e dada a importância do mesmo, Corrêa (2000) considera que é fundamental preparar a enfermagem para trabalhar com o adolescente, através de,

um aprofundamento na preparação dos profissionais para lidar com os problemas do adolescente, extrapolando competências para além do atendimento clínico, alcançando o jovem em seu meio, nas escolas, em seus grupos, compreendendo-o como um ser integral, com características e necessidades próprias. A enfermagem, enquanto um campo de aplicação técnico-científica e de produção científica, tem como desafio a interdisciplinaridade e o avanço na construção de conhecimentos e práticas voltadas na promoção à saúde do adolescente (CORRÊA, 2000, p.64-67).

Esta afirmação nos alerta para o fato de que o “adolescente” ainda é um tema pouco explorado na enfermagem, tornando-se uma área de conhecimento que requer a realização de pesquisas. Os profissionais de enfermagem que se dedicarem a esta área devem preparar-se para atuar nas ações de promoção à saúde para que possam efetivamente contribuir para a compreensão e melhoria das condições de vida dos adolescentes.

Em relação à experiência de trabalho com adolescentes em atenção primária à saúde, Rocha (2000, p.166) relata que é importante a avaliação constante das ações desenvolvidas no serviço e que,

alguns pontos a serem enfatizados em nossa prática são: o aumento da captação precoce da clientela; as articulações comunitárias, interinstitucionais, na área da saúde, bem como intersetoriais, envolvendo instituições governamentais e não-governamentais; o fomento ao trabalho interdisciplinar; o aprimoramento de metodologias de capacitação de acordo com as demandas e modalidades de treinamento.

O estudo sobre a prática do cuidar/cuidado à saúde dos adolescentes numa unidade básica de saúde junto ao Programa de Atenção à

Saúde do Adolescente - PROSAD "permitiu considerar que as equipes do PROSAD nas unidades estudadas contemplam profissionais de várias categorias importantes para o programa, contudo em quantidade deficiente". Segundo os autores - a importância do programa é reconhecida por parte dos profissionais e entre os fatores considerados facilitadores para o processo estão o apoio das Unidades e da Secretaria Municipal de Saúde, que incluíram nos planejamentos a redistribuição de pessoal de acordo com a demanda da clientela, e a adoção de um programa de capacitação e reciclagem para treinamento do pessoal, podendo inclusive ser feita uma parceria com as instituições de ensino (SILVA & ZEITOUNE, 2000).

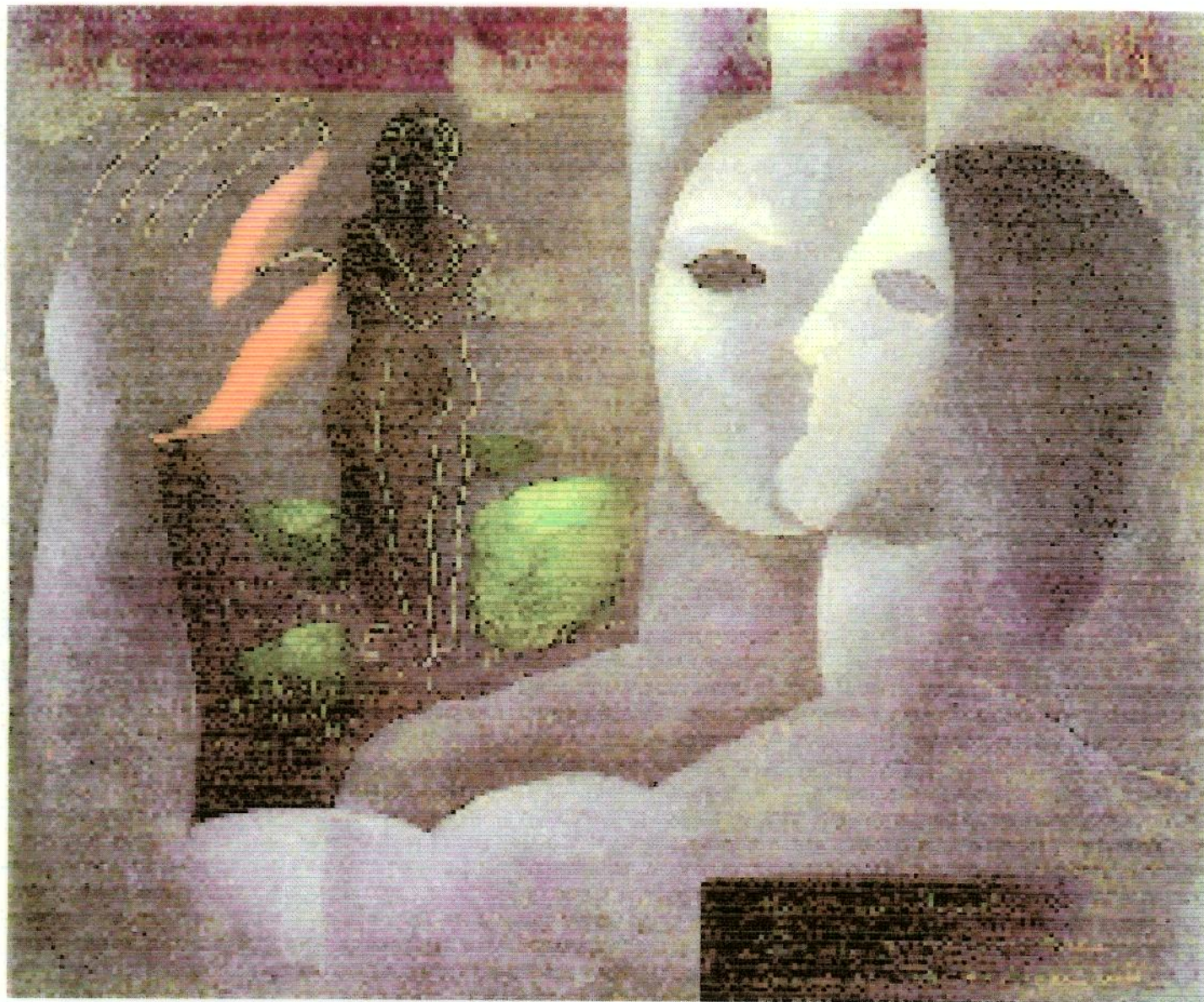
Ferreira et al (2000, p.72) relatam a implantação de um programa específico para o tratamento de questões relacionadas com o adolescente no Curso de Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, destacando:

o conceito de cidadania como eixo orientador na formação do enfermeiro, enfatiza o direito que o cidadão tem à saúde, incluindo as ações dos serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde. E, além do mais, objetivam a formação do enfermeiro num contexto de promoção de saúde, o que implica a necessária imbricação das ações educativas como suporte.

Ayres & França Junior (1996, p.84) questionam que não basta ouvir o adolescente ou criar espaços de participação. É necessário oferecer possibilidade ao "sujeito-adolescente para um diálogo livre de opressão, expandindo suas condições de compreender, julgar e negociar as verdades,

valores e motivações que movem o sujeito-serviço construindo uma racionalidade viva na assistência à saúde".

Ayres (2000) discute que a concepção do sujeito atual, predominantemente na prática sanitária, não está interligada com os valores e propostas de renovação de conceitos e práticas de saúde. Defende a idéia da reconstrução das identidades subjetivas, fazendo pela reflexão a transformação das práticas de saúde relacionadas entre si, favorecendo a idéia do sujeito no contexto de intersubjetividade, isto é, construindo categorias para o conhecimento e intervenção.



Fonte: ISMAEL NERY. O encontro, 1928, óleo s/ cartão, 46x55cm (Col. Chaim Hamer). Museu de Arte Contemporânea da Universidade de São Paulo, 1984. Modernidade: arte brasileira do séc. XX. p. 23.

PERCURSO TEÓRICO - METODOLÓGICO

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

2. PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Há uma pequena árvore na porta de um bar, todos passam e dão uma beliscada na desprotegida árvore. Alguns arrancam folhas, alguns só puxam e outros, às vezes, até arrancam um galho. O homem que vive na periferia é igual a essa pequena árvore, todos passam por ele e arrancam-lhe algo de valor (...) O mesmo Brasil que gera cada vez mais miseráveis, que gera um pequeno que é retirado pelas belas mãos asseadas e carinhosas de um médico como se retirassem de um casulo, e o traz à vida dando-lhe um tapinha nas nádegas, para progredir com justiça e igualdade com outros garotos na frágil linha da vida. Uma vida que o pequeno futuramente pensará que é sua, mas não é, pois seu futuro é incerto e ameaçado pelo fantasma da injustiça social (FERREZ, 2000).

Para que possamos compreender os pressupostos metodológicos de Freire, devemos repensar alguns pressupostos críticos, que são baseados na democratização do saber, refletindo determinados conhecimentos de não normatização, e sim da troca de conhecimentos durante os encontros, procurando desmistificar a adolescência, analisando o que o adolescente pensa da vida, reinterpretando sua trajetória de vida nas relações que tem com a sociedade; respeitando o que o adolescente pensa, seu modo de vida e os saberes e cultura do grupo.

Conforme Freire há diversas maneiras de permear a relação com o próximo e uma delas é utilizando uma ação educativa que levará o adolescente a se engajar numa ação política, porque estaremos permitindo possibilidades para apropriarem os conhecimentos e trazerem uma visão ampliada do mundo, da vida, da saúde e de seu projeto de vida. Dando o direito ao adolescente para refletir e repensar o seu cotidiano, isto é, buscando a autonomia que o fará tomar decisões próprias com responsabilidade e respeito ao outro. Segundo Freire (1996; 1999), não devemos nos esquecer que:

- Os profissionais de saúde, de educação e pais, devem ser os mediadores do conhecimento ajudando esses adolescentes a articularem as idéias, afim de trilhar sua autonomia para a tomada de decisões.
- Devemos utilizar um planejamento flexível nas reuniões de grupos de adolescentes, pois cada grupo tem modos de vida diferentes.
- O vínculo, o saber ouvir e a não centralização da fala do educador; facilitam esta relação do profissional e do adolescente e permeiam a dimensão afetiva nesse processo educativo.

A teoria e a práxis de Freire (1999) estão carregadas de um otimismo crítico, que levam mensagens de esperança, principalmente aos oprimidos, isto é, o homem que é manipulado pela sociedade e que não tem autonomia pelos seus atos. E essa mudança de uma sociedade de oprimidos para uma sociedade de iguais, é o papel da educação na contribuição da conscientização nesse processo de mudança. Ele combate a concepção

ingênua da pedagogia que se crê numa “alavanca” de transformação social e política e combate igualmente ao pessimismo sociológico, que consiste em dizer que: a educação reproduz mecanicamente a sociedade. Devemos perceber as possibilidades da ação social e cultural na luta pela transformação das estruturas opressivas.

Concordamos com McLaren (1997b, p.12) que os pressupostos da pedagogia libertadora de Paulo Freire propiciam condições aos

(...) educadores e trabalhadores culturais (...) de participar de uma luta global pela transformação das relações de poder e privilégio existentes em prol de uma maior justiça social e liberdade do ser humano. Deve ser destacada a contribuição fundamental de Freire às práticas educativas e à educação, pois ele (...) deu um novo significado à palavra educador, flexionando o termo de modo a abarcar várias perspectivas: intelectual ..., ativista social, pesquisador crítico, agente moral, filósofo radical, revolucionário político. Freire acreditava que o desafio de se transformar as escolas deveria se concentrar em superar a injustiça socioeconômica ligada às estruturas políticas e econômicas da sociedade (McLAREN, 1997, p.12).

A educação é essencialmente um ato de conhecimento e de conscientização que, por si só, não leva a sociedade a se libertar da opressão.

Um profissional comprometido, com o pensamento de Freire, encerra num grande potencial de direção, na luta pela transformação das sociedades e tem o mérito de distinguir claramente a pedagogia das classes dominantes da pedagogia das classes oprimidas (FREIRE, 1999).

Enquanto os grandes debates, os seminários revolucionários permanecerem dentro das escolas, longe dos problemas reais e não tendo decisões políticas, contudo, não haverá uma educação libertadora. O educador, “cimentado” com o oprimido, deve sair da sala de aula e aprender a se conscientizar com a massa, dentro de uma visão macro-educacional, na qual a ação pedagógica não se limita à escola, a organização da sociedade é também tarefa do educador. E, para isso, o seu método, a sua estratégia é muito mais a desobediência, o conflito, a suspeita do que o diálogo é o desenvolvimento do conflito com o opressor que mantém coeso o oprimido. O diálogo de que nos fala Freire, não é o diálogo romântico, entre os oprimidos e opressores, mas o diálogo entre oprimidos para a superação de sua condição de oprimidos, esse diálogo supõe e se completa, ao mesmo tempo, na organização de classe, na luta comum contra o opressor, portanto, no enfrentamento do conflito (FREIRE, 1999).

A reflexão do compromisso com a sociedade nos aproxima da natureza do ser que é capaz de se comprometer, e estar nos aproximando da essência do ato comprometido. A primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir. Saber que, se a forma pela qual está no mundo condiciona a sua consciência deste estar, é capaz, de ter consciência desta consciência condicionada. É exatamente esta capacidade de atuar, operar, de transformar a realidade de acordo com finalidades propostas pelo homem, à qual está associada sua capacidade de refletir, que o faz um ser da práxis. “Como não há homem sem mundo, nem

mundo sem homem, não pode haver reflexão e ação fora da relação homem-realidade" (FREIRE, 1999, p.30).

Não podemos nos colocar na posição do ser superior que ensina um grupo de ignorantes, mas sim na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo. Devemos saber o que fomos e o que somos, para podermos saber o que seremos e, assim, a sociedade alienada não tem consciência de seu próprio existir. Portanto, um profissional alienado é um ser inautêntico, e seu pensar não está comprometido consigo mesmo, não é responsável. O ser alienado não olha para a realidade com critério pessoal, mas com os olhos alheios, assim sendo, uma sociedade está se abrindo quando começa o processo de desalienação com o surgimento de novos valores. Existe uma série de fenômenos sociológicos que tem ligação com o papel do educador, e com a ruptura da sociedade, assim sendo, as massas começaram a emergir e esta emergência seduzirá uma nova exigência das massas em participar na educação e na política (FREIRE, 1996).

A consciência bancária "pensa que quanto mais se dá mais se sabe". Mas a experiência revela que com este mesmo sistema se formam indivíduos medíocres, porque não há estímulo para a reflexão. Assim, o papel do trabalhador social que opta pela mudança, num momento histórico como este, não é propriamente o de criar mitos contrários, mas o de problematizar a realidade aos homens, proporcionando a desmistificação da realidade mitificada (FREIRE, 1996, p.52).

Os trabalhos de Freire têm sido utilizados por educadores de diferentes áreas do conhecimento, constituindo uma importante contribuição na educação. McLaren (1997a, p.328) refere que:

Freire acredita que a pobreza e o analfabetismo estão diretamente relacionados com estruturas sociais opressivas e com o exercício desigual de poder de sociedade. Suas campanhas de alfabetização de adultos foram desenvolvidas para transformar estas estruturas sociais opressivas, dando oportunidades aos indivíduos de se engajarem na análise social, no ativismo político e na leitura de mundo, com objetivo de remodelá-lo. (...) Freire desenvolveu uma linguagem crítica e uma linguagem de esperança que, juntas, provaram ser eficazes na libertação das vidas de gerações de pessoas excluídas.

Por isso, a mudança de percepção não é outra coisa senão a substituição de uma percepção distorcida da realidade por uma percepção crítica da mesma, e observa-se que o homem vai dinamizando o seu mundo a partir das relações com ele e nele; vai criando, recriando e decidindo. O homem vai acrescentando algo ao mundo do qual ele mesmo é o criador, e temporalizando os espaços geográficos - faz cultura; é o jogo criador destas relações do homem com o mundo, que não permitem a imobilidade das sociedades nem das culturas (FREIRE, 1999).

Na medida em que o homem cria, recria e decide, vão se formando as épocas históricas, obtendo melhores resultados toda vez que integra-se no espírito delas, se apropria desses temas e reconhece suas tarefas concretas. É nesta educação que tratará de ajudar o homem brasileiro em sua imersão e o

inserirá criticamente no seu processo histórico, libertando para a conscientização que promoverá a ingenuidade em criticidade, com a qual o homem opta e decide (FREIRE, 1999).

É preciso que se reflita, no entanto, sobre o processo de educação do enfermeiro para que ele possa trabalhar com o adolescente, formando profissionais que estimulem o jovem a pensar. É sabido que o adolescente não aceita "verdades" impostas por elementos que não lhe sejam confiáveis e esta condição só será alcançada quando o enfermeiro vivenciar os problemas do adolescente e seu grupo e assim abraçar os conceitos como os de Paulo Freire em relação à educação. O educador sempre defendeu uma educação "que se contrapunha à educação bancária, que pudesse servir para libertar o homem dos seus opressores e pudesse servir para a emancipação do homem para a humanização". Segundo ele, educação deve "servir para a libertação do ser humano, libertação da ignorância, da escravidão, da dependência, da submissão, da passividade, libertação de diversas formas de opressão" (BERBEL, 1999, p.10).

Conhecer o projeto de vida de um grupo de adolescentes, atendidos no Ambulatório de Adolescentes, em uma Unidade Básica de Saúde, na cidade de Marília; utilizando os pressupostos de Freire para promoção da saúde.

Esta investigação está relacionada com o projeto de vida de um grupo de adolescentes que freqüentam o Ambulatório numa Unidade Básica de Saúde, na cidade de Marília no interior do Estado de São Paulo.

Para que pudéssemos analisar essas indagações, optamos pela utilização dos pressupostos de Freire, a fim de obtermos resultados mais fidedignos desses adolescentes e pudéssemos dar oportunidades a eles de reflexão da vivência, e assim, promover saúde através de sua reflexão, mudança e ação nesse grupo. Vindo de encontro com os pressupostos de Freire, optamos por uma pesquisa qualitativa que é o objeto das Ciências Sociais,

(...) que trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico; e (...) Isso implica considerar o sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação (MINAYO, 1998, p.21-22).

Essa pesquisa qualitativa segundo Lüdke & André (1986, p.11) "supõe um contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada".

Quanto aos instrumentos de coleta de dados, na pesquisa qualitativa Aberastury & Knobel (1984)propõem que:

as entrevistas podem ser utilizadas de duas formas. Podem constituir a estratégia dominante para a escolha de dados ou podem ser utilizadas em conjunto com a observação participante, análise de documentos e outras técnicas. Em todas estas situações, a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo

ao investigador desenvolver intuitivamente uma idéia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo. (ABERASTURY & KNOBEL, 1984)

Para esta atividade foi utilizada a Sala de Espera do Ambulatório de Adolescentes, cujo atendimento é realizado de 2ª a 6ª feira pela manhã.

Esta conversa inicial na Sala de Espera que teve como finalidade de constituição do Grupo de Adolescentes, ocorreu na primeira semana do mês de dezembro de 2000, e dentre 25 adolescentes daquela semana, utilizou-se o critério de inclusão:

- idade entre 14 a 18 anos;
- ambos os sexos;
- usuários do atendimento no ambulatório de adolescentes;
- não gestantes;
- sem problemas mentais crônicos e
- sem distúrbios psicológicos

Estes adolescentes geralmente vêm com acompanhamento na UBS, no Ambulatório de Adolescentes devido às seguintes causas: anemia; tratamento e acompanhamento de febre reumática; regime alimentar; exames rotineiros de sangue, fezes e urina; problema de coluna; cefaléia e orientação sobre método anticoncepcional.

Durante uma semana de Ambulatório, foi selecionado em média de 25 adolescentes, porém por exclusão dos critérios, tínhamos apenas 15 adolescentes. Em seguida foi conversado com cada adolescente e o

responsável que o acompanhava, com a finalidade de explicar sobre o trabalho, porém apenas 11 adolescentes manifestaram interesse em participar do grupo, mas, somente sete participaram do grupo. Após o esclarecimento dos adolescentes e seus responsáveis (em geral as mães) em relação à pesquisa e em relação a gravação das entrevistas que posteriormente seriam transcritas; os mesmos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. **(Anexo 1)** Este foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FAMEMA, Marília, assumindo como compromisso o retorno da pesquisa aos profissionais dessa UBS e ao grupo de adolescentes em estudo.

O grupo contou efetivamente com a participação de sete adolescentes, sendo seis meninas e um menino. Os adolescentes foram convidados a participar do grupo com a pesquisadora, os primeiros encontros foram realizados na mesma data do retorno com a médica do Ambulatório, exceto nas últimas reuniões que foram agendadas conforme o interesse do grupo.

Inicialmente foi realizada a entrevista individual, constituída com questões abertas e fechadas. Foram abordados os seguintes tópicos: dados de identificação, escolaridade, problemas e interesses relativos à escola, lazer e trabalho. **(Anexo 2)**

Os adolescentes participaram de dois momentos distintos - a entrevista individual - e as discussões em grupo.

As entrevistas individuais tiveram a duração média de 20 minutos, foram gravadas, com o consentimento dos entrevistados e posteriormente

transcritas. Foram realizadas na sala de reuniões e complementadas posteriormente com visitas domiciliares.

E para tanto, a entrevista visa conhecer a história de vida desse adolescente para permearmos nossas indagações, assim sendo, os sujeitos deste estudo constituíram-se de adolescentes atendidos nesta UBS. Assim sendo,

A história de vida pode ser escrita ou verbalizada (...) na qual o pesquisador constantemente interage com o informante (...) que combina observação, relatos introspectivos de lembranças e relevâncias e roteiros mais ou menos centrados em algum tema (MINAYO, 1998, p. 126).

Portanto coletamos aspectos da história de vida dos adolescentes através de entrevistas individuais, observações individuais e em grupo. Para isso utilizamos a entrevista semi-estruturada que,

Para finalidade da pesquisa, se coloca de forma aberta (com perguntas abertas e fechadas). Ela parte da elaboração de um roteiro e (...) suas qualidades consistem em enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação (MINAYO, 1998, p. 121).

Além das entrevistas individuais e das observações, optamos por organizar um grupo educativo a fim de buscar informações de discussões em grupo. Para tanto nos diz Minayo (1998) que "Da mesma forma que a História de vida, a discussão de grupos deve ser valorizada como abordagem qualitativa, seja em si mesma seja como técnica complementar". Sendo para

tanto “específico do grupo de discussão são as opiniões, relevâncias e valores dos entrevistados. Difere por isso da observação que focaliza mais o comportamento e as relações” (MINAYO, 1998, p. 129).

Ao refletir sobre o que seria o projeto de vida para estes adolescentes; nos vem a idéia de que para projetar a sua vida, é preciso conhecer os seus valores em relação a adolescência e saúde. Para tanto, no segundo momento, foram realizadas três reuniões de reflexões em grupo sobre os seguintes aspectos, a fim de discutir sobre o seu projeto de vida:

- O que é ser adolescente no mundo atual?
- O que é ter saúde?
- Qual o seu projeto de vida?

Cada encontro, em sala reservada somente para essa atividade, explicava-se a atividade a ser desenvolvida deste dia, dando-lhes o tema proposto e oferecendo-lhes materiais necessários para o desenvolvimento do trabalho, tais como, materiais didáticos: lápis de cor, canetas, revistas de atualidades, folhetos educativos e uma cartolina branca para que o grupo fizesse um cartaz em grupo sobre o tema proposto. Nesta atividade os adolescentes eram deixados livres para a pesquisa e discussão entre eles, e, geralmente a fizeram sentados no chão em círculos; em seguida esclareciam o trabalho elaborado no cartaz, neste momento eram gravadas as falas destes adolescentes. As reuniões tiveram duração de aproximadamente 90 minutos, cada tema.

Para a operacionalização deste grupo, diz Minayo (1998, p.129) que:

(...) a discussão de grupo se faz em reuniões com um pequeno número de informantes (seis a doze). Geralmente tem a presença de um animador que intervém, tentando focalizar e aprofundar a discussão. Essa estratégia de coleta de dados é geralmente usada para: a. focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas; b. complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções; c. desenvolver hipóteses de pesquisa para estudos complementares (MINAYO, 1998, p.129).

O grupo foi coordenado pela pesquisadora, sendo utilizada uma linguagem coloquial, durante sua realização. Esta atividade de grupo foi organizada numa sala reservada somente para os adolescentes e a pesquisadora.

Foi explicado aos adolescentes sobre a dinâmica, a sequência das reuniões em grupo e o caráter confidencial das informações, para que os adolescentes pudessem falar livremente sobre a sua vivência no dia-a-dia.

As atividades em grupo tiveram como objetivo, além de conhecer alguns aspectos da vida destes adolescentes, também a aprendizagem de forma participativa e reflexão sobre seu modo de vida, facilitando sua participação como agentes de mudança nesse processo de promoção à saúde. O grupo foi composto pelos seus integrantes e por uma coordenadora e cada integrante do grupo contribuía com sua vivência pessoal.

Os indivíduos passaram a compartilhar as necessidades em função de objetivos comuns e criaram uma nova história do grupo - uma construção coletiva - resultante da interação de aspectos individuais (MINAYO, 1998).

O grupo educativo é uma atividade de inegável importância para abordar questões pertinentes à saúde, na perspectiva social. A denominação "grupo educativo" foi adotada no presente trabalho, designando práticas educativas realizadas em grupo.

O grupo educativo pode ser entendido como uma das práticas educativas,

que em saúde tem estado presentes no cotidiano dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços de saúde, porém, em geral, não conseguem gerar grandes transformações, que tenham impacto no modo de vida da população, em suas condições de saúde e na construção de sua cidadania (...) a essência é instrumentalizar a clientela na construção do processo de cidadania, criar condições que propiciem o desenvolvimento de sua autonomia (COCCO, 1999, p.63).

No que se refere ao grupo educativo COCCO (1999, p.69) propõe que,

a clientela que compõe o grupo pode ser organizada como co-participante dos resultados de determinação social sobre sua saúde. Não é uma soma aleatória de indivíduos, são sujeitos, agentes de uma prática, que se conscientizam à medida em que rompem as barreiras da alienação e têm elementos de decisão, que permitem uma interação a caminho da transformação crítica da sociedade.

Portanto Minayo (1998, p.130) reforça:

O papel complementar da discussão de grupo. Junto com o uso das histórias de vida, das entrevistas abertas ou semi-estruturadas e da observação participante, o pesquisador constrói uma série de possibilidades de informações que lhe

indicam se seu caminho está certo. É a triangulação na coleta de dados (MINAYO, 1998, p. 130).

Vindo de encontro aos pressupostos de Minayo sobre observação participante, Bogdan & Biklen (1994, p.125,127) relatam que:

(...) nos primeiros dias de observação participante, o investigador fica regra geral um pouco de fora, esperando que o observem e aceitem. A medida que as relações se desenvolvem, vai participando mais. Nas fases posteriores da investigação, pode ser importante ficar novamente de fora, em termos de participação. Além disso,(...) a tentativa de equilíbrio entre a participação e a observação pode também surgir como particularidade difícil noutras situações.

Partindo desses pressupostos sobre observação participante, podemos analisar também os preceitos de Freire que, para que o educador conduza seus educandos a reflexão é primordial o ouvir, o respeito a opinião do outro e o vínculo nessa relação de ação e reflexão.

A prática educacional apresentada por Freire (1996) é um pressuposto teórico importante quando se lida com o adolescente individualmente ou em grupo, porque permite um melhor acolhimento ao adolescente e possibilita ao pesquisador conhecer o mundo em que ele vive. A discussão democrática desta prática nos ampara na interpretação do projeto de vida destes adolescentes, permitindo a leitura do seu mundo, para que possamos interagir com eles e a comunidade através da promoção de saúde.

Nas relações político-pedagógicas com grupos populares, devemos considerar o saber advindo da experiência do grupo. O educador precisa

compreender melhor os aspectos culturais, as relações interpessoais e as regras de conduta do grupo em que está inserido. Estas relações evidenciam o contexto vivenciado particularmente pelo grupo. É preciso revelar a explicação que estes grupos têm do mundo, e também a compreensão expressa por eles de sua própria vivência de mundo. Todos estes fatores vem explicitados, sugeridos ou ocultos no que se denomina "leitura do mundo" que precede a "leitura da palavra" (FREIRE, 1996).

Em relação às necessidades apresentadas pelos adolescentes durante a realização do grupo educativo, quando os problemas ou dificuldades eram relatadas, foram feitas tentativas para discuti-los em grupo, buscando conhecer a realidade do adolescente e ouvindo sugestões do grupo e de cada adolescente.

No que diz respeito à análise do material Minayo (1998, p.236, 237) refere que,

o processo de aprofundamento da análise, a relevância de algum tema, uma vez determinado, permite refazer e refinar o movimento classificatório. As múltiplas gavetas serão reagrupadas em torno de categorias centrais, concatenando-se numa lógica unificadora.

Para Minayo (1998, 237) a análise do discurso visa,

(...) a totalização final que consiste no encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações essenciais, não é uma atividade nem fácil e nem externa ao investigador. Ele se inclui nela enquanto marcado pelo momento histórico, pelo desenvolvimento científico (também histórico), por sua pertinência (histórica) a uma classe social e

pela capacidade de objetivação. Assim concluímos que a investigação social enquanto processo de produção e produto é ao mesmo tempo uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua produção (MINAYO, 1998, 237).

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, de Marília, cidade em que a mesma foi realizada, no final do ano de 2000, tendo sido aprovado. Foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido (**anexo I**) que foi assinado pelos adolescentes e por seu responsável legal.

A devolução dos dados será realizada ao término da pesquisa, para os profissionais da Unidade e para os adolescentes.

Foi garantido o sigilo e anonimato dos sujeitos da pesquisa na transcrição das fitas, através da numeração das entrevistas com a letra S1, S2 e subseqüentes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

(...) não te esperarei na pura espera porque o meu tempo de espera é um tempo de que fazer (...) estarei esperando a tua chegada como o jardineiro prepara o jardim para a rosa que se abrirá na primavera (Freire, 2000).

Segundo Minayo (1998, p.197) a análise do material recolhido busca atingir a três objetivos: “ultrapassagem da incerteza (...), enriquecimento da leitura: como ultrapassar o olhar imediato e espontâneo (...) e integração das descobertas que vão além da aparência, num quadro de referência da totalidade social (...).”

No primeiro momento, que foi a entrevista individual, foram agrupados os aspectos da história de vida dos adolescentes, priorizando as principais características dos sujeitos em estudo.



Fonte: ISMAEL NERY. Figuras entrelaçadas, 1929, grafite s/ papel, 26,8x21cm (Col. Bolsa de Arte, Rio; Fany Faintych, SP). Casa das Artes Galeria, 1996, p. 19.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

QUADRO 3 - Principais características dos adolescentes estudados.

Sujeito	Idade	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Pessoas que residem na mesma casa	Teve ou tem namorado(a)	Ocupação
S1	14	F	Solteira	6º série (parou)	Mãe	Sim	Não trabalha
S2	18	F	Solteira	Ensino médio (concluído)	Pai, mãe e dois irmãos	Sim	Supermercado 40 h/ sem
S3	15	F	Solteira	2º ano de ensino médio	Pai, mãe e uma irmã	Não	Não
S4	14	F	Solteira	8º série ensino fundamental	Pai, mãe e um irmão e avó paterna	Sim	Não
S5	14	F	Solteira	8º série do ensino fundamental	Pai, mãe e um irmão	Não	Trabalha esporadicamente: ajudante de empregada doméstica
S6	15	F	Solteira	8º série do ensino fundamental	Mãe e um irmão que irá morar com elas	Sim	Não
S7	14	M	Solteiro	8º série do ensino fundamental	Pai, mãe e uma irmã e um irmão	Sim	Trabalha na banda como baterista 1,30h, à noite de Segunda/ Sexta

Fonte: informações obtidas na entrevista individual.

3.1. APRESENTAÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA DOS ADOLESCENTES

S1 - 14 anos, briga muito com a mãe, e a ajuda de vez em quando no serviço de casa. Relata que seu relacionamento com a mãe é ruim, não se fala sobre sexo e droga, a não ser de forma punitiva. Vive nos encontros de rua com os amigos e com o namorado, mantém relação sexual, referindo tomar pílulas e o uso de preservativo; porém durante os encontros engravidou duas vezes, sendo que em uma delas foi utilizada a pílula de emergência e discutido com o casal sobre a falha do método e suas consequências; e a outra gravidez foi assumida por demonstrar a necessidade e o desejo de engravidar, apesar dos problemas que foram manifestados na relação entre a mãe e a adolescente.

Parou de estudar na sexta série, por causa de brigas, decidiu voltar a estudar fazendo supletivo, pois têm mais adultos, porém com a gravidez, não foi possível continuar a estudar. Durante os encontros extraordinários iniciou um trabalho extra, cuidando de um bebê da vizinha, porém durante a gravidez, já havia deixado esse trabalho. Mora somente com a mãe, pois o pai mora com sua esposa legítima, e fazia seis meses que não o via. Procurou a UBS por problema de coluna. Não tem uma religião fixa. Gosta de lazer principalmente jogar futebol, dança, música e TV; porém precisa de policiamento e lazer em locais públicos no bairro. Diz ter o vício apenas de beber esporadicamente, mas durante nossos encontros manifestou que experimentou maconha e ter “achado legal”, porém com certas preocupações de seus efeitos sobre o organismo.

S2 - 18 anos, já concluiu o ensino médio. Tinha um bom relacionamento com amigos que faziam uso de drogas, fumavam e bebiam; porém não demonstrou interesse ou desejo em experimentar drogas, álcool ou fumo. Em relação aos assuntos a serem discutidos no dia-a-dia na sua família não havia diálogo para discutir determinados assuntos como droga, gravidez ou namoro. Começou a trabalhar no supermercado, demonstra preocupada com as atitudes do irmão em relação a família, pois vive discutindo e agredindo todos. É evangélica. Já namorou porém sem relacionamento sexual. Gosta muito de ir ao clube, casa de amigos, parque de diversão, pescar, ler, assistir TV, shopping, ir a igreja e ao cinema; e refere que seu bairro oferece algum lazer. Procurou a UBS para "fazer regime" e exames complementares devido a cefaléia. Em relação a escola, deveria haver mais pessoas para orientar e conversar com os alunos.

S3 - 15 anos, nunca namorou pois é muito tímida para "ficar". Mora com os pais e relata que na família não se conversa de tudo. Gosta muito de atividades de lazer como ir ao cinema, bares, casa de amigos, parque de diversões, futebol, volei e dançar; e questiona que o bairro deveria ter um campo de futebol para mulheres. Não tem nenhum vício de drogas, álcool ou tabaco. Apesar de não pertencer ao bairro da UBS, procura-a para orientação em relação ao regime. O relacionamento escolar é bom porém tem muita bagunça de droga e tabaco, além de soltarem bombinhas na escola; esporadicamente se faz palestras sobre drogas.

S4 - 14 anos, preocupada com as atitudes agressivas do irmão (esquizofrênico). Está encerrando o ensino fundamental, não faz uso de drogas, tabaco ou bebidas. Refere que a escola não permite nenhum aluno fazer uso de vícios, pois é rigorosa e tem advertências junto com os pais, se caso perceberem. É católica, mora com os pais e relata que em sua casa não se conversa sobre tudo, muito menos suas intimidades. A mãe tem depressão e freqüentemente a família apanha do irmão que se recusa a tomar os psicotrópicos, além de conviver com grupo de meninos violentos. Gosta muito de lazer como freqüentar bares, casa de amigos, futebol, TV, música e dança. Sugeriu melhorias no campo de futebol, afim de que as mulheres também possam jogar. Apesar de pertencer ao bairro próximo, a área de abrangência seria de outra UBS, mas procurou a UBS para participar de exames de rotina e já participou de reuniões terapêuticas com a psicóloga, devido o problema do irmão que tem atendimento nesta UBS. Já teve namorado e relação sexual.

S5 - 14 anos, cursa o ensino médio, e acha a escola ideal pois os alunos não utilizam drogas ou tabaco provavelmente pela segurança (policimento) e por ser norma da instituição, caso se suspeita o aluno sofre suspensões e é comunicado aos pais. É da religião de testemunha de Jeová, não faz uso de drogas, tabaco e bebidas, mora com os pais, o pai está desempregado, relata que não se conversa de tudo, além do pai dizer que ela tem um "gênio ruim", e ela acha realmente que ela tem esse gênio ruim. Gosta muito de lazer como ir à igreja, clube, casa de amigos, parque de diversões, futebol na escola, dançar quando tem festinha, assistir TV e ouvir músicas,

porém o pai deixa o irmão sair pra passear, e ela por ser mulher "só de vez em quando". Procurou à UBS para participar do "regime" sob orientação da pediatra e da enfermeira e sua equipe. Trabalha ajudando a mãe nas faxinas, assim ganha uns trocados, pois a mãe é cardíaca e não pode fazer muito esforço.

S6 - 15 anos, assumiu a liderança do grupo. É católica, pais separados, está cursando ensino fundamental, não faz uso de drogas, tabaco e bebidas, mora com a mãe e o relacionamento tem limites pois não se conversa de tudo. Tentou ser sincera com a mãe e dizer que já tem relação sexual com o namorado, porém a mãe ficou chateada por não ter contado quando ocorreu e se sentiu forçada a exigir um futuro para o namorado, "um emprego". Há cigarro nas escolas sem muita supervisão. Gosta muito de lazer como ir à igreja, clube, casa de amigos, parque de diversões. Sugere um clube no bairro. Na escola tem um bom relacionamento, porém existe cigarro. Tem namorado e já teve relação sexual. Apesar de pertencer a outra UBS, procurou esta UBS para tratar da febre reumática. Durante os encontros demonstrou interesse em fazer o exame preventivo do Papanicolau, pois estava apresentando corrimento e prurido. O pai é alcoolista e o irmão faz uso de drogas.

S7 - 14 anos, está cursando o ensino fundamental, não faz uso de drogas, tabaco ou bebidas alcoólicas. Mora com os pais e o relacionamento é ótimo pois se conversa de tudo. É evangélico. Gosta muito de lazer como ir à igreja, casa de amigos, parque de diversões, dançar, assistir TV, ouvir músicas, tocar e cantar na banda. Refere que o bairro deveria ter lugares para jogar

basquete e poder conversar com amigos. Na escola tem um bom relacionamento, porém acha que os professores não têm interesse em ensinar; não existe uso de tabaco ou drogas na escola, pois há policiamento. Procurou a UBS para pedir exames de protoparasitológico e de anemia, sob a orientação da pediatra. Já teve namorada mas não teve relação sexual.

Ao analisarmos a apresentação da história de vida dos adolescentes vimos que a maioria, apesar de estudar, sente que a escola deveria estar mais preparada para a orientação sexual, a discussão sobre as drogas e gravidez; visto que os familiares na maioria das vezes têm dificuldades em lidar com esses assuntos. Com isso, o adolescente pode ter atitudes que consideram o que o grupo sugere ou impõe ou até mesmo atitudes individuais na prevenção das DST ou gravidez. Percebe-se que o adolescente tem poucas opções de lazer na escola ou no bairro, levando-o a ficar mais ocioso, depender de atividades do grupo ou até mesmo ficar em casa assistindo TV ou ouvindo música. Na adolescência é importante que o adolescente pratique atividades físicas, além das de lazer.

Gomes et al (1999, p.175) questionam que,

as atitudes moralistas e distantes acabam por provocar o seu contrário, a fuga da menina e da adolescente do controle familiar, freqüentemente a gravidez precoce e, como consequência, a expulsão e a perda da proteção do lar (...) incluindo os pais como parte do processo de prostituição infantil.

Analisando o questionamento proposto por Gomes et al (1999), salientamos a importância dos profissionais da área de saúde e educação participarem mais efetivamente do preparo dos pais para o lidar com seus filhos, nas diferentes fases da vida.

No segundo momento, relacionado com a discussão em grupos e temas pré-estabelecidos, foi realizada a análise temática.

Esta escolha se fundamentou nas dimensões da pesquisa relacionada com o objeto “saúde” em que está relacionada a diversas facetas como “concepções, política, administração, configuração institucional entre outras, enquanto representações sociais e análise de relações” (MINAYO, 1998, p.199). Para tanto, utilizou-se a técnica da organização da análise temática por ser a forma mais adequada na investigação qualitativa do material sobre “saúde”, no caso, foi pesquisado sobre o projeto de vida destes adolescentes, perpassando sua história de vida, seu modo de viver e pensar; e seu contexto social.

Para Minayo (1998, p.209) a análise temática consiste em:

(...)descobrir os núcleos da temática que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. (...) a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso.

A discussão dos assuntos propostos em grupo, foi operacionalizada através da análise que desdobrou-se em três etapas:

- 1- A pré-análise: que consiste em fazer a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação de hipóteses e objetivos e determinação a unidade de registro (a palavra chave ou frase).
- 2- Exploração do material: operacionalizando a codificação.
- 3- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: utilizando estatísticas simples ou complexas que permitem colocar em relevo as informações obtidas [...] a análise temática é bastante formal e mantém sua crença na significação da regularidade (MINAYO, 1998, p.211).

3.2. TEMÁTICAS

Durante os encontros realizados na UBS, foi possível sentir os adolescentes livres para expressarem seus sentimentos, desejos, preocupações e reflexões de sua vida.

Segundo Freire (1999) o ser só se tornará autônomo de seus atos a partir do momento que tomar consciência de suas responsabilidades, direitos e deveres como cidadão, formando assim um grupo coeso e determinado a assumir papéis de futuros cidadãos e lutarem em favor da equidade social.

Nos três encontros realizados com os adolescentes, pode-se trabalhar em grupo tendo como referência o pensamento de Paulo Freire, o que facilitou o processo de construção do grupo, incentivando e estimulando-nos a ouvir os questionamentos e idéias dos adolescentes através do seu cotidiano e fortalecendo o vínculo entre os elementos do grupo e também com a pesquisadora.

A seguir serão discutidos os tópicos abordados nas três reuniões temáticas.

3.2.1. "O QUE É SER ADOLESCENTE"

Leone (1998, p.51)

critica a atitude paternalista, que pressupõe que a criança e o adolescente são seres incapazes. Destaca ainda o fato de poderem existir conflitos entre pais e filhos, pois realça esse enfoque, afirmando que a vivência do conflito pode contribuir para o amadurecimento dos indivíduos nele envolvidos.

Ao analisar as discussões da reunião sobre "O que é ser adolescente?" foram observadas interessantes reflexões dos adolescentes sobre o tema, que foram agrupadas em temáticas.

EXPERIMENTAR DROGA E ÁLCOOL

CONVIVÊNCIA COM O GRUPO

- "É (...) eu experimento droga, eu experimentei a droga, por um lado foi bom..."

- "Eu tentei esquecer da vida, sei lá".

- "Eu acho que é uma forma de refúgio, eu acho que não é bom não, porque acho que é mais fácil você encarar e tentar resolver os problemas".

- "Porque a gente pode até esquecer, mas depois quando a gente retorna, os problemas são piores"...

- "É porque todo mundo falava assim: é bom pra caramba isso daqui (a droga), esse momento é bom mesmo, nossa (...), é, deixa você longe, e sempre você fica assim numa curiosidade, eu queria tanto saber o que é de bom, como que é isso daí, que gosto que é, eu acho que é um gosto pior do que o cigarro, só que o cigarro faz mais muito mal do que a maconha".

- "É um momento de fraqueza, porque é muita pressão sobre você, mas eu acho que se o grupo não está te agradando, se não é as mesmas idéias, você pode expressar sua opinião e você pode até se afastar desse grupo. Entende? Eu acho assim".

- "E as vezes é muito difícil você tentar se afastar da pessoa que tá fumando. Você fala assim: eu vou ali e volto já, e a pessoa fala assim: Você tá fugindo de mim?"

Apesar de perceber a problemática do uso de drogas e álcool, alguns adolescentes se sentem fragilizados pela necessidade de experimentar a droga em busca de força e apoio para pertencer ao grupo.

Isto é reforçado por Denadai et al (2000, p.765) "a adolescência é um período de intensas modificações na vida do indivíduo, caracterizado pela busca de novos desafios, dentre os quais o uso de drogas pode estar presente".

O grupo tem fundamental importância na vida do adolescente, dando-lhe um norte para o "bem" ou para o "mal" (o que implica em juízo de valores), sendo muito importante os familiares estarem atentos ao grupo ao qual ele pertence.

O uso de drogas é referido tanto como curiosidade, quanto como forma de esquecer os problemas. E os adolescentes expressaram também a pressão do grupo em relação ao uso de drogas.

Santos & Lima (1997, p.128) nos diz que "a dependência de substância química prejudica à saúde, quer drogas ilícitas, como drogas tipo cocaína, maconha, crack, heroína; ou lícitas, como álcool e tabaco, está tornando-se uma fonte crescente e alarmante de preocupação médica e social", no Brasil.

Nos relatos dos adolescentes a droga é utilizada devido a curiosidade ou através de idéias errôneas sobre os benefícios ou o pequeno prejuízo que a droga pode trazer-lhes, além de ser apontada como a influência que o grupo pode exercer sobre o adolescente, deixando-o vulnerável à drogas ou atitudes de risco.

EXPERIMENTAR O ATO SEXUAL

UTILIZAR MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

-"Sexo vale quase tudo".

-"Ah eu acho que vale sim, porque deixa a pessoa mais mulher e o homem mais homem, sei lá. Vale com certeza, porque não existe amor sem ter uma relação, né?"

-"Ah eu acho que sexo é a coisa mais natural que tem no mundo. Eu acho que existe tanta coisa horrível, do que sexo, pra se criticar num adolescente, e os pais ainda querem tirar esse direito assim, sabe? Porque é

uma necessidade do corpo, acontece, eu acho que tem que ter responsabilidade".

- "É o que eu estava falando, da responsabilidade de pegar, tomar o anticoncepcional ou usar camisinha."

- "Mas os pais, eles não pensam assim. Já pensou se eu chego pra minha mãe e falo: tô transando com o meu namorado! Nossa! Minha mãe, acho que tem um "troço", cai dura".

- "Você tem que saber se prevenir com responsabilidade."

- "É bom preservar a virgindade" o máximo, eu acho muito legal, sabe, você se segurar até, mas eu acho que tem que encontrar a pessoa certa, aí sim (ter relação sexual)".

- "É isso aí que eu acho, sexo é gostoso com amor, sabe, agora tipo essas meninas que saem com o cara e na primeira noite já transa".

- "Não pode ser que na primeira vez que você sai com um cara e você transa: seja amor, não é? Porque vocês não se conhecem direito, como vai transar? Lá na boate você fica de boca aberta. Vai uma noite lá, pra você ver, é horrível. E as piores são aquelas "patricinhas", você olha em cada canto, você vê cada barbaridade. É horrível. As meninas transando na cara dura, no meio do povo, fumando lá no meio do povo, usando drogas no meio do povo".

A atividade sexual é referida pelo adolescente como um direito e também como uma necessidade. A sexualidade está mais acentuada na adolescência, pois além da curiosidade existe a necessidade de mostrar ao grupo a sua potencialidade e liberdade. Nesta fase há transformações do

corpo, sendo importante e necessária a participação e acolhimento por parte dos familiares e profissionais de saúde e educação para apoiar o adolescente no processo de crescimento para a vida, principalmente, neste momento em que deixa de ser criança e ainda não é um adulto.

Quando nos deparamos com a problemática da gravidez na adolescência, vimos que muitas vezes os jovens sentem necessidade de "testar-se" - o conseguir engravidar - ou muitas vezes não acreditam que a gravidez possa acontecer. Apesar de terem recebido informações sobre o assunto têm uma visão distorcida sobre métodos contraceptivos e preventivos.

Para os adolescentes o sexo está relacionado ao amor, sendo criticada a relação sexual na primeira vez que o casal marca um encontro.

Através de pesquisa realizada com jovens do ensino fundamental de nível socioeconômico alto, a Fundação Osvaldo Cruz (2000, p.82) constataram que

No diálogo e na relação amorosa foi igualmente mencionado amplo investimento dos jovens para que haja carinho na relação com o(a) namorado(a) (...) As meninas se destacam como as que mais intensamente investem e contribuem nessa relação.

Percebe-se na fala dos adolescentes que principalmente as meninas têm preocupação de se preparar e formar elos na relação para a confirmação deste amor.

TER DIGNIDADE E RESPEITO

TER UM GRANDE AMOR E SER AMADA

- "Ah, (amar) é você se autovalorizar e gostar de si mesma".

- "Ah, sei lá, é assim, a gente não sabe explicar assim direito: o que é amar?, a gente acha que a gente nunca passou por isso ainda".

- "Eu acho que já passei por esta situação. Eu acho que a gente passa sempre, porque eu acho que sinto tudo, é o amor ao próximo, a si mesmo, a família e a mãe, eu acho que a gente sabe o que é amar, entendeu? Eu acho que a gente ainda não sabe o que é o amor a dois assim. Eu acho que amor é um só na vida, são várias paixões, eu acho que a vida é cheia de paixões, e você pode até falar eu te amo pro seu namorado, mas você só vai saber o que é amor, sei lá, mais pra frente ..."

- "Ah, sei lá, as vezes eu acho que já encontrei, mas não assim um graaaande amor. É o primeiro, a primeira pessoa que sabe, que você sente aquilo, que quando vê o coração dispara, que começa a suar. Ainda tive uma grande decepção, como fica o meu amor?...E aí descobri que o cara tinha namorada, nossa..., acabou comigo assim, acho que acabou nosso amor".

- "Você tem que ter o respeito a você mesma, eu sei que eu não devo pensar no que os outros vão pensar de mim, mas eu tenho que pensar, ali no fundo tem que pensar, porque você fica defamada e não sabe porquê".

- "Ah eu já falei, milhares de vezes. Ué! Não quero, não é com você!"

- "É, primeiro tem que encontrar a pessoa certa, aí sim!"

-“Ah, porque todas as meninas que eu converso assim, todas já tiveram suas experiências, tiveram sua primeira vez”.

Os adolescentes expressam o desejo de serem respeitados perante o namorado ou grupo, portanto não serem forçados a fazer o que na verdade não queiram. Porém percebe-se que a posição do grupo é importante e muitas vezes envolvente, norteando os desejos do adolescente.

Isto é confirmado pela Fundação Osvaldo Cruz (2000) pois para o adolescente lidar com seu próprio destino é uma tarefa desafiadora e difícil; nesta pesquisa realizada com jovens das escolas públicas e particulares do ensino médio fundamental, apenas pouco mais de 1/3 dos adolescentes vê com facilidade a decisão sobre os rumos a serem tomados em sua vida.

A importância e necessidade de amor é expressa sobre diferentes perspectivas pelos adolescentes.

Existe uma grande expectativa do adolescente em relação ao amor, tendo a maioria das vezes uma busca desta visão romântica do namorado ideal. A preocupação dos jovens, em relação ao primeiro amor é muito comum, estando presente em sua vida.

O respeito a si mesma, os limites na relação e a escolha da pessoa adequada norteiam este momento na vida do jovem, indo ao encontro de si mesmo e do outro.

Concordamos com Campos & Sousa (1999, p.82) sobre a importância da auto-estima nas diferentes fases da vida e, particularmente, na adolescência, pois a “auto-estima é um sentimento decorrente da profunda e

irrestrita aceitação de si mesmo, fundamental para o desenvolvimento pessoal e social do jovem. Trata-se de um bom sentimento, ou sentimento positivo em relação a si próprio". Refere ainda que "só é capaz de amar verdadeiramente o próximo quem antes for capaz de amar a si mesmo". Percebe-se que existe um investimento emocional muito grande dos jovens na relação amorosa e as meninas se destacam como as que mais intensamente investem e contribuem nesta relação.

TER DIÁLOGO COM A FAMÍLIA E OS AMIGOS

TER AMOR NA FAMÍLIA

- "Ah, vai discutir isso (relação sexual) na minha casa que a gente é expulsa".

- "Em casa, eu falo com a minha mãe sobre quase tudo".

- "Meu pai também é tipo liberal, (...) só que eu não vivo com ele né, só que eu converso muito com minha mãe sobre isso (...) Conforme as dúvidas a gente conversava muito, ela me dava muitos conselhos, eu não vou dizer que eu respeito todos os conselhos dela, porque eu tenho a minha opinião também, então, mas a gente conversa sim, converso muito com os colegas e com o meu namorado também".

- "Não. Por que minha mãe me mata, eu hein! Minha mãe não conversa comigo sobre isso. Ela fala assim: você fica com esse cigarro na boca vou te dar um tapa e faço você engolir esse cigarro, faz isso só. Agora assim sobre sexo... não fala. A única coisa que ela sabe falar assim sobre gravidez foi

assim que a colega até escutou: se eu chegar grávida em casa e ela ficar sabendo ela bota eu pra fora, ainda falou isso: eu pego tua mala e boto na porta da casa de quem fez”.

A família é fundamental para o jovem nesta fase de sua vida. Sendo assim, Costa (2000, p.48) referem que “a relação dos jovens com seus familiares é a existência de uma parcela considerável deles inseridos em famílias cujos pais não habitam o mesmo domicílio. Possivelmente, essa é uma marca de época e um fato geracional: o modelo tradicional de família, composto por pai, mãe e filhos, não se constitui mais no modelo único e nem preponderante na prática”. Neste estudo a família é uma instituição extremamente valorizada pelos jovens, mesmo quando a convivência não é percebida como uma experiência positiva. As adolescentes se queixam do tratamento discriminatório em relação aos garotos, afirmando que eles têm mais liberdade, pois o pai permite que fiquem na rua até mais tarde.

Os adolescentes experimentam seu papel social, em um primeiro momento da vida da criança, na relação e convivência com seus familiares. Isto nos faz refletir sobre a importância primordial do vínculo familiar como alicerce da personalidade da criança e do adolescente.

A família às vezes é composta somente pela mãe, às vezes conta com a presença de um irmão (ã), porém sem o pai.

Os adolescentes sentem falta do apoio da família, da escola e dos profissionais de saúde para solucionar as dúvidas relacionadas com a

transformação do corpo, sua sexualidade e os riscos que presenciavam em seu cotidiano.

PARTICIPAR DE DISCUSSÕES EM GRUPO

PARTICIPAR DAS DISCUSSÕES NA ESCOLA

- "Tipo assim, algumas dúvidas assim a gente sempre tem e aí eu pergunto pra elas (professoras), aí eu vou perguntando. Eu acho assim, você tem que se abrir se você ficar no grupo, se não, não dá certo. Por isso que tem muita menina grávida".

- "De vez em quando não pergunto porque, como eu venho no grupo aqui com a psicóloga (na UBS), ela conversa e fala sobre o assunto. Agora já com cigarro, drogas assim eles conversam, agora sexo não..."

- "Sexualidade, discutia com as colegas minhas, assim, as que eu ando mais. Mas a gente conversava muito sobre isso, cada um falava do seu conceito sua opinião de sexo, e quando o professor ensinava eu sempre perguntava direto".

- "Não tinha discussão sobre sexualidade, só na aula de ciências que tinha de vez em quando".

- "É da oitava série em diante tive bastante discussões., palestras não! Palestras têm mais sobre drogas com policiais".

- "Difícilmente tem palestras. Eu já falei sabe, uma vez perguntaram o que estava faltando na escola e eu falei que estava faltando isso mesmo,

ensinar sobre sexualidade um pouco, fazer palestras, debates, mas não tem muito disso não, você vê gente muito mal informada, né?"

"Na minha escola discute tudo. Ah, eu tenho aula, a professora de ciências começa a falar, a professora de português também fala. Agora têm alguns professores que ainda ensinam, outros têm vergonha, não falam, aí a gente pergunta".

"-Eu só aprendi, só um pouquinho só sobre sexo".

"-Eu também (só aprendi um pouco) de sexo e droga".

Em pesquisa realizada com alunos do ensino fundamental pela Fundação Osvaldo Cruz (2000) revelam que, apesar de pontuarem como boa a relação da escola com o aluno, no grupo focal os estudantes retratam os professores como desmotivados, autoritários ou, o extremo oposto, que não possuem autoridade, expressando uma falta de diálogo entre eles. A escola muitas vezes é destruída pelos próprios alunos e analisam que essas expressões de vandalismo podem ser, muitas vezes, uma forma de protesto contra o prédio mal cuidado e sem atrativos para a finalidade a que se destina. Nesta pesquisa, os educadores relatam que utilizam o bom-senso e o diálogo para enfrentar esses problemas a medida em que se apresentam.

Muitos professores remetem os constantes problemas a uma falta de limites dos alunos, e outros acreditam que os jovens têm poucos deveres e muitos direitos. Para alguns professores os alunos têm informações sobre seus direitos, expressos no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), deixando

as escolas com um campo de ação restrito, considerando com isso que o ECA, deveria ser mudado, (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2000).

Considerando a discussão dos adolescentes, a maioria das famílias não se sente preparada para discutir assuntos pertinentes a sexualidade e drogas com seus filhos e esses adolescentes acabam recebendo informações somente na escola e UBS. Esta atividade acaba por ser realizada pelos profissionais de saúde e de educação, que devem estar atentos aos assuntos relativos às dificuldades com as quais os adolescentes convivem.

Os adolescentes relatam que, em geral, a discussão sobre sexualidade tem estado presente nas escolas.

Pesquisadores da Fundação Osvaldo Cruz (2000) em pesquisa realizada com jovens relatam que "as falas traduzem um outro significado da relação do aluno com a escola e com seus educadores, relação esta marcada por novas posturas. A escola atual já não é nem tão hierarquizada nem tão hegemônica e valorizada como o era. Em relação à primeira assertiva, ela já não vem marcada pela hierarquia de papéis do aluno frente ao professor, graças à abertura dada à autonomia do jovem na sociedade atual, cujo padrão de autoridade e respeito mudou.

Em relação à hegemonia da escola, enquanto espaço de transmissão de conhecimento, esta perdeu a total hegemonia que tinha anteriormente. Hoje, além dela, existem outros espaços nos quais o jovem pode buscar informação e formação. Tal constatação pode ser detectada no desinteresse, no descaso, na depredação da escola pelo aluno, denunciados

pelo professor. Isso por um lado, mas por outro, observa-se que o próprio professor tem dificuldade de perceber seu valor e seu papel como educador e formador dos alunos [...] os adolescentes não estão interessados, nem valorizam o educador e nem a escola". E além disto, nos diz que "Na busca de soluções do conflito que se dá a possibilidade de amadurecimento e crescimento. E isso tanto é válido para os alunos como para os professores e, em ambos os casos, como ganhos para a escola". (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2000, p.93)

TER MEDO DA VIOLÊNCIA

TER MEDO DA PERDA DA INFÂNCIA

TER MEDO DA PERDA DA FAMÍLIA

- "Ah, todos os lugares tem violência, né? às vezes até dentro de casa, mas eu acho que é mais na rua mesmo".

- "Eu acho que tem muita briga né, hoje em dia assim em todo lugar que você vai sempre tem que sair uma briga, um tiroteio ..."

- "Acho que a consequência é a droga né?"

- "Na minha rua sempre tem briga".

- "Eu acho que às vezes não é sempre que tem droga, é que são briguentos mesmo".

- "Perto de casa bateu um carro, sorte que eu não estava em casa, um amigo meu me contou que teve até tiroteio".

- "Eu falo assim, que consequência é mais de droga por causa dos traficantes. Se você tá devendo cinco reais já é motivo pra matar, igual, o meu irmão ele andava com uma turma onde um traficante ia matar o usuário e nesse dia meu irmão estava trabalhando, entendeu, quer dizer ele podia tá lá, ele podia ter morrido no lugar do cara e era pra matar um outro cara que anda com ele ..."

- "É, chegou ali na esquina armado, ameaçando todo mundo, e não sei, os meninos lá conseguiram colocar ele no meio da rua".

- "Começou ficar no meio de drogas, já viu ..."

- "Violência contra os mais velhos, chegam já maltratando, quando uma pessoa entra dentro de casa com as drogas, por isso que eu falo, as drogas geralmente é consequência de quase todas as brigas, todo tipo de violência pode ver que tem droga. Bebida e droga".

- "Eu acho que se cada um fizer a sua parte vai ser muito difícil, porque não adianta a gente fazer nossa parte, eu me lembro que na hora que pessoas inocentes morrem, apanham no meio da rua, igual no hospital (seqüestro de preso)... eu fiquei morrendo de medo de ser refém, acho que eu nunca passei tanto medo. Sabe, medo de morrer e de apanhar essas coisas eu não tenho medo não, só que eu fiquei com muito medo de ser refém, principalmente porque eu tava com a minha mãe, entende?"

- "Evitar ir pra São Paulo porque o rapaz roda dois quarteirão, e já vê acidente".

- "Ah medo? Esses dias eu parei pra pensar assim, e eu comecei a sentir medo de nunca mais voltar a ser criança, porque eu gostei muito na minha infância. Sei lá, é bom a adolescência, (...) só que acho que não é a mesma coisa. Porque, pôxa, tinha tantas pessoas também que você tinha na infância e agora você não tem mais por perto, entende? Tenho medo também de perder as pessoas que eu gosto".

- "É eu também, eu tenho, gosto da infância, né, ai agora que vou (pra adolescência)...., mas eu tenho medo ainda .Porque minha mãe, ela separou do meu pai, eu tenho medo de perder ela (a mãe), eu acho que mais medo do que perder meu pai. Porque meu pai (...) Eu acho que eu não dou muito valor a ela, mas eu gosto muito dela (...). Assim, agora comigo eu não ligo, sabe, agora é para minha família (tenho medo de perder)".

- "Sei lá, meu medo é perder minha família, e tal, perder as pessoas que eu amo, perder as pessoas que você gosta. Ah, mas eu tenho minha mãe, minha avó, meu avô, meus tios, é família também, e principalmente meu namorado."

A violência é um fenômeno complexo que deve ser avaliado no meio familiar, escolar e grupal em que esse adolescente convive. O enfrentamento da violência exige uma participação ativa da sociedade, em geral, e do governo (federal, estadual e municipal), em particular dos próprios adolescentes, pois o contexto é amplo e necessita de parcerias para amenizarmos o problema social.

Veronese (1999) afirma que os adolescentes estão sujeitos a várias formas de violências: maus-tratos, violência psicológica, exploração de mão-de-obra, exploração e abuso sexual, negligência, ausência de escola, de moradia, de saúde e de atentados a cidadania. A família está inserida numa realidade política-socioeconômica, numa sociedade extremamente excludente, espoliadora, que tem dado pequena prioridade à questão social. Não se trata somente de erradicar a pobreza, mas de uma verdadeira política de emprego, de saúde, de moradia e principalmente de educação.

Centa & Stefanelli (1999) destacam que as causas que geram violência estão associadas ao uso de drogas e álcool, crime, traições, discriminação, marginalização, falta de dinheiro e até sem motivo, e afirmam que "violência gera violência".

Um dado relevante da exclusão social, no Brasil, são as crianças que moram nas ruas. Segundo Pauletti (2001, p.A1, A5)

a presença infantil nas ruas das mais importantes cidades brasileiras chega a ultrapassar, em algumas delas, a marca dos 50% da população dos sem-teto. Cidades como Porto Alegre e Curitiba, citadas como detentoras de ótimos índices de desenvolvimento humano, têm 46,4% e 50%, respectivamente, de crianças sem teto. O dobro do Rio de Janeiro, metrópole com muito mais problemas sociais, e que tem 23% de crianças vivendo na rua. Ou de São Paulo, com 5,9% no "centro expandido". Em Recife, a presença infantil nas ruas é de cerca de 30%. Mas Belém é a campeã com 87,5%.

A violência está presente na vida dos jovens e causa preocupação. Com isso os adolescentes expressam a relação intrínseca entre a violência e o uso/tráfico de drogas.

A banalização da violência está presente no cotidiano dos adolescentes e causa medo. Além de "crescer" significar para o adolescente: a perda, isto é, deixar de ter a segurança da infância que é a sua família.

Verifica-se que os adolescentes percebem a violência e não têm controle sobre ela, levando-os a se sentirem com medo sobre algo que não pode ser controlado por eles.

3.2.2. "O QUE É TER SAÚDE"

**SAÚDE É BELEZA,
TER ATIVIDADE FÍSICA,
TER BOA ALIMENTAÇÃO,
USAR PRESERVATIVO,
REEDUCAÇÃO POSTURAL.**

-"O negócio é malhar hein!"

-"Ah, ginástica. Pra manter a forma e ficar bem, andar bem, ter saúde."

-"Esportes. Porque, ah, vai pegando saúde, sei lá".

-"Eu? Faço muito pouco exercício. Ah eu jogo vôlei, ando de bicicleta e caminho, só isso".

- "Eu não pratico, eu só ando de bicicleta e pratico motocross".

- "Praticava umas atividades lá (na outra escola), fazia volei e futebol, mas agora não estou fazendo nada. Eu tô fazendo (só educação física) na escola".

- "Tenho preguiça (de exercício)".

- "Prá ter saúde tem que ser bonito por dentro e por fora, igual a feiticeira".

- "Só que ela (a feiticeira), deve comer bastante também, e bastante verdura pra não ficar doente".

- "Comer bastante verduras e legumes pra não ficar doente, né".

- "Bom, sei lá, eu não faço aqueles radicais não, mas é comer bastante verduras, e legumes".

- "Comer bem e pouco. É comer. Não comer besteira, porque o que adianta se eu comer só bolacha. Que adianta se eu ir a geladeira escolher um negócio. "miojo", achava que comendo "miojo" eu ia emagrecer e estava alimentada. Aí tirou o "miojo" e estou comendo arroz, feijão e verduras".

- "E o que adianta você não comer, eu prefiro comer e fazer exercício do que ficar sem comer".

- "Ah, mas vocês comem menos, eu como doce, como um monte de coisas (e sou magro)".

- "Comer bem é comer na hora certa".

- "Eu já sou diferente. Ah, se eu comer bastante eu também faço exercícios".

- "Eu já acostumei a comer pouco".

- "Tomo suco de todas as frutas menos de verduras, é até de folha, sei lá. Beterraba não, ieco!!!"

- "Tomo de tudo (sucos)".

- "É camisinha significa saúde né pra usar e não pegar doença".

- "Alguns usam (camisinha), eu uso".

- "Conheço um monte de gente, tem assim uma amiga de uma conhecida minha assim que ela transou com o namorado dela e eles não usaram camisinha, só que ele conseguiu controlar pra ele não gozar nela e ele conseguiu".

- "Ah, mas não assim, tem que também limpar o pênis. Eu acho que assim e ele colocar lá dentro de novo eu acho que não pega nada".

- "Ah, porque se ele tiver com alguma coisa, vai ficar do mesmo jeito, não importa se ele lavar antes".

- "Qualquer infecção (transmissível pelo sexo) que o homem tenha, passa nos dois".

- "Dá doença na mulher também?"

- "Gonorréia, nem sei que é isso aí, mas por exemplo passa a gonorréia pra mulher também?"

- "Mas aí também é perigoso, né? Por causa das DSTs".

- "E ele faz sem camisinha, aí é perigoso pegar uma Aids, não é?"

Ah, porque a professora falou... que se tiver com alguma doença, pois qualquer doença pega (através da relação sexual)".

- "Nada ver, fazer sexo com febre não dá certo! Ah porque ah, porque a professora falou que se tiver com alguma doença, qualquer doença, passa na relação - principalmente quando estiver com febre".

- "A postura. É importante né. Dá problema na coluna".

- "Aí quando eu tiver mais velho? Aí vem as doenças também".

- "Mesmo estando mais novo tem também, eu tenho".

- "Ah, quando eu vejo que eu , é, assim que eu tô, sem fazer nada assim, eu procuro, eu olho pra mim, e sento certo pra não dar problema na coluna".

A atividade física é referida pelos adolescentes como sendo importante para sua saúde. Nota-se que conhecem a importância do exercício físico, porém, não colocam em prática. Os adolescentes demonstraram saber a importância do uso de preservativos nas relações sexuais, como uma forma de proteção sua e do(a) parceiro(a) para evitar doença. Verifica-se uma preocupação dos adolescentes em relação à postura corporal, provavelmente por terem passado por situações de dores, que os levou a procurar ajuda do profissional de saúde. Em relação à alimentação observa-se que a saúde também está associada a uma alimentação balanceada, de alguma forma já receberam orientações e tiveram oportunidades de buscar atendimento na UBS, através da pediatra/hebiatra. Através das falas nota-se que os adolescentes vêem a saúde como beleza, isto é, o corpo bonito e esguio como as artistas de TV, isso nos possibilitou conhecer as idéias, mitos e valores que o grupo entende sobre saúde.

Este fato é entendido, visto que nesta fase da adolescência, os padrões de beleza ditados pela mídia e de estereótipos de perfeição física que o adolescente busca para si, numa fase da vida de intensas transformações biopsicossociais que estão vivenciando e que pode gerar angústia e insegurança, quanto a preocupação pelo corpo (SUPLICY, 1995).

No estudo foi detectado que o adolescente mantém constante preocupação com o peso, visando um ideal de beleza imposto pelo corpo magro, e não aceitação de seu corpo levando-o a se sentir marginalizado na sociedade, o que dificulta suas relações interpessoais (SANTOS, 1998).

Segundo Colli (1995, p.6)

O Ministério da Saúde e outras entidades estão preocupados com a elaboração de normas para atendimento de adolescentes, com ênfase na atenção primária, numa tentativa de instrumentar os profissionais de saúde para essa assistência (...). O Ministério da Saúde, através de suas Bases Programáticas identifica como áreas prioritárias na atenção ao adolescente: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde escolar adolescente, prevenção de acidentes, trabalho, cultura e lazer.

Segundo Kuschnir & Cardoso (1997, p.26),

a saúde é percebida como ausência de doença e como algo a ser comprado, não associa saúde e cuidados primários de saúde. Fato que pode explicar a grande dificuldade em se trabalhar com prevenção de doenças e manutenção da saúde.

Alguns adolescentes demonstram conhecer as informações básicas relativas à alimentação. Percebe-se que a maioria do grupo estava passando

por consultas na UBS, afim de emagrecer como um "modismo", dando importância para uma beleza corporal e não vendo a importância de um alimento balanceado para uma vida saudável sem prejuízos físicos ou para se evitar a doença.

Os adolescentes demonstraram saber a importância do uso de preservativos nas relações sexuais, como uma forma de proteção sua e do(a) parceiro(a).

Verifica-se que ainda existem algumas informações distorcidas que o adolescente reproduz e, muitas vezes, coloca em prática, além da falta de informações por parte da escola e da família; levando-os ao risco de adquirir doenças sexualmente transmissível, AIDS ou gravidez precoce.

Verifica-se uma preocupação dos adolescentes em relação à postura corporal, provavelmente por terem passado por situações de dores, que os levou a procurar ajuda do profissional de saúde.

3.2.3. "O PROJETO DE VIDA"

A terceira reunião do Grupo de Adolescentes teve como tema "O Projeto de Vida".

Projeto de vida é o caminho para a realização de um sonho. É o sonho em degraus, com metas, prazos e a consciência dos esforços e dos recursos a serem investidos na consecução de um objetivo de vida. Ele é o desenho do mapa, do roteiro a ser seguido, dos pontos de inflexão e das metas a alcançar [...]. Enquanto o sonho nasce do inconsciente, o projeto junta o

sonho com o caminho das possibilidades dado pela capacidade humana de prever (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2000, p. 51).

Portanto, para se analisar o projeto de vida, deve-se refletir qual o significado desta questão para o adolescente? Em um relato de experiência Maiorino & Neves (1997, p.131) referem que para se analisar o projeto de vida, deve-se refletir qual o significado desta questão para o adolescente? Em um relato de experiência Maiorino & Neves revelam que,

o projeto dos jovens não visa alterar a situação em que vivem seus pais e, por isto, não extrapola a realidade vivida atualmente. São jovens que parecem estar inseridos numa realidade que não permite sonhos ousados, mas que, associada com um bom trabalho, traga felicidade e realização pessoal.

Essa dialética entre sonho e projeto foi um dos objetos de avaliação da pesquisa e constatou que os alunos da classe mais alta afirmam com maior frequência saber como se encaminhar, e constatou um otimismo dos alunos sobre a sua capacidade de articular sonhos e projeto de vida.

As falas dos grupos focais mostraram que para os meninos das escolas particulares e das classes mais elevadas, os projetos se reportaram a um desejo de realização pessoal que passava pela formação universitária, acumulação de capital, tempo de ócio, capacidade de amar, ser amado e ser feliz (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2000).

Os jovens de escolas públicas também apresentavam seus projetos de vida, expressos em conquistas mais humildes diante das possibilidades oferecidas no seu dia-a-dia. Seus planos apresentavam uma busca da concretização de direitos básicos, como garantir um mínimo de escolaridade, ter uma casa, um emprego ou constituir família (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2000).

Esta pesquisa da Fundação Osvaldo Cruz (2000) apontou a necessidade dos jovens estudarem muito, especialmente informática e línguas, porém também chamaram atenção para atitudes fundamentais como querer-ser, autoconfiança, autodeterminação, responsabilidade e perseverança. Em relação a escala de valores realizadas com jovens nos últimos anos, apontam que a família ocupa um lugar central como ambiente social nos planos do futuro deles, seguida da escola; a religião também fortemente ressaltada pelos jovens (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2000).

CASAMENTO

- "Eu acho que eu morro de medo de casar com um cara que eu não goste... eu vejo a minha família 'disturbinando' assim em casa e me arrependo, eu morro de medo".

- "Eu gostaria de morar sozinha para ter mais liberdade, para fazer aquilo que eu quero, gosto de viver sem limite, e eu também quero casar e ter

filhos (...). Ter 100% de liberdade, liberdade de sentir, de pensar, de gritar, liberdade de expressão sobretudo".

-"Quero casar virgem".

-"Quero casar... alguém que a gente ame e que ame a gente".

-"Eu acho que casamento é uma barra mesmo... tem que ter, muito amor das duas partes e fidelidade também".

A atitude do jovem está intimamente relacionada com a qualidade de interação que ele tem e que pode interferir positiva ou negativamente no convívio dele e do grupo social (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2000).

Percebe-se a atitude negativa da relação de seus familiares influenciando suas expectativas futuras de um convívio a dois.

ESTUDAR

-"Meu sonho é fazer faculdade de Ciências da Computação, depois de terminar o colegial".

-"Eu gostaria de fazer um curso de enfermagem e conhecer muita gente".

-"Eu quero ser vocalista de uma banda de rock... eu vou fazer faculdade de música, aperfeiçoar a técnica. Eu pretendo fazer primeiro uma faculdade onde eu possa trabalhar e ganhar um dinheiro a mais para eu poder pagar essa faculdade de música ..."

-“Eu acho que eu vou fazer filosofia aqui em Marília, aí mais pra frente comprar ou alugar um apartamento no Rio de Janeiro, morar sozinha e fazer uma faculdade ...”

Percebe-se a preocupação dos adolescentes em relação ao estudo para uma melhor qualidade de vida em relação ao campo de trabalho.

Na pesquisa realizada os jovens de escolas do ensino fundamental relatam a preocupação com o trabalho, sendo o estudo uma forma de conseguir um bom espaço no mercado de trabalho (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2000).

A meta de alguns adolescentes do grupo é cursar uma faculdade, expressando uma perspectiva de futuro.

TRABALHO

-“Eu acho que São Paulo é bom pra quem quer subir na vida...se você quer subir na vida aqui em Marília é puxando o tapete de um e de outro, eu penso assim”.

-“Penso em trabalhar para ajudar em casa”.

-“Eu acho que a profissão tem que estar dentro do mercado de trabalho porque também tem que pensar no futuro, não adianta você fazer uma coisa que você adora hoje, mas que não dá dinheiro”.

O trabalho é expresso pelos adolescentes em termos de sobrevivência e mesmo como forma de ascensão social.

Para os autores,

O desemprego tem sido apontado como uma das maiores questões sociais dos últimos tempos. As novas formas de organização do trabalho têm provocado senão a expulsão ao menos a superexploração da força de trabalho nos mercados de todo o mundo (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2000, p.57).

Nos depoimentos dos jovens principalmente os que se aproximam de concluir 18 anos, revelam as dificuldades de entrar no mercado, o desemprego, a esperança de conseguir um emprego, o desafio de conciliar possibilidades de escolha de trabalho e o salário que permita uma vida digna (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2000).

GRAVIDEZ & FILHOS

- "Ter meu filho, morando sozinha, não precisando de pai nenhum, sei lá (...) quando eu tiver mesmo precisando do pai, aí eu peço pensão pra ele".

- "Bom, meu projeto do futuro é que eu gostaria de ter muitos filhos, este é meu grande sonho".

- "Eu acho que pra existir um filho tem que existir amor... porque é para sempre, filho não é pra um, dois, três ou quatro anos, é pra sempre".

- "Eu quero criar meu filho sozinha (...) pra ter liberdade também (...) marido pega muito no pé".

- "Eu gostaria de ter um filho. O filho às vezes é mais importante que o marido. O marido não é tão necessário".

A gravidez na adolescência é um grave problema no Brasil, que acentuou-se na última década, com profundas repercussões para a jovem mãe e seu filho.

Segundo Takiuti (2001, p.99)

os estudos demonstram que 40% das mães adolescentes voltam a engravidar após 36 meses da primeira gestação. Em 1991, o Programa Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo realizou o estudo (...), e verificou que 28% engravidam nos primeiros meses da atividade sexual, 70% não usaram método anticoncepcional na primeira relação, embora 80% soubessem poder engravidar (...) a busca da identidade leva ao questionamento dos padrões familiares adultos, podendo a proposta de rebeldia envolver riscos relacionados ao exercício da sexualidade. Nas adolescentes, o desejo de engravidar está presente, consciente ou inconscientemente.

Nota-se nas falas dos adolescentes esse desejo de engravidar e ter filhos, porém, não projetam a formação de um núcleo familiar, provavelmente trazendo marcas de seu cotidiano, não valorizando o papel do pai na formação e educação de seu filho.

CIDADANIA

- "Eu quero assim, um cara que respeite a minha opinião e que me dê uma liberdade, que tenha confiança em mim...que não me tire dos meus amigos".

- "Eu acho que tem que ter direitos iguais, porque eu acho que a sociedade que a gente vive é muito machista (...) eu acho assim, uma injustiça,

eu não quero um marido assim não, de jeito nenhum (...) muitas vezes as mulheres têm culpa porque a sociedade é machista (...) elas ficam lá pilotando fogão em vez de trabalhar, ela quer fazer tudo pelo marido, no fim leva fumo então às vezes é até a mulher que faz assim, é do mundo dela, é um mundo machista, ela tem que se valorizar mais".

-"Acho que a mãe tem que ensinar direitos iguais, não digo que ela tem que ensinar que a mulher é tudo e diminuir o homem lá embaixo não, mas eu acho que tem que ter direitos iguais".

Observa-se que os adolescentes referem a importância da igualdade entre homens e mulheres, porém não se posicionam, ou mesmo, talvez não tenham conhecimento em relação ao Estatuto da Criança e do Adolescente. Seus familiares têm papéis diferentes na questão de gênero – a mulher toma conta da casa e cuida dos filhos, o pai trabalha fora; o filho tem liberdade em relação aos horários e não realiza, em geral, tarefas domésticas. A filha tem que auxiliar nos cuidados com a casa, além de ter restrição no horário de lazer. Tais fatos refletem a posição do pai e da mãe no seu meio familiar. Os jovens questionam a posição assumida pelos pais.

Nas três reuniões temáticas surgiram temas que os adolescentes gostariam que fossem abordados em outras reuniões, tais como, sexo; problemas da sociedade (fome, estupro, armas, desemprego, violência, moradia e morte); drogas e aids; gestante adolescente; métodos contraceptivos e preventivos; família; namoro; casamento; escolas; amigos e lazer.

Alguns destes temas foram discutidos durante reuniões extraordinárias, solicitadas por eles, pois o vínculo formado pelos participantes do grupo, fez com que esse grupo continuasse se reunindo semanalmente ou quinzenalmente durante mais oito meses, inclusive com reuniões de lazer no bosque municipal, elaborações de um roteiro de teatro, encontros educativos para discussão de temas propostos por eles (droga e álcool, métodos contraceptivos, alimentações e regimes), além da prevenção contra o câncer do colo uterino e mama (coleta do exame Papanicolau e auto-exame das mamas).



Fonte: CÂNDIDO PORTINARI. O lavrador, 1939, óleo s/ tela, 100x81cm (Col. MASP). A cor na arte brasileira: 27 artistas representativos, Volkswagen do Brasil, 1982, p. 59.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consciência do mundo, que inviabiliza a imutabilidade do mundo.

A consciência do mundo e a consciência de mim me fazem um ser não apenas no mundo mas com o mundo e com os outros.

Um ser capaz de intervir no mundo e não só de a ele se adaptar.

É neste sentido que mulheres e homens interferem no mundo enquanto os outros animais apenas mexem nele.

É por isso que não apenas temos história, mas fazemos a história que igualmente nos faz e que nos torna portanto históricos (Freire, 2000).

A proposta inicial deste estudo foi a de conhecer o projeto de vida de um grupo de adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes de uma Unidade Básica de Saúde, em Marília, sob a perspectiva da promoção à saúde.

Através da metodologia empregada podemos concluir que o papel da família, do profissional da saúde e da educação são de primordial importância, visto que, estão presentes na vida cotidiana desses adolescentes.

Observamos que as principais características deste grupo eram: faixa etária de 14 a 18 anos, sendo a maioria do sexo feminino, estudantes do ensino fundamental, não trabalhavam, namoravam, eram solteiros e a maioria vivia em uma família nuclear, porém oriundas de famílias com baixa renda.

Durante as atividades no grupo educativo, percebemos que os adolescentes refletiam sobre o que é ser adolescente, suas atitudes em relação à saúde e ao seu projeto de vida. Essa reflexão foi sendo elaborada melhor durante as participações no grupo educativo, no qual foram utilizados os pressupostos teóricos de Paulo Freire, que propõe uma apropriação da realidade por parte dos sujeitos envolvidos nos processos de aprendizagem, buscando a construção de uma visão crítica, que possibilite a intervenção na realidade concreta.

Percebemos através das atividades em grupos, observações grupais e individuais que os adolescentes muitas vezes reproduzem atitudes ou o “modo de pensar” trazidos do modelo que ele vivencia em seu âmbito familiar, visto que reforça as deficiências que a própria família não conseguiu superar, principalmente em relação a gravidez precoce e ser mãe solteira. Porém, nota-se que em relação ao estudo que muitos adolescentes pensam e até se esforçam em adquirir uma posição no ensino superior ou profissionalizante, visto que seus pais não tiveram oportunidades de avançar nos estudos, não usando portanto o referencial dos mesmos. Provavelmente as dificuldades financeiras da família fazem com que os adolescentes percebam com maior nitidez suas possibilidades de “mudança de vida”, através da permanência na escola, e busquem recursos para capacitar-se e ter a possibilidade de um futuro “menos sofrido” do que o vivenciado pela família.

Constatamos que o Grupo educativo propiciou o fortalecimento dos adolescentes pela formação do vínculo entre seus integrantes. A partir daí

percebeu-se que grupo agia de forma mais efetiva, apresentando propostas de trabalho pertinentes ao lazer, esporte, palestras, cultura e curso profissionalizante. A importância deste grupo para os adolescentes pode ser percebida pelo fato dele permanecer em atividade por mais oito meses após o término do trabalho. As reuniões foram interrompidas pela transferência da pesquisadora para outra Unidade Básica.

É imprescindível que os profissionais de saúde e de educação tenham ideais comuns para que juntos possam contribuir na capacitação e elaboração de um projeto de trabalho abrangendo escolas, UBS, pais e a comunidade. As políticas públicas pertinentes aos adolescentes devem ser implementadas nas diferentes regiões do país, garantindo a eles, seus direitos, principalmente impedindo o trabalho infantil, a drogadição e a prostituição,

Devem ser disponibilizados espaços para a realização de atividades de lazer; assim como o oferecimento de cursos extra-escolares como línguas e informática; além de cursos profissionalizantes aos interessados; ambientes de estudos de reforço escolar; atividades esportivas, espaço aberto para os adolescentes se reunirem nas escolas e UBS principalmente nos finais de semana, para discussão de assuntos relativos ao seu cotidiano, suas dúvidas. A edição de um jornal dos adolescentes para o bairro, contribuindo como multiplicadores de saúde em suas reflexões pertinentes ao seu futuro, é uma proposta interessante.

Os pais também necessitam ter um espaço no qual possam discutir suas dificuldades em lidar com seu filho, tanto na escola como na UBS,

contribuindo assim, para facilitar o convívio com eles, o vínculo, e diminuindo os riscos pertinentes ao uso de drogas, à violência e a gravidez precoce.

Constatamos que as idéias de Freire utilizadas na realização dos grupos educativos possibilitaram ao adolescente perceber e analisar seu cotidiano, propiciando-lhe a oportunidade de refletir sobre seu modo de vida “de ser e pensar”. O trabalho com os adolescentes à luz das idéias de Paulo Freire proporcionou um avanço na construção de conhecimentos e práticas voltadas a promoção da saúde, visando um processo de transformação imbricado com a sociedade.

Tendo como referência os pressupostos de Freire, a situação vivenciada hoje pelos adolescentes não deve ser encarada como uma situação definitiva, deve-se romper com “certas verdades” pré-estabelecidas, e reverter as condições desfavoráveis em que grande parte da população vive hoje no Brasil e, em particular, as crianças e os jovens, expostos em seu cotidiano às drogas, à violência, à gravidez precoce, à prostituição e a exclusão social.

Concordamos com a proposição de Buss (2000b, p.166) em relação a promoção da saúde que deve ser trabalhada “(...) a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas (...)”, envolvendo indivíduos e coletividade; além do governo municipal, estadual e federal, contando com a participação da sociedade civil.

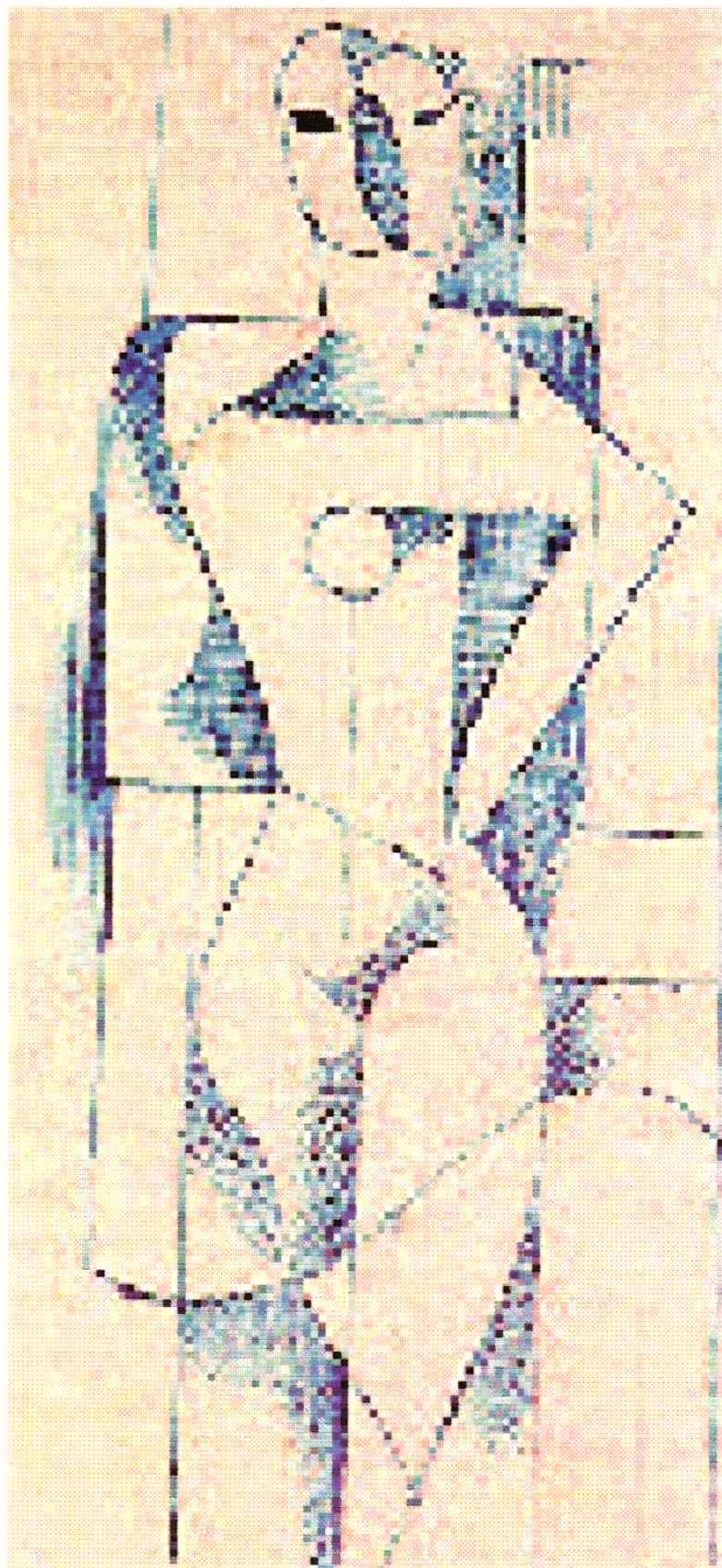
A transformação social ocorrerá a partir do momento em que os jovens resolverem enfrentar seus problemas e buscar soluções também no espaço “íntimo” dos grupos, para que refletindo sobre sua realidade, e

conhecendo-a, possam construir sua autonomia, conduzindo seus projetos em direção a uma ação política, visando uma sociedade mais justa, igualitária, participativa e responsável.

A existência, porque humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, com que os homens transformam o mundo. Existir, humanamente, é “pronunciar” o mundo, é modificá-lo. O mundo “pronunciado”, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar. Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. Paulo Freire (2000)

5. SUMMARY

The present study has the purpose of acknowledge the project of life of a group of adolescents from a Basic Health Unit, at the city of Marilia, São Paulo state, through the health promotion viewpoint. The qualitative method was adopted with its proper tools of semi-structured interview and the educational group throughout the participant observation. The theoretic proposals by Paulo Freire was adopted to construct a critical conceptualization of the adolescent's group for supporting them in its citizenship development. Initially an individual interview was performed and so it was made three meetings in group with the following themes: what is to be an adolescent?; what is to be health? and what is the project of life? The analysis was performed based on the Freire's theoretic proposals and the thematic analysis. The meetings gave the adolescents the possibility to mind about its quotidian and them project of life. The basic social politics - health, education, job - that maintained the lifestyle status allowing feeding, housing, health access, good job and resting was found far away from its reasonable in current politics context. It was founded that the adolescents have a project of life but, the difficulties to reach its objective persists in the form of individual, familiar and a series of adverse situations supported by them everyday. According with Freire's thoughts the adolescents will growth by fighting against the opposite forces throughout political actions conduced to changing the undesirable conditions based on an auto-reflexive process.



Fonte: ISMAEL NERY. Casa III, 1929, caneta s/ papel pautado, 16,3 x 6,2cm (Col. Willys de Castro – Hércules Barsotti, SP). Casa das Artes Galeria, 1996, p. 17

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. O adolescente e a liberdade. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. (Ed.) **Adolescência normal**: um enfoque analítico. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. p.13-23.
- ALVES, E.D.; SERRA, A.S.; COSTA, L.A.T.; MATOS, D.G. Promovendo e cuidando da saúde do adolescente em Brasília no Distrito Federal: relato de experiência. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.1, n.1, p. 39-46, jan./jun. 1996.
- ARAUJO, E.G.; NUNES, M.L.G. Atos & atores: o lúdico na educação e saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**. v. 49, n. 3, p. 459-474, jul./set. 1996.
- AYRES, J.R.C.M. Cidadania, vulnerabilidade e prevenção de HIV/AIDS. In: PINTO, T.; TELLES, I.S. (Org.) **AIDS e escola**: reflexões e propostas do EDUCAIDS. São Paulo: Cortez, 2000. p.21-28.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR, I. Saúde do adolescente. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B.(Org.) **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 67-95.
- BAENINGER, R. Demografia da população jovem. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. (Org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, 1999. p. 19-29.
- BAPTISTA, M.N. **Depressão e suporte familiar**: perspectivas de adolescentes e suas mães. 1997. 124f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- BARROS, R.P.; SANTOS, E.C. As conseqüências de longo prazo do trabalho precoce. In: FAUSTO, A. ; CERVINI, R.; (Org.) **O trabalho e a rua**: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996. p.56-61.
- BERBEL, N.A.N. A metodologia da problematização e os ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita. In: BERBEL, N.A.N (Org.). **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: Editora UEL, 1999. p. 1-28.
- BERQUÓ, E. (Coord) **Jovens no Brasil**: diagnóstico nacional. Brasília: CNPD, 1997. p.57-61.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução a teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1997. 336p.

BRASIL, Ministério da Saúde; Ministério da Criança. Projeto minha gente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**: bases programáticas. Brasília, 1996a. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da saúde**: declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1996b. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. A adolescente grávida e os serviços de saúde no município. 2. ed. **Brasília**: 2000a. 31p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira**: construindo uma agenda nacional. Brasília, 2000b. 22p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da saúde**: declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, e rede dos megapaíses e México. Brasília, 2001. 112p.

BRUM, Z. P.; PEREIRA M.A. Educação em saúde enfocando higiene, sexualidade e drogadição junto aos meninos de rua na faixa etária de 11 a 14 anos. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.49, n.3, p.333-342, jul./set. 1996.

BUENO, S.M.V. Identificação dos problemas de sexualidade, DST, AIDS e drogas com diretores de escolas de primeiro e segundo graus: contribuição de uma pesquisa/ação nessa área. **DST: J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Niterói, v.9, n.2, p. 19-35, 1997.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMPOS, M.; SOUSA, V. O Voluntariado como forma de protagonismo juvenil. In: SHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. (Org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, 1999. p.80-85.

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M.G.C.; GOMES, R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.2, p.18-24, abr. 2000.

CENTA, M.L.; STEFANELLI, M.C. Tentando compreender o significado da violência para adolescentes. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 418-426, maio/ago. 1999.

CERVINI, R.; BURGER, F. O menino trabalhador no Brasil urbano dos anos 80. In: FAUSTO, A.; CERVINI R.; (Org.). **O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80**. São Paulo, Cortez, 1996. p.17-44.

CHAUÍ, M. O mundo da prática. In: _____. **Convite à filosofia**. 10. ed. São Paulo: Ática, 1998. p.288-440.

COCCO, M.I.M. Práticas educativas em saúde e a construção do conhecimento emancipatório. In: BAGNATO, M.H.S.; COCCO, M.I.M.; De SORDI, M.R.L. (Org.) **Educação saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares**. Campinas: Editora Alínea, 1999. p. 63-70

COLLI, A.S. Saúde do adolescente. **Rev. Med. (São Paulo)** São Paulo: v. 74, n. 1, p. 2-7, jan./jul. 1995.

COLLI, A.S. Crescimento e desenvolvimento físico. In: São Paulo (Estado) Secretaria de Estado da Saúde. Comissão de Saúde do Adolescente. **Adolescência e saúde**. São Paulo: Pane Editorial, 1999. p.43-57.

CORREA, A.C.P. A enfermagem brasileira e a saúde do adolescente. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R.G. (Org.). **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto Acolher, 2000. p. 63-67.

COSTA, D.D.G.; LUNARDI, V.L. Enfermagem e um processo de educação sexual com adolescentes de uma escola pública. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.2, p.46-57, maio/ago. 2000.

DENADAI, R.C.; FISBERG, M.; MEDEIROS, E.H.G.R. Cocaína e crack: o adolescente e o risco das drogas. **Pediatr. mod.**, São Paulo, v. 36, n. 11, p. 762-770, nov. 2000.

DRAIBE, S.M. Por um esforço da proteção à família: contribuição à reforma dos programas de assistência social no Brasil. In: KALOUSTIAN, S.M. (Org.). **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 1994. p.109-131.

EID, R.M.R.; FISBERG, M.; MEDEIROS, E.H.G.R. O trabalho infantil. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v.36, n.11, p. 750-755, nov. 2000.

FERRARI M.; KALOUSTIAN, S.M. Introdução . In: KALOUSTIAN, S.M. (Org.) **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 1994. p.11-8.

FERREIRA, M.A.; LISBOA, M.T.L.; ALMEIDA FILHO, A.J.; GOMES, M.L.B. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: uma questão de cidadania. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M; NITSCHKE, R.G. (Org.). **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto Acolher, 2000. p. 68-72

FERRÉZ. **Capão pecado**. 2. ed. São Paulo: Labortexto Editorial, 2000. 172p.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Editora Moraes, 1980. 102p

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 14.ed. São Paulo: Paz e Terra. 1996, 165p.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 23. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999. 79p.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Unesp, 2000. 134p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde "Jorge Careli". **Avaliação do processo de implantação e dos resultados do "programa cuidar"**. Rio de Janeiro, 2000. 188p.

GOLDANI, A.M. As famílias no Brasil contemporâneo e o mito da desestruturação. **Cadernos Pagu**, v,1, p.67-110, 1993.

GOMES, R. A violência social em questão: referenciais para um debate em saúde pública. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 93-100, abr. 1997.

GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P.; NJAINE, K. Prevenção a violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 171-181, 1999.

GREGORI, J. Família e direitos humanos. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.2, p.31-38, 1999.

GÜNTHER, I. A. Adolescência e projeto de vida. In: SHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. (Org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, 1999. p.86-92.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Contagem populacional. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 12 set. 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Contagem populacional. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 8 out.. 2001.

JESUS, M.C.P. O significado da educação sexual na relação pais/adolescentes. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 3, p. 455-468, jul./set., 1999.

KUSCHNIR, M.C.C.; CARDOSO, M.H.C.A. Adolescentes: saúde doença e risco. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v.7, n.2, p. 22-31, jul./dez. 1997.

LEONE, C. A criança, o adolescente e a autonomia. **Bioética**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 51-54, 1998.

LEVISKY, D.L. Aspectos do processo de identificação do adolescente na sociedade contemporânea e suas relações com a violência. In: LEVISKY, D.L.; (Org.) **Adolescência e violência: consequências da realidade brasileira**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.17-29.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. p.11-24.

LUZ, A.M.H. **Mulher adolescente: sexualidade, gravidez, maternidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999. p.13-28.

MANZINI-COVRE, M.L. **O que é cidadania**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995. 78p. (Coleção primeiros passos, 250).

MAIORINO, F.T.; NEVES, L.C.M. Quem eu quero ser quando crescer: uma sistematização sobre o projeto de vida de jovens. **Psicologia Rev.**, São Paulo, v. 5, s.n., p.131-139, 1997.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. Programa da Saúde da Criança. FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. Projeto UNI - FAMEMA. Reestruturação do Modelo Técnico Assistencial. Santos: Consultoria tAuditoria e Planejamento, 1998. v.2, p.33-41.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Marília. **Programa Municipal de Direitos Humanos**. Marília, 1999. 22fls.

MAURÁS, M.; KAYAYAN, A. Apresentação In: KALOUSTIAN, S.M. (Org.). **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 1994. p.9-11.

MCLAREN, P. **A vida nas escolas: uma introdução à pedagogia crítica nos fundamentos da educação**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 353 p..

- MCLAREN, P. Um legado de luta e de esperança. **Pátio**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 10-13, ago./out., 1997.
- MILANI, F.M. O adolescente, a família e a escola: uma visão integrada. In: CONGRESSO NACIONAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE, 1, 1991. Rio de Janeiro, **Anais...** Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina, 1991. p. 389-402.
- MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.7-32, 1999.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 269p.
- MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 7-18, 1994.
- MIOTO, R.C.T. Famílias hoje: o começo da "conversa". **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 211-219, maio/ago. 1999.
- MONTEIRO, A.; LEAL, G.B. **Direitos humanos um compromisso de todos**. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1997. 48p.
- MUNARI, D.B.; MEDEIROS, M.; SILVA, M.R.; D'ORO A.C.D'. A.O. Desenvolvendo a orientação sexual com adolescentes. **Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum.** São Paulo, v. 6, n. 1/2, p. 87-95, jan./dez. 1996.
- OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. Adolescência como um constructo social. **Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum.**, São Paulo, v.7, n.2, p. 12-21, jul./dez. 1997.
- OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y.; GEJER, D. Adolescer e adoecer: o perfil de saúde-doença de adolescentes de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.1, p. 15-25, jan. 1997.
- OLIVEIRA, M.A.F.C.; BUENO, S.M.V. Comunicação educativa do enfermeiro na promoção da saúde sexual do escolar. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.3, p.71-81, jul. 1997.
- PASSETTI, E. Crianças carentes e políticas públicas. In: PRIORE, M.D (Org.). **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999. p.347-375.

PAULETTI, G. Crianças são maioria nas ruas: Porto Alegre e Curitiba tem mais menores sem-teto que Rio e São Paulo. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, 20 set. 2001. p. A1, A5.

PEREIRA, A.C.A. Falta de limites na infância: repercussões na adolescência e vida adulta. **Pediatria Mod.**, São Paulo, v.33, n.3, p. 118-121, mar. 1997.

PETRUCELLI, J.L. Nupcialidade. In: KALOUSTIAN, S.M. (Org.). **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 1994. p.159-171.

PETRY, S. Gravidez precoce diminui qualidade de vida. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 6 maio, 2001. Caderno Cotidiano, p.C5.

PIMENTEL, S. Direito e gênero: uma abordagem latino americana In: DI GIORGI, B. (Ed.) **Direito, cidadania e justiça**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995. 288p.

PRIORE, M.D. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a colônia e o império. In: PRIORE, M.D. (Org.), **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999. p.85-106.

RIZZINI, I. Pequenos trabalhadores do Brasil. In: PRIORE, M.D. (Org.), **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999. p.378-406.

ROCHA, C.R.M. Uma experiência de trabalho com adolescentes em atenção primária a saúde. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M; NITSCHKE, R.G. (Org.). **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto Acolher, 2000. p. 160-167

SANTANA, J.S.S. O processo de exclusão de adolescentes no Brasil: sua origem na infância desvalorizada. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M; NITSCHKE, R.G. (Org.). **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto Acolher, 2000. p. 15-36

SANTOS, R.M.M.; LIMA, D.R. As drogas, o café e os jovens. **Pediatr. Mod.** São Paulo, v. 33, n. 3, p. 128-135, mar. 1997.

SANTOS, M.F. **O sentido de existir de adolescentes que se percebem obesos**: Uma abordagem à luz Merlau-Pointy. 1998 210f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- SERRA, A.S.L.; CANNON, L.R.C. Pelo andar se faz um caminho: uma proposta metodológica de educação em saúde para adolescentes. In: SHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. (Org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, 1999. p.276-288.
- SERRA, A.S.L.; MOTA, M.S.F.T. Adolescentes promotores de saúde. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M; NITSCHKE, R.G. (Org.). **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto Acolher, 2000, p. 56-60
- SILVA, C.V.; ZEITOUNE, R.C.G. A prática de cuidar/cuidado a saúde dos adolescentes em Unidade Básica de Saúde. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M; NITSCHKE, R.G. (Org.). **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto Acolher, 2000. p. 168-175.
- SONG, L.Y.; SINGER, I.; ANGLIN, T.M. Violence exposure and emotional trauma as contributors to adolescents' violent behaviors. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, Chicago, v. 152, n. 6, p. 531-536, jun. 1998.
- SUCUPIRA, A.C.S.L. Repensando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial. **RAP: Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 61-78, mar./abr. 1998.
- SUPLICY, M. Sexo se aprende na escola. São Paulo: Olho D'água, 1995. 120p.
- TAKIUTI, A.D. **Utopia?** Análise de um modelo de atenção integral à saúde do adolescente no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. Rio de Janeiro: Artes e Contos, 2001. 152p.
- TORRES, R.N. ¿Que paso en el foro mundial de la educacion?. Dakar, 2000. Disponível em: <www.franesis.org>. Acesso em 8 out. 2001.
- TRABALHO INFANTIL: governo lança programa nacional de erradicação. **Revista Fundacentro**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 14-19, set. 1997.
- UBEDA, E.M.L. **Programa de atendimento à saúde do adolescente: a percepção dos atores sociais envolvidos**. 1996 206f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina Universidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- VERONESE, J.R.P. Criança, família e violência: a necessária formulação de políticas públicas. **Texto & Contexto Enfermagem**. v.8, n.2, p.115-25, 1999.

VICENTE, C.M. O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo. In: KALOUSTIAN, S.M. (Org.) **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, 1994. p.47-59.

WEAVER, K.; MADDALENO, M. Youth violence in Latin America: current situation and violence prevention strategies. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v.5, n. 415, p. 338-343, abr./mayo, 1999.

ZAPPA, A.A.; JUKEMURA, R.; FISBERG, M.; MEDEIROS, E.H.G.R. Estatísticas e epidemiologia da violência: Estatuto da Criança e do Adolescente. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v. 36, n. 11, p. 736-742, nov. 2000.

7. ANEXOS

ANEXO I - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Um olhar do adolescente para a vida: Promoção à saúde em Unidade Básica de Saúde .

Responsável pela Pesquisa: Cristina Peres Cardoso

Orientadora da Pesquisa: Prof^a. Dr^a. Maria Inês Monteiro Cocco

Nome do adolescente: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Como enfermeira e docente da FAMEMA, tenho me interessado pela saúde e necessidade dos adolescentes. Este interesse motivou a realização do projeto de mestrado.

Tal projeto tem por objetivo caracterizar o adolescente que busca atendimento médico, identificar suas necessidades relatadas e ao final propor estratégias para um melhor atendimento ao adolescente em UBS. Para isto, necessito da colaboração de adolescentes, no sentido de participar de 1 (uma) reunião individual e 4 (quatro) reuniões grupais, para discutir os interesses e as necessidades do adolescente.

Posso assegurar que você não será identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações. A identificação dos sujeitos será preservada no caso de publicação de qualquer material sobre a pesquisa e os nomes serão alterados. Para facilitar o registro e análise do material, as reuniões serão gravadas com a permissão dos sujeitos expressa por este contrato. A coleta deste material se dará na sala de reunião da UBS da Nova-Marília.

Estarei a sua disposição para os esclarecimentos e orientações sempre que tiver dúvidas ou isto se fizer necessário.

Posso lhe assegurar ainda, que os procedimentos da pesquisa não implicam em riscos ou desconforto. Contudo, caso você se sinta desconfortável poderemos conversar sobre o assunto e você poderá interromper sua participação.

Eu, _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar, com a autorização do responsável: _____, RG _____

DATA ____/____/____

ass. do adolescente

ass. do responsável

ass. do pesquisador

ANEXO II - ENTREVISTA INDIVIDUAL

A - IDENTIFICAÇÃO

- 1 - Nome (somente o 1º nome): _____, sexo ()m ()f. idade _____ anos
- 2 - Estado civil: ()casado ()solteiro ()outro _____
- 3 - Você tem filhos? _____ você já engravidou alguma vez? _____
- 4 - Escolaridade ()1º grau incompleto, ()1º grau completo, ()2º grau incompleto, () 2º grau completo, () não estuda () Outros _____
- 5 - Você trabalha: () não () sim. Número de pessoas que trabalham na casa, exceto você _____
- 6 - Com quem você mora? _____
- 7 - Que bairro você mora? ()residencial ()habitacional ()favela ()cortiço ()outros _____
- 8 - Religião: _____

B - CONTEXTO DE VIDA DO ADOLESCENTE

1. Habitação e Hábitos:

- 1.1 - Tipo de moradia: ()tijolo, ()madeira, ()outro _____
 - 1.2 - Número de cômodos: ()cozinha, ()banheiro, ()quarto, ()sala, () outros _____
 - 1.3 - Saneamento básico: ()esgoto, () água encanada, () luz elétrica, () coleta de lixo.
 - 1.4 - Tempo que reside nesta casa: _____ anos.
 - 1.5 - Você ()fuma, ()bebe, ()usa drogas, () nenhuma das anteriores
- Observações: _____

2. Relacionamento:

- 2.1 - Você tem pais? _____ Como se relaciona com eles? _____
 - 2.2 - Você tem irmãos? _____ Como você se relaciona com eles? _____
 - 2.3 - Você tem amigos: ()sim, ()não. Como é o seu relacionamento com os amigos? _____
 - 2.4 - Você fica? ()sim () não. o que é ficar para você? _____
 - 2.5 - Você tem namorado(a) : ()sim, () não. Como é o seu relacionamento? _____
 - 2.6 - Você tem relação sexual? Desde que idade? Tem problemas no ato sexual? Sente prazer? Você se previne? Como? Já fez algum exame de prevenção de doenças sexualmente transmissível? Teve alguma doença sexualmente transmissível? _____
- Observações: _____

3. Lazer:

- 3.1 - Você gosta de passear? _____
- 3.2 - Quais os tipos de lazer que você gosta semanalmente: () igreja, () cinema, () clube, () bares, () casa de amigos, () parque de diversão, () futebol, () pesca, () dança, () outros _____
- 3.3 - Pessoas que o acompanham no lazer: () mãe, () pai, () namorado(a), () irmãos, () avós, () primos, () tios () amigos, () outros _____
- 3.4 - O que o seu bairro oferece de lazer? Qual a sugestão? _____

4. Trabalho:

- 4.1 - Faz tempo que trabalha? _____
 - 4.2 - Em que tipo de trabalho? _____
 - 4.3 - Como é o seu desempenho no trabalho? (local, relacionamento, horário) _____
- Observações: _____

5. Escolaridade:

5.1 - Como é o seu desempenho na escola? (local, relacionamento, horário) _____

Sugestões _____

Observações: _____

C - QUEIXAS

1 - Qual o motivo de ter vindo hoje ao Posto de Saúde? _____ Há quanto tempo? _____

2 - Você já teve alguma doença ou problema anterior? _____

3 - Quando adoece onde procura ajuda? (hospital, posto de saúde, benzedeira, farmácia) _____

4 - Você procura o posto de saúde frequentemente? _____ Tem acompanhante? _____

5 - Fez tratamento anteriormente? _____ Para quê? _____ Já foi internado? _____

6 - Alguém da sua família tem doenças ou problemas? (diabetes, hipertensão, alcoolismo, câncer e outros) _____

D - OUTRAS OBSERVAÇÕES QUE O ADOLESCENTE DESEJARIA FAZER

ANEXO III - AGENDA NACIONAL

A agenda deverá promover:

- O conhecimento do jovem sobre seus direitos e deveres para com a família, a comunidade e a sociedade em geral;
- A criação de um ambiente de apoio e segurança na família, na escola e na comunidade;
- A participação do adolescente e do jovem nas tomadas de decisão da família e da comunidade;
- A adoção e o reforço de modelos positivos para o desenvolvimento da juventude;
- O acesso à cultura e ao lazer, pelo subsídio de eventos artísticos, desportivos e de lazer;
- A orientação dos pais sobre o processo da adolescência, bem como sobre as principais necessidades dessa fase e aconselhamento para os momentos de crise;
- A participação dos pais nas tomadas de decisão da escola;
- A expansão do acesso à educação e à capacitação profissional;
- A oferta de oportunidades de obtenção de renda para famílias de adolescentes e para os jovens, facilitando sua permanência na escola, tornando-os menos vulneráveis à exploração e a toda sorte de abusos;
- Estratégias para diminuir a repetência e o abandono da escola, ampliando o horário de permanência na escola, que deve ser preenchido com atividades esportivas, culturais e de lazer;
- A oferta de informação sobre saúde e educação sexual para o desenvolvimento das habilidades necessárias para o jovem se manter saudável;
- A proteção à saúde de adolescentes grávidas e de mães adolescentes e seus filhos;
- Favorecer o aleitamento materno de mães adolescentes no trabalho e na escola;
- Favorecer a permanência e a reintegração de pais de adolescentes à escola;
- A expansão do acesso aos serviços de saúde humanizados e receptivos às demandas específicas da população jovem;
- A discussão na sociedade sobre o direito do adolescente Ter acesso ao aconselhamento e aos insumos contraceptivos bem como aos relativos à prevenção das DST/AIDS;
- A redução da disponibilidade de cigarros e outros produtos do tabaco, proibindo sua venda em máquinas automáticas e reforçando a proibição de venda a menores de 18 anos, aumentando os impostos sobre tais produtos a fim de que se tornem muito caros para o consumo regular de um adolescente.
- A restrição da publicidade do tabaco de modo que os jovens não mais sejam expostos a uma imagem glamorosa e positiva do seu consumo; e proibindo o patrocínio, por fabricantes de cigarros, de eventos musicais, esportivos, de moda, e todos aqueles que atraem a atenção e presença do adolescente.
- A extensão de áreas públicas de proibição do fumo, autorizando o uso, apenas, em locais restritos ao lazer de adultos;

- A implementação do Código Nacional de Trânsito, assegurando a obrigatoriedade da manutenção adequada de veículos, bem como a disseminação da educação para o trânsito, um melhor planejamento das vias, iluminação e sinalização das estradas e a proteção individual;
- A observação da idade mínima para o consumo de bebidas e as penalidades para o uso indevido do álcool;
- A prevenção e o controle do uso de drogas ilícitas bem como a recuperação de dependentes e o combate ao narcotráfico;
- Uma reflexão e conseqüente ação contra o abuso sexual, a prostituição de menores e a violência doméstica;
- Medidas sócio-educativas efetivas para a reintegração do menor em situação de conflito com a Lei, protegendo-os da violência;
- Esforços para reduzir a violência, promovendo a solidariedade, o sentimento do bem comum e a afetividade na escola e na comunidade;
- Ambientes saudáveis de trabalho para a juventude, reduzindo os riscos de doenças profissionais;
- Estratégias que permitam ao jovem ampliar sua empregabilidade, como cursos técnico-profissionalizantes, entre outros;
- A participação intensa da grande mídia no esforço de promover saúde e o desenvolvimento da juventude;
- A implementação efetiva do Estatuto da Criança e do Adolescente, privilegiando sua proposta educativa e considerando o enfoque de gênero.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2000b).