Associação Brasileira de Enfermagem

Projeto Acolher

Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro

Flávia Regina Souza Ramos
Marisa Monticelli
Rosane Gonçalves Nitschke
(Organizadoras)

ABEn

GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Brasília - DF
2000

Associação Brasileira de Enfermagem
Projeto Acolher

Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro

Flávia Regina Souza Ramos
Marisa Monticelli
Rosane Gonçalves Nitschke
(Organizadoras)

Brasília - DF
2000

Ministério da Saúde

Ministro da Saúde
José Serra

Secretário de Políticas de Saúde
Cláudio Duarte da Fonseca

Diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Coordenador da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem
José Domingues dos Santos Júnior

Organizadoras (e autoras dos textos das ilustrações)
Flávia Regina Souza Ramos
Marisa Monticelli
Rosane Gonçalves Nitschke

Ilustrações de:
Nelson Baibich

Bibliotecária:
Sônia Kasuko Sakae Teixeira

Projeto gráfico:
Flávia Regina Souza Ramos
Joel Rolim Mancia

Distribuição Gratuita
Cópias Autorizadas desde de que citada a fonte.

Os artigos publicados são de inteira responsabilidade dos autores.

Direitos para esta edição:

Associação Brasileira de Enfermagem
SGA Norte - Quadra 603 - Conjunto B
Avenida L2 Norte CEP 70.830-030
Fone:(Oxx61) 226-0653
Fax: (Oxx6l) 225-4473
home page: www.abennacional.org.br

Patroninadores:

- ***ASAJ/SPS/MS***
- ***Área Técnica de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem***
- ***Secretaria de Políticas de Saúde***
- ***Ministério da Saúde***

Tiragem: 20.000 exemplares

FICHA CATALOGRÁFICA – CEPEn (Brasília-DF)

Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro / Flávia Regina Souza Ramos, Marisa Monticelli, Rosane Gonçalves Nitschke (organizadores).– Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000.
196 p.; 27 cm. (Caderno especial)

ISBN 85-87582-02-X

1. Enfermagem – Coletânea. I. Ramos, Flávia Regina Souza Ramos. II. Monticelli, Marisa. III. Nitschke, Rosane Gonçalves. IV. Série

CDU 616-083(082)

AUTORAS (ES)

(em ordem alfabética)

Adriana Paula L. Soares Cavalcanti
Alaerte Leandro Martins
Ana Paula Zeni
Ana Sudária de Lemos Serra
Anna Maria Hecker Luz
Antônio José de Almeida Filho
Arlete Bernini Fernandes e Silva
Aurea Christina de Paula Corrêa
Carlos Xavier
Cláudia Regina Menezes da Rocha
Cristiane Vanessa da Silva
Cristina Escudeiro
Deise Ferreira
Edilene Maria da Silva Barbosa
Edir Nei Teixeira Mandu
Elizângela Brito Pinheiro
Fabiana Patrícia L. Soares Pessoa
Hamilton Delgado de Almeida
Inês Maria Meneses dos Santos
Isabel Cruz
Ivete Palmira Sanson Zagonel
Jane L. G. Dytz
Judith Sena da Silva Santana
Leila Rangel da Silva
Linda Nice Gama
Lourdes Maria Silva Andraus
Márcia de Asunção Ferreira
Margot Friedmann Zetzsche
Maria Cristina Pinto de Jesus
Maria da Luz Barbosa Gomes
Maria do Socorro F. Tabosa Mota
Maria Tereza Luz Lisboa
Marilda Andrade
Marisa Correia Hirata
Maritônia Fernandes Guimarães
Neiva Iolanda de Oliveira Berni
Patrícia Dal-Col
Paulinho Ganaê
Regina Célia Gollner Zeitoune
Ruth Minamisava
Rosemary Barbosa
Semiramis M. M. Rocha
Sílvia Barros
Sonia Simões
Vânia Hilário Tavares
Vânia Muniz Néquer Soares
Vera Lemos
Vera Sobral
Zuleica Maria Patrício

DIRETORIA DA ABEn NACIONAL

Eucléa Gomes Vale - Presidente
Mirian Santos Paiva - Vice-Presidente
Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira Santana - Secretária Geral
Zandra da Silva e Mota - Primeira Secretária
Lúcia Campos Ribeiro Della Vechia - Primeira Tesoureira
Janete Fernandes - Segunda Tesoureira
Maria José Moraes Antunes - Diretora de Assuntos Profissionais
Joel Rolim Mancia - Diretor de Publicações e Comunicação Social
Flávia Regina Souza Ramos - Diretora Científico-Cultural
Vanda Elisa Andres Felli - Diretora do CEPEn
Ivis Emília de Oliveira Souza - Diretora de Educação

Conselheiros(as) Fiscais:

Isabel dos Reis Silva Oliveira
Carlos Eduardo dos Santos
Neide Maria Freire Ferraz

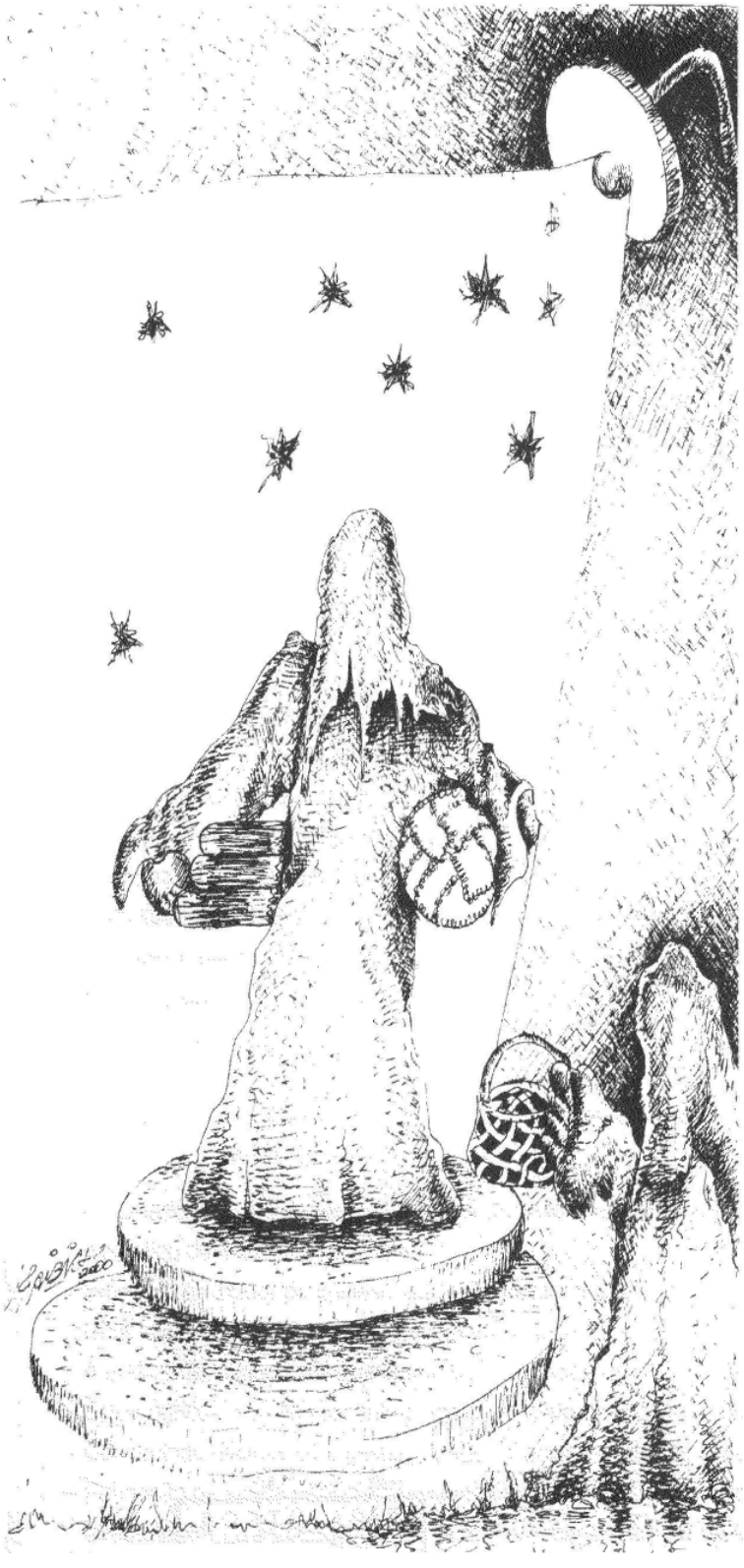
Presidentes das Seções:

Vera Grácia Neumann Monteiro - Seção Alagoas
Olinda Consuelo Lima Araújo - Seção Amapá
Minervina Fernandes Marinho - Seção Amazonas
Ana Ligia Cumming e Silva - Seção Bahia
Maria Irismar de Almeida - Seção Ceará
Walderlei Sant'Anna - Seção Distrito Federal
Liliane Graça Santana - Seção Espírito Santo
Marysia Alves da Silva - Seção Goiás
Dorlene Maria Cardoso de Aquino - Seção Maranhão
Miris Terezinha de Toni - Seção Mato Grosso
Elizabeth G. Ferreira Zaleski - S. Mato Grosso do Sul
Zulmira Elisa Vono Raimundo - Seção Minas Gerais
Elaine Regina Correa de Souza - Seção Pará
Maria Rita de Oliveira - Seção Paraíba
Alaerte Leandro Martins - Seção Paraná
Fátima Maria da Silva Abrão - Seção Pernambuco
Amália de Oliveira Carvalho - Seção Piauí
Marta de Fátima Lima Barbosa - Seção Rio de Janeiro
Marcelo Bessa de Freitas - Seção Rio Grande do Norte
Beatriz Ferreira Waldman - Seção Rio Grande do Sul
Sebastião Pinto - Seção Rondônia
Gelson Luiz de Albuquerque - Seção Santa Catarina
Evanisa Maria Arone - Seção São Paulo
Cássia Maria M. S. Faro - Seção Sergipe
Marleide Alexandre Aguiar - Seção Tocantins

Presidentes das Regionais:

Fátima N.eves do Amaral Costa - Reg. Araraquara
Márcia Regina Alves Rocha - Reg. Bauru
Gisele Telles Sbeghen Chaguri - Reg. Botucatu
Ioná Ferreira da Rocha Marques - Reg. Campinas
Manoela de Carvalho - Reg. Cascavel
Salete Ferreira Neves - Reg. Caxias do Sul
Rosângela B. de Andrade - R. Feira de Santana
Clara Mary B. Mantovani - Reg. Foz do Iguaçu
Cristiane Giffoni Braga - Reg. Itajubá
Maria Cristina Pinto de Jesus - Reg. Juiz de Fora
Inês Gimenes Rodrigues - Reg. Londrina
Maria Inês Brandão - Reg. Marília
Sônia Silva Marcon - Reg. Maringá
Fabíola Heck - Reg. Petrópolis
Marta Angélica Iossi - Reg. Ribeirão Preto
Rogério Fernando Rodrigues - Reg. Rio Grande
Regina G. Santini Costenaro - Reg. Santa Maria
Lúcia Nascimento Ferrari - Reg. Santos
Cássia Irene Spinelli Arantes - Reg. São Carlos
Cláudia B. Cesrino - Reg. S. José do Rio Preto
Maria das Graças R. Fernandes - Reg. Taubaté
Leila Aparecida Pedrosa - Reg. Uberaba
Inês Leoneza de Souza - Reg. Volta Redonda

ACOLHER O ADOLESCER



Adolescer é um
contínuo nascer.
Adolescer habita
no crescer
adolescer
transpira o viver.

É preciso acolher
o adolescer.
Acolher para
cacilitar o
conhecer.
Acolher para
não precisar
recolher.
Acolher para
poder aqui e
agora colher.
Acolher para
que
nem o agora
nem o amanhã
possam se perder.
Acolher para
possibilitar o
escolher.
Acolher para a
a vida não
encolher.
Acolher para ser
possível...
simplesmente...
adolecer.

SUMÁRIO

PREFÁCIO 7

APRESENTAÇÃO - ABEn 9

APRESENTAÇÃO - ASAJ 11

Parte 1 - Um encontro com a realidade do adolescer 13

- O processo de exclusão de adolescentes no Brasil: sua origem na infância desvalorizada 15
- Feminino e masculino: repercussões na saúde dos adolescentes 37
- Educação sexual e compreensão da sexualidade na perspectiva da enfermagem 46
- Adolescentes promotores de saúde 56

PARTE 2 - Um encontro que não é um encontro qualquer 61

- A enfermagem brasileira e a saúde do adolescente 63
- A inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: uma questão de cidadania 68
- Violência urbana: adolescente em emergência pública 73
- O modo de vida e seu impacto na saúde reprodutiva da adolescente de baixa renda 79
- Gravidez na adolescência: um problema? 94
- Mortalidade materna x gravidez na adolescência: um desafio para a enfermagem 98
- Gravidez e parto de adolescentes em maternidade pública 105
- Aspectos psicossociais de adolescentes gestantes atendidas em um serviço público da cidade do Recife 112

PARTE 3 - Um encontro que cria possibilidades de acolher o adolescente 119

- O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “Koans e Tricksters” 121
- Processo de cuidar do adolescente em situação de rua numa perspectiva alternativa 144
- Uma experiência de trabalho com adolescentes em atenção primária à saúde 160
- A prática de cuidar/cuidado à saúde dos adolescentes em unidade básica de saúde 168
- Estou grávida, sou adolescente e agora? – relato de experiência na consulta de enfermagem 176
- Construindo oficinas com gestantes adolescentes – relato de experiência 183
- Promoção da saúde para o adolescente pela escola de arte e música popular afrobrasileira - a estratégia da escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa 190

PREFÁCIO

Uma vez assumido o desafio, cabe a responsabilidade e também a alegria de contar o caminho percorrido e compartilhar os resultados.

O que de melhor podemos falar desta obra é que ela tem o jeito e a expressão da enfermagem brasileira, pois mostra nossos anseios, questionamentos e sonhos, ao mesmo tempo que nossas capacidades, criatividade e, principalmente, nossa sintonia com o tempo que aí está.

A partir da parceria com o Ministério da Saúde - Secretaria de políticas de Saúde - Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, a ABEn, lançou-se no projeto de construir esta publicação, buscando tanto incentivar a produção científica, como divulgar práticas e reflexões criativas sobre uma área de trabalho tão cara e tão importante: a saúde do adolescente. Deste modo, realizou-se um duplo objetivo: retratar a realidade e tornar visível e acessível, a um contingente maior de trabalhadores, uma parcela do conhecimento produzido nesta área.

Esta produção só foi possível graças ao comprometimento das seções da ABEn, nos diversos estados, contribuindo na divulgação e captação de trabalhadores significativos à realidade de cada região. Assim, a publicação resulta das produções encaminhadas pelas referidas seções.

Cabe destacar que impossível seria apresentar, nos limites destas páginas, a totalidade ou riqueza das produções e experiências da enfermagem junto ao adolescente brasileiro. No entanto, a obra é representativa e significativa do momento, contemplando a diversidade e a singularidade do trabalho de enfermagem neste país.

Os capítulos foram organizados buscando apresentar as heterogêneas interfaces do trabalho de enfermagem face ao processo de adolescer. Compreendeu-se a relação da enfermagem com o adolescer como um ENCONTRO; sendo este o fio condutor de toda a publicação.

No primeiro capítulo, o encontro se dá entre uma enfermagem questionadora e a realidade do adolescente, consubstanciado em reflexões sobre o processo de adolescer, situado e problematizado no contexto contemporâneo.

No segundo capítulo, o encontro "que não um encontro qualquer", traz a realidade apropriada pela busca de compreensão aprofundada destes sujeitos nos diversos espaços onde a enfermagem possa acolhê-los. Aqui, o que foi refletido agora é tornado objeto concreto da razão e sentimento, num mergulho nas próprias vivências e necessidades do adolescente, sob o encontro do olhar da enfermagem.

No terceiro capítulo, finalmente, o encontro se transforma em proposta de ação, tendo como nuanças as possibilidades criativas de ampliar e construir perspectivas de trabalho com o adolescente, onde quer que ele se encontre.... com uma enfermagem que sabe que "faz a diferença".

Chegar aqui é apropriar-se de um processo desejado e edificado, passo a passo, para a enfermagem brasileira... para que possamos tornar nossos encontros com os adolescentes cada vez mais acolhedores, vivos e significativos. Esta é a diferença que os adolescentes merecem.

As Organizadoras

APRESENTAÇÃO - ABEn

Por meio da parceria com o Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Área de Saúde Adolescente e do Jovem, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), vem desenvolvendo o Projeto ACOLHER, que tem como objetivo geral propor e desenvolver ações integradas que propiciem transformações no modo de pensar/fazer Enfermagem na sua prática cotidiana, renovando seu compromisso com a integralidade da assistência do adolescente.

Assim, cumprindo com um dos compromissos assumidos no desenvolvimento do referido Projeto, apresentamos, nesta obra, um pouco do que vem sendo produzido nessa área pelos trabalhadores da Enfermagem.

Esta produção nos oferece uma informação substantiva de um projeto em desenvolvimento, que se constitui num "movimento em curso", que nos convida à reflexão sobre a responsabilidade de buscar estratégias que viabilizem as mudanças necessárias no processo de cuidar do adolescente e jovem brasileiro, nos impelindo á ação.

Além disso, representa uma etapa importante deste Projeto que já é um sucesso em todo o país.

Muito se pode dizer sobre uma boa obra. O mais importante, porém é a sua leitura, leio-o, consulte-o e implemente o apreendido.

Eucléa Gomes Vale
Presidente da ABEn

APRESENTAÇÃO - ASAJ

A Associação Brasileira de Enfermagem assinou convênio com a Área Técnica de Atenção a Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ) do Ministério da Saúde, com a finalidade de desenvolver um processo de atualização em saúde na adolescência, para os enfermeiros, técnicos e acadêmicos filiados a esta sociedade.

Este trabalho visa promover um incremento no número de profissionais aptos a prestar assistência básica á população adolescente, reduzindo a sua morbimortalidade e desconstruindo os mitos de que atender adolescentes é trabalhoso, e que é necessário alta qualificação para fazê-lo. Com profissionais sensibilizados, que saibam acolher os adolescentes e identificar os problemas mais prevalentes nessa faixa etária, teremos uma atenção básica mais resolutiva, referenciando apenas os casos que exijam maior complexidade de atenção.

A atualização se fará através da distribuição deste livro, somando-se a outras atividades educativas e de sensibilização em desenvolvimento em todo o Brasil, através das seções da Associação Brasileira de Enfermagem, nos estados.

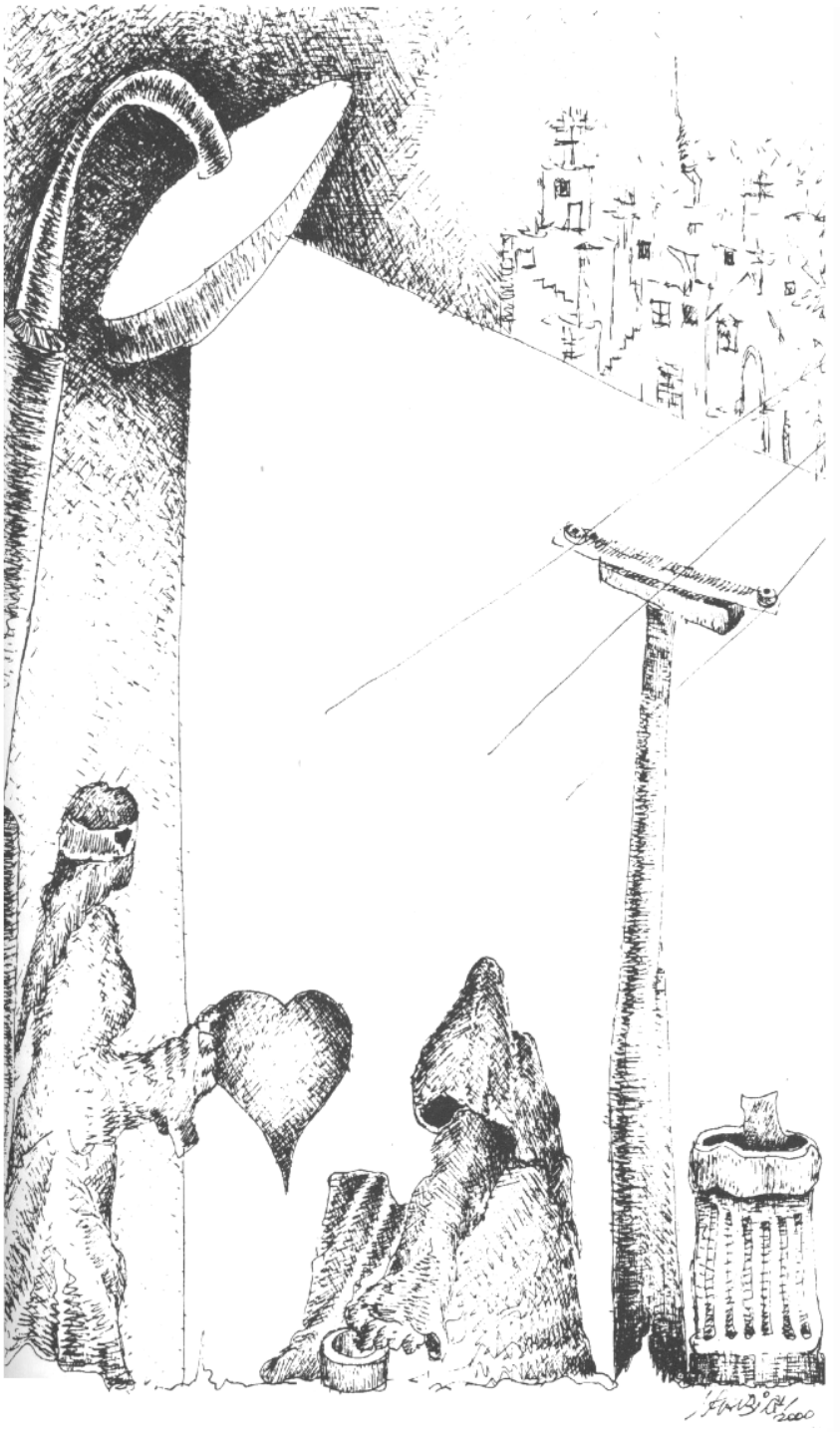
Convênios semelhantes e com a mesma filosofia de trabalho, foram celebrados com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com a Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FREBASGO) e, no momento, em negociação com o Conselho Federal de Psicologia. Com o envolvimento destas entidades, a ASAJ sugeriu que, quando possível, atividades pudessem ser feitas em parceria entre as sociedades.

Qualificando melhor a base de sustentação da atenção á adolescência e aumentando o número de profissionais sensibilizados, a ASAJ prevê a melhoria da assistência à saúde dos adolescentes brasileiros, porque "promover o desenvolvimento saudável da juventude é um dos mais importantes investimentos que uma sociedade pode fazer. É preciso entender que o jovem não é um problema, mas a solução. O preço social e econômico a pagar, quando a nação deixa de fazê-lo, é muito alto". (Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira - Construindo uma Agenda Nacional, ASAJ/M.S, 1999.)

Área Técnica de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem - ASAJ

PARTE 1

UM ENCONTRO COM A REAL**IDADE** DO ADOLESCER



Adolescer é verbo que ocupa poucas linhas no dicionário. Parece tão claro. adolescer rima com crescer e viver.

Quem dera, nas linhas curvas do real, adolescer também não rimasse com sofrer e morrer.

"... ao mesmo tempo que a gente quer conhecer, quer saír correndo. Na mesma hora que a gente acha bonito, a gente já acha feio. Na mesa hora que a gente gosta, a gente já não gosta mais"

Depoimento de adolescente (Cadete, 1994)

O PROCESSO DE EXCLUSÃO DE ADOLESCENTES NO BRASIL: SUA ORIGEM NA INFÂNCIA DESVALORIZADA

Judith Sena da Silva Santana

As discussões que se têm travado em torno do entendimento dos problemas sociais no Brasil ganham nuanças diferentes ligadas aos propósitos e ideais que permeiam cada grupo ou facção que se dispõe a realizá-las.

Falar a respeito de adolescentes excluídos no Brasil impõe uma reflexão acerca do tratamento que se tem dispensado à criança ao longo da história, reflexão acerca de nossas origens como nação, do descobrimento deste país pelos estrangeiros europeus, da colonização aqui processada, do papel do negro nesta nova e velha história, do real objetivo da abolição da escravatura, do processo de miserabilidade a que foram submetidos os negros alforriados, das formas de atenção dispensadas aos desvalidos, enfim, do que sobrou para os deserdados e seus filhos.

Toda essa rede de situações pode ser melhor entendida se se associar à maneira como sempre se deu o desenvolvimento econômico do país: primeiro, com a ganância e a usura dos descobridores, apropriando-se da riqueza aqui encontrada, e segundo, com a imposição de uma prática capitalista que representou uma distribuição desigual e excludente dos bens produzidos - excludente na medida em que grande parte da população acaba por não participar dessa distribuição, se é que se pode denominar isso um processo de distribuição. Desse modo, concorda-se com Priore, quando afirma que resgatar essa história "é dar de cara com um passado que se intui, mas que se prefere ignorar, cheio de anônimas tragédias que atravessaram a vida de milhares de meninos e meninas" (1996, p.7-8).

Considerar fatos passados para compreender a forma como o fenômeno se apresenta no momento, significa perceber a existência de relações e conexões entre os diversos momentos e acontecimentos da história, não num movimento linear e organizado, mas entrelaçado por idas e vindas, avanços e retrocessos, constituindo uma dinâmica marcadamente contraditória, mesmo quando a intenção é o consenso, não se devendo considerar os momentos dentro de um processo apenas de etapas, mas iluminando e sendo iluminados. A história não é estática, inerte, mas está sempre influenciando e sendo influenciada por todos os fatos que a compõem.

Em se tratando da questão da criança, especificamente, buscando a história, vamos encontrar o desvalor de que esta sempre foi objeto, mesmo quando pertencia a famílias abastadas. A Bíblia, um dos livros mais antigos da humanidade, traz relatos do tratamento hostil dispensado às crianças desde o período anterior ao nascimento de Cristo. Em Deuteronômio, 21, consta, por exemplo, que entre os hebreus existiam leis instruindo os pais a exporem seus filhos desobedientes ao público para que fossem apedrejados até a morte, a fim de que se eliminasse o mal da família. Além disso, segundo Assis (1995, p.11), "a miséria reinante estimulava a prática do infanticídio" com conseqüente atitude canibalesca, o que delata claramente o sentimento de inferioridade em relação aos pequenos.

[1] Enfermeira, Docente da disciplina Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS – Bahia. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

Também entre os hebreus, já se viam pelas ruas crianças tentando sobreviver com seus próprios esforços. No Livro de Lamentações, 2:11, está escrito: “desfalecem os meninos e as crianças de peito pelas ruas da cidade”. Mais adiante lê-se: “os meninos pedem pão e ninguém lhe dá...” (4:4).

O nascimento de Jesus Cristo, homem que pregava a igualdade entre os povos, representou um marco no tratamento às crianças, visto que exaltava a pureza das mesmas. Ele apostava na construção dos primeiros ensinamentos quando dizia: “ensina à criança o caminho em que deve andar, e quando adulta ela não se esquecerá”. E ainda implantou as primeiras noções de valorização da criança, ao afirmar “quem não se tornar como criança não entrará no reino dos céus” e a tão conhecida frase “deixai vir a mim as criancinhas...” (Lucas, 18:16).

Entre os gregos e os romanos, o lidar com a criança era concebido de maneira similar aos hebreus. Praticavam-se comumente o enjeitamento, o infanticídio e o desprezo. A despeito disso,

> ... era o chefe de família quem autorizava o nascimento de recém-nascidos. Cabia ao pai decidir se levantava o filho nos braços (aceitando-o) ou deixava-o no chão, posição que definia a rejeição e o abandono, para ser exposto num monturo público ou para alguém recolhê-lo (Assis, 1995, p.12).

Mas a rejeição não era peculiaridade apenas dos pobres. Entre os ricos, ela era motivada pela usura em torno da divisão dos bens, fazendo com que tudo se tentasse no sentido de reduzir o número dos herdeiros. Além do abandono, da rejeição, do infanticídio pela pobreza ou pela riqueza, as más-formações congênitas se constituíam em mais uma razão para a extinção de crianças, utilizando-se o argumento da purificação da raça.

Na Idade Média, logo que nasciam, as crianças eram entregues às amas-de-leite, que recebiam uma remuneração para que as amamentassem e delas cuidassem. Entretanto, esse não era um trabalho acompanhado pelos pais, ou por qualquer outro tipo de supervisão, o que levava, por vezes, a que a criança viesse a morrer sem que a família tomasse conhecimento. E, quando informada, isso não chegava a causar grande sofrimento ou sentimento de perda. As condições a que ficavam expostas favoreciam a que houvesse um alto índice de mortalidade infantil na época. Apenas “cerca de 20% sobreviviam e, entre as abandonadas, uma em cada 10 chegava aos vinte anos” (Badinter, 1985, p.149).

Essa situação começou a preocupar os líderes governamentais, pois estavam diante de um iminente desfalque no exército de homens para a defesa dos países e também de mão-de-obra para a produção de suprimentos de subsistência das populações.

Preocupados com o mundo adulto, resolveram adotar medidas de preservação da vida das crianças e adolescentes, dentre elas recompensar famílias que adotassem crianças abandonadas. “A verdade é que a criança, especialmente em fins do século XIII, adquire um valor mercantil” (Badinter, 1985, p.153). De elemento de pouca importância, passa a ter valor de produto em extinção. Marca também dessa época é a maneira nada peculiar de apresentar as crianças, seja pela pintura ou escultura, onde apareciam como miniaturas de adultos. Todavia, conforme demonstra Ariès (1981, p.69),

> *a indiferença marcada que existiu até o século XIII (...) pelas características próprias da infância não aparece apenas no mundo das imagens: o traje da época comprovava o quanto a infância era então pouco particularizada na vida real. Assim que deixava os cueiros, ou seja, a faixa de tecido que era enrolada em torno de seu corpo, ela era vestida como os outros homens e mulheres de sua condição.*

Como se observou, esse desvalor em relação à criança era algo vivenciado em todo o mundo. A indisposição no que se refere a tratá-la em sua singularidade decorria também da ignorância a respeito

do efeito disso na formação do indivíduo. Esse sentimento se materializava nas ações sociais, econômicas e políticas que compunham a história da humanidade ao longo dos séculos.

A Colonização como marco no processo de exclusão e influência nas políticas de atenção à criança e ao adolescente

Aos 21 de abril de 1500, em terras indígenas, índios adultos e crianças, envolvidos em seu labor cotidiano não imaginavam a aproximação de visitas do além- mar. Na realidade, os portugueses que aqui chegaram não faziam uma excursão turística, mas objetivavam ganhar novas fronteiras, novos territórios, a qualquer preço. Desse modo, ao aportarem, trataram de imprimir aos nativos seus costumes, conceitos, crenças, leis e valores em detrimento e desrespeito aos que eles já possuíam. Importava sujeitar os índios para que pudessem ser melhor controlados e submetidos ao trabalho escravo.

Na visão dos colonos, entre os índios inexistiam leis e, no que concerne a este particular, as primeiras medidas "bem sucedidas foram as ações empreendidas por Mem de Sá, terceiro governador geral do Brasil, sujeitando todos às leis de Deus e do Estado e, em conseqüência, dizimando milhares de índios" (Pilotti, Rizzini, 1995, p.178). A imposição para que se adaptassem a um novo modo de vida funcionava como um massacre, um extermínio de suas singularidades, tornando-os tristes, apáticos, órfãos, vulneráveis às pestes trazidas pelos europeus, o que contribuiu para a matança generalizada que ali se estabelecia.

> *As ações praticadas pelos jesuítas na terra recém-descoberta estavam radicalmente distantes da cultura indígena. Os jesuítas visavam ordenar e adestrar as almas indígenas para receber a semeadura da palavra de Deus, transformando os nativos em cristãos (Assis, 1995, p.27).*

Todavia, não eram utilizados apenas os índios nessa missão de adestramento. Para o trabalho escravo, eram também trazidos negros da África, comprados pelos novos donos das terras, os quais eram submetidos às mesmas atrocidades que os índios. Para torná-los dóceis e úteis, impunham-se-lhes a fé cristã e a promessa do inferno para os desobedientes e rebeldes e induzia-se-lhes a idéia de inferioridade. Impunha-se-lhes a pedagogia do medo alicerçada no desestimulo ao apreço pela carne, superestimando-se o espírito em detrimento das necessidades físicas.

Segundo Pilotti, Rizzini (1995, p.180), "era necessário recusar o sexo fácil, cobrir a pele nua dos índios, separar meninos de adultos e mulheres de homens, assim como desmoralizar os feiticeiros, retirando-lhes qualquer influência sobre os índios." Essa separação, que se realizava entre indivíduos da mesma tribo e raça, tinha como princípio básico enfraquecer os laços e as possibilidades de organização e resistência.

As mulheres que aqui chegavam, negras africanas ou brancas prostitutas das ruas de Lisboa, vinham como força de trabalho e como objeto de prazer dos senhores brancos, sem que se poupassem, também, as índias que aqui habitavam. Desses relacionamentos surgem os primeiros brasileiros.

> *Os filhos do Brasil foram gerados na violência, alimentados na malquerência, paridos no desespero e usados como combustível nos engenhos. Somos filhos da violência e do estupro. O Brasil é o resultado da prodigiosa multiplicação de uns poucos europeus brancos e de uns contatos africanos sobre milhões de corpos de mulheres indígenas seqüestradas e violentadas. Os filhos do Brasil não são o fruto mimoso de uma noite histórica de amor (Moraes et al., 1991, p. 515).*

Os filhos gerados dos seqüestros de corpos, do desrespeito à dignidade humana, chegavam para o sofrimento e a dor, chegavam para compor a margem, para ser propriedade e mão-de-obra de seus senhores.

Enquanto pequeninas, as crianças escravas serviam como brinquedo dos filhos dos senhores (a quem inclusive eram doadas como presente) e divertimento das visitas, ou seja, eram consideradas animaizinhos de estimação (cavalinhos, macaquinhos). Os filhos dos escravos logo deixavam de ser crianças para entrarem no mundo do trabalho" (Pilott, Rizzini, 1995, p.20).

Muitas, também, eram as crianças que morriam ainda no ventre materno pelos maus tratos a que se submetiam suas mães, sobrecarga de trabalho, peso e trabalhos impróprios que lhes impunham realizar. Muitos abortos ou perdas eram por vezes bem recebidos como demonstração da revolta sentida por não poderem gerar filhos a partir de uma relação desejada, querida e, ainda, como forma de impedir um futuro sombrio, que, sabiam, aguardava seus filhos.

Não foram poucos os casos em que os donos de escravos utilizavam uma "saída estratégica para se livrarem do ônus da criação dos filhos de suas cativas, abandonando-os e alugando suas mães como amas-de-leite, o que lhes proporcionava maiores lucros com maior rapidez" (Medeiros, 1995, p.16).

Como nesse processo de vida, ou de morte, o que importava era o lucro, esperar 7 ou 8 anos (era a idade em que as crianças já trabalhavam como mensageiro, carregador de encomendas, pajens, entre outras tarefas) significava prejuízo financeiro, daí surgem as primeiras formas de abandono - abandono no sentido de serem expulsos de casa - porque, mesmo estando no ambiente doméstico, não lhes era permitido o convívio íntimo em termos de espaço físico, relações, apropriação e liberdade de expressão e de ação. Não lhes era facultado o direito de serem crianças, gente, ônus carregado pela raça, pela classe a que pertenciam.

No período anterior à colonização, os índios possuíam uma expectativa de vida em torno de 120 anos e era consideravelmente baixo o índice de mortalidade infantil entre eles. Dispunham de forma peculiar de viver e de lidar com a doença, quando esta surgia. Ao penetrar nesse habitat, os colonizadores trouxeram consigo não apenas o comportamento diverso mas também os microorganismos e as doenças estranhas a esse grupo, dentre elas destacando-se a varíola, que ceifou muitas vidas. A atenção à saúde era incipiente frente à precariedade de conhecimentos e de recursos técnicos disponíveis. As poucas ações nessa área eram desenvolvidas pelos jesuítas, embora não possuíssem preparo para tal.

Com o crescimento da mortalidade geral, muitas crianças tornaram-se órfãs e para elas se construíram alguns abrigos nos quais lhes ensinavam novos costumes e induziam-nas a abolirem os ensinamentos aprendidos dos pais.

Além dessa estratégia de acolhimento, as primeiras manifestações de "valorização da criança" podem ter acontecido por volta de 1693, quando a Capitania do Rio de Janeiro determinou que os abandonados passassem a ser alimentados pelo Conselho e, em 1738, quando se instituiu o primeiro asilo para crianças no país.

Um outro marco importante da história, para se compreender a produção desse fenômeno do abandono de crianças, é a Abolição da Escravatura. Desde o momento em que ficou estabelecida

a extinção do tráfico negreiro, pela Lei Eusébio de Queiroz, em 1850, dando fim ao comércio clandestino iniciado em 1807, quando os ingleses julgavam conveniente o término desse 'negócio', na realidade [esta atitude representava] mais uma precaução contra o perigo que o excesso de negros trazia ao país (Leite, 1991, p. 49).

Temerosos de que o grande contingente de escravos pudesse se rebelar contra seus senhores e invertessem a situação, promoveram uma devolução de negros aos seus países de origem, visto que já representavam 50% da população geral.

Em 1871, a Lei do Ventre Livre torna libertos os filhos das escravas. Seus senhores “seriam obrigados a criá-los e tratá-los até a idade de 8 anos” (Lima, Venâncio, 1996, p.63), mas nem por isso deixaram de receber o tratamento de sempre. Além do mais, “não encaravam essas crianças de forma muito diferente de como viam seus escravos”. Nesse mesmo contexto está embutida a Abolição da Escravatura que, apregoada como “cheia de boas intenções”, objetivava em primeira instância defender não os negros, mas os interesses dos brancos.

Já que a intenção não era o benefício dos negros, mas sim livrar-se deles, não se pensou numa estrutura que viesse atender às suas necessidades de homens livres e alforriados. Onde morar, como se manter fora das dependências de seus ex-senhores não eram questões de pauta. A abolição provocou um grande fluxo de negros forros que migravam para o Rio de Janeiro, a fim de ali se estabelecerem. Todavia, como não possuiam condições de penetrar no mercado de trabalho por falta de preparo para as atividades disponíveis, passavam a formar um exército proletário de reserva, sobrevivendo das “migalhas” e do lixo da grande cidade.

Não possuindo recursos financeiros que lhes suprissem as necessidades materiais, lançavam mão de moradias improvisadas, casarões abandonados nos centros, além de alojarem-se em morros e locais periféricos. A sobrevivência era tentada através dos ofícios de carpinteiro, pedreiro, fabricantes de sapatos, vendedores ambulantes, barbeiros, enquanto que as mulheres se ocupavam do trabalho doméstico. Como não existia trabalho para todos, muitos passaram privações. Foi uma liberdade que lhes custou, por vezes, a fome. Mas importava possui-la para batalhar pelo seu próprio alimento, pelo seu rancho, pela sua dignidade.

Na década de 1885 a 1895, emergia no Brasil grande movimento de implantação da atividade industrial, o que já se fazia sentir no resto do mundo desde 1870. Entretanto, contrapondo-se ao que se podia esperar, esse exército de mão-de-obra desempregada não foi aproveitado, preferindo-se importar operários europeus, com a alegação de serem mais treinados, afeitos a esse tipo de trabalho e mais disciplinados. “Por essa nova condição social, o negro deixou de ser escravo e passou a ser marginal” (Passetti, 1987, p.51). Esses são alguns dos elementos que constituem o inaudito da história do Brasil que se fez crer.

Conforme se pode observar, o tipo de atenção que se tem dirigido às crianças ao longo da história sempre esteve relacionado, *a priori*, com questões de interesse econômico do mundo adulto e com o nível de conhecimento que se vem acumulando a respeito dela, sem desconsiderar, nesse último aspecto, também, ignorância quanto a conteúdo de causa própria, se se atentar para os prejuízos de uma coletividade cujos componentes, em grande parte, não conseguem atingir suas capacidades de contribuição por comprometimento no desenvolvimento pessoal.

Não obstante as evidências até aqui elencadas, considera-se de grande expressão nesse contexto as iniciativas de atenção que vêem a criança como sujeito na construção do mundo em que se vive, valorizando sua singularidade.

Imbuído de um espírito egocêntrico, ou egoísta, filantrópico ou de reconhecimento do outro, o fato é que a forma de ver a criança, o conceito que a ela se tem atribuído vem mudando significativamente. Atualmente, muito já se sabe a respeito do desenvolvimento das crianças, de suas características e comportamentos, das capacidades e potencialidades, da importância inadiável de atenção nos primeiros anos de vida, entendidos como alicerce para a vida futura, e das conseqüências do não suprimento das necessidades materiais e afetivas básicas para o indivíduo em formação e do que representa isso para a coletividade.

Hoje, já não se concebe mais visualizar o crescimento e o desenvolvimento infantil dissociados do contexto social. Desse raciocínio apreende-se que cuidar das crianças, desde a mais tenra idade, deve interessar não apenas à família, mas a toda a comunidade da qual faz parte essa criança, porque o seu bem-estar é patrimônio que irradia essa sociedade.

Infelizmente, em relação à prática de atenção à criança, não se conseguiu a mesma expressão do avanço observado no ramo dos conhecimentos. Está evidente que operacionalizar esses conhecimentos não está sendo muito fácil. Entraves políticos e econômicos constituem-se na tônica explicativa para o fosso entre a teoria e a prática. De maneira um tanto ingênua, poder-se-ia perguntar: têm mesmo os homens políticos, de fato, o conhecimento necessário dessa causa? Não seria o caso de reciclá-los e atualizá-los? Mas há que se atentar também para outros fatores que vêm acompanhando essa história, entre eles a questão do interesse próprio e do desvalor à criança. Embora se tenha avançado em conhecimento, muito desse sentimento ainda se encontra arraigado no mundo adulto. No Brasil, desde o descobrimento pelos portugueses, a partir de quando surgiram os primeiros brasileiros, "a criança escrava não era objeto de proteção por parte da sociedade. Sua sina estava traçada como propriedade individual do senhor seu dono, como patrimônio e mão-de-obra" (Faleiros, 1995, p.224).

Não se pode negar que, estando na senzala, eram garantidos o teto e o alimento, embora não lhes coubesse a mesma comida dos senhores. O que cabia para eles eram as sobras, a parte considerada inferior dos alimentos consumidos pelos patrões. Exemplo disso é a feijoada criada pelos escravos, prato confeccionado de partes do boi e do porco não consumidas pelos brancos. Apesar da garantia desse alimento, havia um alto índice de mortalidade infantil, tendo em vista que as escravas não podiam dispensar cuidados necessários a seus filhos, pois estavam a todo tempo envolvidas com os filhos dos senhores.

Pode ser considerada uma das primeiras formas de atenção às crianças no Brasil o trabalho "educacional" ou de catequização realizado pelos jesuítas com as crianças índias, órfãs e enjeitadas. Seguiam nessa tarefa os princípios religiosos de Portugal, objetivando adestrar-lhes o comportamento, o corpo e o pensar e, no caso dos índios, queriam que rechaçassem o modo de vida de seus familiares. Conseguido isso, estariam preparados para o trabalho.

Tomando como exemplo o trabalho dos jesuítas, muitas eram as iniciativas de grupos religiosos que se dispunham a assistir crianças desvalidas. "Pode-se dizer que, durante três séculos e meio, as iniciativas em relação à infância pobre no Brasil foram quase todas de caráter religioso" (Arantes, 1995, p.194).

Havia, na época do Brasil-colônia, grande polêmica em torno do fato de cristãos possuírem escravos e tratá-los como os demais proprietários, questão levantada pelos padres jesuítas que provocou discordância entre estes e os portugueses, o que culminou na devolução de alguns padres a Portugal. Todavia, entre os próprios jesuítas, havia divergência quanto à forma de dirigir adultos e crianças, fazendo-os aprender a partir da própria experiência.

Várias eram as causas que levavam crianças à situação de enjeitadas, a começar pelo abandono dos senhores. De acordo com Pilotti, Rizzini (1995, p.10),

> *segundo a moral cristã dominante, os filhos nascidos fora do casamento não eram aceitos e, com freqüência, estavam fadados ao abandono. A pobreza também levava ao abandono de crianças, que eram deixadas em locais públicos, como nos átrios das igrejas e nas portas das casas. Muitas eram devoradas por animais.*

Como se viu, nas ações implementadas pelos jesuítas constava já a criação de casas para alojar esses meninos e adultos, separando os cristãos dos não-cristãos, as mulheres dos homens e assim por diante.

Além desse tipo de assistência, surge, no ano de 1726, na Bahia, uma forma alternativa denominada **"Roda dos expostos"**, modelo europeu que consistia de um equipamento cilíndrico que girava através de uma parede onde se colocava a criança enjeitada ou exposta, que era recebida por alguém do outro lado, sem que se pudesse ver quem a colocava nem quem a recebia. Algumas dessas crianças "permaneciam de um a dois meses na casa da Roda" (Lima; Venâncio, 1996, p.67), quando eram destinadas a famílias que obtinham pequena remuneração pelos cuidados. Outras ficavam na Casa dos Expostos até a idade de sete anos, idade em que se colocava à disposição do juiz, que a entregaria a alguma família que desejasse sustentá-la, ou encaminhavam-se os meninos para a Marinha e as meninas para o Recolhimento das Órfãs, onde deveriam trabalhar gratuitamente durante sete anos, servindo ao Estado, recebendo apenas teto e alimentação. A partir dos 14 anos, poderiam desligar-se, trabalhar para terceiros a cobrar pelos seus serviços. "A vida das crianças abandonadas ou cedidas ao Estado pelos senhores se configurava noutra forma de escravidão" (Assis, 1995, p.37).

O sistema de roda proliferou, mas após algum tempo de uso passou a ser bastante criticado em conseqüência de não estar atingindo os objetivos para os quais fora criado. Prova disso era o alto índice de mortalidade infantil apresentado pelas crianças ali colocadas, chegando a 70%. As amas-de-leite que cuidavam das crianças, "além de exaustas e subalimentadas, (...) tinham a maior dificuldade para adotar os preceitos da assepsia no tratamento das crianças" (Leite, 1996, p.108). A aglomeração e a introdução da mamadeira, na segunda metade do século XIX, também foram fatores importantes na proliferação de doenças.

A Casa dos Expostos foi criada para ser mantida pelas Câmaras Municipais, entretanto isso não conseguiu se efetivar na prática, levando as Irmandades da Misericórdia a dependerem de doações para levar a cabo a obra.

Não obstante a "boa intenção" embutida nesse sistema de atendimento, este não escapou de manobras de pessoas inescrupulosas. Conta-se que alguns senhores, tentando livrar-se dos custos com o sustento dos filhos de seus escravos, colocava-os ali para que permanecessem até os sete anos, idade em que eram recolhidos para o trabalho, e alugavam suas mães como amas-de-leite. Desse modo, "se no ato do nascimento o escravo é uma criança sem pai, a má sorte e má fortuna podem ainda torná-lo órfão também de mãe" (Mattoso, 1996, p.87).

Ainda houve casos em que mulheres entregavam seus próprios filhos e em seguida se apresentavam para amamentá-los como amas-de-aluguel. "Na verdade, nesses casos, como em outros, a Roda dos Expostos sempre deu margem a expedientes que prejudicavam aqueles a quem devia proteger" (Lima, Venâncio, 1996, p. 61). Todos esses percalços contribuíram para que a opinião pública passasse a condenar essa forma de atenção.

Também os médicos higienistas da época, preocupados com os efeitos provocados por tal estratégia, entraram em cena sugerindo redimensionamento das ações nesse setor, como melhoria nas condições higiênicas da Casa dos Expostos; exame de saúde das amas-de-aluguel; noções de puericultura com ênfase nos princípios de assepsia no tratamento das crianças e no risco de transmissão de doenças pelo contato; além de um movimento de desestímulo à prática das amas-de-aluguel e da própria alternativa de assistência da Casa dos Expostos, que funcionava com precariedade de recursos, levando as crianças à subnutrição e à morte.

A Casa dos Expostos de Vila Rica, em Minas Gerais, foi criada em 1831 pelo Senado da Câmara, que remunerava mulheres para lactarem as crianças. No entanto, quando deixavam de efetuar o pagamento, "as mulheres desobedeciam às determinações de apresentar periodicamente as crianças à Câmara" (Assis, 1995, p.36). Além disso, o racismo se constituiu num traço marcante entre os integrantes

desse serviço em Minas Gerais, uma vez que se recusavam a aceitar enjeitados de pele escura, além de desestimularem a população a adotá-los, quando se colocava a exigência de: “além da certidão de batismo, deveriam apresentar uma outra, de brancura” (Souza, 1996, p.28).

As últimas Rodas de Expostos das quais se tem notícia perduraram até o ano de 1948, em São Paulo.

O sistema de roda, embora deficitário, representou um instrumento importante na história da construção de políticas públicas de atenção à criança desvalida. A partir dela podem-se observar a participação da opinião pública, a interferência de profissionais da saúde e a reflexão sobre propostas alternativas de atendimento à criança como ser humano. Na realidade, induziu a população a ir reavaliando o conceito de criança que vinha utilizando.

Além disso, a preocupação com medidas de saúde para os pobres foi inaugurada pelos sanitaristas e higienistas à época da “Roda dos Expostos”, em conseqüência da mortandade que se estabeleceu naquele momento. Instituíram-se, a partir daí, algumas noções de puericultura, ou seja, cuidados relativos à saúde da criança, como a necessidade de saneamento do meio e atenção ao corpo infantil, o que culminou, em fins do século XIX, com o surgimento da Pediatria, ramo da medicina especializado no trato com a criança.

A pobreza como conseqüência de muitas doenças e a doença como fator de empobrecimento passavam a fazer parte da consciência nacional, a exemplo do que já ocorria em países como Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos, nos quais medidas já se implementavam objetivando romper com esse círculo.

> *As iniciativas do Estado nesse setor só ganharam relevância a partir do início deste século, pressionado, entre outros fatores, pelo movimento médico higienista que se propaga por todos os cantos do Brasil (...) (Arantes, 1995, p.195).*

Ainda assim, a ação do governo se restringia, *a priori,* a recolher das ruas “vagabundos e vadios”, delinqüentes e, mais tarde, também os pobres, objetivando manter a ordem social. Com esse fim, criou-se, em 1903, o sistema de Colônias Correcionais nos estados da Bahia e do Rio de Janeiro, desde a sua origem fadadas ao insucesso, em virtude da característica de ação correcional-punitiva que prevaleceu sobre a educação das crianças e adolescentes.

Por volta de metade do século XVIII a inicio do século XIX, já se podiam observar vestígios de um movimento de valorização da criança, mesmo que motivado pela preocupação com a criança apenas como fonte de riqueza nacional. Os discursos de médicos e políticos voltavam-se para o incentivo às famílias no que tange a responsabilizarem-se pela criação dos filhos, além do estímulo para o aumento das proles. Aliada a isso, houve também a divulgação das vantagens do leite materno, principalmente se fornecido pela própria mãe, culpando-se aquelas que não amamentavam seus filhos.

O aleitamento materno aparece como um fragmento dentro de um movimento em prol da sobrevivência da criança, que se iniciou por volta de 1708, mas que não teve muita repercussão. Segundo Badinter (1985), foi Rousseau, com a publicação de ***Émile,*** em 1762, quem disseminou concretamente as novas idéias, inaugurando, assim, uma nova concepção de família, aquela fundada e embasada no novo conceito de amor materno, no que foi seguido por muitos pensadores que trouxeram grandes contribuições ao movimento.

É evidente que todo esse movimento de ir e vir acabou por trazer, mesmo que lentamente, algumas melhorias para a criança, entre elas a redução no número de mortes.

Em 1873, um autor anônimo que se cognominava “Amigo do Brasil”, no Rio de Janeiro, elabora proposta de criação da Fazenda-escola ou **Colônia Agrícola de Órfãos e Meninos Abandonados**. No mesmo ano, fundou-se a Escola de Aprendizes Marinheiros e, dois anos mais tarde, o Asilo Santa Isabel.

Com a explosão industrial, elevou-se novamente a mortalidade infantil em conseqüência do aproveitamento maciço da mão-de-obra de crianças para o trabalho nas fábricas, as quais não apresentavam a menor infra-estrutura para funcionamento.

O fenômeno apresentou-se com tal dimensão, que foi por alguns chamado “a matança dos inocentes”, causando indignação em indivíduos como o médico alemão, Frank, que declarou ser de extrema urgência que o governo tomasse medidas de saúde pública para as crianças. Sugeria, entre outras ações, a criação do “programa de bem-estar infantil (assistência às crianças em idade escolar e supervisão policial das instituições educacionais)” (Assis, 1995, p.30), além de redução do número de horas de trabalho infantil, aumento na idade mínima para a atividade nas fábricas, exames de saúde e tratamento para as enfermidades e afastamento dos enfermos do trabalho, para evitar a disseminação das doenças.

No Brasil, a implementação de medidas efetivas de proteção à criança trabalhadora já se fez sentir por volta de 1917, quando se criou o Comitê Popular de Agitação contra a Exploração de Menores nas Fábricas, pois eles já representavam contingente expressivo da mão-de-obra empregada. Em 1890, eram 15% em São Paulo. Em 1912, 25% no setor têxtil; 50% na fiação e 30% na tecelagem (Assis, 1995).

Devido ao despreparo para esse tipo de atividade, o índice de acidente era maior entre as crianças, que perdiam dedos, mãos e até braços e pernas nas máquinas, situações que podiam estar sendo precipitadas, se se considerarem os castigos e as agressões que recebiam de seus chefes pelos serviços pouco elaborados.

Em 1891, as primeiras leis brasileiras regulamentavam o trabalho infantil nas fábricas, a exemplo do que, há muito, já havia acontecido no resto do mundo. A Constituição de 1934 proíbe o trabalho para menores de 14 anos, o trabalho noturno para os menores de 16 anos e impede os menores de 18 anos de trabalharem em locais insalubres. A Constituição de 1946 sustenta o já instituído e determina a idade mínima de 18 anos para o trabalho noturno. A Constituição de 1969 proíbe o trabalho de menores, no entanto a de 1988 mantém a idade mínima de 14 anos para o trabalho com garantias trabalhistas e previdenciárias, como os demais empregados, desde que o menor não se encontre na situação de aprendiz.

Não obstante algumas intenções de avanço, a repressão se configura como elemento imbricado na maioria das iniciativas de atenção à criança e ao adolescente, e também, como um legado da cultura européia que colonizou este país. Nos idos de 1800, a criança era severamente punida na mesma intensidade que os adultos. Se o juiz “entendesse” que o menor de quatorze anos, ao cometer um crime, o tivesse feito com “discernimento”, este era encaminhado à **Casa de Correção** para ali permanecer até os 17 anos.

> *Somente vinte anos mais tarde surgiram as primeiras tentativas de elaborar um regulamento para a ‘Casa de Correção’. A idéia era criar um estabelecimento com previsão de alas separadas – uma de veio correcional para menores delinqüentes, mendigos e vadios ‘condenados à prisão com trabalho’ e outra para os demais presos destinados à divisão criminal (Rizzini, 1995, p.105).*

Do exposto, pode-se apreender que, até então, não se preconizava a necessidade de um tratamento singular para cada caso. Meninos de diversos níveis de experiência eram expostos, juntos, a uma assistência precária, o que provocou rapidamente o repúdio da população em geral.

Em mais uma tentativa de mudança do modelo vigente, foi criado, em 1921, o **"Serviço de assistência e proteção à infância abandonada e ao delinqüente"**, colocado sob a responsabilidade do juiz José Cândido de Albuquerque Mello Mattos para criar as leis e as diretrizes de seu funcionamento. Em 1923, institui-se o Código de Menores, que só foi aprovado em forma de Decreto em 1927. Traz uma nova concepção de atenção, a começar pela extinção formal da Casa dos Expostos:

> *... estabelece a 'proteção legal' até os 18 anos de idade; incorpora tanto a visão higienista de proteção do meio e do indivíduo como a visão jurídica repressiva e moralista; prevê a vigilância da saúde da criança, dos lactentes e das nutrizes; (...) o pátrio poder pode ser suspenso ou perdido por falta dos pais. O vadio pode ser repreendido ou internado, caso a vadiagem seja habitual. O autor de infração terá prisão especial. O menor de 14 anos não será submetido a processo penal de espécie alguma o que tiver idade superior a 14 e inferior a 18 terá processo especial, iinstituindo-se também a liberdade vigiada. O trabalho fica proibido aos menores de 12 anos e aos menores de 14 que não tenham cumprido instrução primária. O trabalho noturno e aquele considerado perigoso à vida, à saúde e à moral é vedado aos menores de 18 anos. O olhar do juiz deve ser de total vigilância e seu poder é indiscutível (Faleiros, 1995, p.63).*

A referida lei causou reação em contrário por parte de empresários da indústria que exploravam a mão-de-obra infantil. Utilizavam o argumento de que o trabalho era o caminho mais adequado para tirar os meninos da rua e desenvolver neles o lado profissional e o senso de responsabilidade. Portanto, em conseqüência disso, deveriam começar cedo. Evidentemente, tal medida incorreria em aumento de custo com seus empregados, uma vez que o trabalho infantil era sub-remunerado e o nível de exigência da criança inexistente – todos os ingredientes necessários para a produção da acumulação capitalista.

O Código de Menores avança no sentido de prever a vigilância à saúde, de definir a menoridade e condições para o trabalho e de valorizar, teoricamente, a formação educacional da criança e do adolescente (menor). Entretanto, não consegue desvencilhar-se do ranço institucional da internação e mantém inalterado o "poder do juiz" nesta questão. Outrossim, essas elaborações funcionavam como reforço ao papel da polícia no que concerne a recolher os meninos da rua, a trancafiá-los nas instituições, para a tranqüilidade da sociedade. Na realidade, apesar do avanço, tais atitudes remetem a uma interrogação: quem era o alvo da proteção, a criança ou a sociedade? Sim, porque na prática essas instituições sempre mostraram a sua ineficiência e seu efeito nocivo na formação dos internos.

> *Na década de 1920/30, as precárias condições econômicas da população brasileira e a desagregação familiar eram apontadas como causas principais de abandono e permanência das crianças nas ruas, onde aprendiam em seus múltiplos espaços com outras crianças de igual situação palavras pornográficas, além de adquirirem vícios e cometerem pequenos delitos (Medeiros, 1995, p.19).*

Na década de 30, o clima de tensão se intensificou no país e o então governo Getúlio Vargas, na tentativa de manter a ordem social, se dispôs a fazer algumas concessões aos trabalhadores, incluindo, entre outros, a criação de creches e a implantação do **Serviço de Assistência a Menores** (SAM), em 1941. Este, tinha a função de "organizar os serviços de assistência, fazer o estudo e ministrar o tratamento aos menores, antes tarefas exclusivas dos juízos" (Pilotti, Rizzini, 1995, p.27).

É a partir da criação do SAM que o governo Vargas implanta a política de proteção à infância, à adolescência e à maternidade. Não demorou muito e já estava o SAM reprovado pela sua atuação marcada pela corrupção e maus tratos aos meninos, pelo que lhe fizeram juz alguns cognomes do tipo: "Universidade do Crime", "Fábrica de Criminosos", além de outros.

A fim de reforçar a política de assistência social de âmbito nacional, em 1942, instituiu-se a **Fundação Legião Brasileira de Assistência** (LBA), mantida pelos institutos de previdência, que foi criada para atender aos envolvidos na Segunda Guerra Mundial, mas que se expandiu em sua função de assistência extensiva a todas as idades, com prioridade para o grupo mãe-criança. A partir de 1977, passa a atuar de forma sistemática na área de creche – com a criação do projeto Casulo. A LBA esteve sempre sob a responsabilidade das primeiras-damas dos Estados.

O atendimento era realizado em algumas creches próprias, mas a maioria atuava sob a forma de convênios, sendo instaladas em casas simples e imóveis ociosos, disponíveis nas comunidades. "O que de início poderia parecer intenção de barateamento do atendimento estava, na realidade, contribuindo para o descrédito do padrão de qualidade do serviço" (Santana, 1995, p.60), situação imposta pelos irrisórios valores repassados para o sustento das crianças nas creches.

Em função de denúncias de corrupção durante o governo Collor, e da insatisfação dos usuários, pela atuação a nível nacional, a LBA foi extinta no ano de 1994, com o intento de modificar-se a ideologia de ação social nessa área e melhorar a contribuição financeira para as creches, uma vez que ficou constatada não a falta de recursos financeiros mas a sua má versação, pois era gasto maior percentual com quadro de funcionários do que com a assistência, precisamente. Desse modo, constituiu-se o órgão como um verdadeiro "cabide de emprego", perdendo, assim, a sua função.

Em 1964, no auge da ditadura militar, em substituição ao SAM, foi instituída a **Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor** (FUNABEM), que objetivava traçar diretrizes para implantação da "política nacional do bem-estar do menor, mediante o estudo do problema, o planejamento das soluções, a orientação, coordenação e fiscalização das entidades que executavam essa política" (Campos *et al.,* 1993, p.39). Além disso, propunha-se a ser um organismo diferente, não agindo de forma paliativa nem considerando a internação como medida preliminar (Passetti, 1996).

A FUNABEM, quando criada, possuía autonomia financeira, técnica e administrativa, além de ser representada nos estados pela FEBEM. Entretanto, a partir de 1974, essa autonomia foi-se perdendo, quando, com base na justificativa de que a questão do menor devesse ser tratada no conjunto das ações sociais, ela passou a ser subordinada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em 1977, passou a incorporar o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS); em 1989, integrou o Ministério de Habitação e Bem-Estar Social; e, no mesmo ano, por apenas e nada mais que 24 horas, voltou ao MPAS, em seguida, vinculando-se ao Ministério do Interior.

Com o advento da Nova República, a FUNABEM procedeu a uma avaliação de sua atuação, chegando à conclusão de que:

> *reproduzia os males tradicionais da administração pública brasileira: centralização excessiva; ênfase no controle da sociedade pelo Estado; burocratismo dispendioso; clientelismo político; baixa remuneração dos servidores; baixo investimento em recursos humanos (Campos et al., 1993, p.39).*

Esse complexo de pontos negativos que atingiu a instituição desestabiliza as ações que ali são desenvolvidas, revertendo-se em malefícios para os menores, sem contar com o traço repressivo que vem acompanhando essa ideologia de institucionalização de crianças, colocando-se cada vez mais explícito aos olhos da população, que expressa mais uma vez a rejeição a esse tipo de política de atendimento.

Num dado momento de sua história, sem que ficassem evidentes as razões, a FUNABEM assume parte da atenção às creches, que vinham sendo de responsabilidade da LBA. As duas instituições

possuíam critérios divergentes, inclusive financeiros, para tratar a mesma questão. Resultados de uma avaliação sobre os convênios fechados pela FUNABEM, em 1989, evidenciaram que havia "privilegiamento de repasse de verbas a instituições privadas em detrimento do repasse a prefeituras". Além disso, era "possível a uma mesma creche manter simultaneamente convênio com a LBA e com a FUNABEM" (Campos *et al.,* 1993, p.41), embora ilegalmente.

Desse modo, a FUNABEM, que foi criada para executar uma política de atenção contrária à do antigo SAM, conseguiu tão somente reproduzir o modelo carcerário-punitivo pernicioso ao desenvolvimento das crianças e adolescentes, sendo, então, extinta no ano de 1990. Esse instrumento governamental compôs, sem dúvida, o conglomerado de tantos outros denunciantes de que "a assistência caminhou no sentido do ajustamento do desviante ao meio, produzindo a 'inadaptação', onde o indivíduo é responsabilizado por não se ajustar ao processo produtivo e às normas sociais dominantes" (Rizzini, 1993, p.98). O enclausuramento de crianças, ou guetificação, por parte do mundo adulto nada mais é do que

> *um disfarce em nome da superação da 'infelicidade' de que eles são vítimas, que visa tão somente retirar crianças da rua, da circulação livre, da vista da sociedade e finalmente da esperança de vida, ao invés de possibilitar que elas contribuam para a instituição de uma nova sociedade (Leite, 1991, p.62).*

A década de 70 se caracterizou pelo surgimento das **Organizações Não-Governamentais** (ONG), instituições sem fins lucrativos, "muitas das quais orientaram seus esforços visando à melhoria das condições de vida de crianças vivendo em comunidades afetadas pela extrema pobreza" (Pillotti, Rizzini, 1995, p.42). Esse trabalho é realizado a partir da base, que é a comunidade, oferecendo apoio técnico e viabilizando a obtenção de verbas para a realização dos seus projetos. Funciona sem articulação plena com a política de ação social do governo, tentando, todavia, preencher parte da lacuna deixada por esta. Sobrevive com recursos oriundos de convênios externos que não são regulares nem pontuais, comprometendo a continuidade e a efetividade dos serviços.

As ONGs vêm sendo uma realidade em vários países, a exemplo de Uruguai e Chile, oferecendo serviços do tipo creche, abrigos, centros de capacitação, oferta de alimentos, atuação junto à criança pré-escolar e adolescentes, com estimulação precoce e controle do desenvolvimento. Voltadas para a solução de problemas da infância e adolescência, porém sem recursos suficientes, adotam medidas de baixo custo e buscam a participação da comunidade valorizando suas potencialidades. Sua filosofia de atuação incorpora o princípio do direito de cidadania para todos os indivíduos.

No ano de 1979, aprovou-se o novo **Código de Menores**, basicamente uma revisão do anterior. A urgência em que se colocava a necessidade de avaliação do antigo Código de Menores perpassava aspectos como a contemplação da criança e como sujeito de direito e a humanização da atenção a ela dirigida. À parte as discussões que geraram tal perspectiva, o novo Código de Menores traz como inovação a eliminação da denominação "menor abandonado e delinqüente" e a manutenção da responsabilidade penal aos 18 anos e amplia os poderes do Juiz de Menores.

Algumas das críticas em torno desse dispositivo atentavam para o fato de que, a partir da nova lei, menores infratores poderiam ser submetidos a medidas penais sem necessidade de constituírem-se provas ao suspeito. Para prova em contrário, o acusado é que teria que apresentar advogado de defesa e abrir processo, o que seria praticamente inviável para os pobres.

Em 1982, entra em cena a **Pastoral da Criança,** que teve como autores Dom Paulo Evaristo Arns - Cardeal e Arcebispo de São Paulo e Mr. James Grant - Diretor Executivo do UNICEF -, após um diálogo reflexivo sobre as condições de miséria que assolam grande parte das populações do mundo. A idéia ganhou adeptos como a pediatra e sanitarista Zilda Arns Neumann e Dom Geraldo M. Agnelo - Arcebispo

de Londrina -, dispostos a pôr em prática a intenção, dando início à obra na comunidade de Florestópolis, interior do Paraná.

O trabalho realizado pela Pastoral da Criança tem a finalidade de contribuir com a produção de condições que garantam que "todas as crianças tenham vida e a tenham em abundância" (Pastoral, 1995, p.3). Compreendem a criança como elemento de uma família e de uma comunidade e adotam como ações básicas: o apoio integral às gestantes, educação essencial, incentivo ao aleitamento materno, vigilância nutricional, alternativas alimentares, controle de doenças diarréicas, estimulação para a vacinação de rotina nas crianças e nas gestantes, controle de doenças respiratórias, remédios caseiros, prevenção de acidentes domésticos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de AIDS e a catequese, do ventre materno aos 6 anos. Utilizam também como estratégia de trabalho a formação de líderes comunitárias, que

> *são treinadas e acompanhadas na luta contra a mortalidade infantil e pela elevação da qualidade de vida de crianças e seus familiares, afetados pelas condições de miséria, dando um exemplo cabal de como é possível resgatar o valor profundo da vida (Pastoral, 1995, p.5).*

A utilização das mulheres da comunidade parte do pressuposto de que, como parte desta, conhecem melhor a situação ali vivenciada, têm maior poder de penetração, portanto podem funcionar como agentes de educação e transformação. Partem da valorização dos aspectos culturais, incentivando o espírito cristão, a solidariedade, o respeito ao próximo na família e na comunidade e apostam na capacidade de organização do povo para uma sociedade mais igualitária.

Os resultados desse trabalho são palpáveis e mensuráveis pela redução do índice de mortalidade infantil nas comunidades onde é realizado. "De 1989 para cá, a mortalidade de menores de 1 ano acompanhados pela Pastoral da Criança caiu de 53 para 27 por mil em todo o Brasil" (Pastoral, 1995, p.5).

Não obstante os resultados obtidos, defendem a necessidade de uma política macroestrutural no país, a fim de reverter o nível de indigência crescente, "buscando, através de uma nova ética social, a construção de uma cultura centrada no respeito e na valorização da vida" (Pastoral, 1995, p.6).

No ano de 1985, surge o **Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua** (MNMMR) - uma organização não-governamental constituída por uma rede de educadores e colaboradores voluntários que, juntamente com as crianças e os adolescentes das classes populares, lutam em prol da cidadania e da defesa dos seus direitos. Compreendem a criança e o adolescente como sujeitos de direitos que, como tal, devem participar da construção das sociedades e de suas vidas. Adotam como objetivos:

> *- Possibilitar espaços de organização e formação de crianças e adolescentes das camadas populares, prioritariamente meninos e meninas de rua, favorecendo sua participação na reflexão e busca de soluções dos problemas que lhes afetam, a fim de expressarem e exercerem seus direitos de cidadania;*
>
> *- Ser espaço de organização em rede de educadores, programas de atendimento e agentes de defesa dos direitos, com vistas à quebra de isolamento, potencialização de suas ações de promoção de defesa de direitos humanos e de cidadania*
>
> *- Participar ativa e criticamente na elaboração de leis e políticas públicas (saúde, educação, trabalho, lazer, transporte, cultura, moradia, alimentação, liberdade etc.), para que sejam efetivas, atinjam as crianças e os adolescentes de forma eficaz e cumpram o preceito constitucional 'criança: prioridade absoluta';*

- Contribuir na mobilização, organização e capacitação das forças vivas que compõem a sociedade civil, a fim de que promovam e defendam os direitos humanos e de cidadania de nossas crianças e adolescentes;

- Denunciar as omissões, transgressões e violações aos direitos dos meninos e meninas *(MNMMR, 1995, p.4)*

Desde a sua fundação, o movimento já promoveu quatro encontros nacionais; criou o Centro de Formação e Apoio a Educadores de Rua, que visa atender todas as regiões do país, destacando aí as áreas de capacitação, de estudos e pesquisas, de serviços e assessoria; participou da criação do Fórum Nacional Permanente de Entidades não-governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, que o habilitou a participar da elaboração da Constituição Federal e do anteprojeto do Estatuto da Criança e do Adolescente; participou de Comissões de Investigação de assassinatos em algumas cidades; juntamente com a Terra Nova (instituição italiana) criou o Projeto Axé na Bahia; participou da elaboração do Plano Nacional de Combate à Violência; realizou pesquisa sobre perfil das vítimas dos crimes nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Recife, que culminou na edição do livro **Vidas em risco;** tem-se dedicado à construção institucional dos Conselhos de Direitos e tutelares; colaborou na elaboração e aprovação do tratado sobre a infância; implementou programa de visita e apoio às comissões locais nos diversos estados do país; participa do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e do Conselho Nacional de Saúde; atua junto à CPI do Congresso Nacional que investiga a exploração do trabalho e da prostituição infantil, entre outras ações.

Calcula-se que existam cerca de 3.000 crianças e adolescentes ligados às ações do MNMMR no país, na faixa etária de 7 a 23 anos, predominando o sexo masculino (69%), a maioria estudando (84%) e realizando alguma atividade de trabalho (59%) (MNMMR, 1995).

Dentre os órgãos nacionais e internacionais financiadores das ações do movimento, destacam-se: UNICEF, De Waal Fundation (Holanda), Misereor (Alemanha), Organização Holandesa para Cooperação Internacional de Desenvolvimento (Novib), Infância Viva, Amparo ao Menor Carente (AMENCAR), com prevalência dos internacionais.

Em 1990, o **Estatuto da Criança e do Adolescente** (ECA) foi um marco, sancionado a partir da Lei n° 8069/90 (BRASIL, 1991), fruto de diversos movimentos de grupos organizados em todo o país em defesa da criança e do adolescente. Esses movimentos objetivavam evidenciar a falência do modelo de internato aplicado, baseado na correção e na repressão; denunciavam, entre outros, a exploração de crianças por adultos e, ainda, a utilização para roubos e tráfico de drogas e reclamavam uma sociedade mais igualitária e menos excludente.

A partir das diretrizes preconizadas no ECA, pressupõe-se um redirecionamento da atenção à criança e ao adolescente no país, considerando-se a humanização dos procedimentos, a capacitação dos agentes, a modernização das estratégias, a maior alocação de recursos, a compreensão da infância e da adolescência como momentos singulares no desenvolvimento desses sujeitos e a proteção integral necessária à construção da cidadania.

Instrumentos de operacionalização do estatuto são os Conselhos Municipais de Direitos da Criança e o Conselho Tutelar. Entretanto, ainda existem “municípios que sequer sabem o que vem a ser Estatuto da Criança e do Adolescente e desconhecem inteiramente os conselhos” (Vogel, 1995, p.329). Outros sabem da sua legalidade, mas se consideram incapazes de colocá-los em prática e ainda há outros que não acreditam e até esperam que não dêem certo.

Não é exagero relacionar esse estado de alienação com o momento de resistência que se observou na construção do Estatuto. Muitos foram aqueles que não compactuavam com a idéia da proteção integral à criança, pois sabiam do desprendimento a que teriam de se submeter para concretizá-la. Não desejavam correr o risco da contribuição.

No município, implantar o estatuto, inicialmente, requer a instalação do Conselho Municipal, que é constituído paritariamente por representantes da sociedade civil organizada e do governo municipal.

Ao Conselho compete "formular as políticas sociais básicas e/ou compensatórias voltadas para a infância e a adolescência" (Vogel, 1995, p.333). É, portanto, um órgão deliberador e controlador das ações dirigidas a esse segmento da sociedade.

Para que o Conselho Municipal possa atingir sua competência, necessita de algumas condições, e entre elas está a financeira. Dessa forma, atrelada ao Conselho está a criação do Fundo Municipal, cujos recursos são utilizados a partir de critérios estabelecidos pelo referido Conselho.

Muitas são as dificuldades encontradas na implantação dos Conselhos: a dificuldade de parceria entre representantes do governo e da sociedade civil, que não conseguem visualizar a supremacia da causa da criança frente aos seus representados; a ignorância dos componentes quanto ao papel do Conselho e ao seu próprio como membros; a falta de estrutura para operar; a ausência de planejamentos a partir de prioridades; a falta de dedicação, evidenciadas pelas freqüentes ausências dos membros, emperrando o processo decisório, que depende de *quorum;* a falta de troca de experiências entre os Conselhos; a incapacidade de seus membros de tomar decisões em nome de seus representados; a dificuldade de relacionamento com as prefeituras e o baixo poder de barganha junto aos vereadores a fim de que defendam seus projetos.

Aliado ao Conselho Municipal, há o Conselho Tutelar. O Artigo 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente (1991, p.57) estabelece: "O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta lei."

O Artigo 134 refere-se à "eventual remuneração de seus membros". Esta talvez seja a questão mais delicada e se constitui num elemento complicador para a implantação desse Conselho, visto que, envolvendo pagamento por um serviço para o público, interesses outros, que não passam pela afinidade com a causa infantil, podem estar atrelados à indicação das pessoas. Todavia, é mister que se compreenda a necessidade dessa remuneração, considerando-se a disponibilidade e a responsabilidade que tal atividade requer. Não se pode exigir grande nível de desprendimento quando se considera filantropia e não trabalho o exercício das funções do Conselho.

Na composição desse Conselho, deve-se atentar, entre outros critérios, para o da competência técnica, visto que ter-se-á de lidar com as mais variadas situações e ainda para o critério político, que deverá permear todas as ações.

Entre as experiências já implementadas, alguns entraves são identificados: falta de infra-estrutura; falta de acesso a instituições profissionais para atender a casos específicos; ausência de uma sistema de aprimoramento de seus agentes; dificuldade de co-participação de órgãos da comunidade, como escolas, setor de saúde, entre outros.

A tríade compreendida pelo Conselho Municipal, pelo Conselho Tutelar e pelo Fundo Municipal, criteriosamente constituídos e afinados com a proposta, representa condição indispensável para que o Estatuto se torne uma realidade e avance rumo à cidadania das crianças e dos adolescentes.

Todavia, nem só com boa intenção e adoção de dispositivos legais se constrói uma política de atenção, principalmente quando essa prática impõe mudanças de atitudes, valores e conceitos e, acima de tudo, compartilhamento de poder. Este último, de maneira camuflada ou explícita, acaba sendo o maior nó e, ao se realizar uma avaliação apurada, constatar-se-á que a grande maioria, senão todos os entraves, decorre dele.

Implantar Conselhos e Fundo implica negociar a hegemonia do poder estabelecido, antes, em mãos dos juízes, prefeitos e vereadores. Significa redistribuir o poder. E a quem vai interessar isso? Justo quem deverá abrir mão dele? A prática tem demonstrado não ser fácil. E no que concerne a abrir mão de parte do controle financeiro o problema se torna mais complicado ainda.

Além da criação do Estatuto, em 1990 houve a extinção da FUNABEM, após conclusões do diagnóstico de desempenho realizado, que pôs em evidência:

> *predominância de um paradigma corretivo, autoritário, perverso e irrelevante; falta de articulação e integração das instâncias, organismos e programas; superposição de ações; diluição de recursos, competição e conflito; clientelismo e apadrinhamento. (Vogel, 1995, p.319-320).*

Sendo extinta, foi substituída pelo **Centro Brasileiro para a Infância e a Adolescência** (CBIA), que nasce com a responsabilidade de inaugurar nova fase nessa história, ou seja, implantar o Estatuto da Criança e do Adolescente, tendo em vista a proteção integral. Entretanto, em 1994, após as eleições presidenciais, este foi extinto, a partir do entendimento de que a gerência da atenção à criança, de acordo com o Estatuto, deveria ser assumida diretamente pelos municípios.

Meninos e meninas de rua no Brasil hoje

Conforme se observou, o fenômeno meninos e meninas de rua no Brasil pode ser considerado tão antigo quanto o descobrimento desse país. Desde a invasão dos europeus, com o nascimento dos primeiros brasileiros, que não eram nem brancos nem negros, mas frutos da expropriação dos corpos das mulheres tidas como escravas, as crianças enjeitadas e desassistidas começaram a aparecer progressivamente.

Mais tarde, a Abolição da Escravatura fez engrossar a fila dos desprotegidos, uma vez que, ao libertar os escravos, não lhes ofereceram infra-estrutura necessária à sobrevivência. Surgem, desse modo, as favelas e aumentam os marginalizados.

Outrossim, para o Brasil tornar-se independente de Portugal teve que assumir a dívida por ele contraída com a Inglaterra, dando aos brasileiros o *status* de “independentes endividados”.

Além desses fatores, as políticas de atenção dirigidas às crianças, ao longo da história, no mundo, revelam o desvalor com que sempre se tratou esse segmento da população. Portanto o fenômeno meninos e meninas em situação de rua vem sendo produzido por uma história de desrespeito dos indivíduos que compõem a sociedade civil e organizada em relação aos seus membros, em especial à criança.

Desse modo, a história do Brasil prossegue e se arrasta carregando o peso da conseqüência dos atos praticados e implantados na sua origem, influenciando e cristalizando posturas e comportamentos. “Há mais de cem anos da Abolição, convivemos, hoje, com cerca de 12 milhões de crianças e adolescentes abandonados (...), das quais a maioria absoluta é de origem negra” (Lima, Venâncio, 1996, p.73).

Somando-se a esses elementos, a década de 80, no Brasil, representou um período de intensificação da pobreza, com alta taxa de inflação, desemprego, centralização de renda e quase ausência de

políticas sociais. Essa pobreza estabelecida no país mexe com os papéis desenvolvidos pelos membros da família. Os pais, impossibilitados de proverem o sustento da família, vêem-se obrigados a utilizar a mão-de-obra das crianças e dos adolescentes para contribuir no orçamento (Cruz Neto *et al.*,1993).

A população brasileira, hoje, está estimada em cerca de 151,5 milhões de habitantes, sendo que 55,3 e 17,2 milhões encontram-se, respectivamente, nas faixas etárias abaixo de 16 e de *5* anos. Não obstante a expectativa de vida do brasileiro ter aumentado para *66* anos, 34% dos indivíduos encontram-se em situação de vida abaixo do nível de pobreza absoluta; cerca de 15% da população são analfabetos; quase 30% não têm acesso a saneamento básico; 11% das crianças apresentam baixo peso ao nascer; 77% se constituem população urbana e os gastos do governo central em saúde ficam em torno de 7%, em educação, 3% e em defesa do país, 4% (UNICEF, 1995). Os indicadores sociais refletem a gravidade da injustiça e da desigualdade que imperam no país, bastando observar as taxas e as condições de vida sob as quais vivem populações das diversas regiões. Dados de 1988 demonstram que 66,6% do total de crianças e adolescentes vivem em estado de pobreza generalizada. Só na Bahia,"... são cerca de 2.500 crianças e adolescentes vivendo em situação de pobreza absoluta" (Drexel, Iannone, 1994, p.65).

O Brasil apresenta uma taxa de mortalidade infantil (TMI) de 551:000 nascidos vivos (crianças até um ano de vida) e taxa de mortalidade de menores de cinco anos (TMM5) em torno de 67:1.000 nascidos vivos. Esses índices representam a probabilidade de uma criança morrer até completar 1 e 5 anos de idade, respectivamente, ou seja, de cada 1.000 crianças que nascem no Brasil, 55 morrerão no primeiro ano de vida e 67 até o quinto ano.

A depender da região onde venha a nascer essa criança, o risco de morte nos primeiros anos de vida pode aumentar ou diminuir, considerando-se a proporção de serviços de atenção à saúde ali existentes, do nível de escolaridade, da habitação, enfim, da condição sócio-econômica da população que ali vive. Por exemplo, o índice de mortalidade por diarréia em crianças no Norte e Nordeste chega em torno dos 40%, enquanto que na região Sul cai para 12% (BRASIL, 1992), o que demonstra a existência de condições bastante diversas dentro de um mesmo país, em decorrência da má distribuição de renda e de serviços e atenção aí praticados. No entanto, é preciso reafirmar que esse quadro perverso não é obra do acaso ou fatalidade e sim resultado de um agir político que tende a ignorar milhões de pessoas.

Essa injustiça social dificulta o convívio organizado da família, favorecendo a ida para a rua de alguns de seus componentes em idade ainda incipiente e sem preparo, na busca de sobrevivência. Essa saída pode tornar-se sem retorno, colocando-os em uma constante situação de risco. Assim, as péssimas condições sócio-econômicas favorecem o desequilíbrio das relações, levando à desagregação familiar. Como as crianças e os adolescentes representam os sujeitos mais vulneráveis a esses agravos, sobre eles recaem as maiores conseqüências. Em decorrência da pobreza estabelecida no país, dos conflitos pessoais e da falta de vontade política dos governantes é que se conta hoje com expressivo contingente de crianças e adolescentes que utilizam as ruas como estratégia de sobrevivência. Fazem-se algumas restrições, todavia, à vertente explicativa de que

> *a família encontra-se em processo de desorganização, pelo declínio da autoridade paterna, pela independência dos membros da casa, pela emancipação da mulher (...), pela decorrência de o Brasil entrar na era tecnológica que acaba colocando as crianças e os jovens frente à indecisão. (Passetti, 1996, p.156).*

Ao contrário, pensa-se que, se todos tivessem acesso a essas mudanças, de forma saudável, esses fatores teriam mesmo contribuído para melhorar as relações intrafamiliares, na medida em que, por exemplo, a emancipação da mulher, com o trabalho extradoméstico, eleva ou mantém o padrão aquisitivo da

família; o declínio da autoridade paterna necessariamente não significa desgoverno da família, se esta é dividida com, a mãe ou outro indivíduo que compõe o núcleo familiar; e o avanço tecnológico, para os que evoluíram juntos, representa um subsídio para reduzir a mão-de-obra e facilitar a vida, quando bem utilizado. Analisando de forma diferente, exatamente para aqueles que não conseguiram ter acesso a tais avanços é que a condição de desequilíbrio, desorganização e até marginalização se impôs.

Acredita-se que o que de fato provoca tal desorganização, além da miséria que assola as famílias, é mesmo a falta de educação, de emprego e de equipamentos sociais que desenvolvam um trabalho sério, para que a mulher possa contribuir com o orçamento familiar e tenha seus filhos em segurança, como acontece em países desenvolvidos. Quando valorizar a vida for questão de pauta, os outros valores se tornarão menores.

Meninos e meninas vivendo as ruas como teto revelam, na realidade, a prática de uma política social e econômica desigual, concentradora e excludente, ou seja,

> *Eles são o retrato da realidade social, resumo das contradições do sistema político e econômico, uma vez que denunciam a miserabilidade das condições de vida de grande parte da população brasileira e revelam uma sociedade em transformação que ainda não encontrou ou não utiliza os meios adequados para solucionar seus problemas (Eisenstein, Souza, 1993, p.14).*

A tentativa de sobrevivência de crianças e adolescentes nas ruas leva-os a desenvolverem diversas formas de trabalho: tomar conta de carros, lavar automóveis, carregar pacotes, lavar pára-brisas de carros, engraxar sapatos, vender vassouras, pedir e também praticar pequenos furtos. Em muitos casos, são usados por adultos. Para Cheniaux,

> *o espaço da rua significa trabalho, moradia, consumo e lazer, além de muitas vezes garantir a própria sobrevivência e a de sua família. Esse trabalho é o motivo que os leva ás ruas e se constitui numa das estratégias de que o núcleo familiar urbano lança mão para poder sobreviver nos grandes centros (1988, p.14).*

Vivendo o cotidiano da rua, existem dois tipos de crianças e adolescentes. Há aqueles que passam o dia na rua fazendo seus biscates ou simplesmente perambulando que, quando se cansam, geralmente à noite, voltam para as suas casas, mantendo o vinculo familiar. Esses são denominados “na rua”. E há aqueles que já perderam o vínculo com a família ou cuja perda está se processando. Esses são considerados “de rua”.

Para os que passam apenas o dia na rua, quando não encontram o mínimo de suporte afetivo nos lares, ou quando esses lares já se apresentam em processo de desagregação, há uma tendência a se transformarem em “meninos de rua”, pois, para eles, o estar em casa, ás vezes, é mais atemorizante do que a própria rua. Os que já estão aí estabelecidos têm preferência por estar nos locais mais movimentados, pois a possibilidade de que consigam algo para fazer é maior. Geralmente estão em duplas, trios ou em grupos maiores para facilitar os atos e terem proteção e cobertura uns dos outros. Lutam pelo aqui e pelo agora e o futuro não está em primeiro plano, mesmo porque a sua necessidade de sobrevivência é emergencial, do momento. O ritmo e o modo de vida são distintos. Daí que eles

> *dormem pouco e em lugares flutuantes; vêem os elementos estranhos ao grupo como ameaça; preservam um 'código de honra' como forma de proteção, sabem que são vistos como delinqüentes em potencial; não valorizam a propriedade alheia; têm dificuldade de se envolver emocionalmente; desenvolvem gíria própria e representam uma seleção da espécie (Drexel, Iannone, 1994, p.64).*

A maioria possui apelidos e muitos chegam a esquecer seus nomes e até suas origens. Possuem uma história marcada pelo desamor. Pelo fato de não terem recebido o carinho no lar, tornam-se desconfiados e com dificuldade de desenvolver esse sentimento na rua, principalmente porque as parcerias são rotativas e os adultos sempre os vêem de forma discriminatória, criticando-os e rejeitando-os. "Desde muito cedo, eles enxergam que a sociedade espera que eles sejam criminosos, por já considerá-los criminosos em potencial" (Cheniaux, 1988, p.28). Vivem em constante insegurança, com receio de serem agredidos ou violentados por marginais, pela própria polícia, ou por outras pessoas inescrupulosas. A noite, passam quase sempre em vigília e mudam com freqüência seus pontos de estadia, com medo de serem atacados. É um cotidiano construído na incerteza, convivendo com fortes estigmas. Portanto,

> *eles vivem na rua, no desamparo, na ausência de normas, onde existem todos os tipos de riscos e formas graves de perigo, tendo adquirido graves estigmas de desprestígio, ao serem considerados, todos eles, 'marginais', 'delinqüentes', 'infratores', etc. Estas marcas praticamente 'legalizam' o abuso e os maus tratos. (Einsensteinl; Souza, 1993, p.14).*

Outro fator relevante é o convívio com a violência. Esta, pode ser vista de quatro maneiras: a violência estrutural, determinada pelas desigualdades sociais; a cultural, que se expressa nas relações de dominação racial e étnica dos grupos; a violência da delinqüência, manifesta nas diversas formas de atentados contra as sociedades e a violência da resistência, entendida como a forma de reagir dos grupos explorados, subjugados e excluídos (Brasil, 1993). Aos meninos e meninas de rua são impingidos todos os tipos de violência citados, considerando-se a negação de condições mínimas de sobrevivência, restando-lhes a mendicância e o roubo, a estigmatização e o preconceito e a instauração de um modo de vida arredio para fazerem frente às violências física, mental e social que lhes são impostas e até mesmo o extermínio. Ainda dentro do panorama da violência,

> *a prostituição infantil desponta como um fato cruel, afigurando-se com diferentes matizes. Há momentos em que ela se integra ao tráfico de drogas, há situações em que ela se confunde com a pobreza e há casos em que seu início ocorre dentro do próprio lar (Gomes, 1996, p.45).*

Segundo constatações do autor citado, o viver a rua para a menina se reveste de peculiaridades *"sui generis",* uma vez que sobre ela recai, além da miséria e da condição de ser criança, o estigma do "sexo frágil", impondo-lhe utilizar o seu próprio corpo como mercadoria.

Conforme constata Franco (1992, p. 369),

> *cada processo violento que se concretiza ou se converte em norma interfere no processo vital humano (PVH) porque ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e coloca a morte como realidade ou como possibilidade próxima - não somente ao PVH individual mas também na sua dimensão coletiva.*

No Brasil, através da Classificação Internacional das Doenças (CID), as Causas Externas, os acidentes e a violência, vêm ocupando o terceiro lugar entre as causas de morte, sendo que a morbidade decorrente se apresenta com expressão 200 a 400 vezes mais elevada que aquela, para o que, como afirma Minayo (1992, p.257), "exige-se uma visão interdisciplinar que integre uma análise sócio-econômico-política e cultural com os aspectos médico-legal-epidemiológicos e com estudos de caráter psicoanalíticos", principalmente ao se constatar que grande parte dos acidentes não acontece por um acaso, mas pode ser controlável e prevenível, o que torna a causa bastante complexa.

Figuram entre as formas de violência que acometem crianças: os acidentes de trânsito e a violência urbana, que envolvem delinqüentes jovens como vítimas ou como autores; os abusos físicos; a exploração ou a vitimização sexual; o abuso psicológico; a negligência; o trabalho infanto-juvenil e ainda,

segundo Assis (1995), outras formas de violência são experienciadas pelas crianças, como o suicídio, acidentes outros como queimaduras, quedas, envenenamentos, afogamentos, ferimentos, mordedura de animais, guerra, abandono, desaparecimento e institucionalização. Muitas dessas têm como pano de fundo não apenas a pobreza, mas também o descaso e a negligência.

Diante de problemas sociais de tal monta, alguns gestores do poder reagem de "maneira extremamente determinista. Para a maioria deles, são problemas intransponíveis (...). O que importa é como conviver com eles" (Cruz Neto *et al.,* 1993, p.122).

Todavia o poder público e a sociedade brasileira explicitam, no plano da retórica, que é necessário proteger as crianças para assegurar a elas e a todos um futuro promissor, tanto que é voz geral que "a criança é o futuro do país". Nessa linha de raciocínio, formulam-se leis maravilhosas e muito claras a esse respeito. Exemplo disso é o Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como a Declaração dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas desde 1959. Nesta, o seu Artigo 7º deixa claro o direito da criança de ter um nome, ser registrada logo que nasce, conhecer seus pais e ser cuidada por eles.

Já o Estatuto da Criança e do Adolescente define:

> *é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral* e *do Poder Público assegurar,* com *absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, a alimentação, à educação*, *ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.* (Art. 4º).

Estabelece também que criança alguma sofrerá efeitos de negligência, exploração, violência ou discriminação, sendo punido na forma da lei o autor da ação ou da omissão.

Apesar da clareza com que é colocada a lei, a experiência tem demonstrado a existência de um grande fosso entre o plano das idéias e a prática.

Desse modo, diante da realidade elencada, entende-se que, para que esses direitos possam ser assegurados efetivamente, faz-se necessária uma mudança do próprio sistema vigente, uma reorganização social e econômica, através de uma prática política mais justa, em que a vida seja valorizada e o bem-estar de toda a população se torne uma prioridade. Enquanto essas mudanças não são conquistadas, aglutinar as forças é a saída para minorar o sofrimento dessa grande massa de desprotegidos e para arrefecer as seqüelas deixadas pela miséria, sem perder de vista o exercício da cidadania. Segundo Passetti (1996, p.152),

> *a estratégia para tal investida* ancora-se numa *verdade de poder que orienta o reequacionamento dos quadros intelectuais do Estado, alheios a partidarismos, para* a tarefa *de definir para a sociedade os benefícios que ela* alcançará.

Assim sendo, a cidadania deve ser compreendida como a materialização de direitos humanos indispensáveis para a consolidação de um país democrático cujos indivíduos sejam considerados sujeitos históricos, construtores de condições de vida. Não se concebe uma cidadania na qual seus indivíduos não acreditam em seu potencial, não se vêem dignos de direitos e não conseguem perceber a situação de marginalização que lhes é imposta.

Nessa linha de discussão, Demo (1995, p.2) afirma que "o desafio maior da cidadania é a eliminação da pobreza política, que está na raiz da ignorância acerca da condição de massa de manobra". Desse modo, constituir-se cidadão não implica exclusivamente o fato de ter assegurados alguns serviços básicos, mas, acima de tudo, participar das decisões e da construção de mecanismos de cidadania.

Concorda-se, portanto, com Cruz Neto *et al.* (1993), quando vislumbram a saída para o problema a partir da parceria entre sociedade civil e Estado numa macro-proposta social que contemple uma distribuição de renda justa, a eliminação da violência institucional e do abandono da família brasileira.

Mudar essa prática significa, assim, retomar a questão do valor à vida como um bem coletivo, não apenas visualizando-a no seu potencial de geração de subsídios materiais para enriquecimento das nações, mas, além disso, tendo a vida e o bem-estar de crianças, adolescentes, adultos e idosos como patrimônio da humanidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, E. M. de M. Rostos de crianças no Brasil. In: PILOTTI, F., RIZZINI, I. (Org.). **A arte de governar crianças:** a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1995.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

ASSIS, S.G. de. **Trajetória sócio-epidemiológica da violência contra crianças e adolescentes:** metas de prevenção e promoção. Rio de Janeiro, 1995. 167p. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1995.

BADINTER, E. **Um amor conquistado:** o mito do amor materno. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1985.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada.** Lisboa: Barsa, 1966. 285p.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Criança. Projeto Minha Gente. **Lei n° 8.069, de 13 de junho de 1990.** Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, 1991. INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS. Brasília, v. 1, n. 2, jul. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. **Violência contra a criança e o adolescente:** proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília, 1993.

CAMPOS, M. M., ROSEMBERG, F., FERREIRA, I. M. **Creches e pré-escolas no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1993.

CHENIAUX, S. **Trapaceados e trapaceiros:** o menor de rua e o serviço social. 3. ed. São Paulo : Cortez, 1988.

CRUZ NETO, O . et al. Entre o determinismo e a superação: algumas considerações. In: MINAYO, M.C. de S. (Org.). **O limite da exclusão social:** meninos e meninas de rua no Brasil. Rio de Janeiro : Hucitec, 1993.

DEMO, P. **Cidadania tutelada e cidadania assistida.** São Paulo: Autores Associados, 1995.

DREXEL, J., IANNONE, L.R. **Criança e miséria:** vida ou morte? São Paulo: Moderna, 1994.

EINSENSTEIN, E., SOUZA, P. de. **Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes.** Petrópolis: Vozes, 1993.

FALEIROS, V. de P. Infância e processo político no Brasil. In: PILOTTI, F., RIZZINI, I. (Org.). **A arte de governar crianças:** a história das políticas, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1995.

FRANCO, A.S. Violence and health: preliminary elements for thought and action. **International Journal of Health Services,** v. 22, n. 2, p. 365-76, 1992.

GOMES, R. **O corpo na rua e o corpo da rua:** a prostituição infantil feminina em questão. São Paulo:

Unimarco, 1996.

LEITE, L.C. **A magia dos invencíveis:** os meninos de rua na Escola Tia Ciata. Petrópolis: Vozes, 1991.

LEITE, M.L.M. O óbvio e o contrário da roda. In: PRIORE, M. del (Org.). **História da criança no Brasil.** 4. ed. São Paulo: Contexto, 1996.

LIMA, L. da G., VENÃNCIO, R.P. O abandono de crianças negras no Rio de Janeiro. In: PRIORE, M. del. (Org.). **História da criança no Brasil.** 4. ed. São Paulo: Contexto, 1996.

MATTOSO, K. de Q. O filho da escrava. In: PRIORE, M. del (Org.). **História da criança no Brasil.** 4. ed. São Paulo: Contexto, 1996.

MEDEIROS, M. **Percepções dos atores sociais que coordenam programas de atenção às crianças e adolescentes em situação de rua no município de Ribeirão Preto (SP).** São Paulo, 1995. 78p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995.

MINAYO, M. Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992

MOVIMENTO NACIONAL DE MENINOS E MENINAS DE RUA, 1995. **10 anos de movimento nacional de meninos e meninas de rua:** 1985-1995. Brasília, 1995.

MORAES, A. F. et al. **Meninas do rio, meninas da rua.** Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Para que todas as crianças tenham vida.** [S. l.: s. n.], 1995.

PASSETTI, E. **O que é menor?** São Paulo: Brasiliense, 1987.

PASSETTI, E. O menor no Brasil republicano. In: PRIORE, M. del (Org.). **História da criança no Brasil.** 4. ed. São Paulo: Contexto, 1996.

PILOTTI, F., RIZZINI, I. **A arte de governar crianças:** a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1995.

PRIORE, Mary del (Org.). **História da criança no Brasil.** 4. ed. São Paulo: Contexto,1996.

RIZZINI, I. Crianças e menores do pátrio poder ao pátrio dever. In: PILOTTI, F, RIZZINI, I. (Org.). **A arte de governar crianças:** a história das políticas sociais, da legislação, e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1995.

SANTANA, J. S. da S. **O significado da experiência de creche expresso pela criança.** Salvador, 1995. 167p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 1995.

SOUZA, L. de M. O Senado da Câmara e as crianças expostas. In: PRIORE, M. del (Org.). **História da criança no Brasil.** 4. ed. São Paulo: Contexto, 1996.

UNICEF. **Situação mundial da infância.** Brasília, 1995.

VOGEL, A. Do Estado ao Estatuto: propostas e vicissitudes da política de atendimento à infância no Brasil contemporâneo. In: PILOTTI, F., RIZZINI, I. (Org.). **A arte de governar crianças:** a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1995.

FEMININO E MASCULINO: REPERCUSSÕES NA SAÚDE DOS ADOLESCENTES

Anna Maria Hecker Luzi
Neiva Iolanda de Oliveira Bernil

Este texto fornece subsídios para estudos e ações sobre a temática saúde do adolescente e fatores de vulnerabilidade, em especial a maternidade/ paternidade na adolescência e suas relações com gênero.

O foco que conduz a argumentação tem por base as leituras e pesquisas por nós desenvolvidas acerca da temática e as questões de gênero – feminino/masculino, e experiências de ensino, pesquisa e assistência de saúde junto a população de adolescentes em comunidades de classes populares de Porto Alegre, com o apoio do CNPq e do Núcleo de Estudos do Desenvolvimento Humano: Saúde e Educação (NEDEHSE/UFRGS).

A adolescência é a fase do desenvolvimento humano - segunda década da existência - em continuidade ao processo dinâmico da evolução caracterizada por grandes transformações: crescimento biológico, mudanças psicossociais e cognitivas. Além disso, concomitante à idéia contemporânea de que a adolescência e a juventude são fontes de grandes oportunidades, circulam idéias associadas à noção de crise, desordem - problemas sociais que necessitam de atenção pública (Medrado, Lyra, 1999).

Na cultura ocidental, educa-se crianças e adolescentes para o que deverão ser, sendo esta educação fortemente ligada aos modos de organização social.

Menino ou menina... homem, mulher... Estas são, talvez, as primeiras indagações quando nasce um novo ser. Cada um de nós existe porque tem dois pais, no momento de ser gerado: um homem e uma mulher. Nasce-se dentro de uma família, em uma comunidade. Herda-se dos pais as principais características físicas: forma, cor, feições... e outros tipos de herança, entre eles religião, o idioma e alguns dons. A comunidade em que se vive é responsável pela tarefa de educar e transmite ao novo ser as noções de tradição, nacionalidade e as leis que regulam os direitos e deveres. Essa espécie de "código de bem viver" controla a todas, mas o sexo que se nasce é marcante. O processo natural que determina o sexo é tão imprevisível quanto acertar cara ou coroa de uma moeda. Será menino ou menina? Não se sabe em que momento este fato se define e permanece segredo até ser desvendado ou através da tecnologia - ecografia - ou com o nascimento. A partir deste momento, o rumo da vida de uma criança é orientada, em grande parte, por esta escolha da natureza.

Ao nascer, a criança recebe um nome: João, Maria... Pedro, Beatriz... primeiro elemento de identidade que se refere à condição biológica sexual – homem, mulher. A partir daí inicia-se a socialização da criança, submetida a uma série de estereótipos ligados à identidade masculina ou feminina – construção

---

[1] Doutora em Educação – PUCRS, Livre Docente em Enfermagem Obstétrica e Neonatal – UERJ. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e do Curso de Pós Graduação – Mestrado em Enfermagem da UFRGS.

[2] Mestre em Enfermagem Obstétrica – Escola Paulista de Medicina. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

do sexo social (gênero). É, no decorrer dessa socialização, que assimila a forma culturalmente correta de pensar, agir, falar e relacionar-se com os outros no mundo.

A socialização da criança é direcionada para um determinado papel de gênero, a partir de gestos simples da família e do seu círculo social - o tipo de presentes de boas-vindas que recebe: certamente a menina receberá alguma boneca e, dificilmente, o menino não receberá carrinhos, bolas, etc... Mais tarde, ao estabelecer atividades de lazer, as meninas ocupam-se de brincadeiras que imitam as tarefas domésticas, enquanto os meninos são incentivados a brincar de luta, de competições de carros ou de jogo com bola. Em relação às tarefas domésticas, em geral, atribui-se às meninas os afazeres do interior da casa, enquanto os meninos se ocupam de tarefas mais externas.

Dessa forma, homens e mulheres começam a ser condicionados, por uma diversidade de experiências sociais, a assumirem padrões de comportamento de maneira tão sutil que facilmente integram nosso cotidiano como algo “da natureza” do sexo masculino ou feminino.

Nesse ambiente social, o ser humano cresce e cria seus filhos, reproduzindo o modelo estabelecido, sem avaliar, com a clareza necessária as repercussões desses determinantes na vida de homens e de mulheres. O ato de presentear a menina com uma boneca, reproduz o convite para que exerça o cuidado com seus filhos (não se faz o mesmo convite ao menino), e o aplauso às brincadeiras dos meninos, é um incentivo à ação de competir, atacar, defender-se, e ao se estabelecer as tarefas domésticas diferenciadas induz-se a menina a ocupar o espaço privado (doméstico), enquanto o menino é seduzido (induzido) desde a infância, pelo espaço público.

Portanto, tem-se uma categoria biológica determinante e outra importante que é a do *gênero*, relativa a um conceito sociológico que se refere à construção social do sexo - o que é próprio para o gênero feminino e o que é próprio para o gênero masculino.

Na tentativa de explicar as diferenças gerais que caracterizam a personalidade e os papéis masculino e feminino, Chodorow (1990) refuta os pressupostos que utilizam argumentos biológicos (diferenças sexuais ligadas à anatomia – homem e mulher), por sustentarem características imutáveis. Contrariando estes pressupostos, a autora considera a organização social segundo o gênero (masculino e feminino) uma “construção social”.

Assim, a formação da identidade, no contexto coletivo, tanto para os homens quanto para as mulheres decorre das diferentes vivências no meio social onde estão inseridos. E a construção social dessa identidade resulta da aprendizagem social, não apenas ligada às ações ativamente exercidas nos diferentes círculos sociais (família, escola, clube, grupos de interesse particulares, igreja...), mas também ligada às suposições mais gerais a respeito de idéias, tabús e mitos presentes naquele grupo (Luz,1999). A construção da identidade - feminina ou masculina - se realiza dentro do que é aceito para cada um dos atores sociais, com atitudes ou comportamentos próprios dos homens e próprio das mulheres.

O termo “gênero”, de acordo com Scott (1995), faz parte da tentativa empreendida pelas feministas para tentar explicar as persistentes desigualdades entre homens e mulheres em um novo paradigma, menos preocupado com as causas e mais com o significado. A preocupação está no processo de como as coisas ocorrem para depois descobrir porque ocorrem, uma explicação baseada no significado. A autora apresenta sua definição de gênero, numa conexão integral entre duas proposições: “gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e, gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (Scott, 1995 p. 86).

Portanto ao se analisar as questões da saúde dos jovens, vê-se que o lugar da mulher ou do homem na vida social humana não ocorre de maneira direta, produto das coisas que ela ou ele fazem,

mas do significado que suas atividades adquirem através da interação social concreta. Para buscar este significado, urge lidar tanto com o sujeito individual quanto com o social.

Refletir sobre os determinantes sociais do sexo, torna-se obrigatório aos profissionais de saúde, a fim de planejar o cuidado individual adequado, o que pressupõe, conforme Grossi (1996, p. 142), a substituição da "concepção fragmentária pela unitária do ser humano", e estabelecer políticas de saúde capazes de responder a demanda decorrente do comportamento "próprio" de homens e de mulheres. Segundo Grossi, "cada vez mais, estudos apontam a necessidade de se ter uma perspectiva de gênero para analisar e formular políticas de saúde". Sob outro aspecto, a reflexão sobre as questões de gênero pelos profissionais de saúde e a percepção das implicações dessas questões na saúde dos indivíduos obriga-os a assumir atitudes que correspondam ao compromisso social de contribuir para as necessárias mudanças na sociedade, que representem melhores condições de saúde, aqui entendida não só como ausência de doença, mas como o estado de bem-estar físico e emocional.

Embora sabedores da complexidade de tais questões e da interferência de múltiplos fatores etiológicos, considera-se, nesta abordagem, relação das vulnerabilidades de saúde, às quais os jovens estão expostos, com as questões de gênero. Pensa-se, então, sobre a construção social do sexo e suas repercussões na saúde do adolescente.

A primeira questão que emerge das vulnerabilidades de saúde na população jovem relaciona-se à violência, expressa nos acidentes, homicídios e uso de drogas que atinge mais os rapazes. Dados da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul (Relatório Azul, 1995) relatam que em 1995, dos 903 homicídios registrados no Estado, quase dois terços são praticados contra homens e 343 contra mulheres. Embora o número de mulheres assassinadas seja menor, o maior número de crimes é passional, muitas vezes acompanhado de suicídio do assassino. E o assassinato de mulheres ocorre, na sua maioria, no espaço privado, enquanto que o dos homens, no espaço público.

Acidentes automobilísticos e uso de drogas têm incidência maior no sexo masculino, a sua maioria jovens. São riscos, a exemplo dos homicídios, aos quais são mais suscetíveis os homens porque lhes é determinado, socialmente, desde a infância, a ocupação do espaço público.

Outras vulnerabilidades a que os jovens estão expostos são as relacionadas à saúde reprodutiva, área propicia e bastante usada na Biologia para perpetuar conceitos sociais existentes sobre os papéis feminino e masculino. Essa ciência associa-se as diferenças anatômicas da mulher e do homem a padrões de comportamento impostos ao sexo biológico. As determinações sociais interferem na sexualidade de homens e de mulheres e estabelecem atitudes próprias (e diferentes) para ambos os sexos quanto a questões relativas à reprodução: sexualidade, anticoncepção, aborto, maternidade e paternidade, observado nos depoimentos de mulheres e homens.

Um dia eu me senti diferente... Aí, um dia aconteceu...

Nos depoimentos de homens e mulheres constata-se que, para eles, as mudanças no processo de identidade pessoal vinculam-se aos ritos de passagem ligados a acontecimentos relacionais. Chega o dia em que, a partir das sutis transformações físicas, os adolescentes percebem-se diferentes. A mulher começa a ser olhada pelo rapaz de forma diferente, na rua, na escola e, em casa, já não é tratada da mesma maneira. Toma consciência do interesse e admiração que desperta. Para os adolescentes, a vivência na comunidade é diferenciada. É o tempo das esperas: na saída da escola, no portão, na esqui-

na, onde o objeto de admiração passa. Ir a festas e a locais de reunião amplia o círculo social e possibilita o relacionamento "amoroso". É um tempo de vivência intensa. Olhares rápidos, encabulados, sorrisos, comprimentos e, com o passar do tempo, o adolescente cria coragem e o diálogo inicia. O prazer do encontro, do olho no olho, do disparar do coração, da vivência da relação, do toque, do prazer de paquerar e ser paquerado, das brincadeiras e dos jogos sexuais.

De modo geral, estes jovens relatam a existência de envolvimento inicial entre parceiros, e os comentários sobre as intimidades são escondidas dos pais, mas compartilhadas com amigos do mesmo sexo.

De acordo com as adolescentes, das primeiras carícias íntimas à primeira relação sexual, tudo ocorre sem muita programação. Os rapazes, a cada encontro, têm em mente a possibilidade do relacionamento sexual, mas são as mulheres que determinam o limite, e quando decidem, o fato é consumado.

> *Aí um dia aconteceu. Eu saí com o Leandro para ir a festa, e decidi, em vez da festa, ir para outros lugares (Cinara).*

> *Quando eu namorava o Juremir ele vinha aqui e nós falava pela porta. Todo mundo ficava de olho e falavam pra mãe que eu ficava namorando, até que um dia aconteceu. Quando meu pai descobriu obrigou ele a casar comigo" (Mary).*

Em relação à sexualidade, percebe-se que, apesar da liberação sexual das mulheres, nas últimas décadas, ainda ocorre a repressão ao exercício da sexualidade por parte das meninas. Para as mulheres, e só para elas, há um controle externo imposto pela família ou das pessoas de relação, para evitar o relacionamento sexual. As mulheres mais velhas da família, geralmente mães, tias ou avós encarregam-se dessa tarefa.

> *Sabe, quando eu me perdi... Eu gostava do Darley, porque transei com ele... (choro) todo o mundo fica falando que eu me perdi, que eu sou isto e aquilo. Esta vizinha não gosta de mim, ela tem raiva de mim. Ela não quer que a filha ande comigo, porque eu me perdi. Todo mundo diz horrores de mim (Geni).*

> *É quando jovem que a gente tem que aproveitar para ter todas as mulher. Isto é coisa de homem mesmo (Paulo).*

Como refere Parker (1991), há uma dupla moralidade vigente em nossa sociedade, onde se estimula a iniciação sexual dos meninos, enquanto se estabelece restrições às meninas. Não há equivalente masculino para a mulher "perdida", e o homem dado a aventuras sexuais é admirado, particularmente no meio de outros homens (Guiddens, 1993). Por outro lado, espera-se do rapaz melhor desempenho sexual, o que, muitas vezes, provoca conflitos e pode lavá-lo a questionar sua masculinidade.

Forma efervescente do relacionamento amoroso é o contato íntimo dos corpos, uma das modalidades de relação que permite viver a alteridade e garante a perenidade do mundo. O relacionamento sexual dos adolescentes remete ao que Maffesoli (1985) chama de atitude existencial que faz do sexo não um problema, mas um mito assimilado no vivido do dia-a-dia. "*Tudo está aí. Ir até o limite de suas possibilidades é um contra-senso, é entrar na imortalidade da adição e da repetição de si"* (Baudrillard, 1993 p. 47).

Por não terem condições de falar aos pais sobre seu relacionamento sexual - pois os adultos não estão preparados para ouvi-las - as meninas também não os procuram para falar de anticoncepção. Via de regra, iniciam o relacionamento sexual para depois se preocuparem com a anticoncepção.

Eu comecei a transar com o Leonardo em novembro e no começo de dezembro eu já comecei a tomar pílula. Eu mesmo fui na ginecologista. Eu não contei nada para a mãe, eu simplesmente fui na ginecologista e deu. Tomei comprimido durante um ano. Estava tomando remédio, aí o médico mandou parar com as pílulas e só tomar os antibióticos. Como a gravidez não aconteceu, achei engraçado e não tomei mais. Aí engravidei (Cinara).

As gurias tinham me dito que na primeira vez não tem risco de engravidar. Fiquei grávida de primeira (Silvana).

Não uso esse negócio de camisinha. Não tem jeito (Maurício).

Não sei como engravidei. Eu me cuidava pelo método da tabela, mas como minha menstruação é irregular, quando vi já tava grávida. Às vezes eu tinha medo de engravidar, mas a gente acha que isto só acontece com os outros... (Adriana).

A responsabilidade quanto a anticoncepção e seus riscos continua sendo predominantemente das jovens mulheres (não é diferente com a mulher adulta). Socialmente, espera-se que a mulher tome providências para "evitar a gravidez", sendo freqüente o argumento de que "quem engravida é a mulher", numa visão biologista da concepção. Em contrapartida, o homem fica à mercê da mulher que pode suspender o uso do anticoncepcional e engravidar.

Conforme a United Nations Population Fundation (1994), novos padrões de comportamento estão trazendo os homens para as discussões sobre sexualidade, a importância de seu envolvimento no planejamento familiar, por conviver constantemente com a possibilidade de engravidar mulheres e adquirir/transmitir doenças sexualmente transmissíveis (DST). Em relação a estas doenças a distribuição dos casos de AIDS na faixa etária de 15 a 24 anos, no período de 1982-1999, a maior incidência atinge o sexo masculino - 14.116 casos, contrapondo-se à feminina com - 5.948 casos (Santos e Santos 1999).

...**ele tá me pegando a força**

Outro aspecto relevante é a questão da violência sexual a que a mulher está mais vulnerável: abuso, estupro e relações sexuais não-desejadas.

O Nego Velho, lá onde eu moro, ele tá me pegando a força e fazendo transá com ele, já há tempo. Eu tenho nojo dele. Eu fiquei com medo de falar porque ele me ameaçou. Ele disse que me matava se eu contasse. Aí fiquei com medo. Mas outro dia a vizinha ouviu quando ele me pegou" (Geni).

Neste caso, relata-se aos familiares de Gení (15 anos) que ela vem sofrendo abuso sexual. Entretanto, tanto o irmão quanto os pais eximem-se da responsabilidade, porque na vila há um comportamento social esperado da mulher que é sustentada pelo homem: ele tem o direito sobre o corpo dela e a ela cabe cumprir seu papel.

Se fosse eu o Nego Velho, comia... tudo. Ela é uma puta mesmo, ganha as coisa dele e depois se faz de santinha" (Diogo, o irmão).

Quando eu dei conselho ela não ouviu. Cansei de dar conselho. Ela resolveu se envolver com um homem casado, corria atrás dele... Ela fez isto pra me enfrentá. Agora taí ó. Rolando de casa em casa. Problema é dela... agora que se vire, não é problema meu (Francisco, o pai).

Outro dia ele deu até uma jaqueta que ela queria. Na hora de pedir ela sabe, na hora de fazer o que a mulher tem que fazer, ela não quer. Ela nem mais lava a roupa dele. O homem é trabalhador, então ela tem mais é que deitar com ele (Maria, a mãe).

Para Grossi (1996, p.134), a incorporação da questão de gênero nos estudos sobre violência contra a mulher é fundamental, pois é por meio de situações cotidianas e repetitivas que o papel feminino se define. Ao destinar à mulher um papel submisso e passivo, *"a sociedade cria espaço para a dominação masculina, onde o processo de mutilação feminina é lento, gradual e, muitas vezes, considerado legítimo".*

Aí apareci grávida...

Percebe-se que, em geral, as mulheres jovens assumem a maternidade, mesmo quando indesejada, enquanto os rapazes mais facilmente fogem dessa responsabilidade, ou assumem apenas os aspectos legais.

Ao suspeitar da gravidez, as adolescentes conversam com o companheiro, tentando envolvê-lo na situação. A primeira opção - manutenção da gravidez, ocorre quando o companheiro assume a paternidade ou há a aceitação familiar; a segunda, quando a adolescente é solteira e a paternidade não é assumida ou não há aceitação familiar – surge a idéia do aborto. Mas a possibilidade de aborto é assustadora para as adolescentes (Luz,1999). Verbalizam o medo de morrer durante o processo abortivo ou, no caso de insucesso na tentativa, o medo de ter filhos com seqüelas. A decisão de recorrer a um profissional para realizar o aborto, esbarra no problema econômico.

> *Quando eu fiquei grávida, o Mário foi quem disse para o pai que eu estava grávida. Não teve problema, ele assumiu desde o início (Silvana).*
>
> *No início, a mãe dele até queria que eu fosse morar lá... Agora que fiquei grávida, ela não aceitou. Eu nem falo mais com ele. ...Eu contei pra mãe porque não dava mais. Foi uma surpresa pra ela. Ela ficou chocada, mas depois... disse que o que se pode fazer numa hora destas é apoiar (Adriana).*
>
> *Já não sei se gosto do meu namorado, a dor de ter sido abandonada é muito grande. Ele disse pra mim fazer um aborto (Cinara).*
>
> *Meu namorado não aceitou a gravidez.. Quando ficou sabendo disse pra mim tirá. Um cara aí vai me trazer 'Cytotec'. Já decidi, vou tirar (Rosângela).*

Pelos relatos, assumir a maternidade/paternidade, situa a mulher numa posição de desigualdade, - tanto da vivência biológica quanto social, das responsabilidades -, com o homem (Rocha-Coutinho, 1994).

> *Para mim, na gravidez, não houve diferença, mas para as mulheres adolescentes é diferente, pois é ela que carrega o bebê (Mário).*
>
> *Tinha vergonha porque era uma menina que me dava superbem com os professores, boa aluna. ...Aí apareci grávida (Mary).*

De acordo com Guilligan (1991 p. 86-87), o eu - objeto de preocupação - *"é limitado por uma falta de poder por sentir-se desconectada e só".* A questão é de apego, conexão com outros, pois a gravidez *"põe em foco esta questão"* por demonstrar, de modo concreto e físico, o confronto incorporado à relação da construção social que condiciona a mulher à maternidade, legitimando-a quando submetida às regras sociais que definem quando e em que circunstância a maternidade pode ocorrer.

Frente a aparência, existe um segundo tempo, oculto, sombreado, em torno do qual se organiza a manutenção das relações sociais. Estas relações ocorrem no mundo "escurecido da sociedade",

conservatório do viver popular, e se mostra somente em algumas situações paradoxísticas (Maffesoli, 1985 p. 47). Esta sombra, onde acontecem as relações humanas e circula o saber viver do grupo social, é composta pela partilha de valores que unifica ou separa o ser humano do seu grupo, a "tribo". A separação entre estes dois níveis não é nítida. O lado da sombra funciona de maneira "quase intencional", como um saber incorporado, um mecanismo de defesa e sobrevivência.

Neste sentido, há nos depoimentos, uma preeminência do dispositivo de práticas pela noção de *assumir* o filho (a) por parte das mulheres, que segundo Leal e Lewgoy (1995 p. 66) remete a uma *"ordem cultural de construção da pessoa nos segmentos populares direcionados à sucessão geracional".* Neste contexto a legitimidade social das mulheres/homens é dada pela capacidade de desempenhar os papéis de mãe e pai, sobrevalorizados no universo de classes populares. Isto remete ao significado de assumir para a mulher – reconhecer a gravidez e mostrar ser uma cuidadora e, para o homem – reconhecer que o filho é seu e ser o provedor da criança. Assumir, invoca um caráter valorativo, valor que implica dever (Leal e Lewgoy,1995). Portanto, a questão de gênero enfoca que, para os homens, o imperativo moral se refere sempre a ter que assumir o filho gerado, algo distante e diferente do que assumir a própria gestação (no caso das mulheres). O "não - assumir" para os homens, nesse contexto, indica o não - reconhecimento de sua participação na gestação e, conseqüentemente, na paternidade.

> *O pai da guria só ajudou três meses, depois fui no Conselho Tutelar. Cada vez que o juiz chama, ele muda de endereço. O pai do pequeno (1 ano e dois meses) tenho que ir lá falar com o advogado pra resolver. Mas este daqui vai registrar. Ele assumiu a gestação. Vai registrar o filho mas nós não estamos mais juntos. Nós nos damos mas é que não dá para ele educar os meus filhos. Ele disse que não dá certo. Quer corrigir as crianças e como os outros não é filho dele, não dá. Ele tinha antes uma mulher com uma filha. A filha cuspia na cara dele e ela (mãe) achava graça. Ele disse que não deu certo, não podia bater nela porque não era filha dele. Não vou deixar filho por homem nenhum. Eu tenho que ficar com eles, com um homem que não é pai dos outros não dá certo. Eles não querem assumir mulher com outros filhos (Charlene).*
>
> *Ela ficou com medo daí eu falei* assim: *'eu conto* e *eu vou dizer que eu vou assumir e não dá nada'. Um dia fui na casa dela e eu disse pra mãe dela assim: 'Olha a sua filha está grávida eu vou assumir (Marcelo).*

A gravidez precoce, muitas vezes indesejada, fragiliza os adolescentes, em especial as mulheres, mas também os rapazes, tirando-lhes oportunidades do plano de desenvolvimento a que têm direito.

> *Claro que às vezes eu tenho vontade de sair como eu saía antes. Eu vou ver agora... trabalhar, juntar grana" (Marcelo).*
>
> *Estou desempregado, só biscate. Queria servir no quartel porque acho uma boa e talvez conseguisse ficar por lá. O exército é uma coisa segura. Mas não consegui porque já sou pai" (Marcus).*

Os homens sentem-se, muitas vezes, obrigados a modificar o rumo de suas vidas porque aceitam a liderança feminina no processo reprodutivo – e esta, com freqüência, acaba desembocando no que não desejam: ser pai (Arilha, 1999).

> *Quando ela me falou em ter um filho eu disse: 'nem vem com esta'. A princípio tinha o problema do quartel e eu nem pensava em ser pai. Mas em outubro ela ficou grávida. Na hora que eu soube que ia ser pai, eu fiquei meio assustado porque 'pô' a primeira vez ser pai, eu tava indeciso. Ela ficou com medo da mãe dela e que o pai fosse mandar ela embora de casa.*

Daí eu disse: 'olha tua filha tá gravida e eu vou assumi'. A mãe dela ficou numa boa, mas o pai não. Já que tá grávida vamos deixar nascer, mas eu quero que seja menino bem forte e gordinho" (Roberto).

Eu queria ser pai, mas não tão rápido, isto veio de surpresa. Nós continuamos junto, mas eu estou morando com meus pais e ela com os dela" (Marcelo).

Diante da nova realidade, mesmo sem a intenção de ser pai neste momento de sua vida, estes jovens vêem-se obrigados a assumir responsabilidades. Portanto, diferentemente do que desejam as mulheres adolescentes, a paternidade para estes adolescentes vem antes do "desejo de ser pai".

Algumas reflexões finais

Estabelecer as repercussões das questões de gênero para a saúde dos e das adolescentes é imprescindível para que os profissionais de saúde possam adequar o cuidado em si e o planejamento do cuidado ao indivíduo e à coletividade. É importante a capacitação de todos os profissionais da área da saúde *"no conhecimento das teorias sobre gênero e suas implicações na prática profissional e no cotidiano dos sujeitos com quem se vai interagir"* (Grossi,1996, p. 147). Os profissionais precisam ser capacitados em gênero para que não sejam reforçadas as desigualdades de gênero no atendimento e na relação com usuários de ambos os sexos.

As determinações do comportamento social do homem e da mulher realizados desde o nascimento, ou na gestação – *"mas eu quero que seja menino bem forte e gordinho"* são profícuas, pois ao presentear bonecas às meninas estimula-se o cuidar, no futuro, de sua prole, enquanto que priva o menino desse estímulo, ele será privado da prática da paternagem. Não bastam as pressões sociais sobre os adolescentes para que assumam apenas o papel de pai legal ou provedor, é importante a análise e a compreensão do significado social, "o que é ser pai" para uma mudança na construção do "sexo" social, e assim homens e mulheres possam a ser verdadeiramente pais.

Entretanto, é necessário não esquecer a contribuição (inicial) da biologia para o desencadeamento da construção dos papéis sociais, pois conforme Heilbom (1995, p.4), parece "natural" que caiba ao sexo feminino "uma série de tarefas associadas ao papel que a mulher ocupa no processo reprodutivo". O cuidado com a prole é sempre tarefa destinada às mulheres, mas este vai além do papel meramente reprodutivo.

Tenta-se mostrar aqui, que a vivência dos adolescentes da gestação, maternidade/paternidade nas classes populares configura um desafio à reflexão na área da saúde, pois há situações não apenas com peso dramático para os jovens envolvidos, mas complexas, pois estes fenômenos são vivenciados de forma múltipla, com distinções entre a "gravidez natural e a gravidez social", considerando-se as conseqüências e possibilidades relativas aos papéis sociais.

O nascimento de um ser é o símbolo de uma "*união cósmica em que desponta o grande arquétipo da criação-destruição do amor* e *do medo"* (Maffesoli, 1985 p.53). Gênero, neste sentido, torna-se categoria útil de análise na área da saúde, pois incorpora-lhe a esta, a relação da construção social permitindo outra visão do mundo masculino e feminino em relação às vulnerabilidades a que estão expostos, de acordo com a diferenciação socialmente construída e a contornação social desta realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARILHA, Margareth. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. **Questões da Saúde Reprodutiva.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. P.4555-67.

BRAUDRILLARD, Jean. A vida eterna e imortalidade. In: MORIN, Edgar; BRAUDILLARD, Jean; MAFFESOLI, Michel. **A decadência do futuro e a construção do presente.** Florianópolis: Editora da UFSC, 1993.

CHODOROW, Nancy. **Psicanálise da maternidade**: uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos Ltda., 1990.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do estado do Rio Grande do Sul. **Relatório Azul**. Porto Alegre, 1995.

GROSSI, Patrícia K. Violência contra a Mulher: implicações para os profissionais da saúde. In: LOPES, Marta Júlia M.; MEYER, Dagmar E.; WALDOW, Vera R.. **Gênero a Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas,1996. P. 133-49.

GUIDDENS, Antony. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora UNESP, 1993.

GUILLIGAN, Carol. **Uma voz diferente**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

HEILBORN, Maria Luiza H. Gênero: uma breve introdução. In: THEMIS - ASSESSORIA JURÍDICA E ESTUDOS DE GÊNERO. **Seminário Internacional Feminino e Masculino:** Igualdade e Diferença na Justiça. Porto Alegre, 1995.

LEAL, Ondina F.; LEWGOY, Bernardo. Pessoa, Aborto e contracepção. In: THEMIS- ASSESSORIA JURÍDICA E ESTUDOS DE GÊNERO. **Seminário Internacional Feminino e Masculino**: Igualdade e Diferença na Justiça. Porto Alegre, 1995.

LUZ, Anna Maria H. **Mulher Adolescente**: sexualidade, gravidez e maternidade. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

MAFFESOLI, Michel. **A sombra de Dionísio**: contribuição a uma sociologia. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. A adolescência "desprevenida" e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. In: SCHOR, Nélia; MOTA, Maria do Socorro F. Tabosa; BRANCO, Viviane Castelo (org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p.230-48.

PARKER, R. **Corpos, prazer e paixão**: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller, 1991.

ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. **Tecendo por de trás dos panos**: a mulher brasileira nas relações familiares. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

SANTOS, Vera L. dos.; SANTOS, Cleide E. dos. Adolescentes, jovens e AIDS no Brasil. In: SCHOR, Nélia; MOTA, Maria do Socorro F. Tabosa; BRANCO, Viviane Castelo (org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p.230-48.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade,** Porto Alegre, v.20, n. 2, p.71-99, jul. /dez. 1995.

UNITED NATIONS POPULATION FUNDATION – ICDP. **International conference on population and development**. Programme of action. New York, 1994.

EDUCAÇÃO SEXUAL E COMPREENSÃO DA SEXUALIDADE NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM[1]

Maria Cristina Pinto de Jesus[2]

Experienciando a educação sexual junto a adolescentes e seus familiares

Iniciei minhas atividades de educação para a saúde junto a uma clientela de adolescentes e seus familiares num contexto em que minha formação acadêmica, permeada de normas disciplinadoras do comportamento sexual, limitava-me a vislumbrar a sexualidade de modo mais abrangente, tornando difícil considerá-la, no mesmo nível de igualdade como prazer, comunicação, sentimentos e procriação para o planejamento de ações educativas.

Durante os primeiros anos de exercício profissional como enfermeira, muitas vezes, me via fazendo orientação sexual[3] aos clientes e seus familiares, valorizando mais os aspectos biológicos da sexualidade humana e reforçando alguns preconceitos e as normatizações sociais referentes ao assunto.

Tal prática incomodava-me porque, embora reproduzisse conhecimentos acumulados durante toda a vida pessoal e profissional, eu me questionava e refletia sobre a importância de conceber a educação sexual numa abordagem mais ampla, valorizando as vivências das pessoas sobre a sexualidade, e pensava na possibilidade de aprofundar meus estudos e modificar tal prática.

Como docente de uma Escola de Enfermagem, lancei mão do mestrado na área de educação, visando, dentre outros objetivos pessoais, ampliar meus conhecimentos nas ações de educar para a saúde, especialmente na área da educação sexual.

Meu preparo nessa área, aliado à minha formação na área de saúde, possibilitou-me concretizar o projeto de refletir a respeito das questões de educação e saúde com alunos da graduação em enfermagem junto a escolares adolescentes.

Em 1990, iniciei junto a uma equipe multiprofissional um trabalho de extensão universitária numa escola pública de ensino fundamental da periferia de Juiz de Fora, MG, em que o alvo de atenção eram os adolescentes da 5ª série.

---

[1] Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Básica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora; com Certificado de Qualificação em Educação Sexual pela Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana – SBRASH.

[2] No meio pedagógico, a orientação sexual é considerada um processo educativo em que os conhecimentos e experiências sobre as questões sexuais são transmitidas às pessoas de modo intencional e formal. Se contínua e duradoura, a orientação sexual poderá constituir-se parte da educação sexual. Independente do termo usado, educação sexual ou orientação sexual, a ação poderá ser a mesma, caso a postura do educador e seus objetivos sejam os mesmos, ou seja, se o educando for visto como sujeito, livre para pensar, sentir e agir frente aos novos conhecimentos, durante as ações educativas. Optei por adotar o termo educação sexual neste trabalho.

[3] A socialização primária é o primeiro mundo da pessoa, na qual, por meio de adultos significativos, a aprendizagem cognoscitiva e emotiva é assimilada pela criança, levando-a a absorver "papéis e atitudes dos outros significativos, isto é, interioriza-os, tomando-os seus". BERGER P.; LUCKMANN, T. A Construção Social da Realidade, p. 176.

Nessa escola, por meio da consulta de enfermagem, procedia à avaliação das condições de saúde do adolescente e à orientação para o autocuidado, visando à prevenção de transtornos físicos que pudessem limitar seu potencial biopsicossocial.

Na relação com os pais ou responsáveis, durante a consulta de enfermagem, tive a oportunidade de, no contato mais próximo com a clientela, registrar falas e comportamentos que demonstravam a dificuldade encontrada com os pais ao lidarem com assuntos relacionados às questões sexuais.

A partir das orientações para o autocuidado, chamou-me a atenção o fato de pais e adolescentes buscarem respostas para inúmeras dúvidas sobre os diversos aspectos relacionados à sexualidade, além de esperarem da Escola, enquanto instituição responsável pela transmissão do conhecimento sistematizado, a indicação de caminhos que os auxiliassem na discussão do problema.

Ao participar das aula de ciências, por meio de debates e estudos de grupo sobre questões de saúde, com o auxílio de acadêmicos do curso de graduação em enfermagem, chamou-me a atenção, também, o grande interesse manifestado pelos adolescentes frente aos assuntos ligados à educação sexual.

A grande participação e a inquietação desses alunos na busca de trocas de experiências e de esclarecimentos acerca desses assuntos ocasionaram queixas por parte dos professores de ciências já que não foi possível evitar o tumulto e a mudança na rotina das aulas.

Diante dessa situação, comecei a organizar oficinas de trabalho educativo, extraturno, quinzenalmente, com questões relativas à sexualidade para grupos de pais e de alunos, acreditando que assim, estaria possibilitando a eles um momento de reflexão sobre tais questões.

Os pais constituíam o grupo que era trabalhado pelos profissionais da saúde e da educação, enquanto os adolescentes eram divididos em subgrupos, atuando as acadêmicas de enfermagem como facilitadoras das oficinas educativas. Os temas e as dinâmicas a serem realizadas nessas oficinas eram previamente discutidos, em grupo de estudo pelas enfermeiras.

As salas repletas de adolescentes que, na sua maioria, comparecia à escola sem a presença dos pais, mesmo em horário extraturno, levaram-me a refletir sobre a relevância de compreender os motivos que estariam estimulando esses adolescentes a participarem das oficinas de educação sexual.

Embora as oficinas de pais tivessem transcorrido com uma adesão significativa e com a participação ativa das pessoas, que trocavam idéias e experiências sobre seus filhos adolescentes, suas falas e comportamentos durante a discussão continuavam a me inquietar.

A maioria deles relatava não ter recebido de seus pais informações acerca da sexualidade, portanto, ao experienciar as dificuldades de serem pais de adolescentes diziam repetir a conduta de evitar o diálogo. No entanto, alguns pais apontavam para a realização do diálogo com os filhos adolescentes, sobre a sexualidade, no que diz respeito ao esclarecimento de dúvidas suscitadas por eles.

Constatei uma grande dificuldade de alguns pais exteriorizarem suas experiências educativas com os filhos. As iniciativas de expressão no grupo, muitas vezes eram encorajadas por outros pais que expressavam uma maior facilidade ao dialogar e expor suas idéias.

Pude perceber durante minha convivência com o grupo de pais que, em alguns momentos, eles expressavam, por meio de gestos e palavras, sofrimento e angústia, além de despreparo para lidar com as mudanças físicas e psicológicas de seus filhos adolescentes.

Desse modo, ficava clara a necessidade da continuidade daquele momento de reflexão e participação efetiva desses pais na discussão de assuntos referentes à sexualidade e ao processo de relacionamento pais e filhos.

Minha experiência com o grupo de pais mostrou que a maior preocupação relatada por eles estava ligada aos aspectos biológicos da reprodução humana e às conseqüências da iniciação sexual, ou seja, perda da virgindade, gravidez inesperada, doenças sexualmente transmitidas e homossexualidade.

A verbalização dos pais, demonstrando, prioritariamente, preocupação com o ato sexual e as questões relacionadas a ele, levou-me a pensar que as necessidades e interesses de seus filhos adolescentes podiam não estar coincidindo com essas preocupações.

Refletindo sobre isso, comecei a interrogar se essa preocupação estaria relacionada aos aspectos culturais e modos de transmissão de conceitos, preconceitos e experiências sexuais passadas de geração em geração.

Embora os costumes sexuais tenham mudado desde o tempo em que essas pessoas foram adolescentes, eu me perguntava: será que as tradições e costumes que receberam de seus pais, mestres e avós estariam, ainda, fortemente presentes em suas relações com os filhos? Que conhecimentos contidos na bagagem cultural esses pais conservariam e repassariam para os adolescentes e quais não serviriam mais ao seu projeto de ação presente e às ações com vistas ao futuro de seus filhos? Como estaria se processando a relação pais/adolescentes quanto às ações de educação sexual?

O que diz a literatura sobre a temática

As questões relativas à sexualidade surgiram com a própria humanidade e vêm sendo discutidas, da idade antiga até nossos dias, segundo concepções de mundo que as pessoas têm, nas diferentes épocas e sociedades.

Segundo Bruns et al. (1995, p. 63), cada sociedade impõe as pessoas viverem a sexualidade segundo normas, valores e regras construídas ao longo do processo histórico-cultural.

Os mesmos autores referem-se ao fato de que a moral e a repressão, as quais foram submetidas a sociedade ocidental, sejam por motivos religiosos, políticos, econômicos ou qualquer outro, fazem com que a sexualidade, embora *"tenha sempre estado presente nas relações entre os seres humanos, mesmo de um modo não consciente",* continue ainda hoje, muito velada.

Se por um lado as distorções e dificuldades de tratar assuntos pertinentes à área sexual podem estar ligadas à enorme carga afetiva que a sexualidade tem para as pessoas, à falta de conhecimentos, ou até mesmo às atitudes negativas que acompanham tradicionalmente o tema, por outro, cada vez mais, se aceita a idéia de que a sexualidade humana tem muito a ver com as possibilidades de felicidade pessoal e social, constituindo-se num elemento-chave para a saúde e para a qualidade de vida.

A educação sexual enquanto constitutiva do processo educativo das pessoas pode resultar no modo como as mesmas reagem às questões sexuais e na maneira como vivem a sexualidade. Por isso, penso ser importante tratar os assuntos sexuais durante toda a vida, principalmente na infância e na adolescência.

A temática educação sexual aparece sendo discutida, na literatura, muito mais no âmbito da escola do que na família.

No Brasil, a história da educação sexual esteve sempre ligada à Escola e sofreu uma forte influência da Igreja Católica e da Protestante, o que parece ter contribuído para limitar a discussão do assunto, naquela instituição, durante muitos anos.

As dificuldades relatadas pelos pais com relação à discussão dos assuntos ligados à sexualidade com seus filhos, principalmente a partir da adolescência, parecem ter impulsionado à Escola a assumir parte dessa responsabilidade.

Como espaço formal, a escola tem sido pensada por especialistas em sexualidade e educação sexual como local apropriado para fornecer informações e para trabalhar tais questões.

Gimarães (1995, p.106), em sua obra *"Educação sexual na escola – mito e realidade",* discute a questão do trabalho de educação sexual na escola, apontando-a como *"a instituição que tem um grande potencial de educadora sexual".*

Há várias décadas, tem-se observado iniciativas de educadores interessados em implantar e implementar programas de educação sexual nos diferentes níveis de ensino. Algumas iniciativas deram certo e outras ainda não obtiveram êxito, frente aos preconceitos que ainda estão presentes quando se discute o tema.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais publicados pelo Ministério da Educação e do Desporto incluem a orientação sexual dentre os temas transversais nas diversas áreas do conhecimento, visando impregnar toda a prática educativa com as questões da orientação sexual.

> *O trabalho de orientação sexual deverá, portanto, se dar de duas formas: dentro da programação da escola, por meio dos conteúdos já transversalizados nas diferentes áreas do currículo, e extraprogramação, sempre que surgirem questões relacionadas ao tema (Brasil, 1997, p. 129).*

Acredito ser a escola um espaço social significativo para onde o adolescente pode levar suas experiências de vida, suas curiosidades, fantasias, dúvidas e inquietações sobre a sexualidade. Entretanto, penso que permeando-se as ações implementadas pela escola em relação à orientação sexual de crianças e adolescentes, essa instituição precisa oportunizar momentos de reflexão aos educadores para pensar seus próprios valores, considerando-se que o despreparo desses profissionais para tratar a temática, em sala de aula, ainda prevaleça.

Realizei um estudo fundamentado na Fenomenologia Social, o qual mostra que professores do ensino fundamental que dizem ter que assumir o papel dos pais em relação às orientações sexuais; no entanto, estes professores expressão as dificuldades que sentem quanto à abordagem do tema e sugerem o preparo do profissional para atuar como educadores sexuais junto aos adolescentes (Jesus, 1997). Para exemplificar, transcrevo a seguir trechos das falas daqueles sujeitos:

> *acho que é da escola esse papel grande... muitas vezes faz-se com dificuldades"; "(..) todo mundo tinha que estar bem informado para que na hora que o aluno perguntasse você soubesse responder"; "(...) acho que as pessoas teriam que estar bem preparadas para trabalhar um assunto desse (...).*

Naquele estudo, caracterizei o educador frente as questões sexuais, em sala de aula, como sendo aquele que: orienta para conhecer, resguardar e respeitar o corpo; esclarece para a adoção de conceitos aprovados na sociedade acerca da vida sexual; informa para prevenir doenças sexualmente transmissíveis e gravidez prematura.

Mesmo considerando os avanços frente à discussão da sexualidade nos últimos anos, educadores e pais ainda realçam suas dificuldades em abordar esse tema junto aos alunos e filhos, respectivamente.

Especialistas em educação sexual acreditam que a carência de conhecimentos na área possam ser diminuídas se forem promovidas e difundidas discussões sistemáticas sobre a sexualidade em disciplinas que abordem sexualidade e educação, tanto na escola de ensino fundamental como em cursos de graduação. Cito como exemplos: Fagundes (1996) que relata sua experiência de implantação da Disciplina Sexualidade e Educação nos cursos de licenciatura na Universidade Federal da Bahia, a partir do ano de 1994 e Serapião e Silva (1996), na Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, a partir de 1991, nos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem.

Esses autores ressaltam a importância de profissionais da saúde obterem um maior grau de informação, desenvolvendo a capacidade de lidar com as questões da sexualidade já que poderão ser multiplicadores dessas informações durante suas vidas profissionais.

Apesar de todos os esforços e avanços na área de educação sexual, temas como sexo, drogas e relacionamento humano, ainda, têm sido abordados pelos educadores na escola de ensino fundamental e médio, de forma assistemática, com a presença nem sempre obrigatória dos alunos, tendo como foco principal a prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez não planejada.

Vitiello (1994) e Tiba (1994) alertam para a importância da ênfase às possibilidades de prazer ao se discutir o assunto, não se limitando aos riscos das práticas sexuais. *"Falar sobre os riscos é prevenir a saúde imediata dos alunos. Mas falar do prazer é preservar a saúde psicológica por toda a vida"* (Tiba, 1994, p. 102).

No meu entendimento, a discussão da sexualidade na escola, a despeito de ser realizada numa abordagem mais abrangente, incluindo aspectos preventivos, de prazer, de comunicação interpessoal ou qualquer outro aspecto, deve levar em consideração as necessidades e a intencionalidade das pessoas mais diretamente envolvidas nas ações de educação sexual – os pais e os adolescentes.

Estudiosos dessa temática realçam a importância dos pais na educação sexual de crianças e adolescentes. Vitiello (1995), por exemplo, aponta para a necessidade da mesma ser proporcionada pelos pais já que, cabendo à família a socialização primária[4], seus membros realizam ações que tendem a ser significativas para os filhos desde seus primeiros anos de vida.

Cavalcanti (1993, p.169), considerando a educação sexual como a transmissão do conhecimento sobre sexualidade que leva à modificação de atitude, chama de *"assistemática ou informal"* a educação sexual dada pela família, igreja e grupos sociais, pois pode levar as pessoas a terem um comportamento imitativo, pelo modo espontâneo com que as informações são passadas e assimiladas.

Vidal (1988, p. 836), em sua obra "Ética da Pessoa", ao discutir à luz do Cristianismo os sujeitos responsáveis pela educação sexual, salienta caber aos pais a tomada de consciência de sua missão no campo da educação sexual, considerando a família como *"terreno da sexualidade, o primeiro lugar onde se transmitem valores primordiais sobre a vida sexual"*. O autor acredita ser da escola a tarefa de colaborar, apresentando e realizando a educação sexual de acordo com os pais.

---

[4] A socialização primária é o primeiro mundo da pessoa, na qual, por meio de adultos significativos, a aprendizagem cognoscitiva e emotiva é assimilada pela criança, levando-a a absorver "papéis e atitudes dos outros significativos, isto é, interioriza-os, tomando-os seus". BERGER P.; LUCKMANN, T. A Constituição Social da Realidade, p. 176.

Embora pareça haver um consenso entre os estudiosos quanto à necessidade de se promover o diálogo e ampliar a discussão de questões referentes à sexualidade, primeiramente na família, prosseguindo na escola e outros grupos sociais o que se pode constatar em estudos e pesquisas na área é que ainda há grande dificuldades por parte de adolescentes e adultos na abordagem da temática.

A família, considerada uma estrutura social ideal para que seus membros em crescimento e desenvolvimento se eduquem, especialmente no tocante à sexualidade, tem se mostrado impotente para atuar na educação sexual dos filhos frente às dificuldades que os pais relatam no trato com as questões sexuais.

Muitos dos pais de adolescentes foram educados num ambiente de repressão às manifestações sexuais. Seus pais preferiam não tocar no assunto e, na escola, professores de biologia se limitavam a descrever a função reprodutiva dos órgãos sexuais, sem abordar suas funções na resposta sexual humana.

Não se pode deixar de considerar a força milenar da repressão à sexualidade humana, interferindo no comportamento das pessoas, em algumas épocas menos e em outras mais, e, ainda hoje, desencadeando uma luta interior entre os preconceitos herdados de seus antepassados e a perspectiva de viver a sexualidade plenamente, sem sentimentos de culpa ou medo.

Embora seja indiscutível a necessidade de abordar as questões sexuais em casa, atualmente, muitos pais parecem estar em busca de como fazer isso.

Na enfermagem, Ribeiro (1990) trabalhou a ideologia reproduzida na abordagem da sexualidade humana em discursos de estudantes de enfermagem e mostrou que a família foi o foco de atenção mais mencionado por elas, destacando a dificuldade de se estabelecer o diálogo com os pais. A autora aponta que as estudantes de enfermagem criticavam os comportamentos dos pais que evitavam discutir o assunto; no entanto, tendiam a acreditar que a reprodução de tal comportamento, em menor grau, era um processo inevitável.

Também Cadete (1994), em seu estudo fenomenológico *"Da adolescência ao processo de adolescer",* inspirado nas idéias do filósofo Heidegger, ao descrever os discursos de adolescentes, registra em suas falas, as dificuldades mencionadas quanto ao diálogo com os pais sobre a sexualidade.

Mendes (1995), utilizando a Teoria Centrada nos Dados, descreve sentimentos e vivências de adolescentes da cidade de Salvador, em sua dissertação de mestrado, concluindo que os jovens do estudo reproduziam papéis sexuais, segundo o meio cultural em que vivem, sem um posicionamento crítico, explícito, em relação ao padrão de conduta estabelecido por seus pais, cujas figuras apareceram como reprodutoras do comportamento sexual dos filhos.

Independente da perspectiva, a comunicação interpessoal de assuntos sexuais é considerada por especialistas que se dedicam ao estudo da sexualidade humana, ora deficiente, ora inadequada mas sempre interferindo na maneira de as pessoas viverem e expressarem sua sexualidade.

Kaplan (1983), por exemplo, realça a importância das mensagens sobre o corpo e a sexualidade que são passadas pelos pais aos filhos desde o nascimento, afirmando que seus próprios sentimentos conflitantes sobre o tema tendem a ser traduzidos em mensagens negativas.

Refere-se a autora não só à comunicação verbal, mas principalmente às expressões corporais. O adulto, mesmo sem dizer uma palavra, muitas vezes, comunica dor e desaprovação por meio de seu corpo e sua face.

Vitiello (1994) considera a dificuldade dos pais para falar da sexualidade como de cunho cultural e diz que essas dificuldades somente poderão ser superadas com esforço pessoal, pois temos que levar em conta a força dos preconceitos herdados em nossa cultura.

No contexto sociocultural que vivemos hoje, final de milênio, no qual não podemos deixar de considerar o avanço dos meios de comunicação e a perspectiva sempre crescente de novidades no campo tecnológico e científico, mais do que nunca a comunicação interpessoal é discutida e realçada no convívio social.

No que se refere às questões sexuais, não podemos deixar de considerar que, durante muitos séculos, tal assunto era considerado à parte, e, em certos períodos da história do homem, permaneceu no mais absoluto silêncio, tornando essa temática pouco conhecida e, portanto, não compreendida por todos.

Esse ocultamento, que rodeou, na maioria dos tempos, as questões sexuais, parece ter dificultado a evolução da linguagem sexual que, segundo Fernandez (1996), não evoluiu muito do tempo vivido por nossos predecessores até os dias de hoje, principalmente, quanto à conotação, ao sentido e significados impregnados às palavras relativas à sexualidade.

O referido autor, em seu estudo focalizando a preparação do educador para ações de educação sexual na escola, reafirma que o educador ensina mais por suas atitudes do que pelas informações que passa para seus alunos, isso porque considera que nesse tema existe uma grande implicação do modo pessoal de considerar a sexualidade, tornando o assunto positivo ou negativo, segundo o ponto de vista de cada um. Assim, o modo de considerar as questões sexuais poderá inibir ou permitir a livre expressão do assunto. Se o educador coloca-se frente à sexualidade com *"uma atitude essencialmente afirmativa, seus principais esforços estarão dirigidos para propiciar à expressão da sexualidade como um aspecto gostoso e positivo da vida"* (Fernandez, 1996, p.126).

A possibilidade de compreensão da educação sexual sob a ótica da sociologia fenomenológica

Ao partilhar com pais e adolescentes sua situação vivencial de educar para a sexualidade, não só como profissional, mas também como mãe de filhos adolescentes, percebi que os programas preestabelecidos por órgãos de saúde e educação, às vezes não coincidem com as necessidades e interesses de pais e adolescentes que procuram a escola para discutir as questões de educação sexual.

De um modo geral, as propostas de educação sexual implementadas por educadores fundamentam-se principalmente, nos pressupostos teóricos do planejamento familiar e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a Aids.

Por essa perspectiva, a educação sexual tem sido tratada como um fato que se explica, que se classifica, segundo causas que a determinam e não como um fenômeno que pode ser compreendido pelo sentido que tem para as pessoas envolvidas.

Os adolescentes por estarem vivenciando um momento singular de modificações da estrutura física e mental, e seus pais que ao reviverem, por meio dos filhos, o tempo em que foram adolescentes, muitas vezes encontram-se em situações de conflitos frente aos conceitos e preconceitos na área sexual.

Na perspectiva de Schütz, fenomenólogo do social, o conhecimento cultural recebido dos antepassados é aceito pelo homem no mundo da vida como indiscutível até que se prove o contrário. O conhecimento social é um conhecimento de receitas confiáveis que serve como esquema de expressão a interpretação das situações do dia-a-dia.

Assim, esse conhecimento que recebemos de nossos antepassados a respeito da sexualidade, tais como, mensagens negativas, conceitos e palavras com conotações e sentidos que remetem ao ilegal, perigoso, imoral ou inadequado, a um conhecimento de origem social. Acreditamos nesse conhecimento, pois segundo Schütz (1974, p.130) baseia-se em uma idealização, ou seja

> *(...) acredito na experiência de meu semelhante porque se eu tivesse no seu lugar teria as mesmas experiências que ele teve; poderia fazer o mesmo que ele fez e teria as mesmas probabilidades ou riscos na mesma situação. Assim, a experiência real dele é, para mim, uma experiência possível.*

Só iniciamos um processo de questionamento desse conhecimento se, em nossa experiência, encontramos algo até então desconhecido. Então, partimos para definir esse fato, captar seu significado e transformar passo a passo nosso esquema geral de interpretação do mundo de tal modo que o fato estranho e seu significado se tornem compatíveis e coerentes com os fatos de nossa experiência e seus significados. Ao seguirmos esses passos, teremos ampliado nosso acervo de conhecimentos sobre o assunto.

Os conceitos utilizados por pais e adolescentes em suas experiências do dia-a-dia constituem um conhecimento de origem social e socialmente aprovado, uma vez ter sido aceito como verdade não só por nós como por outros membros de nossa sociedade, portanto é considerado pelas pessoas como autêntico e mais qualificado para converter-se em modelo para ser transmitido aos filhos.

Com base nesses pressupostos, podemos compreender a força dos conceitos sobre sexualidade que são passados de geração em geração, que tem se modificado conservando, porém, em seu bojo, a mesma estrutura de gerações anteriores.

Considerando o caráter intersubjetivo do conhecimento, nas questões sexuais, é importante analisar os motivos que impulsionam as pessoas na vida cotidiana hoje a aceitar sem discussão alguns aspectos do conhecimento herdado sobre a sexualidade, enquanto questionam outros.

Para Schütz é o interesse a mão que motiva todo nosso pensar, projetar, atuar, estabelecendo, assim, o problema que nosso pensamento deve resolver e os objetivos que nossas ações devem alcançar.

Para Schütz (1974, p. 132) a

> *(...) maneira de pensar e atuar, como usos e costumes e hábitos, é simplesmente pressuposto e passa a ser um elemento do conceito relativamente natural do mundo, embora a fonte de tal conhecimento permaneça oculta em seu anonimato".*

É importante ressaltar que pais e adolescentes recorrem a soluções típicas para resolver problemas tipificados no dia-a-dia de suas relações sociais. Lançam mão do conhecimento pressuposto para compreender e projetar suas ações frente à educação sexual.

Para Schütz, nossa relação com o mundo social se baseia na hipótese de que, apesar de todas as variações individuais, nossos semelhantes experimentam os mesmos objetos de uma maneira substancialmente similar a nossa e vice versa, já que nosso esquema de interpretação e o deles mostram a mesma estrutura típica de significatividade; por isso pais e adolescentes podem estar presos, em alguns aspectos, às teias de significados típicos das relações de predecessores, frente às questões da educação sexual.

Assim, o modo de educar para a sexualidade, sem utilizar muitas palavras, ainda permanece como pano de fundo no contexto social dos pais, em suas interações com os adolescentes e, a realidade

social destas pessoas, frente à educação sexual permanece tendo como base as crenças sobre as questões sexuais que constituem o acervo de conhecimento social nessa área.

É possível que, nos próximos anos, os adolescentes de hoje, graças aos estímulos que receberam para discutir o assunto em casa, na escola, através da mídia e outros, poderão estar dialogando mais com seus filhos adolescentes, a respeito da sexualidade.

Uma vez vencida barreira da questão de discutir o assunto, encarando-o como se faz em outros aspectos da vida, os adolescentes poderão viver sua sexualidade de maneira responsável, mas ao mesmo tempo feliz, sem temores, sem culpas e sem ter que seguir um determinado modelo automático de conduta sexual que o torne limitado frente ao exercício pleno da sexualidade.

Privar os adolescentes de informações sobre o ato sexual, suas conseqüências benéficas ou maléficas, não parece ser o melhor caminho a ser seguido para a educação sexual.

Os adolescentes que estão hoje refletindo sobre a necessidade de viver uma relação comunicativa junto aos pais, possivelmente, terão incorporado em seu acervo de conhecimentos essa experiência e poderão passá-la aos sucessores, tornando esse conhecimento, que é de origem social, mais adequado ao momento vivido por eles diante das questões sexuais.

Provavelmente, essas pessoas poderão discutir sobre sexualidade e posicionar-se perante ela do mesmo modo como fazem em outros aspectos da vida.

A reflexão das vivências frente a educação sexual poderá levar as pessoas à elaboração de novos projetos de vida, projetos esses que poderão cumprir-se e serem justificados por atos presentes, ou, poderão permanecer como projetos. O certo é que o acervo de conhecimento social terá sido ampliado.

A tomada de consciência, pelas pessoas, ou seja, a transformação de seus projetos existenciais em ato presente vivido, na intersubjetividade das relações sociais e nas questões sexuais, poderá levar à transformação social frente à sexualidade e à educação sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**; tratado de sociologia do conhecimento. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

BRASIL, Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** pluralidade cultural e orientação sexual. Brasília, 1997.

BRUNS, M. A de T.; GRASSI, M.V. F.C.; FRANÇA, C. Educação sexual numa visão mais abrangente. **Rev.Bras.Sex.Hum**., v.6, n.1, p.60-6, 1995.

CADETE, M.M.M. **Da adolescência ao processo de adolescer**. São Paulo, 1994, Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CAVALCANTI, R. da C. Educação sexual no Brasil e na América Latina. **Rev.Bras.Sex.Hum**., v. 4, n. 2, p. 164-73, 1993.

FAGUNDES, T.C.P.C. Implantação da disciplina sexualidade e educação na Universidade Federal da Bahia. **Rev.Bras.Sex.Hum**, v.7, Especial, n.2, p.131-39, 1996.

FERNÁNDEZ, J.L. **Guia pratica de información sexual para el educador**; orientaciones para una intervernción en el ámbito escolar y de la enseñanza. 3 ed. Pamplona: Iratxe, 1996.

GUIMARÃES, I. **Educação sexual na escola**: mito e realidade. Campinas: Mercado das Letras, 1995.

JESUS, M.C.P.de. **A educação sexual na vida cotidiana de pais e adolescentes**: uma abordagem compreensiva da ação social. São Paulo, 1998. 218f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 1998.

JESUS, M.C.P.de. **A educação sexual na escola segundo a perspectiva de educadores**. Juiz de Fora, 1997./Mimeo/.

KAPLAN, H.S. **Enciclopédia básica de educação sexual**; incluindo as novas descobertas científicas sobre a função sexual. Rio de Janeiro: Record, 1983.

MENDES, F.C. **Percebendo o relacionamento sexual**: sentimentos e vivências de adolescentes. Salvador, 1995. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 1995.

RIBEIRO, M. de O **Ideologia reproduzida na abordagem da sexualidade humana**: análise do discurso de estudantes de enfermagem. São Paulo, 1990. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1990.

SERAPIÃO, J.J.; SILVA, M. do C. de A Disciplina de Sexualidade Humana para os cursos de graduação em Medicina e Enfermagem da Universidade Gama Filho – Rio de Janeiro: Projeto de Implantação. **Rev.Bras.Sex.Hum**., v. 7, Especial, n.2, p.135-45, 1996.

SCHÜTZ, A. **Estudíos sobre teoria social**. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.

TIBA, I. Adolescência: **o despertar do sexo: um guia para entender o desenvolvimento sexual e afetivo nas novas gerações. 5. ed. São Paulo: Gente, 1994.**

VIDAL, M. **Moral de Atitudes**: Ética da Pessoa. 3 ed. Aparecida: Santuário,1988.

VITIELLO, N. **Reprodução e sexualidade**: um manual para educadores. São Paulo: CEICH, 1994.

_____. A educação sexual necessária. **Rev.Bras.Sex.Hum**., v. 6, n. 1, p.15-28, 1995.

ADOLESCENTES PROMOTORES DE SAÚDE

Ana Sudária de Lemos Serra[1]
Marta do Socorro Fernandes Tabosa Mota[2]

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo a atual constituição, no artigo 196, "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que vizem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

O texto constitucional não traz a definição de saúde, porém o Brasil adota a definição da Organização Mundial de Saúde, "Saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade" (OMS,1946).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na década de 70, em Alma-Ata, em seu capítulo primeiro reafirma o conceito da OMS e acrescenta "(saúde) é um direito humano fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde".

As preocupações das pessoas no campo da saúde são muito específicas e não observam habitualmente a compreensão entre a relação existente entre saúde e suas inquietudes como cidadãos. A urbanização, a falta de alimentação e moradia adequada, o uso abusivo de drogas, a violência civil e doméstica expõem as pessoas a riscos e ameaçam a saúde e o bem-estar.

Outro aspecto a ser considerado é a pobreza, potencializadora de todos os obstáculos à saúde anteriormente referidos, pois os pobres vivem em "entornos" perigosos, que não podem satisfazer suas necessidades básicas.

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde realizada em Ottawa, em novembro de 1986, afirma que a participação ativa na promoção à saúde implica na elaboração de políticas públicas sadias; na criação de ambientes favoráveis; no esforço da ação comunitária; no desenvolvimento de aptidões pessoais e na reorganização dos serviços sanitários. Esta conferência trouxe a ampliação do conceito de promoção da saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde.

As ações de promoção da saúde têm como objetivos reduzir as diferenças no atual estado de saúde e assegurar a igualdade de oportunidades, além de promover os meios que permitam a toda população desenvolver ao máximo sua saúde potencial. Para tanto necessita-se de uma base sólida que

---

[1] Ana Sudária de Lemos Serra, Psicóloga, técnica especialista da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde

[2] Enfermeira, técnica especialista da Coordenação Nacional de DST/AIDS, atuando na Área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde.

o favoreça, permitindo acesso a informação, e aptidões e oportunidades que o levem a fazer suas opções em termos de saúde.

O setor saúde não pode, por si mesmo, assegurar as condições prévias nem as perspectivas favoráveis para a saúde, além do que, a promoção da saúde exige ações coordenadas de todos os implicados: governo, todos os setores sociais, organizações não governamentais e beneficentes, mídia, família e comunidade. Ao setor saúde corresponde, especificamente, assumir a responsabilidade de atuar como mediador entre os interesses orgânicos e o ser saúde.

A Promoção da Saúde está sendo reconhecida, cada vez mais, como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. É um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde e para melhorá-la. Atua sobre os determinantes da saúde para criar maiores benefícios, contribuindo assim, significativamente, para a redução das iniqüidades em questão de saúde, priorizando assegurar os direitos humanos e a formação do capital social.

As diretrizes políticas para a saúde do adolescente preconizam a ênfase na promoção da saúde, através de ações educativas que visam a intersetorialidade e a participação efetiva do adolescente como protagonista de sua saúde.

Protagonismo Juvenil

Contra o estereótipo de que hoje a juventude é individualista, alienada e pouco solidária, é crescente o aparecimento de grupos jovens que se preocupam com o bem estar comum, envolvendo-se na solução de problemas que enfrentam nas suas comunidades, nas escolas e, também, os relacionados a questões mais amplas de cidadania. Este é o protagonismo juvenil entendido como: “a participação do adolescente em atividades que extrapolam o âmbito de seus interesses individuais e familiares”, (Gomes da Costa, 97).

O adolescente é chave em qualquer processo de transformação social, são os grupos etários mais numerosos do país. Segundo o IBGE, o Brasil tem, hoje, cerca de 34 milhões de adolescente na faixa etária de 10 a 19 anos, portanto aquilo que os adolescentes pensam e dizem tem relevância não só para eles, mas para a sociedade.

Os adolescentes estão sempre dispostos a contribuir para o bem-estar de sua comunidade, demonstrando desejo de viver num mundo melhor. Só que sua participação, às vezes, é negada. Muitos adultos têm representações estereotipadas dos adolescentes, não confiam neles, sentem-se inseguros para considera-los como parceiros e colaboradores.

O adolescente tem o direito de ser ouvido e respeitado e encontrar espaço para expressão de suas potencialidades. Ele deve ser visto como solução e não como problema.

Na adolescência (10 a 19 anos), é importante o grupo de iguais como lócus de identificação, sendo que a comunicação de adolescentes para adolescentes tem muito mais força de convencimento do que a de adultos para adolescentes, para tanto, necessitam de informações. Essas informações têm maior eficácia quando associadas à educação para construção de habilidades para a vida e, assim, resistir às pressões para adoção de comportamentos de risco que possam agredir sua saúde e seu desenvolvimento.

Estas premissas remetem à força do protagonista juvenil como coadjuvante importante no enfrentamento da vulnerabilidade desta faixa etária aos agravos à saúde integral.

No entanto, como a vulnerabilidade é aqui vista como a resultante da interligação, muito estreita, entre os eixos individuais, sociais e programáticos, é imprescindível que os dois últimos se liguem às ações dos jovens completando o seu trabalho de intervenção preventiva.

Hoje, a importância que se dá à saúde do adolescente, nos faz avaliar a sua vulnerabilidade face ao momento social e histórico em que vivemos, que os levam a vivenciar estilos de vida desfavoráveis à saúde, com as conseqüentes causas de morbimortalidade, onde tanto a base comportamental como as falhas existentes no eixo social e programático são evidentes.

Diante de tudo isso, surge a idéia de utilizar o protagonismo juvenil como meio de potencializar o desenvolvimento saudável de adolescentes, considerando como estratégica a capacitação de adolescentes como promotores de saúde, com objetivo de que estes promovam mudanças de atitude e de comportamento deles próprios e de seus pares, levando-os a refletir e fazer escolhas mais saudáveis.

Essa formação baseia-se em uma metodologia que, respeitando e entendendo as especificidades da fase evolutiva da adolescência e seus interesses, aproveitando as forças modificadoras internas desta fase, cria estratégias de ensino, predominantemente grupais, que tendo um caráter formador e integrativo da pessoa como um todo, procura criar espaços educativos, onde o adolescente possa assumir o papel de sujeito de sua história e da História, sendo o seu próprio agente de mudanças, em termos individuais e sociais.

Dentro dessa concepção metodológica e servindo como base estrutural para a apreensão do novo conhecimento que leva a atitudes saudáveis, procura-se:

- desenvolver o processo de conscientização;
- criar um clima de “liberdade psicológica” de escolha e vontade, que comprometa e elicie a motivação para a aprendizagem;
- favorecer o sentimento de confiança na relação profissional-adolescente;
- permear o processo educativo com situações lúdicas e de incentivo á criatividade;
- favorecer a manifestação do potencial criativo de cada adolescente;
- facilitar o desenvolvimento da auto-estima; e
- acatar os valores pessoais e sócio-culturais do adolescente.

Este enfoque metodológico proporciona ao adolescente a percepção criativa da vida, fazendo com que ele encontre soluções diferenciadas para as situações de impasse que encontrar. (Lemos Serra, 1996)

PROCESSOS DE MUDANÇAS PARA PROMOÇÃO À SAÚDE

O trabalho preventivo desses adolescentes tem promovido processos de mudanças, que se dão em diferentes níveis, explicitados a seguir:

O ***primeiro nível*** seria o individual

Através da formação recebida, facilitada pela metodologia utilizada e, também, pela postura educativa do educador que busca mudanças atitudinais, o adolescente pode desenvolver a reflexão crítica dentro de um processo gradativo e crescente de apreensão de si e do mundo, desenvolver e fortalecer a auto-estima, a autoconfiança e a sua criatividade, discutir seus valores, os de sua cultura e as contradições de sua sociedade, repensando crenças e o seu projeto de vida.

Os conhecimentos prévios que o adolescente tem sobre os temas de seu interesse são alargados, discutidos, mudando idéias pré-concebidas.

Refazendo seus conceitos e dando-lhes novos significados, repensando seus valores, flexibilizado pela sua criatividade, as suas atitudes tendem a se modificar facilitadas, também, pela força transformadora desta fase evolutiva, levando ao auto-cuidado, aqui entendido como atitudes saudáveis diante da vida.

O ***segundo nível*** atingiria seus iguais

A forte tendência grupal que se experimenta na adolescência, canalizada para a promoção à saúde, é corroborada pela literatura, onde vários autores constatam que os adolescentes preferem informações vindas de outros adolescentes do grupo e que dão maior crédito às relações estabelecidas entre eles, dividindo problemas e oportunidades.

Ainda na literatura, outros autores evidenciam que as questões relativas à sexualidade são influenciadas pelas normas de reputação e de comportamento prevalentes no grupo e que as discussões dessas questões são, preferencialmente, feitas com outros jovens do mesmo sexo.

Assim, grupos de adolescentes se caracterizam pela adoção de padrões de crenças, valores, símbolos e atividades. É fácil então constatar-se a importância da canalização da força da identidade grupal para promoção à saúde.

No ***terceiro nível*** de mudanças, estariam aquelas processadas nos profissionais de saúde e educadores.

A interação com o grupo de adolescentes pode tornar-se uma fonte fecunda de aprimoramento de conhecimentos, para o repensar do trabalho, reorientação dos serviços de saúde e do enfoque educativo na prevenção.

Finalmente, o ***quarto e o quinto níveis*** de mudanças se fariam dentro da comunidade onde os adolescentes estão inseridos e no desenvolvimento de políticas públicas favoráveis à saúde. (Promoção à saúde, 1997).

A generosidade e a vontade para a mudança, característica da adolescência, bem como a necessidade de aceitação social e de lazer que se observa empiricamente em alguns dos grupos de promotores de saúde já formados, além da visão mais realista e menos egocentralizada no adolescente de hoje, indicada em alguns estudos, podem ser canalizadas para o desenvolvimento de projetos mais amplos de saúde na comunidade. Como facilitadores e coadjutores do processo, envolvem-se lideranças comunitárias e pais, favorecendo a relação intergeracional, um conhecimento mais amplo das especificidades e necessidades da fase evolutiva da adolescência e, conseqüentemente, a necessidade de se atuar comunitária e politicamente em prol da saúde biopsicossocial do adolescente.

Fica evidente que adolescentes como promotores de saúde têm *"o poder de poder mudar..."*, conforme nos diz a música composta por adolescentes de Brasília, e que essa estratégia pode ajudá-los a se tornar cidadãos responsáveis, saudáveis, críticos e atuantes na sua comunidade. Como resultado final teremos esses jovens agregados aos esforços da área de saúde, o que ampliará e dará maior resolutividade às ações de promoção e prevenção à saúde dos adolescentes, principalmente entre aqueles que não procuram os serviços institucionais.

O adolescente não é apenas o beneficiado mas, também, o promotor da transformação social. Os Encontros Nacionais de Adolescentes, que acontecem todos os anos, reunem adolescentes de mais de cinqüenta instituições para trocas de experiências de protagonismo, atuando em áreas com intervenções na proteção ambiental, saúde e direitos humanos, sexualidade e afetividade, contribuições para o

sucesso de aprendizagem escolar e transformação da escola, apoio a crianças em creches, hospitais e associações de bairro. As possibilidades de atuação são reais e estimulantes, se respeitados os limites de cada um. Estes movimentos, nascidos na base social, clamam por uma política nacional de juventude que possa aliar-se a eles e concorrer para que os jovens tenham os seus direitos reconhecidos e atendidos e que sejam participantes ativos no planejamento, na execução e na avaliação de ações governamentais voltadas para eles.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde: **Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira: construindo uma agenda nacional.** Lucimar Rodrigues Coser Cannon et al. Brasília: MS,1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Alma-Ata, Declaração de Sundsvall e Declaração de Bogotá,** 1997.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: **Título VIII Capítulo II Seção II**, 1988.

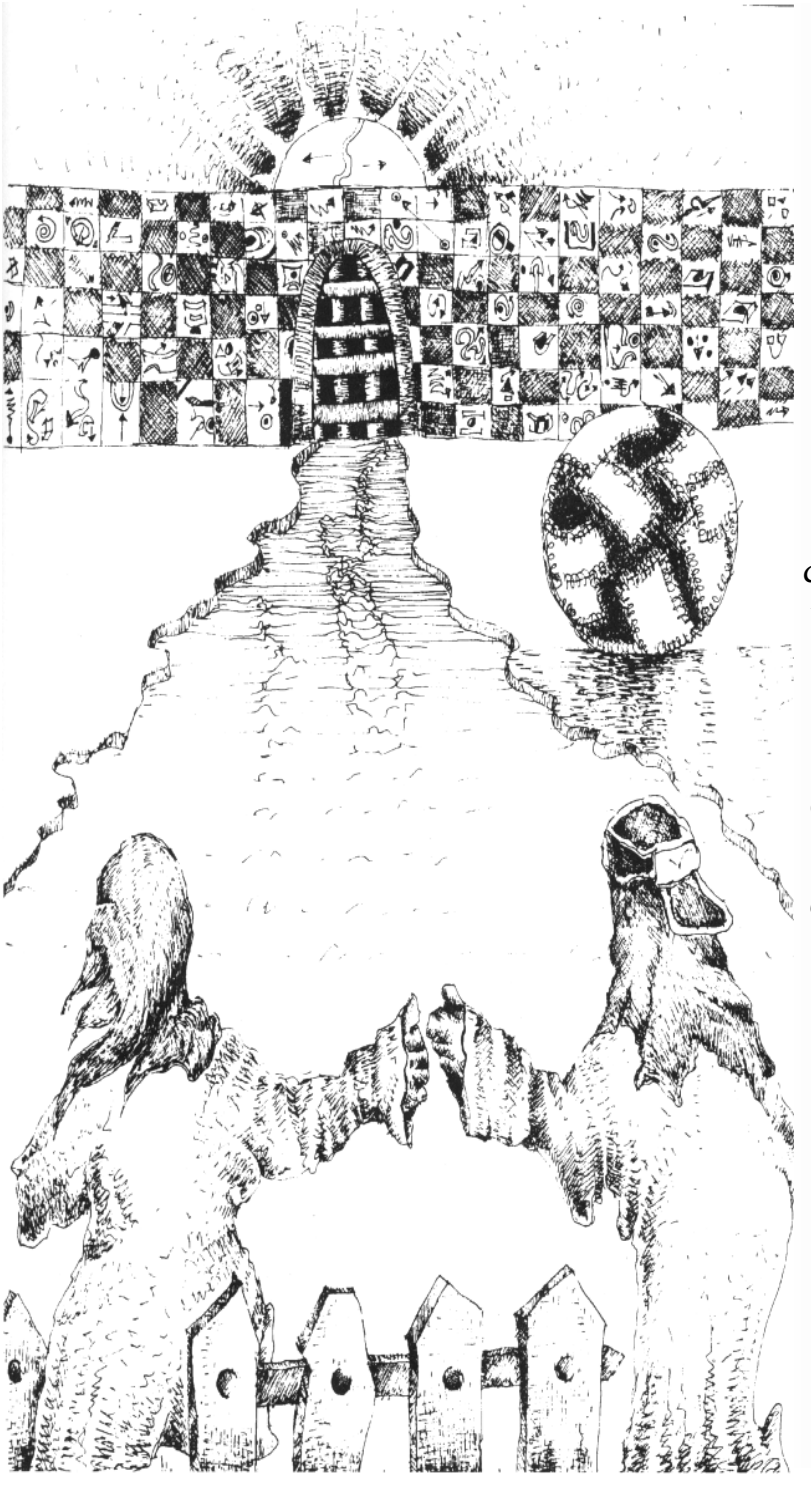
COSTA, Gomes da; A.C., **Protagonismo Juvenil: Adolescência e Participação.** (no prelo).

MOTA, Maria do Socorro F. Tabosa; SCHOR, Nélia; BRANCO, Viviane Castelo. (org.) **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde,1999.

SERRA, Lemos, A.S. **Uma Proposta Metodológica de Educação em Saúde para Adolescentes.** Brasília, 1996, memo.

PARTE 2

UM ENCONTRO QUE NÃO É UM ENCONTRO QUALQUER



O olhar que acolhe permite o desvelamento do real.

A mão segura permite o compartilhamento dos sonhos e a renovação das esperanças.

O encontro entre os adolescentes e a enfermagem se dá na confluência entre a realidade que se mostra e o sonho que se aspira em conjunto.

"... a gente passa a ver que a vida não é só brincadeira. Agora eu tenho que tomar a frente. Que a vida é isso mesmo. Que não é aquela dependência, só aquelas coisinhas bobas, não. A gente tem que desenvolver, crescer, amadurecer prá vida lá fora."

Depoimento de adolescentes (Cadete, 1994).

A ENFERMAGEM BRASILEIRA E A SAÚDE DO ADOLESCENTE

Aurea Christina de Paula Corrêa

A adolescência, enquanto etapa singular do desenvolvimento humano, configura-se tema recente de estudo das ciências médicas e sociais. Como lembra Ayres (1993, p.139), *"a produção científica sobre a adolescência, em termos de sua quantidade e de uma identidade objetal que permitisse sua socialização ampliada no meio científico, só se torna relevante na segunda metade do século XX".*

Como campo interdisciplinar, a produção de conhecimentos pela enfermagem sobre essa esfera da vida humana é alvo de investimentos praticamente nas duas últimas décadas. Entre teses e dissertações produzidas nos anos 90 por enfermeiros, em programas de mestrado e doutorado em enfermagem, identifica-se que não são muitas as produções científicas sobre saúde do adolescente, conforme pode-se constatar a partir dos dados do Quadro I.

Levantamento bibliográfico realizado nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem – CEPEn, da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, demonstra que entre 1990 e 1998, foram produzidas 709 (setecentos e nove) dissertações de mestrado e 206 (duzentos e seis) teses de doutoramento em enfermagem, perfazendo um total de 915 (novecentos e quinze) estudos realizados nas diversas áreas de conhecimento através de programas de pós-graduação em enfermagem.

Quadro I – Distribuição de teses e dissertações na área da adolescência em cursos de pós-graduação da enfermagem no período de 1990 a 1997.

ANO DEFESA	N° DISSERT.	N° TESES	TOTAL
1990	04	00	04
1991	03	00	03
1994	02	01	03
1995	07	00	07
1996	06	04	10
1997*	03	02	06
1998*	01	01	02
TOTAL	**26**	**08**	**34**

* Fonte: Cadernos CEPEN (Conselho de Pesquisas em Enfermagem/Associação Brasileira de Enfermagem)
** Podem haver outros estudos produzidos nesses anos e ainda não catalogados pelo CEPEn.

[1] Mestranda em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Universidade Federal de Mato Grosso.

Como pode-se constatar no Quadro I, apenas 34 (trinta e quatro) estudos foram produzidos nos Programas de Pós-Graduação "Stricto Senso" no Brasil, de 1990 à 1998, sobre saúde do adolescente, segundo dados dos catálogos de pesquisas e pesquisadores em enfermagem do CEPEn.

Assim, pode-se concluir que, dos 915 estudos produzidos no período, somente 3,71% correspondem a produções científicas sobre saúde do adolescente, o que demonstra claramente que os investimentos em pesquisa sobre a temática ainda são pequenos por parte da enfermagem.

Ainda com relação a tal produção científica, chama a atenção o fato de grande parte dessa produção (dissertações e teses) sobre saúde do adolescente, 38,23%, direcionar-se para questões relativas à sexualidade e reprodução na adolescência, com acento na temática da gravidez na adolescência que representa, segundo o levantamento realizado, 38,46% dos trabalhos que abordam questões da sexualidade e reprodução enquanto temática central.

Pode-se observar também que o processo de adolescer, assim como o adolescente em situação de risco, surgem como temas de relevância no contexto geral dos estudos identificados; no entanto, temáticas como programas de atenção à saúde do grupo, a violência contra a infância e adolescência, entre outros, são assuntos menos explorados (Quadro II).

Quadro II – Número de trabalhos produzidos pela enfermagem segundo o tema abordado.

TEMA	Nº TRABALHOS PRODUZIDOS		
	DISSERT.	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	00	02	02
AIDS	02	00	02
Hospitalização na adolescência	02	00	02
Trabalho na infância e adolescência / violência contra adolescência	02	00	02
Análise de dissertações produzidas pela enfermagem sobre adolescência	00	01	01
A saúde do adolescente na América Latina	01	00	01
Auto-estima na adolescência	01	00	01
Dinâmica internacional na atuação junto ao adolescente	01	00	01
TOTAL	**26**	**08**	**34**

Fonte: Cadernos CEPEn

Assim como a produção de conhecimentos pela enfermagem em saúde do adolescente é processo recente, também a atuação do profissional junto ao grupo vem se configurando como objeto da assistência de enfermagem somente nas últimas décadas. É sobretudo a partir da década de 70, quando surgem as primeiras ações planejadas em saúde direcionadas à adolescência no Brasil, que esse processo constitui-se em alvo específico do trabalho da enfermagem.

Desde então, a enfermagem vem atuando através de práticas assistenciais e educativas, junto a outros profissionais da saúde e educação no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, controle das DST/AIDS, prevenção da gravidez indesejada, entre outras necessidades de saúde do grupo, no interior da chamada atenção materno-infantil (oficializada em 1974/1975) e/ou atenção à saúde do adolescente (1989) e/ou saúde familiar (1994).

Articuladas a mudanças na produção do conhecimento e na prática de enfermagem em saúde do adolescente, encontram-se inovações no ensino de enfermagem, particularmente o de graduação, especialmente após a aprovação da Portaria Nº 1.721, de 15/12/94 do Ministério da Educação e Cultura, que privilegia a adolescência como um dos objetos de investimento na formação do enfermeiro.

Considerando as normas de organização do ensino superior de enfermagem no Brasil, dos anos 70 e 90, a graduação proposta, no que tange à abordagem em questão, caracteriza-se por dois momentos distintos.

O primeiro momento refere-se ao período de vigência do Parecer 163/72 do Conselho Federal de Educação, que dispõe sobre os conteúdos mínimos para a graduação, onde a saúde do adolescente não constitui campo peculiar de formação (Conselho Federal de Educação, 1972).

O segundo momento está formalmente relacionado à aprovação do Parecer 314/94 pela Portaria 1721/94 que, em seu Art. 3º, Parágr. 3º, estabelece, para a formação do enfermeiro, a inclusão de conteúdos teórico-práticos de ensino voltados

> *à criança, ao adolescente e ao adulto, considerando o perfil epidemiológico e o quadro sanitário do País/Região/Estado, predominantemente sob a forma de estágio supervisionado em situações: clínicas; cirúrgicas; psiquiátricas; gineco-obstétricas e saúde coletiva" (Conselho Federal de Educação, 1994, p. 2).*

Essa reorientação proposta para o ensino toma como referência uma leitura mais abrangente das necessidades de saúde da população em sua articulação com o contexto sócio-econômico e político do país, de maneira a estimular a formação de profissionais capacitados para atuarem nos diferentes momentos e processos da vida humana, incluindo a fase da adolescência.

O conteúdo mínimo previsto nessa última norma foi dividido em cinco grandes áreas: ciências biológicas, fundamentos de enfermagem, administração em enfermagem, educação em enfermagem e assistência em enfermagem. Propôs-se que no interior dessas áreas fossem abordados conteúdos relativos à saúde do adolescente, privilegiando situações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas, gineco-obstétricas e de saúde pública, ficando, no entanto, a critério de cada instituição de ensino superior a definição da configuração final do curso e desse específico investimento de acordo com as características de saúde regionais/locais.

Essas mudanças a que se fez referência de modo sintético, na produção científica, na prática e no ensino de enfermagem relativos à saúde do adolescente, encontram explicação na historicidade do setor saúde e da própria prática profissional.

No Brasil, sobretudo a partir dos anos 80, delineia-se um movimento em prol da reforma do sistema de saúde, orientado por princípios como o da universalidade, eqüidade e integralidade da atenção,

em que a atenção ao adolescente ganha maior destaque, apesar de os primeiros serviços/ações de saúde voltados especificamente ao grupo terem surgido já na década anterior, entre 1974/75, em centros como São Paulo e Rio de Janeiro.

Nesse movimento, identifica-se uma aproximação mais efetiva entre as ciências sociais e o saber-fazer em saúde, particularmente na esfera da atenção coletiva (Nunes,1995), que favorece uma abordagem social da saúde, doença e cura, passando a enfermagem a dar maior ênfase aos processos sociais e à sua relação com demandas aos serviços de saúde/enfermagem, abrindo-se uma nova perspectiva para o seu trabalho junto aos diferentes grupos sócio-etários, incluindo o de adolescentes.

Desde 1989, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em assembléia mundial em Genebra, reconhece a adolescência como um momento de importância vital, oficializando esse período do desenvolvimento humano como alvo de seus programas.

A Organização Pan-Americana da Saúde, em sua Resolução CD36.R18 dos 35º e 36º Conselhos Diretores: *"insta os governos a estabelecerem políticas e planos nacionais para a saúde integral desse grupo etário; a promoverem a participação dos adolescentes na promoção da saúde e a colaborarem em programas específicos" (OPAS,* 1997, p. 3).

Tais diretrizes da OMS/OPAS são garantidas pela Constituição Federal que efetiva como dever do Estado e da sociedade civil garantir o atendimento às necessidades em saúde das crianças e adolescentes, afirmando no artigo 227 que:

> *"É dever da* família, *da sociedade* e *do Estado assegurar à* criança e *ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade* e *opressão" (Brasil, 1994).*

As determinações da OMS/OPAS e as novas demandas que surgem no setor saúde a partir do Movimento de Reforma Sanitária (oficializado em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde) culminam na criação, pelo Ministério da Saúde, em 1989, do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que traça as normas para a implementação nacional de uma atenção integral à saúde do grupo.

Essa proposição ganha *status* jurídico com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), que em seu Capítulo I (Do direito à vida e à saúde), Artigo 11, assegura *"o atendimento médico à* criança *e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o* acesso *universal e igualitário à*s *ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde".*

Segundo Pirotta e Pirotta (1999, p. 34) *"o ECA traduz a adequação* da *legislação infraconstitucional ao texto da Constituição Federal de 1988, representando um importante documento no tratamento da criança e do adolescente, de acordo com as diretrizes internacionais de direitos humanos".*

Os mesmos autores lembram que *"o artigo 7º do ECA especifica que a criança e o adolescente tem direito à proteção à vida e à saúde; cabendo ao Estado a efetivação de políticas públicas voltadas para seu desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência"* (p. 35).

Assim, em princípio da década de 90, questões relativas à saúde do adolescente já se configuram pauta específica de debate nacional, resultando em propostas articuladas em torno da idéia de integralidade da assistência, prevendo-se a efetiva participação do enfermeiro na elaboração, articulação, implementação e execução de projetos naquela área.

Frente a esse desafio, a enfermagem vem demonstrado engajamento, na medida em que se volta à construção de novas políticas e práticas em saúde, visualizando medidas voltadas à saúde individual e comunitária de adolescentes e a incorporação de novas tecnologias educacionais (Mendes, 1996) e assistenciais ao grupo, vindo ao encontro da proposta de integralidade da atenção à sua saúde.

Parece-nos fundamental, entretanto, uma ampliação da participação dos profissionais da enfermagem no processo de assistir o adolescente, tendo em vista a grande importância do campo no momento atual, consideradas as necessidades de saúde emergentes dessa população, evidenciadas com o aumento do número de casos de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, de gravidezes indesejadas e de violência, assim como com a manifestação de dificuldades características no lidar com a própria sexualidade, entre outros processos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Também parece essencial um aprofundamento da preparação da enfermagem para lidar com tais problemas, 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 a sua frente o desafio de, interdisciplinarmente, avançar na construção de conhecimentos e práticas voltadas à **promoção à saúde do adolescente.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J.R.D.M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje.** São Paulo: HUCITEC, 1993. p.139-182.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 1994. p. 102-103.

BRASIL. Ministério da Justiça. Comissão Sentinela do Estatuto da Criança e do Adolescente. **Estatuto da criança e do adolescente.** Anápolis,1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações em saúde** [online]. 1999. Disponível: http://www.saude.gov.br/ [capturado em **12 jan.** 1999].

BRASIL. Parecer n° 163, de 28 de janeiro de 1972. **Documenta,** Brasília, n. 135, fev.1972.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. Resolução n° 4/72. Fixa os mínimos de conteúdos e duração do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia. **Documenta,** Brasília, n. 140, jun. 1972.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. Portaria n° 1721/94. Currículo mínimo para os cursos de graduação em enfermagem. **Documenta,** Brasília, n. 407, dez. 1994.

MENDES, M.M.R. **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 e 1994 – mudança do paradigma curricular?** Ribeirão Preto, 1996. 312p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.

NUNES, E.D. As ciências sociais e a saúde: o pensamento recente de alguns pesquisadores. In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Dilemas e desafios nas ciências sociais na saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1995. p. 53-61.

PIROTTA, W.R.B., PIROTTA, K..C.M. O adolescente e o direito à saúde após a Constituição de 1988. In: SCHOR, N. et al. (Org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Resolução CD40.R16:** saúde dos adolescentes: resumo executivo. Washington,1997.

INSERÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: UMA QUESTÃO DE CIDADANIA

Márcia de Assunção Ferreira[1]
Marcia Tereza Luz Lisboa[2]
Antonio José de Almeida Filho[3]
Maria da Luz Barbosa Gomes[4]

Considerações Iniciais

A adolescência pode ser definida a partir de diferentes critérios: cronológico, do desenvolvimento físico, sociológico, psicológico ou da combinação de vários destes. Esta fase da vida do indivíduo é marcada por um conjunto de mudanças físicas e psicológicas no qual ocorrem intensos processos conflituosos e esforços de auto-afirmação.

Se tomarmos o entendimento de saúde como resultado de condições dignas de vida e trabalho, veremos que possui dimensões físicas, mentais, sociais e políticas. Portanto, discutir a saúde do adolescente implica em considerar os diversos contextos, seja da dimensão macro, ou seja, político-econômico e modelo de desenvolvimento adotado pelo governo, seja da dimensão intermediária, marcada pela cultura; seja da dimensão micro, onde tem lugar o contexto familiar e individual. Assim, atuar na área da saúde do adolescente e inseri-la na formação do enfermeiro, requer mais do que o conhecimento das mudanças específicas que ocorrem nesta fase e das necessidades sentidas pelo adolescente. Faz-se necessário estabelecer os nexos entre a saúde do adolescente, a enfermagem (sua responsabilidade e inserção no sistema de saúde) e as três dimensões supracitadas, destacando, principalmente, o contexto sócio-econômico-político no qual esta parcela da população está inserida.

A saúde do adolescente, o cuidado de enfermagem e a formação do enfermeiro: uma questão de cidadania

O Brasil figura entre os países com alta taxa de população juvenil e ainda não tem uma política eficazmente implementada que atenda, de forma ampla, os problemas dos nossos jovens. O que vemos é a adoção de uma política sócio-econômica que vem imprimindo, de forma sistemática, um processo de

---

[1] Enfermeira. Professora Assistente do Depto. de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Mestre em Educação pela UERJ. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Diretora do CEPEn/ABEn – RJ.

[2] Enfermeira. Professora Adjunto do Depto. de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ.

[3] Enfermeiro. Professor Auxiliar do Depto. de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Mestre em Enfermagem pela EEAN/UFRJ.

[4] Enfermeira. Professora Adjunto do Depto. de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Membro da Diretoria do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras-DEF-EEAN).

Todos os autores integram a equipe do programa curricular que trata da saúde do adolescente no curso de graduação da EEAN/UFRJ.

desprivilegiamento de políticas sociais básicas como as de saúde e educação no contexto orçamentário da União. Isto implica em não garantia de bases mínimas que contemplem o atendimento das necessidades básicas da maioria da população brasileira.

A carência de condições básicas (como alimentação adequada, moradia, educação, saneamento, salário digno, saúde etc.) que garantam o bem-estar do indivíduo e sua família, traz conseqüências danosas para toda a sociedade, e o quadro que temos da população jovem no Brasil não é nada animador: um grande número de jovens brasileiros ingressam, prematuramente, no mercado de trabalho em condições, inclusive, de subemprego com exploração, sub-salário e horários irregulares. Por força de uma realidade política perversa que imprime a marca da desigualdade entre os cidadãos, milhões de jovens são impelidos a assumirem responsabilidades próprias da idade adulta. Conseqüência disso é a exclusão de muitos do sistema formal de ensino. Outra parcela, não pequena, é aliciada pelo crime organizado e tráfico de drogas; iniciam-se ou são iniciados na prostituição. Muitos são os adolescentes que compõem a estatística "de rua", sem contar os mais variados tipos de violência sofridos desde a infância. Esses são somente alguns exemplos que ilustram a problemática no Brasil e privam os nossos jovens de uma visão viável de futuro que lhes garanta os direitos elementares de cidadania.

Apesar deste quadro, nada animador, ainda ser uma realidade, a emergência da problemática político-social e de saúde dos jovens vem merecendo destaque nos últimos quinze anos e alguns passos importantes foram dados no intuito de revertê-lo. Em 1985 a O.M.S. proclamou o Ano Internacional da Juventude e adotou o lema: "Juventude: hora de buscar, hora de entender". No Brasil, a Constituição de 1988 prevê em um de seus artigos os direitos da criança e do adolescente[5]. Em 1990, entra em vigor o Estatuto da criança e do Adolescente, sancionado em 13 de julho pelo então Presidente Fernando Collor de Mello, cujo objetivo principal é colocar os direitos da criança e do jovem numa perspectiva condizente com a sua condição de pessoa em desenvolvimento, merecendo proteção integral tanto física quanto psíquica e moral[6].

Na área da saúde, após a promulgação da Constituição de 1988, o Ministério da Saúde oficializou o PROSAD (Programa Saúde do Adolescente) que elegeu como áreas prioritárias o crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente e a prevenção de acidentes. As ações desse Programa são orientadas pelo princípio de integralidade das ações de saúde, da necessária multidisciplinaridade no trato das questões de saúde e na integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, respeitando-se as diretrizes do S.U.S. (Sistema Único de Saúde). Fundamentam-se numa política de promoção da saúde, desenvolvimento de práticas educativas, identificação de grupos de riscos, detecção precoce dos agravos, tratamento e reabilitação.

A enfermagem, em que pese os conceitos com os quais trabalha, a especificidade das ações e dos sujeitos de sua prática, é orientada pelo princípio do compromisso social, o que implica o seu envolvimento com propósitos que garantam o bem-estar do ser humano, individual e coletivamente. Isto posto, desenvolver ações que ajudem a sociedade a alcançar um bom nível de saúde é condição necessária para que o enfermeiro cumpra o seu papel social e político.

---

[5] Art. 277: "É dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-lo à salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão".

[6] O Título II trata dos "Direitos fundamentais", sendo o Cap. I referente ao "Direito à Vida e à Saúde". Art. 7º: "a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência".

Nesta direção, há vinte e dois anos atrás, Carvalho (1978) já nos chamava à atenção para a importância da participação individual e coletiva dos profissionais de enfermagem em programas e planos que tivessem por meta a provisão de oportunidades assistenciais de qualidade para a população de um modo geral, ao discutir uma nova metodologia para o ensino de enfermagem, implantada no curso de Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ e que incluía um programa específico para tratar das questões ligadas a saúde do adolescente[7].

Feitas essas considerações, fica clara a responsabilidade do enfermeiro na promoção e proteção da saúde dos adolescentes. Assim sendo, as ações a serem desenvolvidas, bem como os programas de formação profissional não devem estar desvinculadas das propostas do PROSAD. E, ainda, o profissional não deve perder de vista o contexto no qual vive a sua clientela.

Sobre o PROSAD, um dos eixos que fundamentam as suas ações é o da educação preventiva. Desenvolver práticas educativas, identificar grupos de riscos e detectar precocemente os agravos de saúde configuram-se em fatores primordiais na atenção à saúde dos jovens. Desta feita, o papel de educador do profissional que atua junto a esta clientela está bastante evidente.

A educação em saúde, de um modo geral, deve orientar-se para o autocuidado e incluir noções gerais de higiene (corporal, ambiental e alimentar), discussão acerca dos hábitos nocivos à saúde (como ingestão de álcool, uso do fumo e drogas) e atenção primária em saúde mental. Quanto à saúde mental, devemos avaliar a capacidade do adolescente em manter um comportamento equilibrado diante das incertezas, bem como a sua iniciativa, responsabilidade, desenvolvimento e manutenção de laços afetivos (Siqueira e Casagrande, 1984). Essas autoras afirmam que a melhor forma de fazer prevenção em saúde mental na adolescência é educando o adolescente para que ele possa ajudar a si mesmo na superação dos seus problemas.

Ainda mais, no que compete a área prioritária que trata da sexualidade e saúde reprodutiva, essas representam um desafio na educação dos adolescentes. Isto porque a sexualidade humana ainda ocupa o “status” de assunto tabú, apesar de os jovens serem “bombardeados” pela mídia e pelo marketing com apelos sexuais. Por outro lado, a falta de orientação adequada engrossa a estatística de adolescentes vítimas de doenças sexualmente transmissíveis e de gestação na adolescência. Nesta perspectiva, a ação educativa do enfermeiro tem o propósito de orientar os adolescentes acerca das mudanças que ocorrem no seu corpo, ressaltar aspectos preventivos e curativos das doenças as quais estão expostos, neutralizar nos adolescentes os fatores de ordem social e cultural que nocivamente contribuem para o alastramento de tais doenças, orientando-os acerca de métodos contraceptivos e outros.

Considerando o exposto, destacamos a responsabilidade dos órgãos de formação profissional (Instituições de Ensino Superior) no que tange a proporcionar aos futuros profissionais, experiências de ensino-aprendizagem que os coloquem frente a estas questões. Ainda mais, destacamos que as experiências que aliam o ensino ao trabalho direto com a comunidade constituem-se em verdadeiros pólos de extensão, fazendo valer o caráter de compromisso social da enfermagem enquanto profissão. As ações de enfermagem ao adolescente não podem estar desvinculadas das ações globais e nem desconsiderar os aspectos políticos, sociais e econômicos que envolvem a questão saúde, pois reconhecer o direito do adolescente à saúde e envidar esforços para sua promoção, proteção e recuperação é uma questão de respeito à cidadania.

Acreditamos que o eixo orientador dos programas de ensino que tratam da saúde dos jovens deva ser o da cidadania. Assim, tanto o conceito de educação como o de saúde devem ser trabalhados juntos

---

[7] Atualmente denomina-se Programa Curricular Interdepartamental II: “A saúde dos jovens e eu”. Está sob a responsabilidade do Departamento de Enfermagem Fundamental e é coordenado pela primeira autora deste artigo.

aos acadêmicos de enfermagem que cursam tais programas, como direitos legítimos do cidadão (cliente da enfermagem), que nesse caso, é o adolescente, abordado na sua especificidade e considerado como sujeito de direitos.

Ao trabalharmos o conceito de educação em saúde tendo como pano de fundo a cidadania, levamos em conta o complexo de direitos e deveres que atribuem aos habitantes de um país o "status" sócio-político de cidadão.

A cidadania constitui-se, nos dias atuais, uma verdadeira instituição. Seu conceito tem como conteúdo básico, os direitos civis, políticos e sociais. Essas três dimensões são essenciais pois, sem elas, a cidadania torna-se incompleta (Costa, 1989).

Com estas noções preliminares, os acadêmicos de enfermagem serão despertados para a questão da saúde, não como necessidade, mas como um direito do cidadão. Contudo, ressaltamos que não basta apenas reconhecê-la como direito, mas devemos efetivá-la como tal. Assim, as atividades teórico-práticas terão o intuito de cumprir esta tarefa, fornecendo ao acadêmico o instrumental teórico e técnico-científico necessário para que entre em contato direto com o adolescente e estabeleça com ele uma relação sócio-educativa.

Ressaltamos a importância de nos integrarmos às ações coletivas de saúde, o que implica em coadunarmos o ensino/cuidado de enfermagem com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde para o atendimento das necessidades de saúde do adolescente. Neste ínterim, convém ressaltar a importância da abordagem dos programas oficiais em um contexto histórico-social e político. Nesta direção, a abordagem crítica do ensino do cuidado de enfermagem deve instrumentilizar o futuro enfermeiro para o entendimento de que uma das vertentes do Estado é justamente a social, que, representada pelo conjunto de leis (Constituição, Estatuto da Criança e do Adolescente e outras), instituições, políticas e programas criados pelo poder público devem voltar os seus propósitos para a distribuição de bens e serviços destinados a promover e garantir os direitos sociais dos cidadãos.

A política social do Estado é que irá condicionar as escolhas relativas ao acesso aos bens e serviços relacionados com a garantia mínima de bem-estar e dignidade compatível com o nível geral de desenvolvimento de uma sociedade.

As políticas sociais básicas, nas quais se inclui o trabalho, **a educação, a saúde,** a habitação, o abastecimento, o transporte, o esporte, o meio ambiente, o lazer e outras, representam ações que configuram a qualidade de vida de um povo e, portanto, merecem e devem ser ampliadas ao conjunto da população devendo ser universalizadas. Assim, ao ressaltarmos na formação do enfermeiro a importância de se estar atento e despertar nos clientes a sua atenção para as políticas sociais adotadas pelos governos, alertamos sobre a questão de que o não cumprimento das mesmas pode levar ao risco das pessoas serem resvaladas à condição de subcidadãos e assim, estarem expostas à doença, à degradação pessoal e social, e também à morte. Isto porque as pessoas, famílias e comunidades privadas de acesso a condições mínimas de bem-estar e de dignidade são impedidas do acesso ao exercício pleno da cidadania em suas dimensões civil, política e social.

Estas questões são de extrema importância na abordagem da saúde e da assistência de enfermagem como vertente social e política. As instituições responsáveis pela formação do enfermeiro não podem estar alheias a este contexto já que os profissionais de enfermagem, na sua maioria, exercerão sua profissão em um país cujo modelo de desenvolvimento econômico-social mostra-se injusto e excludente, dificultando a emancipação econômica e a promoção social da maioria dos cidadãos.

Concordamos com Castro (1982) quando afirma ser a saúde um fenômeno social de natureza política, pois esta assertiva nos subsidia a trabalhar com o conceito de saúde como resultado de condições dignas de vida e trabalho, o que inclui a alimentação, a moradia, **a educação,** a renda, o lazer, o meio ambiente, o acesso aos serviços básicos, etc.

Desta forma, relacionamos a saúde à sua dimensão política, já que condições consideradas básicas estão em falta para importante parcela da população, por conta da política adotada pelo governo. Cabe aqui refletirmos também sobre a questão da parca distribuição das verbas orçamentárias destinadas à educação e à saúde. Tais verbas, advindas do dinheiro público arrecadado pelos impostos, deveriam ser devolvidas à população sob a forma de serviços que a atendessem nas suas necessidades básicas. A Saúde como bem público e coletivo urge ser cuidada de forma eficiente pelo Estado para que a todos sejam garantidos os seus direitos como cidadãos.

Considerações Finais

Com o conceito de cidadania como eixo orientador na formação do enfermeiro, enfatizamos que o direito que o cidadão tem à saúde implica em garantia pelo Estado que ele tenha acesso universal e igual ás condições consideradas básicas para o seu bem-estar pessoal e social, incluindo-se aí as ações dos serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Carvalho (op. cit.) afirma que o direito à saúde implica em receber adequada assistência de enfermagem. Desta forma, quando formamos os enfermeiros desenvolvendo as ações de enfermagem integrando-as no contexto das ações globais de saúde que são parte da política social do Estado, objetivamos mostrar ao futuro enfermeiro a necessária inserção político-social da enfermagem.

Ainda mais, objetivamos formar o enfermeiro em um contexto de promoção da saúde, o que implica na necessária imbricação das ações educativas como suporte para este fim. Desenvolvendo um trabalho junto aos adolescentes no qual, basicamente, as ações são de cunho educativo, objetivamos mostrar ao futuro enfermeiro que a conquista da saúde não se dá pelo tratamento, cura de doenças e ações basicamente assistencialistas, mas através de um trabalho informativo e formativo capaz de levar o cliente a tornar-se consciente dos seus direitos e deveres. Pela via das ações educativas em enfermagem acreditamos estar contribuindo para que os cidadãos possam lutar pelo seu efetivo direito à saúde e pleno gozo da sua cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Ação Social, Justiça, Trabalho e Educação. **Estatuto da criança e do adolescente.** Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão de Saúde Materno-Infantil. **PROSAD – bases programáticas.** Brasília, 1989.

CARVALHO, V. de. **Filosofia:** projetos novas metodologias. [S.l.: s.n.], 1978. Mimeogr.

CASTRO, I. B. e. O papel social do enfermeiro: realidade e perspectivas de mudança. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34., 1982, Porto Alegre. **Anais...** Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1982. p. 33-52.

COSTA, A. C. G. et al. **Brasil:** criança–urgente. São Paulo: Columbus Cultural Ed., 1989. p. 35-64.

PENNA, L. de A.. Juventude, uma cidadania necessária. **Revista Tempo Brasileiro,** Rio de Janeiro, n. 100, p. 125-132, jan../mar. 1990.

SIQUEIRA, M.M., CASAGRANDE, L.D.R. Um estudo exploratório de assistência de enfermagem em saúde mental para adolescentes. **R. gaúcha Enferm.,** Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 83-99, jan.1984.

VIOLÊNCIA URBANA:ADOLESCENTE EM EMERGÊNCIA PÚBLICA

Hamilton Delegado de Almeida[1]

Introdução

O tema da violência urbana tem preocupado as nações do mundo inteiro, sobretudo os profissionais envolvidos no atendimento dos seus efeitos e de seu grande número de vítimas. Nos grandes centros urbanos, onde a violência já está inserida no cotidiano, seus efeitos são uma importante causa de mortalidade da população. O público em geral parece anestesiado diante destes números crescentes da violência, limitando-se a apreciar seus efeitos mórbidos em situações que fazem parte do cotidiano.

A violência não surge do nada, mas tem suas causas, como as têm todos os fenômenos. A mídia dedica enorme atenção à violência, não com o intuito de eliminá-la, ou minorar suas conseqüências, mas sim, explorando as manchetes para atrair a atenção do público.

Nas cidades grandes há sempre um conformismo condenável em relação ao problema, em virtude de predominar a idéia de que o mal não tem cura, e este é o preço do progresso. As crianças e adolescentes que hoje vivem nas grandes cidades na luta pela sobrevivência sofrem com o empobrecimento cada vez maior da classe trabalhadora. A trajetória da família modifica-se desfavoravelmente com a pauperização das parcelas da população submetidas às conseqüências impostas pelo modelo neoliberal de acumulação do capital. Estas crianças e adolescentes são apenas uma face da situação em que se encontra a situação de pobreza do país.

Milhões de crianças e adolescentes são vitimizados pela violência urbana e morrem silenciosamente por falta de mínimas condições de vida e de futuro. Esse abandono pode ser mensurado pela ausência de políticas públicas que garantam a maioria das famílias o acesso a condições ideais de saúde, educação, moradia e emprego.

Outrossim, fazendo parte do atendimento deste quadro, deparamos que o problema da violência urbana não está somente no quadro das desigualdades entre classes, que isto não é suficiente para a compreensão das especificidades e singularidades que o tema comporta. Não é apenas a “forma econômica” de violência que se pratica contra os adolescentes- a esta forma de violência se somam outras específicas do exercício do poder, que podemos apreciar nas diversas instituições: escola, hospital, internatos, abrigos, igrejas, manicômios, prisões.

O presente trabalho é uma reflexão sobre a assistência a adolescentes vítimas da violência urbana que são atendidas em um serviço de Emergência Médica Pública. Busca descrever as preocupações e inquietações da Enfermagem, através de quatro casos representativos da alta incidência da violência urbana sobre os adolescentes e alguns de seus efeitos.

---

[1] Enfermeiro do Hospital do Andaraí e Especialista em Saúde Mental Infanto-Juvenil pela PUC- R.J.

O Campo Visitado

Esta reflexão parte do trabalho desenvolvido junto a adolescentes que chegam para ser atendidos no Pronto Socorro do Hospital do Andaraí, um órgão público Federal, subordinado ao Ministério da Saúde, com as portas abertas para as situações de emergências e urgências. A unidade de emergência que compreende um complexo de salas e corredores visa tornar adequada as instalações para as necessidades da clientela que, em geral, são pessoas de baixa renda e com pouco nível de instrução.

Geralmente, a maioria dos clientes é de livre demanda, onde se faz um boletim de ocorrência e são encaminhadas às unidades para o atendimento. Portanto, não são os profissionais responsáveis os que efetuam o primeiro contato. A equipe de enfermagem é formada majoritariamente por auxiliares de Enfermagem, que não tomam decisões, apenas executam ações. Ocorre uma grande demanda de clientela, o que prejudica um atendimento mais criterioso e que leve em consideração a singularidade da pessoa que está procurando o serviço.

Para desenvolver este estudo, procurei analisar quatro casos de atendimentos de adolescentes que chegaram a nosso serviço, cada um dentro de uma situação bem própria da violência urbana. Visando uma preocupação com a situação não me baseei apenas no relato médico do boletim de ocorrência que pode ser mal preenchido e pobre de informações. Em paralelo procurei usar uma abordagem que colhesse um pouco mais da situação, o que nem sempre é possível, pois há pouquíssima colaboração por parte do cliente, que tende a ocultar os fatos que o levou àquele serviço.

O atendimento nestas situações de emergência é, inicialmente, marcado por pressa e angústia em saber qual é o real risco eminente de vida, o que vai diminuindo ao se descartar as hipóteses do que se pode fazer. É claro que ficamos afobados nesta hora. A cena do atendimento é “dantesca”: um paciente deitado, vários profissionais em torno questionando e um par de curiosos ansiosos pelo término da situação. Portanto, neste primeiro momento, o cliente pode pouco ou nada informar. Muitas vezes a referência que usamos é de quem lhe prestou o socorro, as informações são reduzidas e mal colhidas.

A reflexão se baseou em fatos ocorridos e obtidos no ano de 1997. Essas situações extremas muitas vezes se repetem, mas escolhi apenas quatro casos para os objetivos do trabalho.

Uma das histórias foi colhida com a própria cliente, uma adolescente de 12 anos, que por empatia, forneceu sua história e mostrou um universo rico em recursos para lidar com a violência urbana. Uma Segunda, foi colhida com os companheiros da vítima, uma vez que o paciente drogado estava sem condições de fornecer qualquer dado.

Outras duas situações foram preservadas e descritas, sendo que em uma o paciente fora intimidado a não fornecer quaisquer dados, por pessoas que não faziam parte da equipe e na outra ambos os adolescentes já chegaram em risco eminente de vida ou quase mortos, cabendo apenas a descrição da situação.

Situação Nº 1.

K.P. é uma menor de 13 anos, com aparência de 07, que chegou desacordada à emergência, trazida pelo Corpo de Bombeiros e que, oportunamente, quando sente parte de suas necessidades supridas, relata um pouco de sua experiência de vida. Vive nos sinais de trânsito, vendendo bala e esmolando, quando não vende o corpo para algum pedófilo. A mãe e o irmão vivem em uma favela a qual de vez em quando freqüenta, mas não demonstra maiores vínculos afetivos com a família. Os seus ganhos são geralmente para se alimentar e 'outras coisas' (aqui foi questionado o uso de drogas ilícitas, mas a

resposta foi o silêncio). Segundo a mesma, quando não consegue nada, ela se atira em frente a um carro, simulando atropelamento e com isto é prestado socorro. Ela é encaminhada a um hospital onde geralmente ganha comida. A este tipo de operação ela dá o nome de "atropelada pela fome". O olhar perdido expressa sofrimento e, embora sem nenhum grau de instrução, consegue arquitetar situações mirabolantes para sobreviver. Percebe-se que confia pouco nas pessoas e que tem forma agressiva de abordá-las. O seu atendimento só é completo quando se dá comida e um pouco de conforto (uma maca para dormir). Nega qualquer terapêutica médica indicada ('não vai tomar remédio, pois pode ser veneno'). Passa a noite alimentada, dorme, e possivelmente deve sonhar ou ter pesadelos. Acorda e vai embora sem esperar qualquer intervenção no seu caso, pois seu universo é a rua e ela se diz conhecedora desta, como sua casa. Situações piores a aguardam, mas o desafio de viver mesmo "atropelada pela fome" já é uma condição de vida para ela.

No Boletim de ocorrência fica registrado a pobreza de seus dados:

Nome: K.P **Idade:** 13 anos. **Endereço:** ignorado

Trazido pela viatura do Corpo de Bombeiros

Queixa principal: desacordada e desnutrida

Evolução: Menor de idade, conduzida pelo Corpo de Bombeiros, encontrada desfalecida na rua, não cooperante ao exame.

Situação Nº 2.

P.C.J. é um adolescente de 17 anos que chega identificado (sua identidade não é confiável devido à troca de nome ser comum, para que não haja perseguições posteriores). Verborréia, agressividade, bastante agitação, com humor alterado, vem acompanhado por policiais que o intimidam. Agride constantemente a equipe de saúde que o atende, dando ordens a com determinações de não aceitar os procedimentos técnicos. O ferimento no braço é pouco explorado, pois ele não informa a origem do mesmo. Apenas diz "que caiu". É um clássico exemplo de vitima de uma prática violenta que os profissionais de saúde compreendem como um código. O código é uma forma de violência que tenta mutilar o indivíduo de acordo com o delito cometido. Este, por exemplo, é um caso de assalto onde os alvos da mutilação são os bravos, mãos, pernas e coxas; para os casos de violência sexual ou estupro são mutiladas as regiões genitais e suprapúbica; para os delatores (x 9), é geralmente a boca e face. A presença da polícia o intimida e o deixa mais agitado, agredindo cada vez mais a equipe de atendimento, impedindo-a de fazer o procedimento correto. Ao tentar algum alivio para o ferimento, a ameaça por parte do cliente é constante: "se ficar ruim eu volto para acertar as contas, pois sou bicho solto". Ou seja, 'bicho solto' é uma pessoa que gera violência e não se importa de provocá-la constantemente. Todo o seu comportamento leva a crer que está drogado, apesar de negá-lo. As roupas, (camisetas, bermuda e tênis) apesar de banhadas de sangue, são de marca própria de classe média. Nem bem termina o atendimento sai desesperado, procurando a saída e correndo pelo pátio como se o atendimento estivesse gerando insegurança e fosse um ato de violência como o que provocou sua ida ao hospital. No prontuário fica a pobreza dos registros. Como sempre, quase tudo ignorado e não descrito:

Nome: P.C.J **Idade:** 17 anos. **Endereço:** Ignorado

Trazido por uma viatura da Polícia Militar

Queixa principal: lesão corto-contuso em braço esquerdo por origem desconhecida.

Evolução: Agitado, **agressivo**, não colaborativo, conduzido pela Polícia Militar com lesão corto-contuso em braço esquerdo com bordas indefinidas.

Situação Nº 3.

O hospital tem em suas cercanias uma série de favelas, pois sua localização é entre alguns morros da Zona Norte. São comuns os tiroteios, às vezes intermináveis, envolvendo briga de quadrilhas, polícia ou disputas de pontos de venda de drogas. O mais importante é que cada um tem um líder com nome e que é respeitado. Os plantões, nesses dias de tiroteios, faz com que fiquemos despertos e atentos não só ao movimento interno, mas também externo, pois nunca podemos imaginar o que acontecerá.

No enorme pátio que rodeia o hospital é um entre e sai, uma movimentação exacerbada, tanto de dia como a noite, e muitas das vezes se torna praça. É comum a presença de viaturas policiais, comprovando que sempre há um envolvimento da polícia na violência local. Às vezes os plantões diminuem o atendimento devido aos tiroteios e aos riscos que sofrem as pessoas por se aproximarem, pois existem marcas de bala por todo o hospital. Num destes tenebrosos dias, às seis da manha, depois de ouvirmos tiroteio a noite toda, escutamos a sirene estridente no pátio e no bagageiro de uma viatura, vimos quatro pernas para fora. Imediatamente forma-se o comboio de viaturas e todos se comunicando. São trazidos dois jovens: um em maca e outro num tapete velho, com muito estardalhaço e algazarra, sangue pingando por todas as dependências onde passam. A equipe apavorada corre para “salvar a vida” de quem, talvez, já não esteja mais vivo. As lesões das balas são enormes, expondo músculos, ossos e vísceras; a exploração é feita manualmente e muitas vezes as ações são pré-determinadas ou quase ensaiadas. A equipe se restringe aos corpos, talvez tentando o impossível; e um par de curiosos, inclusive o próprio policial, emenda nomes e funções; óbvia e a constatação posterior da morte e o destino dos cadáveres ao IML. A identificação não condiz com a realidade e passa a ser apenas mais um... ou dois: homem branco com mais ou menos 17 anos; “já deu entrada cadáver”. Homem preto, mais ou menos 20 anos; “já deu entrada cadáver”. É tudo que se tem de alguém, sobre quem não se sabe nada, apenas que se tornou produto final da violência urbana.

Situação Nº 4.

O adolescente chega na emergência conduzido por companheiros. Apesar de bem vestido e com uma boa aparência, apresenta marcas de agressão física pelo corpo, o que é relatado como resultado de quedas. Os companheiros agitados, ansiosos e agressivos pela demora do atendimento apenas relatam que o mesmo bebeu demais e não estava acostumado. Olhos vermelhos, respiração ofegante, sudoréico, o mesmo não fornece informações, só apresentando alguma reação quando a equipe se prontifica a tomar alguma decisão. Os companheiros se dizem parentes ou amigos. Verdade ou não, é uma incógnita. Apresentam-se como irmãos apenas quando um deles é maior de idade. Conduzido à sala de medicação que fica em um local onde também tem paciente internado, o mesmo é acompanhado por um dos companheiros. A administração de glicose por via endovenosa às vezes é necessária, e é o Enfermeiro que se habilita a executar a mesma. Até esse momento todos os fatos estão superficializados ou ocultos, pois só virão à tona com alguma pressão, que geralmente é feita pelo enfermeiro, em tom de ameaça: “esta medicação, se o paciente fez uso de drogas, é fatal”, diz, já com a seringa e agulha na mão. Aí pára o atendimento e aparece a droga, geralmente cocaína. Outra ameaça é de chamar os pais, se é um menor de idade. Quando isso é mencionado, os companheiros abandonam quase imediatamente o adolescente.

Reflexões Finais

A preocupação da Enfermagem com as necessidades do cliente, principalmente com os adolescentes que chegam a uma emergência pública, levou-me a considerar a importância de uma postura mais compreensiva, por esta centralizar suas questões de análise no sujeito que está vivenciando e agindo em um determinado contexto no mundo atual: conturbado, violento e desumano, onde predominam os interesses gerais e distantes da vida e necessidades destes jovens. Os valores da sociedade estão voltados quase que exclusivamente para os aspectos de ordem material, ignorando e dispersando os valores humanitários e de convivência solidária.

O atendimento aos adolescentes em uma experiência de emergência médica, além de nova para eles, não deixa de ser questionadora, pois engloba uma situação jamais vivenciada e não esperada, sendo um momento sempre difícil perante o inesperado. A tendência da enfermagem é voltar-se para as pessoas conscientes e livres e não para pacientes anônimos, o que remete a necessidade de um envolvimento com a situação, numa abertura para a busca de verdadeiras formas de uma ação terapêutica e eficiente. Na maioria dos casos a concretude dos fatos ocorridos traz uma experiência difícil e angustiante. Torna-se difícil o relacionamento com essa população pois, muitas vezes, nos fatos, estão ocultas situações não reveladas e muito dependente de fatores externos ao atendimento para uma eficácia terapêutica. Qualquer indivíduo, ao longo de sua vida, poderá se deparar com vicissitudes tanto de ordem interna como externa, que poderão alterar os rumos deste atendimento. Sabe-se que a situação de emergência e o inesperado podem modificar os processos normais de relacionamento destes adolescentes. Contudo, cabe à equipe, consciente destes aspectos, tentar evitar maiores repercussões ao adequado desenvolvimento destas situações. Os sentimentos mobilizados contribuem para uma dupla mensagem de relacionamento, muitas vezes deixando o adolescente mais desamparado e confuso. Movidos pela ansiedade podemos falar pouco dos procedimentos efetuados deixando sempre uma incógnita e aumentando mais a desconfiança do adolescente. Penso que a verdade, por mais difícil que seja, ao longo de um tempo, fortalece o vínculo entre as partes envolvidas e estar-se-á contribuindo para uma recuperação do estado físico e emocional destes adolescentes.

Entendo, também, que a enfermagem está numa condição privilegiada de exercer um papel de referência nestas situações vividas por estes adolescentes e, muitas vezes, acaba representando uma figura apavoradora, reforçando as tão freqüentes situações de insuficiências e distorções do afeto e amparo. Lembro que ao desempenho da função do enfermeiro, não basta apenas a técnica, mas também um envolvimento real, por considerar o adolescente não apenas vítima de uma agressão física, mas também resultante de toda uma complexa situação, que envolve os diversos reflexos do caos urbano.

As violências para com os adolescentes, decorrentes do caos urbano, sempre nos mobilizam, qualquer que seja a faixa etária atingida, porque geralmente poderia ser evitada e estão sempre ligadas às injustiças sociais. Quando esta violência recai sobre adolescentes, essa indignação é ainda maior, não só porque pode ser a causa de morte, mas porque geram incapacidades e tiram precocemente a vida, privando o indivíduo do mais básico e inalienável direito humano e a sociedade de um grande potencial. As mortes por violência são apenas um reflexo de uma dura realidade a que estão submetidos nossos adolescentes no âmbito da sociedade, da família e das instituições.

Ao analisarmos os determinantes dessa situação, percebemos que qualquer intervenção é bastante complexa, envolvendo aspectos políticos, sociais, culturais e de segurança pública, entre outros. Essa complexidade tende, por vezes, a imobilizar o setor Saúde no que tange a medidas que ultrapassem o atendimento emergencial propriamente dito.

Levanta-se então a questão, qual o nosso papel frente à violência contra o adolescente?

Numerosos problemas batem à porta de nossos serviços; alguns demandam ações mais urgentes e objetivas no sentido de preservar a vida e a integridade física dos adolescentes. No entanto, outros problemas são mais subjetivos e, se não houver um olhar e uma escuta atenta por parte dos profissionais, podem passar despercebidos, sem que se abandone a atitude de negligencia frente a essa passagem da vida para a construção de oportunidades de relações e ações realmente terapêuticas e humanizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABRANCHES, S. **Os despossuídos:** crescimento e pobreza no país do milagre. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Criança/Projeto Minha Gente. **Estatuto da criança e do adolescente.** Brasília, 1991. 110p.

COSTA, Jurandir Freire. **Violência e psicanálise.** Rio de Janeiro, 1985.

GALVÃO, Alves J. O atendimento de emergência nos hospitais estaduais. **Médico Moderno,** n. 2, p. 10-14. 1983.

LUPPI, Carlos Alberto. **Agora e na hora de nossa morte:** o massacre do menor no Brasil. 2. ed. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.

MINAYO, M.C de S. A violência social sobre a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 7-18, 1994.

PUTY, Zinalda Castelo Branco, BARCELLOS, C.F., DANIEL, E. **Violência urbana.** Rio de Janeiro: Codecri, 1981.

REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 46., 1986, Curitiba. **Violência:** relatório. [S.l: s.n], 1986.

VELHO, Gilberto (Org.). **Cidadania e violência.** Rio de Janeiro: Ed. UFRJ/FGV, 1996.

VILHENA, Júnia. **Relatório de pesquisa sobre violência policial.** Rio de Janeiro: FAPERJ,1995.

ZALUAR, Alba (Org.). **Condomínio do Diabo.** Rio de Janeiro: Revan/Ed. UFRJ, 1994.

O MODO DE VIDA E SEU IMPACTO NA SAÚDE REPRODUTIVA DA ADOLESCENTE DE BAIXA RENDA

Jane L.G. Dytz[1]
Semíramis M. M. Rocha[2]

Introdução

Hoje, no Brasil, uma em cada três adolescentes de 19 anos já é mãe ou está grávida de seu primeiro filho. Assim, 18% das parturientes estão na faixa etária de 15 a 19 anos, sendo que o número de partos de adolescentes entre 10 e 14 anos aumentou cerca de 7% entre 1993 e 1995, na rede pública de saúde (BRASIL. MS, 1997a).

Dados da última Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS-96) indicam que a freqüência de gravidez precoce está inversamente associada à escolarização da adolescente; mais da metade, (54,4%) das jovens com baixo nível de instrução, já havia ficado grávida, com predominância daquelas que vivem na zona rural, enquanto apenas 6,4% das meninas com mais de nove anos de estudo encontravam-se nessa situação (BRASIL. MS, 1997a).

Os conceitos em relação à saúde reprodutiva da adolescente vêm mudando nos últimos 30 anos. Inicialmente, considerava-se toda mulher grávida como sendo de "risco", em virtude da possibilidade de ocorrer algum dano ao binômio mãe-filho. Além do elevado índice de complicações como a toxemia, é freqüente a prematuridade ou o nascimento de bebês de baixo peso em mães adolescentes. Ocorre até mesmo uma competição feto-materna por nutrientes, já que ambos precisam de substâncias especiais para o seu desenvolvimento (Leavell, Clark, 1965; Simpson, 1970).

Havia pouca preocupação com o contexto social no qual a mãe adolescente vivia, mas isto mudou nos anos 70. Os especialistas reconheceram que as jovens, do ponto de vista biológico, poderiam ter um filho por ano já a partir dos 15 ou 16 anos, sem representar qualquer aumento de risco reprodutivo, mas alertaram para o fato de maior risco por conta das precárias condições sociais em que, via de regra, vivem as adolescentes. A população-alvo passou a ser mulheres em idade reprodutiva pertencentes às classes sociais menos favorecidas economicamente (OMS, 1978; Backett et al., 1984).

Mais recentemente, o critério para definir risco não é mais o nível de renda, pois se considera que somente o fator econômico não explica as determinações do processo saúde-doença. Essa linha reconhece que, na maioria dos casos, a caracterização de gravidez de alto risco está muito mais ligada à pressão psicológica por que passa a jovem e às dificuldades psíquicas e financeiras de acesso a profissionais de saúde. Do ponto de vista psicológico, a jovem precisa de uma atenção maior, e a falta de orientação gera riscos (OPAS, 1996).

Assim, tem-se tornado mais evidente a necessidade de investigar a influência conjunta de fatores psicológicos, condições de existência e modos de vida (De Kadt, Tasca, 1993). Esta perspectiva mais

---

[1] Professora Adjunto. Departamento de Enfermagem. Universidade de Brasília.

[2] Professora Titular. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ampla se refere às condições gerais de vida que abrangem um leque de variáveis: condições socioeconômicas, acesso à assistência de saúde, nível de instrução, sendo que neste trabalho, essa última variável foi tomada como critério para configuração da classe social.

A partir desta ótica, o perfil epidemiológico de um grupo social é visto como determinado, de um lado, pela inserção deste na estrutura de produção (trabalho e suas condições), do outro, pelo tipo de comportamento social que adota. Juntos, esses dois elementos compõem um certo modo de vida (Paim, 1997).

Este estudo tem como propósito investigar o modo de vida de jovens mulheres de baixa renda, examinando as condições materiais de existência e fatores ligados ao estilo de vida, para identificar até que ponto esses fatores contribuíram para afetar a saúde reprodutiva dessas mulheres durante o período da adolescência.

O estudo aqui apresentado foi extraído de um projeto de investigação de espectro mais amplo, que tinha como objetivo examinar o modo de vida de mães de baixa renda e sua relação com a saúde dos filhos.

Uma série de políticas foi posta em prática na última década, com repercussões positivas na área de saúde do adolescente, embora limitadas. Somente no início da década de 90, a Organização Pan-americana de Saúde definiu um marco conceitual para a saúde integral do adolescente, que serviu de subsídio para o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), lançado logo depois pelo Ministério da Saúde e que estabeleceu as ações de saúde dirigidas a esse grupo populacional (OPS, 1990).

O enfoque continua nos problemas biológicos relacionados ao crescimento e desenvolvimento do adolescente, em especial para a questão da sexualidade, entendida principalmente como sinônimo de fertilidade, gravidez e DST. Os aspectos relacionados com o desenvolvimento social e psíquico do adolescente continuam sendo abordados de forma isolada do seu contexto social (BRASIL. MS, 1993).

O alvo da atenção das políticas de saúde pública foi e continua sendo a adolescente oriunda de família de baixa renda, a maioria, residente em bairros periféricos da zona urbana e que está mais susceptível de ter contato, cada vez mais cedo, com o uso de drogas, atividades sexuais e grupos de jovens com comportamentos violentos e antisociais.

Hoje, o país passa por um processo de transformação econômica e social, onde os modelos tradicionais estão sendo substituídos por uma nova ordem econômica que está transferindo, progressivamente, a responsabilidade do atendimento das necessidades básicas da população para os organismos não-governamentais e o setor privado, mantendo os investimentos públicos a um patamar mínimo (Banco Mundial, 1995).

Dados estatísticos indicam certos padrões de risco, mas não revelam a realidade concreta dessa população-alvo e seu nível de qualidade de vida. Daí, a importância de utilizar o modo de vida como um campo fértil para investigar os agravos que estas jovens estão expostas, contribuindo, desta forma, para um debate mais aprofundado em torno da saúde e do bem-estar desse segmento populacional.

Materiais e Método

Desenho da Pesquisa. Para a escolha da metodologia, optou-se por uma abordagem qualitativa que valorizasse a perspectiva das participantes, permitindo, assim, apreender aspectos relacionados à saúde reprodutiva, bem como determinações sociais mais amplas de suas condições de existência (Minayo, 1993).

Participantes e Local. O estudo foi realizado no Distrito Federal, cuja população é de aproximadamente 2,3 milhões de habitantes, distribuída em 18 núcleos populacionais localizados em torno da cidade de Brasília, capital do país. Definiram-se como espaço empírico da investigação as três cidades situadas na periferia do D.F. que têm maior percentual de crianças e adolescentes, em torno de 49,5 a 44% do total de habitantes (DF, 1993). Os critérios utilizados para definir a amostra foram: a) ter 1° grau incompleto; b) ter filhos menores de 6 anos de idade; c) ser usuária dos serviços públicos de saúde.

Para delimitação do tamanho da amostra, composta por 17 mulheres, utilizou-se o critério de "exaustão". As mulheres foram entrevistadas em seus domicílios, em horário e data pré-definida, após um contato inicial nas unidades básicas de saúde no qual se obteve o consentimento das mesmas.

Técnicas de Pesquisa. Para a finalidade dessa investigação, adotou-se a modalidade denominada história de vida tópica, em razão de ser uma técnica que estimula narrativas espontâneas. De acordo com Denzin (1970), esta técnica permite ao participante reconstituir acontecimentos vivenciados por ele, podendo abranger toda sua vida ou apenas um determinado segmento dela (história de vida tópica). O objetivo não é reconstruir dados fatuais, mas captar a interpretação própria criada pelo narrador sobre sua vida. Quanto à questão da validade e qualidade dos relatos, essa preocupação torna-se menos relevante, já que nessa modalidade de pesquisa, o pesquisador quer compreender e não contestar ou mesmo testar as informações fornecidas pelas pessoas entrevistadas.

Procedimentos. A coleta de dados se deu num período de dois meses, utilizando-se para nortear as entrevistas, que tiveram uma duração média de uma hora, um roteiro de perguntas abertas sobre as experiências vivenciadas na infância, adolescência e situação atual de vida. O gravador foi usado como recurso para auxiliar na reconstituição da entrevista. Outra técnica empregada foi a da observação participante que resultou em importantes anotações de campo. Após transcrição completa das entrevistas, os dados foram categorizados e analisados a fim de se identificar semelhanças e discrepâncias entre as categorias. Buscando preservar a privacidade das participantes, os nomes aqui apresentados são inteiramente fictícios.

Resultados

Os resultados dessa investigação são apresentados a seguir, distribuídos em duas partes: em primeiro lugar, uma caracterização das participantes através de dados pessoais, como idade, estado civil, informações sobre os filhos, naturalidade, e outros relacionados a antecedentes familiares e acesso à educação, que juntos retratam as condições gerais de vidas das entrevistadas durante o período de suas adolescências; em seguida, os dados referentes ao estilo de vida, particularmente, aqueles relacionados com comportamentos e valores que atuam concretamente sobre a saúde reprodutiva. Os resultados, embora em nível exploratório, deixam transparecer a inter-relação complexa de fatores que determinam o processo saúde-doença, apontando para uma associação direta entre condições de vida e práticas de saúde.

Caracterização do grupo de estudo

Estado civil. O grupo em estudo é constituído por mulheres com idade entre 19 e 29 anos, a idade mediana sendo de 22 anos. A maior parte das entrevistadas vivem em companhia do cônjuge no que é denominado de união consensual. A falta de legalização da união, aparentemente, é vista como uma situação normal na qual a mulher também tem seus direitos, conforme denota a seguinte fala:

nós não somo casado. A gente só mora junto. Agora uma coisinha também que nunca que não passa pela minha cabeça é casar. Eu acho que pra mim tá ótimo assim. Tem aquele negócio, né, eu tenho direito no que ele tem, né? Lógico! Ah, pra que casar? A gente tá tão bem (Nanci).

Praticamente todas as mulheres casadas se juntaram ao atual companheiro ainda bem jovens, com idade entre 16 e 20 anos, a idade mediana sendo 19 anos. Nanci é a única exceção, ela tinha 13 anos quando se "juntou" ao atual companheiro. O tempo mediano de união dos casais gira em torno de quatro anos. Apenas cinco mães vivem há mais de cinco anos com seus maridos.

Duas mães são solteiras, uma com 19 anos e a outra com 20 anos de idade, e vivem na casa de seus pais e não recebem nenhuma ajuda financeira por parte do pai de seus filhos. Do grupo de mães casadas, duas são atualmente separadas de seus companheiros.

Dados sobre os filhos. Ao todo são 40 crianças, com idade entre 10 dias de vida e 11 anos incompletos, fazendo parte de uma unidade familiar composta, em média, por 2 a 3 filhos. Em relação às condições de nascimento, a maioria nasceu bem, sem qualquer complicação no período perinatal. Em regra, o tipo de parto foi normal, somente quatro crianças nasceram de parto cesariano.

Quanto ao peso ao nascer, quatro crianças (10%) nasceram com baixo peso (inferior a 2500 g), incluindo aí um bebê prematuro. O restante nasceu dentro da faixa de normalidade. Esse dado pode ser considerado elevado, visto que a estimativa para baixo peso ao nascer, situa-se em torno de 6 a 7% dos nascimentos.

Neste estudo, 80% das mães apresentou intervalo interpartal (o tempo decorrido entre os nascimentos dos filhos) de 2 a 3 anos, o que não deixa de ser um dado surpreendente em razão da falta de conhecimento e acesso a métodos contraceptivos por parte dessas jovens mulheres, como veremos mais adiante. Quando esse intervalo é curto (inferior a 18 meses), os especialistas consideram que a criança corre maior risco de nascer com baixo peso ou de adoecer.

Naturalidade. Das 17 mulheres entrevistadas, apenas seis nasceram no Distrito Federal. A maior parte delas (11), nasceu e cresceu em outros estados. Duas vieram ainda pequenas, na segunda metade da década de 70, para a Capital, juntamente com seus pais; outras duas chegaram quando eram ainda adolescentes, e cinco delas se mudaram para cá nos últimos cinco anos, já casadas. Outras duas vieram por razões pessoas: uma por motivo de separação e a outra fugindo do ex-companheiro.

A história de vida de boa parte das entrevistadas é mais ou menos parecida. Fugindo das condições de miserabilidade do Nordeste do país ou do norte de Minas Gerais, a convite de familiares que já se instalaram na periferia do Distrito Federal, elas vieram com seus pais ou maridos em busca de emprego e melhores condições de vida.

Do grupo de entrevistadas que migrou há pouco tempo (7), quase todas têm em torno de 4 anos de residência no Distrito Federal, somente uma reside a menos de um ano. Apesar desse movimento migratório não ser novidade para a Capital Federal, essas famílias tem um perfil que as distingue dos moradores mais antigos. Muitas ainda mantêm forte vínculo com sua terra de origem e se sentem meio deslocadas em seu novo local de residência. São famílias constituídas por jovens casais cujas raízes no Distrito Federal ainda são frágeis e em fase de consolidação.

Uma forma de amenizar esse sentimento de isolamento a chamar os parentes menos favorecidos ¾ irmãos ou cunhados ¾ para trocar a lavoura pela vida na cidade e as comodidades que ela oferece. Mesmo sem ter muitas condições, a moradia é ampliada de maneira improvisada para abrigar os recém-chegados. Assim, o que se observa é que a prática de manter a família agrupada junta continua até hoje entre esse segmento populacional.

Antecedentes familiares. Todas nasceram em famílias de baixa renda e baixa escolaridade. Mas essa primeira impressão homogeneizadora é logo desfeita quando se examina suas histórias. Uma parcela das entrevistadas (9), provém de famílias tradicionais que vivem predominantemente no campo, onde o pai é uma figura autoritária, e a mãe dedicada aos afazeres domésticos, totalmente dependente do marido, com pouca voz ativa dentro de casa. A prole é numerosa, em média de 9 a 10 filhos por família, mas o índice de mortalidade infantil também é bastante elevado. Beatriz, por exemplo, teve seis irmãos que morreram ainda pequenos; Maria quatro e Rosa teve sete irmãos que faleceram na infância. Suas mães não tinham acesso a assistência médica no período reprodutivo e nem ao planejamento familiar.

A criação das meninas era diferenciada daquela dada aos meninos, principalmente no que se refere ao rigor e restrição em relação à autonomia pessoal e comportamento sexual. Várias entrevistadas no grupo demonstram ter uma certa mágoa com esse tipo de criação, conforme aparece no depoimento abaixo:

> *é, eu tive assim uma infância muito triste porque o meu pai era muito brabo com a gente, né? Aí, ele não permitia assim a gente* passear, sabe, *a gente foi criado muito preso lá,* assim *em* casa, *sabe.Aí era muito triste*. *Eu tinha* assim *muita vontade de sair pra estudar, ele não permitiu. Aí aquilo pra mim era assim uma solidão. Às vezes, eu não tinha amiga, assim, né, era muito difícil eu ir na* casa *da minha sobrinha. A gente morava lá bem pertinho, né? Eu não ia porque ele não permitia, né? Minha mãe não dizia nada.* Esse *pessoal assim, né,* as *mãe quase não tem assim aquela autoridade, né, de dizer* assim ¾ *É isso! Não, era o pai mesmo. O que ele* falava, *ela consentia e pronto, né? Não tinha assim vez* assim *de falar, dar uma ordem por cima da* dele, *entendeu? Aí*, *era muito difícil, né,* assim a *vida que a gente tinha (Maria)*.

Essa diferença de percepção em relação à criação dos filhos, entre as jovens mulheres entrevistadas e suas mães, está presente em outros depoimentos, como o de Eliana, que até hoje, nutre um ressentimento em relação ao que ela vê como "negligência" por parte de sua mãe ao dedicar pouco tempo à disciplina dos filhos e se recusar a ensinar-lhe habilidades domésticas, mesmo sob sua forte insistência.

> *Ela (sua mãe), ela costura, ela corta, costura. E eu tenho muita vontade de ser costureira, né? Eu gosto muito! Minha vontade é de cortar e costurar, quando eu vejo uma costureira na máquina, eu fico só querendo aprender. E quando ela pegava um pano assim e a tesoura pra* ir *cortar, quando a gente chegava perto, ela guardava. Ela não gosta de jeito nenhum que a gente fica perto. Ela corta, ela costura, mas não pros outro, era pra ela mesma (Beatriz).*

Um dado recorrente em outros estudos sobre o segmento infanto-juvenil reincide nesse conjunto de participantes; o fato de que muitas tenham começado a trabalhar ainda crianças. A idade mínima detalhada nas histórias de vida são os nove anos, e as atividades, as mais diversas: na roga, nos biscates de rua e em casas de família. A razão alegada para o trabalho infantil é sempre a necessidade de ajudar no sustento da família. Nesses casos, o regresso à infância deixa transparecer, nas palavras e silêncios das narradoras, um mundo repleto de carências, injustiças, violências e incompreensões.

A outra metade das entrevistadas nasceu e cresceu na periferia do Distrito Federal, onde as condições de vida, inclusive a criação dos filhos, são diferentes. Em geral, o tamanho da família é menor, as mães trabalham fora de casa, os filhos têm maior liberdade e a família tem acesso aos serviços públicos essenciais. Nesse grupo, os relatos sobre infância tendem a ser mais positivos, permeados por lembranças mais descontraídas como as brincadeiras infantis, o que aponta para uma infância menos traumática.

Outro ponto que aparece com freqüência nas narrativas refere-se à estrutura familiar. Metade das participantes (9), são oriundas de famílias onde os pais são casados; a outra metade (6), de pais separados, e há ainda duas mães que são filhas de mães solteiras, sendo que uma nunca conheceu seu pai biológico; a outra se o conheceu já adulta, embora ele nunca a tenha reconhecido.

Do grupo de pais separados, apenas uma ficou morando com a mãe após a separação dos pais, o restante ficou com o pai, sendo que todos contraíram novo casamento após a separação. De modo geral, a memória dessas jovens mulheres, principalmente aquelas que eram mais velhas quando seus pais se separaram, está marcada por lembranças amargas dos conflitos e brigas entre seus pais, ou então, das desavenças que sofreram nas mãos de padrastos e madrastas.

O afrouxamento do vínculo entre esposos, pais e filhos por si só não parece ter sido um fator de desestruturação da organização familiar. Mesmo enfrentando uma série de situações adversas, a família continuou sendo importante na sua vida. A família de Rosa, por outro lado, é um exemplo de como a separação dos pais, aliada às condições de extrema pobreza, pode desestabilizar completamente uma família. Ela tinha 9 noves de idade quando os pais se separaram, e assim como seus outros irmãos mais velhos, foi forçada a deixar a casa dos pais para trabalhar e nunca mais retornou. Hoje, ela ainda mantém um forte elo emocional com sua mãe, mas os irmãos se sentem distantes uns dos outros, cada qual lutando como pode para sobreviver, com pouca demonstração de solidariedade entre si.

Acesso à educação. Em relação ao grau de escolaridade, as participantes podem ser divididas em dois grupos: a) com instrução acima de 4 anos; b) com instrução inferior a 4 anos. Dez participantes se situam no primeiro grupo, sendo que metade delas possui sete anos de estudo formal, ou seja, chegou muito perto de concluir o ciclo básico de ensino. O segundo grupo é composto por sete mulheres, todas oriundas da zona rural, das quais duas podem ser consideradas analfabetas, pois só completaram em torno de um ano de escola e não sabem ler ou escrever, só assinar o próprio nome. As outras mães alegam saber ler e escrever, porém sentem-se frustradas em não conseguir realizar as operações matemáticas mais elementares. Conforme se verificou nos depoimentos anteriores, o baixo grau de instrução materna foi determinado, via de regra, por fatores sociais desfavoráveis na infância, e em alguns casos, pela desvalorização por parte dos pais em relação à educação das meninas. De modo geral, a escolaridade é vista pelas jovens mulheres como meio de ascensão social e profissional. Algumas têm esperanças de retornar aos estudos, e com isso, conseguir uma melhor qualidade de vida no futuro.

Estilo de Vida

Dando continuidade à análise do modo de vida, examinamos a seguir aspectos ligados ao estilo de vida que pode ser definido como uma maneira geral de viver, baseada na interação entre as condições de vida em seu sentido mais amplo e as pautas individuais de conduta, determinadas por fatores socioculturais e características pessoais, com base no pressuposto de que esse processo contribui, em última instância, para ampliar ou limitar o espectro de alternativas disponíveis para os membros de uma determinada coletividade.

Por esse motivo, o estilo de vida deve ser considerado no contexto das experiências individuais e coletivas, assim como em relação às condições de vida. O estilo de vida de um grupo social compreende uma série de pautas de conduta determinadas socialmente e de interpretações de situações sociais. Essas pautas são desenvolvidas e utilizadas pelo grupo como mecanismo para enfrentar os problemas da vida.

Para facilitar a compreensão do estilo de vida e sua relação com a saúde reprodutiva, optamos por criar as seguintes categorias que, combinadas, perfazem um determinado estilo: comportamento reprodutivo, sistema de suporte social, intercorrências na gestação, parto e pós-parto, utilização dos serviços de saúde, prática contraceptiva, conhecimento sobre saúde reprodutiva. Isso possibilitou uma análise mais elucidativa de cada uma delas, embora, seja preciso destacar que, na vida real, elas não existem de forma fragmentada tal qual estão aqui apresentadas, senão de modo completamente emaranhado.

Ao longo dessa análise, tentamos confrontar essa dimensão empírica com o que ocorre no campo teórico e prático das políticas de atenção à saúde, identificando pontos críticos que dificultam a articulação entre essas duas dimensões.

Comportamento reprodutivo. Das diferentes histórias de vida, um ponto se destaca: independente do local de residência, as mães apresentam praticamente o mesmo estilo de vida. As pequenas nuanças encontradas em relação ao estilo de vida, deram-se em razão das diferentes experiências vividas pelas mães oriundas da zona rural expostas a uma criação mais tradicional, enquanto que aquelas que cresceram no Distrito Federal tiveram uma educação mais aberta e liberal.

Um elemento comum nas histórias dessas jovens mulheres é a persistência do padrão de gravidez precoce, na maioria das vezes, indesejada e não planejada. Algumas tiveram filhos de homens diferentes e nem sempre puderam assumir a criação dos mesmos, mas de modo geral, o comportamento delas é marcado por poucos parceiros sexuais e valorização da relação afetiva com o cônjuge ou companheiro.

As entrevistadas, com exceção de duas, ainda estavam na adolescência quando engravidaram pela primeira vez, ou seja, eram menores de 20 anos, sendo que oito tinham entre 14 e 17 anos e sete estavam na faixa entre 18-19 anos de idade. As outras duas mães já tinham completado 20 anos, o que as coloca um pouco acima do limite estabelecido para gravidez precoce. Assim, nessa amostra de mães, a idade mediana para a primeira gestação se situa em torno dos 17 anos.

Seguindo o exemplo de suas próprias mães, as entrevistadas começaram a namorar cedo, a maioria casando logo em seguida com o primeiro namorado ou formando uniões informais sem qualquer preocupação em relação à contracepção. Todas engravidaram logo após sua iniciação sexual, ou seja, prematuramente; algumas enquanto ainda namoravam, como no caso abaixo:

> *nós namoramos um tempo. Aí, depois eu fiquei grávida do neném. Aí, a gente se ajeitou. A minha mãe não foi contra, não, e nem a mãe dele também não foi contra, não. Vai fazer dois anos que nós tamo junto (Laura).*

Há vários fatores que, combinados, explicam esse grande número de mães adolescentes: um é a menarca muito precoce, o outro é a desinformação, como no caso das mulheres pesquisadas, já que a sexualidade ainda é um tabu nas famílias. Embora a educação sexual abranja todas as experiências e palavras que a pessoa recebe desde sua infância até a idade adulta, falta diálogo e conhecimento sobre como abordar adequadamente um assunto tão delicado. Da mesma forma que os pais, muitos professores e profissionais de saúde também se sentem despreparados para dar uma assistência adequada ao adolescente nessa área.

Algumas participantes, traumatizadas pela falta de educação sexual, afirmaram que pretendem orientar seus filhos nessa área.

> *Mas, se um dia ele (filho) perguntar, aí, eu quero que eu teja preparada, né, pra responder pra ele, né? Aquilo que minha mãe mais meu pai nunca me falaram, né? Sobre a vida de um homem e uma mulher. Eu aprendi depois que eu sai de casa com meu esposo. Eu aprendi. Aí,*

quando foi nas minhas consulta pré-natal, eu conversava com as outras mulheres, né? Aí, eu fui pegando aquilo, sabe, como que é as coisa (Maria).

Para os especialistas, o adolescente freqüentemente tem informação, mas não consegue lidar com os conflitos como, por exemplo, o desejo nato da sexualidade e o risco de adquirir doenças infecciosas ou uma gravidez indesejada. A menina-moça, muitas vezes, não tem consciência de seu corpo; ela não consegue assumir que vai ter relação sexual e sai com o namorado. Assim, os dois "fingem" que não vai acontecer nada, como fica claro no depoimento abaixo:

a primeira gravidez, quando eu engravidei da primeira filha, eu tinha 16 anos, quando eu tive ela, eu tava com 17 já. Eu não pensava muito, eu não me preocupava com nada assim que podia acontecer, não! (Beatriz).

Além da negação e do pensamento mágico de que aquele desfecho nunca irá ocorrer com ela, existe ainda a dificuldade em negociar com o parceiro o uso da camisinha ou outro método contraceptivo. A necessidade de auto-afirmação por parte do parceiro também desempenha um papel importante, pois várias entrevistadas citaram a pressão exercida, tanto por parte do namorado como do marido, para que elas engravidassem.

Ah, minha menstruação tinha atrasado. Aí, a mãe dele que me levou pra fazer o teste de gravidez. Aí, eu fiz o teste e deu positivo. Eu sabia que podia engravidar. É, porque ele também ficava falando que não teve filho, né? (Laura).

Por isso, a adolescente precisa de espaço para poder trabalhar, através do diálogo, as pressões sentidas que a impedem de usar sua bagagem de informação. O acesso aos meios contraceptivos é outro problema para a maioria dos jovens, pois além de terem pouca informação, não têm condições financeiras de utilizar métodos anticoncepcionais.

Isso conduz a um outro fator que e a relação sexual sem compromisso na qual nenhuma das partes envolvidas toma qualquer cuidado preventivo, o que resulta comumente, em gravidez precipitada. O namorado não assume nenhum compromisso; a menina engravida e assume prematuramente a transição da infância para a idade adulta. Sua auto-estima se fragiliza e freqüentemente, não tem maturidade ou estrutura financeira para assumir a criança. Fátima, 19 anos, por exemplo, precisou abandonar temporariamente os estudos para aprender a ser mãe. Segundo ela, tudo não passou de um descuido durante um breve namoro, alegando ter todos os conhecimentos necessários para evitar aquela criança.

Existem evidentemente outros fatores, como a influência negativa dos meios de comunicação sobre a população jovem no sentido de oferecer um "pacote de estímulos" que tem resultado numa erotização excessiva da sociedade brasileira.

Sistema de suporte social. De modo geral, as entrevistadas contam com apoio emocional e às vezes financeiro de seus pais, para enfrentar as conseqüências de uma vida reprodutiva precoce. As famílias acabam aceitando a gravidez precipitada e ajudam as jovens mães a criarem os filhos. A religião é outra forma importante de apoio para a mãe, pois esta lhe traz conforto e esperança. O apoio de instituições assistenciais é praticamente nulo, mesmo para aquelas famílias situadas abaixo da linha de pobreza.

O pós-parto ou "resguardo", termo utilizado pelas entrevistadas, é um período especial para elas. Nesse momento de suas vidas, buscam apoio dos familiares, principalmente por parte de suas mães ou sogras. Quando isso não é possível, elas recorrem às vizinhas ou amigas mais próximas. O que elas não aceitam é ficar sem a presença de outra pessoa, preferencialmente do sexo feminino, perto delas. Caso não seja possível, elas se sentem quase que abandonadas, como no seguinte depoimento:

eu sofri muito, né, por causa que eu tive ela aqui e *eu não tinha família aqui pra cuidar de mim, né, com ela. Aí, eu sufri muito com ela aqui, né! (Ana)*.

Intercorrências na gestação, parto e pós-parto. Cada mulher entrevistada já teve, em média, três gestações, enquanto que o número médio de partos diminui para dois em razão de abortos. Entre as participantes, oito delas apresentaram problemas obstétricos na primeira gestação, tais como: ameaça de aborto, eclâmpsia, distúrbios gástricos, problema cardíaco e anemia, o que pode ser considerado um número relativamente alto. Houve três episódios de abortamento, aparentemente todos espontâneos, decorrentes de deficiência nutricional ou imaturidade genital, conforme relato de uma das mães:

minha primeira gravidez foi com 13 anos. *Com* 13 *anos de idade, eu fugi com o C., o pai dos meus filhos.Aí, ele me levou pra casa* da *mãe dele, eu fiquei* e *engravidei. Eu só sustentei por 4 meses e 15 dias a minha gravidez que foi de dois gêmeos. Aí, eu perdi, não tinha condições, eu era muito fraquinha, muito novinha, como o doutor disse, não tinha espaço suficiente para os dois meninos (Rosa).*

Utilização de serviços de saúde. As entrevistadas são todas usuárias assíduas do sistema público de saúde. Nenhuma tem convênio ou plano de saúde, e somente em casos excepcionais, recorrem aos serviços médicos privados. Das 17 mulheres, 16 relataram ter atendido regularmente ao programa do pré-natal. Apenas uma delas afirmou não ter feito qualquer tipo de acompanhamento pré-natal nas suas três gestações, procurando o serviço de saúde somente no momento de "parir" o filho.

Segundo os especialistas, a insuficiência de cuidados pré-natais é ponto de partida para as mais freqüentes complicações clínicas e obstétricas apresentadas pelas adolescentes. Na maioria das vezes, a paciente adolescente procura o ginecologista quando já está grávida, sem ter tido uma orientação anterior de como poderia ter evitado aquela gravidez. Esse atraso em buscar assistência no pré-natal é decorrente basicamente do terror de assumir publicamente a gestação. Fátima, por exemplo, só iniciou seu pré-natal no sexto mês de gravidez, após protelar ao máximo a revelação de sua gravidez aos seus pais. Sueli, que também engravidou durante um namoro passageiro, guardou seu segredo até praticamente o final da gestação.

Segundo informações coletadas pela PNDS-96 (BRASIL. MS, 1997a), a cobertura da atenção pré-natal por médico/enfermeiro, no país, situa-se em torno de 85,6%, o que representa um aumento de 15,7% na última década. Todavia, dados recentes do Ministério da Saúde indicam que cada grávida faz em média menos de dois exames pré-natais, contra uma recomendação mínima de três e um ideal de seis consultas. Exames médicos, por si só, não são indicadores de saúde feminina, quando faltam saneamento, comida decente e escola. No entanto, o fato mesmo de que as mulheres possam ter acesso a um médico, além do benefício em si da consulta, significa que melhorou o seu acesso aos serviços sociais básicos (BRASIL. MS, 1997b).

Ademais, o contato com um profissional de saúde pode diminuir a ignorância sobre a gravidez, o parto e os cuidados básicos de saúde e higiene, como se percebe na fala abaixo:

aprendendo com as *coisa, com o tempo mesmo que ia passando e aprendendo. Ninguém nunca me falou nada assim sobre gravidez, sobre ser mãe, não. Aí, quando eu fui fazer o pré-natal dela que a médica foi explicando, né, o que, como que era, como que cuidava quando nascesse. Mas, pela minha mãe mesmo, ninguém aprendia, não! (Beatriz).*

Diante do baixo número de consultas de pré-natal, bem como da falta de atividades de educação em saúde em unidades básicas, o Ministério da Saúde recomenda que os serviços de saúde pelo menos melhorem a qualidade das consultas, realizando um bom acompanhamento da paciente, ou seja, uma relação mais direta com o quadro clínico da mesma.

Para dar à luz, todas as entrevistadas procuraram o hospital. Para algumas das entrevistadas, a hospitalização significou um momento raro na vida delas em que puderam se esquecer dos problemas diários e receber um pouco de atenção:

eu fui muito bem tratada na alimentação! Nisso aí, eu não digo nada [mãe ri] que eu fui muito bem tratada! As outras mulhê me chamava de madame por causa da alimentação que era diferente das outras, né. E minha alimentação foi muito boa e de vez em quando eu falava: – Ô, tô com fome! E eles chegavam lá com um copo de suco e biscoito pra mim (Rosa).

Outra entrevistada revelou que, ao contrário de suas expectativas, a dor do parto acabou sendo suportável.

Porque o parto desse aqui foi bom demais! Não foi assim do jeito que as outras mulher falava. Porque eu pensava que era de morrer mesmo. Eu fiquei calada. (...) Aí, na última dor que eu tava que era pra ganhar, eu ainda tava esperando uma maior ainda. Eu falei assim: – Ah, eu vou agüentar até na hora. Se eu começar a gritar agora, aí, no fim eu não vou agüentar mais não! Eu vou esperar até a mais forte pra mim começar a gritar, já tá perto! Aí, quando eu pensei que ainda não era a última, já era a última. Eu tava esperando uma pior e já era pra nasce (Conceição).

Mas a desinformação sobre o processo de trabalho de parto é muito grande, o que causa medo e insegurança nelas e acaba gerando muito sofrimento.

Prática contraceptiva. Outra área problemática para as mulheres entrevistadas se refere ao planejamento familiar. Em regra, elas não planejaram suas gravidezes. Apenas três citaram o fato do casal ter discutido e se preparado para ter mais um filho, como no depoimento abaixo:

aí, com quatro anos, nós resolvemo ter a Paula, né? Eu tomava remédio direto. Aí, eu parei de tomar pra ficar grávida dela. Elas foi desejada, foi! E não foi igual os outro fala, acidente, não? Foi desejada mesmo. Que quando a gente faz as coisas sem desejar, né, é ruim demais! (Patrícia).

Algumas mães até assumem sua parcela da responsabilidade em relação à gravidez não desejada.

O que eu mais queria era ter um casal de filho. Tive, mas não me cuidei, não sube me cuidar. Eu criada no interior. Às vezes, muitas coisa que muitas sabem hoje, eu não sabia antes. Eu começava a tomar meus remédio, passava mal, parava (Heloísa).

Essa situação é relativamente comum na vida dessas mães. O problema da contracepção é só delas, o parceiro se mantém alheio ou desinteressado do assunto. Essa falta de controle sobre o planejamento dos filhos causa enorme frustração e preocupação para as mulheres. Algumas acabam se resignando frente uma nova gestação mediante o uso de um raciocínio fatalístico que lhes oferece uma certa dose de conforto.

Parece que não conformava, que não era pra ficar grávida dela, porque as coisas tavam difícil e aquelas coisas na cabeça, né? Aí, meu esposo falou assim: – Não, a gente não pode ficar assim. Se Deus quis assim, a gente tem que conformar. Aí né, ficou conversando comigo, né? Aí, eu aceitei, né? (Maria).

Por ocasião da entrevista, dez mães não estavam usando nenhum método anticoncepcional, sendo que desse grupo, quatro eram parturientes recentes e estavam amamentando seus bebês. Apenas seis mães estavam utilizando algum tipo de método anticoncepcional, das quais quatro estavam tomando pílula anticoncepcional, uma por conta própria, contrariando recomendação médica.

A mulher é quem decide qual método anticoncepcional será utilizado pelo casal, apesar de crescer entre elas a conscientização de que essa questão não diz respeito somente a elas. O método anticoncepcional mais utilizado pelas mães é a pílula anticoncepcional. Doze delas já usaram pílula no passado, mas muitas acabam desistindo de tomá-la em razão dos efeitos colaterais.

Devido à crise financeira, os centros de saúde no Distrito Federal só dispõem de preservativos para distribuir à clientela, mas a aceitação é baixa. Somente três mães confirmaram usar ocasionalmente o método de barreira, entre as quais está Eliana, que também é a única disposta a experimentar o dispositivo intra-uterino (DIU), como ela mesma explica:

> *eu conheci uma mulher lá mesmo no Posto. O dia que eu tava lá pra fazer e marcar consulta, ela tava lá. Aí, perguntei quanto tempo ela tava com DIU. Ela falou que tava com um ano e tanto. Perguntei se ela já, se ela sentia algum problema. Ela disse que por enquanto ela tava era dando super bem, que não tava sentindo nada. Mas só que tem que tá no médico, sabe? De seis em seis meses, às vez, de três em três meses,e ela nunca perdeu uma consulta dela pra vê como que ela tá. Ela disse que ela sentia era muita dor de cabeça, essas coisas. Depois que ela colocou o DIU, ela disse que, nossa, ela melhorou foi muito da dor de cabeça. Ela não sente aquela dor de cabeça que nem ela sentia, ela não sente cólica mais que nem ela sentia. Então, assim, né, eu falei assim: — Pois, eu vou é colocar! Se tá sentindo mal ou não, mas eu vou colocar o DIU assim mesmo, né? (Eliana).*

Essa atitude representa o fim de um longo processo de tomada de decisão por parte dela, nem sempre fundamentado em conhecimento científico, mas com certeza, imbuído de uma enorme dose de coragem para enfrentar o medo que esse método comumente causa entre as mães, como está evidente na seguinte fala:

> *aí, ele (médico) disse: — Então, a gente vai trocar. Se você não der certo, aí você vem e a gente vai dar um encaminhamento pra você colocar o DIU, pra vê se dá certo, né, com o DIU. Aí, fiquei com medo, sabe? (Maria).*

Os dados do PNDS-96 (BRASIL. MS, 1997a) revelam ainda que as mulheres brasileiras desejam ter menos filhos e, por isso, buscam ativamente métodos contraceptivos. Cerca de 78,7% das mulheres em idade fértil residentes nas zonas urbanas e 69,2%, nas zonas rurais, fazem uso de algum método anticoncepcional. O problema é que não há variedade de escolhas; a maioria das mulheres brasileiras continua usando pílulas (26,9%) ou fazendo esterilização cirúrgica (52,2%) .

A ofensiva para reduzir o problema margeia entre o tímido e o inexistente. É restrita ao esforço heróico e isolado de profissionais das áreas de saúde pública e educação. O que o país precisa a de políticas públicas que orientem, informem mulheres e homens, sobretudo os adolescentes, sobre métodos contraceptivos mais adequados à saúde e melhorem o acesso a esses meios. As mudanças estão sendo conseguidas gradativamente no cotidiano, pois a população feminina se mostra corajosa e inventiva para enfrentar os obstáculos, mas nem sempre consegue sucesso.

<u>Conhecimento sobre saúde reprodutiva.</u> De modo geral, suas práticas de saúde se baseiam no senso comum. As mulheres pesquisadas desconhecem informações científicas sobre o funcionamento do sistema reprodutivo feminino (menstruação, ovulação), a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis ou os métodos contraceptivos, como demonstra os depoimentos de uma das entrevistadas:

> *já tomei (pílula anticoncepcional). Depois, meu estômago ficava embrulhando. Aí, eu parei de tomar ele. Agora não tô tomando nada não. Eu não tenho medo de engravidar porque eu conto os dias. Não, tabela eu não faço, não! Só conto os dias. Um dia que atrasa aí eu já sei. Mas até agora, não atrasou, não (Laura).*

Neste outro depoimento, a mãe engravidou com 15 anos de idade e desconhecia por completo qualquer sinal de gravidez. Quando ela estava no quinto mês de gestação, uma amiga levou-a ao médico por desconfiar da situação.

Aí, comecei a namorar com ele. Aí,assim, logo eu me perdi com ele, fiquei grávida. Eu tava com cinco meses e não sabia que tava grávida. Porque era assim, menstruava e tudo, mas não tinha assim essa noção, sabe? Não tinha muita assim, era muito bestinha nesse tempo, muito bobinha (Dalva).

Uma outra entrevistada teve um aborto na sua segunda gestação, que ocorreu cinco meses após o nascimento de sua filha, mas ela associou o ocorrido, como demonstra sua fala, ao fato de ter passado por um susto, e não ao curto intervalo interparto, considerado com fator de risco.

Só que dispois que ela tava com cinco meses, eu engravidei. Aí, três meses, eu abortei. Causa que eu tava muito fraca, né? Eu tive um susto! Ai, não sustentou, não! Ai, eu sufri muito a perda! Sufri bastante mesmo. A hemorragia foi coletado (se refere à curetagem). Ai, eu sufri muito! tirar?? (Ana).

Parece incrível que no mundo atual algumas mulheres ainda são influenciadas por crendices tão primárias. Mas o acesso à informação é difícil para a mulher de baixa escolaridade. As crenças populares ainda exercem uma influência relativamente forte no imaginário dessas mulheres, particularmente no que se refere a certos costumes a serem seguidos durante a fase da menstruação ou do puerpério, como fica evidente no relato abaixo:

ah, minha filha, eu tô fazendo canjica pra ela cumê. Eu faço panelada de canjica, coisa de milho pra vê se dá leite pro bichim, né? (Mãe de lara).

Apesar do baixo nível educacional, as mulheres preocupam-se com o problema de doenças sexualmente transmissíveis ou do câncer, e expressaram o desejo de realizar exames preventivos com maior freqüência.

Quando o profissional de saúde consegue estabelecer um elo de confiança e reciprocidade com o cliente, isso é plenamente reconhecido por este, como no caso abaixo, em que a entrevistada demonstra sua enorme satisfação e faz elogios ao desempenho do médico que a auxiliou durante um parto de risco.

Aí, o nenê já nasceu meio fora de si mesmo, nem chorar não chorou, o bichinho! O doutor falou que quando tirou ele foi mecô e foi preciso fazer aspiração nele, colocar ele numa coisa lá que eu sei lá, tem em determinados hospitais pra ele respirar melhor. Aí, eu fiquei tão nervosa! Ai, falei: — Ai, doutor, pelo amor de Deus, se não fosse pelo senhor o meu filho tinha morrido! (Rosa).

Quando essa relação não se estabelece, o cliente não se esquece da forma como foi tratado ou de alguma humilhação, mesmo que não se manifesto durante a consulta.

Aí, eu fui no posto e o doutor examinou, o Dr. A, eu tenho um nojo desse home até hoje: — Ah, mãe, se você tiver grávida, eu também tô! Você já menstruou? Não, pois é sua menstruação que tá vindo. — Doutor, eu tô grávida, eu tô tendo enjôo! — Não, mãe, a mulher quando tá menstruando também senti enjôo, nem todo enjôo é de gravidez (Rosa, 20 anos).

A relação entre o profissional de saúde e a clientela é, na maioria dos casos, impessoal e fugaz, não permitindo que se estabeleça um vinculo efetivo entre o profissional de saúde e a população atendida. Não raro, o indivíduo com baixo nível de instrução se ressente da indiferença que o profissional

demonstra em relação ao seu saber ou capacidade de observação, conforme ocorreu com a seguinte mãe durante o trabalho de parto de sua primeira filha:

> *eu não sabia direito o que tava acontecendo. Aí, eu botava, eu chorava, botava tanta força! Aí, eu vendo ela, assim, saindo assim. Quando eu coloquei a mão, era a cabeça da Onelice.Aí, eu gritando o médico, chamando socorro que a menina tava saindo. O médico falou que era mentira minha, que eu era escandalosa. Falou que se eu não calasse a boca, deixava eu ganhar a menina lá no corredor. Precisa ver ele brigando comigo. Aí, eu falei que eu não tava mentindo não. Ai, ele veio, olhou direito, aí tava saindo. Aí, eles me botaram na cadeira de roda, naquela cadeira de roda de aleijado, e saiu correndo comigo. Deitou lá naquela maca. Aí, eu botei força, botei força. Aí, não queria sair. Pegaram e me cortaram assim. Aí, ela saiu. Ai, foram me costurar. Eu sofri! A anestesia acabou, ficou doendo. Aí, eles costurando, ficou doendo os ponto. Sufri bastante da Onelice! (Odete).*

Experiências penosas como essas tomam evidente nas quais fica evidente a indiferença ou negligência do profissional com o sofrimento do paciente; fazem com que este fique traumatizado e sofra desnecessariamente, por antecipação, quando precisar receber novamente o mesmo tipo de atendimento de saúde, como no relato abaixo:

> *aí, eu fui no banheiro. Aí, dava aquelas dor de pôr força e eu colocava força pra vê se o nenê nascia. Quando não colocava força o nenê ficava, endurecia. Quando parava a dor, o nenê ficava aperriado. Aí, eu: Meu Deus do Céu! Pelo amor de Deus! Aí, comecei a chorar no banheiro: Ah, não deixa o meu filho morrer, não! (Rosa).*

Um conhecimento fortemente influenciado pelo misticismo, como no caso acima, aliado à falta de informação, gera, muitas vezes, reações de desespero por parte do paciente ou outras situações constrangedoras nos serviços de saúde.

Outro fator que dificulta o entrosamento entre profissional e cliente é a displicência da equipe de saúde em oferecer, até a título de cortesia, explicações simples e corriqueiras sobre o tratamento ou rotina do serviço, como fica claro na seguinte fala:

> *e as enfermeiras, essas al; eu acho até que elas me maltrataram um bocado porque quando a gente tá cesareano ninguém não pode, não tem condições de se levantar sozinha pra fazer xixi, não pode nem levantar da cama. Depois de 24 horas é que pode levantar por causa que tem que fazer movimento cedinho, tem que entrar pro chuveiro, tomar banho, fazer movimento pra não ficar com dificuldade depois pra andar. Aí, quando era pra fazer xixi, elas não viam colocar o cumpadre de baixo de mim e eu pedia pra me virar, riscado quebrar um ponto, tava recente ainda. E pra banhar o menino, elas mandavam eu ir banhar o menino como daqui até lá na panificadora, andava era muito, rodiava um bocado de leito lá pra chegar lá pra banhar o nenê. E eu não podia (Rosa).*

No entanto, pouca atenção tem sido dispensada para a clientela em relação às suas dúvidas, dificuldades e conflitos. A relação entre usuário/serviço público de saúde é caracterizada, via de regra, pela falta de acesso á informação sobre sua própria saúde, a saúde dos filhos e cuidados específicos com a saúde em geral.

A informação é um dos pressupostos básicos de uma boa qualidade de assistência de saúde. O paciente tem direito de saber qual enfermidade tem, a gravidade e o tratamento adequado. A supressão de tal informação é passível de punição de acordo com os cânones éticos que regem as profissões

de saúde. As adolescentes precisam ter maior acesso ás informações sobre saúde reprodutiva a tudo o mais que for de seu interesse.

Considerações Finais

Na medida que as famílias carentes lutam para formar uma família e criar os filhos, elas tendem a reproduzir um certo estilo de vida que, juntamente com as condições de vida descritas acima, acaba afetando a saúde de seus membros e determinando, em grande parte, o próprio futuro dos filhos.

As famílias de classe de menor renda suportam uma carga desproporcional ao procurar administrar o consumo e a produção do lar em condições de crescente escassez. A falta de lazer e outras formas de entretenimento contribuem para um risco major de desestruturação familiar. Mesmo com os avanços, a saúde ainda é um bem de consumo pouco acessível à grande maioria da população brasileira. Ao examinar com mais atenção a história de vida das entrevistadas, é possível perceber que, embora elas tenham transporte na porta da casa, posto de saúde e água encanada, a qualidade de suas vidas está condicionada à baixa renda familiar.

As jovens mulheres pesquisadas não tiveram acesso a informações sobre a reprodução em uma abordagem biológica (menstruação, ovulação, espermatozóides, doenças sexualmente transmissíveis). Entretanto, é preciso aprofundar a questão; só conhecer os aspectos biológicos não evita a gravidez. É preciso conhecer também as implicações psíquicas-subjetivas (alterações nos relacionamentos), e os problemas socioeconômicos-demográficos (emprego/desemprego, cidadania, direitos da mulher e da criança).

O acesso á informação é importante, mas a sociedade precisa adotar outras estratégias em relação ao problema oferecendo um espectro mais amplo de opções de vida para os jovens, principalmente áqueles pertencentes ás classes economicamente menos favorecidas que não contam com recursos ou apoio de natureza familiar. Para as meninas, a reprodução, muitas vezes, acaba sendo a única realização possível.

Falta, por exemplo, um projeto de vida para as jovens de classes mais pobres. Fora do casamento, as perspectivas são poucas para essas jovens que abandonaram precocemente os estudos e sequer conseguem encontrar um bom emprego. Algumas até reconhecem que a falta de opção, aliada aos conflitos em casa, levam-nas a formar uniões precipitadas, e por isso mesmo, destinadas ao erro e à falência.

Sem dúvida, este problema merece maior atenção por parte da sociedade no sentido de diminuir o grande descompasso entre as diretrizes políticas e a qualidade de vida dos adolescentes brasileiros. Essa tarefa compete basicamente ao Estado que pode atuar em parceria com setores da sociedade com o intuito de estimular o desenvolvimento comunitário, sem deixar de adotar e implementar políticas sociais abrangentes e permanentes.

Quanto ao setor da saúde, o que falta hoje é um modelo de atenção mais abrangente, fundamentado num conceito que mescle condições materiais de existência e o bem-estar da população, a partir de uma abordagem essencialmente interdisciplinar para estas questões. Os centros de saúde que, em muitos casos, são o único ponto de apoio para as comunidades carentes, precisam repensar o seu papel na sociedade, tornando-se espaços importantes de acolhimento e de fortalecimento das políticas de promoção da saúde, contribuindo, desta forma, para minorar a situação de vulnerabilidade e incrementar a qualidade de vida dos adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKETT, E.M., DAVIES, A.M., PETROS-BARVAZIAN, A. **O enfoque de risco na assistência à saúde:** com especial referência à saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar. Washington: OPS/OMS, 1984. 1v. (Publicação científica, n. 491)

BANCO MUNDIAL. **The organization, delivery and financing of health care in Brazil:** an agenda for the 90's. Washington: World Bank, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente (PROSAD).** Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Documentação, 1993.

_____. **Metas da cúpula mundial em favor da infância:** avaliação de meia década, 1990-1995. Brasília: Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, Coordenação Materno-Infantil, 1997a.

_____. **Relatório sobre assistência à gestação e ao parto.** Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1997b.

DE KADT, E., TASCA, E. **Promovendo a eqüidade:** um novo enfoque com base no setor da saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

DENZIN, N.K. **The research act:** a theoretical introduction to sociological methods. New Jersey: Prentice-Hall, 1970.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Governo. **Anuário estatístico do Distrito Federal:** 1993. Brasília: Codeplan, 1993.

LEAVELL, H.R., CLARK, E.G. **Preventive medicine for the doctor in his community.** New York: McGraw-Hill, 1965.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alma-Ata 1978:** atenção primária de saúde. Genebra: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **O marco conceitual da saúde integral do adolescente e de seu cuidado.** Washington: OPS, 1990.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud:** una antologia. Washington: OPS, 1996. 1v. (Publicación cientifica, n.557)

PAIM, J.S. Abordagem teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R.B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

SIMPSON, J. **An introduction to preventive medicine.** Lodon: W. Heinemann, 1970.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM PROBLEMA?

Edir Nei Teixeira Mandu

A ocorrência crescente da gravidez na adolescência é considerada importante problema de saúde pública no Brasil e, em decorrência, um conjunto de medidas preventivas e de controle vem sendo encaminhado por diversos setores e instituições sociais.

Atualmente, estima-se que mulheres com idade entre 10 e 19 anos respondam por cerca de 23 a 30% do total das gestações (Brasil, 1999a). Em 1996, dos partos assistidos na rede do Sistema Único de Saúde, 25,7% foram relativos a jovens nessa faixa etária, subindo esse percentual, no ano seguinte, para 26,5%, correspondendo a quase 3 milhões de partos anuais (Brasil, 1999b). Só entre adolescentes com idade entre 10 e 14 anos, de 1993 a 1998, o aumento no número de partos foi de cerca de 31% (Brasil, 1999c).

Somados a esses dados quantitativos, argumentos médicos e sociais vêm sendo utilizados para justificar a magnitude dessa questão e a adoção de práticas para o seu efetivo controle no país.

Na prática médica, associa-se a gravidez na adolescência à probabilidade de aumento das intercorrências clínicas e morte materna, assim como a índices maiores de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso de recém-nascidos, entre outras conseqüências. Quando indesejada ou sem apoio social e familiar, a gravidez freqüentemente leva adolescentes à prática do aborto ilegal e em condições impróprias, constituindo-se esta em uma das principais causas de óbito por problemas relacionados à gravidez. Só no ano de 1998 mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto, sendo cerca de 3 mil realizadas entre jovens com idade entre 10 e 14 anos (Brasil, 1999c).

Do ponto de vista social, evidenciam-se implicações como abandono da escola, maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, diminuição do padrão de vida, desestruturação familiar e conseqüente circularidade da pobreza (Organização Mundial da Saúde, 1989; Brasil,1999c).

Assim, justificadas na necessidade de prevenção e controle dessas conseqüências, variadas medidas públicas vêm sendo adotadas em vários municípios brasileiros. Entre essas, no setor saúde, encontra-se particularmente a disponibilização de recursos para a prática da contracepção ao lado de ações educativas restritas. Interpretando-se o crescimento da gestação entre adolescentes como decorrente de comportamentos sexuais impróprios ou descuidados, propugna-se sua prevenção mediante a aplicação de medidas favoráveis a mudanças de comportamentos na esfera sexual, apoiada na oferta pública de recursos e meios anticonceptivos.

Obviamente essa leitura não é ímpar, mas a freqüente, incorporada muitas vezes pelos profissionais da saúde sem qualquer crítica, o que reforça a sua eleição como alternativa ímpar à superação do afirmado problema.

---

[1] Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Universidade Federal de Mato Grosso. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Por traz dessa postura, contudo, revela-se uma certa simplificação do processo social da gestação adolescente, articulada ao estilo de vida e aos comportamentos desse grupo sócio-etário.

É para essa simplificação que se chama atenção nesta reflexão, apresentando-se algumas contribuições para uma leitura mais ampla da questão. Não se nega a importância médica e social da gestação entre adolescentes ou mesmo a necessidade de estes disporem de informações e recursos para a prevenção de uma gravidez não desejada, mas evidencia-se o fato de que uma articulação linear entre idade materna e gravidez problemática (inoportuna) freqüentemente obscurece os processos socioculturais que se encontram na sua base e o encaminhamento de esforços para superá-los.

Questiona-se: **o problema está na gravidez na adolescência ou na gravidez adolescente em determinadas condições sociais?**

Boa parte dos estudos que focalizam as conseqüências médico-sociais da gravidez entre adolescentes desconsideram, do ponto de vista teórico-metodológico, as diferenças derivadas da sua específica inserção social. Em sua estruturação e análises, muitas investigações relegam a segundo plano o fato de as complicações decorrentes da gravidez na adolescência encontram explicação primeira nas condições inadequadas de vida (como renda, nutrição, trabalho e outras), na exposição à violência (de qualquer ordem), nas desigualdades no exercício cotidiano do poder (entre homens e mulheres, entre grupos sociais, entre gerações, entre sociedade e governos) e no limitado acesso a serviços e recursos sociais (saúde, educação e outros).

Ayres (1993), um estudioso e crítico da epidemiologia, afirma que comumente os processos sociais aparecem nos estudos epidemiológicos como fatores isolados, implicando em uma leitura abstrata dos problemas na esfera da saúde. Essa interpretação estreita também se estende aos problemas associados à gestação na adolescência e suas causas, em que se recorta nos próprios adolescentes e no fator etário/biológico os riscos a que estes estão sujeitos por ocasião de uma gravidez.

Alem disso, também se encontra implícita na questão a prescrição histórica de práticas contraceptivas, que em todo o mundo e inclusive em nosso país manteve-se articulada à necessidade de controle do crescimento populacional.

Essa prática encontra-se presente no Brasil desde a década de 60, face à manifesta preocupação mundial/nacional com a ampliação da pobreza e desigualdade social, em que se julga pertinente, para o próprio equilíbrio do desenvolvimento capitalista, o seu controle através de metas demográficas antinatalistas. Até então, os governos brasileiros assumiam posições contrárias à restrição dos nascimentos e o casamento e a maternidade eram estimulados, inclusive entre adolescentes.

Embora uma perspectiva ética em torno da questão da contracepção encontre-se inscrita na Constituição Federal desde 1988 e no próprio sistema de saúde (em formulações como o PAISM e o PROSAD[2]), vivemos uma conjuntura caracterizada pelo crescente empobrecimento da maioria, por restrições importantes na participação governamental na esfera social, pela aplicação de estratégias de redução da crescente demanda por serviços sociais, entre as quais se mantém a aplicação de medidas de cunho controlista.

A manutenção dessa perspectiva pode ser identificada no Brasil, por exemplo, no encaminhamento restrito de políticas e práticas abrangentes de educação sexual, na escassez de serviços e medidas

---

[2] PAISM – Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher; PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente, apresentados pelo Ministério da Saúde, respectivamente, em 1983/1984 e 1996.

públicas de saúde apropriados aos adolescentes, na execução de ações educativas de caráter coercitivo em saúde/sexualidade e reprodução e no uso indiscriminado de métodos contraceptivos.

A luta pela efetivação de direitos de cidadania encaminhada especificamente no Brasil nos anos 80 e 90, reconhece e formaliza um conjunto de direitos reprodutivos e sexuais extensivos aos adolescentes, que atentam para a relevância de uma abordagem mais ampla do processo da gestação entre o grupo e do apoio através de medidas de contracepção.

Esses direitos evidenciam, entre outros aspectos, a dimensão do livre exercício da sexualidade, a necessidade de opção informada sobre ter ou não filhos, o eqüânime acesso a recursos sociais e a tecnologias médicas para a promoção da saúde reprodutiva e sexual (Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 1996; União de Mulheres de São Paulo, 1995). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, aprovado em 1990, regulamenta o direito a ações e serviços específicos de promoção à saúde do grupo.

A idéia de promoção à saúde que sustenta essas novas proposições resgata a inter-relação dos vários processos sociais (como o da gestação na adolescência) com as condições de eqüidade existentes/inexistentes nas sociedades e entre os vários grupos sociais, além da necessidade de mantê-las e/ou construí-las (Pedrosa, 1999).

Assim, uma abordagem apropriada da questão em foco requer, dos vários setores e instituições sociais e, de modo particular, dos profissionais da saúde, o reconhecimento das desigualdades relativas ao acesso a bens e recursos sociais a que os diferentes grupos adolescentes estão sujeitos, confrontando-se as deficiências nas políticas públicas (renda, trabalho, educação, saúde, segurança), a violência crescente em nossa sociedade (que submete adolescentes à exploração social e abusos sexuais) e a falta de perspectivas futuras com que se defronta a grande maioria de nossos jovens.

Os adolescentes têm o direito de participar autonomamente das decisões que lhes afetam, requerendo a oferta de medidas e recursos que possibilite a melhor opção favorável à sua saúde sexual e reprodutiva e a confrontação dos processos sociais que os tornam vulneráveis a determinados problemas, de modo a permitir sua inserção na luta por transformações que levem ao estabelecimento de novas e apropriadas condições sociais para a saúde.

Para que essa autonomia possa ser exercida, o setor saúde e outros setores sociais precisam construir práticas que favoreçam o reconhecimento, pelo grupo, de suas próprias potencialidades para decidir e responsabilizar-se por sua saúde segundo valores éticos de solidariedade e eqüidade.

Na organização de nossas ações profissionais a fundamental o reconhecimento de que a suscetibilidade dos diferentes indivíduos e grupos a certos problemas e dificuldades não deriva diretamente de processos comportamentais, mas, mais amplamente, de processos sociais e politico-institucionais. As causas/conseqüências da gestação na adolescência não são decorrentes apenas de fatores biológicos e psico-emocionais presentes nessa etapa da vida, mas fundamentalmente da rede social de apoio encontrada.

Assim, a idéia de vulnerabilidade apresenta-se mais apropriada à interpretação da problemática em foco, uma vez que evidencia e integra aspectos sociais (condições de vida e acesso a serviços e cuidados sociais), institucionais (articulação/desarticulação de órgãos e serviços na promoção da saúde) e individuais (comportamentos que favorecem uma maior exposição a problemas), na explicação e controle dos riscos de saúde a que adolescentes estão expostas (Pimenta et al, 1998).

No plano das práticas institucionais, na viabilização de projetos de promoção à saúde e controle dos riscos, a participação dos adolescentes e a produção de novas subjetividades em saúde é essencial.

A quase total ausência da educação para o exercício saudável da sexualidade, nas diferentes fases da vida, precisa ser enfrentada mediante esforços articulados visando à construção de políticas e práticas que o favoreçam.

Valorizando-se a educação sexual, as ações a serem encaminhadas devem ser contínuas e abrangentes, incluindo outros grupos/fases da vida numa abordagem interdisciplinar, dentro e fora dos muros dos serviços de saúde, investindo-se no desenvolvimento da participação social para a cidadania e responsabilização com o cuidado em saúde reprodutiva e sexual.

Tais projetos e práticas requerem a adoção de uma perspectiva ética em que os adolescentes sejam considerados indivíduos e sujeitos coletivos, investindo-se no incremento de sua autonomia, para que possam responsabilizar-se socialmente e decidir sobre a própria vida e sobre questões como a prevenção ou não de uma gestação e os meios e recursos a serem utilizados para tal.

Interpretar toda gestação na adolescência como problema e educar coercitivamente para sua prevenção, através do uso de métodos contraceptivos ou práticas comportamentais restritivas, é negar o direito à escolha e a responsabilidade da sociedade e do setor saúde, em particular, na oferta de suporte aos adolescentes para que desenvolvam conhecimentos e habilidades que os ajudem a questionar, propor e apoiar ações voltadas ao resgate da cidadania de todos e ao desenvolvimento de comportamentos seguros e desejados à sua saúde reprodutiva e sexual.

Essa percepção recoloca a questão da gravidez na adolescência para além do rótulo de problema, apresentando-se como alternativa à orientação das ações profissionais em torno da questão; através desse olhar valoriza-se a individualidade e a socialidade do grupo e a construção de elementos para a sua participação autônoma e comprometida nas questões que lhes dizem respeito, incluindo a concepção/contracepção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. de C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 139-182.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações em saúde** [online]. 1999b. Disponível: http://www.saude.gov.br/ [capturado em 21 jan. 1999].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira:** construindo uma agenda nacional. Brasília, 1999c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa do adolescente:** bases programáticas. 2. ed. Brasília, 1996.

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA. **Mulher, população e desenvolvimento:** subsídios aos parlamentares na implementação do Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo 94. Brasília: CFEMEA, 1996.

CARNEIRO, Rosa Maria M. M. M. A. (Coord.) **A adolescente grávida e os serviços de saúde no município.** Brasília: Ministério da Saúde/UNICEF/OPAS-OMS, 1999a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde reprodutiva de adolescentes:** uma estratégia para ação: uma declaração conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Genebra, 1989.

PEDROSA, J.I. dos S. **Monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção à saúde.** Goiânia, 1999. Apresentado no Seminário Interinstitutional de Educação em Saúde em Goiânia, mar. 1999.

PIMENTA, C. et al. **Nossa vida, nosso tempo.** Brasília: Ministério da Saúde, DST/AIDS, 1998. p. 81-6. (Prevenir é sempre melhor – Boletim, n° 9)

UNIÃO DE MULHERES DE SÃO PAULO. **Declaração das mulheres brasileiras.** São Paulo, 1995. p. 6-7. (Boletim Informativo da União de Mulheres de São Paulo).

MORTALIDADE MATERNA X GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM

Alaerte Leandro Martins[1]
Arlete Bernini Fernandes e Silva[2]
Ivete Palmira Sanson Zagonel[3]
Vânia Muniz Néquer Soares[4]

Introdução

No cotidiano de atuação da enfermagem, entre as várias ações a indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, emergem as atividades que necessitam de um olhar atentivo e de forma especial, como ao grupo de adolescentes. A adolescência, etapa permeada de mudanças, desafios, crises, conflitos e descobertas, está inter-relacionada aos contextos histórico - social, biológico, psicológico, religioso, educacional, econômico, de saúde – doença, entre outros. Diante de tais perspectivas que permeiam o existir da adolescente, em um viver de expectativas futuras comuns, muitas vezes não satisfeitas, iniciam os relacionamentos entre os sexos. Takiuti (1994) enfatiza que embora os papéis sexuais sejam socialmente definidos desde a infância, é na adolescência que a distinção entre os dois sexos se faz sentir com maior força. A mulher adolescente vive num intenso conflito entre o querer e o não poder iniciar a sua atividade sexual.

Dentre as diversas formas de experienciar a adolescência, está o efetivo exercício da sexualidade, papel importante à adolescente para a determinação de sua auto-estima, relações afetivas, identidade social e sua inserção na estrutura social. O movimento que se estabelece ao desvelar essas novas facetas em seu viver a expõe à ocorrência da gravidez. Wuest (1990) expressa que quando a menina adolescente torna-se grávida, ela é arremessada a um novo papel, sem o benefício dos ritos de passagem usuais ou preparação antecipatória. É nessa fase de transição por que passa, que a jovem necessita de amparo, apoio e segurança do profissional de enfermagem para o acompanhamento integral que o momento gestacional exige. O cuidado auxilia a vivenciar esse momento, como uma etapa de crescimento e de novas perspectivas de vida, estimula, como estabelece Zagonel (1999), a liberação de sentimentos e potencialidades, aumentando a capacidade de entender o processo por que passa.

Giddens, citado por Colombo (2000) expõe que a adolescência busca se firmar, hoje em dia, não mais como uma fase passageira, e sim como uma etapa da vida humana com identidade cultural

---

[1] Enfermeira. Presidente da ABEn-PR e Presidente do Comitê estadual de Mortalidade Materna do Paraná. Mestranda em Saúde Pública – UEPG.

[2] Enfermeira. Profª assistente do Depto de Enf da UEL. Mestranda em Saúde Pública – UEPG.

[3] Enfermeira. Profª adjunto do Depto de Enf. Da UFPR. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Cuidado Humano de Enfermagem-NUPECHE/UFPR.

[4] Enfermeira. Membro do Comitê Estadual de Mortalidade Materna do estado do Paraná. Mestre em Assistência de Enfermagem.

própria. A adolescência busca uma identidade sólida dentro das transformações ocasionadas pelo processo de globalização. Complementa enfatizando que a exposição à mídia, as mudanças físicas, as primeiras questões sobre sexo, o desenvolvimento da relação com o corpo acontecem hoje na infância.

Assim, quando adolescente, a pessoa não tem o mesmo tipo de duvida que tinha no passado. O convívio com a precocidade do desenvolvimento adolescente, permite observar marcantes transformações sociais que interferem nas fisiológicas e vice-versa. Este aspecto reflete-se de forma significativa sobre o comportamento sexual dos adolescentes, o qual torna-se modificado e antecipado.

Na visão de Darzé (1989), a gravidez e o parto na adolescência englobam aspectos médicos, psicossociais e de saúde pública, que se entrelaçam num todo indissociável. Aponta os aspectos conflitantes com relação ao desempenho obstétrico das adolescentes, com condutas antagônicas entre diversos profissionais, uma vez que, sob o ponto de vista obstétrico, a adolescente pode não apresentar maiores obstáculos do que as clientes em geral ou ainda, que a adolescência representa risco aumentado para a mãe e a criança.

Diante dessas afirmações, Carraro (1999), salienta que o nascimento apresenta-se como uma frágil linha divisória entre a vida intra e extra-uterina e, concomitantemente, entre a vida e a morte. Ao refletir-se sobre esse aspecto, que pode circundar a experiência da gestação na adolescência, é importante salientar o que Soares et al (1999) expressam ao publicar “os riscos da mortalidade materna no Paraná 1989-1998”, explicitando que o número de mortes devido à gravidez a suas complicacoes é subestimado na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Informam que após a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil realizada pelos Comitês levantou-se que no período de 1989-1998 ocorreram 1620 óbitos maternos obstétricos no Paraná, representando um coeficiente médio de mortalidade materna de 82.9 por cem mil nascidos vivos, sendo a oitava causa de morte entre as mulheres em idade reprodutiva. A maior incidência de óbitos ocorreu com 40,6% na faixa etária de 25-34 anos; a incidência foi de 0,7% no grupo abaixo de 15 anos e de 12,5% no grupo entre 15-19 anos.

A população de adolescentes no Estado do Paraná, em 1998, era de 1.917.570 habitantes, correspondendo a 20,7% da população total. A taxa de gravidez na adolescência veio aumentando significativamente no período de 1994 a 1998, chegando a 22,8% dos nascidos vivos em 1998. A taxa de fecundidade geral aumentou apenas na faixa etária de adolescentes, apresentando uma elevação de 27,8% entre 1980 e 1998.

A mortalidade materna entre adolescentes, vem oscilando no Estado no período de 1993-1998. Em 1998, na faixa etária de 10-14 anos, o percentual de mortalidade materna foi de 1,94% e na faixa etária de 15-19 anos foi de 10,60%. Soares et al (1999) concluem em seu estudo que a redução da mortalidade materna depende de melhor assistência médica – 43,6%; melhor assistência hospitalar – 19,3%; melhor suporte da condição sócio - econômica e educacional – 13%; responsabilidade da paciente, principalmente por não comparecimento a consulta de pré-natal, adição de drogas como álcool e fumo – 16,3% a ainda, inconclusivo – 7,7%.

Frente a esses dados, não se pode mais ignorar o fato de que as adolescentes também morrem por complicações evitáveis da gravidez, parto ou puerpério, indicadores inter-relacionados a falta de acesso ao pré-natal de qualidade, ao planejamento familiar, a falta de informações, a carência de práticas educativas, a dificuldade de implementação da prática do parto humanizado, ampliando as possibilidades de risco e morte.

Objetivo

Avaliar os óbitos maternos entre adolescentes, ocorridos no período de 1989-1998 no Estado do Paraná e apontar estratégias de atuação da enfermagem para a redução dos índices e melhoria do cuidado e esse grupo populacional.

Material e Método

A pesquisa é de caráter descritivo. Utilizou-se os dados coletados através do Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Estado do Paraná – CEMM-PR, em que analisou todos os óbitos maternos ocorridos no período de 1989-1998 no Estado, possibilitando um olhar sobre os óbitos entre adolescentes. A análise reflexiva das tabelas, gráficos e quadros foi realizada pelos autores deste artigo, considerando algumas variáveis selecionadas e causa básica dos óbitos, bem como, a partir da leitura cuidadosa, foi possível o delineamento de estratégias que possam efetivamente contribuir para a redução dos índices de mortalidade materna entre adolescentes.

Solicitamos ao CEMM-PR cópia do banco de dados em meio magnético. Para elaboração dos quadros, tabelas e gráficos, utilizamos os programas Epi-Info e Excel, anos de 1989 a 1992 e Access para 1998. A análise estatística foi feita através de freqüência simples e coeficiente de mortalidade materna. Os dados foram coletados integralmente das fichas de "Investigação Confidencial de Morte Materna" – ICMM, do Comitê Estadual de Morte Materna do Estado do Paraná. Selecionamos os dados de interesse a esta análise, em meio magnético. Os dados disponibilizados pelo banco de dados do CEMM-PR, referem-se às faixas etárias de 10-14 anos e 15-19 anos.

Dos 1620 óbitos maternos ocorridos no Estado, foram analisados 1554 óbitos maternos em todas as faixas etárias e uma variação de 115 a 207 óbitos de adolescentes, dependendo da variável analisada.

Apresentação e Análise dos Resultados

Segundo o CEMM-PR, do total de óbitos de 1989-1998 no Estado do Paraná, 13,2% foram entre adolescentes (10 a 19 anos). O coeficiente de morte materna de 1994-1998, foi de 83,52 por 100.000 NV, sendo que para a faixa etária até 15 anos 92,42, o segundo maior coeficiente depois da faixa acima de 45 anos. No mesmo período para a faixa de 15-19 anos, foi de 43,54 por 100.000 NV. A mortalidade materna é a quinta causa de óbitos em adolescentes no ano de 1998.

Quadro 1 – Comparação entre percentual de óbitos maternos de todas as faixa etárias e de adolescentes, entre variáveis selecionadas.

Variável	Todos 1989-1998	Adolescente 1998
Escolaridade < 8 anos	91%	70%
Não usava método contraceptivo	53%	65%
Realizou pré-natal	83%	80%
Parto cesárea	63%	55%
Casada	66% *	55%
Número de gestações	66% até 3 *	80% primigestas

Fonte: CEMM/PR – SESA/ISEP
Nota * dados referentes ao período de 1993 a 1998.

O quadro 1 é uma comparação entre todos os óbitos maternos ocorridos no Estado do Paraná no período de 1989-1998, com ênfase na mortalidade entre adolescentes no ano de 1998. É significativo o percentual de mulheres que morreram por causas relacionadas à gestação, parto ou puerpério e que tinham escolaridade menor de 8 anos – 91% das mulheres em geral e 70% das adolescentes.

Esta variável da escolaridade situa-se como fator de risco para a mortalidade materna, pois quanto menor a escolaridade, maior o risco de óbito materno conforme apontam vários estudos. Para Finn, citado por Maud Filho (1987), este é um fator que caracteriza o risco que cerca a gestação, parto e puerpério, pois sabe-se que pode influir no não seguimento de orientações do pré-natal, na demora em relatar problemas, entre outros.

Neste quadro também verifica-se que 53% das mulheres com óbitos entre 1989-1998 não utilizavam método contraceptivo e que entre as adolescentes, 65% também não faziam uso. É importante perceber que o percentual de adolescentes é maior que os óbitos gerais. Questiona-se se esta incidência recai sobre o planejamento de uma gravidez desejada ou por falta de acesso à informação, à aquisição de métodos contraceptivos ou à total falta de planejamento.

Alto percentual de mulheres que foram a óbito, conforme demonstra o quadro acima, realizaram pré-natal, sendo este percentual igual a 83% das mulheres de todas as faixas etárias e 80% das adolescentes. A assistência ao pré-natal e parto, constitui-se na base da prevenção da mortalidade materna. O alto percentual de freqüência ao pré-natal denota, entre outros, a má qualidade da assistência prestada.

Entre todos os óbitos, 63% realizaram parto cesérea, o que ocorreu com 55% das adolescentes. O Centro Latino Americano de Perinatologia – CLAP, da Organização Pan-Americana de Saúde- OPS, citado por Viola (1999), após investigação, concluiu que o nascimento por cesariana apresenta mortalidade materna até 12 vezes maior do que o parto vaginal e é sabido que, no Sistema Único de Saúde (SUS), a taxa de natalidade por cesarianas é cerca de três vezes maior que de parto normal.

Observa-se ainda no quadro 1, que a grande maioria era de mulheres casadas e que, entre todas as que morreram entre 1989 e 1998, 66% tiveram até 3 gestações. Em relação às adolescentes, 55% eram primigestas. O fato de ser casada, pode ser um condicionante da menor mortalidade materna, pois pode significar apoio, companheirismo familiar e segurança financeira. Estudos apontam que as mulheres solteiras têm até duas ou três vezes aumentado o índice de mortalidade materna.

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos maternos da adolescentes no Estado do Paraná, segundo identificação de raça, de 1993 a 1998.

Idade / Raça	10 - 14		15 - 19		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Amarela	1	10,0	–	–	1	0,8
Branca	4	40,0	59	56,2	63	54,7
Negra	3	30,00	19	18,0	22	19,1
Parda	(2)	(66,6)	(11)	(57,9)	(13)	(59,1)
Preta	(1)	(33,3)	(8)	(42,1)	(9)	(41,0)
Ignorada	2	20,0	27	25,7	29	25,2
Total	10	100,0	105	100,0	115	100,0

Fonte: CEMM/PR – SESA/ISEP

O elevado número de gestações é fator de risco de mortalidade materna, assim como a primeira gestação precoce, a tardia ou diante de patologias pré - existentes na mulher. O quadro 1 aponta que 80% das mortes entre adolescentes ocorreram em primigestas.

Na tabela 1 observamos que no período de 1993 a 1998 ocorreram 30,0% dos óbitos na raça negra, na faixa etária de 10 a 14 anos e 18% na faixa etária de 15 a 19 anos. Segundo Martins (2000), a população branca no Estado do Paraná e de 75,85% e a negra 23,03%; logo 30% dos óbitos na faixa etária de 10 a 14 anos proporcionalmente representa número elevado de negras. Não foi possível calcular o risco para essa faixa etária, mas ainda para Martins (2000) ,o risco de morrer por óbitos maternos foi sem dúvida maior para as mulheres pretas (4,403), seguidas das amarelas com 3,362 e pardas, o que também se observa pelos coeficientes de mortalidade materna que foram em 1997 de: 276,24 para pretas, 210,97 para amarelas, 62,73 brancas e 56,27 para pardas, todos por 100.000 nascidos vivos.

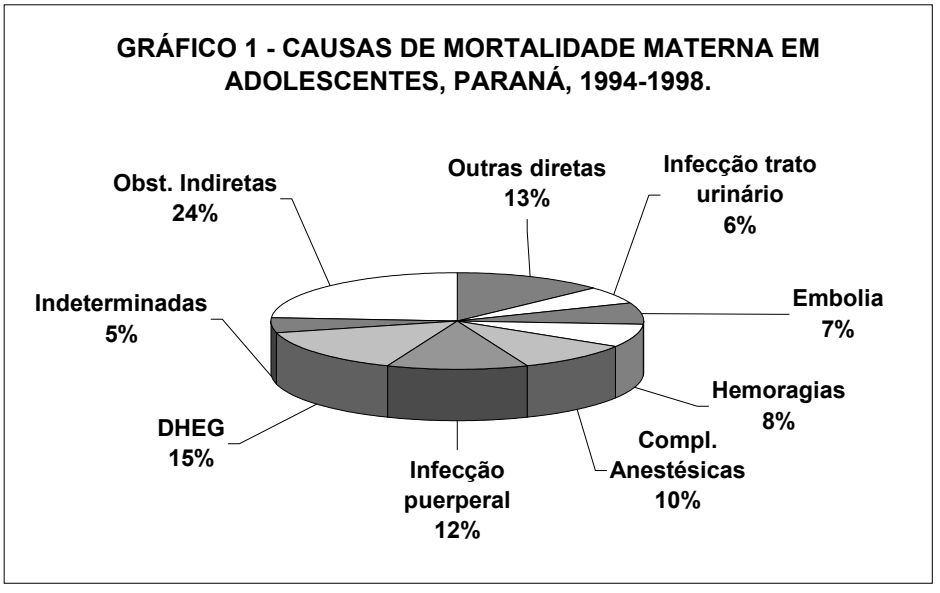
No quadro 2, observa-se as causas básicas dos óbitos. Destaca-se que as adolescentes apresentam um percentual menor de hemorragias, hipertensão e aborto, com relação a todas as faixas etárias. Por outro lado, chamam a atenção as complicações anestésicas, que têm um percentual geral de 4,98% e nas adolescentes foi de 10%. Pode-se inferir que esse percentual elevado significa que existe um excedente de cesáreas, conseqüentes ou não às urgências obstétricas.

Para melhor visualização, o gráfico 1 apresenta as causas de mortalidade materna entre adolescentes em uma série histórica de cinco anos. A doença hipertensiva específica da gravidez também é a principal causa entre adolescentes, ocorrendo em 15% dos óbitos, mas observa-se a importância da complicação anestésica, 10% dos casos.

Quadro 2 – Comparação entre percentual de óbitos maternos de todas as faixa etárias e de adolescentes, entre variáveis selecionadas.

CAUSAS	**Todas as faixas etárias**	**Óbitos em adolescentes**
Aborto	6,05%	–
Hemorragias	13,83%	8,00%
Hipertensão específica da gravidez	22,46%	15,00%
Complicações anestésicas	4,98%	10,00%
Infecção puerperal	8,75%	12,00%
Outras complicações relacionadas a gravidez, parto ou puerpério	1815%	26,00%
Indiretas	22,14%	24,00%
Indeterminadas	3,73%	5,00%

Fonte: CEMM/PR – SESA/ISEP



Fonte: CEMM/PR - SESA/ISEP

Conclusões

Os óbitos maternos entre adolescentes ocorridos no período de 1989-1998 no Estado do Paraná, analisados pelo Comitê Estadual de Mortalidade Materna, serviram de subsídio para a reflexão deste artigo.

Os óbitos maternos de adolescentes no Estado do Paraná corresponderam a 13,2%, entre todos os óbitos maternos.

Dezenove por cento de óbitos maternos (22óbitos) eram de adolescentes da raça negra. Como a proporção da população da raça negra no Paraná é de 23,03% e a população de raça branca constitui 75% da população com 63 óbitos maternos, pode-se inferir que a raça negra teve um grande peso na mortalidade materna de adolescentes no Paraná.

A análise do presente estudo evidenciou que 91% apresentavam escolaridade menor de 8 anos nos óbitos maternos gerais. Para as adolescentes, correspondeu a 70%.

A doença hipertensiva específica da gravidez foi a principal causa dos óbitos maternos em adolescente no Paraná no período estudado. As infecções puerperais e as complicações anestésicas, foram respectivamente a segunda e a terceira causa de óbitos de adolescente as quais podem estar relacionadas às altas taxas de cesáreas praticadas no Estado e a realização de anestesia por profissionais não habilitados.

A saúde de adolescentes necessita de um olhar diferenciado por parte dos profissionais de enfermagem e de outros profissionais, a fim de assegurar a passagem por essa etapa da vida com riscos biológicos ou emocionais reduzidos, através do cuidado com abordagem técnica segura e humanizada.

Considerando-se a análise efetivada, recomenda-se que sejam aprofundados os estudos sobre mortalidade materna e adolescentes e que sejam tomadas medidas que visem a prevenção da gravidez precoce e/ou indesejada através de programas holísticos de atenção ao adolescente nos municípios com apoio e orientação dos níveis estadual e federal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARRARO, Telma Elisa. **Desafio secular**: mortes maternas por infecções puerperais. Pelotas: Ed. Universitária UFPel, 1999.

COLOMBO, Sylvia. A longevidade da adolescência. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2 jan. 2000. Caderno Mais.

DARZÉ, Elias. A adolescente e sua saúde reprodutiva: desempenho obstétrico na primigrávida em idade igual ou menor do que 16 anos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, n. 4, 1989.

MARTINS, Alaerte Leandro. **Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, entre 1993 a 1998.** [S.l: s.n.,199-?]. Mimeogr.

MAUD FILHO, F. et al. Prevenção da mortalidade materna: análise crítica. **Femina**, v. 7, n. 15, p. 568-71, jul. 1987.

SOARES, Helvio Bertolozzi et al. **Os riscos da mortalidade materna no Paraná 1989-1998.** Curitiba: Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Estado do Paraná, 1999.

TAKIUTI, Albertina Duarte. Mitos e tabus da gravidez adolescente. In: COSTA, Moacir. (Org.). **Amor e sexualidade:** a resolução dos preconceitos. São Paulo: Gente, 1994. p. 21- 29.

VIOLA, Regina Coeli. **Situação epidemiológica da mortalidade materna no Brasil e comitês de mortalidade materna.** [S.l: s.n.], 1999. 9 p. Apresentado no Seminário dos Dez Anos dos Comitês de Mortalidade Materna no Paraná, Curitiba, 1999.

WUEST, Judith. Trying it on for size: mutual support in role transition for pregnant teens and student nurses. **Health Care for Women International,** v. 11, p. 383-392, 1990.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. **O ser adolescente gestante em transição sob a ótica da enfermagem.** Pelotas: Ed. Universitária UFPel, 1999.

GRAVIDEZ E PARTO DE ADOLESCENTES EM MATERNIDADE PÚBLICA

Lourdes Maria Silva Andraus[1]
Ruth Minamisava[1]
Maritônia Fernandes Guimarães[2]
Vânia Hilário Tavares[2]

Introdução

A adolescência é o período da vida correspondente à faixa etária entre dez e vinte anos, período em que aparecem as características sexuais secundárias para a maturidade sexual, manifestam-se processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, ocorrendo a transição de um estado de dependência para outro, de relativa independência (OMS, 1997). É esta definição cronológica que utilizaremos como referencial para esta pesquisa.

O adolescente apresenta características, necessidades e problemas específicos que o diferenciam da criança e do adulto. Nessa fase, a educação sexual deve ser antecipada e formal, tendo como objetivo preparar o jovem para as mudanças que vão ocorrer do ponto de vista físico, fisiológico, emocional e social. O programa educativo deve ultrapassar o conhecimento, englobando atitudes, sentimentos e idéias relativos à sexualidade (Sigaud, 1996).

Os adolescentes estão numa fase de identificação de sua sexualidade, podendo sofrer conseqüências indesejáveis na prática de sua sexualidade, tais como: gravidez precoce não desejada, falta de conhecimento e ou uso indevido de métodos anti-concepcionais, aborto, vitimização, doenças de transmissão sexual e traumas psico-sociais (Brasil, 1989).

Para Cabral e Pessoa (1988), as adolescentes realizam atividades sexuais cada vez mais precocemente e apresentam dificuldades em aceitar o fato de que um relacionamento sexual ocasional possa acarretar gravidez, levando a um número cada vez maior de gravidez não desejada. Além disso, Kinsman et al. (1998), verificaram que a atividade sexual precoce não é uma experiência planejada para muitos adolescentes.

Vitiello (1994) demonstrou, em seu estudo, que um grande contingente das parturientes adolescentes não têm uma união estável com o parceiro e que cerca de 40% dessas jovens eram casadas ou vieram a casar-se em virtude da gestação. Esses resultados nos mostram outra cruel faceta do problema, a do filho sem pai, com maiores chances de ser abandonado.

O mesmo autor refere, ainda, que a falta de assistência pré-natal adequada é o ponto de partida para as mais freqüentes complicações clínicas e obstétricas observadas. Basicamente, o temor de assumir publicamente a gestação é o fator que mais afasta a adolescente do pré-natal.

---

[1] Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

[2] Formandas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

A gravidez na adolescência têm incidência mais alta de complicações médicas envolvendo mãe e criança que em mulheres adultas. A incidência de baixo peso ao nascer é maior que o dobro da taxa quando as mães são adultas e o coeficiente de mortalidade neonatal é três vezes maior (CDC, 1994). Conforme dados da Organización Panamericana de La Salud (OPS, 1989), no começo da década de oitenta, 12,5% dos nascimentos da América Latina eram de mães menores de 20 anos.

Estes dados são preocupantes para os profissionais da área de saúde, tendo em vista os aspectos negativos advindos desta situação. As taxas de morbidade e mortalidade são mais altas para as mães adolescentes e seus conceptos do que para mulheres com idade superior a vinte anos, sendo o aborto e suas complicações os principais indicadores destas taxas (Omram, 1985). Outras possíveis conseqüências do início precoce da maternidade são a interrupção da vida escolar, a discriminação que mãe e filho sofrem por parte da sociedade, muitas vezes pela própria família, além da mãe freqüentemente ser abandonada pelo parceiro e assumir total responsabilidade sobre seu filho.

Conforme Vitiello (1994), no Brasil a situação é muito grave. Computando-se apenas os casos que a gravidez chega a seu final, podemos constatar que nos hospitais que atendem pacientes de baixo nível sócio-econômico a freqüência de partos de adolescentes fica entre 20 a 25% do total dos partos. Em São Paulo, relata o autor que os partos de mães adolescentes totalizaram 22,7% daqueles ocorridos no hospital estudado.

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS, 1997), 18% das adolescentes brasileiras de quinze a dezenove anos já haviam ficado grávidas alguma vez, sendo que 49,1% destas gestações foram indesejadas. Vitiello (1994) estima que hoje ocorrem cerca de um milhão de gestações entre as adolescentes americanas, das quais, perto de quatrocentas mil terminem em abortamentos provocados.

Segundo Martins (1987) e Ramos (1999), nos últimos tempos, os profissionais de saúde vêm se defrontando com o desafio crescente de responder a complexa situação que envolve a saúde dos jovens adolescentes brasileiros. Com esta preocupação, a Associação Brasileira de Enfermagem em parceria com o Ministério da Saúde estão desenvolvendo um projeto de âmbito nacional para melhor assumir o compromisso com a promoção à saúde do jovem e adolescente.

Pretendendo conhecer melhor a situação da gravidez na adolescência no município de Goiânia, decidiu-se realizar esta pesquisa com o objetivo de investigar a gestação e o parto de adolescentes e as intercorrências com seus recém-nascidos, de uma maternidade pública.

Metodologia

Estudo descritivo, retrospectivo, realizado em uma maternidade pública do município de Goiânia. Os dados foram coletados pelas pesquisadoras utilizando-se de um formulário previamente testado, em livros de Relatórios e Ocorrências referentes ao período de 18 de outubro de 1990 a 22 de novembro de 1996. Foram estudados todos os dados de mães com idade de doze a dezenove anos e de seus respectivos bebês.

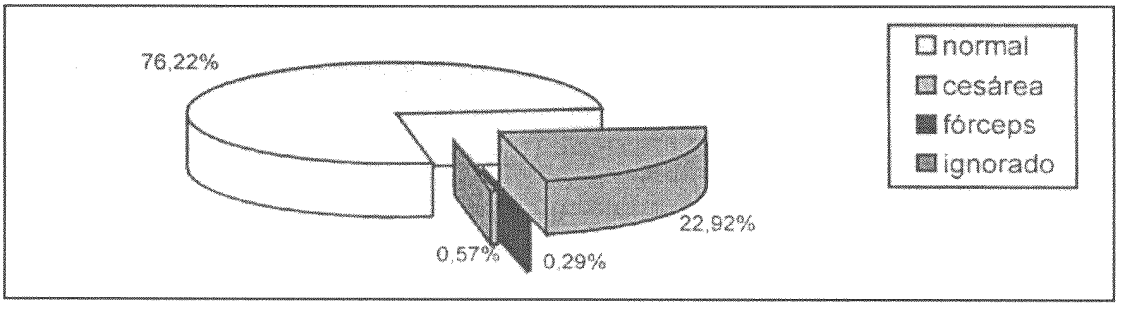
Apresentação e Discussão dos Resultados

No período em estudo foram registrados 8.792 partos. Destes, 1.771 (20,14%) foram de adolescentes com idade de doze a dezenove anos, percentual aproximado aos valores obtidos por Vitiello (1994), que representa uma situação preocupante pelos riscos inerentes à gestação e pelos transtornos familiares, sociais e econômicos.

Constatou-se que além dos 1.771 partos, havia registros de 135 abortos (7,62%) realizados em adolescentes. Aleixo (1981) encontrou em seu estudo com adolescentes, o percentual de abortos provocados ou não de 2,2%.

Em relação ao tipo de parto, verificou-se predominância de partos normais, 1.350 (76,22%) casos, seguido por partos cesáreas, 406 (22,92%) casos (**Gráf. 1**). Os dados são inferiores, tanto daqueles apresentados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CRM-GO, 1998) onde, 57% dos partos são por cesariana, quanto do Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 1998) que apresenta percentual de 37,4%. No entanto, esses resultados superam a recomendação da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1997), que estabelece o máximo de 15% para os partos cesarianas.

Gráfico 1 – Distribuição dos tipos de parto em adolescentes, em uma maternidade pública no município de Goiânia, 1999.



Embora o Ministério da Saúde (Brasil, 1998) preconize o mínimo de seis consultas em serviços de pré-natal, no presente estudo, constatou-se que 22,30% das adolescentes não fizeram pré-natal.

A **Tab. 1** revela que do total de 1.771 adolescentes, 531 (30,00%) eram multigestas e 1227 (69,28%) primigestas. Estes resultados são comparáveis aos de Mendes et al. (1983), que encontraram 77,66% de primigestas e 22,40% multigestas dentre 197 adolescentes gestantes estudadas. Na mesma tabela, observa-se que à medida que aumenta a idade das adolescentes, aumenta-se também o percentual de multigestações.

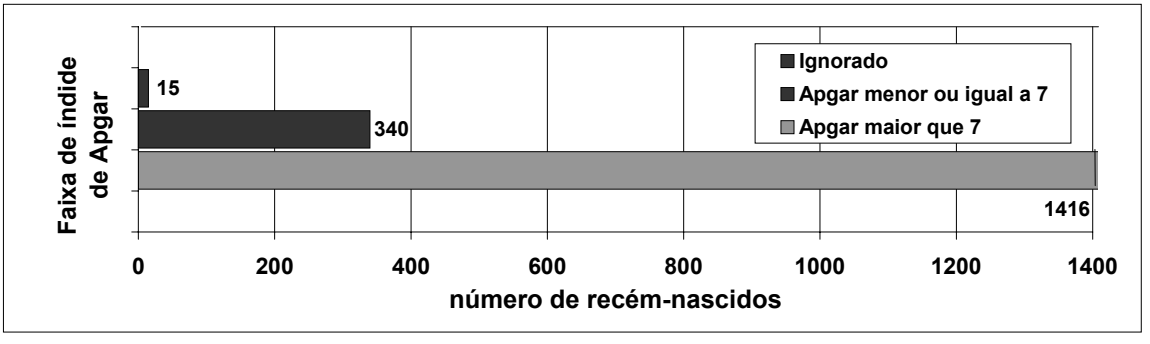
Tabela 1 – Paridade em adolescentes de 12 a 19 anos de idade em uma maternidade pública municipal em Goiânia, 1999.

IDADE (em anos)	PORCENTAGEM		
	multigestas	primigestas	sem registro
12	0,00	0,17	0,00
13	0,00	0,62	0,00
14	0,10	2,43	0,05
15	0,85	6,71	0,17
16	2,00	11,86	0,11
17	5,14	13,40	0,22
18	10,00	16,31	0,06
19	11,91	17,78	0,11
Total	30,00	69,28	0,72

Para avaliação das condições de saúde dos recém-nascidos utilizou-se o índice de Apgar, que de acordo com Leone (1996), escores de 8 a 10, significam que o bebê nasceu em ótimas condições, e à medida que a nota decresce, que as condições de saúde do bebê pioram.

Dos 1771 recém-nascidos pesquisados, 1416 (79,95%) nasceram com Apgar maior que 7 (**Gráf. 2**), sendo que Leone (1996) refere cerca de 90% dos recém-nascidos com Apgar para esta mesma faixa de nota.

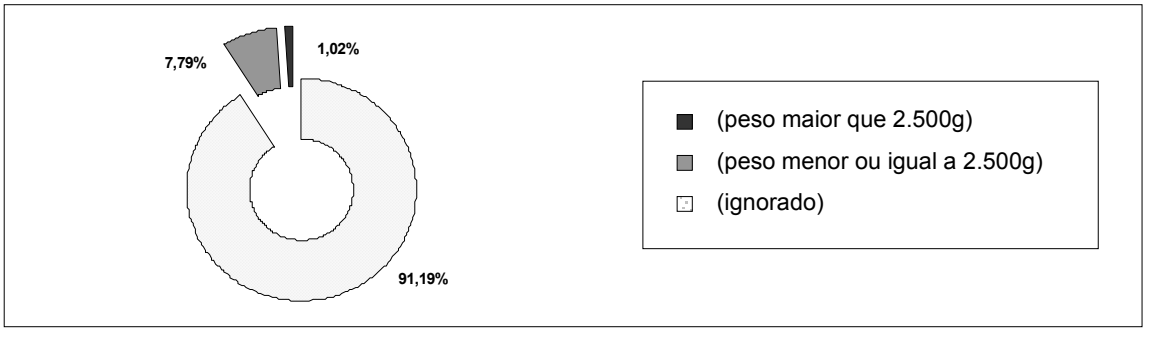
Gráfico 2 – Índice de Apgar dos recém-nascidos de mães adolescentes de doze a dezoito anos de idade em uma maternidade pública municipal em Goiânia, 1999.



Entre os recém-nascidos, 138 (7,79%) tinham peso igual ou inferior a 2500 gramas (**Gráf. 3**), o que representa risco de óbito neonatal, segundo Brasil (1998).

As taxas de baixo peso ao nascer nos países desenvolvidos são em torno de 5% a 6%, enquanto no Brasil, segundo Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (Brasil, 1997), a prevalência de baixo peso ao nascer foi de 9,2% e ultrapassa 10% na zona rural. Miúra et al. (1991), referem que há uma incidência aumentada de baixo peso ao nascer entre filhos de adolescentes. De acordo com Brasil (1998), as precárias condições de vida podem, também, influenciar o baixo peso ao nascer, bem como a ausência de serviço pré-natal de boa qualidade.

Gráfico 3 – Peso de nascimento dos recém-nascidos de mães adolescentes em uma maternidade municipal de Goiânia, 1999.



Entre as intercorrências registradas sobre os recém-nascidos pesquisados, a mais comum foi a presença de mecônio no líquido amniótico, com 95 casos (5,36%). Segundo Cloherty (1982), a gravidade dos sinais e sintomas respiratórios parece ser diretamente proporcional à quantidade e espessura do mecônio, sendo que a aspiração direta desse líquido acumulado na traquéia influi favoravelmente sobre a evolução clínica do recém-nascido.

A segunda intercorrência mais freqüente foi a icterícia, com 51 casos (2,87%). Para Miúra *et al.* (1991), o risco de agressão ao sistema nervoso central, na vigência de hiperbilirrubinemia, é maior em recém-nascidos de baixo peso, especialmente nos de baixa idade gestacional.

Foram encontrados também, casos de hipoglicemia, pneumonia, microcefalia, prolapso de cordão, Ortolani positivo, hematoma cefálico, hematêmese e prematuridade, com percentuais menores.

Quanto à gestação, a maioria dos registros – 1271 (71,76%) – indicou ausência de intercorrências, 265 (14,96%) tiveram complicações apresentadas na **Tab. 1** e 235 dos registros (13,27%) estavam em branco.

Na tabela a seguir verificou-se que a infecção do trato urinário foi registrada em 56 casos (3,16%), percentual inferior ao referido por Halbe (1993), que cita que cerca de 5% das mulheres grávidas apresentam bacteriúria no primeiro trimestre da gravidez, muitas vezes assintomáticas.

Tabela 2 – Freqüência das intercorrências ocorridas durante a gestação de adolescentes, em uma maternidade pública municipal de Goiânia, 1999.

INTERCORRÊNCIAS	NÚMERO	PERCENTUAL
Infecção do trato urinário	56	21,13
Tabagismo	40	15,09
Ruptura prematura das membranas	24	9,06
Pré-eclampsia	23	8,68
Ameaça de aborto	20	7,55
Leucorréia	18	6,79
Doenças sexualmente transmissíveis	17	6,41
Sangramento vaginal	16	6,04
Hipertensão arterial sistêmica	13	4,90
Trabalho de parto prematuro	09	3,40
Anemia	08	3,02
Deslocamento prévio da placenta	05	1,89
Outros	16	6,04
TOTAL	**265**	**100,00**

O tabagismo foi encontrado em 40 registros (15,09%); a ruptura prematura das membranas em 24 (9,06%); a pré-eclampsia em 23 (8,68%); a ameaça de aborto em 20 casos (7,55%); a leucorréia em 18 casos (6,79%); as doenças sexualmente transmissíveis em 17 (6,41%); o sangramento vaginal em 16 casos (6,04%); a hipertensão arterial sistêmica em 13 casos (4,90%); o trabalho de parto prematuro em 9 casos (3,40%); a anemia em 8 (3,02%) e o deslocamento prévio da placenta em 5 dos registros (1,89%).

Intercorrências como quedas, eclâmpsia, infecção uterina, dores abdominais, ingestão de abortivos, diabete gestacional, uso de maconha, oligoidrâmnio, toxoplasmose, caxumba, rubéola e incompetência istmo cervical num total de 16 casos (6,04%), foram agrupadas como outros.

Conclusões

A questão da sexualidade do adolescente, ainda pouco debatida pela sociedade, tem levado a situações indesejáveis, como a gravidez e multiparidade precoce. Os dados obtidos neste trabalho revelam altos percentuais de abortos (135/1906 - 7,62%), de partos em adolescentes (1771/8792 - 20,14%), de cesarianas (406/1771 - 22,92%) e de jovens que não realizaram pré-natal (395/1771 - 22,30%).

As intercorrências relacionadas com a mãe alcançaram o percentual de 14,96%, sendo as infecções do trato urinário e o tabagismo, as mais importantes. Quanto aos recém-nascidos, a presença de mecônio no líquido amniótico apresentou-se com maior freqüência. Do total de recém-nascidos, 19,20% nasceram com Apgar igual ou menor que sete e apenas 7,79% nasceram com peso igual ou menor que 2500 gramas.

A gestação na adolescência é um problema complexo para as famílias envolvidas, para os profissionais de saúde, educadores, governo e para os próprios adolescentes. Os adolescentes brasileiros necessitam da atenção dos diversos setores governamentais e não governamentais, num esforço conjunto com a sociedade para assegurar condições de atendimento adequado às suas características.

Em razão da gestação na adolescência ser um problema multifacetado, demanda soluções multidimensionais, envolvendo diferentes profissionais para uma ação conjunta. São imprescindíveis o estímulo a programas de prevenção tanto da gravidez, dando particular atenção às adolescentes com alto risco de se tornarem grávidas, quanto de programas inovadores que incluam todos os adolescentes e suas famílias.

As instituições de ensino, nos diversos níveis e áreas, devem incluir em seus currículos, conteúdos que dêem suporte técnico e psico-social para atender o adolescente e promover estudos e pesquisas multicêntricas específicas sobre o assunto.

Whaley e Wong (1999) consideram que a responsabilidade de fornecer educação sobre sexualidade tem sido assumida por pais, escolas, igrejas, profissionais de saúde, em especial pelos enfermeiros. O público geralmente percebe o pessoal de enfermagem como profissionais capazes e disponíveis, que mantém encontros freqüentes com jovens, necessitando portanto de melhor se instrumentalizar para assumir seu compromisso com a promoção à saúde desta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO, P.P. Gestação na adolescência. **J. Bras. Ginec**., Rio de Janeiro, v.91, n. 6, p. 439-42, nov./dez. 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao pré-natal**: normas e manuais técnicos. 2. ed. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil**. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Programa saúde do adolescente**: bases programáticas. Brasília, 1989.

_____. PNDS. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996**. Rio de Janeiro, 1997.

CABRAL, A.C.V., PESSOA, R.A.L. **Gravidez na adolescência**. Belo Horizonte: Coop. Ed. Cultura Médica, 1988. p. 319-21.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Pregnancy, sexually transmitted diseases, and related risk bahaviors among US adolescents**. Atlanta, 1994.

CLOHERTY, J.P.A.R. **Stark**: manual de assistência ao recém-nascido. : Manole, 1982.

HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo : Roca, 1993.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (Goiás). Epidemia das cesarianas. **Jornal do CREMEGO**, Goiânia, fev./mar. 1998.

KINSMAN, S.B. et al. Early sexual initiation: the role of peer norms. **Pediatrics**, v. 102, n. 5, p.1185-92, nov. 1998.

LEONE, C.R., TRONCHIN, D.M.R **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo : Atheneu, 1996.

MARTINS, A.A. A enfermagem como prática social. **R.Bras.Enferm**., Brasília, v. 40. n. 2/3, p. 132-43, abr./set. 1987.

LUZ, Anna Maria Hecker, MENDES, Sandra Maria de Abreu, AGOSTINI, Sonia Maria Motink. Gravidez na adolescência : atuação da enfermeira. **R. Bras. Enferm**., Brasília, v. 36, n. 1, p. 3-12, jan./mar. 1983.

MIURA, E. et al. **Neonatologia**: princípios e prática. Porto Alegre : Artes Médicas, 1991.

OMRAM, A.R. **Fecundidad y salud**: la experiência latino americana. Washington: OPS/OMS, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Necessidades de salud de los adolescentes**. Genebra, 1997.

SIGAUD, C.H. de S., VERÍSSIMO, M.D.L.O.R. **Enfermagem pediátrica**: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo: EPU, 1996.

RAMOS, F.R.S. A enfermagem e o adolescente brasileiro. **Informativo ABEn**, Brasília ano 41, n. 2, p. 4, abr./jun. 1999.

VITIELLO, **N. Reprodução e sexualidade**: um manual para educadores. São Paulo: CEICH, 1994.

WHALEY, L.F., WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica** : elementos essenciais á intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1999.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DE ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DA CIDADE DO RECIFE

Adriana Paula Leocádio Soares Cavalcanti[1]
Ana Paula Zeni[1]
Elizângela Brito Pinheiro[1]
Fabiana Patrícia Leocádio Soares Pessoa[1]
Edilene Maria da Silva Barbosa[2]

Introdução

"A adolescência se caracteriza por uma transição gradativa de um organismo infantil para um organismo adulto com reflexos somáticos e psíquicos, principalmente aqueles que dizem respeito à esfera sexual." (Lima, 1985, p.477)

Para Erikson apud Adamo (1976, p.156) "a adolescência constitui um período de 'moratória psicossocial' por ser uma época na qual o jovem se sente livre para experimentar papéis e estilos de vida adulta", tais como: o uso de drogas, bebidas alcoólicas, cigarros, iniciação da relação sexual, bem como o desenvolver de uma gestação, enquanto se completa a definição da identidade do EU a qual se subordina a identificações infantis.

Assim, a gravidez na adolescência é resultante de um conjunto de fatores estruturais da sociedade. Dentre estes estão os culturais, econômicos e sociais. Portanto, ela desencadeia uma crise sistêmica caracterizada por um período temporário de desorganização, precipitado por mudanças internas ou externas. Tanto a adolescência quanto a gravidez são crises, sendo a primeira necessária e imprescindível para o desenvolvimento do indivíduo como ser humano, enquanto a segunda, pode ser desestruturante, pois pode apresentar pesada carga emocional, física e social, fazendo com que não sejam vivenciados importantes estágios de maturação psicossexual, além de ser identificada como um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil.

Atualmente, essas crises não mais se configuram em tragédias sociais, e sim em problemas tanto para as famílias quanto para as adolescentes, por causa do aborto, do casamento e de todos os valores sociais que os cercam, tais como: implicações financeiras e morais, desejos frustrados com relação aos filhos, novas responsabilidades, entre outras.

Dessa forma, na adolescência, a gestação é quase sempre uma desagradável surpresa, onde a vergonha e o terror ocasionam a negação e a ocultação da gravidez, de maneira que a adolescente grávida não receba uma assistência médica adequada nesse período, levando à incidência aumentada

---

[1] Alunas do 8º semestre de Graduação da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco, Recife – PE.

[2] Orientadora do estudo. Enfermeira do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM). Docente da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco, Recife – PE.

de patologias para ambas as partes. “Os fatores sócio-econômicos implicados no problema da adolescente grávida, que ocasiona o abandono definitivo da escola em 90% das vezes, fará com que esta mãe não esteja preparada para enfrentar e conquistar um lugar adequado e bem remunerado no mundo adulto.” (Lima, 1985, p.478)

Quando analisamos os possíveis fatores etiológicos ligados ao incremento das gestações nessa faixa etária, podemos perceber a complexidade desses fatores, pois os mesmos apontam para a existência de uma enorme “rede multicausal” tornando, assim, os adolescentes vulneráveis a essa situação.

Historicamente, a idade média da menarca dos adolescentes vem apresentando uma tendência de queda diminuindo cerca de 4 meses a cada década, encontrando-se, atualmente, na faixa de 12,5 a 13 anos, em seguimentos populacionais economicamente desenvolvidos. Ao lado da ocorrência mais cedo da menarca, as adolescentes têm tido sua iniciação sexual cada vez mais jovens. Mc Amarney apud Santos Junior (1999), coloca que essa evolução tem sido apontada, na medida em que ela passa a ser associada à mudança do comportamento sexual dos adolescentes, tendo como principal conseqüência a gravidez na adolescência.

A família, principalmente na figura dos pais, poderia discutir e orientar seus filhos com relação às dúvidas, angústias, tabus e preconceitos tão freqüentes, nessa etapa da vida. A maioria das adolescentes colocam que seus pais têm dificuldade de discutir esses temas em casa. O atual modo de vida da família não propicia que os pais fiquem muito tempo com os filhos, o que pode levar ao distanciamento nessas relações, desde a infância. A tentativa de resgate, quando acontece, se dá na adolescência, quando surgem evidências de que algo de “anormal” está ocorrendo com a filha. Outro fato que dificulta a convivência familiar é o processo de modernização das sociedades urbanas. Os adolescentes incorporam mais rapidamente as novas tecnologias, os novos valores sociais e culturais, muito diferentes dos valores dos pais, o que favorece o distanciamento e até a separação precoce da família (Santos Júnior, 1999).

Um dos locais onde poderíamos ter uma abordagem ampla e adequada a respeito da sexualidade e métodos contraceptivos, é a escola. Contudo, observa-se que grande parte dos professores são mal preparados para conduzir essa discussão e acabam por ter condutas discriminatórias, geralmente tentando excluir das salas de aula as meninas gestantes, com o intuito de não servirem de “mau exemplo” às outras colegas. Muitas adolescentes abandonam a escola devido à gravidez, sendo que poucas retornam aos estudos. Dentre as que continuam estudando, a maioria está cursando séries atrasadas em relação à idade cronológica.

Ter acesso ao método contraceptivo eleito, para o uso de forma regular, é uma das características mais importantes da estruturação de um sistema de planejamento familiar; muitas vezes, o método contraceptivo pode estar disponível, mas o adolescente não sabe como usá-lo corretamente (Santos Júnior, 1999). Para Takiuti (1997), ao nível consciente a adolescente pode até citar vantagens e desvantagens de cada método, mas por falta de maturidade emocional, pelo sentimento de culpa em relação a sua sexualidade ativa e por uma série de imagens que produzem medo nas adolescentes (faz mal à saúde, engorda, produz câncer, deixa estéril), a utilização de muitos métodos contraceptivos se torna complicada, ameaçando à disposição para assumir qualquer um que seja.

O pensamento mágico é inerente ao desenvolvimento psicológico do adolescente. Corresponde à idéia preconcebida de que nada de ruim poderá acontecer consigo, independente das ações praticadas.

Domingues apud Santos Júnior (1999, p.228) constatou que “nas meninas grávidas, pelo fato do bebê ainda não ter nascido, encontrava-se uma dupla visão do que viria a ocorrer com seus projetos, acreditando que iriam conseguir concretizar seus sonhos, outras já começavam a desistir deles”.

A relevância dessa pesquisa está atrelada à formação acadêmica dos enfermeiros na área da adolescência, no que se refere ao fato de fornecer uma atenção especial à adolescente grávida e que certamente contribuirá para uma melhoria na qualidade da assistência.

Objetivos

- Identificar os aspectos psíquicos que influenciam a evolução de uma gestação na adolescência;
- Averiguar cronologicamente a iniciação sexual da clientela;
- Contribuir para a formação do perfil social em adolescentes grávidas atendidas no CISAM;
- Identificar indicadores que permitam avaliar a eficácia dos serviços de saúde para a adolescente.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem quali-quantitativa, desenvolvido no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) - Setor de Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) no período de 14 a 22 de fevereiro de 2000. A escolha dessa instituição deveu-se ao fato de ser um hospital escola, especializado na assistência materno-infantil, a nível ambulatorial e hospitalar, tanto no âmbito curativo quanto preventivo, por atender uma grande demanda, sendo referência do Estado de Pernambuco. O PROSAD-CISAM abrange uma clientela semanal em torno de 80 adolescentes gestantes, sendo 62% do montante para Consulta de Enfermagem no Pré-Natal e o restante para o Pré-Natal Médico. Do total de atendimentos, 8% se enquadram no Pré-Natal de Alto Risco, sendo a consulta efetuada pelo médico. Dessa forma, a amostra desse estudo constituiu-se de 50 adolescentes gestantes, as quais faziam parte do Programa de Pré-Natal de Baixo Risco.

As gestantes adolescentes foram abordadas na sala de espera do serviço, enquanto aguardavam a Consulta de Enfermagem ou Médica. As mesmas foram informadas dos objetivos da pesquisa, bem como da sua importância, havendo recusa de poucas (cerca de 10) a participar, alegando desinteresse ou falta de tempo, sendo suas opiniões respeitadas. Após ter obtido o consentimento verbal em participar da pesquisa as gestantes adolescentes responderam a uma entrevista direta, realizada pelas autoras desse trabalho.

Como instrumento para coleta e registro dos dados foi desenvolvido um questionário, constituindo-se de questões abertas e fechadas, elaborado pelas autoras desse trabalho. O instrumento apresenta dados referentes a caracterização da amostra, aspectos sociais, psíquicos e sexuais.

Os dados obtidos foram analisados de forma quanti-qualitativa dentro de uma abordagem dialética que pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos, que advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com a diferenciação com que os problemas e/ou objetos sociais se apresentam (Deslandes, 1994).

Análise dos Dados

No levantamento realizado, foi identificado que a maior parte da clientela reside na área de abrangência do Distrito Sanitário II da cidade do Recife.

Tabela 1 – Demonstrativo de adolescentes gestantes relacionado a menarca, início da atividade sexual, número de parceiros, número de gestações, segundo a faixa etária.

Idade	Nº	%	Menarca Nº	%	Início da atividade sexual		Número de parceiros 01 - 02 Nº	%	03 - 05 Nº	%	ñ lembra Nº	%	Número de gestações G1	G2	G3	Ab
11 – 13ª	03	6	03	6	11	22%	02	4	-	-	-	-	02	-	-	-
14 – 16ª	04	28	35	70	31	62%	11	22	03	6	01	2	14	01	04	01
17 – 19ª	33	66	10	20	08	16%	24	48	09	18	-	-	20	09	-	07
Não sabe	-	-	02	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	50	100	50	100	50	100	37	74	12	24	01	2	36	10	04	08

Fonte: dados primários

Em relação aos fatores apresentados na tabela acima, verificou-se que 66% das adolescentes gestantes atendidas no PROSAD-CISAM enquadravam-se na faixa etária entre 17 e 19 anos, 62% tiveram a primeira relação sexual dos 14 aos 16 anos e identificou-se que apenas 03 nessa faixa etária relataram ter de 03 a 05 parceiros sexuais; no entanto, 09 das adolescentes gestantes entre 17 e 19 anos referiram ter de 03 a 05 parceiros, demonstrando que com o amadurecimento da vida sexual evidencia-se aumento no número desses parceiros. Pode-se ainda ser constatado que o início da atividade sexual corresponde a aproximadamente 02 anos após a ocorrência da menarca.

Tabelas 02, 03, 04, 05 e 06 – Demonstrativo de adolescentes gestantes quanto ao grau de instrução, profissão, conhecimento e utilização de métodos anticoncepcionais e ainda, conhecimento de gravidez perante o ato sexual.

Grau de Instrução			Profissão			Conhecimento dos métodos contraceptivos			Uso de método contraceptivo			Ciência de gravidez ao ato sexual		
1º G. Comp.	-	-	Estudante	16	32%	Sim	49	98%	Sim	40	80%	Sim	48	96%
1º G. Incomp.	17	34%	Dona de casa	29	58%	Não	01	2%	Não	10	20%	Não	02	4%
2º G. Comp.	03	6%	Doméstica	04	8%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2º G. Incomp.	08	16%	Outros	01	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3º G. Comp.	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Abandono	22	44%		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	50	100%		50	100%	-	50	100%	-	50	100%	-	50	100%

Fonte: dados primários

Verificou-se alto índice (44%) de abandono escolar por parte das adolescentes gestantes questionadas; 58% destas são donas de casa e 96% do total relataram ter conhecimento da possibilidade de gravidez perante a relação sexual sendo a maioria conhecedora de algum método contraceptivo, 20% não faz uso dos mesmos.

Tabelas 07, 08, 09, 10 e 11 – Demonstrativo de adolescentes gestantes investigadas quanto ao estado civil, conhecimento do parceiro sobre a gestação, reação do parceiro ao ter conhecimento da gestação, existência de planos futuros por parte do parceiro e idade do parceiro.

Estado Civil			**Ciência do parceiro à gestação**			**Relação do parceiro ao ter ciência da gestação**			**Planos futuros do parceiro**			**Idade do parceiro**		
	Nº	**%**		**Nº**	**%**		**Nº**	**%**		**Nº**	**%**		**Nº**	**%**
Casada	03	6	Sim	50	100	gostou	40	80	Sim	43	86	17-19a.	17	34
Solteira	47	94	Não	-	-	Não gostou	10	20	Não	07	14	20-22a.	21	42
												23-25a.	09	18
												26-28a.	01	2
												>29a.	02	4
Total	50	100		50	100		50	100		50	100		50	100

Fonte: dados primários

Observou-se que 94% eram solteiras, 100% das adolescentes gestantes informaram que o parceiro tinha conhecimento da paternidade. Destes, 80% apresentaram reação de satisfação ao ter conhecimento da gestação e 86% do total das questionadas relataram que o parceiro possui planos para o futuro. Constata-se ainda que as mesmas relacionavam-se com homens adultos (acima de 20 anos), e de acordo com as informações obtidas pôde-se ainda perceber que aquelas que relacionavam-se com homens adolescentes apresentavam certa insegurança perante a relação dos mesmos, isto devido a ausência de planos para o futuro por parte do parceiro, levando-as a desejar o aborto.

Tabelas 12, 13, 14 e 15 – Demonstrativo de adolescentes gestantes investigadas quanto a renda familiar, mudança nos hábitos alimentares, freqüência ao pré-natal e entendimento das explicações do pré-natal.

Renda Familiar			**Mudança alimentar**			**Freqüência ao pré-natal**			**Entendimento das explicações do pré-natal**		
< 1 sal.	22	44%	Sim	36	72%	Sim	24	48%	Sim	17	34%
2 - 3 sal.	24	48%	Não	14	28%	Não	-	-	Não	-	-
4 - 5 sal.	01	2%				1ª consulta	26	52%	Às vezes	07	14%
> 6 sal.	01	2%							1ª consulta	26	52%
Não sabe	02	4%									
Total	50	100%		50	100%		50	100%		50	100%

Fonte: dados primários

Devido ao desconforto próprio da gravidez, especialmente presente no primeiro trimestre gestacional, grande parte das gestantes apresentam mudança nos hábitos alimentares. Isto se percebe nas seguintes frases:

... porque tudo que como boto para fora e me dá vontade de comer de novo.

.... enjoei chocolate

... deixei de comer galinha"

A gestação por si só, já favorece a mudança nos hábitos alimentares, ademais evidenciamos que essa mudança se deu de forma a favorecer o estado nutricional dessa gestante, caracterizando a eficiência das orientações dietéticas fornecidas na consulta de Pré-Natal.

Comia muita besteira, e agora como verdura, feijão, arroz, suco de laranja com beterraba e cenoura

Como mais frutas, mais verduras, tomo mais líquidos

Aumentei a alimentação, estou tomando sustagen (...) uma alimentação mais forte.

Em relação à reação da família ao ter ciência da gestação da adolescente, observamos que as respostas citadas indica-nos uma relação familiar já esperada pela adolescente, caracterizada pelo ambiente harmonioso no qual se habita, bem como uma relação interpessoal estabelecida ou não; além de fatores sócio-econômicos e culturais influenciando tais reações.

a minha mãe aceitou bem, só quem não aceitou foi minha avó, ela disse que eu não fosse mais na casa dela.

... escrachou, deu um baile, soltou piada, criticaram muito (...) mas tudo bem.

Ficou desesperada.

não gostaram, queriam que eu tirasse.

... ficou assustada.

Gostaram...

Tabela 16 – Demonstrativo de adolescentes gestantes relacionando aceitação do próprio corpo, desejo de engravidar, casar e abortar segundo o sentimento sobre a própria gravidez.

Sentimento sobre a própria gravidez			**Aceitação do próprio corpo**			**Desejo de engravidar**			**Desejo de casamento**			**Desejo de abortar**		
	Nº	**%**		**Nº**	**%**		**Nº**	**%**		**Nº**	**%**		**Nº**	**%**
Felicidade	28	46	Mais bonito	16	32	Sim	27	54	Sim	36	72	Não	36	72
Arrependimento	11	22	Mais feio	26	52	Não	23	46	Não	14	48	Sim	14	48
Vergonha /Medo	9	18	Não pensou	8	16									
Outros	2	4												
Total	50	100		50	100		50	100		50	100		50	100

Fonte: dados primários

Quanto aos sentimentos referidos em relação a própria gravidez, aceitação do corpo gravídico e os desejos de engravidar e casar foi facilmente identificado a relação direta entre esses itens. Aquelas que se diziam felizes também diziam que seu corpo estava bonito e que queriam engravidar e casar. As outras que revelaram arrependimento, vergonha/medo afirmaram que seu corpo estava feio, referiram o não desejo de engravidar e de casar, além de já terem pensado em aborto.

Considerações Finais

Este estudo permitiu-nos as seguintes conclusões:

· no que se refere a qualidade da assistência prestada, a linguagem utilizada pelos profissionais, bem como o excesso ou o número reduzido de informações prejudica o entendimento das explicações recebidas no pré-natal pelo adolescente (tabela 15). Isto também foi identificado no que se refere aos desconfortos da gravidez e mudanças nos hábitos alimentares, além da utilização incorreta dos métodos contraceptivos. Com relação às gestantes adolescentes que informaram não ter modificado sua alimentação, observamos que a maior parte destas sobreviviam com renda familiar de até 03 salários mínimos, o que possivelmente nos faz acreditar que os gastos com alimentação eram mínimos em termos de quantidade e qualidade.

· no que diz respeito a reação familiar, fatores percebidos nos relatos como a frase: *"Eles ficaram normal"* foi interpretado como uma reação de indiferença, já que "normal" poderia ser o comportamento da família esperado pela adolescente ou pareceram não se incomodar com a gravidez. Do ponto de vista cultural, por ser mulher, por ser filha de mãe que gestou na adolescência ou por ter outros casos de gravidez adolescente no seu convívio familiar e social.

Dessa forma, este trabalho contribuiu para ampliar o universo de conhecimento do corpo discente, principalmente por se tratar de uma situação na qual ele está próximo, que é o entendimento do exercício da sexualidade na adolescência; além de proporcionar a formação de uma mentalidade científica presidida por valores éticos e critérios técnicos, favorecendo ao acadêmico o despertar para uma produção científica, bem como à vocação para pesquisa; revelando ainda, a importância da pesquisa para os serviços e profissionais da área de saúde e principalmente, à sociedade.

Finalmente, podemos dizer que as taxas de fecundidade crescentes da mulher adolescente são um desafio que merece uma preocupação maior, uma reflexão contínua, já que a gravidez na adolescência, de um modo geral, é enfrentada com muita dificuldade. Dessa forma, com o presente trabalho buscamos compreender a complexidade de ser gestante e adolescente ao mesmo tempo em nossa época; melhor dizendo, viver as duas crises em um só momento, necessitando de assistência de profissionais sensíveis, preparados, desprovidos de conceitos pré-estabelecidos e, antes de tudo, com empenho e desejo de contribuir para a melhoria da saúde do adolescente brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMO, Fabio Antonio. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. p. 149-54.

CARIDADE, Amparo. O adolescente e a sexualidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento.** Brasília, 1999. v. 1, p. 206-12.

DESLANDES, Suely Ferreira et al. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 24-5.

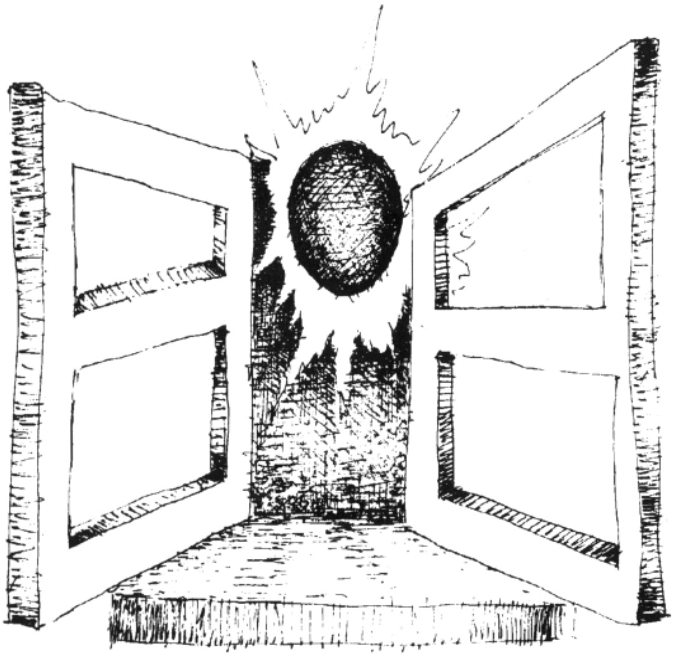
LIMA, Cesar Pereira et al. Gestação na adolescência. **Acta Médica – HUP**, p. 477-90, 1985.

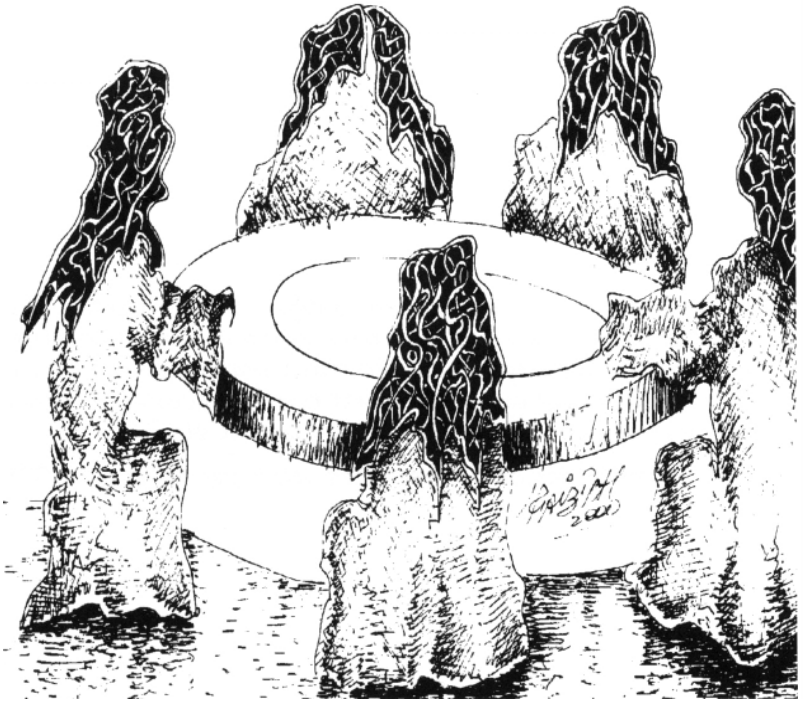
SANTOS JÚNIOR, José Domingues dos. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento.** Brasília, 1999. v.1, p. 223-29.

TAKIUTI, Albertina Duarte. **Introdução:** a gravidez na adolescência hoje. 4p. Texto xerografado.

PARTE 3

UM ENCONTRO QUE CRIA POSSIBILIDADES DE ACOLHER O ADOLESCER





Em todos os serviços de saúde se encontram trabalhadores de enfermagem. Em todos os lugares e tempos se encontram adolescentes. Este é um encontro inevitável! Este pode ser um encontro de descoberta... As inquietações dão lugar a experiências práticas que desenham novas possibilidades de ação e reflexão. Os processos criativos que marcam os encontros entre enfermeiros e adolescentes brasileiros revelam-se como potenciais no sentido de agir no mundo para reinventá-lo.

Isto é Encontrar. Isto é Acolher!

"Há muito que aprender com o adolescente. Ele é muito sábio. Ele arde na explosão do sexo. E isto lhe confere uma sabedoria imensa, aquela genuína, que vem de uma inabalável vontade de viver. Há muito o que ensinar para o adolescente. Ele não sabe que sabe. É preciso dizer isto a ele."

Confissões de adolescentes. (Mariana, M. et. al, 1992).

O CUIDADO COM A QUALIDADE DE VIDA DOS ADOLESCENTES: UM MOVIMENTO ÉTICO E ESTÉTICO DE "KOANS E TRICKSTERS[1]"

Zuleica Maria Patrício[2]

Como!!? 'Trabalhar com adolescente'? Impossível! Adolescente é uma especialidade! O trabalho final de prática assistencial deve ser com população que o aluno estudou na graduação.

Imagine minha expressão de espanto ao ouvir essa afirmação de uma colega docente, não tenho bem certeza se 1984 ou 1985, quando comuniquei, toda faceira, que iria orientar um grupo de alunas graduandas no projeto de conclusão de curso, e os sujeitos desse estudo eram adolescentes.

Aquela impaciência, que geralmente costuma me invadir nessas situações, não me permitiu naquele instante entender[3]. Parecia tão simples a proposta dos alunos: "Eles só querem trabalhar com adolescentes!

Como conceber que o graduando não possa fazer seu trabalho final com adolescentes? 'Especialidade'? Por que!? Adolescente todos nós adultos já fomos e muitos de nós têm adolescentes em casa, sejam nossos próprios filhos, filhos de parentes ou de amigos!! Praticamente todos nós, direta ou indiretamente, vivenciamos situações de saúde-doença envolvendo jovens. E os problemas de saúde deles estão ficando cada dia mais complexos!? Como conceber que profissionais da saúde, especialmente da enfermagem, não participem de processos de ensino-aprendizagem acerca da saúde dessa população? Como a Enfermagem que estuda pediatria, que tem discurso de promoção da saúde, de ajudar as famílias a conviver saudável e que deseja espaço na saúde do escolar e nos programas de prevenção de DST[4] , vai conseguir dar conta de tudo isso se não aprender o cuidado com o ser adolescente? Afinal, em princípio, toda a criança não é potencialmente um adolescente e também um adulto com possibilidades de vir a gerar um adolescente?

---

[1] Um koan é um paradoxo, mas que, para ser explicado, exige de nós estudos e reflexões que vão além do pensamento linear e da lógica no qual se concretizam. Em suma: koans são fenômenos complexos difíceis de explicar por paradigmas cartesianos e mecanicistas. Tricksters são pessoas criativas que tomam atitudes que acabam por quebrar regras, mas cujos resultados influenciam e geram mudanças sociais para o coletivo. Geralmente são pessoas que enxergam diferente e que costumam incomodar dirigentes. Sugiro, para melhor compreensão, ler sobre Teoria do Caos (Lorenz, 1996).

[2] Enfermeira. Doutora. Docente dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e UPF-RS e dos Programas de Pós-Graduação de Engenharia de Produção e Administração da UFSC. Coordenadora do TRANSCRIAR-UFSC: Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver e Ser Saudável.

[3] Para minha alegria e saúde, e também dos colegas que trabalham comigo, esses ataques de impaciência costumam se transformar em "ansiedade mobilizadora", o que tem gerado muitos estudos participantes.

[4] A questão da AIDS só começa a ser evidenciada, fora dos clientes de "risco", em 1986. Neste ano, já por transgressão de algumas normas que sinalizavam somente para o ensino da saúde da criança no hospital, criamos, dentro de uma programação de graduação o Projeto Saúde do Escolar-Família (Patrício; Athayde, 1986). Caracterizou-se, no início, por desenvolver atividades de educação em saúde geral com crianças de 7 a 9 anos de idade. No final de 1987, a pedido da Escola onde se desenvolvia o referido Programa, iniciamos atividades sistemáticas de educação em saúde com adolescentes, partindo de suas expectativas. Neste mesmo ano, todo esse Projeto foi estendido às famílias dessas crianças e adolescentes e, posteriormente, à toda a Comunidade onde residiam.

A colega professora, tinha razão. Você que agora começa a entrar no mundo da Enfermagem, ou que há pouco tempo estuda acerca da saúde do adolescente, saiba que até o início da década de noventa o cuidado com o adolescente, inclusive em outras áreas de conhecimento, era restrito a programas de saúde especializados. Na graduação, a adolescência era citada como uma fase do processo de crescimento e desenvolvimento, até porque para estudar o adulto era preciso "passar" por essa faixa etária. E, se você for investigar esse lado da história e comparar com a realidade atual, perceberá que a atenção ao adolescente ainda é mínima nos currículos das áreas da saúde, especialmente da Enfermagem e da Medicina.

O adolescente foi, e ainda é, bastante marginalizado, especialmente no que se refere a atenção direta, posto que teorizações acerca de adolescência temos muitas. E, quando a adolescência é focalizada, geralmente é para ressaltar os problemas e as doenças advindas da vivência da mesma. São poucas as discussões, que se encontram na literatura, acerca do processo de viver saudável e da beleza dessa fase da vida, mesmo com todos os problemas que possam emergir.

Quando questionamos os adultos do porquê desse fenômeno, encontramos respostas que focalizam razões centradas: na "dificuldade de se trabalhar com essa criatura"; que adolescente "é uma criatura insuportável", "um aborrescente!".

A questão é que essa "criatura" mexe conosco. Mexe com nossa rotina, com nossa linearidade; com nossas antigas verdades de viver para o trabalho, em sacrifícios, desconsiderando os prazeres da vida... Aliás, ainda existem pessoas que associam prazer a sexo, e se para elas sexo significa sujeira, pecado, o adolescente pode representar um "pervertido".

Na verdade, conviver com adolescentes que, literalmente, interagem com o mundo, costuma provocar descontinuidade em nossas normas, em nossos valores e crenças. Isso nos incomoda! É claro! É bem mais fácil viver com tudo controlado, firme. E aí, quando aparece uma criatura que parece querer virar tudo de ponta-cabeça, mexe com nossas seguranças e nos desestabiliza.

No olhar da saúde, viver a adolescência representa, também, riscos de situações biológico-sociais que, como você sabe, até então, como crianças, não seriam possíveis de ocorrer.

Essa situação é tão mas significativa se o adulto envolvido não compreende essas "alterações de conduta", se ainda está embriagado por preconceitos negativos em relação a essência do ser adolescente, especialmente se não contar com recursos de toda ordem, que lhe subsidie a conviver com esse jovem de maneira mais saudável.

A situação de bem viver ou de mal viver, gerada por essa realidade, vai depender de nossa resposta a esse ser que se expressa; a esse ser que se mostra em construção diferente daquela que havíamos imaginado e até, quem sabe, planejado.

Adolescer é um ritual de passagem. Em nossa cultura esse fenômeno, posto que é biológico-social (e se assim, é dinâmico e impreciso) e que ainda não aprendemos a lidar com ele, costuma desencadear situações limitantes ao processo de viver saudável do próprio adolescente e das demais pessoas envolvidas. Além disso, para "suplício" de alguns adultos, essa passagem em nossa sociedade tem se prolongado por mais tempo, seja porque a puberdade tem iniciado mais cedo, seja porque o jovem, em razão da formação escolar mais longa, permanece mais tempo na dependência financeira dos pais, o que tende a favorecer a situação "adolescência".

A representação social[5] da adolescência, que ainda impera em nossa sociedade, costuma caracterizar a figura do adolescente, em graus variados, como um ser questionador, impaciente, "do contra", irreverente, rebelde, com inconstância de humor, expressando depressão e euforia num mesmo período. Esse ser, geralmente, carrega o estigma de provocador de conflitos com adultos, pois costuma gerar situações dessa natureza quando transgride normas pré-estabelecidas por estes.

Associando essa imagem às figuras arquetípicas[6] de Jung, abordadas com tanta propriedade por Nichols (1991), o adolescente pode ser comparado àquele louco, andante, viajante, que sai por aí perturbando, não raro, a ordem estabelecida com suas travessuras e mexendo com nossas limitações.

Segundo Jung, esse jovem é um salvador em potencial. Um delicioso jovem parecendo um andrógino, combinando qualidades femininas com masculinas numa mistura feliz. Tem a cabeça envolta em sonhos nebulosos de um mundo perfeito, livre de todo o infortúnio e seu coração anseia por amores e aventuras. Parece tão ingênuo como Parsifal, aquele personagem do Mito do Santo Graal[7].

Essas características de jovem podem gerar conflitos entre a natureza e a cultura. Como é sabido, diz Jung, o processo cultural consiste na repressão progressiva do que há de animal no homem; é um processo de domesticação que não pode ser levado a efeito sem que, de uma forma ou de outra, se insurja a natureza animal sedenta de liberdade.

Mas, há representações da adolescência que diferem desse senso comum. Temos, em nossas atividades junto a famílias, comunidades e grupos de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, encontrado representações acerca de adolescentes caracterizando-os como "normais". Tanto em famílias de classe média quanto de periferia, encontramos depoimentos acerca das modificações da fase de criança para adolescente, mas apenas na dimensão biológica, por conta da puberdade, e quase nada de modificações de humor e repercussões psico-sociais a ponto de causar conflito entre adultos e jovens.

Tirando as questões particulares relativas ao amadurecimento, próprias de cada ser, algumas perguntas emergem nessa situação: "Será que não houve conflito pois não houve descontinuidade cultural durante esse processo de adolescer?" Ou, "Será que os adultos em questão participaram cuidando do processo de evolução da "criatura"? "Qual é a qualidade do contexto em que é vivido o processo de

---

[5] Entendo "Representação social", a partir de Jodelet (1984), como uma maneira de interpretar e de pensar a nossa realidade quotidiana, como uma forma de conhecimento social; como atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e grupos para fixar sua posição em relação a situações, acontecimentos, objetos e comunicações que lhes dizem respeito. A representação não é simples reprodução, mas construção, e comporta na comunicação uma parte de autonomia e de criação individual ou coletiva. Isto implica que há sempre uma parte de atividade de construção e de reconstrução no ato de representação. Mesmo nas representações mais elementares, há todo um processo de elaboração cognitiva e simbólica que toma lugar e vai orientar os comportamentos.

[6] Aprendi o que é arquétipo quando fui procurar em Jung o significado de inconsciente coletivo. Depois disso passei a compreender melhor certas figuras e situações humanas que se costuma encontrar em qualquer lugar que se vá. Arquétipo significa imagens ancestrais que pertencem a humanidade e que fazem parte do inconsciente coletivo. Essas imagens podem manifestar-se em qualquer tempo e lugar.

[7] O Mito do Santo Graal, ou o Mito de Parsifal, como também é conhecido, é um dos mais recentes mitos do homem ocidental. Tem origem em temas antigos, pagãos e cristãos. Tomou forma na Europa entre os Séculos XII e XIII. A história se passa na época do Rei Arthur e sua Távola Redonda. Parsifal é um jovem, um dos vinte e quatro cavaleiros que partem em busca do Santo Graal, o Cálice Sagrado. Analisando a vida de Parsifal, é possível percebê-lo como o protótipo do jovem atual. Em busca de aventuras, de sua individuação. Segundo Jung, toda pessoa tem seu processo de individuação: a pessoa vai se tornando, progressivamente, durante toda a vida, o ser pleno, unificado. Esse processo de individuação envolve a pessoa em problemas psicológicos e espirituais, através dele o ser se reconstrói em momentos de prazer-dor. A meta desse processo que leva ao ser total não é a perfeição, mas sim a plenitude enquanto pessoa (Patrício,1995).

adolescer de nossos jovens e as repercussões em sua saúde"? Como seria o cuidado dessa criatura a ponto de ajudá-la a viver plenamente essa fase, de maneira que fosse saudável para ela e para nós, adultos?

2 – A DESCONTINUIDADE CULTURAL-AFETIVA E A QUALIDADE DA VIDA DO ADOLESCENTE: O Papel da Família e da Sociedade

Margareth Mead nos mostrou através de seu estudo nas Ilhas Samoa, que lá não havia problemas de adolescência semelhantes aos nossos, porque não havia divergências de padrões culturais entre jovens e adultos. Isso vale para qualquer cultura pura. Se formos às nossas tribos (ainda virgens do estupro da civilização branca) lá também não encontramos conflitos entre adultos e jovens que possam gerar os problemas que temos com nossos adolescentes. Lá os padrões se repetem e não são colocados em dúvida.

Agora, imaginemos o dia-a-dia de nossos jovens em casa, junto aos pais, e junto a adultos da escola, da comunidade. Até mesmo aquele jovem do meio rural, saindo da "barra da saia da família" – pelo menos no desejo? Aquele que é exposto, a todo instante, aos estímulos dos diversos meios de comunicação; a diferentes padrões culturais, muitos destes, impostos pelos interesses da globalização.

E se a família, especialmente, e os demais adultos que interagem com esse jovem, não estiverem preparados para esse ser? Esse ser que começa a despertar para outras verdades, para outras crenças, outros valores... Esse ser que começa a questionar acerca de sua identidade; que começa a perceber suas próprias vontades e possibilidades de ser ele mesmo, de inventar, de recriar sua realidade, de ter seus próprios desejos e descobrir seus próprios caminhos... Esse ser que começa a perceber nossas incoerências, o que nos – adultos – discursamos sobre a vida e o que realmente fazemos dela. É claro que a situação é outra!

Em nossa cultura, é a família, especialmente, a responsável pela mediação da construção do ser adolescente. É nela que a criança tem suas necessidades vitais atendidas, pelo menos teoricamente. É na família que a mesma inicia a construção de seus padrões culturais. Se assim for, talvez seja a família um dos primeiros obstáculos que o adolescente precise trabalhar – no sentido de transformar – para conquistar sua própria identidade, sem perder de vista seu caráter coletivo (Patrício, 1990)

Os estudos sistemáticos que tenho feito acerca do ser humano, desde 1987, para construir o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (1995), mostram que todo o ser humano, a princípio, como qualquer ser dessa Terra, é livre. Esse ser, quando vem ao mundo, vem com possibilidades de ser, estar, fazer e ter, necessitando, especialmente na infância e adolescência, da mediação dos adultos para crescer, desenvolver e transcender.

Esse corpo biológico, esse ser, desde seu nascimento se expressa no mundo pelos seus desejos, necessidades, buscas, criações, satisfações, produções, dores e prazeres. Torna-se em nível crescente de complexidade um ser cultural-social e espiritual, através das interações que vai fazendo no processo de viver. É racional e sentimental, pela estimulação dos seus dois hemisférios cerebrais, em graus variados conforme tenha motivado em suas relações com os outros seres. Sendo assim, elabora significados a partir de seu contexto, de sua visão de mundo. Nesse processo se dá a construção de sua consciência, individual e coletiva: suas atitudes éticas e estéticas na vida. É esta consciência e outras possibilidades que irão guiar seus caminhos no processo de viver (Patrício, 1995).

Sendo assim, seu processo de evolução – transformação – se dá de acordo com sua cultura, classe social, sexo e demais características biológico-culturais, podendo ou não integrar uma família. Desenvolve cuidados de saúde, individuais e grupais, durante todo o processo de viver, compreendidos dentro de crenças, valores e práticas construídos no ambiente de sua história de vida (Patrício, 1995).

Ambiente é o contexto, os espaços micro e macro onde o ser humano vive; é a natureza física, energética (natural ou modificada pela cultura-ação), representada pela terra, pelo sol, ar, pela água, lua, pelos seres vegetais, minerais e animais... Sendo assim, o homem também é natureza em sua essência. O ambiente também é o meio sociocultural e energético-afetivo-espiritual, representado por micro-contextos (família, escola, trabalho, lazer, religião, comunidade,...) dinâmicos e inter-relacionados, influenciando-se e influenciando o ambiente maior, representado pelo país, continente, mundo, pelo universo. Esse ambiente é recurso quando oferece ao ser humano as possibilidades – incluindo os direitos – de ele desenvolver suas potencialidades de criar, buscar, aperfeiçoar e manter seus componentes, incluindo tecnológicos, econômicos, educacionais, legais, religiosos e de cuidados de saúde, populares e profissionais. Enfim, todas as dimensões de seu espaço que são essenciais à sua qualidade de vida para viver saudável. O primeiro ambiente do ser humano é o útero materno, nele já começa sua construção de ser social, através das interações de sua mãe (Patrício, 1990;1995).

É nas interações com o ambiente que o ser humano encontra e produz possibilidades de ser feliz, ter prazeres, primitivos ou culturais, incluindo os momentos de "respiradouros"[8] no cotidiano do mundo do trabalho e dos grupos pares, no lazer, no estudos e na vida familiar, por exemplo. Mas também são nesses ambientes que o ser humano encontra e produz limitações para seu bem viver, sejam estas físicas, culturais e afetivas.

Em nossa cultura, essas limitações costumam traduzir-se em situações de desrespeito a cidadania plena, desde aquelas ligadas aos direitos com o próprio corpo e aos deveres com o corpo do outro, até aquelas referentes as dificuldades de dispor de recursos para uma vida digna, para dar conta de atender sua necessidades de sobrevivência e de transcendência, como ter alimentos, incluindo água saudável, moradia, vestuário, educação escolar, cuidados básicos para crescimento e desenvolvimento saudáveis, momentos de lazer, de afeto e de atenção as suas particularidades de desejo, de sonhos, de esperança, de criatividade, como indivíduo e coletivo.

Uma das primeiras limitações que o ser humano encontra no ambiente é a sensação de estar condicionado a regras sociais. Assim, o indivíduo, posto que é ser social, é considerado um ser livre, mas também um ser limitado. Geralmente, em nossa cultura, é a família o primeiro contexto social no qual o ser humano aprende essa qualidade humana de criar ciclo-limites.

A família é uma relação social dinâmica. Durante o seu processo de vida, assume formas, tarefas e sentidos a partir de um sistema de crenças, valores e práticas, estruturados na cultura das gerações que incorpora. Os padrões culturais que a família transfere ao adolescente foram desenvolvidas nas relações sociais que constrói no ambiente, nas trocas de representações (Patrício, 1990;1995). Nesse processo, a família também vivencia situações de limites. Assim como o indivíduo, a família, como

---

[8]O termo "Respiradouro" é emprestado de Maffesoli (1984). São momentos de prazer e felicidade que significam buscas de superação ou mesmo amenização de situações desagradáveis. Beber uma cervejinha, comer um chocolate, ler um livro; assistir uma novela ou outro programa "abobrinha"; ir a uma festa; sair da reunião para tomar um cafezinho, fumar um cigarro; andar na praia; fazer sexo; usar droga pesada e até trabalhar, por exemplo, podem significar possíveis "respiradouros" para quem vive situações que provocam sufocamento, depressão, ansiedade e tensão. O adolescente é "doutor" em criar situações de respiradouros quando se sente pressionado.

unidade humana, tem potencialidades para reagir às influências do ambiente em que vive, podendo ao longo do processo de viver se reestruturar, e buscar desenvolver possibilidades para superar suas limitações e assim colaborar para o desenvolvimento saudável de seus membros e a si próprio como unidade.

Se assim, a família é uma unidade que necessita cuidados de saúde e também é uma unidade prestadora de cuidados de saúde, dentro de padrões socioculturais próprios em interação com o mundo, tendo em vista, também, a individualidade de cada um de seus membros (Patrício, 1990).

Dito isso, é possível conceber que, enquanto contexto físico, sociocultural, espiritual, energético e afetivo, a família tanto pode ser um recurso (possibilidade) para o crescimento e desenvolvimento saudável de seus jovens, como também pode ser uma limitação nesse processo. É limitação, especialmente quando impõe regras e tarefas diferentes do sistema de valores dos seus membros, ou para as quais estes ainda não estejam preparados, e quando restringe a liberdade causando sentimentos de opressão nos mesmos. Também a família é limitação ao jovem, quando esta não lhe possibilita o provimento de recursos, incluindo o cuidado, para o atendimento de suas necessidades de desenvolvimento saudável.

Entretanto, é preciso ressaltar que muitas das limitações da família são impostas pelo ambiente, especificamente, pela sociedade onde se insere, quando lhe impede de viver sua cidadania plena (Patrício, 1990;1995).

Sendo assim, o adolescente, como todo e qualquer ser humano, enquanto pessoa-cidadão, tem possibilidades de viver saudável, ou capacidades de desenvolvê-las, mas é limitado na relação com o mundo, em especial quando está inserido numa família ou numa sociedade que não lhe permita se desenvolver e, principalmente, criar, transcender ao que lhe é imposto. No entanto, o adolescente, como todo e qualquer ser humano, é livre para pensar e é capaz de desenvolver sua liberdade de agir, de buscar, criar e manter recursos para atender suas necessidades de sobrevivência e de transcendência. Suas ações geram uma cultura que orienta novas ações, transformando a si próprio e provocando transformações em outros seres, incluindo possibilidades e limitações a si próprio, ao ambiente natural a aos outros seres humanos. (Patrício, 1990;1995).

Dentro da nossa cultura, é no período da adolescência que se sobressai o movimento de repensar representações, até então restritas, em especial, a valores e crenças oriundas de padrões do seio familiar, da escola e, em nossa sociedade, da mídia. O processo de viver saudável do adolescente – mesmo na presença de conflitos – irá depender de como a família e os demais adultos envolvidos, reagem a esse ser que questiona, que critica, que começa a participar ativamente do mundo; dos recursos disponíveis pela família e comunidade para atender esse ser humano em suas particularidades individuais e coletivas.

Dependendo da qualidade das interações que ocorrem nesse período da vida do adolescente, e de sua capacidade de buscar e dispor de recursos necessários para atender suas necessidades, esse ser humano vai se desenvolvendo mais feliz ou mais infeliz. Vai assim pela vida afora, até conseguir se libertar de certas representações e situações que o limitam de vivenciar sua plenitude (Patrício, 1995).

Como vimos, o fenômeno infância-adolescência, como tudo que é humano, se dá num dado contexto sócio-cultural-afetivo. Sendo assim, para compreendê-lo é preciso conhecer o contexto onde o mesmo se constrói. Vale dizer: para compreender o ser adolescente é preciso conhecer a complexidade da vida. É preciso pensar holístico-ecológico, e estudar os significados dos diversos elementos que se encontram na composição do seu processo de viver, incluindo o momento histórico das conexões com outros contextos (Patrício, 1990;1995).

Portanto, é impossível compreender o adolescente sem se considerar o *background* cultural em que ele vive, da mesma forma que é impossível se entender a cultura sem conhecer os indivíduos que a praticam (Cavalcanti, 1992).

3 – UM CUIDADO MAIS HOLÍSTICO E ECOLÓGICO PARA MEDIAR O PROCESSO DE VIVER SAUDÁVEL DO ADOLESCENTE: Uma Questão de Bioética e Cidadania Plena em Favor da Qualidade de Vida

Pela experiência que temos tido em trabalhos com famílias, bem como com demais adultos de escolas básicas (inclusive de classe média), que vivenciam esse processo, o adolescente perturba especialmente a família e a sociedade por dois grandes motivos: por transgressão de padrões culturais ao querer exercitar, experimentar sua sexualidade com o outro, o que sugere riscos de gravidez indesejada e contaminação por doenças graves; por sua necessidade de convívio com seus pares, levando a formação das tribos e com elas, muitas vezes situações que fogem ao controle dos adultos e que podem gerar danos individuais e coletivos. Especialmente os adultos temem as "más companhias" e as possibilidades de uso de drogas e de práticas delinqüentes, que possam trazer prejuízos ao projeto de vida escolar e de futuro trabalhador (Patrício et al., 1991;1995).

Se você ouvir – escutar – o adolescente, você vai perceber a complexidade da diversidade na simplicidade dos apelos desse ser. Vai se dar conta, também, do quanto não o conhecemos e nem sabemos lidar com ele; do quanto não sabemos cuidar da "formação de seu ser".

A educação de nossos jovens ainda é centrada na formação escolar, nos conteúdos das disciplinas curriculares obrigatórias. Nossas escolas ainda não estão preparadas, com raras exceções, para a construção do **ser** de desejos, de necessidades, de possibilidades e limitações. E mais, não sabemos trabalhar com grupos, com famílias, talvez porque, até há pouco tempo, não olhávamos holisticamente para o nosso cliente: não o percebíamos na sua totalidade, unicidade e diversidade, nem corporalmente; era difícil percebê-lo biológico-cultural-afetivo num dado ambiente, como cidadão de direito e de dever, recebendo e doando, inserido numa história particular, num contexto familiar, comunitário e numa sociedade, também historicamente construída. Assim sendo, era difícil compreendê-lo e, por conseqüência, cuidá-lo com a qualidade necessária.

Uma das nossas pesquisas com adolescentes, residentes em bairros de classe média e de periferia de Florianópolis, mostra um exemplo de nosso ser humano adolescente. Os dados validam o que já havíamos encontrado na literatura estrangeira, acerca da existência de características universais da adolescência e características específicas, dada a cultura onde se constrói esse fenômeno (Patrício, 1992).[9]

A análise das falas desses sujeitos, mostra-nos que as representações do arquétipo do jovem segundo Jung e suas variações, está bem presente em nossa população adolescente.

> *Ser adolescente é saber aproveitar oportunidades; é mostrar suas capacidades e vontade de descobrir coisas novas; época para explorar novas emoções e sentimentos. É o máximo! É gozar das coisas boas da vida sem ter muito com que se preocupar. Adolescência são novas*

---

[9] Os adolescentes, entre 12 a 19 anos, receberam as seguintes questões para responder: "O que é ser adolescente?", "Quais as necessidades do adolescente?" e "Como o adolescente gostaria de ser cuidado?".

experiências, novos conhecimentos e descobertas. É uma verdadeira revolução. O adolescente é uma pessoa que ainda não perdeu a inocência por completo, já tem consciência do mundo, porém acha que pode mudá-lo – por isso é inocente. Ser adolescente é poder formar uma nova geração para não ser igual à geração passada; é viver sem preconceitos ou outras coisas que os adultos se preocupam. É a melhor idade porque é a mistura de criança com adulto. Ser adolescente é poder criar suas próprias experiências, seguir novas tendências, opor-se a idéias absurdas da geração passada, trilhar obscuros caminhos, odiar tesouras e amar cada fio de seus cabelos, nadar, transar na praia, olhar para a lua e saber onde fica o abrigo nuclear mais próximo para se refugiar quando chegar o fim.

Quanto às suas necessidades e de outros adolescentes, praticamente a maioria das respostas envolvia aspectos de liberdade e de justiça social:

Liberdade e amor; vida normal, tranqüila e agitada; ser livre, querer coisas novas, estar na moda; ter liberdade, saúde e carinho da família; ser respeitado, namorar, sair à noite, e, para alguns babacas, usar drogas; oportunidade de trabalho e educação; proteção; aproveitar o tempo, se divertir, praticar esportes; que os pais procurassem nos entender, conversar mais, serem amigos, confiar e não fazer perguntas demais; de qualquer ser humano normal; obedecer as ordens da vida.

Lição maior esses jovens nos dão quando sugerem como gostariam de ser cuidados.

Gostaríamos de ser cuidados não como criança e nem como adulto; com conversas abertas e informativas; com entendimento e menos cobrança; com atenção especial; com direito de expressão; com liberdade e diversão; com respeito e dignidade, amor, carinho; como eu sou no momento, com liberdade; como se fosse o futuro do planeta.

Quando você pergunta aos adolescentes sobre o que gostariam de conversar, você encontra particularidades e muitos interesses comuns. Abaixo apresento alguns exemplos de temas solicitados por jovens de diversas idades para serem reconstruídos, quando em atividades de educação em saúde em nossos projetos de ensino-pesquisa-extensão, incluem: corpo, gravidez, sexo/sexualidade, DST/AIDS, Drogas e conflitos familiares (Patrício, Casa, Loeffler, 1987; Casa e Loeffler, 1988; Patrício et al, 1990; Patrício, 1992; Prando et al, 1993; Patrício; Andrade; Silva, 1994; Teodoro, Silva, 1994; Patrício et al, 1995; Lucca, Sebold, 1995)

Sem dúvida é um desafio lidar com esse ser complexo, nem criança nem adulto; tão dependente e tão independente; tão bonito e tão feio; triste e alegre; doce e agressivo... Um **paradoxo**!? Um **Koan**? Ou um **trickster**?

Colocando de lado as emoções e as lembranças de experiências "aborrecentes" é possível rever nossos discursos: "tão simples! Essa 'criatura' está se descobrindo, está descobrindo o mundo; está querendo colocar suas vontades em ação; está querendo se libertar e se aninhar ao mesmo tempo... Essa 'criatura' está querendo "obedecer as ordens da vida" (Satisfazer necessidades de prazer? Necessidades de felicidade?)[10]. E nós que cuidamos de gente precisamos aprender a trabalhar com essas 'criaturas' ". E se essas criaturas são socialmente construídas, há que se percebê-las num contexto natural e culturalmente construído.

---

[10] Se a você interessa esse tema, sugiro ler o de estudo de Patrício (1995).

Diante de toda essa complexidade, perguntamo-nos: Que qualidade teria que ter o cuidado ao ser humano adolescente que desse conta de auxiliá-lo a viver saudável sua dimensão individual-coletiva nesse mundo em constante mutação? Que cuidado seria este que, tendo em vista o movimento dialético da vida, poderia ajudar o jovem a viver saudável sem lhe castrar a liberdade de buscar ser ele mesmo, de satisfazer suas necessidades de prazer e felicidade individuais, mas sem provocar mal viver no ambiente? Ou seja: que cuidado lhe possibilitaria desenvolver sua criatividade? sua identidade ética e estética num dado ambiente? Que cuidado daria conta de tanta complexidade?

Na literatura que aborda o tema "adolescência", de forma geral, você encontra afirmações dizendo que adolescente é o ser humano que em seu processo de viver está passando por significativas mudanças corporais e psicossociais.

"Adolescência" vem do latim. Significa "crescer para a maturidade". Neste período de vida (geralmente entre 10 e 19 anos), o jovem amadurece em termos sexuais, emocionais. Os jovens também amadurecem intelectualmente, pensam mais e entendem melhor aquilo que os cercam e até criam teorias; começam a questionar mais e a criar de modo diferente das regras estabelecidas; é nessa época que sentem necessidade de se definir, integrar seus próprios modelos, pois até então estiveram mais centrados nos modelos de vida dos outros, como dos pais, professores e artistas."

Em decorrência dessas transformações, a criança-adolescente está sujeita a possíveis mudanças em seu processo de saúde-doença. Por exemplo, a ingestão de álcool e outras drogas costuma manifestar-se nesse período. É na adolescência que outros fenômenos começam a se diferenciar daqueles da infância, como questões de sexualidade e suas conseqüências: gravidez indesejada, situações referentes a aborto, DST/AIDS, abandono escolar e delinqüência que, conseqüentemente, interferirão em sua saúde integral e ambiental.

Ao lado da sexualidade também encontramos situações de sofrimento em razão do uso indevido de drogas e de DST-AIDS. Nos últimos cinco anos, esses dois últimos temas têm se destacado bem mais nas preocupações dos adultos, da casa, da escola e da comunidade em geral, que as questões de gravidez-reprodução na adolescência, como era quando iniciamos nessa convivência com essa população.

Nosso mundo ainda não aprendeu a lidar com esse fenômeno, especialmente por conta de tabus e preconceitos que impedem inclusive de buscar aprender, e por conta de medos e sentimentos de impotência diante do mesmo, oriundos de nossos padrões sócio-culturais, e que, atualmente, são reforçados por razões econômicas.

Nós, adultos, de forma geral, não somos preparados, não temos escola para aprender a cuidar de adolescentes. Aliás, não temos escola nem para aprender a constituir uma família, nem para participar no mundo coletivo, seja natural ou culturalmente construído. E, possivelmente, a maioria de nós não teve a oportunidade de vivenciar a própria adolescência.

É claro que toda essa dificuldade de tratar com adolescente, e tudo o que se assemelha, está centrada no paradigma que baseia nossa sociedade. Como explicar e criar ações saudáveis para uma complexidade da natureza vida, se ainda teimamos em olhar a realidade dentro de lógicas positivistas e preconceituosas e até, posso dizer, medrosas?

---

[11] Sugiro ler Gauderer (1987); Patrício (1990); Osório (1992); Vitiello (1992); Tiba (1994)

Nessa última década, o aumento acentuado de casos de gravidez, de AIDS, suicídio, acidentes e conflitos de rua envolvendo adolescentes, associado às questões socio-econômicas, tem demonstrado a necessidade de uma atuação mais específica junto a essa população, no sentido de identificar e abordar as situações do processo de viver desses jovens com visões para além da biomédica. Se você for investigar muitos desses problemas, com olhar aberto, encontrará toda uma situação de desprazer e infelicidade geradas nas interações do convívio cotidiano nos micro contextos da vida. São aquelas provocadas por guerras de crenças, valores, vontades próprias e de desejos sublimados (Patrício, 1995).

Partindo já dessa compreensão, cuja base vem da vida, é que desde final dos anos setenta, em Porto Alegre, e início de oitenta, em Itaituba no Pará e na Grande Tubarão, em Santa Catarina, quando iniciamos atividades de campo voltadas à promoção de melhor qualidade de vida de crianças, adolescentes e adultos, sempre procuramos envolver no processo as famílias, a comunidade, as instituições, empresas e os órgãos públicos da sociedade em que se construia o fenômeno.

Desde 1980 já buscávamos destacar lideranças, pessoas criativas e dispostas a contribuir com o trabalho, mais ou menos parecidas com a figura *tricksters* de hoje. Essas experiências nos levaram a capacitar com a população, diferentes tipos de "multiplicadores" em educação-saúde-cidadania. Eram profissionais de diversas áreas de conhecimento e pessoas leigas, desde representantes de associação de moradores e familiares e, especialmente, os próprios adolescentes, quando estes eram sujeitos específicos das ações de saúde.

Toda essa prática, desde o início, é desenvolvida através de atividades de campo. A partir de 1987, as atividades em grupo foram denominadas Oficinas de Trabalho. Especialmente voltadas à Educação Holística, como por exemplo, as Oficinas de Saúde e as Oficinas de Recriação de Referências. As demais atividades são consultas e atendimentos nos quais, além do diálogo reflexivo, aplicamos terapias de diferentes culturas. Aliás, temos tido excelentes resultados com o uso de técnicas de relaxamento com música e massagens de conforto, reflexologia e shiatsu, havendo casos de jovens que abandonaram o uso de drogas graças a essa mediação. Em menor proporção, tendo em vista dificuldades financeiras do Núcleo, promovemos atividades de esporte e de lazer eco-cultural (Patrício et al, 1991-1994; Patrício et al, 1995).

Todas as atividades são desenvolvidas através do Método Construtivista Participante, tendo como base o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico, em desenvolvimento desde o início da década de oitenta. Sendo assim, os conteúdos e as atividades, dos encontros são construídos com os participantes a partir de suas expectativas, necessidades e queixas; a partir de sua cultura e de seus sentimentos, de suas possibilidades e limitações individuais e coletivas. Esse método tem como princípio trabalhar com alegria, promovendo o processo de ensinar-aprender com prazer e felicidade, (mesmo quando provocam momentos de catarse), e concebendo o ser humano como cidadão de direito e de dever, desde seu próprio corpo ao ambiente maior, a Terra, o universo.

O Coordenador – o cuidador - é aquele mediador que a princípio vai com sua energia, sua cultura, seus sentimentos e conhecimentos teórico-práticos para serem desenvolvidos com os participantes, considerando essas mesmas categorias na bagagem. Tão forte a essa interação transcultural e transpessoal que ao final de cada Encontro todos, incluindo os cuidadores, saem transformados na sua integralidade humana.

Partir das expectativas e da cultura deles é mais complexo. Sem dúvida, processos participantes são muito mais difíceis. Nunca se sabe o que vai acontecer. Mas a experiência de vida nos mostra que é essa a maneira mais apropriada para trabalhar com a população. O que mais promove e mantém a participação efetiva dos sujeitos é a confiança mútua que emerge desse tipo de prática, o que possibilita intervenções não agressivas e mais saudáveis.

Rubi refere que estava dando "umazinha", sentiu dor e viu que estava com pus. Está "preocupado". Acha que pegou alguma doença. Estava se masturbando todos os dias, mas agora com dor "não dá". Sua última relação sexual foi em abril, com um homem que encontrou na Praça XV. Esse homem o levou para seu apartamento e em troca lhe deu dinheiro. Diz que esse homem trabalha na Secretaria da Saúde (Estado), lá no centro. Afirma que usou camisinha da Coréia do Sul. Conta, também, que não usou camisinha com todos os parceiros. Conclui que não gostou dessas relações e que não pretende mais fazer, dizendo "se eu quiser dinheiro, vou trabalhar...minha mãe vai me arranjar emprego de office boy."

Conduta: *Ouvir atentamente, não julgar, esclarecer sobre sua queixa principal (gonorréia?) quanto a contágio, sinais-sintomas, complicações e tratamento; diálogo analítico – reflexivo – crítico sobre o cuidado com seu corpo, sua participação nesse processo de adoecer–curar e sobre o comportamento criminoso do adulto com o qual manteve relações; encaminhamento, por escrito para clínico geral do posto de saúde da prefeitura da cidade. Oferecer camisinha e estimular a continuar no grupo, nas atividades das Oficinas de Saúde*[12]

Essa descrição é a anotação de uma das Consultas de Enfermagem com um garoto de 14 anos de idade, datada de 1991. Rubi (codinome) foi nosso cliente aproximadamente por quatro anos. Participou, sozinho e também com seus amigos, em Consultas de Enfermagem, em Oficinas de Saúde no Grupo de Meninos da Comunidade e em Atendimentos na Estrada, no Projeto Cuidando da Criança, Adolescente e Família com a Comunidade (Patrício; Tourinho, 1990; Patrício et al, 1991-1995). Este é um exemplo dos muitos casos que trabalhamos, e que ainda existem para serem trabalhados nesse País.

No Brasil, a maioria dos adolescentes procede de famílias que sobrevivem de forma sub-humana, resultando em um viver de doenças e sofrimentos. Sendo assim, a maioria das crianças brasileiras já chega à adolescência com grandes desvantagens: desnutrida, anêmica, com história de infecções freqüentes, desenvolvimento afetivo e intelectual prejudicados, até mesmo pelas constantes agressões que sofre em casa e na sociedade.

Paradoxalmente, em nossa cultura, nessa mesma sociedade, encontramos adolescentes de famílias abastadas economicamente, mas cujos jovens também apresentam situações de desprazer e sofrimentos constantes. Se não sofrem por motivos de fome e outras carências materiais, sofrem por "carência de gente" e também por "excesso de coisas". Sofrem por falta de afeto; por dificuldades de se encontrar, de desenvolver sua individuação; por não terem seus próprios projetos de vida; por excesso de velocidade, de comida, de drogas, de sexo, de coisas... por agressões em casa também.

Desde que iniciamos a fazer estudos participantes com adolescentes, seja nos domínios de suas casas ou nos logradouros de comunidades, ou mesmo nas Oficinas de Saúde em escolas de periferia e de classe média de Florianópolis, encontramos uma realidade na qual as situações de saúde-doença se repetem.

São situações já instaladas *e* que exigem intervenção imediata de tratamento e são situações de potencial de mal viver, que no mínimo requerem atenção, a saber: sofrimentos em relação ao exercício da sexualidade; DST-AIDS; uso abusivo de drogas, incluindo álcool e remédios; gestação indesejada; gestação e puerpério, ou mesmo aborto, sem acompanhamento; evasão de domicílio e escola; maus tratos físicos, psicológicos e sociais na família e comunidade, incluindo estupro; prostituição (masculina/ feminina); desconhecimento ou uso inadequado de métodos anticoncepcionais; inadequação da escola

---

[12] Essa Conduta é baseada nos componentes do constructo Cuidado, segundo o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (Patrício, 1995), construído a partir de Leininger, de outros autores do Cuidado e das práticas com a população.

às necessidades da criança-adolescente; professores e familiares com dificuldades de abordar sexualidade e outras necessidades dos jovens; conflitos familiares, escolares e também comunitários; fome de comida e de outros elementos importantes para a sobrevivência e transcendência – desnutrição proteico-calórica, de carinho e de cidadania (DNT-CCC) – e todas as suas conseqüências; uso indevido do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)[13]; traumatismos físicos (acidentes); preconceitos em relação à mulher, ao adolescente e ao menino de rua, entre outras (Patrício et al, 1993).

Também nessas situações, encontramos uma cultura do silêncio e de resistência passiva, às vezes traduzida por "respiradouros", que acabam mantendo e estimulando a continuidade desse *status quo,* o que tem se constituído um dos desafios de nossas propostas de cuidados de educação em saúde coletiva.

Nossa prática tem se caracterizado por colocar nossas propriedades de *tricksters* para colaborar na conspiração em favor da qualidade de vida das pessoas. E isso não significa ir contra a família e a sociedade, pelo contrário. Na medida que auxiliamos os adultos a compreender melhor seus *koans* e com eles desenvolver as potencialidades de *triksters,* estamos mediando a transformação das limitações em possibilidades de bem viver individual e coletivo.

Paralelamente, temos identificado a ineficácia ou inadequação dos serviços de saúde, promoção social e de educação, em trabalhar as questões dessa população. Entendo que esse insucesso no trabalho com adolescentes aconteça por diversos fatores, começando pela limitação de conhecimentos que muitos colegas (de todas as disciplinas) apresentam na abordagem dessa população, até mesmo pelo desconhecimento de conteúdos e práticas específicas.

Entretanto, entendo que essa dificuldade está centrada na qualidade do referencial de vida dessas pessoas. Esses anos de experiência trabalhando os temas "Saúde integral do adolescente" e "Sexualidade: prazer e dor", com diferentes tipos de pessoas, me levaram a desenvolver os seguintes pressupostos: a) as dificuldades que profissionais apresentam para trabalhar com o adolescente, costumam ter origem nas suas qualidades pessoais, nos seus referenciais e experiências de vida, especialmente aquelas construídas na infância-adolescência, em particular, relacionadas a questões da própria sexualidade; b) para trabalhar a sexualidade do outro é preciso antes, ou concomitantemente, trabalhar a sua própria sexualidade (Patrício, 1994).

Se formos na origem, voltamos a considerar que nossas dificuldades são maiores tendo em vista o referencial que utilizamos para explicar – compreender – as coisas. A pobreza de compreensão que ainda temos do processo adolescer tem fundamento no paradigma mecanicista e cartesiano que ainda é utilizado na abordagem à saúde. Isso tem limitado a criação de trabalhos sistematizados, mais abrangentes e solidários com a família, grupos pares e com a escola, por exemplo. Geralmente esse referencial traz o processo educativo ainda focalizado na repressão, no julgamento e no castigo do sujeito e na discriminação dele como cidadão[14].

---

[13] Nós participamos da implantação do ECA no Estado, através de nossos projetos e da participação no (PROSAD-SC) Programa de Saúde Integral do Adolescente de Santa Catarina e no CBIA (Centro Brasileiro da Infância e Adolescência). Temos alguns questionamentos quanto a sua aplicação, referentes aos direitos em detrimento aos deveres, seja em relação aos jovens, seja em relação às famílias dos mesmos.

[14] Desde meados de 1994, quando conheci o Programa de Saúde da Família (PSF) no Ceará, e desde 1995, quando colaborei na sua implantação em Santa Catarina, venho tendo a mesma percepção: o PSF está longe de atingir seus objetivos de promoção a saúde com a comunidade, porque ainda não valoriza a discussão das qualidades dos referenciais dos profissionais que integram suas Equipes.

Além disso, sem deixar de vivermos o momento presente, a preocupação com a adolescência não deveria começar na adolescência, mas na formação da família, da criança que acabou de nascer. Nossos serviços ainda centralizam mais sua atenção em regimes de tratamento do que em regimes de promoção da saúde e prevenção de agravos específicos. As situações de saúde-doença apresentadas pela nossa população estão inseridas numa realidade complexa de diferenças de classes e de diferentes níveis de opressão, incluindo os estímulos dos meios de comunicação. A situação do adolescente não e diferente dessa população

Em especial, se você colocar atenção nisso, vai perceber, que a causa desse insucesso existe porque aquele referencial, utilizado por grande parte de profissionais da saúde, aborda o adolescente, assim como as demais pessoas, já focalizando problemas e tendo em vista a sua vida futura. Com isso, dificilmente esse indivíduo é abordado como ser humano jovem, cidadão, com potencialidades, com beleza própria da idade e que precisa, e pode, viver esse tempo presente. Se você se guiar por aqueles referenciais lineares, as situações que o adolescente gera não poderão ser compreendidas como *koans* e nem mesmo perceber os jovens como *tricksters* em potencial.

É preciso salientar, também, a inoperância de nossas políticas de saúde quando ainda baseiam a educação em saúde em campanhas centradas na informação de massa e de cunho repreensivo.

> *Tal como acontece com a questão de prevenção da gravidez na adolescência, a prevenção da contaminação pelo vírus da AIDS não é uma questão simples de educação, no sentido de informação, como querem parecer os serviços de saúde daqui! Ah, mas não é mesmo! É uma questão de necessidade de prazer, de felicidade (Patrício, 1995, p. 130).*

Essa foi a consideração que fiz a mim mesma e a algumas pessoas com as quais troquei idéias, lá nos Estados Unidos, em relação ao programa de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS daquele País, e que não é diferente do nosso..

> *A questão é de **bioética**. É uma questão pública calcada na vontade do sujeito, nas suas necessidades, nos seus valores, na vida individual. A propagação do vírus da AIDS, primeiro se evita quando se possibilita recursos para prevenção e segundo quando a consciência do indivíduo assume postura ética, assume a dimensão do coletivo, a **vida pública**. Para isso sua **vida privada**, suas necessidades de prazer-felicidade, não podem estar restritas à droga, ao sexo sem camisinha (Patrício 1995, p. 131).*

Percebemos em nossas práticas de saúde que, mesmo quando o adolescente recebe todas as informações (de “ter sido educado”) relacionadas à prevenção de gravidez e contaminação do vírus da AIDS, e mesmo tendo recursos para se cuidar, ele continua engravidando e se contaminando, numa escala bastante grande. É uma questão de vida pública, mas calcada na vida privada, na vontade do sujeito, nas suas necessidades particulares de prazer-felicidade. É uma questão de tesão (Patrício, 1995).

Aliás, isso não acontece apenas com adolescentes, adultos também não conseguem segurar o tesão ou a necessidade de outras satisfações e, mesmo com todas as informações e recursos possíveis, acabam engravidando, se contaminando. É a necessidade de prazer e felicidade que tem mais poder na hora da decisão.

É uma questão de bioética, posto que envolve desejos, vontades, crenças e valores do sujeito, num mundo de complexidades humanas. E, se assim for, exige uma postura ética do indivíduo para com sua vida e para com a vida do outro (Patrício, 1995).

É natural que, diante de tanta diversidade, complexidade e unicidade – diante desses paradoxos e *koans* -- haja necessidade de focalizar o processo de viver e ser saudável dessa população para além

das abordagens mecanicistas e fragmentárias que ainda preponderam em nossos currículos de graduação e, por conseqüência, em nossos programas de saúde do País.

Associemos às características próprias da adolescência, as necessidades biológico-sócio-afetivas dessa fase, e perceberemos que as questões dessa população precisam ser abordadas com enfoque mais amplo, considerando a **bioética** nas dimensões **éticas e estéticas de bem viver** em interconexões com outros seres.

A **bioética** se preocupa com a possibilidade do ser humano viver seus próprios desejos, seus projetos de vida, sua busca de prazer e felicidade, mas tendo em vista também as outras vidas com as quais convive nas interações do cotidiano, incluindo o ambiente natural (não construído). Envolve a ética que estimula a consciência do respeito aos valores e às crenças de toda a criatura humana em qualquer idade, e que se preocupa com o indivíduo e coletivo; a ética que integra razão e sensibilidade, resgatando a dimensão estética do viver humano, a sensibilidade natural, o prazer e a felicidade de direito e de dever com seu próprio ser e com os demais seres do mundo (Patrício, 1995).

Na atualidade, os paradigmas emergentes, denominados “holísticos”, “ecológicos”, “sistêmicos” ou mesmo "da complexidade", estão nos remetendo a pensar e fazer a "ecologia profunda", a relacionar todos os elementos do universo. A idéia é que não se super valorize os “fatores externos”, pois sabe-se que há interligação e interdependência entre todos os fatores, o que nos leva a crer que cada elemento tem seu papel fundamental na existência do outro.

A física quântica tem contribuído muito para uma nova compreensão científica da vida em todos os níveis de sistemas vivos, baseando-se numa nova percepção da realidade, com profundas implicações não apenas na ciência e filosofia, mas também nas atividades comerciais, na política, na assistência à saúde, na educação e na vida cotidiana (Capra, 1996).

A mudança de paradigma nas teorias e práticas acadêmicas e nos serviços de saúde e educação que contemple abordagem holístico-ecológica do ser humano, no sentido individual e comunitário, poderá não só colaborar com a vida humana, mas com toda a vida do planeta. Afinal nossos processos de busca de prazer e felicidade envolvem toda a teia (Patrício, 1995).

Nessa perspectiva, nosso Núcleo, através de processos de pesquisar-cuidando – pesquisas participantes – tem estimulado crianças, adolescentes, familiares e profissionais afins, a se envolverem em atividades de educação ambiental, tendo em vista que a qualidade de vida individual-coletiva passa por religar o ser humano à sua natureza, promovendo prazeres e momentos de felicidade nessa interação com o ambiente e a atenção a ética de preservação para sua própria saúde (Patrício, 1994).

Nesse “ambiente” situamos as nossas “casas”: a qualidade de vida de nosso corpo, nosso lar, nossa comunidade, nossa cidade..., nosso Planeta.

A última pesquisa participante que desenvolvemos nessa linha, teve como tema “Promoção da cidadania-qualidade de vida com a comunidade”. Tinha como objetivo produzir conhecimentos básicos e aplicados sobre o tema e ao mesmo tempo contribuir para melhoria do processo de viver saudável daquela população através do estímulo à construção da consciência ecológica inserida em concepções de cidadania, de direito e de dever (Patrício et al, 1996).

Por essa prática, é possível trabalharmos questões éticas e estéticas de bem viver individual e coletivo, inclusive referentes às suas questões de sexualidade e higiene, quando o provocamos a refletir acerca dessa cidadania: “a minha pessoa e o meu ambiente”; “a pessoa do outro e o ambiente do outro”; “as nossas pessoas e o nossos ambientes”.

Nesse projeto, através de atividades na comunidade e em outros locais da cidade, os jovens re-elaboravam conceitos, na medida em que se inseriam em outros contextos e recebiam nossa mediação através de diálogos reflexivos. As sínteses desses diálogos diziam respeito a utilização dos espaços, apontando para a **liberdade de utilizar e a responsabilidade de preservar;** quanto aos direitos e deveres para com o seu próprio ambiente e com o ambiente do outro, incluindo o seu próprio corpo.

Se **Cuidar é "cultivar a vida",** cuidar é desenvolver ações de promoção da vida e tratamento de limitações do bem-viver dos seres humanos em harmonia com a natureza; um processo de educação para a vida saudável, incluindo a garantia da democracia, em todos os seus sentidos, políticos e afetivos (Patrício, 1995).

Lendo e vivendo a Enfermagem através da História, percebe-se que a denominação mais adequada para essa profissão é aquela dada pela língua inglesa – "Nursing". Por quê? Porque cultivar, cuidar, é nutrir. **Nutrir a vida** de alimentos de diferentes dimensões. Enfermagem então é auxiliar, é **mediar o processo de satisfação** do ser humano em suas necessidades de viver e ser saudável, com ou sem auxílio de outros profissionais (Patrício, 1995).

Portanto, pode-se dizer que Enfermagem é Ciência, Tradição, Filosofia e Arte de cultivar a vida através do Cuidado. Ciência e Tradição no sentido de conjunto de conhecimentos e saberes de diferentes culturas sobre cuidado da vida; Filosofia no sentido de refletir para compreender a vida e Arte como formas de transformar a vida – o Cuidado (Patrício, 1995).

Cuidado refere-se às atividades, aos processos e às decisões diretas e indiretas – o que vale dizer que administrar serviços de Enfermagem também é cuidar, ao menos o é em finalidade – , dirigidos ao indivíduo, à família, ao grupo ou à comunidade em situações de saúde-doença evidentes ou antecipadas, que promovam, mantenham ou recuperem o seu bem-viver (saúde). Constitui-se em "necessidade" e "recurso" do ser humano (Patrício, 1990).

Atos de cuidar representam a **mediação** no processo de transformação das necessidades do ser humano de viver saudável, posto que é o próprio ser humano que se transforma; ajudam a viver na saúde e na doença; protegem as pessoas e a natureza; auxiliam a pessoa a nascer e a ser, a desenvolver-transcender, a reproduzir, a criar/transformar, a morrer dignamente (Patrício, 1990;1995).

Atos de cuidar colaboram na redução de estresse e na gestão de conflitos de forma mais saudável. Aceitar essa idéia a conceber o cuidado como provedor de prazer e de momentos de felicidade, ou eliminador de desprazer e de insatisfações (Patrício, 1995).

O Cuidado de Enfermagem se diferencia do cuidado dos demais profissionais por essa qualidade de cuidar da vida nas situações de saúde-doença, de pretender, pelo menos teoricamente, cuidar da pessoa, do ser humano, família, grupos e comunidade na sua integralidade[15].

Esse processo de interação entre seres humanos se da através da troca de energia e de universos culturais, fundamentado na realidade de idéias, emoções e na concretude do corpo em relação com o ambiente. Representa, além de atos e técnicas diretas ao corpo do indivíduo, um processo diálogico

---

[15] Costumo dizer que o Enfermeiro, a Enfermeira, são profissionais que têm **possibilidades de ver o ser humano holisticamente.** Afirmo isso porque, desde 1996, experimento a docência em pós-graduação (aulas e orientação) com profissionais de diversas áreas de conhecimento. Sem dúvida, nós, pela nossa formação já temos condições de ver o ser humano como um todo. Exceto situações individuais, somos os únicos que temos, pelo menos teoricamente, possibilidades de mediar processos de construção inter/transdisciplinares. Testei isso em atividades com equipes multidisciplinares no PSF e no PROSAD-SC.

que tem ajudado a ambos desenvolver a consciência individual-coletiva, no sentido de repensar suas crenças, valores e práticas em saúde, incluindo a de cidadania, de direito e de dever (Patrício, 1995).

Essa interação com o outro acontece nos encontros, através de comunicação verbal e não-verbal e de ações físicas que fazem a mediação no processo de transformação das necessidades de saúde do ser humano com participação ativa deste. Para tanto, incorpora conhecimentos e saberes, oriundos de diferentes culturas, sentimentos e energia do cuidador e daquele que é cuidado.

Há momentos em que os trabalhadores da Enfermagem, enquanto profissionais, cuidam sozinhos do outro ser humano, mas há momentos em que necessitam de profissionais de outras disciplinas, inclusive de especialistas, integrando a família, a comunidade e outros.

Ametista tinha idade mental de uma criança de oito anos, em razão de complicações de meningite ainda quando recém-nascida. Segundo informações de vizinhos, a garota vinha sendo abusada sexualmente pelo seu pai, dois irmãos, um de aproximadamente 23 anos, casado, e outro de 14 ano,s residente na mesma casa que ela. Após, ficamos sabendo, pela própria Ametista, que outros adultos e adolescentes da comunidade também mantinham relações sexuais com ela.

Um dos primeiros procedimentos foi conversar com seu pai sobre a possibilidade da gravidez de Ametista e encaminhá-los ao serviço médico da maternidade para exames. Para tanto, tomamos a precaução de acompanhá-los, levando pessoalmente o encaminhamento escrito sobre a situação da menina ao setor de assistência social e enfermagem da maternidade, reforçando sobre o sigilo dos dados, para que assim fosse conversado com o médico que a assistisse.

Os resultados dos exames foram: Negativo para gravidez, positivo para Lues (Sífilis).

Nesta situação, especificamente, realizamos 20 atendimentos entre Consultas de Enfermagem à jovem vitimizada e encontros para discussão da situação com os adultos e adolescentes envolvidos diretamente no estupro (estupradores), 06 acompanhamentos da adolescente a consultas médicas, coleta de exames clínicos, audiência com o Juiz do Conselho Tutelar da Criança e Adolescente. Elaboramos também, em conjunto com Associação de Moradores, Serviço Social e Pastoral da Criança um documento de denúncia do fato e acompanhamos o desenrolar da situação até sua definição na comunidade, haja vista que seu pai fugiu levando-a para outra cidade, onde, segundo relatos, o problema continuou.

(...). Até porque, tudo isso gerou muita revolta por parte de famílias que acompanhavam o caso de Ametista antes desse acontecido. Segundo relatos, a menina e seus irmãos sofriam muito com a situação de alcoolismo do pai. Há depoimentos que o apontam como o causador da morte de sua esposa, derrubando-a mortalmente da escada, num desses dias de embriaguez.

(...) Conversamos com todos os homens, adultos e adolescentes envolvidos, inclusive alguns com família formada; informamos do resultado do exame, demos encaminhamento para exame médico e alertamos que o caso estava sendo encaminhado para justiça, em razão da menina ser menor e doente mental.

Veja, essa situação, sem dúvida necessita ser abordada por uma equipe multidisciplinar que tenha **vontade interdisciplinar.** Entendo como interdisciplinar, não apenas a integração e cooperação de disciplinas acadêmicas, mas também, da própria cultura da população envolvida no trabalho. Em outras

palavras: a coletividade (a população de forma geral) quando participante, faz do processo e do produto inter-transdisciplinar, inclusive, proporcionando, possibilidade de redimensionamento da compreensão-ação da realidade através da integração do saber profissional com o saber popular (Patrício, 1993; 1994; 1995; 1997; Patrício; Andrade; Silva; 1994).

Enquanto os serviços prestados pelos nossos setores oficiais de saúde ainda estiverem sob a hegemonia dos velhos paradigmas, a atenção ao adolescente ainda vai continuar sendo fragmentária, mecanicista, longe de visualizá-lo e de abordá-lo considerando sua história de vida e seu contexto em diferentes interações.

Numa concepção Holístico-Ecológica, o profissional de saúde precisa conhecer e compreender a realidade em múltiplas facetas, em outras dimensões e outros motivadores. Precisa compreender o jeito da pessoa ser e de estar no mundo, para ajudá-la a transcender o que lhe é oferecido, transmitido culturalmente (reproduzido) e que lhe tolhe a possibilidade de exercitar a liberdade de buscar ser feliz e ter prazer, buscando que lhe promovam a saúde integral, em harmonia com os direitos dos outros seres humanos.

4 – TENDO QUE CUIDAR DO ADOLESCENTE: Necessitando Resgatar o Próprio Ser Adolescente

Como você percebeu, é preciso conhecer o processo de viver dos adolescentes para poder cuidá-los com propriedade. Acredito, até mesmo baseada em dificuldades que experimentamos ao trabalhar questões do adolescente, que é preciso conhecer-compreender a realidade, o processo de viver destes jovens, para só então *intervir:* se houver necessidade, ajudá-los a transformar as limitações em possibilidades de bem viver, ou seja, de viver mais saudável.

O pensar holístico e ecológico já é um bom começo. Pensar que esse “cara” é um ser biológico – um animal – social, um cidadão de direitos e deveres, em múltiplas interações, intencionais ou não. Um ser, em sua totalidade de humano, com expectativas, desejos, necessidade, crenças, valores, conhecimentos, temores, tristezas, alegrias e energias particulares, mas que também é coletivo, posto que é um ser do mundo social em interconexões com micro e macro contextos que se transformam constantemente na medida em que essas interações ocorrem.

A magnitude e a complexidade dos problemas que envolvem o processo de viver dos jovens de hoje exigem procedimentos de intervenção que sejam coletivos e transdisciplinares. Que sejam iniciados precocemente em diferentes locais, como na escola, na família, nos esportes, na rua, na igreja, na comunidade...

Mas, “Como ajudar a construir o processo de viver saudável do adolescente sem castrar sua identidade, sua potencialidade de ser ele mesmo com os outros?” Dar atenção, escutar que é mais que ouvir, ficar atento e colocar limites para o seu próprio benefício. Este parece ser um dos nossos grandes desafios: “Quais os limites que não vão lhe tirar a possibilidade de crescer, de nascer existencialmente e amadurecer para o nascimento coletivo? Como ajudá-lo a transceder do individual para participar, compartilhar com a construção da vida coletiva mais saudável?”

Trabalhar com adolescentes tendo em vista melhorar a qualidade de vida deles – e a nossa, é claro – pode ser um grande desafio, mas nada melhor para começar que ir chegando “na deles”, sem necessariamente ter que ser um deles, para poder compreendê-los.

Imaginemos os jovens. Voltemos ao arquétipo do jovem de Jung. Estes jovens tornam-se adultos e grande número deles sai por aí re-produzindo, ainda aprisionados e feridos em razão do seu processo de viver, ainda impossibilitados de ser.

Mas a necessidade de liberdade pode começar a qualquer hora. Num dado momento tomamos consciência de nossa existência como algo muito precioso. Segundo Johnson (1990), e aí, inevitavelmente, nos surpreendemos perguntando a nós mesmos: "Qual a razão de todas as coisas? Para que é que vivemos?"

Nesse contexto ético, quando faço reflexões acerca de certas situações envolvendo dificuldades de interação saudável entre adultos e entre adultos e jovens, volto à história de vida daquele que provoca a situação de mal viver nessas interações. Vejo imagens de seus pais e de outros adultos significativos no processo de construção de sua vida. E aí passo a compreendê-los melhor: "eles só estão **reproduzindo** o que receberam, ou reagem daquela forma porque não sabem fazer diferente"[16].

Reforço essa compreensão com Davis (1993, p.15): "quando olho à minha volta, vejo que a maioria das pessoas jamais teve vontade própria, ou verdadeiramente criou o seu próprio caminho".

Reforço, também, recordando uma passagem numa escola de periferia onde fazíamos um trabalho sistemático de saúde escolar. Um dia de 1990, estávamos chegando nessa escola e notamos um certo tumulto. Em seguida a diretora trouxe um garoto de aproximadamente 12 anos dizendo que o mesmo havia colocado fogo dentro da sala de aula. O garoto era caracterizado na comunidade como um delinquente.

Pediu para conversarmos com ele. Nós, eu mais duas alunas de graduação, aproximamo-nos dele. Geralmente, exceto em algumas situações, costumo tocar nas pessoas[17], especialmente em crianças e jovens, quando estou interagindo com as mesmas. Foi o que tentei fazer ao me aproximar do garoto. Mas ele se afastou bruscamente, como que se defendendo. Sua reação foi a mesma que já havia experimentado em situações de cuidado com meninos de rua, acostumados a toques, sim, mas de maustratos, em casa e na rua[18].

É semelhante ao caso daqueles pais que nós – enquanto trabalhadores da saúde, muitos ainda alienados do conhecimento da realidade e da prática da reflexão crítica – continuamos a julgar como negligentes e agressores, porque não seguem nossas orientações (ou não "obedecem" nossas ordens) de cuidar de seus filhos, de amar seus filhos. A questão é que grande parte desses pais nunca vivenciou isso, ser amado, ser cuidado, e nem sabe como fazê-lo. Possivelmente, esses pais estejam mesmo é precisando disso: serem amados, serem cuidados, para poderem sentir e, talvez, assim, "aprenderem" a cuidar dos outros.

---

[16] No estudo de Patrício, Loeffler, Andrade (1997) referente às representações de jovens, de seus pais e outros adultos da comunidade sobre sexualidade-reprodução na adolescência, um dos temas emergentes foi denominado "Como Nossos Pais" (música criada pelo Belchior e expressada maravilhosamente na voz de Elis Regina. Experimente essa emoção). O estudo mostra que jovens, meninas especialmente, mesmo mostrando necessidade de transcender os padrões culturais da família, acabavam por imitar muitos desses padrões dos pais, quando em seus papéis de adulto, enquanto mães e avós, especialmente.

[17] Sugiro que você leia sobre a importância do **toque** em Montagu (1988) e sobre princípios para sua aplicação no processo de cuidar, no estudo de Patrício (1990).

[18] Em menos de um ano após, esse garoto, tornou-se um de nossos parceiros na comunidade na formação de grupo de meninos.... E já tocava espontaneamente.

É uma questão que, pela sua complexidade, para compreendermos, é preciso ter um olhar holístico da vida, partindo da construção histórica desse ser. Começa antes da criança nascer. Segundo Moraes e Dias[19], apud Patricio (1992), o ser humano passa por duas experiências de nascimento: o nascimento **biológico** e o **nascimento existencial**.

O primeiro nascimento, o **biológico**, se dá quando da passagem da placenta materna para a placenta social – a família, adotiva ou não, instituições do estado, grupos pares. Por essa experiência a criança é lançada num futuro, num projeto de ser não autenticamente dela, mas das pessoas que a cercam. Sendo assim, ela, a criança, participa de certa forma alienada desse projeto. Se assim continuar pela vida, essa pessoa não nascerá existencialmente.

O **nascimento existencial** geralmente se destaca na adolescência. É o momento de descobrimento do que os outros fizeram de nós. É o momento de ruptura. É quando nos posicionamos frente à vida e passamos a escolher o que desejamos, não mais de forma alienada, mas reconhecendo-nos como sujeitos da própria vida.

Segundo aqueles autores, a família, ou qualquer outro adulto envolvido nesse processo podem reagir compreendendo ou não esse momento crucial da vida do jovem. Se houver aceitação e possibilidades de viabilizar a nova criatura, esta tranqüilamente nascerá existencialmente: elegerá um projeto e se lançará nele confirmado pelos adultos. Há pessoas que vivem e morrem sem nunca terem nascido existencialmente. Ou fazem dos projetos dos outros o seu próprio projeto, ou vivem estratégias que o ajudam a suportar melhor a vida, e cuja qualidade ética e estética nem sempre lhe é saudável.

Essas experiências, biológico-social e existencial, são experiências de **nascimentos sociais**. A primeira, geralmente mais restrita às relações com a família, e a segunda, ampliada pelas relações da criança com outros mundos, outras tribos, como na escola, na rua, no processo de ser cidadão. É nessa teia, nessa descontinuidade cultural que ela, a criança, começa a se gestar para o **nascimento existencial**.

Na abordagem holístico-ecológica, além desses dois nascimentos, há um **terceiro nascimento social**.

> *Fundamentada no conhecimento de tantas vidas, bem como no convívio com várias destas, percebo que as pessoas que não passaram pela segunda experiência de nascimento mantêm-se buscando ser, vestidas cronicamente de arquétipos narcisos, egoístas, oportunistas, sedutores, ou de suicidas e delinqüentes. Esses ainda não conseguiram viver o terceiro nascimento, que denomino* ***nascimento coletivo*** *(Patrício, 1995, p. 181).*

O **nascimento coletivo** tem sentido e construção transdisciplinar[20]. Aquele gerado por integração de componentes éticos e estéticos e que nos possibilita sentimentos de pertencer ao universo e de

---

[19] Tive contato com esses autores quando fazia estudos com o Grupo Multidisciplinar do PROSAD-SC. O texto que tínhamos não trazia a bibliografia completa. Peço, caso você saiba essa referência, enviar para o e-mail: zuca@eps.ufsc.br.

[20] Por transdisciplinar entendo ir além do interdisciplinar. Consegue-se a aventura transdisciplinar através da postura interdisciplinar – relação de parceria, integração, diálogo, respeito, humildade, solidariedade, troca de saberes e sentimentos, e de elaboração de objetivos e caminhos comuns – fortalecendo a construção participativa de construir com olhar holístico-ecológico, buscando chegar o mais próximo da realidade em foco, através da integração de todas as possíveis conexões do ambiente, humano e não humano, numa postura cooperativa, solidária e amorosa de culturas e sentimentos. Ser amoroso é investir na qualidade da interação. Isso passa por afinar as necessidades pessoais com as necessidades dos outros para a construção de algo que não pertencerá a nenhuma disciplina em especial, mas que será de todas e representará uma nova síntese, uma nova unidade, uma outra disciplina (Patrício, Casagrande, Araújo, 1999).

interagir nossas vidas biológico-existenciais com os outros, com o todo. Nesse contexto encontra-se nossa qualidade humana de liberdade para exercitar nossa criatividade e com ela gerar outras possibilidades para a vida.

Esse parto depende muito das “mexidas” na consciência que podemos nos possibilitar. Das interações interdisciplinares que nos permitimos no cotidiano. Estar com os outros, com o mundo, com a natureza, com “razão e coração” - razão e sensibilidade - , feminino e masculino integrados.

Nesse contexto todo, pelo menos no que até foi colocado, podemos sugerir que nós, profissionais da saúde-educação, cidadãos em geral, precisamos aprender a mediar processos de construção de seres humanos mais saudáveis, junto a famílias e grupos afins - pais e professores da escola básica em especial. O nosso desafio seria colaborar no processo de gerar a criança e de parir essa criança para a **vida biológica** e também auxiliá-los a cuidar da criança no processo de **nascer existencialmente**, para que ela possa **nascer coletivamente**.

É a metáfora do **"cultivar a vida"**. Tal como se faz com a planta, é natural que precisa ser “podada” de vez em quando, mas que seja em harmonia com a época, com a necessidade, de forma que promova um desenvolvimento mais viçoso (Patrício, 1995).

Neste sentido, estaremos abordando a família, e demais adultos, compreendendo que estes podem ser não somente recursos, mas também empecilhos à libertação individual e ao pleno desenvolvimento da pessoa. Hoje, eu ampliaria mais essa compreensão de “desenvolvimento” e diria que a família pode deixar de ser empecilho à possibilidade de o ser humano transcender o nascimento biológico se, não somente reproduzir a vida, mas também preparar-se para recriá-la, transformá-la, ética e esteticamente falando.

Importante é que, resgatando as características do ser humano que se destacam no ser na fase de sua adolescência, percebe-se em seus movimentos **a dança da vida de aceitação-negação de modelos.** É o jovem sendo *tricksters*, provocando *koans*, trazendo à baila, na fala do corpo e nas expressões verbais, as contradições dos padrões culturais do seu contexto; é ele que estimula a reflexão, o repensar sobre as representações que as gerações passadas tentam reproduzir através dele.[21]

> *O Vagabundo arquetípico, com a sua trouxa e seu cajado, está muito em evidência em nossa cultura atual. Mas, sendo um produto de nosso mundo mecanizado, prefere viajar sentado a caminhar. Podemos ver-lhe o equivalente atual, de pé à beira do caminho, de barba e mochila, estendendo um sorriso esperançoso e um polegar em nossa direção (Nichols, 1991,p.27)*.

“Como pode alguém gostar de adolescente?” “Adolescente é um chato, inconveniente, é mesmo um aborrescente(...)”. Eu diria que lastimo que ainda existam pessoas que têm essa única representação do ser adolescente e que ainda não perceberam suas qualidades. Para tanto, pensando na possibilidade de convivência mais saudável com os jovens e numa idade adulta mais prazerosa, convido você a refletir, especialmente com seus pares, colegas e familiares, a seguinte questão: será que o que estamos precisando mesmo não é resgatar nossa criança, nosso adolescente?

Será que não iríamos compreender melhor os *koans,* gerados nas situações adolescentes, se resgatássemos qualidades de ser jovem? Quem disse que ser adulto é deixar de ser jovem?

---

[21] “Velha roupa colorida", outra emoção criada por Belchior e expressada divinamente por Elis no CD Falso Brilhante, diz: “(...) e precisamos todos rejuvenecer...”. Mais otimista, sem negar a roupa velha, nos convida a enfeitar nosso ser. Acredito que isso facilitaria entender os jovens, possibilitando-nos ser menos amargos e ter mais momentos de prazer e de felicidade na vida, afinal, nisso, eles, os jovens, são mais sábios que nós.

Ser adulto saudável significaria resgatar a beleza daquele ser que já teve todas as possibilidades de ser mais leve, mais flexível, mais criativo, mais verdadeiro, mais coletivo, mais amoroso, mais prazeroso, mais feliz.... E que ainda existe, lá dentro, é só procurar. Talvez estejamos é precisando "revirar a terra" um pouco para arejar nossa criatura.

Você e seus pares, reflitam sobre isso. E peço que associem tudo isso à realidade de saúde da nossa população e de outras semelhantes. Talvez vocês cheguem a mesma conclusão que eu cheguei: "Faltam *tricksters* nesse mundo!"

O ser humano, aquele ser criança e adolescente em processo de evolução natural, acrescentando elementos de maturidade, de participação com responsabilidade pela própria vida e pela vida dos outros, pelo seu ambiente e pelo ambiente coletivo, poderiam tornar-se recursos para impedir as agressões à vida do Planeta: à sua própria vida.

Nós, os adultos, assim meio adolescentes, sentimos saudades daquele adolescente que participava mais das questões do coletivo. Nosso adolescente de hoje, as crianças dos anos setenta e oitenta, costumam ser bastante questionadores, mas bem mais para suas questões particulares, especialmente ligadas ao consumo de coisas.

Percebam que muito da injustiça, da violência em toda a sua magnitude física, social, psicológica, da fome e da pobreza que vivemos e presenciamos – muitos de nós só apreciam – têm a ver com o deixar de ser adolescente. Dizendo de outra forma: tem a ver com adotarmos sem crítica aquelas representações que nos obrigam a ter para sermos adultos. Por isso, talvez encontramos muitos destes rançosos, tristes, dissimulados, mascarados, egoístas... e sofredores. Matamos nossa criança e nosso adolescente quando decidimos nos comportar como "adulto". Deixamos de expressar nossa liberdade, nossos valores, nossos desejos, castramos até a espontaneidade de nos expressar. Aliás, falta coragem também até para rir alto e nos vestir como gostaríamos. Paramos de questionar, de ousar. 'Aventura'? Nem pensar! Aventureiro, desbravador, corajoso, brincalhão, idealizador, sonhador, agora, na maioria, amordaçado, duro, encouraçado a ponto de não mais ser ele próprio, mas aquilo que os outros querem que ele seja.

Imagine você, agora, esse adulto precisando ou tendo que lidar com adolescentes? Especialmente nas suas questões de sexualidade? Sugiro a você estimular, provocar outras pessoas a não perderem a oportunidade de aprender a viver mais feliz. Elas não sabem que, ao evitar os adolescentes – do tipo que "incomoda" – estão deixando de aprender. Convide-as a conhecer melhor os jovens. Convença-as de que os jovens, crianças e adolescentes, nos ensinam a viver melhor, a sermos menos *prometeus e* mais *dionísios:* menos duros e mais flexíveis; a viver mais o momento e não super valorizar o futuro, promovendo-nos mais alegria e flexibilidade na busca do viver mais saudável.

E mais, diga a elas que não existem verdades, nem receitas prontas, posto que cada qual é um ser em especial; cada qual pode nos surpreender com seus *koans*, nos estimulando a recriar padrões. O que é verdadeiro, é que esse mundo é caótico e que o que temos são sugestões e muitas, muitas incertezas. Afinal vivemos interagindo num mundo de diversidades de influências e de muitos, muitos movimentos sutis, tal qual aqueles das borboletas de que nos fala Lorenz.

PS: O que é preciso mesmo, em princípio, é **amar muito essas criaturas** para poder conviver saudavelmente com elas. Digo isso, porque agora, no instante que escrevo para você, parece que já esgotei todas as estratégias de mediação possíveis numa dada situação de conflito de valores. O que eu gostaria mesmo de fazer era jogar o skate (objeto do conflito) na cabeça de uma dessas criaturas!! Ou, se minha consciência ecológica permitisse, jogar o skate no fundo da Lagoa da Conceição, como a mãe do

fulano fez ano passado.!!... Mas, penso lá com meus botões: *Ele é só um guri querendo impor sua vontade de prazer... Vou manter-me firme e achar outra estratégia de negociação, outra alternativa para amenizar o clima... É, sem dúvida, amar o que é da gente parece fácil, mas amar os filhos dos outros é mais difícil, especialmente para quem não vivencia o nascimento coletivo...*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAVALCANTI, Ricardo. Adolescência. In: VITIELLO, Nelson et al. Adolescência hoje. São Paulo: Roca, 1992.

DAVIS, Bruce. A criança mágica dentro de você. Rio de Janeiro: Objetiva, 1993.

GAUDERER, Christian E. Crianças, adolescentes e nós: questionamentos e emoções. São Paulo: Almed, 1987.

JODELET, Denise. Représentations sociales: phénoménes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. Psycologie sociale. Paris: PUF, 1984.

JOHNSON, Robert. He - a chave do entendimento da psicologia masculina. São Paulo: Mercuryo, 1990.

LOEFFLER, Carin I. e CASA, Mírian A. Proposta de atuação junto ao adolescente escolar a partir de suas necessidades de cuidado, fundamentada em alguns conceitos de teoria do cuidado transcultural de Madeleine Leininger. Florianópolis: UFSC, 1988. Projeto Assistencial de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

LORENZ, Edward N. A essência do caos. Brasília: UNB, 1996.

MAFFESOLI, Michel. A conquista do presente. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

MONTAGU, Ashley. Tocar - O significado humano da pele. São Paulo: Summus, 1988.

NICHOLS, Sallie. Jung e o tarô: uma jornada arquetípica. São Paulo: Cultrix, 1991.

OSORIO, Luiz Carlos. O adolescente hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural. Florianópolis: UFSC. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. 1990.

_____. Estratégias para cuidar da saúde do adolescente na comunidade. Florianópolis: UFSC, 1990. Projeto de Pesquisa Participante aprovado em 1991 pelo CNPq.

_____. Trabalhando com criança-adolescente-família-comunidade através de um referencial participante. Florianópolis: UFSC, 1991. Relatório de pesquisa-extensão apresentado ao CBIA/SC em Florianópolis. Mimeo.

_____. O ser adolescente: características, sexualidade, inserção social e abordagem. Florianópolis: UFSC, 1992. Trabalho apresentado no Encontro Estadual de Pediatria.

_____. O que seria importante pesquisar e como fazê-lo em favor da qualidade de vida? Texto & Contexto - Enf. Florianópolis, v.3, n.1, p.58-74, Jan./jun. 1994a.

_____. Nem talco nem diamante: a riqueza de um processo de ensino-aprendizagem participante na área de sexualidade-adolescência.Texto & Contexto Enf. Florianópolis, v.3,n.2, p.93.109, jul./dez.,1994b.

_____ A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo: Uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. Florianópolis: UFSC, 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, 1995.

PATRÍCIO, Zuleica Maria e ATHAYDE, Maria Emília. Assistência de enfermagem ao escolar e sua família. Florianópolis: UFSC, 1987. Projeto de ensino-assistência.

PATRÍCIO, Zuleica M.; CASA, Miriam; LOEFFLER, Carin lára. Cuidados de enfermagem ao adolescente escolar: Relatório de pesquisa-extensão. Florianópolis: UFSC, 1988. Projeto de pesquisa-extensão. Mimeo.

PATRÍCIO, Zuleica M.; TOURINHO, Fancis. Cuidando da saúde da criança-adolescente-família com a comunidade. Florianópolis: UFSC, 1990. Projeto pesquisa-extensão do Departamento Enfermagem e de Extensão da UFSC. Mimeo.

PATRÍCIO, et al. Cuidando da saúde da criança-adolescente-família com a comunidade. Florianópolis: UFSC, 1991-1994. Relatórios de atividades encaminhados aos Departamentos Enfermagem e de Extensão da UFSC. Mimeo.

PATRICIO, Zuleica M.; ANDRADE, Terezinha; SILVA, Andréa. Trabalhando a dimensão sexualidade-reprodução/DST-AIDS com famÍlias e lideranças da comunidade. Florianópolis: Núcleo TRANSCRIAR-UFSC, 1994. Relatório de pesquisa encaminhado ao CNPq.

_____. Construindo estratégias para a atenção à saúde do adolescente com a comunidade: Um movimento participante com indivíduos, famílias e grupos. Florianópolis: Núcleo TRANSCRIAR-UFSC, 1995.

PATRÍCIO, Zuleica Maria; CASAGRANDE, Jacir; ARAUJO, Marizia. A qualidade de vida do trabalhador – Uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: PCA, 1999.

PRANDO et al. Trabalhando com o adolescente através de um referencial holístico de saúde: uma experiência de enfermagem com uma equipe interdisciplinar. Florianópolis: UFSC, 1993. Projeto Assistencial de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

SILVA, Andréa da; LUCCA, Carina Velloso de; SEBOLD, Luciara Fabiane. Aprendendo a cuidar da saúde da criança-adolescente vítima de violência através de um referencial teórico de abordagem Holístico-Ecológico Participante: Uma proposta transdisciplinar com equipe e família. Florianópolis: UFSC, 1995. Projeto Assistencial de Conclusão do Cursos de Graduação em Enfermagem.

TEODORO, M. A. M. A. e SILVA, D. L. Mediando o despertar da consciência do cidadão adolescente na escola. Florianópolis: UFSC, 1994. Projeto Assistencial de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem (1994).

TIBA, Içami. Adolescência – o despertar do sexo. São Paulo: Ed. Gente, 1994.

VITIELLO, Nelson. Adolescência hoje. São Paulo: Rocca. 1992.

PROCESSO DE CUIDAR DO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RUA NUMA PERSPECTIVA ALTERNATIVA

Marisa Correia Hirata

Se esta rua fosse minha,
Eu mandava ladrilhar,
Com pedrinhas de brilhante,
Para o meu bem passear.

A fantasia romântica da antiga cantiga de roda expressa que a rua não é minha.

- *De quem é a rua? Ela é sua?* – pergunto.
- *Não,* responde um adolescente. - *Não,* responde outro.
- *Mas, afinal, de quem é a rua?* – insisto.
- *A rua é território de ninguém,* afirma outro mais.
- *A rua é lugar público e, enquanto público, é de inteira responsabilidade do poder governamental municipal e estadual, quer quanto seu zelo, manutenção e segurança* - informo.

(Conversa com adolescentes em situação de rua)

Considerações Iniciais

Este relato tem como objetivo divulgar técnicas alternativas que foram utilizadas com dois grupos distintos de adolescentes que estavam sendo retirados das ruas: no primeiro, os componentes eram do sexo masculino, com idade entre 16 e 18 anos incompletos, vinculados a uma ONG e estavam trabalhando nos jardins dos *campi* de uma universidade; o segundo, era constituído de meninas em idade variável até 16 anos, que tinham perdido o vínculo familiar. Estas, à partir das 18 h, eram acolhidas na Casa de Oxum, instituição municipal onde o trabalho se realizou e, pela manhã, eram encaminhadas a várias instituições conveniadas para serem integradas socialmente.

O trabalho efetuado com esta população e os estudos relacionados com a adolescência, em geral, apontam como paradoxo abaixa morbidade e a alta mortalidade por causas externas – homicídios, acidentes de trânsito e suicídios. Com base nesta situação, a autora desviou o foco do cuidado com estes adolescentes da dimensão fisiológica para uma perspectiva de cidadania, fazendo incursões sobre este cuidar em enfermagem, que denominou de *científico-espiritual*.

O cuidar científico-espiritual

Esta denominação de *científico-espiritual* é citada por Hirata (2000), que explica que, embora o científico e o espiritual sejam conceitos que historicamente vinham sendo colocados até como opostos, a união dos mesmos é uma estratégia para qualificar o cuidar na enfermagem.

---

[1] Enfermeira. Sanitarista. Mestra em Enfermagem na Área de Saúde da Mulher e da Criança. Membro do CRESCER, Grupo de pesquisa e extensão na área de atenção à saúde da criança e do adolescente. Professora aposentada da EEUFBA.

A autora considera que a desatenção ao espiritual, somada ao tecnocentrismo da saúde que também desqualifica as necessidades do Ser, levam, inevitavelmente, à desvalorização deste em sua dimensão humana, aprofundando o que vem sendo denominada *de crise espiritual da sociedade ocidental* (Boff, 1998). Essa expressão vem, portanto, como um esforço, na perspectiva de que o cuidar do corpo avance para um cuidar efetivo do Ser como portador de corpo/alma, matéria/espírito-transcendente.

Neste caminhar, o conceito de *espiritual* aparece então, primordialmente, referente ao filosófico, enquanto teoria que reflete o ser humano como aquele *que transcende o próprio mundo para penetrar na dimensão de suas potencialidades* (Peter, 1999, p.25), significando a capacidade de interrogar, de escolher possibilidades, de dar sentido a elas e de transformá-las continuamente, portanto, não sendo monopólio das religiões. O espiritual aqui é aquela dimensão da consciência pela qual a pessoa se sente ligada ao todo; é um aspecto universal e intrínseco que necessita, na realidade brasileira, uma reconsideração na perspectiva de trazer como conseqüência a prática de um cuidar mais *humanizado,* com reflexos na qualidade e no valor da vida.

O conceito de científico vem pela vinculação com a pesquisa e o uso do método científico na busca do conhecimento enquanto o que revela à ciência para a transformação. Com este pensar, a aproximação com este tipo de estudo que considera as subjetividades do ser humano, não pode prescindir de conceitos antropológicos, da filosofia e de abordagens qualitativas bem como técnicas e/ou metodologias como a fenomenologia, etnografia, a triangulação de dados, a pesquisa participante, etc.

Estes dois conceitos, portanto, com significados considerados até então até antagônicos, pela impressão de que o espiritual não possa ser pesquisado, não tem fundamento neste trabalho e não representa aqui uma contradição. Esta afirmativa considera que a *expressão do espiritual* pode ser pesquisada, levando-se em conta a antropologia no que se refere ao estudo do ser humano como ser moral ou através de variados elementos empíricos como o psico-emocional e o mental.

É sabido também que, embora sem a denominação de *científico-espiritual,* esta concepção de um cuidar para o Ser, isto é, um cuidar que envolve o psico-espiritual, já vem sendo citada e já vem entrando sutilmente na academia e no fazer da enfermagem, sob a influência da teoria holística, visão que preconiza estar o universo, a natureza e em especial o ser humano, permanentemente em interação e que o ser humano é mais que a soma de suas partes. Ela surgiu justamente para se contrapor à visão cartesiana que vê o ser humano como uma máquina e cujo reflexo na área da saúde é a divisão do corpo para a atenção à saúde em partes isoladas, em sistemas e órgãos.

Na enfermagem, foi o sistema conceitual de Rogers – a *Ciência dos Seres Humanos Unitários* - que indicou uma mudança de visão de mundo e do ser humano, oportunizando um cuidar e um pesquisar em enfermagem com fenômenos não físicos e com as chamadas terapias alternativas. Mas a ênfase ao espiritual com inclusão da alma veio através de Watson – *Cuidado Transpessoal* - com suposições básicas peculiares, embora seu trabalho tenha sido desenvolvido dentro do contexto tradicional. Esta teorista usou, entre outras, a referência do *Cuidar Transcultural* de Leininger. Seguindo este caminhar, Silva tomou como foco do cuidar, a vida, e como meta a complexidade crescente de expressão da consciência, considerando seu *Cuidado Transdimensional* como um paradigma ainda emergente.

Assim sendo, o sentido do espiritual não é inédito, mas tão somente sua denominação de *científico-espiritual,* que pode ter ou não o sentido religioso, conquanto não aliene o Ser e não o torne acomodado diante das circunstâncias sociais em que foram colocados, e sim que seja um cuidar que sirva de apoio para que o adolescente/pessoa/grupo rompa com a alienação histórica revelada. A perspectiva é que ele se sinta como ser transcendental que o é, pensando, agindo e sendo cuidado com

democracia e qualidade a todo instante na sua vida cotidiana, com direitos, deveres e modos de viver que caracteriza o cidadão.

A *práxis* com o adolescente em situação de rua e o paradoxo revelado, permitiram a autora estabelecer então três conexões: mortalidade por causas violentas e auto-estima; viver na rua e cidadania; falta de referências positivas e a formação de identidade. Ao considerar que todos estes aspectos estão ligados à consciência, portanto aspectos não físicos, o cuidar para este grupo apontou para a necessidade de re-organizar forças e acolher conhecimentos para um re-direcionamento de seus estilos de vida e seus destinos.

Nesta perspectiva, o cuidar *científico-espiritual* tem destaque então na multi-referencialidade, para atuar no e além do padrão fisiológico, ou seja, nos padrões: perceptual-cognitivo – a questão das emoções e sentimentos; padrão espiritual – relativo à identidade e à auto-estima; e no padrão social – a questão da cidadania.

Ficou então revelada que as questões ligadas à auto-estima, à identidade e à cidadania, neste trabalho, seriam o foco do cuidar por serem aspectos críticos desta população; e a dimensão biológica, embora também fosse um dos elementos do cuidar, foi considerada como um acesso.

As técnicas/dinâmicas aqui relatadas foram: a Técnica da Paquera Pedagógica, a Dinâmica do Território Mínimo; a Lenda da Beleza; Meditação: Seqüência de uma Viagem; Terapêutica Floral de Bach e, também, um diálogo na perspectiva da cidadania.

A técnica da paquera pedagógica

A intitulada paquera pedagógica (Carvalho, 1992; Reis, 1993) é uma das técnicas que vem sendo usada com sucesso por instituições que retiram crianças das ruas para reintegrá-las na família e socialmente. Seus fundamentos vêm do Construtivismo pós-piagetiano, da Pedagogia da Liberdade de Paulo Freire e tem também como um de seus fundamentos, a promoção do *desejo.* Este é considerado na técnica, enquanto sentimento integrador das emoções, que trabalha no nível da mente e do corpo e que impulsiona para movimentos no sentido de recuperação de perdas ou da conquista. É então considerado mais forte que o *interesse* e a *vontade.*

A inclusão deste sentimento neste tipo de trabalho tem a ver com a questão das perdas do adolescente em situação de rua. Segundo Watson (1993), a perda é um elemento tão desagregador que cria desarmonia em três níveis: na mente, no corpo e no espírito. Portanto, no caso destes adolescentes, a observação do conceito do *desejo* se apresenta essencial pois, nesse referido grupo há perda da identidade; dos elos com suas origens; da possibilidade de ter futuro no projeto de vida; da casa interna - no plano da auto-imagem, e da auto-estima; da casa externa - o lugar de proteção, do convívio, do descanso e do direito a ter direitos - a cidadania. Na perda da cidadania está contida a possibilidade da perda de aspectos importantes da consciência, que é o que faz o ser humano capaz de decidir e lutar com responsabilidade sobre seu destino.

A estimulação do *desejo* nesses meninos se constitui assim numa questão fundamental desde que, pelas condições de marginalizados em que foram colocados, e das perdas sentidas, desprezam o passado sofrido, sentem-se senhores de um presente pontual e efêmero, e não vislumbram futuro algum.

O desenvolvimento desta técnica envolve procedimentos em três momentos básicos que são: *a observação, a transição e a participação.*

No primeiro, o profissional deve expor-se na rua, em lugares onde os adolescentes se encontram, objetivando observar e escutar, o que viabiliza uma aproximação compreensiva, com possibilidade de lidar com os significados do universo daqueles meninos e de despertar a curiosidade e o *desejo* de aproximar-se e conhecer o profissional.

Quando esta aproximação acontece, as perguntas efetuadas pelos adolescentes não devem ser respondidas de imediato e sim sempre devolvidas, o que aguça a curiosidade, até que seja estabelecido um vínculo de confiança, com base no diálogo para o acolhimento e estimulação do sentimento de pertença.

No segundo momento, também denominado de *aconchego*, são realizadas atividades simples, ali mesmo na rua, como jogos, narrativas de histórias, quando normalmente começam a surgir demandas concretas, relativas a atendimento de necessidades, em razão da confiança estabelecida, do hábito da convivência. Esse momento é reconhecido como de *transição*, e significa muito mais uma transição interna do adolescente que pode levá-lo a caminhos para a construção de uma identidade mais positiva, para desenvolver hábitos e habilidades estruturadoras.

No terceiro, finalmente os adolescentes *descobrem* quem é o profissional e o que pretende. O adolescente é capaz de desejar, de conhecer e decidir participar das atividades propostas, e a partir de uma nova relação consigo mesmo e com o outro, com o tempo e com o espaço, vislumbrar perspectivas de um cuidar, como apoio ao seu auto-crescimento e desenvolvimento.

É então neste momento, proposto a primeira atividade em espaço fechado, na instituição que pretende acolhe-los e reintegrá-los socialmente.

O tempo de duração dessa atividade, ou de cada um desses momentos, vai depender da habilidade do profissional ao desenvolver esta técnica, da capacidade de interação efetuada e dos sentimentos de confiança e de respeito despertados. É fundamental que esta técnica seja aplicada quando há toda uma estrutura não só física mas, principalmente, que agregue também uma filosofia de promoção, valorização e transformação do Ser na perspectiva da cidadania.

Diálogo na perspectiva da cidadania

Um grupo de adolescentes que estava sendo retirado das ruas, trabalhava ganhando um salário mínimo e estava reclamando que o trabalho era duro e o salário mínimo era pouco:

– *Num dá nem prá comprá rôpa* - exaltou-se um menino. – *É uma miséria, qui é* - completou outro.

– *Quem define de quanto é o salário mínimo?* - arrisquei, estimulando o diálogo.

– *É a ONG. – Não! É o Reitô.*

– *Não. É o Presidente.*

– *E quem escolhe o Presidente?* - continuo.

– O povo.

– E por que o povo escolhe um Presidente que define um salário mínimo que não dá para todas as necessidades do próprio povo?

– *Uma muié da minha rua votô in Color porque era bunito* - informou alguém..

– *E vocês?* - continuo eu a provocar.

– *Eu num voto!*

– É tudo ladrão!

– Eu voto ni Lula.

– Num adianta, é tudo ladrão.

– Eu ouvi outro dia vocês discutindo sobre os tênis. Como é mesmo que vocês escolhem quando querem comprar um?

– O melhor.

– O mais forte...

– O mais bonito.

– *E para votar? Como vocês escolhem?*

– Como a gente vai sabê? Eles diz qui fais e depois num fais...

– *De que o povo precisa?* – continuo.

– De cumê.

– De casa pra morá.

– De escola.

– De médico

De...

Digo-lhes que tem um jeito de saber pelo menos alguma coisa. Param e ficam atentos. Pergunto-lhes o que é Reforma Agrária, complemento as respostas e pergunto o que vem acontecendo com ela; pergunto sobre a escola, falo sobre as verbas para a educação, para a saúde, para o sistema habitacional, e concluo explicando que são projetos que têm que ser votados pelos deputados dos partidos no Congresso. Explico o que são os projetos e pergunto sobre os partidos.

– Como vocês sabem qual o tênis mais forte, melhor?- retomo eu, fazendo uma analogia com a história do tênis, que ouvi quando eles discutiam.

– A gente si informa.

– Então, que tal se informar também sobre em quem vai votar? Sobre os deputados, os candidatos a presidente, seus partidos e, principalmente, se eles vêm votando nos projetos que favorecem o povo naquelas necessidades que vocês citaram? - Casa, terra para plantar, escolas, saúde... Não só no tempo das eleições, mas durante suas vidas políticas.

Esta forma de diálogo ressalta uma abordagem problematizadora, sem respostas imediatas e sim suscitando o refletir e a vivência do interlocutor na perspectiva de favorecer seu auto-crescimento.

Dinâmica do Território Mínimo

Esta dinâmica se constitui numa adaptação efetuada por Hirata (1997), que a usou com as adolescentes em situação de rua, na Casa de Oxum. Consiste numa técnica sobre o desenho do corpo humano que, neste trabalho, foi utilizada com o objetivo de levar a adolescente a expressar sua auto-

imagem e oportunizar discussões sobre seu auto-conceito. Foi denominada pela autora de dinâmica do território mínimo, por considerar o corpo como um território e, a partir deste conceito, discutir como as adolescentes se vêem, o que gostam, não gostam e o que valorizam em seu corpo. Esta técnica promove a oportunidade de expressarem seu auto-conceito, o modo como cuidam de si mesmas, o que constitui aspectos da auto-estima. Observamos no desenvolvimento desta técnica os seguintes momentos:

a. *Discussão com o grupo de adolescentes sobre o entendimento do significado da palavra território; iniciar fazendo analogia com área física-geográfica;*
b. *Consenso que nosso corpo pode ser considerado nosso território mínimo;*
c. *Solicitação que as adolescentes trabalhem em duplas onde uma deita-se sobre uma folha de papel metro e a outra faz-lhe o contorno do corpo com lápis cera; em seguida, troca-se de posição até que todas tenham o desenho do seu próprio corpo;*
d. *Disponibilidade de material como tinta guache, lápis e papel colorido, cola, contas, etc. e as adolescentes são estimuladas a cuidar da figura desenhada;*
e. *Devem dar-lhe um nome, recortá-la e pregar na parede;*
f. *Verbalização sobre o que gostam na figura desenhada, o que não gostam e como cuidam deste território.*

Esta verbalização oportunizou desdobramentos como discussões sobre características raciais, valores estéticos com narrativas das adolescente sobre a insatisfação com a auto-imagem, como por exemplo, quanto a cor da pele ser negra, cabelos encaracolados, outros, etc. Com estas discussões pressupõe-se a liberação de tensões quanto a desvalorização da auto-imagem e encaminhamentos para a aceitação da mesma. Suscitaram também narrativas como as adolescentes fazem prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, cuidados higiênicos, cuidados estéticos e como defendem seu território mínimo nas ruas. Este trabalho oportunizou também que as adolescentes participassem da aprendizagem do estilo afro-jamaicano de pentear e enfeitar os cabelos. Esta atividade foi muito apreciada.

A Lenda da Beleza

A narrativa desta lenda aconteceu seguindo a dinâmica anterior, com o mesmo grupo de adolescentes, com o objetivo de deslocar o padrão nórdico de beleza muito valorizado, evidenciar e valorizar outros padrões de beleza e apoiar a auto-aceitação. Ela foi adaptada por Hirata de um conto de Tahan (1997), e narra sobre a incumbência de um súdito em achar a beleza e trazê-la para seu senhor. Isto o levou a viajar por vários continentes onde a beleza é descrita e mostrada diferentemente, de acordo com os tipos físicos do local e padrões das diversas culturas. O encontro do mensageiro com a beleza no continente africano foi acrescentado pela autora, com valorização dos seus atributos, pois este não constava no conto original. A lenda finaliza com o retorno do súdito sem cumprir sua missão pois a beleza aparece com faces sempre belas, mas diversas, em diferentes partes do mundo.

O uso desta lenda vem do sentido que os contos e parábolas, falam diretamente ao emocional e por isto foram usadas pelos grandes Mestres. Neste caso, oportunizou as adolescentes discutirem diferentes aspectos raciais existentes, desvelarem pré-conceitos e conceitos de beleza, e chegarem ao consenso da relatividade desta. Considerando este momento como uma ampliação de horizonte cultural, com significado de auto-crescimento, distinguimos também, nessa lenda, uma mensagem

que aponta para uma aceitação de atributos étnico-raciais, e da auto-imagem, o que reverte num apoio à auto-estima.

Meditação Criativa: seqüências de uma viagem

A meditação foi incluída enquanto cuidar, pressupondo que ela propicia contato com níveis e dimensões profundas do inconsciente, com perspectiva de autoconhecimento para a autotransformação, sendo considerada um alimento para o espírito. Ela foi complementada com o conceito musical *Seqüência de uma Viagem,* criada por Laursen (1986), que consta de cinco melodias, correspondentes a cinco chakras básicos. O objetivo é a pressuposição de apoio num processo de mudança a partir de uma reflexão sobre sua situação presente, para a clareza que este momento não mais lhe corresponde, criando a possibilidade da aceitação de um novo ciclo.

O conceito musical para meditar do referido autor faz analogia ao processo de mudança com uma viagem, descrevendo o sentido de cada melodia da seguinte maneira:

a. *Reflexão* (Contato com a Tristeza e a Alegria): A mudança é iniciada por um contato com sentimentos e reflexão em sua situação atual, a qual não lhe é mais adequada. Se você deseja mudar, você deve ver as coisas como elas são. Isto freqüentemente requer coragem e honestidade;

b. *Preparação* (Contato com a Inspiração e Discriminação): Para mudar, algumas coisas devem ser deixadas para trás enquanto outras podem ser consideradas em nossa nova estrutura. A montanha permanece enquanto o rio se move;

c. *Separação* (Contato com o Rompimento e a Decisão): A mudança também significa adeus a alguma coisa conhecida e aparentemente segura. Para chegar a uma decisão, você experimentará sentimentos de dúvida, hesitação e nostalgia;

d. *Jornada* (Contato com a Repressão e a Expressão): Deixando o conhecido você vai em direção ao desconhecido, carregando somente suas crenças e sua visão de mundo;

e. *A Chegada* (Contato com o Equilíbrio e a Aceitação): Seguindo uma chamada emergente da natureza, você encontra seu novo lugar. Uma nova estrutura mais completa é construída, mas, ao mesmo tempo, ela é também mais simples, baseada na aceitação e apreciação de você mesmo e suas habilidades. No tempo certo, esta nova estrutura favorecerá posterior integração e ainda outro ciclo de mudança.

Esta técnica foi desenvolvida com os adolescentes do sexo masculino, com o objetivo de fortificá-los para as mudanças, tanto físicas como sociais, pelas quais estavam passando naquele momento, apoiando assim seus processos de autocrescimento, auto-desenvolvimento na perspectiva da auto-estima. Esta meditação também foi realizada acrescentando no contato com cada chakra, sentimentos polarizados e a visualização das cores específicas correspondentes aos mesmos (Silva, 1987-98).

As instruções para esta técnica são as seguintes:

- Solicita-se que os adolescentes sentem-se confortavelmente, fechem os olhos e respirem e expirem lentamente, procurando aquietar a mente, com a atenção voltada somente para a respiração, durante uns quatro minutos;

- Depois solicita-lhes para fazer um contato mental ou mesmo um leve toque com a mão, no chakra do coração e colocar ali a cor verde;
- Lembrar de um acontecimento triste de sua vida e em seguida de um alegre. Colocar a música Reflection que dura 5:08min. Quando a música acabar, pedi-los para irem movendo as mãos, pescoço, pernas, e abrir os olhos lentamente;
- Solicitar que comentem individualmente sobre a experiência vivenciada;
- Ouvir todos os depoimentos, continuar repetindo a experiência com os outros chakras;
- Contato com o chakra da pineal (3º olho), a cor é anil, os sentimentos contatados são de peso (o que é difícil na vida) e de leveza (o que é agradável na vida). A música ouvida é Preparação, que dura 5:07 min.
- Contato com o chakra da garganta, a cor é azul, os sentimentos contatados são de repressão (o que não pode mais ser feito) e expressão (o que você vai continuar fazendo). A música é Separação, que tem a duração de 4: 58 min.
- Contato é com o chakra do plexo solar, a cor é amarela e os sentimentos contatados são o medo e o amor. A música é Jornada, com duração 4:45min.
- Contato é com o chakra da raiz, a cor é vermelha, os sentimentos contatados são os de fracasso e de sucesso. A música é Chegada, com duração de 5: 53 min.

Os adolescentes aprenderam a gostar desta atividade e a solicitavam com freqüência. No que foi vivenciado, os adolescentes citavam lembranças *do tempo em que era pequeno e era feliz,* correlacionado com o luto pelo corpo infantil; lembranças do *tempo em que não precisava trabalhar,* correlacionado com a perda da identidade infantil; lembranças do *tempo em que meus pais não me batiam,* correlacionado com a perda dos pais da infância. Estes aspectos, denominados de lutos ou perdas, favorecem o manejo de suas estruturas psíquicas frente ao mundo exterior apoiando este período de mudanças internas e externas e, consequentemente, favorecendo o autoconhecimento, o autocrescimento, a formação da identidade e fortalecendo a auto-estima. Aberastury et all. (1992, p. 71) ressaltam que *"se os sentimentos de perda são negados, não existe o cuidado pelo objeto nem por si mesmo, o afeto está negado e a capacidade de gozo, na vida, diminuída."*

A Terapêutica Floral de Bach

Este cuidado foi viabilizado através da consulta de enfermagem onde, entre outros, foram identificados os sentimentos/emoções e pensamentos desarmônicos do adolescente, tendo como referência uma entrevista.

Este sistema de tratamento foi pesquisado e desenvolvido por Bach, médico inglês, entre os anos de 1930 e 1934, quando identificou 38 flores nativas, afirmando que elas equilibram sentimentos, pensamentos e emoções em desarmonia, estados emocionais agudos como a raiva, o medo, a tristeza ou sobre estados mentais crônicos, ou modalidades de caráter. Segundo esta teoria, cada flor corresponde a uma qualidade/sentimento/pensamento específico ou um padrão de conduta negativo. Ao serem usadas, as flores colocam para a consciência a experiência que está sendo vivenciada com dificuldade, possibilitando assim o equilíbrio e a liberação dos sentimentos negativos de forma sutil, favorecendo o autoconhecimento, auto-crescimento e, consequentemente, apoiando a auto-estima. Outro relacionamento feito pelo referido pesquisador é entre a angústia emocional e o processo saúde-doença.

A hipótese sobre o mecanismo de ação destas essências florais é a vibração do campo energético das flores, atuando sobre as vibrações do campo energético do ser vivo, harmonizando-o.

Esta terapêutica foi usada por Hirata (1995-97) com adolescentes em risco social na perspectiva de apoio ao auto-crescimento e a auto-estima, pressupondo que, ao equilibrar emoções/sentimento/pensamentos, ela possa também restabelecer um estado de harmonia interna, despertando-os e encaminhando-os no sentido de efetuar mobilizações de recursos internos e externos no direcionamento de buscas para alcançar níveis desejáveis de bem-viver – a cidadania – contrários a docilização e alienação.

Nas consultas realizadas, as flores mais identificadas para estes adolescentes foram:

- Star of Bethlehem. Indicada para experiências traumáticas, tanto as mais antigas como as recentes. Foi ministrada para todos os adolescentes.
- Cherry Plum. Desperta o princípio da serenidade. Foi ministrada para os adolescentes com tendência a cometer atos danosos contra si mesmo, contra outros, ou para aqueles que verbalizavam tendência homicida e/ou suicida.
- Crab Apple. É usada para o sentimento de inadequação, auto-estima desvalorizada, possibilitando a aceitação de si mesmo. Foi também usada com a maioria dos adolescentes.
- Holly. É a essência do amor. É prescrita para pessoas com sentimento interno de abandono, carência afetiva, sentimentos de ciúme e raiva.
- Walnut. É indicada para momentos de mudanças e esteve também presente em todos os buquês dos adolescentes.
- Agrimony. Reflete alegria sincera. Aplica-se para as pessoas que buscam a alegria com o uso de estimulantes. Foi ministrada para todos os adolescentes que referiram o uso de drogas.
- Wild Oat. Relaciona-se com as qualidades anímicas de vocação e propósito, ajudando nas decisões quanto a novos rumos profissionais a tomar na vida. Foi ministrada para todos os adolescentes.
- Mimulus. Combate medos de origem conhecida.

O objetivo do uso desta Terapêutica partiu da pressuposição de sua ação ao nível da mente e da consciência, fazendo com que comportamentos e atitudes positivas tivessem primazia sobre os comportamentos autodestrutivos, característicos de uma auto-estima desvalorizada, resultantes sobretudo de processos de vida desestimulantes e inadequados na infância e adolescência, o que é compatível com a história de vida do adolescente em situação de rua.

Foi observada, no acompanhamento e nas consultas subsequentes, através de uma visão processual e qualitativa, uma mudança significativa nos adolescentes. Isto foi evidenciado nos diálogos e no comportamento dos mesmos quando tiveram de fazer enfrentamentos durante o desenvolvimento da pesquisa originária, pressupondo assim que os Florais de Bach atuam sobre as emoções e sentimentos, favorecem o auto-crescimento, contribuindo assim para elevar a auto-estima.

Estudos de apoio ao trabalho

Na reconstrução/criação destas técnicas, a autora buscou estudos alternativos e vivências de outros saberes que ficaram guardados no imaginário e nas representações populares de muitos povos, considerando que o verdadeiro papel da ciência é encontrar perspectivas mais universais que transcendam

qualquer sociedade, cultura, momento histórico ou atitude individual para maior reverência à vida. Neste sentido, faz uma re-leitura sobre a origem do *menino de rua,* com o objetivo de desmistificar que o adolescente vai para as ruas porque assim o quer; reune dados atuais sobre o extermínio de adolescentes como visibilidade da violência no estabelecimento de uma ordem extra-legal; aborda a auto-estima pela sua conexão com a competência de lidar com os desafios da vida; e, por fim, re-vê conceitos de cidadania que é quem nos dá o direito de exercermos o livre arbítrio de direitos e deveres.

Situação de rua: origem

A incipiente industrialização do Estado brasileiro teve seu maior impulso nos anos 50 e 60 quando, concomitante à queda das exportações agrícolas nacionais, levou com que o maior contigente populacional, principalmente de nordestinos, deixasse o campo. Com a falta de políticas públicas que os fixasse na terra, foram facilmente atraídos por uma miragem de cidade como zona de progresso rápido e repleta de novas oportunidades de trabalho e de melhoria de vida.

Mas o cenário urbano também não estava preparado para receber esses mais de dois milhões de migrantes que chegaram às grandes metrópoles, e esse crescimento migratório interno mudou completamente o visual, a ecologia e o cotidiano das cidades. Eles se estabeleceram, nos seus redores sem as mínimas condições de salubridade para viver, formando verdadeiros cinturões de miséria em volta destes centros urbanos.

Esse processo migratório campo/cidade, somado à crise mundial do petróleo nos anos 70, teve seus reflexos na economia brasileira que privilegiou determinados setores empresariais, sustentando e mantendo a iniciativa privada, num forte movimento de concentração de renda. As políticas públicas tinham efeito desmobilizador e não observavam as necessidades objetivas das comunidades mais carentes. Esses acontecimentos reforçaram essa nova e aviltante forma de viver, que se caracterizou como verdadeiros desenraizamentos familiares. Ocorrem nesses momentos grandes mudanças que em geral são acompanhadas de perdas, as quais possuem um poder de desarmonia intenso que atingem o ser no seu todo - mente, corpo e espírito. Neste processo desarmonioso, vão-se os costumes originais, sendo então estabelecidas estratégias de sobrevivência, valores morais e sociais antagônicos às próprias sociedades marginalizadas e marginalizantes.

A revelação deste momento brasileiro coloca as razões histórico-sociais e político-econômicas como causa básica de o adolescente (e\ou outros grupos da população) vivenciar a situação de rua, desde que, levou a família, (cuja função cultural é a reprodução das relações primárias – a proteção, o cuidado, o amor) a se desestruturar e a impelir seus filhos para a rua, como lugar de luta para a sobrevivência, como lugar de trabalho e até moradia.

Certamente esta causa primordial é consolidada pela persistência da falta de medidas governamentais mínimas como creches e escolas adequadas, vindo neste rastro os conflitos e a violência familiar. Em 1998, havia um milhão de crianças de oito a quatorze anos fora da escola.

Vivenciando este cenário adverso, está o adolescente que, por sua circunstância evolutiva, experiencia também um momento de transição, com conflitos biopsicosociais próprios, constituindo-se, assim num frágil elo da cadeia familiar que, sem o apoio requerido, ou muito pelo contrário, sofrendo pressões, é expulso de casa ou dela parte em busca de outros contextos.

A rua, o mais acessível destes contextos, caracteriza-se pela ausência de normas das instâncias responsáveis, como lugar que tem a marca do desprestígio, estigmatiza e caracteriza o abandono que,

por sua vez, legaliza a violência e estabelece a não cidadania. Na rua são oferecidos todos os tipos de riscos travestidos de aventura e liberdade e nela os adolescentes se tornam vítimas fáceis de pessoas inescrupulosas - michês, cafetões, traficantes, desenvolvendo, sob este referencial, uma identidade e um estilo de vida de risco, pernicioso a si e à sociedade. Não havendo oportunidades de resgate do adolescente deste contexto, isto é, havendo a persistência deste estado de não cidadania, sem direito e sem deveres, este comportamento de risco se intensifica e pode caracterizá-lo como uma personalidade distorcida que tanto vem aterrorizando a sociedade, mas que nada mais é que fruto desta mesma sociedade que lhe foi e é adversa.

Esta linha de pensamento deixa claro que tornar-se *menino de rua,* delinqüente ou mesmo um assassino, como no caso de alguns adolescentes da FEBEM, não é ou não foi uma escolha ou opção consciente do adolescente, e sim um legado histórico, social e político de uma nação omissa, que não valoriza a vida e que não soube prever conseqüências nefastas para si mesma, ao negligenciar tal segmento populacional tão vulnerável.

Extermínio: o silêncio dos inocentes

A violência contra adolescentes em situação de rua no Brasil pode ser revelada, inicialmente, por indicadores de mortalidade para a adolescência de forma geral, onde certamente esse grupo está incluído. As estatísticas do Ministério da Saúde (1994) apontam que 73,74% das mortes na faixa etária de 15 a 19 anos do sexo masculino e 41,07% no sexo feminino, estão nas denominadas causas externas – homicídios, acidentes de trânsito, suicídios. O suicídio, que é considerado a falência da auto-estima, constitui-se a segunda ou a terceira causa de morte de adolescentes em todos os países, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) faz projeções de seu aumento para o ano 2000, pela crescente desigualdade das oportunidades.

O Fórum Comunitário de Combate à Violência da Bahia, realizou, em 1997, uma pesquisa sobre a mortalidade por causas externas em Salvador e encontrou que vinte crianças e adolescentes, por mês, são vítimas de mortes violentas, sendo que sete delas por assassinatos. Porém, a face mais cruel da violência urbana contra adolescentes é o extermínio.

A Comissão de Justiça e Paz da Arquidiocese de Salvador (1999) cita que 734 adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, foram vítimas de extermínio na região metropolitana de Salvador entre 1º de janeiro de 1996 a 20 de novembro de 1999. Especificando por ano, essas mortes foram assim distribuídas: 219 mortos em 96; 206 em 97;187 em 98; 122 em 99. A pesquisa também traça o perfil das vítimas. O maior número dos adolescentes exterminados são do sexo masculino, de cor negra ou parda, de baixa escolaridade e qualificação profissional, tendo referência e/ou endereço familiar fixo, provenientes principalmente dos bairros de Tancredo Neves, Águas Claras, Pirajá e Pau da Lima.

Os adolescentes são vitimados na noite ou madrugada, entre sábado e domingo, isto é, durante os fins de semana. A pesquisa aponta a arma de fogo (84,74%) como principal instrumento ceifador de vidas. Um grande percentual deste tipo de morte é atribuído, principalmente, às polícias militar e civil, a grupos de extermínio, a segurança privada, que agem de forma isolada ou em conjunto. O maior percentual (65,53%) deste dado vem classificado como "outros" o que esconde estrategicamente a face do criminoso. Somente um pequeno percentual (1,36%) desta violência é registrada como ação marginal. Quanto ao local, a metade dessas execuções é realizada na via pública, isto é, na rua.

Estes dados sobre extermínio de adolescentes apontam para uma situação de violência estrutural, ou seja, do sistema social, desde que se trata de uma ordem extra-legal instalada. Vista sob este aspecto, com potencialidade, portanto, para ser combatida via reforço e vigilância de princípios democráticos e de cidadania.

Auto-estima

A auto-estima tem sua morada na consciência que, por sua vez, é um fenômeno espiritual, isto é, transcendente, portanto, característico e único do ser humano, funcionando em interação com outras forças da personalidade. A partir deste pressuposto, o cuidar para o adolescente em situação de rua com a perspectiva da auto-estima leva em consideração três razões principais:

- a primeira é que a missão da adolescência é a formação da identidade, a qual surge em meio a conflitos, por conta de ser este um momento de vivências de um mundo interior intenso, ocorrendo concomitantemente a um momento também de exploração do mundo exterior, numa busca de novas experiências sob influências do contexto social, configurando-se num estilo de vida característico dessa faixa etária. Esse estilo de vida pode se encaminhar para um estilo de risco ou não;
- a segunda razão é que a auto-estima se constitui num valor de bem-viver, de competência para a vida, podendo, no entanto, num estado negativo, funcionar ao revés, desde que *os dramas da nossa vida são reflexos das visões mais íntimas que temos de nós* mesmos (Branden, 1996 a, p. 9);
- e a terceira razão é sobre a predominância da inclinação para o risco na adolescência, sob influência do contexto social, o que determina uma alta mortalidade por causas externas criando um paradoxo, já que a morbidade nesta faixa etária é comparativamente baixa.

Com estas razões, a autora fez a conecção específica com o viver do adolescente em situação de rua, onde a violência, o extermínio, a criminalidade, o uso de drogas, a participação em gangues e galeras violentas, a vitimação por acidentes, o suicídio ou tentativas deste por formas diretas ou indiretas, caracterizam este grupo como de risco social, vivendo um estado de não cidadania. Este estado de perda se caracteriza enquanto perda, por uma desnutrição não só do fisiológico, mas também da mente, da consciência, de direitos e deveres, do espírito e com ela se vai também seu poder de decidir, de sonhar, de desejar a transformação, de respeito e amor a si e ao próximo.

Todas estas considerações levam a ver a necessidade de atenção à saúde do adolescente de forma preventiva, regular, sob um cuidar que supere os limites do conceito integrador para um conceito estratégico, isto é, que apreenda a necessidade específica do grupo – a preservação da vida no geral e a questão da cidadania no particular, ambas interligadas, neste trabalho, com a dimensão da auto-estima.

Na busca de subsídios para o trabalho, encontro em Branden (1996 a, p.9), estudioso do assunto, a afirmação:

> *não consigo pensar em uma única dificuldade - da ansiedade e depressão ao medo da intimidade ou do sucesso, ao abuso de álcool ou drogas, às deficiências na escola ou no trabalho, ao espancamento de companheiras ou filhos, às disfunções sexuais ou à imaturidade emocional, ao suicídio ou aos crimes violentos – que não esteja relacionada com uma auto-estima negativa.*

Portanto, ao considerar que a auto-estima tem um valor de sobrevivência e uma participação essencial no processo de vida saudável, buscamos entendimento dos seus interrelacionamentos com outros fenômenos da consciência, desde que ela não age isoladamente.

O estabelecimento de uma auto-estima fortalecida é precedida pela formação da *identidade* com referenciais positivos, com a percepção regular de si próprio, localizada num tempo e num espaço, divisando um passado e um futuro também pessoal, que é reconhecido por si e pelo outro. Neste caminhar, é interessante para o adolescente auscultar questões como - *Quem sou? De onde venho? Para onde vou?* – o que propicia não só apoio à construção da identidade como também da personalidade, que tem como um de seus elementos a auto-imagem ou autoconceito. A auto-imagem é construída com as convicções que formulamos de nós mesmos, nossa cultura, de acordo com nossa experiência, nossos êxitos e fracassos passados, nossas humilhações e nossos triunfos, e as formas com que nossos pais e outras pessoas agiram em relação a nós, mormente na primeira infância. Construímos, assim, a imagem da nossa personalidade e nos apresentamos e agimos através dela, desenvolvendo ações, sentimentos e até aptidões, de forma coerente com esta auto-imagem formulada, que poderá seguir ou não padrões sociais estabelecidos (Branden, 1996 a e b).

Portanto, é a nossa consciência que possibilita a formação e a interrelação destes fenômenos – a identidade, a personalidade, a auto-imagem, os quais não estão vinculados, necessariamente, a uma imagem de perfeição, e sim à auto-estima, que se torna, paradoxalmente, também um componente avaliador da auto-imagem. Nesta formulação, dois outros componentes são essenciais: o sentimento de *competência pessoal* e o sentimento de *valor pessoal.* Podemos ligar a *competência pessoal* à capacidade de pensar, entender os fatos da realidade histórica e escolher numa direção segura para si, considerando que nada pode ser social sem passar pelo individual. Quanto ao *valor pessoal* é o direito ao respeito como pessoa, à cidadania. Os dois componentes juntos são adequados para o enfrentamento dos desafios da vida, na garantia de atendimento de suas necessidades e de oportunidades de busca da felicidade. Se no nosso auto-conceito não nos sentimos competentes ou merecedores de determinado nível de vida ou de sucesso, é comum um processo de desânimo ou até auto-sabotagem, que, em geral, pode até estar na esfera do inconsciente.

Outro aspecto interessante é que a auto-estima possui a capacidade de monitorar nosso sistema de alerta, o que nos previne contra perigos, riscos e até acidentes, podendo também, no seu estado negativo, agir ao revés e, em momentos críticos da vida, não atuar positivamente, mas favorecer a materialização de desajustes, ações e/ou estados mórbidos, enquanto reflexo das visões e/ou desejos mais íntimos que temos de nós mesmos, por uma auto-estima desvalorizada. É como se a auto-estima – alta ou baixa – tivesse o poder de engendrar as nossas próprias profecias – boas ou ruins.

Mas é fato também que o ser humano enquanto ser transcendente, guiado por sua consciência, que o torna capaz de opções e decisões, é também capaz de acionar *mecanismos* que podem sustentá-lo, preservá-lo e/ou alimentar positivamente sua auto-estima, o que a transforma numa espécie de sistema imunológico, provedora de resistência, força e capacidade regeneradora, com grau maior ou menor de competência para caminhar a vida, amar e receber amor, de cuidar-se e ser cuidado.

Branden (1996 b, p.22) define a auto-estima como:

> *a confiança em nossa capacidade para pensar e enfrentar os desafios da vida. A confiança em nosso direito de ser feliz, a sensação de sermos merecedores, dignos, qualificados para expressar nossas necessidades, desejos e desfrutar os resultados de nossos esforços.*

Vista desta forma, a auto-estima positiva pode ser entendida também como uma espécie de conquista espiritual, isto é, uma vitória na evolução da consciência, que pressupõe um cuidar a nível do não físico, que se caracterize como uma espécie de alimento para o espírito, ou seja, é um cuidar com conhecimento de especificidades que favoreçam a promoção do auto-conhecimento e do auto-crescimento, buscando organizar forças que podem alterar os Seres nas suas subjetividades, portanto, seus destinos.

Cidadania

O conceito de cidadania fundamenta-se em pressupostos históricos-filosóficos, com aspectos abstratos, e só se configura no indivíduo – o cidadão ou cidadã. É fato também que este conceito não pode estar separado do conceito de democracia que é o que confere o direito de se lutar pela cidadania, ou seja, do direito a ter direitos.

As características e os atributos do cidadão, de direitos e deveres, de condições dignas de vida, com acesso a conteúdos sócio-econômicos, levam que se identifique o não cidadão, ou seja, aquele indivíduo que não possui as referências que identificam um cidadão, que ficou à margem, que foi excluído.

O cuidar com a perspectiva da cidadania inclui encaminhamentos em direção às atividades e ações que promovem e/ou influenciam a busca de um estado de cidadania, um referencial de direitos e deveres, numa constante exigência em direção ao conhecimento, ao auto-crescimento, com distinção e discussão em grupos sobre os direitos civis, políticos e sociais, que são conquistados num constante afrontamento com os poderes constituídos e limitantes de uma cidadania plena.

A concepção dos direitos civis indica a igualdade perante a Lei – direitos de pensamento e fé; de ir e vir; à propriedade; à conclusão de contratos pessoais e à justiça única para todos independente de cor, raça ou religião.

Os direitos políticos dizem respeito à aptidão para decidir politicamente – votar, ser votado, organizar-se, mobilizar-se, escolher conscientemente representação para novas formas de regimes governamentais.

Os direitos sociais são consubstanciados a partir do fortalecimento dos direitos civis e o exercício do poder político, com reconhecimento do Estado de seus deveres e obrigações para com o bem estar dos seus cidadãos – trabalho, moradia, segurança, saúde, lazer, saneamento básico, abastecimento, meio-ambiente, entre outras; ações que configuram a qualidade de vida de um povo de forma universalizada.

O cuidar na perspectiva da cidadania deve incluir dinâmicas, palestras, diálogos, leituras, inclusive de trechos da Constituição Federal e do Estatuto da Criança e do Adolescente, comparação com outros modos de viver de outros povos ou grupos sociais, buscando romper a alienação histórica-social do adolescente em situação de rua e promover o desejo de buscar o direito à cidadania.

À Guisa de Conclusão

Este relato sobre o cuidar de adolescentes em situação de rua, numa perspectiva do cuidar denominado de *científico-espiritual,* não se pretende nem conclusivo nem religioso, mas se coloca como primeiros passos. Enquanto *práxis,* ele indicou um novo foco para um cuidar com este grupo de forma específica e sistematizada – foco situado além do biológico - na auto-estima, na identidade e na cidadania.

Nele estão sugestões simples e práticas que tomaram como ponto de apoio o processo histórico-social predatório e injusto que leva adolescentes a vivenciarem a situação adversa da rua; a alta mortalidade na adolescência; a consideração da transcendência do Ser normalmente excluída dos trabalhos científicos; e a re-criação de técnicas/dinâmicas e terapias alternativas para qualificar o cuidar do adolescente em situação de rua.

Na qualificação do cuidar, observa-se o restaurar do valor diferenciado do Ser, a busca em realimentar a dimensão espiritual para o re-nascimento da possibilidade de restaurar também a auto-determinação, a auto-estima e a cidadania.

Assim sendo, na prática, o cuidar científico-espiritual termina por indicar um único caminho – ver o científico como um pilar que ajude o adolescente em situação de rua a resistir, sustentando-o e caracterizando-o por sua humanidade, sua transcendência, sua espiritualidade, sob pena de sua animalidade se sobrepor e tanto a sociedade marginalizada como a marginalizadora perderem de vista o valor do cuidar e o valor da vida, caracterizados no extermínio, no des-cuidado, na não cidadania.

E, finalmente, o trabalho re-afirma o valor do cuidado como ação terapêutica da enfermagem, integrando dimensões científico-espirituais e ético-filosóficas, além de aspectos tecnológicos, estéticos e interacionais, de forma organizada a favorecer o processo de nascer, viver e morrer do ser humano, dentro de princípios de cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, Arminda, KNOBEL, Mauricio. **Adolescência normal.** 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 90p.

ARQUDIOCESE DE SALVADOR. Comissão de Justiça e Paz. **Pesquisa sobre a violência em Salvador.** [S.I.: s.n.], 1999. Mimeogr.

BOFF, Leonardo. **A águia e a galinha:** uma metáfora da condição humana. Petrópolis: Vozes, 1998. 206p.

_____. **Saber cuidar:** ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999. 199p.

BACH, Edward. **Os remédios florais do Dr. Bach.** São Paulo: Pensamento, 1990. 96 p.

BRANDEN, Nathaniel. **Auto-estima:** como aprender a gostar de si mesmo. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 1996b. 43 p.

_____. **Auto-estima e os seus seis pilares.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1996a. 398p.

BRUNACCI, Júlio M. et al. Indicadores de saúde para a infância e adolescência. In: COSTA, M. C., COSTA, Ronaldo P. (Org.). **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente.** Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 290-22.

CALDEIRA, Jorge et al. **Viagem pela história do Brasil.** São Paulo: Cia. das Letras, 1997. 351p.

CARVALHO, Marco Antonio Cândido de. **Pedagogia de rua:** princípios extraídos de uma análise da prática. Salvador, 1992. Transcrição da palestra proferida em 5.12.92. no curso "Meninos e Meninas de Rua" do Seminário Internacional de Aprendizagem. Xerogr.

DONAS, Solum. **Marco epidemiológico conceptual da saúde integral do adolescente.** Brasília: OPS/OMS, 1992. 20p.

FÓRUM COMUNITÁRIO DE COMBATE À VIOLÊNCIA, 1997, Salvador. **O rastro da violência em Salvador.** 1997. Folder.

JORNAL DO BRASIL. Salvador: Globo, 27 jan. 2000.

HIRATA, Marisa Correia. **A auto-estima:** mudança estratégica no foco do cuidar de adolescentes. Salvador, 1999. Palestra proferida no Seminário Um Compromisso da Enfermagem com a Saúde do Adolescente Brasileiro, 1999, Salvador. Xerogr.

_____. **Crescer na adversidade:** um toque na auto-estima - a poética das flores. Salvador: Ultragraph, 1999. 143 p.

_____. **O cuidar científico-espiritual 2000.** (no prelo).

_____. **O cuidar como apoio à auto-estima de adolescentes em situação de rua.** Belo Horizonte, 1997. Poster apresentado no Congresso Brasileiro de Enfermagem, 49., 1997, Belo Horizonte.

_____. Florais de Bach: uma abordagem na enfermagem segundo Martha Rogers. **R. Baiana Enferm.**, v. 6, n. 1, p. 28-46, abr. 1993.

_____. **Jardineiros sem flores:** o cuidar-cuidado com o adolescente não cidadão na perspectiva da cidadania. Salvador, 1995. 150p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 1995.

HIRATA, Marisa Correia et al. **Autoconhecimento.** Salvador, 1994. Trabalho apresentado para avaliação da disciplina Liderança, do Curso de Mestrado da EEUFBa. Mimeogr.

KNOBEL, Maurício. Síndrome normal da adolescência. In: ABERASTURY, Arminda. **Adolescência normal.** 10.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 90p. p.24-59.

LAURSEN, Lau. **Siquence from a voyage.** [S.l.]: Quest sound consult, 1986. 1 cassete sonoro (30min): 3 ¾ pps.

LEININGER, Madeleine. A relevant nursing theory: transcultural care diversity and universality. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1., 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1995. p. 232-54.

LEOPARDI, Maria Teresa et al. **Tendência da enfermagem no Brasil:** tecnologias do cuidado e valor da vida. Florianópolis, 1999. Palestra proferida no Congresso Brasileiro de Enfermagem, 51., 1999, Florianópolis. Xerogr.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status.** São Paulo: Zahar, 1967. 217p. (Biblioteca de Ciências Sociais).

PETER, Ricardo. **Viktor Frankl:** a antropologia como terapia. São Paulo: Paulus, 1999. 119 p.

REIS, Ana Maria Bianchi dos. **O axé da Bahia:** uma força criadora capaz de transformar a história dos meninos que vivem nas ruas de Salvador. Salvador, 1993. Mimeogr.

SILVA, Alcione Leite da. **Cuidado transdimensional:** um paradigma emergente. Pelotas: Ed. Universitária, 1997. 215 p.

SILVA, Isis Pristed da. **Auto-desenvolvimento, meditação e healing espiritual:** workshops e cursos. Salvador, 1987-98.

TAHAN, Malba. **Minha vida querida.** 16. ed. Rio de Janeiro: Record, 1997. 125p.

TALENTO, Barbara. Jean Watson. In: JULIA B. et al. **Teorias de enfermagem:** os fundamentos para uma prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338p. p. 254-267.

UMA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO COM ADOLESCENTES EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cláudia Regina Menezes da Rocha[1]

Apresentação

A adolescência tem mobilizado diversas áreas de discussão em torno da sua especificidade; como, por exemplo, os setores da educação, da saúde e da justiça, além da mídia e, de uma forma geral, a sociedade como um todo. Esta mobilização se faz em função da expressão das questões que estão colocadas para este ciclo da vida.

Sem dificuldade, podemos enumerar várias situações que se colocam para a adolescência em nossa sociedade: a forte expressividade da violência, com um grande número de mortes por homicídios e acidentes de trânsito, o crescente uso de drogas, os grandes índices de acometimento por Doenças Sexualmente Transmissíveis e soropositividade para o vírus HIV, a evasão escolar, o trabalho precoce e, na maioria das vezes, no mercado informal e em condições desfavoráveis; além da problemática do adolescente infrator e o desafio de sua recuperação social.

Este artigo pretende apresentar uma experiência de cinco anos com adolescentes a partir do trabalho desenvolvido por uma enfermeira sanitarista inserida numa equipe multiprofissional, no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e, atualmente, coordenadora do Ambulatório Avançado para Adolescentes no Complexo do Morro dos Macacos.

Dentre as várias ações desenvolvidas pelo setor de Atenção Primária do referido Núcleo, elegemos para este relato a descrição do trabalho realizado na comunidade do Complexo dos Macacos, em Vila Isabel, zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

O Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente

O NESA é um Núcleo da Universidade do Estado do Rio de Janeiro que trabalha com adolescentes de 12 a 20 anos de idade desde a década de 70, no Hospital Universitário Pedro Ernesto. Este núcleo dedica-se ao trabalho com a saúde do adolescente nos eixos de assistência, extensão, ensino e pesquisa, visando construir um modelo de atenção integral[2] à saúde do adolescente.

---

[1] Enfermeira do setor de Atenção Primária do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – UERJ. Especialista em Saúde Coletiva – ENSP/FIOCRUZ. Mestranda do Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde – UFRJ.

Agradeço ao Prof°. Enf.° Walcir de Oliveira Barros (ABEn-Rio) pela contribuição a este trabalho com suas considerações, e à Profª Edna Olímpia da Cunha pela revisão do texto.

[2] ***Saúde Integral*** – A integralidade da saúde é um conceito que abarca a qualidade e harmonia nos âmbitos biológico, psicológico e social, sendo aplicável a indivíduos, famílias e sociedades. A atenção integral pretende ser a resposta que dá o setor saúde às necessidades biológicas, psicológicas e ambientais dos indivíduos e dos grupos humanos de acordo com sua idade, período do ciclo vital e do ciclo familiar, níveis de cultura, necessidades e condições de vida, levando em conta os contextos e oportunidades de saúde (OPS, Pub. Cient. n° 552). Quando entendemos que a saúde se refere a todas as questões relevantes para a vida de um indivíduo, percebemos que o setor saúde necessita articular-se com outros setores, trabalhando em conjunto (intersetorialidade) para melhorar a qualidade de vida da população como um todo.

O referido Núcleo está estruturado de forma hierarquizada quanto à prestação de serviços, em três setores, a saber: as Atenções Primária, Secundária e Terciária.

O setor de Atenção Primária, estruturado em 1989, visa desenvolver ações de promoção e prevenção de agravos à saúde do adolescente

Com o objetivo da extensão universitária, o setor de Atenção Primária estabeleceu, em 1990, o Ambulatório Avançado para Adolescentes do Morro do Pau da Bandeira que funciona no Complexo do Morro dos Macacos em Vila Isabel, zona norte do Rio de Janeiro.

Esta comunidade, como muitas outras do Estado do Rio de Janeiro, tem sua estrutura sanitária e ambiental representada pela precariedade das condições de vida, falta de saneamento, moradias precárias, problemas com a coleta de lixo, falta de água, eminência de desabamentos de encostas em períodos de chuvas etc. A população desta comunidade conta com um grande número de migrantes de outros estados do Brasil, que se deslocam para a cidade grande, buscando novas perspectivas e acabam tendo que residir em locais sem infra-estrutura e inserir-se no mercado informal como forma de buscar a sobrevivência da família. Porém, esta também é uma comunidade com uma vida sócio-cultural intensa, onde subsistem organizações comunitárias, como as associações de moradores, centros comunitários, organizações religiosas, creches comunitárias, projetos de educação ambiental e saúde, além de contar com quatro escolas públicas municipais de ensino fundamental.

O referido ambulatório trabalha a partir de uma equipe multiprofissional na área da saúde, com médicas, enfermeira, assistentes sociais, odontólogos, psicóloga, nutricionista, auxiliares de enfermagem e agente administrativo, atendendo a adolescentes inscritos em seu programa nas área de Clínica Médica, Enfermagem, Serviço Social, Saúde Reprodutiva, Odontologia, Nutrição e Psicologia. São desenvolvidas atividades coletivas de cunho educativo não só no ambulatório, mas em vários lugares da comunidade. O ambulatório desenvolve atividades que visam à articulação, neste espaço, entre projetos e organismos da comunidade, como associações de moradores, centros comunitários e escolas. E, ainda, entre outras instituições na área da saúde, e setores como, por exemplo, a educação e a justiça.

As atividades realizadas contam também com a presença de graduandos e pós-graduandos de várias categorias profissionais nas áreas de Saúde do Adolescente e Saúde Coletiva, além de profissionais de todo o Brasil e outros países em atividades de aperfeiçoamento profissional.

Ao longo de sua existência, várias pesquisas foram realizadas, nas áreas de Epidemiologia (Inquérito Epidemiológico, Perfil Nutricional e Vigilância em Saúde), Clínica (Endocrinologia), Saúde Reprodutiva e Sexualidade (Prevenção de DST e Gravidez), Organização de Serviços (Estudo de Demanda), Violência e Educação (Formação de Profissionais de Saúde).

Este trabalho no Complexo dos Macacos também engloba a atuação nas escolas da comunidade. Temos percebido como fundamental o intercâmbio entre o trabalho desenvolvido no ambulatório e as escolas. No contato com os adolescentes, constatamos a importância e o valor atribuídos à escola por parte dos adolescentes, da família e da comunidade, colocando-se na vida do jovem como uma instituição de grande significado.

Paradigma norteador da prática

O Programa de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde (PROSAD,1996) define a adolescência como o período entre os 10 e 19 anos de idade, sendo um período da vida caracterizado por

intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.

Segundo o Censo Demográfico de 1991, 21,84% da população brasileira pertencem a este grupo. Associada à sua expressão quantitativa, "sua vulnerabilidade aos agravos de saúde, bem como às questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, saúde, esporte, cultura, lazer e outros, determinam a necessidade de atenção mais abrangente e específica" (PROSAD, 1996).

A partir de um conceito amplo de adolescência, percebemos a riqueza de se trabalhar a saúde no espaço privilegiadamente coletivo; por isso compartilhamos com as idéias de Ayres (1994, p.25) quando afirma:

> *a adolescência precisa ser tomada não como uma abstração universalmente aplicável e só concretizada ao nível individual, mas transformada em categorias objetivas, que expressem condições socialmente dadas de saúde e doença, aplicáveis coletivamente, significativas e estratégicas para as ações abrangentes e impactantes na saúde em sua expressão coletiva (grifo nosso).*

Percebemos que nos deparamos, diante das questões referentes a adolescência, com um grupo jovem o bastante para ser permeável à prevenção, à mudança, à construção, e suficientemente maduro para ser estimulado à reflexão, à crítica e ao autoconhecimento.

Conceitualmente, a Saúde Coletiva aponta para um novo paradigma na compreensão do processo saúde-doença, compreendendo-o como um processo histórico e social, problematizando a organização das práticas em saúde, enfatizando a promoção de saúde e a prevenção de riscos, agravos e doenças a partir da reorganização da vida social e não apenas a partir dos serviços de saúde, articulando, portanto, estratégias mais amplas de construção da cidadania e de transformação da cultura sanitária. O desafio que se impõe é o de entender e operacionalizar a concepção de saúde enquanto objeto e instrumento orientador do trabalho: saúde refletida, não como ausência de doença, mas relacionada à qualidade de vida.

Neste sentido, consideramos fundamental resgatar também o discurso sanitarista que constrói o conceito de saúde ampliado, com enfoque a partir das determinações sociais, entendido com relação ao conjunto das condições de vida da população:

> *em sentido mais abrangente a SAÚDE é o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida"(Relatório VIII C.N.S., 1986).*

Em 1986, no Canadá, realizou-se a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que lançou um movimento que, desde então, tem sido denominado de "Promoção à Saúde". Segundo a Carta de Ottawa, "*a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, podem tanto favorecer como prejudicar a saúde" (*Buss, 1999).

Diante dessa concepção que a aponta como fundamental, parece-nos que a saúde deveria torna-se um bem disponível a todos, independentemente da classe social. No entanto, a Atenção Primária à Saúde, idealmente a porta de entrada de um sistema de saúde, tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de um serviço simples e, quase sempre, com poucos equipamentos, numa prática fadada a uma "medicina simplificada".

Esta imagem tem raízes na sua própria origem, pois, de fato, foi criada entre nós como prestação de assistência de serviço público, cujo objetivo institucional era ampliar a cobertura dos serviços para a população mais carente e excluída dos serviços, estendendo a assistência médica de forma simplificada e barata (Donnangelo e Pereira, 1976 *apud* Schraiber e Mendes-Gonçalves, 1996).

Situações assistenciais de unidades básicas, *locus* precípuo da Atenção Primária à Saúde, requerem uma efetividade terapêutica que reclama uma abordagem tecnológica específica: a atenção primária.

Portanto, os requisitos assistenciais de uma unidade básica de saúde em sua forma própria de assistência serão os de alta capacidade resolutiva e, ao mesmo tempo, alta capacidade diagnóstica, para atuar corretamente nas demandas primárias e propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial.

Situando o patamar de necessidades que queremos reconceber, apontamos princípios para a assistência que se delimita para a unidade básica de saúde e que tratamos por atenção primária:

- Evitar a redução de necessidades de saúde a processos fisiopatológicos nas concepções de serviços, valorizando, portanto, positivamente a atenção primária como uma forma bastante específica de organizar a prática e como tal dotada de particular complexidade;
- Revalorizar a busca por assistências progressivamente complementadoras do cuidado produzido, em lugar da somatória dos atos especializados;
- Instituir a dimensão subjetiva das práticas em saúde como parte da inovação tecnológica, revalorizando, tanto para a população como para os profissionais, uma prática cujas relações interpessoais também resguardem o sentido humano das profissões em saúde (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 1996).

Com relação ao perfil de morbimortalidade da adolescência brasileira , o PROSAD (1996) afirma que no que se refere à mortalidade, as causas externas, como acidentes de trânsito, homicídios, suicídios e outras violências são as primeiras causas de morte. Seguem-se, de longe, causas mal-definidas, neoplasias, enfermidades do aparelho cárdio-respiratório, enfermidades infecciosas e parasitárias e outras.

Ainda, segundo o PROSAD (1996), quanto à morbidade, a partir de trabalhos publicados, nota-se que a maioria dos adolescentes busca as unidades de saúde com queixas mal definidas, na maioria das vezes, englobando uma problemática psicossocial.

Em nosso serviço, no Ambulatório Avançado para adolescentes podemos perceber a partir da demanda, a relevância das causas externas representadas por homicídios, além de eventos não letais, mas marcantes, como acidentes de trânsito e situações de violência doméstica. Coloca-se, ainda, como problemático, o uso de drogas lícitas, como o cigarro, consumido por muitos adolescentes, e ilícitas.

Como ocorrências diagnósticas, a partir do atendimento em saúde reprodutiva, despontam como primeiros motivos da demanda as afecções ginecológicas (com grande participação das DST), o diagnóstico de gravidez e contracepção.

De acordo com o perfil exposto, os agravos à saúde dos adolescentes relacionam-se a questões ligadas ao seu estilo de vida e às suas condições de sobrevivência. A necessidade de mudança do estilo de vida não se coloca apenas em função da aquisição de informações, mas de um trabalho ético que inclua as questões sócio-culturais, não só a quantidade de informação veiculada como também a qualidade desta, a elaboração de vivências cotidianas, refletindo sobre as alternativas de vida por meio da troca de experiência entre os pares.

Apontamos como referencial deste trabalho o paradigma norteador da Educação em Saúde, área temática colocada no entrelaçamento de disciplina das Ciências Sociais e das Ciências da Saúde. Apresenta-se como uma área de saber marcadamente instrumental, cumprindo um papel significativo face ao crescente interesse pela promoção e prevenção de saúde (Stotz, 1993).

Engelman e Forbes (apud Stotz, 1987) reputam o interesse crescente pela Educação em Saúde devido à evidência e à preocupação de que as causas mais importantes de morbimortalidade parecem ser uma conseqüência do estilo de vida, dos riscos[3] ,a partir da condições de vida e trabalho e da magnitude dos gastos com saúde.

Entendemos que as atividades de educação em saúde assumem papel estratégico no trabalho com adolescentes, permitindo a ampliação do enfoque de saúde.

Assim, compreendemos o trabalho de educação em saúde com adolescentes, conforme descrevem Monteiro e Peres (1992), a partir de sua experiência:

> *como profissional de saúde pública, atuando em atenção primária, nosso campo de ação e abrangência implicaria, necessariamente, a dimensão do concreto da vida dos adolescentes no processo saúde-doença, que subsidiasse a prática educativa de alcance coletivo em educação em saúde e que desse conta das várias formas de relação dos adolescentes nas esferas da vida nas cidades, da cultura, do trabalho, da instituição educacional, da relações familiares, da sexualidade, do lazer, etc...*

Esta abordagem pressupõe a perspectiva de trabalho com o indivíduo acentuando sua condição de sujeito, entendido numa visão integral, a utilização de metodologias participativas, além da compreensão do adolescente como um multiplicador em potencial.

As ações desenvolvidas por meio da equipe multiprofissional para a realização das atividades implementadas contam com a participação efetiva dos treinandos das diversas modalidades envolvidas no treinamento da Atenção Primária do NESA, dentre eles, graduandos e pós-graduandos de várias categorias profissionais como Serviço Social, Enfermagem, Medicina, Nutrição e Psicologia.

Acreditamos ser possível a construção de um processo de formação integral por meio da interdisciplinaridade que permita superar a fragmentação dos saberes e das ações profissionais. A partir dessa perspectiva, experienciamos espaços conjuntos de prática e supervisão entre as diversas categorias, buscando articular os diversos treinandos na realização de ações conjuntas, construindo o processo de relação teoria-prática em etapas de planejamento, execução e avaliação do processo de trabalho em equipe multidisciplinar. Entendemos, ainda, que um trabalho que visa à construção da parceria entre os diversos setores é privilegiado no sentido de oportunizar uma articulação interinstitucional que repercuta

---

[3] Risco, além de seu significado, apresenta desdobramentos como os que se seguem: **Risco** – Epidemiológicamente, risco é a probabilidade de ocorrência de um efeito indesejado. **Fatores de risco** – elementos, características ou circunstâncias detectáveis em indivíduo ou grupo de indivíduos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se a eventos indesejados, adoecimentos ou morte. **Fatores protetores** – Recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco. **Enfoque de risco** – com relação à saúde do adolescente, este conceito surge ao associarmos as noções de fator de risco e vulnerabilidade (possibilidade de intervenção efetiva sobre o curso de um problema *(Ayres e Júnior,* 1996). Os adolescentes são considerados vulneráveis por estarem vivendo um processo complexo de maturação, necessitando de condições favoráveis para o pleno desenvolvimento de suas capacidades. A adolescência é considerada um período crítico, de riscos e oportunidades, um estágio de formação essencial para a vida, onde ocorre a assunção de novos padrões de comportamento, muitos deles ligados diretamente à sua saúde. A atenção ao adolescente, a partir deste enfoque, se reveste de um caráter eminentemente preventivo, de supressão de fatores de risco e promoção de fatores protetores.

na formação tanto dos treinandos, como dos profissionais, pois permite questionamentos que apontam para uma construção efetiva da interdisciplinaridade, com novas perspectivas de conhecimento.

> *A superação desses desafios certamente implica a capacidade de atuar dentro da dialética do velho e do novo, ou seja, da crítica à forma fragmentária da produção da vida humana em todas as suas dimensões e, especificamente, na produção e socialização do conhecimento e na construção de novas relações sociais que rompam com a exclusão e alienação (Frigotto, 1995).*

Reiteramos as palavras de Jantsch e Bianchetti (1995), ao abordarem a discussão de Universidade e Interdisciplinaridade: "*A historicidade, a nosso ver, exige das Universidades mais atuação na pesqui*sa *e realização de projetos interdisciplinares, uma vez que a maioria dos problemas do contexto em que elas se inserem só poderá ser superada num esforço interdisciplinar e interinstitucional"* Daí a importância do NESA como espaço institucional facilitador da integração dos profissionais de saúde.

A Enfermagem na construção do trabalho

A Enfermagem como prática social integra-se às práticas dos demais trabalhadores em saúde, enquanto um coletivo que responde pela produção de serviços de saúde.

Enquanto prática social em saúde, campo que vem sendo desafiado na construção de um novo modelo de produção de serviços de saúde, a enfermagem tem a necessidade de se colocar diante da construção de um trabalho interdisciplinar, contribuindo com sua especificidade.

Ao longo dos últimos cinco anos, o trabalho da enfermagem no ambulatório Avançado tem se estruturado em função da consulta de enfermagem, especialmente na área de saúde reprodutiva (prevenção da gravidez indesejada, acompanhamento do processo gravídico[4] e prevenção de DST), atividades de educação em saúde nos âmbitos individual e coletivo e a preceptoria de alunos, especialmente os de enfermagem, por meio da supervisão das atividades realizadas e discussão da assistência de enfermagem em saúde coletiva, atenção primária e atenção à saúde do adolescente.

Num "*processo de aproximações sucessivas de interesses, a Enfermagem vem construindo ligações, articulações permanentes com a população e com os demais profissionais de saúde" (Sena-Chompré e Egry, 1998),* potencializando as perspectivas de ações transformadoras no campo da saúde e da educação, especialmente no que concerne à formação de novos profissionais de enfermagem e de saúde de uma forma geral, para uma prática renovada.

A experiência de coordenação da equipe de trabalho tem sido fundamental para o aprofundamento do sentido do cuidado em saúde, da qualidade da assistência em atenção primária e da responsabilidade diante da realidade do sistema de saúde e das políticas públicas sociais de um serviço formador de recursos humanos em saúde, enquanto um espaço de educação e trabalho e, ainda, das possibilidades de trabalho da enfermeira no trabalho em equipe.

---

[4] Embora não haja, no momento, o serviço de acompanhamento pré-natal, as adolescentes solicitam um acompanhamento paralelo ao pré-natal que realizam em outro serviço de saúde, utilizando-se deste espaço para solucionarem dúvidas e obterem informações mais detalhadas sobre o processo gravídico, o momento do parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido.

Considerações finais

Os dez anos de trabalho realizado pelo setor de Atenção Primária do NESA no campo da atenção primária à saúde do adolescente constituíram-se num desafio, desde sua implantação, e na sua manutenção.

Compreendemos que, ao longo deste tempo, produzimos um cabedal de conhecimento no âmbito da atenção primária em saúde do adolescente que subsidia nossa prática, criando tecnologias apropriadas a especificidade deste campo, por meio de ações no cuidado em saúde neste ciclo da vida.

De acordo com o que observamos, a partir de nossa prática, sobre a adolescência e a assistência à sua saúde, podemos concluir sobre a característica interdisciplinar que define a compreensão da adolescência e se coloca como condição *sine qua non* na organização e produção da assistência à saúde.

Marca, ainda, esta experiência a completa incorporação de treinandos ao nosso processo de trabalho; iniciativa bem sucedida e que traz frutos relevantes, a partir da formação de profissionais de saúde mais sensíveis à realidade vivida por nossa sociedade marcada, muitas vezes, pela contradição, privilegiando o espaço do serviço de saúde enquanto um espaço de trabalho e educação.

Concluímos, ao longo da realização deste trabalho, a necessidade fundamental de avaliação constante das ações desenvolvidas, possibilitando a sua retroalimentação. Para isso, tem sido importantes as diversas pesquisas realizadas sobre nosso público-alvo e acerca de nosso processo de trabalho. 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 várias demandas e modalidades de treinamento.

As perspectivas deste trabalho são de aprofundamento das ações de saúde em atenção primária, de sua capilarização no espaço desta comunidade e do trabalho conjunto com jovens Promotores de Saúde em sua própria comunidade, discutindo as questões relativas à saúde entre seus pares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita. **A adolescência e o processo de trabalho em saúde.** São Paulo: USP, 1994. Mimeogr.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde no Brasil hoje. **Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, ano 17, jan./mar. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde do adolescente**: bases programáticas. Brasília, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final.** Brasília : Ministério da Saúde, 1986. 21p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura)

FRIGOTTO, Gaudêncio. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas Ciências Sociais. In: JANTSCH, Ari Paulo, BIANCHETTI, Lucídio (Org.). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis, RJ : Vozes, 1995.

JANTSCH, Ari Paulo, BIANCHETTI, Lucídio (Org.). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. Cap. 9, p. 195-204: Universidade e interdisciplinaridade.

MENEZES, Claudia Regina da Rocha. **Adolescência e saúde coletiva:** reflexões para a formação de profissionais de saúde. Rio de Janeiro, 1999. 30p. Projeto de dissertação (Mestrado) – Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde, UFRJ, 1999.

MONTEIRO, D.R., PERES, S.G.O. Espaço do adolescente. In: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (Brasil). **Práticas de educação em saúde:** programa de assistência integral à saúde da mulher. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1992.

SCHRAIBER, Lilia Blima, MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno, NEMES, Maria Inês Batistella (Org.). **Saúde do adulto:** programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

SENA-CHOMPRÉ, Roseni Rosângela, EGRY, Emiko. **A enfermagem nos projetos UNI:** contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira. São Paulo: Rede Unida/Hucitec,1998.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, Vitor Vincent, STOTZ, Eduardo Navarro (Org.). **Participação popular, educação e saúde:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

A PRÁTICA DE CUIDAR / CUIDADO À SAÚDE DOS ADOLESCENTES EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Cristiane Vanessa da Silva[1]
Regina Célia Gollner Zeitoune[2]

Introdução

O estudo que teve como objeto a prática da assistência à saúde de adolescentes em Unidades Básicas de Saúde surgiu a partir da vivência em Centros de Saúde quando havia sempre uma grande discussão sobre quem deveria atender a este cliente. Esta polêmica envolvia em sua maioria os médicos de outras clínicas e os pediatras, não tendo uma participação do enfermeiro. Neste sentido, propôs-se estudar esta prática do cuidar/cuidado do adolescente na intenção de conhecer como se dava a participação do enfermeiro neste contexto. Deste modo, foram traçados como objetivos do estudo: caracterizar os profissionais que atuavam junto ao PROSAD em Unidades Básicas de Saúde; descrever as atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuavam no referido programa; identificar as facilidades e dificuldades na realização das ações do programa e analisar a inserção do enfermeiro no PROSAD.

Justifica-se o estudo apoiando-se nas recomendações de Oliveira e Egry (1993) que, em seu estudo sobre adolescência como fenômeno social, salientam que há necessidade de redefinição deste objeto para investigação em enfermagem, propondo que se amplie o conhecimento sobre saúde-doença deste grupo populacional.

Tratando-se da inserção do enfermeiro neste contexto, tem-se que o próprio Ministério da Saúde (Brasil, 1993) caracteriza-o como um dos profissionais da saúde que pode ser treinado e capacitado para dar fluxo adequado dentro dos serviços de saúde, estabelecendo o primeiro contato com o adolescente no programa e fazendo encaminhamentos, conforme necessidades dos clientes.

Assim sendo, o enfermeiro tem papel importante dentro dos serviços de saúde sendo responsável pela criação de um vínculo entre os adolescentes e a unidade. Logo, é imprescindível que se integre às questões assistenciais, mostrando sua capacidade e competência ao realizar um atendimento eficaz a esta clientela.

A Saúde do Adolescente

Atualmente, convive-se com uma situação sócio-político e econômica muito conturbada, onde a população é a que mais sofre com as repercussões de planos e políticas defasadas que não atendem à realidade brasileira. Como parte integrante deste contexto, encontra-se um grupo cuja característica

---

[1] Enfermeira da Saúde Pública – EEAN/UFRJ.

[2] Professora Dra. do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública/EEAN/UFRJ.

principal é a indefinição; trata-se dos jovens e adolescentes que trazem no seu cotidiano o dilema de não saber realmente qual o seu papel na sociedade.

No Brasil, bem como em outros países, os adolescentes são vistos como membros de um grupo sensível, predisposto a inúmeros problemas graves, tais como: fome, miséria, analfabetismo, desintegração familiar, podendo levá-lo à prostituição, às drogas, ao abandono, entre outras situações.

O reconhecimento do adolescente e jovem, como parte integrante dos programas sociais e de saúde, representa um avanço significativo nas políticas e estratégias de desenvolvimento, visto que representa a compreensão dos efeitos que o cenário sócio, político, econômico e cultural do país pode ocasionar aos jovens.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, em 1989, criou o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente – PROSAD, com vistas à uma política de "promoção de saúde e de identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, com tratamento adequado e reabilitação" (Brasil, 1989). O programa estabelece as diretrizes políticas e as estratégias nacionais que visam a promoção da saúde do adolescente, tendo como princípio básico, a atenção integral à esta clientela através de uma abordagem multiprofissional, mediante um sistema hierarquizado que possa garantir a referência e contra referência nos diferentes níveis de complexidade da assistência (Brasil, 1993).

Um dos critérios do PROSAD refere-se ao acesso do adolescente ao programa, enfatizando que o mesmo ocorrerá preferencialmente através da rede de atenção primária, devendo abranger todo o contexto de vida do adolescente como: família, escola, trabalho e comunidade, incluindo setores organizados como os artísticos, culturais, desportivos e outros (Brasil, 1993).

Este critério deixa claro que as diretrizes do programa realmente visam a promoção da saúde, pois consideram saúde não somente ausência de doença, mas sim todos os aspectos que podem interferir na qualidade de vida dos adolescentes. Neste sentido, faz-se necessário um trabalho contínuo e mais próximo da realidade dos adolescentes de forma a ter-se um trabalho realmente educativo.

Mais especificamente, reflete-se sobre a participação do enfermeiro, uma vez que este é um profissional essencialmente educador e possui em suas propostas de atividades, ações educativas que podem e devem ser desenvolvidas não só nos serviços de saúde, mas também nas escolas, junto às comunidades e nos mais diversos contextos onde pode estar o adolescente.

Metodologia

O estudo foi de tipo quantitativo, tendo como cenários 02 (dois) Centros Municipais da Saúde do Rio de Janeiro, nas XXII e XIV Regiões Administrativas.

Os sujeitos do estudo foram 02 (duas) enfermeiras, 01 (uma) assistente social, 02 (duas) médicas pediatras, 01 (uma) nutricionista, 02 (duas) psicólogas. Na apresentação dos resultados, quando se fizer referência aos sujeitos do estudo, utilizar-se-á o gênero feminino considerando que todos os participantes eram do sexo feminino.

Como instrumento para obtenção dos dados, foi elaborado um formulário com questões de caracterização dos sujeitos em relação a tempo de formado, formação na área de saúde do adolescente; conhecimento sobre o PROSAD e atividades desenvolvidas junto ao programa; facilidades e dificuldades ao realizar o programa.

Resultados

Características profissionais da equipe do PROSAD

O perfil da equipe que trabalhava com adolescentes foi traçado a partir dos aspectos profissionais considerados pertinentes ao desempenho junto ao programa.

Quadro 1 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o tempo de formado, curso de pós-graduação, formação em saúde do adolescente e experiência no prosad.

Variável	Respostas	A. Social	Enferm.	Médica	Nutric.	Psicól.
Tempo de formado	1 a 10 anos		1		1	
	11 a 20 anos					2
	21 a 30 anos	1	1	2		
Formação em pós-graduação	Sim			2		1
	Não	1	2		1	1
Formação em Saúde do Adolescente*	**Na graduação:**					
	- Teoria			1		1
	- Teoria e prática				1	1
	- Nenhum	1	2	1		
	Através da SMS					
	-Treinamentos	1	1	2	1	2
	- Estágios		1	1		
	- Ativ. Eventuais	1	1	2	1	2
	- Nenhum		1			
	Iniciativa própria					
	- Congressos					1
	- Cursos		1	1		2
	- Nenhum	1	1	1	1	
Experiência no PROSAD	< 1 ano		1		1	
	1 a 5 anos		1	1		
	5 a 10 anos	1		1		1
	> 10 anos					1

* Nesta questão foi permitido mais de uma resposta

Os resultados apresentados no QUADRO I permitem-nos refletir sobre a participação destes profissionais no PROSAD. Como os dados nos mostram, o quantitativo que tem formação ou recebeu alguma tipo de treinamento sobre a atenção ao adolescente é pequeno. Isto nos leva a pensar que este envolvimento se deu a partir do cotidiano nas Unidades de Saúde e/ou da preocupação em oferecer uma assistência diferenciada a um grupo que cresce constantemente e se expõe, cada vez mais, a inúmeros agravos à saúde ou, ainda, pela própria demanda, levando-os a se organizarem para atender a esta população.

Neste sentido, segundo Abduch (1999), o conhecimento científico é fundamental para a implementação de atitudes preventivas. Corroborando com a posição da autora, pode-se ainda dizer que o conhecimento leva a um posicionamento mais fundamentado, resgatando questões vividas que são reconhecidas a partir deste conhecimento prévio.

Os resultados referentes à capacitação e atualização/reciclagem demostram-nos que pouco se tem realizado a nível de Secretaria de Saúde no sentido de atender a demanda dos profissionais. Sabe-se que um programa de treinamento e reciclagem de funcionários e a participação dos mesmos em eventos científicos não só permite a atualização como também exerce um fator de motivação, levando os profissionais a terem melhor desempenho, melhorando a qualidade da assistência, bem como o relacionamento interpessoal, repercutindo diretamente no trabalho em equipe.

Quadro II – Distribuição das respostas de acordo com a importância do trabalho com adolescentes, conhecimento do PROSAD e prioridade no atendimento ao adolescente.

Variável		A. Social	Enferm.	Médica	Nutric.	Psicól.
Importância do trabalho com adolescente	SIM	1	2	2	1	2
	NÃO					
Conhecimento do PROSAD	SIM	1	1	2	1	2
	NÃO		1			
Prioridade no atendimento ao adolescente	SIM	1			1	2
	NÃO		2	2		

Como mostram os resultados, todos os sujeitos do estudo foram unânimes em apontar como importante o desenvolvimento de trabalhos junto aos adolescentes. Para Donas (1992), uma das características básicas existentes na adolescência é o "projeto de vida". A autora afirma que durante este fase da vida o ser humano gera seu projeto de vida e desenvolve estratégias e ações para que "o sonho" transforme-se em realidade. Este projeto de vida será mediatizado pelas possibilidades que o meio externo ofereça e o esforço do adolescente para que o mesmo se torne realidade.

Cabe, portanto, ao profissional de saúde e, em especial, ao enfermeiro, oportunizar a assistência à saúde durante esta fase, buscando discutir com os jovens as opções que o mundo lhes oferece, para que possam ampliar as possibilidades individuais e no meio social, sem que comprometam a sua saúde, bem como, orientá-los sobre hábitos de promoção da saúde, entendendo-os, inclusive, como um agentes multiplicadores de informações.

Conforme Serra e Cannon (1999), a atividade de prevenção com o grupo de adolescentes deve ter como objetivo a capacitação desta clientela como promotores de saúde, na perspectiva de que estes promovam mudanças de atitudes e de comportamento próprio e entre os pares, que os levem a fazer escolhas mais saudáveis e a exercer melhor controle sobre a saúde e o meio ambiente.

À luz destas questões, o enfermeiro deve planejar suas ações, orientando-se pelas questões essenciais que envolve esta faixa etária, tais como o crescimento e desenvolvimento, a busca da identidade, da independência, auto-crítica, juízo crítico, sensibilidade, afetividade, projeto de vida, sexualidade e educação (Donas, 1992).

No que tange ao conhecimento do PROSAD, a maioria mencionou conhecer o programa. Contudo não significa estarem implementando-o como um todo. É preciso estar constantemente buscando identificar possibilidades outras não atendidas, bem como realizar ajustes se necessário. Sabe-se que existem obstáculos que podem, de certa forma, interferir no desenvolvimento do programa.

Alguns profissionais colocaram que as Unidades em que trabalham possuem uma estrutura que permite dar prioridade ao atendimento ao adolescente, o que vai ao encontro do Artigo 227 da Constituição Brasileira de 1998, que define como dever do Estado e da sociedade civil garantir prioridade do atendimento às necessidades das crianças e adolescentes.

A não prioridade do atendimento ao adolescente, segundo os sujeitos do estudo, está fundamentada na deficiência de recursos humanos, cabendo àqueles existentes no serviço a responsabilidade de gerenciar o serviço e coordenar outras atividades, não havendo disponibilidade para planejamento de atendimento, comprometendo a carga horária que deveria estar disponível para atenção do cliente.

Sabe-se que todo serviço exige parte do tempo de trabalho do profissional para as questões administrativas, contudo, cabe ao profissional priorizar o atendimento do cliente e articular parcerias para a parte administrativa.

Atividades desenvolvidas no PROSAD

As atividades junto ao PROSAD foram apontadas pelos sujeitos do estudo, destacando-se as temáticas desenvolvidas, quando estas eram atividades educativas/grupos/palestras e quem as definia.

Quadro III –- Distribuição das respostas de acordo com as atividades desenvolvidas, temáticas, escolha dos temas, e tipos de atividades extra-muros.

Variável	Respostas	A. Social	Enfer.	Médica	Nutric.	Psicól.
Atividades Desenvolvidas	Consulta		1	2	1	2
	Grupos educativos	1	1	1	1	2
	Planejamento familiar		1			
	outros	1				2
Temáticas	AID/DST	1	2	2	1	2
	Cidadania	1	1		1	2
	Contracepção		1	1	1	2
	Depressão					1
	Desenvolvimento			2		
	Drogas			1		
	Gravidez	1	2	1	1	2
	Obesidade			1		
	Relacionamento Familiar					1
	Sexualidade	1				1
	Violência		1		1	2
Definição das temáticas	Profissional	1		2		1
	Adolescente	1	1			
	Equipe			1		
	Prof/adolescente				1	2
Tipos de ativ. extra-muros	Capacitação de profs.					2
	Oficina em escolas					2
	Palestras		1		1	

Os resultados do QUADRO III mostram-nos que nas atividades desenvolvidas destacam-se a consulta e grupos educativos realizados por 06 (seis) profissionais. Considerando tais atividades, pode-se afirmar que as mesmas abrangem o propósito estabelecido nas Normas de Atenção Integral à Saúde do Adolescente que determina que o adolescente deve receber atendimento ambulatorial e ser encaminhado para participar de grupos informativos, educativos e psicoprofiláticos (Brasil, 1993,12).

A realização destas atividades permite ao profissional desenvolver um atendimento individualizado, através da consulta, direcionando orientações específicas ao problema do adolescente ou, ainda, estabelecendo prioridades na educação à saúde. Além disto, permite, através de grupos, discutir temas oportunizando o convívio, complementando a atenção prestada a este cliente.

Serra e Cannon (1999) complementam acerca da importância dos grupos educativos, ressaltando que estes são espaços de reflexão, levantamento de problemas, problematização dos assuntos, incentivando a espontaneidade e favorecendo a comunicação e a integração do grupo.

Considerando as atividades de enfermagem neste plano, verifica-se que as enfermeiras vêm atuando nas principais atividades. Esta fato mostra que este profissional tem ocupado espaços importantes na assistência em Unidades Básicas de Saúde com vistas à sua formação e competências.

No que se refere à consulta de enfermagem, o estudo mostrou através das falas das enfermeiras que ainda existe dificuldade de desenvolver a consulta como um todo, sugerindo a necessidade da realização de capacitação ou reciclagem deste grupo quanto a este procedimento de enfermagem.

... eu realizo consulta de enfermagem... a gente bate papo, eu tiro as dúvidas, oriento, mas não me detenho ao exame físico, escalas de desenvolvimento..

Vale refletir que, pela fala, ainda existem aspectos da consulta de enfermagem que precisam ser esclarecidos, inclusive o que é a consulta de enfermagem propriamente dita, bem como sua etapas e procedimentos pertinentes à ela.

Desta forma, entende-se de fundamental relevância a inserção do enfermeiro neste contexto buscando, sempre que necessário, a sua atualização.

Nas práticas educativas, a temática sobre cidadania torna-se pertinente uma vez que ao falar sobre cidadania vários conteúdos podem ser discutidos, dentre eles, o direito à saúde, o bem estar público sem violência e/ou preconceitos. A articulação deste princípios prioriza a construção de reflexões construtivas, capazes de estimular o jovem a posturas mais conscientes, contribuindo para um desenvolvimento saudável.

Diaz e Diaz (1999) comentam que os problemas derivados do exercício da sexualidade está sinalizando claramente a necessidade de aumentar o acesso dos jovens a serviços especificamente dedicados a atendê-los, estando estes capacitados para o atendimento integral aos problemas de saúde reprodutiva, incluindo contracepção e prevenção de DST e AIDS.

Por outro lado, a definição das temáticas a serem discutidas junto a esta clientela deve acontecer a partir da identificação das necessidades pelos próprios profissionais. Contudo, deve-se garantir ou oportunizar situações para que os próprios clientes tragam questão que querem discutir nos grupos. Desta forma, entende-se que estarão mais envolvidos e, conseqüentemente, o nível de atenção e concentração será maior, fazendo com que se alcance os objetivos do grupo de discussão como um todo. Neste sentido, o enfermeiro com a formação na área de Saúde Pública pode dispor de instrumentos que tornem mais fácil esta tarefa.

Facilidades e Dificuldades no Atendimento ao Adolescente

Neste aspecto, buscou-se conhecer a percepção do profissional sobre seu papel junto ao adolescente, bem como os fatores que facilitam e dificultam o desenvolvimento do Programa.

Quadro IV – Distribuição das respostas de acordo com o papel do profissional no programa e as facilidades e dificuldades para desenvolver o programa.

Variável	Respostas	A. Social	Enferm.	Médica	Nutric.	Psicól.
Papel do Profissional	Cidadania (promover)	1	1			
	Facilitador					2
	Incentivador			1		
	Orientador	1	1	1	1	
	Promotor da saúde			1		
	Estimulador auto-estima					1
	Modificador					1
Tipos de Facilidades	Apoio da Unidade					1
	Apoio da SMS		1	2		1
	Equipe de trabalho					1
	Atendimento Específico			2	1	
Tipos de Dificuldades	Falta de Atendimento Específico		1			2
	Intersetorialidade	1				1
	Formação da Equipe	1	1	2	1	
	Produtividade	1				
	Inexperiência Profissional		1			

Com vistas aos resultados do QUADRO IV, apóia-se em Serra e Cannon (1999), que mencionam que o facilitador é o profissional que incentiva as discussões em sub-grupos, procura salientar as idéias criativas, esclarece dúvidas, desfaz equívocos e idéias distorcidas sobre o assunto em pauta, sem salientá-los como erros.

O profissional deve estar preparado para trabalhar a auto crítica do adolescente, despertando-os para escolhas conscientes; oferecendo-lhes subsídios para que tenham condições de avaliar seus próprios comportamentos, chegar a conclusões, decidindo quanto aos padrões a adotar.

Já com relação às facilidades para desenvolver o programa, a questão do trabalho em equipe foi apontada. Entende-se que, quando a equipe é formada por profissionais interessados, competentes, que procuram interagir e atuar com qualidade, o programa adquire maior qualidade com grandes chances de sucesso. Da mesma forma, ocorre com o apoio da Unidade e a existência de um atendimento específico para cada tipo de cliente, considerando suas características e especificidades.

A multiplicidades de atividades em diversos programas foi colocada como a falta de atendimento não específico, cabendo àquele profissional estar preparado para atender todos os tipos de clientela, comprometendo com certeza o desempenho deste. Deve-se, na medida do possível, definir a equipe de cada programa, inclusive para facilitar o desenvolvimento de diversas atividades necessárias em cada programa, atendendo, desta forma, os clientes com uma visão holística. Quando não se tem esta política, fica muito difícil fazer um planejamento que contemple todas as possibilidades de atividades de um programa.

A equipe permite atender o adolescente de forma mais integral, contemplando as questões para as quais são exigidas ações dos diversos profissionais habilitados.

Considerações Finais

Os resultados do estudo permitiu-nos considerar que as equipes do PROSAD nas Unidade estudadas contemplam profissionais de várias categorias importantes para o programa, contudo em quantitativo ainda deficiente, considerando que cabe habitualmente a este profissional não apenas as atividades assistencias, mas também as administrativas. Evidenciou-se o reconhecimento da importância do programa por parte dos profissionais, desenvolvendo atividades de suma importância e atendendo os propósitos do PROSAD como um todo, mas ainda permanecendo aquém das necessidades de capacitação e reciclagem da equipe. Fatores considerados facilitadores, como o apoio das Unidades e da Secretaria, são importantes para o sucesso do Programa. Por outro lado, aqueles apontados como fatores que dificultam podem ser revistos, ajustados e, muitas vezes, eliminados, por serem de fácil solução.

Naquilo que se refere à inserção do enfermeiro no PROSAD, o estudo permitiu considerar que este profissional tem espaço garantido e competência para tal, cabendo a este atualizar-se e incluír no planejamento das atividades do programa todas aquelas que lhes compete por direito e de fato, não deixando lacunas no cuidar/cuidado de enfermagem ao grupo de adolescente.

Cabe às Secretarias de Saúde e Unidades incluírem nos planejamentos a redistribuição de pessoal de acordo com a demanda da clientela e não de acordo com interesses particulares e traçar um programa de capacitação e reciclagem, podendo inclusive fazer uma parceria com as instituições de ensino que, muitas das vezes, têm estas Unidades como campo de estágio, tornando mais exeqüível o programa de treinamento de pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDUCH, C. Grupos operativos com adolescentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento.** Brasília, 1999. v. 1, p. 289-300.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente.** Brasília,: Ministério da Saúde,1993.

_____. Ministério da Saúde. **Programa saúde do adolescentes:** bases programáticas. Brasília, 1989.

DIAZ, J., DIAZ, M. Contracepção na adolescência. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento.** Brasília: 1999. v. 1, p. 249-257.

DONAS, S. **Marco epidemiológico-conceptual da saúde integral do adolescente.** Brasília: OPAS/OMS, 1992.

OLIVEIRA, M.A. de C., EGRY, Emiko Yoshikawa. A adolescência enquanto fenômeno social: possibilidades e necessidades de investigação científica em enfermagem. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 46, n. 1, p. 63-67, jan./mar. 1993.

SERRA, A.S. de L., CANNON, L.R.C. Pelo andar se faz um caminho!: uma proposta metodológica de educação em saúde para adolescentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde, 1999. v.1, p. 276-288.

ESTOU GRÁVIDA, SOU ADOLESCENTE E AGORA? – RELATO DE EXPERIÊNCIA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Inês Maria Meneses dos Santos
Leila Rangel da Silva

A gravidez na adolescência

Estima-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dão à luz a cada ano, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos. E as estatísticas comprovam, em todo o mundo, que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens.

As mulheres adolescentes constituem um grupo de risco porque a gravidez precoce pode prejudicar seu físico ainda imaturo e impedir seu crescimento normal. Estão também mais sujeitas a complicações obstétricas, eclâmpsia, anemia, parto prematuro e a ter recém-nascidos de baixo peso.

O termo *adolescere*, em latim, significa crescer. A adolescência é um processo que se caracteriza por uma série de transformações orgânicas, psicológicas e sociais. De acordo com a OMS[4], o desenvolvimento que ocorre na adolescência é desigual, no sentido em que a maturidade física pode ser alcançada antes da maturidade psicológica ou social. De fato, hoje, na maioria das sociedades, a capacidade reprodutiva estabelece-se mais precocemente do que no passado.

Atualmente, a sociedade ocidental exige mais dos jovens do que em qualquer época anterior. A Organização Mundial de Saúde (1989) analisa que, com o declínio da família extensa, espera-se que a juventude tenha mais autonomia. A maior urbanização e a industrialização significam que a independência econômica só é alcançada através de um nível maior de educação e treinamento. A maternidade precoce pode limitar ou impedir o desenvolvimento social e educacional e a capacidade de alcançar todo o seu *status* potencial na sociedade, além de estar associada a uma maior morbi-mortalidade.

A primeira relação sexual na adolescência ocorre num momento de imaturidade, de descompensação afetiva, quando ainda não está definida sequer a identidade da adolescente. Ela não descobriu seu eu por inteiro, não se situou enquanto cidadã, não vivenciou uma série de situações novas, próprias dessa faixa etária, mas vai ao encontro de uma relação que pode ser extremamente determinante e trazer-lhe complexas conseqüências. (Duarte, 1996)

Duarte (1996) ressalta que, psicologicamente, a gravidez é vivida como um período de muitas perdas. É o corte no desenvolvimento; a perda total da identidade; a interrupção da formação educacional e/ou profissional; a perda de confiabilidade da família; muitas vezes, é a perda do namorado; e a perda da independência adquirida em casa, com os pais, que é substituída pela submissão ao marido – quando há união.

---

[1] Enfermeira. Profª. Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

[2] Enfermeira. Profª Assistente do DEMI da UNI-RIO. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Rio de Janeiro. Coordenadora do Projeto São Carlos de 1996 a 1999.

A gravidez na adolescência é um desafio social e não um problema exclusivo da adolescente que, normalmente, sente-se muito sozinha nesse período. O companheiro, também adolescente, assustado, às vezes, afasta-se; os pais, defensores da moral vigente, esbravejam e agridem, o que leva a jovem à depressão.

As adolescentes engravidam, em geral, por falta de informações e por desconhecimento dos métodos contraceptivos. Podem também engravidar por necessidade de agredir a família, por carência afetiva, por ansiar ter algo somente seu ou como penitência por ter mantido relações sexuais proibidas. Engravidam e tornam pública uma conduta clandestina, revelando o que não suportaram ou não fazia sentido manter oculto.

Duarte (1996) ainda afirma que as adolescentes engravidam porque estão loucamente apaixonadas. É uma explosão cercada de sonhos e fantasias. Elas passam a ser promíscuas se forem discriminadas, culpadas e acusadas pela família, porque acabam acreditando que se "perderam".

Segundo Luz (1999), a maternidade na adolescência, principalmente aquela que ocorre em jovem solteira, por representar a irregularidade, muitas vezes gera desconforto nos enfermeiros, em médicos ou em educadores em sua prática profissional. O direito à diferença na desigualdade (e não na igualdade) faz com que se perceba tudo o que é contrário ao "dever ser", como uma ameaça ou impertinência, conflituando a convivência.

É preciso vencer preconceitos, entender que a adolescente vive uma fase de experimentações, que pode ter uma atividade sexual e é tarefa do enfermeiro entender não o episódio em si, mas todo o processo da adolescência. A sexualidade faz parte da vida, e a adolescente tem necessidade de receber orientação para não se sentir desamparada diante da possibilidade de iniciar a atividade sexual. Não cabe ao profissional emitir julgamentos morais sobre a conduta da cliente. Tal conduta pode impedir o atendimento adequado às necessidades da gestante, criando um distanciamento ou até uma barreira que prejudicaria o contato entre o enfermeiro e a gestante.

Consulta de Enfermagem

A Consulta de Enfermagem é um procedimento privativo do enfermeiro, garantido pela Lei do Exercício Profissional 7498/86. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher vigente desde 1984 (o Ministério da Saúde editou versão atualizada do Pré-Natal de Baixo Risco em 1999, mas segue as ações básicas estabelecidas à época) está centrado na assistência biomédica, com abordagem biológica e tecnicista de atendimento à clientela.

A inserção da enfermagem nos Programas de Saúde Materno-Infantil, segundo análise de Tyrrel (1993), deu-se de forma pedagógica, indicando o que deveria ser feito e descrevendo procedimentos tradicionais na assistência à mãe e à criança como: triagem, encaminhamento, pré-consulta, pós-consulta, orientação para a saúde. Essas tarefas são apresentadas como formas de racionalizar a assistência e de contribuição do enfermeiro para atingir a meta social "Saúde Para Todos no Ano 2000" – que tem como objetivos melhorar níveis de saúde da mãe e da criança e diminuir altos índices de morbimortalidade materno-infantil.

Os Programas, quando operacionalizados, como conclui Tyrrel (1993), representam propostas de intervenção nas instituições de saúde que buscam racionalizar e normatizar as ações dirigidas à mãe e à criança, denominadas mormente de população "pobre", "de risco de adoecer e morrer", "carente" e "marginalizada". Suas proposições são autoritárias porque são entendidas como "medidas disciplinadoras"

que, além de se referirem à população, são também dirigidas aos profissionais de saúde, em especial à equipe de enfermagem. O Estado enfatiza, nesses programas, as relações de poder e de hierarquia, traduzindo uma divisão do trabalho bem definida entre diferentes categorias, bem como o controle no desempenho de suas tarefas e na utilização do seu tempo gasto no trabalho.

Chegamos ao ano 2000 e a meta traçada pela Conferência de Alma-Ata – "Saúde para todos no ano 2000" – não foi alcançada em sua plenitude: temos índices alarmantes de morbimortalidade materna e infantil. O sistema de saúde não é igualitário e acessível a toda a população, principalmente às camadas sociais desprivilegiadas.

A Consulta de Enfermagem, entretanto, trouxe autonomia para o enfermeiro. É uma atividade que só pode ser realizada por esse profissional, não sendo delegável. Na cidade do Rio de Janeiro, são numerosos os locais de atendimento através da Consulta de Enfermagem, tanto a nível público como privado.

Em todo o país, infelizmente, a Consulta de Enfermagem em Pré-Natal não é uma realidade na maioria das unidades de saúde. Há várias justificativas para esse fato: não valorização ou total desconhecimento da atividade pelos gerentes (habitualmente médicos); falta de enfermeiros que, muitas vezes, assumem atividades administrativas e burocráticas; falta de qualificação profissional e conhecimentos específicos; ou, pior, quando o próprio profissional não 'acredita' na Consulta.

Entendendo o Projeto São Carlos (PSC)

Este projeto de extensão multidisciplinar foi fundado em 10 de junho de 1990. Em 1991, um acordo de cooperação mútua entre a Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO), Secretaria Municipal de Saúde e Associação de Moradores de São Carlos foi firmado, possibilitando o desenvolvimento, de fato, desse projeto.

Os objetivos gerais do PSC foram: 1) fomentar a formação do profissional de saúde crítico e inovador, recriando uma prática profissional humanizada e tecnicamente adequada às necessidades da população; 2) desenvolver ações educativas em saúde do grupo materno-infantil enfatizando o auto-cuidado.

Os locais de desenvolvimento do PSC foram o Posto de Saúde Comunitário do Bairro São José Operário (até 1996) e no Centro Comunitário Eurico Gaspar Dutra, da Fundação Leão XIII (até 1999).

As dependências da Fundação Leão XIII, localizada no alto do morro, dispunham de duas salas para realização da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal e na Puericultura, equipadas pela Universidade.

Dentre as várias atividades desenvolvidas no PSC, destacou-se a **Consulta de Enfermagem à gestante**, procedimento inserido na pesquisa Assistência à Saúde Materno-Infantil – Proposta de Ação Comunitária. As gestantes faziam todo o seu pré-natal com a Consulta de Enfermagem, com exames de rotina realizados no CMS Marcolino Candau, e eram encaminhadas, para uma consulta médica e realização do parto, no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (da UNI-RIO). Após o parto, eram realizadas visitas domiciliares para orientação quanto à higiene e aos cuidados básicos de saúde dirigidos às puérperas e aos recém-nascidos. Realizavam-se também reuniões com grupos de gestantes para dar orientações sobre: higiene, cuidados com o coto umbilical, amamentação e trabalho de parto; além de visitas domiciliares para captação de gestantes faltosas.

Em 1993, essa pesquisa foi cadastrada no Departamento de Pesquisa da UNI-RIO após ajustes metodológicos sob o título – Ação Educativa e Preventiva em Saúde no Ciclo Grávido Puerperal dirigido ao Grupo Materno-Infantil da Comunidade São Carlos. As visitas domiciliares foram suspensas a partir de 1997 devido a falta de segurança para docentes e discentes transitarem na favela.

No ano de 1999, a periculosidade na favela aumentou, trazendo dificuldades para o grupo. Muitas vezes, as atividades foram adiadas pela falta de segurança para subir ao morro. Apesar de haver reconhecimento do nosso trabalho pela comunidade, tivemos de encerrar as atividades do PSC, por não termos garantias quanto à integridade física de alunos e professoras.

Aliado a esse fato, a equipe enfrentava problemas como a falta de estrutura do sistema público de saúde. Muitas vezes, não tivemos garantia de atendimento das clientes encaminhadas a outras instituições. As gestantes ficavam, então, sem assistência. Tivemos ainda uma constante dificuldade em conseguir bolsas para os estudantes e material de consumo devido a cortes orçamentários que atingiam o país. Isso pôs em risco o futuro das atividades de extensão, ficando à mercê das intenções políticas do país.

Conhecendo a comunidade

A comunidade do Morro de São Carlos está localizada próximo à Prefeitura do Município do Rio de Janeiro. É uma das favelas mais antigas da cidade, pertencente a IIIª Região Administrativa. A população foi estimada em torno de 70 mil habitantes (dados do início da década de 90).

As condições de saúde e meio ambiente são precárias como relata Geovanini (1996):

> *O saneamento básico inexiste, com valas negras e cascatas de águas servidas e esgoto a céu aberto. A água para uso domiciliar é proveniente de uma enorme caixa d'água localizada na parte alta do morro e distribuída através de canalização de superfície. A maioria dos moradores não possui filtro. O lixo é jogado em caçambas ou ao ar livre, favorecendo o aparecimento de animais nocivos à saúde e o desabamento de encostas no período de chuvas.*

Animais domésticos como porcos, galinhas, cachorros e bodes coabitam com os moradores. O acesso ao morro é difícil pela sua topografia; somente as ruas principais são pavimentadas com pedras de paralelepípedo. Veículos particulares (Kombis) fazem o trajeto do alto do morro ao “asfalto”.

A população tenta resolver seus problemas de saúde com recursos próprios – chás, rezas – e com a compra de remédios sem prescrição médica. O agravamento da saúde é resolvido, em sua maioria, nos hospitais públicos de pronto-atendimento da cidade.

O Perfil da Clientela Atendida

A Consulta de Pré-Natal no PSC não era destinada somente às adolescentes, mas como eram cerca de 70% da população atendida, passaram a merecer atendimento diferenciado.

É importante ressaltar que a gravidez na adolescência é socialmente aceita na comunidade de São Carlos, pois, na maioria dos atendimentos, elas eram levadas por suas mães/avós que, na mesma época, ficaram grávidas.

Infelizmente, as nossas adolescentes procuravam o atendimento já iniciando o 2º/3º trimestre de gestação. Dessa forma, havia uma lacuna importante no acompanhamento desde o início da gravidez, podendo haver intercorrências passíveis de solução se diagnosticadas precocemente.

A evasão escolar era um fenômeno marcante nas nossas clientes com o avanço da gestação e principalmente após o nascimento do bebê. Poucas continuavam seus estudos. A maioria possuía 1º grau incompleto e não trabalhava, dependendo financeiramente dos pais ou dos companheiros. Habitualmente, os namorados "assumiam" o bebê, porém isso apenas representava constar no registro civil da criança o nome do pai. Quando a união do casal adolescente consolidava-se era consensual, com a ajuda material dos pais. Se passavam a morar juntos na casa dos pais, quando possível construíam mais um cômodo ou eram mais pessoas a dividir o exíguo espaço. Se alugavam nova habitação, isso significava mais privação financeira para a nova família aí constituída, pois sem profissão definida o casal passa a submeter-se a empregos com baixa remuneração, na economia informal, sem direitos trabalhistas, perpetuando dessa forma o ciclo de pobreza na favela.

Quando eram questionadas sobre a utilização dos métodos contraceptivos X gravidez colhíamos esses depoimentos: *"comigo eu achava que nunca iria acontecer, eu me cuidava"* ou *"eu desejei muito essa gravidez, é o meu sonho"*. Essas falas comuns às jovens grávidas mostravam a "normalidade" da gestação da adolescência nessa população. Para elas, a gravidez e, até mesmo o fato de ter a segunda gestação aos 16 anos, era uma prova para si mesma da sua capacidade reprodutiva, além de lhes dar *status* perante o grupo.

Se na comunidade de São Carlos a gravidez na adolescência era um fato tido como normal, as adolescentes relatavam enfrentar problemas no atendimento nas unidades de saúde, onde eram tratadas, freqüentemente, de forma preconceituosa e pouco profissional. Isso ocorre porque vivemos em uma sociedade que trata a sexualidade de forma ambígüa. Há uma estimulação excessiva do sexo em todos os aspectos culturais, com uma grande carga de erotismo alimentada de forma violenta pela mídia. Por outro lado, há um pré-julgamento, uma imposição de forte culpa das adolescentes nas unidades de saúde. Muitas vezes, elas ouvem comentários maldosos como: *"ainda nem terminou de brincar com as bonecas e já está com a barriga cheia"*. Nas maternidades, quando reclamam assustadas no momento do parto, alguns profissionais de saúde comentam: *"agüenta, não reclame não, na hora de fazer você gostou!"*.

O dia-a-dia da Consulta de Enfermagem em Pré-Natal

No Projeto, as consultas eram agendadas às quintas-feiras no período matutino e vespertino. Seguíamos os moldes da Consulta de Enfermagem preconizada pelo Ministério da Saúde e adicionávamos palestras na sala de espera com temas que emergissem de suas necessidades do momento. Entre eles o incentivo ao aleitamento materno e a conscientização contra a ingestão de bebidas alcóolicas, o hábito de fumar e o uso de drogas ilícitas durante a gestação.

As Consultas de Enfermagem eram realizadas pelos bolsistas do projeto. A oportunidade de acompanhar toda a gravidez era ímpar e importante para os alunos, pois as bolsas possuíam um prazo mínimo de 12 meses, com acompanhamento direto por nós docentes. A nossa meta, na verdade, ao dar oportunidade aos acadêmicos de enfermagem é formar enfermeiros sensíveis e competentes na saúde perinatal.

Os acadêmicos, ao longo do trabalho com as adolescentes grávidas, demonstraram uma grande interação, seja pela proximidade etária, seja por falarem a "mesma língua/gírias". Afinal, eram jovens cuidando de jovens. Muitas vezes, as adolescentes/mães tiravam dúvidas importantes com os estudantes por se sentirem mais íntimas com eles do que com as docentes.

Na consulta inicial, era realizada a anamnese de praxe e as solicitações dos exames laboratoriais obrigatórios. Nas consultas subseqüentes avaliávamos o que é preconizado pelo Ministério da Saúde: ausculta dos batimentos cárdio-fetais, altura uterina, peso, verificação de edemas e pressão arterial.

A nossa meta durante a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal era seguir os passos preconizados pelo Ministério da Saúde, adequando-nos ao linguajar da clientela assistida. Queríamos ainda passar para os nossos bolsistas e futuros profissionais que a enfermagem utiliza uma linguagem, ao mesmo tempo técnica, simbólica e poética e que procede da ciência e da arte. Aprender essa linguagem ajudará a compreender melhor as clientes e suas necessidades.

O enfermeiro que realiza a Consulta de Enfermagem junto a essa clientela deverá estar atento ao fato de que a maternidade na adolescência não representa apenas um ato biológico-reprodutivo, mas um processo social. Isso porque ela afeta a relação entre homem, mulher e os membros da família (Luz, 1999). Não se pode tratar somente da gestação, esquecendo que a saúde do ser humano envolve aspectos psicológicos, familiares e sociais.

Considerações Finais

A assistência à gestante adolescente necessita de total revisão por parte dos profissionais e dos que elaboram políticas públicas de saúde. Como nossa experiência no Projeto mostrou, é preciso enfatizar a educação e dar acesso à informação acerca dos métodos contraceptivos e do seu corpo. Com maior conhecimento, a adolescente tem condições de realizar escolhas conscientes, sem ser levada por impulsos ou pela idéia de perpetuar um padrão aceito na comunidade – no caso de São Carlos, a gravidez.

A adolescente/mulher/mãe necessita estar inteira para vivenciar seu papel de mãe e se permitir ter ou não novos relacionamentos, planejar a sua atividade sexual, repensar sua vida escolar e profissional, desenvolver sua auto-estima para poder, como é seu direito, viver plenamente.

Com relação aos enfermeiros, a revisão precisa ser feita em sua relação com a adolescente grávida. Não cabe ao profissional emitir críticas sobre a conduta do paciente, prejudicando a assistência. O profissional precisa ser técnico e prestar o atendimento adequado e com o respeito esperado nas unidades de saúde. Ele tem que orientar a adolescente e não agir como um advogado de acusação. Queremos enfatizar, entretanto, que a técnica sem humanidade é incompatível com a moderna visão de saúde. A abordagem do enfermeiro precisa ser sistêmica e englobar aspectos psicológicos e sociais.

Com relação à importância da participação dos estudantes universitários em um projeto de extensão, realizando a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, convém dizer que, inseridos precocemente no seio da comunidade, eles vivenciam a realidade social dos indivíduos e das famílias, entrando em estreito contato com elas, à medida que desenvolvem as atividades assistenciais, científicas e culturais do Projeto. Simultaneamente, aprendem a interagir e avaliar os problemas em conjunto com a comunidade, numa troca cultural que permite correlacionar os conhecimentos populares e os conhecimentos científicos adquiridos na Universidade. Acreditamos que, somente através dessa forma de interação, é possível haver concordância entre as ações desenvolvidas pela Academia e as reais necessidades da comunidade assistida.

Trabalhar com adolescentes grávidas em uma comunidade carente é um desafio diário. A todo momento, são postos em cheque os conhecimentos adquiridos na Academia. Deparamo-nos com situações que não estão escritas nos livros. Não há "receita de bolo".

Porém, há de se salientar o retorno que um projeto de extensão traz a Academia. É a renovação do conhecimento, realimentando o processo de ensino e pesquisa na Universidade. Fica evidente que a extensão não está desvinculada da pesquisa e do ensino, e que estas funções devem se adequar continuamente às necessidades da clientela atendida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DUARTE, Albertina. **Gravidez na adolescência:** ai como eu sofri por te amar. Rio de Janeiro: Artes e Contos, 1996. p.70-121.

GEOVANINI, Telma. **Relatório do Projeto São Carlos:** pré-natal 1991-1995. Rio de Janeiro: UNI-RIO, mimeo. 1996. p. 4. Mimeogr.

LUZ, Anna Maria. **Mulher adolescente:** sexualidade, gravidez e maternidade. Porto Alegre: Edipucrs, 1999. p.18-9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Saúde reprodutiva de adolescentes:** uma estratégia para ação. Genebra: OMS/ENUAP/UNICEF, 1989. p. 7.

SANTOS, Inês Maria, SILVA, Leila Rangel. Projeto São Carlos: a trajetória de 1990 a 1998. **Raízes & Rumos**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 9, p. 9.

TYRREL, Maria Antonieta Rubio. **Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil:** impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro, 1994. 349f. p. 193-4. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993. p.193-4.

CONSTRUINDO OFICINAS COM GESTANTES ADOLESCENTES - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Margot Friedmann Zetzsche[1]

Introdução

No início do ano de 1999, foi implantado no município de Curitiba um novo programa que nasceu com a proposta de fazer um pré-natal de qualidade, com vinculação da gestante ao hospital que iria atendê-la tanto no parto como em emergências.

O PROGRAMA MÃE CURITIBANA veio com esta grande característica, entre outras, de valorizar e unificar linguagens, e esforços, no sentido de que não haja mais procura desordenada de local para parto. A Gestante deverá, ao oitavo mês, fazer uma visita para o hospital aonde se realizará o parto, para conhecer o local, aprender o caminho e fazer perguntas. Também está contemplado pelo Programa que cada Unidade de Saúde monte a sua oficina de gestantes. O Programa veio valorizar e tornar política instituída para todos muitas ações de excelente qualidade que ficavam isoladas em algumas unidades.

O termo "Oficina de Gestantes" é utilizado a partir do modo como é conhecido pela própria comunidade, por se tratar de um trabalho que se baseia no princípio de cada grupo é capaz de conduzir seu saber e crescimento, do qual o facilitador é participante.

Para a elaboração da grade básica foram realizadas discussões com diversos profissionais ligados a área de direitos da mulher, obstetrícia, aleitamento materno, programa de lactentes, planejamento familiar e sexualidade. A proposta básica foi elaborada num projeto piloto, num dos espaços urbanos – Rua da Cidadania Fazendinha e, posteriormente, repetida para um grupo multiplicador.

A partir desta experiência de elaboração que acompanhamos, como responsável técnica pela área de Aleitamento Materno, pudemos implantar o projeto das Oficinas na Unidade de Saúde (US) Mulher. Esta Unidade é referência ao atendimento pré natal de alto risco, sendo que um grande número de clientes encaminhadas é constituído por adolescentes. Nesta US já era desenvolvido um trabalho com adolescentes gestantes desde 1997, coordenadao pela psicóloga, a qual apoiavámos como colaboradora. Dadas as características das gestantes acompanhadas na US Mulher, o grupo de gestantes das quartas feiras apresenta uma significativa presença de adolescentes.

Este relato descreverá como a oficina foi implantada e como esta experiência foi apresentada e reconstruída no Projeto Enfermagem – Acolher o Adolescente Brasileiro, e também multiplicada para a rede privada de saúde, em um convênio de assistência a saúde; oficina que, por sua vez, enriqueceu em muito o nosso trabalho original.

---

[1] Enfermeira, especialista e Consultora em aleitamento Materno (ILBC); Resp. Técnica do PROAMA (Programa de Aleitamento Materno da Prefeitura M. de Curitiba); coordenadora das oficinas de gestantes da US Mulher; Consultora da Coord. Tec. De Aleitamento Materno da SES do Paraná.

Ressaltamos ainda que este é um trabalho permanente, portanto em contínuo processo de construção e reconstrução, daí tão apropriada a terminologia de "Oficina".

Metodologia

Para dar início a etapa local da Oficina, foram convidados num primeiro evento, que seria de três tardes de quarta feira consecutivas, profissionais multiplicadores, que participaram das primeiras etapas. Os funcionários da própria unidade revezaram-se como ouvintes para darem continuidade ao projeto. Nesta fase, importantes parcerias se estabeleceram, com intercâmbio de profissionais entre unidades diferentes e diferentes instituições.

Os temas desenvolvidos e considerados básicos, para constar em todas oficinas foram:

- Vinculação hospital e desenvolvimento da oficina (a presença é rotativa, isto é, a gestante que participar do terceiro encontro poderá voltar no primeiro seguinte e assim por diante).
- Os exames necessários ao pré natal.
- Modificações no corpo da gestante.
- Anatomia e fisiologia da reprodução humana.
- Sexualidade na gravidez.
- Tipos de Parto.
- Aleitamento Materno.
- Hospital e o Alojamento Conjunto.
- Cuidados com o bebê.
- Planejamento Familiar e Puerpério.
- Legislação: registro de nascimento, licenças, processos de pensão e paternidade.

O desenvolvimento dos temas foi através de vivências, dinâmicas e discussões em grupo, vídeos, e oficinas práticas. Sempre se fizeram pausas para relaxamentos e lanche nos intervalos.

Foram desenvolvidos, não necessariamente nesta ordem, mas, de acordo com a disponibilidade dos convidados. Na etapa inicial, colaboraram no treinamento enfermeiros, auxiliares de enfermagem e a chefia da unidade (médico obstetra). Ainda participaram como convidados, uma advogada da associação de mulheres de carreira jurídica, uma enfermeira obstetriz de hospital prestador de serviços e uma assistente social ligada a uma ONG (Organização não Governamental) local, CEMPLAFAM (Centro Natural de Planejamento da Família). Desta forma, valorizam-se as redes de apoio local e os profissionais da rede ganham com o aprendizado.

Posteriormente, foram convidados outros profissionais, à medida que outros temas foram acrescentados, como ginástica para gestantes (por fisioterapeuta), exercícios respiratórios, alongamento e orientações para o viver saudável (por terapeuta alternativo).

Os acadêmicos que cumprem seu estágio de graduação na unidade de saúde, interessaram-se pelo projeto, ao que foram prontamente engajados,e, assim, foram acrescentados aspectos de nutrição (acad. de nutrição) e técnicas de psicodrama como dinâmica de abertura (acad. de psicologia). Após todas estas contribuições, a oficina passou a ter cinco encontros.

Aspectos da gestação na adolescência

Como uma significativa parte do grupo tem menos de vinte anos, e em nosso município um em cada cinco nascimentos ocorre nesta faixa etária, alguns aspectos foram priorizados nas oficinas.

- Reforçar a forma lúdica de apresentação, com dinâmicas e vivências.
- Ter sempre um mesmo coordenador por grupo, para formar o vínculo.
- Reforçar as questões de cidadania específicas (direito a atendimento humanizado, apoio da família e da sociedade).
- Reforçar os projetos de vida de cada jovem, que devem ser valorizados e não abandonados pela vinda da criança.
- Reforçar a possibilidade de conciliar maternidade com trabalho e estudo.
- Incentivar a formação de grupos de mães.
- Criar um ambiente para que elas possam relatar suas perplexidades e dúvidas pelo inesperado da situação.
- Quando usar vídeos, que sejam curtos e interessantes.
- Para as adolescentes usamos uma fita do grupo Origem, com o depoimento da atriz Malu Mader sobre o Aleitamento Materno.

Cada grupo apresentou situações diferentes, como: abandono do companheiro, negação de paternidade, violência, separação, agressão da família, depressão, tentativas de aborto, angústia do momento de revelar a gravidez aos pais, as dificuldades com a sexualidade, a primeira ecografia, a descoberta do sexo e a escolha do nome da criança, foram emoções compartilhadas em diferentes ocasiões. A Oficina sobre direitos da mulher foi particularmente concorrida, sempre tendo grande número de perguntas.

A clientela do convênio

Um importante aliado no apoio à capacitação do funcionário que trabalhará a oficina é o Treinamento para Multiplicadores de Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Nele, uma grande parte das questões abordadas sobre o parto e alojamento conjunto éfundamentada, constituindo-se em um dos pré requisitos básicos para o atendimento resolutivo das unidades de saúde. Neste caso, unidade e hospital estabelecem um vínculo cooperativo.

São metas prioritárias: o estabelecimento de alojamento conjunto em todos os hospitais, o aleitamento materno exclusivo por todas as mães durante os primeiros 6 meses de idade do filho e o aleitamento com a adição de alimentos complementares até a entrada do segundo ano de idade. Tal recomendação foi tratada em 1990, na Reunião Mundial de Cúpula pela Infância, para a Obtenção dos Títulos de Hospital Amigo da Criança.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, através do PROAMA - Programa de Aleitamento Materno, propicia mensalmente estes treinamentos a profissionais da própria rede municipal e abre os treinamentos para interessados de outras instituições. Os treinamentos funcionam como referência, atraindo interessados de outras cidades e estados.

Desta forma, profissionais de alguns cursos para gestantes, que atendem a clientela particular e conveniada, participaram do treinamento, estabelecendo também parcerias com as nossas oficinas. Este intercâmbio ampliou os nossos horizontes, possibilitando contatos com empresas interessadas em divulgar seus produtos na forma de brindes para as participantes, tornando a oficina mais atrativa e incentivando a presença. A participação promocional deve ser de caráter discreto, não prejudicando o andamento do evento e estando aberta a todos os interessados, desde que as empresas respeitem a NBCAL (Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos Infantis, Chupetas, Bicos e Mamadeiras). Em hipótese alguma serão aceitos brindes de empresas que fabriquem estes produtos. Esta parceria acrescentou muito às nossas oficinas, já que há brindes que auxiliam as gestantes na confecção do enxoval, lanches, e o sorteio de um berço a cada grupo.

Sobre a cidadania

Um dos aspectos muito enfatizados em nossa experiência é o direito a assistência digna e humanizada, como uma via para a expressão e conquista da cidadania. Questões colocadas pelas gestantes, como as relacionadas abaixo, têm sido encaminhadas para discussão junto ao GAMA (Grupo de Apoio as Maternidades) que reúne as chefias dos hospitais, e para os Conselhos Locais de Saúde e Comitês de Mortalidade Materna.

- A Presença do pai na sala de parto;
- O direito ao parto normal e a informação honesta sobre a real necessidade de cesárea;
- A validade da tricotomia e enema pré - parto;
- O acesso a imunoglobulina para prevenção de incompatibilidade RH;
- O direito do bebê usar sua própria roupa no hospital se a mãe o desejar;
- O acesso livre do pai, ou familiar na ausência deste;
- O cumprimento do estatuto da criança e do adolescente, possibilitando a gestante adolescente presença da mãe ou acompanhante da família.

RECONSTRUINDO A OFICINA – PROJETO ACOLHER

No mês de Novembro de 1999, a convite da ABEn, seção Paraná, em evento conjunto com o Ministério da Saúde foi colocada a experiência em forma de oficina para a participação de profissionais interessados. A Oficina procurou multiplicar o trabalho que estava sendo feito, para os diversos participantes, propiciando debates e acréscimo de experiências pessoais dos presentes que, em muito enriqueceram e possibilitaram incrementar o nosso trabalho.

Esta atividade de “Construção de Oficinas” teve uma duração de nove horas, uma hora a mais que a programação prevista, a pedido dos participantes. Participaram do evento, professores das cadeiras de materno infantil de diversas faculdades de enfermagem do Paraná, gestores de unidades de saúde, enfermeiros de unidades de saúde e hospitais, APMIs (Associações de Proteção a Maternidade e a Infância), Acadêmicos de enfermagem e de nutrição. Os participantes provinham de várias cidades do Paraná e foram em número aproximado de quarenta. Participaram ainda convidados que relataram diversas experiências.

A REDE DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES NA ENFERMAGEM

O Município de Curitiba desenvolveu uma Rede de Competências e Habilidades[2] para o atendimento da gestante, da puérpera, do bebê, e da mulher cidadã. Num grande esforço para capacitar os Hospitais e promover à adesão à Iniciativa de Amigo da Criança, e à Capacitação de Funcionário da Rede Municipal de Saúde e Associações de Proteção a Maternidade e a Infância (APMIs) inúmeros treinamentos foram realizados pelo PROAMA[3] e pelos multiplicadores em hospitais e unidades de saúde. Esta rede é formada em grande parte por profissionais enfermeiros, que estabelecem parcerias, cooperação profissional e intercâmbio entre instituições. Participam desta rede:

- Hospitais Amigos da Criança (Curitiba é a capital brasileira que mais tem hospitais com este título);
- Outros hospitais que estão implantando melhorias;
- Unidades de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba;
- APMIs (Associações de Proteção a Maternidade e a Infância);
- Dois Bancos de Leite, que funcionam como centros de aconselhamento;
- GAMA- Grupo de Apoio as Maternidades, ONG que funciona como espaço de discussão;
- Secretarias Municipais e Estadual de Saúde;
- Secretarias de saúde de municípios vizinhos;
- Secretarias da Criança e de Educação.

METODOLOGIA DESENVOLVIDA NO PROJETO ACOLHER

A Oficina iniciou com um histórico da implantação do Programa Mãe Curitibana e dos avanços da modernização da assistência perinatal no município, através da Rede de Competências, e uma contextualização sobre a situação da gravidez na adolescência, questões demográficas, culturais e antropológicas. Após, seguiu-se uma programação que buscou oportunizar a apresentação e troca de experiência e o debate e amadurecimento em torno do tema. Foram usadas dinâmicas participativas e discussões em grupo para o desenvolvimento dos trabalhos e elaboração de novos projetos, como finalização dos trabalhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de oficinas deve ser encarada como contínua construção, onde a variável idade, inserida em nosso universo de assistência mulheres cada vez mais jovens (e também aquelas que optam por ter seus filhos quase na meia idade), fazem da assistência de enfermagem ao pré natal um desafio em constante mudança.

A cada grupo, que atualmente, dura cinco semanas, temos inovado em algum tema e trazido novos convidados. Muitas das gestantes continuam participando no grupo seguinte. O desenvolver das oficinas possibilitou a nossas usuárias um espaço de convivênciaque, em muito, enriqueceu o nosso trabalho.

A visão holística do contexto da gestante adolescente, por uma equipe e uma visão interdisciplinar, possibilita abordagens que transcendem as fronteiras da assistência a saúde.

Colocar esta experiência no Projeto Acolher foi um grande desafio que nos possibilitou estabelecer parcerias, valorizar ações desenvolvidas por colegas e ampliar o aprendizado.

---

[2] Rede de Competências, trabalho apresentado no VI Congresso Brasileiro de Aleitamento Materno em Belo Horizonte, por Zetzsche et al.

[3] Programa de Aleitamento Materno da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. **Manual do multiplicador**: adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CURITIBA (PR). Prefeitura. **Criança e adolescentes em situação de risco:** uma compreensão necessária. Curitiba: IMAP, 1996.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Ações de saúde materno-infantil a nível local:** segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância. Washington: OPAS, c1997.

SEMINÁRIO GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, 1998, Rio de Janeiro. **Anais...:** Projeto Estudos da Mulher (PEM). Brasília: Ministério da Saúde/Associação Saúde da Família, 1998. 142 p.

ANEXOS

ORAÇÃO POR AQUELES QUE NASCEM...

Margot F. Zetzsche.

Pedimos Senhor, por aqueles que nascem,
Pois que vem ao mundo,
Como um livro que ainda será escrito...
Pelos que são desejados ardentemente,
E por aqueles que chegarão de improviso...
Sem a benção do desejo, sem nome e sem projeto,

Te pedimos pelos homens, que ao protege-los se farão pais
E brincarão como meninos novamente...
E pelas mães que os trouxeram no ventre
E no coração,
E por aquelas que foram tomadas de surpresa,
Ou de susto...

Aquelas que trazem a vida mais uma vez,
Ao darem às ávidas boquinhas, o seio,
O afeto, o calor, o pulsar do coração,
Que se sintam mulheres, amadas e mães
E que se lembrem com carinho da menina que já foram...
Abençoa Senhor as mãos dos que os amparam,

Que os trazem ao mundo e os aquietam,
Que os guiam ao seio e os apresentam a vida...
Guia os pés daqueles que os procuram nas ruas e vilas,
E aqueles que os recebem nos postos, consultórios e hospitais,
Para lhes ensinar o mistério da saúde...

Que cada profissional seja sensível
Humano e responsável pelo que conhece,
Que cada homem e mulher,
Saiba se fazer pai e criança,
E que nenhuma criança,
Perca a oportunidade de escrever sua História

Por que eles continuam e continuarão nascendo,
Chegando a este mundo que os deseja,
Ou não...
Como promessas de que a vida continua Sempre
E que as histórias continuarão a ser escritas...

LEIS QUE AMPARAM A AMAMENTAÇÃO, O ALEITAMENTO MATERNO E O ALOJAMENTO CONJUNTO

DAS TRABALHADORAS:

1943 - CLT Artigo 389 Direito de Creche
Artigo 391 Estabilidade da Gestante
Artigo 392 Licença Maternidade
Artigo 393 Salário Integral
Artigo 396 Descansos na jornada de trabalho para amamentar
Artigo 401 Das penalidades...

1988 - Constituição

- Estabilidade provisória de 5 meses após o parto.
- Licença de 120 dias.
- Licença paternidade.
- Direito de amamentar para presidiárias.

DO ALOJAMENTO CONJUNTO:

1983 - Portaria 18/INAMPS MS - Estabelece a obrigatoriedade do Alojamento Conjunto (AC).

1986 - Portaria do Ministério da Educação - Obrigatoriedade do AC em Hospitais Universitários.

1988 - Fixadas as disposições para implantação e funcionamento de bancos de leite humano.

1990 - Comissão Central de Banco de Leite Humano/MS vigiar, fiscalizar e assessorar a implementação dos mesmos.

1993 - Portaria MS 1016 com a atualização das normas para AC e sua obrigatoriedade em 180 dias.

DO HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA:

1994 - Publicada a portaria 1113 do MS assegurando o pagamento de 10% a mais em assistência ao parto em Hospitais Amigos e da Criança vinculados ao SUS.

1994 - Portaria 155 MS/SAS Critérios para credenciamento como Hospital Amigo da Criança.

DA NORMA DE COMERCIALIZAÇAO:

1981 - Criação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (adotado na Assembléia Mundial de Saúde - AMS de 1981).

1988 - Aprovação pelo CNS, na Norma Brasileira (adaptada do Código Internacional) resolução 5.

1990 - Código de Defesa do Consumidor reforça vários itens da norma.

1990 - Ministério da Agricultura Instrução Normativa 004/90 sobre o âmbito de atuação da norma.

1990 - Lei 8078 - Código de Defesa do Consumidor - respalda a norma.

1992 - CNS - aprova novo texto da Norma, incluindo item sobre bicos e mamadeiras. (resolução 31)

1994 - Parecer 62/94 MS - penalidade para infrações da Norma.

** 24 países transformaram o Código Internacional em Leis e Regulamentos Nacionais. O monitoramento é feito pela rede IBFAN.

DOS DIREITOS DA CRIANÇA:

1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8069

Art 8 - Assistência perinatal a gestante.

Art 9 - Aleitamento materno.

Art 10, item 5 - Obrigatoriedade do Alojamento Conjunto.

Art 12 - Serviços de Saúde devem criar condições para internamento conjunto de criança e adolescente.

PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O ADOLESCENTE PELA ESCOLA DE ARTE E MÚSICA POPULAR AFROBRASILEIRA – A ESTRATÉGIA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA/UFF

Isabel Cruz[1], Marílda Andrade[2], Vera Lemos[3], Vera Sobral,[4]
Linda Nice Gama[5], Sílvia Barros[6], Rosemary Barbosa[7],
Cristina Escudeiro[8], Deise Ferreira[9], Sonia Simões[10],
Patrícia Dal-Col[11], Paulinho Ganaê[12], Carlos Xavier[13]

Considerações Iniciais

A Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, tem realizado, na área de Saúde do Adolescente, um trabalho que, se não for inovador, é, pelo menos, inusitado. Ou seja, a partir de um referencial existencialista, colabora com o desenvolvimento da autonomia e da independência do adolescente. Particularmente, o adolescente pertencente ao grupo étnico afro-brasileiro por apresentar um grau a mais de vulnerabilidade numa fase da vida classicamente considerada vulnerável.

O projeto originou-se no NESEN (Núcleo de Estudos sobre Saúde e Etnia Negra). O Núcleo foi criado em 1994 por entendermos que o bem-estar e a saúde são determinados também pela origem étnica e pela cultura. Assim, diante da expressiva contribuição da cultura afrobrasileira na formação deste país e das condições adversas nas quais esta contribuição aconteceu (sequestro e escravidão) e ainda acontece (exclusão), o NESEN propõe-se a realizar pesquisas, recomendar e implementar atividades integradoras, tais como a Escola de Arte e Música Popular AfroBrasileira.

---

[1] Doutora em Enfermagem pela USP/SP. Professora titular da Universidade Federal Fluminense – Coordenadora do Núcleo de Estudo sobre Saúde e Etnia Negra – NESEN.

[2] Doutora em Enfermagem pela Anna Néry/UFRJ. Coordenadora do Curso de Especialização Enfermagem em Promoção da Saúde.

[3] Mestre em Enfermagem. Professora Adjunto.

[4] Doutora em Enfermagem pela Anna Néry/UFRJ. Professora Adjunto.

[5] Mestre em Enfermagem pela Anna Néry/UFRJ. Professora Assistente.

[6] Mestra em Engenharia de Produção/COPPE-UFRJ. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico. Presidente em Exercício da ABEN/Niterói. Coordenadora do Curso de Especialização de Enfermagem em Home Care (Cuidado Domiciliar)

[7] Professora Adjunto. Coordenadora da Licenciatura em Enfermagem.

[8] Mestre em Enfermagem e doutoranda da Anna Néry/UFRJ. Chefe do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

[9] Mestre em Enfermagem pela UNIRIO. Diretora da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa.

[10] Doutora em Enfermagem pela Anna Néry/UFRJ. Vice-diretora da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa.

[11] Monitora de Extensão Universitária. Graduanda de Enfermagem.

[12] Músico e Coordenador artístico da Escola de Arte e Música Popular AfroBrasileira. Presidente do Grupo Cultural Naja.

[13] Supervisor do Programa Capacitação Solidária.

Com base no exposto, enquanto profissionais comprometidos com a saúde e o bem-estar, conscientes de que o processo discriminatório resulta em *baixa auto-estima crônica* e em *distúrbio da imagem corporal* vividos e sofridos pelas pessoas afro-brasileiras, prescrevemos como terapia a *vinculação cultural.* Esta terapia de enfermagem visa conectar, ligar, ou melhor, aproximar o sistema de saúde ao cliente e família de culturas diferentes (McCloskey, Bulechek, 1992; Lea, 1994).

Prescrevemos a vinculação cultural porque, em nosso país, a pessoa afro-brasileira é uma "estrangeira", ou seja, sua cultura, seu corpo, sua história de vida são desconhecidos e desvalorizados pela ciência e cultura hegemônicas (branca, masculina e eurocêntrica). Em razão do modelo colonial brasileiro, calcado na coisificação da pessoa negra, anulou-se toda uma civilização milenar para justificar a subjugação de diversos povos africanos. As consequências deste processo de aculturação para a saúde física e mental da população afro-brasileira não foi ainda devida e suficientemente pesquisado. Porém, uma observação assistemática permite-nos inferir que as respostas humanas mais prováveis e visíveis da exclusão étnica sejam a *baixa auto-estima crônica* e o *distúrbio da imagem corporal.*

Das diversas etapas do ciclo da vida, destacamos a adolescência, nas regiões urbanas, como um período crítico de transição da infância para a fase adulta (Rosella; Albrecht, 1993). Em se tratando de adolescentes afro-brasileiros, este período está repleto de crises existenciais, podendo resultar num desenvolvimento adverso. A convivência com estes jovens fez-nos verificar que a baixa auto-estima crônica evidencia-se por expressões verbais auto-depreciativas como *eu sou burro (a), eu sou feio (a),* entre outras.

Quanto ao comportamento não-verbal, evidenciamos a baixa auto-estima crônica na postura curvada, no olhar para o chão, no desvio do olhar, entre outras. Em síntese, podemos caracterizar um jovem com baixa auto-estima crônica como aquele que pede desculpas ao mundo (ou o culpa) pelo fato de existir.

Feito este diagnóstico inicial, pensamos, pois, na intervenção de enfermagem necessária para corrigí-lo. Partimos do pressuposto que a ideologia de discriminação racial (aculturação) é o fator relacionado à resposta de baixa auto-estima crônica nos jovens afro-brasileiros. Por conseguinte, decidimos por implementar a prescrição de enfermagem denominada vinculação cultural.

A *vinculação cultural* é uma terapia voltada para a promoção da saúde, com o objetivo de re-conectar a pessoa à sua cultura de origem, em particular, e à cultura hegemônica, em geral. Porém, a re-conexão com a cultura hegemônica se dá agora de pessoa para pessoa, de igual para igual, de ser humano para ser humano. Por meio desta terapia, pretendemos dar condições ao jovem afro-brasileiro para revisar o seu sistema de valores, segundo sua herança étnica. Deste modo, o jovem pode descortinar os estereótipos e constatar que a falsidade deles serve apenas à dominação e exploração das pessoas. A partir desta tomada de consciência, o jovem passará entender que as pessoas (ele inclusive) valem pelo que são e não pelo que possuem ou aparentam. Ser humano está estritamente associado à liberdade, à consciência do ato e da consequência. O não-ser está acorrentado à coisificação, à imanência, à dominação. Querer ser ou não-ser passa agora ao nível da escolha individual.

A vinculação cultural, na forma de terapia de promoção da saúde e do bem-estar, é um projeto do NESEN – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Para este projeto, o NESEN fez uma parceria com o Grupo Cultural Naja, instituição sem fins lucrativos de promoção da etnia negra, que desenvolve projetos com jovens na cidade de Niterói. A estratégia utilizada para o desenvolvimento do projeto é a **Escola de Arte e Música Popular AfroBrasileira**, para dar *um toque no tambor e outro na consciência...*

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo geral, relatar a experiência obtida com o Projeto Vinculação Cultural – Expressão Artístico Musical AfroBrasileira, desenvolvido no 2° semestre de 1998.

Desenvolvimento

A Escola de Arte e Música Popular AfroBrasileira é voltada para jovens afro-brasileiros e não-negros de 14 a 21 anos, sendo as atividades desenvolvidas na Escola de Enfermagem/UFF, em Niterói-RJ, com o apoio do Programa Capacitação Solidária. Ao contrário do modelo educacional brasileiro que se orienta pela exclusão e pela discriminação étnica (Chagas, 1996), a filosofia do projeto baseia-se na auto-determinação do ser humano. Neste sentido, todas as atividades buscam a participação ativa do jovem no projeto e pretendem explicitar a ideologia racista presente no cotidiano e, principalmente, propiciar ao adolescente condições de desenvolver as habilidades necessárias para se defender do racismo, tanto no plano emocional quanto na dimensão social.

O curso foi destinado aos jovens das comunidades dos morros do Arroz e da Chácara, próximos à Escola de Enfermagem/UFF, e aos demais jovens da região metropolitana de Niterói. Cabe ressaltar que nenhuma vaga foi preenchida com jovens da comunidade próxima e, no nosso entendimento, isto merece uma atenção futura, tendo em vista a presença do poder do narcotráfico na comunidade. A seleção foi realizada com base nos critérios de interesse por música/arte, cor/etnia, faixa etária (14 a 21 anos) e situação sócio-econômica.

Foram selecionados 25 alunos para compor a turma/98 da Escola de Arte e Música Popular AfroBrasileira. Os dados discutidos neste artigo foram extraídos da ficha de inscrição e do relatório de supervisão do projeto.

As atividades ou módulos visavam capacitar o adolescente em música afrobrasileira. O curso acontece ao longo de seis meses (julho/dezembro), compreendendo 620 horas. Dentre as atividades, destacamos o Esporte AfroBrasileiro – Capoeira e a Dança AfroBrasileira. Além de introduzir o jovem na teoria sobre a capoeira e as danças afrobrasileiras, estas atividades visam o combate ao sedentarismo e à obesidade, comuns na etnia negra. Destacamos, ainda, os módulos de Cidadania para os Afrobrasileiros; Contando na Vida e na Arte – Matemática Artístico-Musical e Comunicação e Expressão AfroBrasileira.

Vale destacar o trabalho desenvolvido pela professora Cláudia Nascimento, no módulo Comunicação e Expressão AfroBrasileira. Diante do fato de que a linguagem tem um percentual afetivo no qual perpassam pré-conceitos, estereótipos, valores, entre outras representações sociais, a referida professora implementou o que chamamos de *oficinas de palavras* onde as imagens e as palavras associadas positiva e negativamente aos afrobrasileiros eram analisadas, discutidas e reinterpretadas.

As oficinas da palavra se constituíram num processo difícil devido à dor emocional suscitada. Afinal, ainda que negativo, o estereótipo possui uma função social: preservar a ideologia dos grupos. Ao desmistificá-lo, colocamos a responsabilidade pelas ações nas mãos do próprio indivíduo. Quase nunca se está preparado para isto. Principalmente quando nascemos e crescemos aprendendo a introjetar uma ideologia dicriminadora.

No que se refere aos aspectos psicobiológicos da saúde, foi implementado o módulo de avaliação da saúde do jovem e prevenção da DST/AIDS, com a participação dos alunos de graduação sob a supervisão da Prof. Dra. Marilda Andrade.

No sentido de propiciar o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento do racismo, foi realizado um módulo com as técnicas de interpretação provenientes do Teatro do Oprimido ao longo do curso, sendo de grande valor para as reflexões sobre as situações vividas e sofridas.

Além das técnicas teatrais, introduzimos a música afrobrasileira, os sons dos tambores que falam com os deuses e os trazem para dançar na Terra, tornando-se a atividade aglutinadora desse processo de descoberta ou redescoberta da história e das raízes africanas no Brasil.

A importância destas atividades reside no fato de resgatar herança cultural afrobrasileira. Concordamos com Chagas (1996) quando afirma que sem os elementos de sua história ancestral torna-se difícil a construção de uma identidade social positiva.

Características dos jovens

A maioria (64%) era é do sexo feminino. Todos solteiros e sem filhos. Quanto à cor (auto-declaração), apenas 1% declarou ser branco. Dos demais, 56% declararam-se pretos e 40%, pardos.

No que se refere ao gênero, não pensamos em estratégias diferenciadas para as mulheres e os homens. Entretanto, temos ciência de que os esteriótipos discriminatórios voltados para a etnia negra também se encaixam em outros grupos discriminados. Assim, no caso da mulher negra, a discriminação além de étnica é também de gênero, somada ainda à discriminação por classe social, a saber: pobre (Chagas, 1996).

No que se refere à estrutura familiar, verificamos que os jovens, em sua maioria, são filhos de pais separados (88 %). Entre os pais dos jovens, 44% das mães trabalham fora do lar. O índice de desemprego entre os pais é de 44%. A renda familiar varia entre 1 a 2 salários mínimos para 40% dos jovens. O saneamento básico e a eletricidade no domicílio são referidos por 84% dos jovens.

Dos 25 alunos, 12% exercem atividade remunerada, ganhando menos de 1 salário, para suprir os seus gastos pessoais. A opção pelo curso, em 60% deles, foi devido à necessidade de obter uma qualificação profissional. Quanto à escolaridade, 96% estão na faixa do 1° grau, sendo oriundos da escola pública.

Entendemos ser desnecessário relacionar os inúmeros pesquisadores que constataram os males que a pobreza causa ao indivíduo, comprometendo inclusive à sua percepção sobre a própria saúde. Contudo, no Brasil, são escassos, para não dizer inexistentes, as pesquisas que observem o que a pobreza e a discriminação têm provocado na população jovem ao longo destes 500 anos de Brasil (Cruz, 1993; 1994; 1995). Igualmente, não se pesquisa como que, a despeito da pobreza e da discriminação racial, o jovem consegue investir no desenvolvimento de sua competência e tornar-se um adulto saudável. Enquanto a sociedade brasileira não decide pelo enfrentamento do racismo e da pobreza, o jovem afrobrasileiro continua vulnerável física e mentalmente a estes males.

Quanto aos resultados obtidos com a terapia de vinculação cultural, por meio da Escola de Arte e Música Popular AfroBrasileira, podemos inicialmente afirmar que eles perdem a magnitude ao serem descritos em um relatório de pesquisa. Como descrever o processo da escolha entre o ser e o não-ser, vivenciado pelos 25 jovens afro-brasileiros? É uma experiência tanto complexa quanto dolorosa. As expectativas são de todos os envolvidos. Contudo, começamos a evidenciar no grupo expressões características de elevação da auto-estima, tais como:

mudei o cabelo no Afro-Dai e adorei...", "Eu sou importante" e *"Passei a me interessar mais pelo colégio, antes eu não gostava, melhorei muito com o reforço escolar e estou com boas notas. Vou fazer administração, mas quero aprimorar em dança, quero conhecer todos os tipos. Com a bolsa ajudo minha mãe a pagar as contas.*

A expressão não-verbal também mudou. Os alunos têm uma postura ereta, olham de frente e nos olhos das pessoas. Riem mais e com alegria (índice de felicidade). Cabe ressaltar que uma aluna resolveu (praticamente sozinha) uma situação antiga de abuso sexual, buscando inclusive apoio psicoterapêutico. Outro aspecto que merece destaque é o retorno de alguns alunos à escola formal, reconhecendo a importância da escolaridade para o seu desenvolvimento social.

Em seu estudo sobre jovens afro-americanos, Rosella; Albrecht (1993) destacaram, entre os indicadores sociais de saúde, a taxa de evasão escolar. Estes pesquisadores verificaram que o índice de evasão no 1º grau variava de 40% a 60%, nas áreas urbanas. Além disso, era também elevado o índice de analfabetismo funcional. A consequência óbvia de tais taxas era o envolvimento dos jovens com o sistema judiciário, em vez de estarem envolvidos com a realização do vestibular e o ingresso na universidade.

Quanto à capacitação profissional em música, os jovens formaram a *Banda AfroNaja*, constituída pelos instrumentistas (ritmistas), dançarinos, compositores e cantores. A banda AfroNaja se apresentou na cidade de Niterói e no Rio de Janeiro com muito sucesso (sem modéstia!).

Sucintamente, estes são alguns dos resultados que indicam a precisão do diagnóstico de enfermagem de baixa auto-estima crônica e a pertinência da terapia de vinculação cultural para tratamento do referido diagnóstico.

Considerações finais

Em que pese a falta de um protocolo de pesquisa que oriente este projeto de extensão, consideramos importante fazer esta comunicação sobre as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos de forma a suscitar uma discussão sobre abordagens terapêuticas voltadas para a promoção da saúde e do bem-estar da etnia afro-brasileira.

A Escola de Arte e Música Popular AfroBrasileira está sendo desenvolvida novamente (2° semestre de 1999), com 40 adolescentes afrobrasileiros. Desta vez, com o apoio da Pró-Reitoria de Extensão Universitária, do Programa de Capacitação Solidária, do Grupo Cultural Naja e do Gabinete da Prefeitura de Niterói. Preliminarmente, podemos informar que, além de aumentar o número de jovens, diversificamos também as atividades. Foram introduzidas oficinas sobre estratégias de enfrentamento do estresse e do racismo, realizadas pelas professoras Vera Sobral, Vera Lemos e Linda Nice, e oficinas de estética afro-brasileira.

O projeto atingiu o objetivo de aproximar re-conectar o jovem afro-brasileiro de sua cultura de origem. Entretanto, não somos ingênuos a ponto de considerar esta aproximação como suficiente para o desenvolvimento de uma auto-estima positiva neste grupo étnico. Ao contrário, já conseguimos perceber que esta aproximação cria uma certa turbulência que precisa ser melhor investigada. Neste momento, podemos afirmar que é fácil sair do gueto, porém é difícil manter-se fora dele sem apoio das instituições sociais e sem fortalecimento do próprio ser.

Afinal, a ideologia da discriminação racial continua presente e todos os seus nexos se articulam para garantir a dominação e a coisificação dos afro-brasileiros. A vinculação cultural, por meio da Escola de Arte e Música Popular AfroBrasileira, é apenas uma ação no sentido de neutralizar a ideologia da discriminação racial ou, ao menos, minimizar seus efeitos nefastos. Muito, mas muito mais precisa ser feito em termos de terapias de enfermagem e políticas públicas.

Recomendações Futuras

A experiência vivida permite-nos sugerir a inclusão dos temas saúde do adolescente e processo saúde-doença em afro-brasileiros, tanto na formação em nível de graduação quanto na de pós-graduação da área da saúde. Faz-se necessário também trabalhar com diagnósticos de bem-estar e de grupo, assim como com intervenções de enfermagem que promovam a saúde cultural de grupos especiais, com recorte de idade, gênero e etnia.

Por fim, consideramos fundamental que os pesquisadores incluam em seus instrumentos de coleta de dados o item cor/etnia e o preencham conforme a auto-declaração de seus depoentes, conforme orientação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ainda que a categoria cor/etnia não seja a principal variável da pesquisa, só a existência e a disponibilização de dados sobre a população afro-brasileira serão de enorme valia para o delineamento do perfil de saúde deste grupo étnico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHAGAS, C.C. das. Negro – uma identidade em construção. **Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. 89p.**

CRUZ, I.C.F da. O negro brasileiro e a saúde: ontem, hoje e amanhã. Rev. Esc. Enf. USP, **v. 27, n. 3, p. 317-327, dez. 1993**

_____. As religiões afrobrasileiras: subsídios para o estudo da angústia espiritual. Rev. Esc. Enf. USP, **v. 28, n. 2, p. 125-36, ago. 1994.**

_____. Sensualidade, sexualidade e emancipação: reflexões sobre a subjetividade da mulher negra. Rev. Enf. UERJ, **v. 3, n. .2, p. 227-32, 1995.**

LEA, A. Nursing in today's multicultural society: a transcultural perspective. Journal of Advanced Nursing, **v. 20, p. 307-13, 1994.**

McCLOSKEY, J.C., BULECHEK, G.M. Nursing Interventions Classification (NIC). **St. Louis: Mosby, 1992. 581p.**

ROSELLA, J. D., ALBRECHT, S. A. Toward an understanding of the health status of black adolescents: an application of the stress-coping framework. Journal of Comprehensive Pediatric Nursing, **v. 16, p. 193-205, 1993.**

METRÓPOLE
Indústria Gráfica Ltda.
Fone/Fax: (51) 318-6355
e-mail: mig@mig.com.br
www.mig.com.br